



ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ-ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

**«Διεπιστημονικές συνεργασίες μεταξύ επαγγελματιών υγείας σε νοσοκομειακό
πλαίσιο: Διερεύνηση παραγόντων και προτάσεις διαχείρισης συγκρούσεων»**

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: ΓΙΩΤΣΙΑΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

Ονοματεπώνυμο φοιτήτριας: ΚΟΣΚΙΝΑ ΕΥΦΡΟΣΥΝΗ .

2024

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



«Διεπιστημονικές συνεργασίες μεταξύ επαγγελματιών υγείας σε νοσοκομειακό πλαίσιο: Διερεύνηση παραγόντων και προτάσεις διαχείρισης συγκρούσεων»

Κοσκινά Ευφροσύνη

Επιτροπή Επίβλεψης Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

Συν-Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

κ. Γιωτσίδη Βασιλική

κ. Παναγοπούλου Ευχάρις

ΜΑΙΟΣ 2024

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η ολοκλήρωση της διπλωματικής μου εργασίας , καθώς και η περάτωση του μεταπτυχιακού μου ,δεν θα ήταν εφικτή χωρίς την αμέριστη συμπαράσταση και την ουσιαστική βοήθεια της κόρης μου Μελίνας . Την ευχαριστώ θερμά για την έμπρακτη συμπαράσταση της και τον πολύτιμο της χρόνο που μου αφιέρωσε στην προσπάθεια μου αυτή ,καθώς και για την ώθηση που μου έδωσε η δική της δίψα για μάθηση, η εργατικότητα της και η αφοσίωση στις σπουδές της στην επιστήμη που υπηρετούμε. Της αφιερώνω λοιπόν την προσπάθεια μου αυτή με την ελπίδα να την βοηθήσει ,έστω και λίγο, να δει τις εργασιακές σχέσεις στα νοσοκομεία που θα υπηρετήσει ως νέος γιατρός , από μια άλλη οπτική γωνία αντιλαμβανόμενη τα προβλήματα που προκύπτουν στη σωστή τους διάσταση παρακινώντας τους συναδέλφους της σε πνεύμα εποικοδομητικής συνεργασίας για την άριστη άσκηση του λειτουργήματος τους και την ποιοτική φροντίδα των ασθενών τους.

Αφιερώνω επίσης την προσπάθεια μου αυτή σε όλους εκείνους τους συναδέλφους που με αυταπάρνηση ,ως λειτουργοί και κάτω από αντίξοες συνθήκες , βάζοντας σε δεύτερη μοίρα την προσωπική τους ζωή , προσφέρουν τις εξειδικευμένες γνώσεις τους και τον καλύτερό τους εαυτό για την ποιοτική φροντίδα των ασθενών τους. Η μικρή συμβολή αυτής της εργασίας ίσως βοηθήσει στο να κατανοήσουν, ότι οι περισσότερες αιτίες συγκρούσεων που βιώνουν μεταξύ τους στον εργασιακό τους χώρο , δεν είναι συνήθως από προσωπικές διαφορές , αλλά από την παθογένεια και τα "κακώς κείμενα που έχουν παγιωθεί στα νοσοκομεία. Αντιμετωπίζοντας λοιπόν το πρόβλημα και από αυτήν την χροιά και συνειδητοποιώντας τις σοβαρές συνέπειες που συνήθως επιφέρουν οι μεταξύ τους διαμάχες ,να υιοθετήσουν ένα ομαδικό πνεύμα συνεργασίας, επιλύοντας γρήγορα και αποτελεσματικά τις διαφωνίες τους, γεγονός που θα βοηθήσει τόσο στην προσωπική τους εξέλιξη , αλλά κυρίως στην εμπεριστατωμένη φροντίδα των ασθενών τους.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια κ.Γιωτσίδη Βασιλική, για την καθοδήγηση της κατά την εκπόνηση της διπλωματικής μου εργασίας .

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στο πλαίσιο της σύγχρονης καθ' ημέρα κλινικής πρακτικής, η αποτελεσματική συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας αποτελεί απαραίτητη συνθήκη για την εύρυθμη λειτουργία των νοσοκομείων και την παροχή υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας. Καθώς όμως οι συγκρούσεις μεταξύ των εργαζομένων στον χώρο της υγείας είναι συχνό φαινόμενο και λόγω των δύσκολων συνθηκών που επικρατούν στα νοσοκομεία κρίνεται απαραίτητη η διερεύνηση τρόπων επίλυσης τους, έτσι ώστε οι υγειονομικοί να μπορούν απερίσπαστοι να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στην φροντίδα των ασθενών τους. Για την επίτευξη του στόχου αυτού, οι διοικήσεις των νοσοκομείων και οι προϊστάμενοι των τμημάτων πρέπει να προάγουν την σωστή επικοινωνία και την συνεργασία μεταξύ των εργαζομένων. Απαραίτητη κρίνεται και η εκπαίδευση του προσωπικού σε θέματα διαχείρισης συγκρούσεων, προς όφελος της προσωπικής τους εξέλιξης και κυρίως για την απρόσκοπτη προσφορά τους στην φροντίδα των ασθενών τους. Επίσης, είναι σημαντική η επίγνωση των αρνητικών συνεπειών που επιφέρουν οι συγκρούσεις σε πολλούς τομείς, αλλά και η κατανόηση των αιτιών, καθώς και η αναγνώριση των παραγόντων που δυνητικά μπορούν να προκαλέσουν συγκρούσεις, για την πρόληψη ή και την έγκαιρη επίλυσή τους.

Η μελέτη στην εργασία αυτή ήταν συγχρονική και διενεργήθηκε μέσω ερωτηματολογίου που απάντησαν 104 επαγγελματίες υγείας. Σχετικά με τα αποτελέσματα, μεταξύ των αιτιών που συμβάλλουν στην πρόκληση συγκρούσεων σημαντικό ρόλο στις απαντήσεις των επαγγελματιών υγείας, φαίνεται να παίζει η έλλειψη σαφήνειας των καθηκόντων από τους θεσμοθετημένους κανονισμούς, η λήψη εντολών από περισσότερους προϊστάμενους και ο μεγάλος φόρτος εργασίας. Όσον αφορά τις προτάσεις επίλυσης των συγκρούσεων, οι συχνότερες απαντήσεις των συμμετεχόντων είναι η σαφής κατανομή αρμοδιοτήτων, η αυτονομία των εκάστοτε τμημάτων, οι δίκαιες αποδοχές, ο σεβασμός στα ατομικά δικαιώματα και την επαγγελματική εξέλιξη, η διενέργεια συνεδριάσεων, καθώς και η εκπαίδευση του προσωπικού σε θέματα διαχείρισης συγκρούσεων.

Λέξεις-κλειδιά: διεπιστημονική ομάδα φροντίδας της υγείας, διεπαγγελματική επικοινωνία, συγκρούσεις ρόλων, αίτια συγκρούσεων, τρόποι επίλυσης συγκρούσεων

ABSTRACT

In the context of modern day-to-day clinical practice, effective cooperation between health professionals is a necessary condition for the smooth operation of hospitals and the provision of high-quality health services. However, as conflicts between health workers are a frequent phenomenon and due of the difficult conditions that prevail in hospitals, it is considered necessary to investigate ways of solving them, so that the health workers can offer their services in the patient care. In order to achieve this goal, the administrations of the hospitals and the heads of the departments should promote proper communication and cooperation between employees. The training of the personnel regarding conflict management is considered necessary, for the benefit of their personal development and most importantly for their uninterrupted contribution to patient care. Also, it is important to be aware of the negative consequences of thw that conflicts bring in many aspects, but also to understand the causes, as well as to recognize the factors that can potentially cause conflicts, in order to prevent and/or resolve them in time.

This study was cross-sectional and was conducted through a questionnaire answered by 104 health professionals. Regarding the results, the lack of clarity of duties from institutionalized regulations, receiving orders from more than one superiors and heavy workload seem to play an important role in the responses of health professionals, among the causes that contribute to conflicts. Regarding the conflict resolution proposals, the most frequent responses of the participants are the clear division of responsibilities, the autonomy of each department, fair remunerations, respect for individual rights and professional development, holding meetings, as well as training the staff in conflict management issues.

Keywords: *interdisciplinary health care team, interprofessional communication, role conflicts, causes of conflicts, ways of conflict resolution*

Περιεχόμενα	
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	5
ABSTRACT.....	6
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ.....	10
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	11
Α' ΜΕΡΟΣ:.....	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο : Η ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	13
1.1. Δομή και οργάνωση του εργασιακού χώρου.....	13
1.2. Η νομοθετική κατοχύρωση και οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας των επαγγελματιών υγείας	15
1.3. Ηθικά, δεοντολογικά και πρακτικά προβλήματα που αντιμετωπίζει ο σύγχρονος επαγγελματίας υγείας σχετικά με την συνεργασία με τις άλλες (εκτός της δικής του) κλινικές ειδικότητες	18
1.4. Οι ιδιαιτερότητες των συγκρούσεων στον χώρο των υπηρεσιών υγείας.	20

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΑΙΤΙΑ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΟΥΣ23

2.1 Αίτια πρόκλησης συγκρούσεων συγκρούσεων.....	23
2.2 Ζητήματα επικάλυψης και σύγκρουσης ρόλων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας	28
2.3 Τα προβλήματα επικοινωνίας μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας υγείας.....	31
2.4 Ο ρόλος του φόρτου εργασίας στην πρόκληση συγκρούσεων.....	35
2.5 Ο εργασιακός εκφοβισμός στον χώρο της υγείας	37
2.6 Το στρες και η εργασιακή εξουθένωση(<i>burnout</i>) στον χώρο της υγείας ως παράγοντας πρόκλησης συγκρούσεων.....	39
2.7. Το ανταγωνιστικό πνεύμα και η επαγγελματική ανάπτυξη ως παράγοντας σύγκρουσης.....	41
2.8. Η ανάγκη πάταξης της προσωποληψίας και της διαφθοράς	43
2.9 Επιπτώσεις των συγκρούσεων.....	45

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ.....48

3.1 Είδη, εκφάνσεις και στάδια των συγκρούσεων στον επαγγελματικό χώρο	48
3.2 Ο ρόλος της προσωπικότητας και οι τρόποι συμπεριφοράς του κάθε εργαζομένου κατά την διάρκεια των συγκρούσεων.....	52
3.3 Προτεινόμενες στρατηγικές για την διαχείριση και επίλυση συγκρούσεων Η αξία της ενσυναίσθησης για μια ουσιαστική συνεργασία.....	55
3.4 Καθιέρωση των καθηκοντολογίων και των πρωτοκόλλων διεπαγγελματικής συμπεριφοράς με βάση διεθνείς οδηγίες	63
3.5 Ο ρόλος της ηγεσίας στην διαχείριση συγκρούσεων	65
3.6 Επιμόρφωση των επαγγελματιών σε θέματα διοίκησης μονάδων υγείας– Ο ρόλος του μοντέλου διοίκησης ολικής ποιότητας.....	68

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4° -ΕΡΕΥΝΕΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΔΙΕΞΑΧΘΕΙ ΓΙΑ ΤΗΝ
ΕΠΙΛΥΣΗ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ-ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ-
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ**

ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ..... 71

Β'ΜΕΡΟΣ-ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....73

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5°-Μεθοδολογία.....73

5.1.Ερευνητικός σχεδιασμός.....73

5.2.Ερευνητικό εργαλείο.....73

5.3.Πληθυσμός-Δείγμα.....75

5.4.Συλλογή και ανάλυση δεδομένων.....76

5.5.Στατιστική ανάλυση.....76

5.6.Δεοντολογία.....76

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6° - Αποτελέσματα.....77

6.1.Δημογραφικά Στοιχεία.....77

6.2.Οργανωτικοί παράγοντες που προκαλούν συγκρούσεις.....83

6.3.Παράγοντες που προκαλούν συγκρούσεις.....89

6.4.Προτάσεις για την επίλυση της σύγκρουσης στον χώρο των μονάδων
Π.Φ.Υ/Νοσοκομείου.....91

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7°-Συμπεράσματα- Συζήτηση.....99

Παράρτημα:Ερωτηματολόγιο Μελέτης.....102

Βιβλιογραφία108

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

1. Organizational Conflict: Main Causes

Πηγή: Workplace Conflict and How Businesses Can Harness it to Thrive, CPP Global Human Capital Report

2. Η σχέση μεταξύ της έντασης της σύγκρουσης και των αποτελεσμάτων για τον οργανισμό (Brown, 1986). Πηγή: <https://teams1.pressbooks.com/chapter/conflict-and-negotiation/>

3. Τύποι Σύγκρουσης, (Wanger J., 2018)

Πηγή: “Types of Conflict,” content by the Dispute Resolution Office, Ministry of Justice

4. Ο «ανεμοστρόβιλος» κλιμάκωσης της σύγκρουσης, (Wanger, 2018).

Πηγή: “Conflict Escalation Tornado,” by the Dispute Resolution Office, Ministry of Justice (Government of Saskatchewan)

5. Η ψυχική ανθεκτικότητα (resilience), ως βασική παράμετρος της προσωπικότητας του εργαζομένου στον κλινικό χώρο, η οποία και καθορίζει το στυλ διαχείρισης συγκρούσεων

Πηγή: Matheson et al, 2016

6. Στρατηγικές διαχείρισης των συγκρούσεων

Πηγή: Κοντογιάννη και συν., 2011

7. Στρατηγικές χειρισμού συγκρούσεων

Πηγή: Κοντογιάννη και συν., 2007

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην σύγχρονη εποχή η παροχή της ποιοτικής φροντίδας των ασθενών , παρά τις δύσκολες συνθήκες που αντιμετωπίζουν στην εργασία τους οι επαγγελματίες υγείας, λόγω του αυξημένου φόρτου εργασίας στα νοσοκομεία, παράλληλα με τις μειωμένες κρατικές επιχορηγήσεις , είναι μια πρόκληση. Καθώς οι δομές υγείας χαρακτηρίζονται από την πολυπλοκότητα της λειτουργίας τους και από την αλληλεξάρτηση και αλληλεπίδραση των διαφορετικών επιστημονικών κλάδων ,είναι σημαντική η ομαλή συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας Ως αποτέλεσμα της έλλειψης ουσιαστικής συνεργασίας και των δύσκολων συνθηκών που επικρατούν στις νοσοκομειακές δομές , δημιουργούνται συχνά διενέξεις τόσο μεταξύ των επαγγελματιών του ίδιου επιστημονικού κλάδου, όσο και μεταξύ εργαζομένων διαφορετικών αρμοδιοτήτων , με δυσμενείς επιπτώσεις σε πολλαπλά επίπεδα, συχνά μάλιστα και σε ήδη αποδυναμωμένα συστήματα υγείας,

Για την επίτευξη αυτού του σκοπού και την εύρυθμη λειτουργία των οργανισμών υγείας , συμβάλλει η αποτελεσματική επικοινωνία και η απόκτηση δεξιοτήτων για την διαχείριση συγκρούσεων , ικανότητες που καλούνται να αποκτήσουν οι επαγγελματίες υγείας , σε όλες τις ιεραρχικές βαθμίδες .Η κατανόηση του οφέλους που επιφέρει το ομαδικό πνεύμα συνεργασίας με βάση τον σαφή καθορισμό ρόλων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, θα επιφέρει σημαντική βελτίωση των εργασιακών σχέσεων και κατ' επέκτασιν την παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας. Στο σκοπό αυτό μπορεί να συμβάλλει ουσιαστικά η εφαρμογή του μοντέλου διοίκησης ολικής ποιότητας κατά την εφαρμογή του οποίου είναι εφικτή η συμμετοχή των εργαζομένων στην λήψη αποφάσεων

Η εργασία αυτή αναπτύσσεται σε 4 κεφάλαια , με κύριο σκοπό την προσπάθεια κατανόησης των παραγόντων που δυνητικά προκαλούν συγκρούσεις των εργαζομένων στον χώρο της υγείας και της διερεύνησης τρόπων για την διαχείριση τους , επιλέγοντας την κατάλληλη προσέγγιση ανάλογα με τις εκάστοτε συνθήκες που επικρατούν. Αναλυτικότερα :

Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η δομή του εργασιακού περιβάλλοντος , στις δομές υγείας, τα ηθικά και δεοντολογικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας, καθώς και οι ιδιαιτερότητες των συγκρούσεων στον χώρο της υγείας

Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύονται τα αίτια των συγκρούσεων ,με σημαντικότερα εξ αυτών τα προβλήματα επικοινωνίας , τον φόρτο εργασίας και την ανάγκη επαγγελματικής ανάπτυξης των εργαζομένων στον χώρο της υγείας. Επίσης αναφέρονται οι επιπτώσεις των διενέξεων μεταξύ των εργαζομένων , τόσο σε προσωπικό επίπεδο, όσο και σε επίπεδο λειτουργίας των οργανισμών.

Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται προσπάθεια διερεύνησης προτάσεων για την επίλυση των συγκρούσεων στο χώρο των νοσοκομειακών ιδρυμάτων ,με έμφαση στον ρόλο της προσωπικότητας των εργαζομένων που εμπλέκονται καθώς και στις επικρατούσες συνθήκες που συμβάλλουν σε αυτό. Τονίζεται επίσης ο ρόλος της ηγεσίας ,αλλά και της εφαρμογής του μοντέλου διοίκησης ολικής ποιότητας στην διαχείριση των συγκρούσεων των επαγγελματιών υγείας.

Στο τέταρτο κεφάλαιο απαριθμούνται κάποιες συναφείς με το παρόν θέμα εργασίες που προσεγγίζουν τα αίτια των συγκρούσεων καθώς και λύσεις που προτείνονται για την επίλυσή τους. Επίσης, αναφέρεται ο σκοπός της εργασίας και τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα που μελετώνται.

Τέλος , στα τρία τελευταία κεφάλαια που αποτελούν το ερευνητικό μέρος της εργασίας, χρησιμοποιήθηκε σαν κύριο ερευνητικό εργαλείο το ερωτηματολόγιο των Tengilimoglu & Kisa(2005) και παρουσιάστηκαν τα ερευνητικά ερωτήματα ,τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα της συγχρονικής αυτής μελέτης όπως προέκυψαν μετά από στατιστική ανάλυση των δεδομένων των απαντήσεων.

Α' ΜΕΡΟΣ:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: Η ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

1.1. Δομή και οργάνωση του εργασιακού χώρου

Η δυναμική ενός περιβάλλοντος υγειονομικής περίθαλψης επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από τα δομικά και οργανωτικά του στοιχεία. Σύμφωνα με τους Leca, Griffiths και Cox (2003), ο χώρος εργασίας είναι ένας χώρος στον οποίο συμβαίνουν συχνά διεπαγγελματικές συγκρούσεις, καθώς οι νοσοκομειακές μονάδες απαρτίζονται από μεγάλο αριθμό τμημάτων που παρέχουν διαφορετικές υπηρεσίες, τόσο ιατρονοσηλευτικές όσο και με διοικητικές αρμοδιότητες. Η εύρυθμη λειτουργία του νοσοκομειακού ιδρύματος απαιτεί την συνεργασία και την αλληλεπίδραση όλων των τμημάτων και είναι προφανές ότι τα καθημερινά προβλήματα που προκύπτουν λόγω της ελλιπούς επικοινωνίας, της μη σωστής οριοθέτησης των ρόλων, του αυξημένου φόρτου εργασίας και της αναποτελεσματικής διοικητικής λειτουργίας. Αυτές οι συγκρούσεις προέρχονται από διαφορές στους επαγγελματικούς ρόλους, τις ιεραρχίες και τα κανάλια επικοινωνίας εντός της ομάδας υγειονομικής περίθαλψης. Η κατανόηση των δομικών και οργανωτικών πτυχών του χώρου εργασίας είναι επομένως απαραίτητη για την κατανόηση των βαθύτερων αιτιών αυτών των συγκρούσεων.

Οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης χαρακτηρίζονται από πολυπλοκότητα, καθώς αποτελούν εργασιακούς χώρους που περιλαμβάνουν διάφορους επαγγελματίες με διακριτούς ρόλους, ευθύνες και επίπεδα εξουσίας (Frow, McColl-Kennedy and Payne, 2016). Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, για τις διαδικασίες λήψης αποφάσεων, η ιεραρχική δομή των μονάδων υγείας ασκώντας ένα είδος εξουσίας είναι σύνηθες είτε να δημιουργήσει το υπόβαθρο για πρόκληση συγκρούσεων μεταξύ προισταμένων και υφισταμένων, είτε να μην είναι ικανή να διευθετήσει τις διαφωνίες και διαμάχες μεταξύ των εργαζομένων. Όπως σημειώνεται από τους Leca et al. (2003), αυτές οι ιεραρχίες μπορούν να συμβάλουν σε διεπαγγελματικές συγκρούσεις ενισχύοντας τις αντιλήψεις ανωτερότητας ή κατωτερότητας μεταξύ των μελών της ομάδας. Για παράδειγμα, μπορεί να προκύψουν συγκρούσεις όταν τα άτομα αισθάνονται περιθωριοποιημένα ή υποτιμημένα λόγω της θέσης τους εντός της ιεραρχίας ή λόγω σύγκρουσης των διαφορετικών απόψεων και ειδικοτήτων, οδηγώντας σε δυσαρέσκεια και διχόνοια

μέσα στην ομάδα υγειονομικής περίθαλψης. Επιπλέον, τα κανάλια επικοινωνίας διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στη διευκόλυνση ή την παρεμπόδιση της συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Η αποτελεσματική επικοινωνία είναι απαραίτητη για τη μετάδοση πληροφοριών, την ανταλλαγή εμπειρίας και γνώσεων και τον συντονισμό μεταξύ των τμημάτων για την βέλτιστη φροντίδα των ασθενών (Arker et al., 2006).

Επιπρόσθετα, η φυσική διάταξη του χώρου εργασίας μπορεί να επηρεάσει τις διεπαγγελματικές αλληλεπιδράσεις και σχέσεις. Σε περιβάλλοντα όπου οι επαγγελματίες εργάζονται σε ξεχωριστές κτιριακές μονάδες, οι ευκαιρίες για συνεργασία μπορεί να είναι περιορισμένες, καθώς προκαλείται εκ των πραγμάτων κάποιου είδους απόσταση και δυσκολία στην επικοινωνία, καθώς η συνεννόηση και ανταλλαγή απόψεων συνήθως είναι πιο αποτελεσματική όταν πραγματοποιείται δια ζώσης. Αντίθετα, οι ενιαίοι χώροι εργασίας μπορούν να προωθήσουν τη διεπαγγελματική συνεργασία προωθώντας περιστασιακές συναντήσεις, επιστημονικά συμβούλια μεταξύ επαγγελματιών διαφορετικών ειδικοτήτων και κατ'επέκτασιν ανταλλαγή απόψεων και κοινή λήψη αποφάσεων. Οι Leca et al. (2003) τονίζουν τη σημασία της δημιουργίας ευνοϊκών φυσικών περιβαλλόντων που διευκολύνουν τη συνεργασία και την ομαδική εργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας.

Ακόμα, οι οργανωτικές πολιτικές και διαδικασίες που διαμορφώνονται, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο σε διάφορες πτυχές της κλινικής πρακτικής, συμπεριλαμβανομένης της κατανομής πόρων, των πρωτοκόλλων φροντίδας ασθενών και των μηχανισμών επίλυσης συγκρούσεων (Oandasan et al., 2009). Στο πλαίσιο αυτό, όπως σημειώνεται από τους Leca et al. (2003), οι ασυνέπειες ή οι ασάφειες στις οργανωτικές πολιτικές μπορούν να τροφοδοτήσουν διεπαγγελματικές συγκρούσεις δημιουργώντας αβεβαιότητα και ανταγωνιστικές τάσεις. Ως εκ τούτου, είναι επιτακτική ανάγκη για τους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης να θεσπίσουν σαφείς, διαφανείς και δίκαιες πολιτικές που προωθούν τη συνεργασία, μετριάζουν τις συγκρούσεις και διασφαλίζουν την παροχή φροντίδας ασθενών υψηλής ποιότητας.

Επίσης, η οργανωτική κουλτούρα που διαμορφώνεται στις υγειονομικές μονάδες, επηρεάζει τις διεπαγγελματικές σχέσεις και συμπεριφορές εντός των πλαισίων υγειονομικής περίθαλψης. Η οργανωσιακή κουλτούρα περιλαμβάνει κοινές αξίες, κανόνες και πεποιθήσεις που καθοδηγούν τις ατομικές και συλλογικές ενέργειες

μέσα σε έναν οργανισμό. Σύμφωνα με τους Leca et al. (2003), μια θετική οργανωτική κουλτούρα που χαρακτηρίζεται από εμπιστοσύνη, σεβασμό και ομαδική εργασία προωθεί τη συνεργασία και ενισχύει την ευημερία των επαγγελματιών υγείας. Αντίθετα, μια τοξική ή δυσλειτουργική νοοτροπία που χαρακτηρίζεται από ενοχή, μυστικότητα και ανταγωνισμό μπορεί να γεννήσει διεπαγγελματικές συγκρούσεις και να υπονομεύσει την παροχή φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή. (Hofmeyer and Marck, 2008). Καθώς η δομή και η λειτουργία του εργασιακού χώρου είναι θεμελιώδους σημασίας, όταν οι εργασιακές συνθήκες είναι δυσλειτουργικές, με έλλειψη οργάνωσης και στενά χρονικά πλαίσια για την διεκπεραίωση των απαραίτητων εργασιών, οι εργαζόμενοι έχουν αυξημένα επίπεδα στρες σε σχέση με εκείνους που εργάζονται σε εργασιακά περιβάλλοντα με άρτια δομή και εύρυθμη οργάνωση και λειτουργία, όπου υπάρχει σωστή κατανομή των αρμοδιοτήτων, γεγονός που ωθεί τους εργαζόμενους να είναι περισσότερο αποδοτικοί, ενώ δεν υφίστανται σωματική και ψυχική εξουθένωση από την εργασία τους.

Συμπερασματικά, τα δομικά και οργανωτικά στοιχεία του περιβάλλοντος υγειονομικής περίθαλψης επηρεάζουν σημαντικά τις διεπαγγελματικές σχέσεις και αλληλεπιδράσεις. Με την κατανόηση και την αντιμετώπιση αυτών των παραγόντων, οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να δημιουργήσουν ευνοϊκά περιβάλλοντα εργασίας που ενισχύουν τη συνεργασία, ενισχύουν την επικοινωνία και τελικά βελτιώνουν τα αποτελέσματα των ασθενών. Η επίτευξη αποτελεσματικής διεπαγγελματικής συνεργασίας απαιτεί μια πολύπλευρη προσέγγιση που περιλαμβάνει αλλαγές στην οργανωτική δομή, τις πρακτικές επικοινωνίας, τις πολιτικές και την κουλτούρα.

1.2. Η νομοθετική κατοχύρωση και οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας των επαγγελματιών υγείας

Οι κανόνες δεοντολογίας που διέπουν κάθε οργανισμό, δίνουν έναν πρακτικό προσανατολισμό της ηθικής, καθώς συγκεκριμενοποιούν ορισμένες αρχές της. Σε αυτό το πλαίσιο, κάθε επαγγελματική ομάδα καθορίζει κάποιους κώδικες συμπεριφοράς, ώστε με έναν τρόπο οι εκάστοτε επαγγελματικές ομάδες να δρουν ως αυτοδιαχειριζόμενοι παράγοντες, (Moore, 1970). Επίσης, ένα σωστό εργασιακό περιβάλλον προϋποθέτει τον σεβασμό των εργασιακών δικαιωμάτων των

εργαζομένων, τόσο τα νόμιμα(όσα έχουν νομοθετηθεί από το κράτος),όσο και τα συλλογικά (όσα διέπονται από τις συλλογικές συμβάσεις από τα συνδικάτα) (Leca et al., 2003)

Η νομοθεσία και οι δεοντολογικές κατευθυντήριες γραμμές χρησιμεύουν ως θεμελιώδεις πυλώνες για την καθοδήγηση της συμπεριφοράς και των αλληλεπιδράσεων των επαγγελματιών υγείας σε διάφορες ιατρικές ειδικότητες εντός του περιβάλλοντος υγειονομικής περίθαλψης. Οι Leca et al. (2003) υπογραμμίζουν τον κεντρικό ρόλο της τήρησης νομικών πλαισίων και ηθικών αρχών για την προώθηση της συνεργασίας και την αποτελεσματική διαχείριση των συγκρούσεων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Αυτές οι κατευθυντήριες γραμμές λοιπόν, παρέχουν ένα πλαίσιο για επαγγελματική συμπεριφορά, οριοθετώντας αποδεκτά πρότυπα πρακτικής και ηθικής συμπεριφοράς.

Ωστόσο, η ερμηνεία και η εφαρμογή των νομοθετικών και δεοντολογικών εντολών μπορεί να ποικίλλει μεταξύ διαφορετικών ιατρικών ειδικοτήτων, προκαλώντας πιθανές ασυμφωνίες και προκλήσεις στη διεπαγγελματική συνεργασία. Όπως σημειώνεται, οι αποκλίνουσες ερμηνείες κανόνων και κανονισμών μπορεί να οδηγήσουν σε ηθικά διλήμματα και εντάσεις εντός της ομάδας υγειονομικής περίθαλψης. Για παράδειγμα, οι ηθικές κατευθυντήριες γραμμές που διέπουν το απόρρητο των ασθενών ή την ενημερωμένη συναίνεση μπορεί να ερμηνεύονται διαφορετικά από τους γιατρούς, τους νοσηλευτές και τους συναφείς επαγγελματίες υγείας, οδηγώντας σε συγκρούσεις σχετικά με τις αποφάσεις περίθαλψης ασθενών και τις θεραπευτικές προσεγγίσεις. Επιπλέον, οι διαφορές κατά την εφαρμογή, αλλά και την ερμηνεία των ηθικών αρχών, των νομοθετικών και δεοντολογικών κατευθυντήριων γραμμών, ανάλογα με την οπτική γωνία της κάθε ειδικότητας μπορεί να επιδεινώσουν τις υπάρχουσες εντάσεις και να εμποδίσουν την αποτελεσματική διεπιστημονική επικοινωνία και συνεργασία (Engel and Prentice, 2013).

Οι επαγγελματίες υγείας έρχονται συχνά αντιμέτωποι με πολύπλευρα κλινικά σενάρια που απαιτούν διαφοροποιημένη ηθική λήψη αποφάσεων και συνεργασία μεταξύ των ειδικοτήτων (Epstein, 2009). Ωστόσο, η πλοήγηση σε αυτές τις πολυπλοκότητες μπορεί να είναι δύσκολη, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις όπου νομικές και ηθικές υποχρεώσεις διασταυρώνονται ή συγκρούονται. Οι Leca και συνεργάτες(2003) τονίζουν τη σημασία της ενθάρρυνσης μιας κοινής κατανόησης των νομοθετικών και

ηθικών πλαισίων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας για τη διευκόλυνση της συλλογικής λήψης αποφάσεων και τον μετριασμό πιθανών συγκρούσεων.

Ακόμα, η εξελισσόμενη φύση των πολιτικών και των κανονισμών για την υγειονομική περίθαλψη, προκειμένου να εναρμονιστεί με τις αυξημένες απαιτήσεις της σύγχρονης εποχής υπογραμμίζει περαιτέρω την ανάγκη για συνεχή εκπαίδευση και κατάρτιση για τη διασφάλιση της συμμόρφωσης και της ηθικής πρακτικής μεταξύ των επαγγελματιών υγείας (Garcia-Valencia et al., 2023). Τα προγράμματα συνεχούς επαγγελματικής ανάπτυξης μπορούν να βοηθήσουν να γεφυρωθούν τα κενά στη γνώση και την κατανόηση των νομοθετικών και δεοντολογικών κατευθυντήριων γραμμών, προάγοντας έτσι τη συνέπεια και τη συνοχή στις διεπαγγελματικές αλληλεπιδράσεις. Ενισχύοντας την ευαισθητοποίηση και την τήρηση των νομικών και ηθικών προτύπων, οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να καλλιεργήσουν μια κουλτούρα εμπιστοσύνης και αμοιβαίου σεβασμού μεταξύ των μελών της ομάδας, ενισχύοντας τελικά την ποιότητα και την ασφάλεια της παροχής φροντίδας ασθενών (Bogossian & Craven, 2020) .

Συνοπτικά, ενώ η νομοθεσία και οι δεοντολογικές κατευθυντήριες γραμμές χρησιμεύουν ως κρίσιμοι ακρογωνιαίοι λίθοι για την προώθηση της συνεργασίας και τον μετριασμό των συγκρούσεων μεταξύ ιατρικών ειδικοτήτων σε περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης, ενδέχεται να προκύψουν προκλήσεις λόγω διαφοροποιήσεων στην ερμηνεία και την εφαρμογή μεταξύ διαφορετικών ειδικοτήτων. Η αντιμετώπιση αυτών των προκλήσεων απαιτεί συντονισμένη προσπάθεια για την προώθηση μιας κοινής κατανόησης των νομικών και ηθικών πλαισίων, την προώθηση της διεπιστημονικής επικοινωνίας και συνεργασίας και τη διευκόλυνση της συνεχούς εκπαίδευσης και κατάρτισης για τη διασφάλιση της συμμόρφωσης και της ηθικής πρακτικής μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Εναρμονίζοντας τις πρακτικές με τις ηθικές αρχές και τις νομοθετικές εντολές, οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να δημιουργήσουν ένα περιβάλλον που ευνοεί την αποτελεσματική διεπαγγελματική συνεργασία και την παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας ασθενών.

1.3. Ηθικά, δεοντολογικά και πρακτικά προβλήματα που αντιμετωπίζει ο επαγγελματίας υγείας σχετικά με την συνεργασία με τις άλλες κλινικές ειδικότητες

Οι κώδικες δεοντολογίας που καθορίζουν οι εκάστοτε επαγγελματικοί κλάδοι αντανακλούν τους κανόνες που διέπουν την συμπεριφορά των μελών της επαγγελματικής κοινότητας μεταξύ τους , αλλά και απέναντι στα άλλα μέλη της κοινωνίας ,και κατ'επέκταση απέναντι σε άλλους επαγγελματίες με τους οποίους συνεργάζονται Αυτό κρίνεται απαραίτητο καθώς η κάθε επαγγελματική ομάδα και στην συγκεκριμένη περίπτωση οι επαγγελματίες υγείας, έχουν συγκεκριμένα δικαιώματα και υποχρεώσεις που προκύπτουν και από τις εξειδικευμένες γνώσεις και δεξιότητές τους, καθώς οι κώδικες δεοντολογίας εξασφαλίζουν μεταξύ άλλων την ορθή αξιοποίηση των γνώσεων αυτών προς όφελος του κοινωνικού συνόλου. (Moore, 1970).

Το σύγχρονο τοπίο της υγειονομικής περίθαλψης χαρακτηρίζεται από την αυξανόμενη εξειδίκευση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Αυτή η τάση έχει οδηγήσει σε μια αυξανόμενη εξάρτηση από τη διεπιστημονική συνεργασία για την αντιμετώπιση πολύπλοκων ιατρικών καταστάσεων και την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας των ασθενών (Thanislas, 2024). Ωστόσο, ενώ η συνεργασία μεταξύ διαφορετικών κλινικών ειδικοτήτων είναι απαραίτητη, θέτει επίσης πολλές ηθικές, και πρακτικές προκλήσεις για τους επαγγελματίες υγείας. Μία από τις κύριες προκλήσεις που συνδέονται με τη διεπιστημονική συνεργασία είναι η διατήρηση της επαγγελματικής αυτονομίας. Οι επαγγελματίες υγείας συχνά κατέχουν εξειδικευμένη τεχνογνωσία και κλινική κρίση που αναπτύχθηκε μέσα από χρόνια εκπαίδευσης και εμπειρίας. Κατά συνέπεια, μπορεί να αντιστέκονται στην παραίτηση από την αυτονομία ή στην εκχώρηση εξουσίας λήψης αποφάσεων σε επαγγελματίες από άλλους κλάδους. Αυτή η ένταση μεταξύ της επαγγελματικής αυτονομίας και της συλλογικής λήψης αποφάσεων μπορεί να εμποδίσει την αποτελεσματική διεπιστημονική ομαδική εργασία και να θέσει σε κίνδυνο τα αποτελέσματα της φροντίδας των ασθενών (Eschak, 2012)

Τα θεραπευτικά πρωτόκολλα που τροποποιούνται ανάλογα με τις εκάστοτε κλινικές καταστάσεις και οι διαφορετικές κλινικές φιλοσοφίες περιπλέκουν περαιτέρω τη διεπιστημονική συνεργασία σε περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης.

Διαφορετικές κλινικές ειδικότητες μπορούν να υποστηρίξουν ξεχωριστές προσεγγίσεις στη διάγνωση, τη θεραπεία και τη διαχείριση ασθενών με βάση τα αντίστοιχα θεωρητικά πλαίσια και τις βάσεις δεδομένων τους. Αυτές οι παραλλαγές στην πράξη μπορούν να δημιουργήσουν ασυμφωνία και αβεβαιότητα μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, οδηγώντας σε διαφωνίες σχετικά με τα σχέδια θεραπείας, τις παραπομπές ασθενών για διενέργεια των κατάλληλων διαγνωστικών εξετάσεων και τις οδούς περίθαλψης. Η επίλυση αυτών των συγκρούσεων απαιτεί προθυμία να συμφιλιωθούν οι διαφορετικές προοπτικές και να συμμετάσχουν σε κοινές διαδικασίες λήψης αποφάσεων που βασίζονται στην πρακτική που βασίζεται σε στοιχεία και στις αρχές φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή (Leca, Griffiths and Cox, 2003).

Επιπλέον, η διεπιστημονική συνεργασία απαιτεί αποτελεσματική επικοινωνία και ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Ωστόσο, οι διαταραχές επικοινωνίας και το μεγάλο μέγεθος πληροφοριών, είναι κοινές προκλήσεις που μπορούν να υπονομεύσουν τη συνοχή και την αποτελεσματικότητα των διεπιστημονικών ομάδων. Οι Leca και συνεργάτες (2003) υπογραμμίζουν τη σημασία των σαφών καναλιών επικοινωνίας, των τυποποιημένων πρωτοκόλλων και των διεπιστημονικών φόρουμ για την προώθηση της συνεργασίας και την ενίσχυση του συντονισμού περίθαλψης ασθενών.

Όπως αναφέρθηκε η αντιμετώπιση των ηθικών και πρακτικών προκλήσεων που σχετίζονται με τη διεπιστημονική συνεργασία απαιτεί μια πολύπλευρη προσέγγιση που βασίζεται σε μια λεπτή κατανόηση της αλληλεπίδρασης μεταξύ διαφορετικών κλάδων. Οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να δώσουν προτεραιότητα σε πρωτοβουλίες που στοχεύουν στην ενίσχυση του αμοιβαίου σεβασμού, της εμπιστοσύνης και της ομαδικής εργασίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας (Rosen et al., 2019). Αυτό περιλαμβάνει τη δημιουργία ευκαιριών για διεπιστημονική εκπαίδευση, κατάρτιση και επαγγελματική ανάπτυξη για την ενίσχυση των δεξιοτήτων διεπαγγελματικής επικοινωνίας, της πολιτιστικής ικανότητας και των στρατηγικών επίλυσης συγκρούσεων. Αγκαλιάζοντας μια συλλογική νοοτροπία και καλλιεργώντας ένα υποστηρικτικό εργασιακό περιβάλλον, οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να περιηγηθούν στην πολυπλοκότητα της διεπιστημονικής συνεργασίας και να προσφέρουν τη βέλτιστη φροντίδα στους ασθενείς σε διάφορα κλινικά περιβάλλοντα (Loeb et al., 2016).

1.4. Οι ιδιαιτερότητες των συγκρούσεων στον χώρο των υπηρεσιών υγείας.

Οι συγκρούσεις στη σφαίρα των υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα θεμάτων, που κυμαίνονται από διαφωνίες σχετικά με την κατανομή των πόρων έως διαφωνίες σχετικά με τις θεραπευτικές προσεγγίσεις. Οι Leca et al. (2003) τονίζουν τη μοναδική φύση των συγκρούσεων στην υγειονομική περίθαλψη, που συχνά προκύπτουν λόγω ανταγωνιστικών τάσεων, περιορισμένων πόρων και της εγγενούς πολυπλοκότητας της λήψης ιατρικών αποφάσεων. Στις υπηρεσίες υγείας απασχολούνται επαγγελματίες διαφορετικών επιστημονικών κλάδων, μέσω της συνεργασίας των οποίων, επιχειρείται η διασφάλιση και βελτίωση της υγείας του πληθυσμού (Θανασάς & Χαραλάμπους, 2016). Έτσι, για την επίτευξη του κοινού στόχου που είναι η υψηλής ποιότητας φροντίδας στους ασθενείς απαιτείται σωστή επικοινωνία, συνεργασία και συντονισμός μεταξύ των μελών της ομάδας φροντίδας, (Καδδά, 2018), ενώ ταυτόχρονα απαιτείται και η συνεργασία με διοικητικούς παράγοντες. Η διεπιστημονική συνεργασία καθώς και η ίδια η σύνθετη φύση του οργανισμού οδηγούν σε αυξημένη αλληλεπίδραση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, με αποτέλεσμα να αυξάνεται και ο κίνδυνος εμφάνισης συγκρούσεων. Εξετάζοντας τις ιδιαιτερότητες αυτών των συγκρούσεων, οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να αναπτύξουν στρατηγικές για την αποτελεσματική διαχείριση και επίλυση διεπαγγελματικών διαφορών, βελτιώνοντας έτσι την ποιότητα της περίθαλψης των ασθενών και ενισχύοντας μια κουλτούρα συνεργασίας (Sexton et al., 2006).

Οι διαφωνίες κατανομής πόρων αποτελούν εξέχουσα πηγή σύγκρουσης εντός των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης, ιδιαίτερα σε περιβάλλοντα όπου οι πόροι είναι σπάνιοι ή άνισα κατανεμημένοι (Fassier & Azoulay, 2010). Η έλλειψη πόρων, όπως αναφέρθηκε, στον χώρο της Υγείας (ανθρώπινου δυναμικού, υλικών π.χ. διαγνωστικά τεστ, φαρμακευτικά σκευάσματα, μέσα ατομικής προστασίας, κ.α) που έχει επιταθεί λόγω της οικονομικής κρίσης, αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα πρόκλησης συγκρούσεων καθώς αναπόφευκτα συχνά αποτελεί ανάχωμα στην παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας (Θανασάς & Χαραλάμπους, 2016). Συγκεκριμένα για το ΕΣΥ, τα προβλήματα στην διεπαγγελματική συνεργασία και οι συγκρούσεις μέσα στα νοσηλευτικά ιδρύματα εντείνονται από το γεγονός ότι το σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από ελλείψεις ανθρώπινου δυναμικού και πόρων, ενώ

και η ίδια η οργάνωση και η διοίκηση των μονάδων υγείας, δημιουργούν προβλήματα επικοινωνίας οξύνοντας την επαγγελματική ρήξη. Το πρόβλημα επιτείνεται καθώς τα δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα λειτουργούν σε ένα γραφειοκρατικό μοντέλο διοίκησης, παρουσιάζοντας προβλήματα στην εφαρμογή επιχειρησιακού σχεδιασμού (Θανασάς & Χαραλάμπους, 2016).

Επίσης χαρακτηριστικά του εργασιακού πλαισίου στα νοσοκομεία είναι ο μεγάλος φόρτος και ένταση εργασίας, που τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί λόγω της αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης και κατά συνέπεια της αύξησης των συννοσηροτήτων, καθώς και την ανάπτυξη νέων θεραπειών- σε συνδυασμό με την ένταση που προκαλείται για την αντιμετώπιση των περιστατικών, που είναι επιβαρυντικό για τους επαγγελματίες υγείας. Η οικονομική κρίση, εξάλλου προκάλεσε εκτός των άλλων και αύξηση της προσέλευσης περιστατικών σε δημόσια νοσοκομεία, καθώς οι πολίτες αδυνατούν να αντεπεξέλθουν στα έξοδα ιδιωτικής περίθαλψης.

Όπως προαναφέρθηκε, ο χώρος της παροχής υπηρεσιών υγείας χαρακτηρίζεται από πολυπλοκότητα, και αλληλεπίδραση μεταξύ όλων των υπηρεσιών του νοσοκομείου. Η έλλειψη συνεργασίας και επικοινωνίας όχι μόνο μεταξύ των επαγγελματιών υγείας αλλά και μεταξύ αυτών και των διοικητικών και τεχνικών υπηρεσιών συχνά μπορούν να οδηγήσουν σε εντάσεις (Fassier & Azoulay, 2010; O'connor et al., 2016; Sexton et al., 2006). Καθώς στο χώρο του νοσοκομείου εργάζονται πλήθος επαγγελματιών υγείας με διαφορετικές ειδικότητες και διαφορετικό εκπαιδευτικό επίπεδο, όπου σε έρευνες καταδεικνύεται ως εμπόδιο για την ανάπτυξη καλής επικοινωνίας, καθώς φαίνεται ότι οι επαγγελματίες ιδίων ειδικοτήτων αντιμετωπίζουν λιγότερες συγκρούσεις. Επίσης, η άνιση κατανομή των πόρων μεταξύ των διαφορετικών τμημάτων αποτελεί έναν επιπλέον λόγο σύγκρουσης, (Tengilimoglu & Kisa, 2005).

Είναι κατανοητό ότι σε πολλές μονάδες υγείας ο συνδυασμός των δύσκολων εργασιακών συνθηκών, των ενδεχόμενων εργασιακών κινδύνων (π.χ. μολυσματικό περιβάλλον) με την επαγγελματική εξουθένωση και την χαμηλή ικανοποίηση από την εργασία, επιδρά σημαντικά και στην ψυχική και σωματική υγεία του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, επηρεάζοντας καθοριστικά την ποιότητα ζωής τους. Για τον λόγο αυτό απαραίτητη προϋποθέση για την διασφάλιση της ποιότητας των

παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας ,είναι η διασφάλιση των συνθηκών εργασίας που βασίζονται στην ασφάλεια και στην εργασιακή ικανοποίηση του προσωπικού.

Ακόμα, οι διαφωνίες σχετικά με τις θεραπευτικές προσεγγίσεις υπογραμμίζουν τις διαφορετικές προοπτικές και τις κλινικές φιλοσοφίες που επικρατούν στην κοινότητα της υγειονομικής περίθαλψης. Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να υποστηρίξουν διαφορετικές μεθόδους θεραπείας με βάση την εκπαίδευση, την εμπειρία και την ερμηνεία των διαθέσιμων στοιχείων Επιπλέον, η αβεβαιότητα σχετικά με την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια των νέων θεραπειών ή παρεμβάσεων μπορεί να κλιμακώσει περαιτέρω τις συγκρούσεις, ιδιαίτερα σε καταστάσεις όπου τα στοιχεία είναι ασαφή ή αντικρουόμενα (Leca, Griffiths & Cox, 2003).

Ανακεφαλαιωτικά, η δομή και η οργάνωση του χώρου εργασίας, η νομοθεσία και οι κατευθυντήριες γραμμές δεοντολογίας, οι ηθικές και πρακτικές προκλήσεις στη συνεργασία και οι ιδιαιτερότητες των συγκρούσεων στις υπηρεσίες υγείας συμβάλλουν στην περίπλοκη δυναμική των διεπαγγελματικών σχέσεων εντός της ομάδας υγειονομικής περίθαλψης. Αναγνωρίζοντας και αντιμετωπίζοντας αυτούς τους παράγοντες, οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να ενισχύσουν ένα πιο συνεκτικό και συνεργατικό περιβάλλον, ωφελώντας τελικά τόσο τους επαγγελματίες υγείας όσο και τους ασθενείς που εξυπηρετούν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΑΙΤΙΑ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΟΥΣ

Οι συγκρούσεις μέσα στους οργανισμούς (Brown, 1983) προκαλούνται τόσο από τις διαφορές στην νοοτροπία και την προσωπικότητα των μελών, όσο και από τις αναπόφευκτες αλλαγές που συντελούνται στους οργανισμούς (λόγω της τεχνολογικής εξέλιξης του ανταγωνισμού, της έλλειψης πόρων κ.α) (Swansburg & Swansburg, 1999). Καθοριστικοί επίσης παράγοντες για την πρόκληση συγκρούσεων είναι η δομή του εργασιακού περιβάλλοντος σε συνδυασμό με την προσωπικότητα του κάθε ατόμου και τον τρόπο με τον οποίο επικοινωνεί με τους συνεργάτες του. Οι αιτίες λοιπόν των συγκρούσεων στο εργασιακό περιβάλλον είναι πολλαπλές και προκαλούνται σε μεγάλο βαθμό εξαιτίας των διαφορετικών αντιλήψεων και των διαφωνιών ως προς τα κίνητρα και τις αξίες και τις προτεραιότητες, αλλά και τις πολιτικές που ασκούνται στον οργανισμό, καθώς προκαλείται σύγκρουση ρόλων και ανταγωνισμός καθηκόντων στα μέλη, εξαιτίας αρνητικών συμπεριφορών ή διαχειριστικών λαθών, (Shih & Susanto, 2010).

2.1 Αίτια πρόκλησης συγκρούσεων

Σύμφωνα με έρευνες, κύριες αιτίες συγκρούσεων στον εργασιακό χώρο είναι οι οργανωτικοί παράγοντες, σε συνδυασμό με τις διαπροσωπικές σχέσεις που διαμορφώνονται από τα ατομικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων. Έχουν προσδιοριστεί οργανωτικές πτυχές στις μονάδες υγείας που δημιουργούν το υπόβαθρο συγκρούσεων. Οι σημαντικότεροι λόγοι που σχετίζονταν με την οργάνωση είναι οι κακές οργανωτικές δομές, οι περιορισμένοι πόροι (οικονομικοί και ανθρωπίνου δυναμικού), οι κακές εργασιακές συνθήκες, καθώς και η ασάφεια στους ρόλους που δημιουργού εμπόδια στην λήψη και εφαρμογή των αποφάσεων. (Almost et al., 2016; Kim et al., 2017). Όσον αφορά τις διαπροσωπικές συγκρούσεις, μπορεί να λάβουν πολλές μορφές στους χώρους παροχής φροντίδας υγείας, και σύμφωνα με έρευνες τα συχνότερα αίτια φαίνεται να είναι η έλλειψη επικοινωνίας, ο ανταγωνισμός μεταξύ εργαζομένων, η έλλειψη αναγνώρισης της εργασίας και η έλλειψη διαφάνειας. Άλλες πηγές διαπροσωπικών συγκρούσεων αποτελούν η διαφωνία μεταξύ ομάδων εργασίας

σχετικά με τα σχέδια φροντίδας των ασθενών, οι διαφορές στο επίπεδο εκπαίδευσης, τα διαφορετικά έτη εμπειρίας και η άνιση κατανομή ισχύος (Kim et al., 2016), ενώ και οι ίδιες οι κοινωνικές αλληλεπιδράσεις μπορεί να επηρεάζουν τις εργασιακές συγκρούσεις, π.χ. οι πολιτιστικές διαφορές, η έλλειψη συνεργατικής συμπεριφοράς, η κακή ανταλλαγή πληροφοριών (Almost et al., 2016). Επιπλέον, η αλληλεξάρτηση των εργασιών δηλαδή ο βαθμός στον οποίο απαιτείται η συνεργασία μεταξύ των εργαζομένων, αποτελεί ένα συχνό αίτιο συγκρούσεων (Kim et al., 2017). Επίσης φαίνεται οι συγκρούσεις να είναι συχνότερες σε περιβάλλοντα επείγουσας φροντίδας, λόγω της ανάγκης λήψης γρήγορων αποφάσεων μέσα από την συνεργασία.

Σύμφωνα με τους Rovithis και συνεργάτες (2017), μία έρευνα με συμμετέχοντες ιατρούς και νοσηλευτές σε δημόσιες μονάδες υγείας, με αντικείμενο τις συγκρούσεις ρόλων και την ασάφεια ρόλων, μεταξύ των νοσηλευτών καταγράφηκε επίσης υψηλότερη μέση βαθμολογία ασάφειας ρόλων, σε σύγκριση με τους ιατρούς, ενώ υψηλότερα επίπεδα καταγράφηκαν και μεταξύ των γυναικών, αλλά και των νεότερων εργαζομένων. Επίσης, στην μελέτη Kaitelidou και συνεργάτες (2012), μια μελέτη που διεξήχθη σε παιδιατρικές μονάδες νοσοκομείων και εξετάστηκαν τα βασικά αίτια των συγκρούσεων μεταξύ επαγγελματιών υγείας, οι ιατροί ανέφεραν περισσότερες συγκρούσεις με άλλους ιατρούς παρά με νοσηλευτές, ενώ οι νοσηλευτές ανέφεραν παρόμοια επίπεδα συγκρούσεων με όλους τους επαγγελματίες υγείας. Στην ίδια μελέτη φάνηκε πως οι επαγγελματίες υγείας θεωρούν ως βασικότερα αίτια συγκρούσεων τα προβλήματα οργάνωσης της μονάδας υγείας, και ότι η ύπαρξη πάνω από ενός προισταμένων που δίνουν κατευθύνσεις αλλά και η μείωση της αυτονομίας τους επηρεάζει αρνητικά στην αποδοτικότητά τους, ενώ πολλοί δήλωσαν ακόμα ότι δημιουργούνται συγκρούσεις λόγω ασάφειας στον καθορισμό των καθηκόντων τους.

Αναλυτικότερα οι κυριότερες αιτίες που παίζουν σημαντικό ρόλο στην πρόκληση συγκρούσεων μπορούν να ταξινομηθούν στις παρακάτω κατηγορίες:

- Ενδογενείς παράγοντες (Σταθοπούλου, 2006. Malliarou et al., 2010). Η αντιπαράθεση, ο θυμός και οι διαμάχες εκδηλώνουν αυτή την κατάσταση, η οποία βιώνεται διαφορετικά ανάμεσα στα άτομα και εξαρτάται από το ωράριο εργασίας, και από το ποσοστό επικινδυνότητας της υγείας τους σε σχέση με το περιβάλλον εργασίας (Διλιντάς 2010).

- Εξωγενείς παράγοντες Οι εξωγενείς παράγοντες σχετίζονται με την αλληλεπίδραση του νοσηλευτικού προσωπικού με τους ασθενείς και τις οικογένειες των ασθενών, που ενίοτε μπορεί να προκαλέσουν εντάσεις (Λαχανά και συν., 2018)
- Επικοινωνιακά προβλήματα Τα επικοινωνιακά προβλήματα αποτελούν επίσης μια βασική αιτία σύγκρουσης (π.χ. λόγω ανεπαρκούς ανταλλαγής πληροφοριών, στην ύπαρξη παραγόντων που δυσχεραίνουν την ανταλλαγή πληροφοριών αλλά και στον τρόπο που ερμηνεύει την κατάσταση το κάθε άτομο, με βάση τις αντιλήψεις, τις αξίες του, το μορφωτικό του επίπεδο (Ζαβλανός, 2002). (Iacono, 2003, Singleton et al., 2011, Μπιτσώρη, 2013). Η ελλειπής επικοινωνία αποτελεί την συχνότερη αιτία για τη δημιουργία συγκρούσεων σε όλο το φάσμα των οργανισμών. Η μη επαρκής και αντικειμενική μεταφορά πληροφοριών αφορά τόσο την επικοινωνία μεταξύ προϊστάμενων και υφισταμένων καθώς και την επικοινωνία των εργαζομένων που ανήκουν σε διαφορετικά τμήματα και βαθμίδες
- Η ιεραρχική δομή με τα πολλαπλά επίπεδα εξουσίας και κατ'έκταση τους διαφορετικούς μεταξύ τους στόχους, δημιουργεί δυσκολίες στην επικοινωνία, με αποτέλεσμα να αυξάνεται η συχνότητα των συγκρούσεων (Σταθοπούλου, 2006).
- Αρμοδιότητες προσωπικού .Στον χώρο των υπηρεσιών υγείας έχει παρατηρηθεί ότι συχνά επικρατεί σύγχυση σχετικά με τα καθήκοντα και τις αρμοδιότητες που αντιστοιχούν στον κάθε επαγγελματικό κλάδο, γεγονός που εντείνεται από την απουσία σαφούς κατανομής των αρμοδιοτήτων και την ελλιπή περιγραφή των καθηκόντων, ανάλογα με το τμήμα και την ειδικότητά τους, σε συνδυασμό με τις περιορισμένες οδηγίες που δίνονται. Έτσι, όπως είναι αναμενόμενο επηρεάζεται η αποτελεσματικότητα του προσωπικού, και προκαλούνται συγκρούσεις, που δυσχεραίνουν περαιτέρω τη λειτουργικότητα του οργανισμού (Σαπουντζή-Κρέπια, 2001. Pavlakis et al., 2011).
- Σχέση αλληλεξάρτησης .Τα άτομα που εργάζονται στο χώρο της υγείας εμφανίζουν μεταξύ τους αποκλίσεις ρόλων ωστόσο, η συνεργασία τους είναι απαραίτητη και η σχέση μεταξύ τους είναι αλληλένδετη, καθώς οφείλουν να

συνεργαστούν για την παροχή υπηρεσιών υγείας. Συνεπώς, η συνεργασία τους συχνά προσκρούει στις διάφορες διαφωνίες μεταξύ τους, που εντείνεται από την έλλειψη ομαδικότητας (Ζαβλανός, 2002). (Σταθοπούλου, 2006).

- Διαφορετικοί στόχοι Ένα άλλο αίτιο συγκρούσεων είναι και οι διαφορετικοί στόχοι μεταξύ των εργαζομένων και της διοίκησης, διότι εμφανίζουν έντονα σημεία απόκλισης, καθώς το διοικητικό προσωπικό επιζητά την όσο το δυνατόν μεγαλύτερη μείωση του κόστους για την λειτουργία της μονάδας υγείας (Torrington, Hall, & Taylor, 2005). Μελέτες έχουν δείξει ότι στον χώρο της υγείας η χρήση μοντέλων διαχείρισης αυξημένης επιτήρησης (behavior control model), με στόχο τη μείωση των εξόδων της μονάδας υγείας, δεν έχει θετική επίδραση στη συμπεριφορά των εργαζομένων (Cogin, Li Ng & Lee, 2016). Ενώ η χρήση πιο ευέλικτων μοντέλων διαχείρισης σε συνδυασμό με την χρήση κινήτρων (βελτίωση συνθηκών εργασίας, μισθών), μπορούν να αυξήσουν την αποτελεσματικότητα των εργαζομένων της μονάδας υγείας, (Dieleman, Gerretsen & Van der Wilt, 2009). Σαν μια γενική θεώρηση θα μπορούσε να ειπωθεί ότι καθώς τα στελέχη της Διοίκησης εκπροσωπούν διαφορετικά τμήματα καλλιεργούν στάσεις οι οποίες βασίζονται σε διαφορετικές αξίες (Cushman, 2000), καθώς η διοίκηση δίνει μεγαλύτερη έμφαση στην όσο το δυνατόν μεγαλύτερη μείωση του κόστους κατά την λειτουργία των υγειονομικών μονάδων, ενώ το κύριο μέλημα των επαγγελματιών υγείας είναι η βέλτιστη φροντίδα των ασθενών.
- Περιβάλλον εργασίας Το περιβάλλον εργασίας στις μονάδες υγείας συχνά δεν είναι υποστηρικτικό, καθώς οι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν πολλών ειδών δυσκολίες στη διεκπεραίωση του έργου τους, που σχετίζονται με ελλιπή ιατρικό εξοπλισμό, πιέσεις από ασθενείς, συναδέλφους, διοίκηση, κ.α. Έτσι, οι αυξημένες ευθύνες, οι υψηλές απαιτήσεις, και ο ανταγωνισμός αποτελούν βασικά αίτια συγκρούσεων (Σταθοπούλου, 2006).
- Ετερογενείς προσδοκίες και προσωπικότητα Σημαντικός παράγοντας που οδηγεί σε σύγκρουση αποτελεί η απόκλιση των προσδοκιών των εργαζομένων, καθώς κάθε άτομο ανάλογα με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του έχει διαφορετικές προσδοκίες από τον εργασιακό του χώρο.

- Έλλειψη συνεργασίας Η έλλειψη συνεργασίας μεταξύ του προσωπικού, καθώς και η απροθυμία για συνεργατική δράση και ενδεχόμενη παροχή βοήθειας, συμβάλλει στη δημιουργία συγκρούσεων. (Rahim, Buntzman & White, 1999).
- Έλλειψη ανθρώπινων πόρων .Ιδιαίτερα σημαντική για τη δημιουργία σύγκρουσης είναι και η έλλειψη ανθρώπινου δυναμικού υλικών πόρων, αλλά και τεχνολογικού εξοπλισμού, καθώς έτσι δυσχεραίνεται η καθημερινότητα των εργαζομένων και αυξάνεται ο φόρτος εργασίας(π.χ. ο μεγάλος αριθμός εξετάσεων που πρέπει να πραγματοποιηθούν, και η έλλειψη προτεραιοποίησης, αποτελούν συχνή αιτία σύγκρουσης μεταξύ ιατρών κλινικών και εργαστηριακών ειδικοτήτων).Επίσης, καθώς διατίθενται συγκεκριμένοι περιορισμένοι πόροι, το κάθε τμήμα προσπαθεί να επιτύχει την καλύτερη κατανομή πόρων με αποτέλεσμα την δημιουργία διατμηματικών συγκρούσεων (Dawes&Graham, 2005).
- Καινοτομίες και αλλαγές Οποιαδήποτε αλλαγή ή καινοτομία(π.χ. νέος τεχνολογικός εξοπλισμός) συχνά δημιουργεί άγχος και ανασφάλεια , καθώς το προσωπικό αγωνιά ότι ενδεχομένως λόγω ελλειπών κατάρτισης αδυνατεί να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις που δημιουργούνται. Έτσι με τον τρόπο αυτό, διαταράσσονται οι ισορροπίες μεταξύ των εργαζομένων καθώς κάποιοι φαίνεται να υπερτερούν έναντι άλλων (Σταθοπούλου, 2006. Διλιντάς 2010.)
- Άλλες παράμετροι: Επίσης, σημαντικές παράμετροι που επιδρούν στη γένεση των συγκρούσεων είναι η έλλειψη κινήτρων, η έλλειψη ενημέρωσης εκ μέρους των εργαζομένων και η απουσία διαλόγου μεταξύ των επαγγελματιών. Τέλος πρέπει να τονισθεί , σαν παγκόσμιος παράγοντας που επηρεάζει όλα τα είδη των σχέσεων, εμφανίζεται η παγκόσμια οικονομική κρίση, που δημιουργεί ανασφάλεια και αβεβαιότητα. Οι δύσκολες οικονομικές καταστάσεις δημιουργούν δύσκολες εργασιακές συνθήκες και οι εργαζόμενοι αισθάνονται αρκετά αβέбайοι για το επαγγελματικό τους μέλλον.

Εκτός από τα αίτια που αναφέρθηκαν και προκαλούν συγκρούσεις των εργαζομένων στις μονάδες υγείας υπάρχουν και κάποιοι άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση και την πορεία των συγκρούσεων και θα αναφερθούν πιο εκτενώς στην συνέχεια



Organizational Conflict: Main Causes

A global workplace survey conducted by the Center for Psychological Press, Inc. (CPP), identified the main causes of conflict at work. Employees were asked what they observed to be the main causes of conflict.

<u>Cause</u>	<u>Percentage Observing</u>
Personality clashing and warring egos	49%
Stress	34%
Heavy workloads/inadequate resources	33%
Poor leadership from the top of the organization	29%
Lack of honesty and openness	26%
Poor line management	23%
Lack of role clarity	22%
Lack of clarity about accountability	21%
Clash of values	18%
Poor selection/pairing of teams	16%
Taboo topics about office affairs	15%
Poor performance management	14%
Bullying/harassment	13%
Perceived discrimination	10%

From: *Workplace Conflict and How Businesses Can Harness it to Thrive*, CPP Global Human Capital Report, July, 2008. Available at CPP.com.

Organizational Conflict: Main Causes

Πηγή: Workplace Conflict and How Businesses Can Harness it to Thrive, CPP Global Human Capital Report

2.2. Ζητήματα επικάλυψης και σύγκρουσης και ασάφειας ρόλων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας

Η δομή και η οργάνωση των μονάδων υγείας είναι σύνθετη και απαιτείται η κοινή σύμπραξη διάφορων υπηρεσιών, οι οποίες επιμερίζονται σε αντίστοιχα τμήματα που αναλαμβάνουν συγκεκριμένες αρμοδιότητες. Είναι προφανές, ότι η πολυπλοκότητα στη λειτουργία των μονάδων υγείας, συμβάλλει στην εμφάνιση συγκρούσεων μεταξύ των επαγγελματιών, λόγω του αυξημένου φόρτου εργασίας και της ασυμβατότητας των προτεραιοτήτων και των καθηκόντων (Schneider and Gunnarson, 1991. Mills, 2002. Wright, 2011). Η εκπλήρωση των καθηκόντων και των υποχρεώσεων του προσωπικού του νοσοκομείου απαιτεί την αλληλεπίδραση και συνεργασία μέσα σε ένα τμήμα, αλλά και μεταξύ όλων των τμημάτων, πράγμα που αυξάνει την πιθανότητα εκδήλωσης συγκρούσεων. Οι συγκρούσεις μπορεί να σχετίζονται με θέματα οριοθέτησης των ρόλων, με θέματα επίτευξης των στόχων και απόδοσης ευθυνών (Brown et al, 2020). Η ιεραρχία και η άσκηση εξουσίας επίσης

παίζουν σημαντικό ρόλο στην διαμόρφωση συνθηκών για την πρόκληση συγκρούσεων (ύπαρξη εργαζομένων με θέση μικρότερης ισχύος στη λήψη αποφάσεων), καθώς μπορεί να προκύψει έλλειψη αναγνώρισης και κινήτρων και η στάση αποφυγής συζήτησης των προβλημάτων ,τόσο προς αποφυγή των συγκρούσεων όσο και κατά την διαχείρισή τους (Brown et al., 2020).

Όπως αναφέρθηκε και στα αίτια, κατά την συνεργασία των ιατρών διαφορετικών ειδικοτήτων καθώς και μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών, δημιουργείται αλληλεξάρτηση μεταξύ των καθηκόντων τους,ένα φαινόμενο που με την σειρά του συμβάλλει και αυτό στη δημιουργία των συγκρούσεων. Είναι γεγονός πως οι επαγγελματίες υγείας διαφορετικών κλάδων εμφανίζουν μεταξύ τους αποκλίσεις ρόλων, ωστόσο, οφείλουν να συνεργαστούν για την επίλυση των προβλημάτων υγείας των ασθενών. Συνεπώς, απαιτείται μια συνεργασία μεταξύ των δύο, η οποία συχνά προσκρούει στις εκάστοτε διαφωνίες μεταξύ τους, που προκαλούνται από την έλλειψη ομαδικού πνεύματος (Ζαβλανός, 2002). Η αλληλεξάρτηση στην εργασία μπορεί να είναι διαδοχική, δηλαδή δεν δύναται η ολοκλήρωση της εργασίας πριν την διεκπεραίωση του ρόλου της κάθε ομάδας, είτε αμοιβαία όπου υπάρχει διασύνδεση και η εργασία της μίας εξαρτάται άμεσα από την άλλη και οι αποδόσεις τους είναι αλληλένδετες (Σταθοπούλου, 2006).Όμως και οι προσδοκίες από τον κάθε ρόλο-που άλλωστε διαμορφώνονται από τον συνδυασμό της προσωπικότητας και του χαρακτήρα του κάθε ατόμου- σχετίζονται με συγκρούσεις ,καθώς οι «απαιτούμενες προσδοκίες» από τους ρόλους στον χώρο εργασίας. Έτσι, όταν οι προσδοκίες δεν συνάδουν με τις πραγματικές απαιτήσεις του ρόλου, δημιουργείται η λεγόμενη σύγκρουση των ρόλων (Donaldson, 1995;Garcia 2006).

Ζητήματα επικάλυψης ρόλων και σύγκρουσης μεταξύ των επαγγελματιών υγείας επικρατούν στη δυναμική της ομάδας υγειονομικής περίθαλψης, που πηγάζουν από την περίπλοκη αλληλεπίδραση των επαγγελματικών ορίων, των ιεραρχικών δομών και των ευθυνών περίθαλψης ασθενών. Ο Gerardi (2004) τονίζει τη σημασία της χρήσης τεχνικών διαμεσολάβησης για την αποτελεσματική διαχείριση των συγκρούσεων που προκύπτουν από αλληλοεπικαλυπτόμενους ρόλους, προωθώντας έτσι ένα υγιές εργασιακό περιβάλλον που ευνοεί τη διεπαγγελματική συνεργασία. Η ασάφεια των ρόλων είναι ένας βασικός παράγοντας που συμβάλλει στις συγκρούσεις μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Με την εξέλιξη των μοντέλων παροχής

υγειονομικής περίθαλψης και την εμφάνιση διεπιστημονικών ομάδων φροντίδας, η οριοθέτηση ρόλων και ευθυνών γίνεται όλο και πιο ασαφής. Χρησιμοποιώντας τεχνικές διαμεσολάβησης, οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να διευκολύνουν τον ανοιχτό διάλογο μεταξύ των μελών της ομάδας για την αποσαφήνιση των ρόλων, τη δημιουργία σαφών προσδοκιών και την επίλυση συγκρούσεων που προκύπτουν από την ασάφεια των ρόλων (Gerardi, 2004).

Επιπλέον, οι ιεραρχικές δομές εντός των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να επιδεινώσουν τις συγκρούσεις που σχετίζονται με την επικάλυψη ρόλων. Τα παραδοσιακά ιεραρχικά μοντέλα ενδέχεται να ενισχύσουν τη δύσκαμπτη δυναμική ισχύος και να εμποδίσουν την αποτελεσματική επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Κατά συνέπεια, μπορεί να προκύψουν συγκρούσεις όταν τα άτομα αντιλαμβάνονται ότι η επαγγελματική τους αυτονομία ή εξουσία διακυβεύεται από αλληλοεπικαλυπτόμενους ρόλους ή ανταγωνιστικές προτεραιότητες (Lancaster et al., 2015). Οι τεχνικές διαμεσολάβησης προσφέρουν ένα μέσο για την αντιμετώπιση των ανισορροπιών ισχύος και την προώθηση μιας συνεργατικής προσέγγισης στη λήψη αποφάσεων, μετριάζοντας έτσι τις συγκρούσεις που προκύπτουν από ιεραρχικές δομές (Gerardi, 2004).

Η ασάφεια ρόλων επίσης αποτελεί συχνό αίτιο συγκρούσεων. Η απουσία κανόνων ή η ύπαρξη διφορούμενων κανόνων η μη αποσαφήνιση των αρμοδιοτήτων του καθενός, αλλά και η ασάφεια για το ποιος είναι αρμόδιος για την λήψη κάποιων συγκεκριμένων αποφάσεων αφήνει περιθώρια για συγκρούσεις. Σύμφωνα με τον Risberg (2001) ,εντοπίζονται (8) οργανωσιακοί τομείς που επηρεάζονται άμεσα από την απουσία κανόνων ή την ύπαρξη ασαφών κανόνων: (α) ασάφειες ως προς τον σκοπό της εργασίας, (β) ασάφειες ως προς την ταυτότητα των εργαζομένων (γ) ασάφειες εξουσίας, (δ) ασάφειες κατανόησης , (ε) ασάφειες εμπειρίας, (στ) ασάφειες επιτυχίας ,(ζ) ασάφειες επικοινωνίας ,(η) ασάφειες του μέλλοντος (Mitchell, 2018) .

Η αποτελεσματική επικοινωνία όπως έχει ειπωθεί είναι απαραίτητη για την αντιμετώπιση συγκρούσεων που προκύπτουν από επικάλυψη ασάφεια ρόλων. Οι τεχνικές διαμεσολάβησης παρέχουν ένα δομημένο πλαίσιο για τη διευκόλυνση της επικοινωνίας και της διαπραγμάτευσης, επιτρέποντας στους επαγγελματίες υγείας να εκφράσουν τις ανησυχίες τους, να προσδιορίσουν κοινούς στόχους και να εργαστούν προς αμοιβαία αποδεκτές λύσεις. Με την προώθηση ανοιχτών διαύλων επικοινωνίας

και την προώθηση μιας κουλτούρας διαφάνειας και ανάληψης ευθυνών, οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να διευκολύνουν τον εποικοδομητικό διάλογο μεταξύ των μελών της ομάδας για την αντιμετώπιση των συγκρούσεων έγκαιρα και με σεβασμό (Gerardi, 2004). Ακόμα, η προώθηση μιας συνεργατικής προσέγγισης στη φροντίδα των ασθενών είναι απαραίτητη για τον μετριασμό των συγκρούσεων που σχετίζονται με την επικάλυψη ρόλων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και οι τεχνικές διαμεσολάβησης μπορούν στο πλαίσιο αυτό να διευκολύνουν τη συνεργασία ενισχύοντας την εμπιστοσύνη, τον αμοιβαίο σεβασμό και την κατανόηση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, προωθώντας έτσι μια καινοτόμο κουλτούρα συνεργασίας στην παροχή φροντίδας ασθενών. Δίνοντας έμφαση στη σημασία της διεπιστημονικής ομαδικής εργασίας και της κοινής λήψης αποφάσεων, οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να δημιουργήσουν μια νοοτροπία που εκτιμά τις συνεισφορές όλων των μελών της ομάδας και αξιοποιεί τη διαφορετική τεχνογνωσία τους για τη βελτιστοποίηση των αποτελεσμάτων των ασθενών (Simon, 2016).

Συμπερασματικά, τα ζητήματα επικάλυψης ρόλων και σύγκρουσης μεταξύ των επαγγελματιών υγείας αποτελούν πολύπλοκες προκλήσεις που απαιτούν μια πολύπλευρη προσέγγιση επίλυσης. Χρησιμοποιώντας τεχνικές διαμεσολάβησης και προωθώντας την αποτελεσματική επικοινωνία, τη συνεργασία και την κοινή λήψη αποφάσεων, οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να μετριάσουν τις συγκρούσεις που προκύπτουν από την ασάφεια των ρόλων και να ενισχύσουν ένα υγιές εργασιακό περιβάλλον που υποστηρίζει τη διεπαγγελματική συνεργασία και ενισχύει τα αποτελέσματα περίθαλψης ασθενών.

2.3. Τα προβλήματα επικοινωνίας μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας υγείας

Η ομαλή λειτουργία κάθε οργανισμού στηρίζεται στην καλή επικοινωνία, τη συνεργασία μεταξύ του προσωπικού και την επαρκή επαγγελματική κατάρτισή του. Στον χώρο του νοσοκομείου, έχει μεγάλη σημασία τόσο η κάθετη επικοινωνία της διοίκησης με τους εργαζομένους όσο και στην οριζόντια επικοινωνία, μεταξύ των διαφορετικών ειδικοτήτων επαγγελματιών που εργάζονται σε αυτό, (Μπουραντάς & Παπαλεξανδρή, 2003). Επιπλέον, η εποικοδομητική επικοινωνία συμβάλλει ουσιαστικά και στην διεπαγγελματική συνεργασία (Miller et. al., 2006). Σύμφωνα με

την έρευνα των Φουντούκη και συν (2009), οι συνήθεις αιτίες προβληματικής επικοινωνίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας σχετίζονται με τον φόρτο εργασίας και την επαγγελματική εξουθένωση, σε συνδυασμό με την έλλειψη πόρων και ανθρώπινου δυναμικού. Η απουσία καλής διαπροσωπικής και οργανωτικής επικοινωνία δημιουργεί προστριβές και αντιπαραθέσεις και επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, η οποία εμποδίζεται από τις κακές διαπροσωπικές σχέσεις, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να δηλώνουν λιγότερο ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες υγείας (Παππά , Αναγνωστόπουλος & Νιάκας, 2008). Όπως, τονίζεται από τους Leca et al. (2003), οι διαταραχές στην επικοινωνία μπορούν να επιδεινώσουν τις διεπαγγελματικές συγκρούσεις ενισχύοντας τις παρεξηγήσεις, τη δυσπιστία και την κακή ευθυγράμμιση των στόχων. Για παράδειγμα, η ανεπαρκής επικοινωνία μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών μπορεί να οδηγήσει σε ασυμφωνίες στη φροντίδα των ασθενών, θέτοντας σε κίνδυνο την ποιότητα και την ασφάλεια της παροχής υγειονομικής περίθαλψης.

Έτσι , τα προβλήματα επικοινωνίας μεταξύ των μελών των διεπιστημονικών ομάδων υγείας θέτουν σημαντικές προκλήσεις για την αποτελεσματική συνεργασία και την παροχή φροντίδας ασθενών. Ο Miller (2006) υπογραμμίζει τον κρίσιμο ρόλο των οργανωτικών και επικοινωνιακών προσεγγίσεων στη διευκόλυνση της απρόσκοπτης επικοινωνίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, ενώ οι Cogin, Ng και Lee (2016) τονίζουν τον αντίκτυπο των πρακτικών διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού στον έλεγχο των επαγγελματιών υγείας και στην ενίσχυση της λειτουργικής αποτελεσματικότητας. Αντιμετωπίζοντας ζητήματα επικοινωνίας μέσω στοχευμένων παρεμβάσεων και ενισχύοντας μια κουλτούρα ανοιχτής επικοινωνίας, οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να μετριάσουν τις συγκρούσεις και να προωθήσουν τη διεπιστημονική συνεργασία.

Επιπλέον, η εποικοδομητική επικοινωνία συμβάλλει ουσιαστικά και στην διεπαγγελματική συνεργασία, (Miller et. al., 2006). Η καλή επικοινωνία ενισχύει την αποτελεσματικότητα και την παραγωγικότητα των εργαζομένων καθώς εξασφαλίζει την καλή λειτουργία της ομάδας, τα οφέλη της οποίας τόσο για το προσωπικό όσο και για τους ασθενείς μακροπρόθεσμα αντανακλώνονται σε πολλούς τομείς ,και κυρίως στην παροχή υψηλού επιπέδου υπηρεσιών υγείας(π.χ. συντονισμός της νοσηλείας και των παροχών υγειονομικής περίθαλψης, μείωση του κόστους νοσηλείας, μείωση επανεισαγωγών ασθενών, κ.α.) (Babiker et. al., 2014; Woolley et. al., 1978). Υπάρχουν ποικίλα οφέλη από την διασφάλιση καλής επικοινωνίας στον χώρο της μονάδας υγείας

όπως μείωση του κόστους νοσηλείας ή της επαναισθαγωγής ασθενών, οφέλη για την ομάδα, αφού επιτυγχάνεται συντονισμός της νοσηλείας και των παροχών υγειονομικής περίθαλψης, οφέλη για το ίδιο το υγειονομικό προσωπικό μέσω της επαγγελματικής ικανοποίησης και τέλος οφέλη για τους ίδιους τους ασθενείς και αύξηση της ποιότητας των παροχών υγείας, (Babiker et. al., 2014). Η αποτελεσματική επικοινωνία είναι θεμελιώδης για την επιτυχία των διεπιστημονικών ομάδων υγειονομικής περίθαλψης, καθώς διευκολύνει την ανταλλαγή πληροφοριών, το συντονισμό της περίθαλψης και την επίλυση περίπλοκων κλινικών ζητημάτων.

Ο Miller (2006) τονίζει επίσης τη σημασία των οργανωτικών στρατηγικών και των διαδικασιών επικοινωνίας για την προώθηση της αποτελεσματικής επικοινωνίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Αυτό περιλαμβάνει τη δημιουργία σαφών καναλιών επικοινωνίας, τον καθορισμό ρόλων και ευθυνών και την εφαρμογή προγραμμάτων εκπαίδευσης επικοινωνίας για την ενίσχυση των διαπροσωπικών δεξιοτήτων και της ομαδικής εργασίας. Η διδασκαλία και αξιολόγηση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων πρόσφατα έχει εισαχθεί και στον ιατρικό τομέα και είναι πολύ σημαντική για την διαχείριση επικοινωνιακών καταστάσεων στον χώρο της υγείας, τόσο μεταξύ ιατρών και ασθενών όσο και μεταξύ των ιατρών. (Duffy et al, 2004).

Οι πρακτικές διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στη διαμόρφωση των στάσεων και συμπεριφορών των επαγγελματιών υγείας απέναντι στην επικοινωνία και τη συνεργασία. Οι Cogin, Ng και Lee (2016) υπογραμμίζουν την επίδραση της διαχείρισης ανθρώπινων πόρων στον έλεγχο των επαγγελματιών υγείας και στη βελτιστοποίηση της λειτουργικής αποτελεσματικότητας. Αυτό περιλαμβάνει την εφαρμογή πολιτικών και διαδικασιών για την υποστήριξη της αποτελεσματικής επικοινωνίας, την παροχή πόρων και υποστήριξης για επαγγελματική ανάπτυξη και την καλλιέργεια μιας κουλτούρας ομαδικής εργασίας και αμοιβαίου σεβασμού εντός του οργανισμού υγειονομικής περίθαλψης.

Για την αντιμετώπιση προβλημάτων επικοινωνίας μεταξύ διεπιστημονικών ομάδων υγείας, οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να εφαρμόσουν μια σειρά από στρατηγικές που στοχεύουν στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας της επικοινωνίας και στην προώθηση της συνεργασίας (Lemieux-Charles and McGuire, 2006). Όταν προκαλείται η σύγκρουση, η επικοινωνία είναι το μέσο με το οποίο αυτή θα επιλυθεί. Η έναρξη μιας σύγκρουσης μέσω της επικοινωνίας και η αντίδραση σε

αυτή αποτελεί τη βάση της κλιμάκωσης, αλλά και της αποκλιμάκωσης. Έτσι, μέσω της επικοινωνίας οι ομιλητές ανταλλάσσουν απόψεις, επεξεργάζονται ο ένας την συμπεριφορά του άλλου και διαπραγματεύονται ώστε να βρεθεί λύση στο πρόβλημα. Όσο καλύτερες επικοινωνιακές δεξιότητες έχουν τα μέρη της σύγκρουσης, τόσο πιθανότερο είναι να οδηγηθούν σε μια κοινά αποδεκτή λύση (D' Errico et al, 2015). Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει τη διεξαγωγή ελέγχων επικοινωνίας για τον εντοπισμό περιοχών προς βελτίωση, την παροχή εκπαίδευσης σε δεξιότητες επικοινωνίας για επαγγελματίες υγείας και την εφαρμογή διεπιστημονικών δραστηριοτήτων δημιουργίας ομάδας για την ενίσχυση της σχέσης και της εμπιστοσύνης μεταξύ των μελών της ομάδας. Επιπλέον, η χρήση εργαλείων και πλατφορμών επικοινωνίας που βασίζονται στην τεχνολογία μπορεί να διευκολύνει την ανταλλαγή πληροφοριών σε πραγματικό χρόνο και να ενισχύσει τη συνεργασία μεταξύ διαφορετικών κλάδων (O'Daniel and Rosenstein, 2008).

Επιπρόσθετα, η καλλιέργεια μιας κουλτούρας ανοιχτής επικοινωνίας και ανατροφοδότησης είναι απαραίτητη για την προώθηση της αποτελεσματικής επικοινωνίας και την επίλυση συγκρούσεων εντός των διεπιστημονικών ομάδων υγείας. Οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να ενθαρρύνουν τον ανοιχτό διάλογο, την ενεργό ακρόαση και την εποικοδομητική ανατροφοδότηση μεταξύ των μελών της ομάδας για την αντιμετώπιση των φραγμών επικοινωνίας και την προώθηση μιας κουλτούρας συνεχούς βελτίωσης (Adelman, 2012). Δίνοντας προτεραιότητα στην επικοινωνιακή αριστεία και επενδύοντας σε πόρους και μηχανισμούς υποστήριξης για την ενίσχυση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων και της ομαδικής εργασίας, οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να ξεπεράσουν τις επικοινωνιακές προκλήσεις και να προωθήσουν ένα συνεργατικό περιβάλλον που ευνοεί την παροχή φροντίδας ασθενών υψηλής ποιότητας (Luxford, Safran and Delbanco, 2011).

2.4. Ο ρόλος του φόρτου εργασίας στην πρόκληση συγκρούσεων

Ο ρόλος του φόρτου εργασίας στην πρόκληση σύγκρουσης στον χώρο της Υγείας είναι πολύπλευρος, επηρεάζοντας διάφορες πτυχές των εμπειριών και των αλληλεπιδράσεων των επαγγελματιών υγείας. Οι Weiner και Cole (2004) προσφέρουν πληροφορίες για την αντιμετώπιση των στρεσογόνων παραγόντων που σχετίζονται με το φόρτο εργασίας, υποστηρίζοντας αρχές για τη βελτίωση της επικοινωνίας με τους

ιατρούς για τον εκ των προτέρων προγραμματισμό φροντίδας και τρόπων αντιμετώπισης των συναισθηματικών, γνωστικών και δεξιοτήτων εμποδίων στην επικοινωνία, για τον μετριασμό των αρνητικών επιπτώσεων των στρεσογόνων παραγόντων που σχετίζονται με το φόρτο εργασίας.

Ο φόρτος εργασίας αναφέρεται στον όγκο και την ένταση των καθηκόντων και των αρμοδιοτήτων που ανατίθενται στους επαγγελματίες υγείας στο πλαίσιο του ιατρείου τους. Τα υψηλά επίπεδα φόρτου εργασίας μπορούν να οδηγήσουν σε αισθήματα κατάθλιψης, εξουθένωσης και δυσαρέσκειας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, επιδεινώνοντας έτσι τις συγκρούσεις και διακυβεύοντας την ποιότητα της φροντίδας των ασθενών (Humphries et al., 2014). Ο υπερβολικός φόρτος εργασίας οδηγεί στην πρόκληση εργασιακού stress και κατ'επέκτασιν στο φαινόμενο του burnout, με διαφορετικά σωματικά, ψυχολογικά και συμπεριφορικά συμπτώματα για τον κάθε εργαζόμενο (Γιακουμιδάκης και συν., 2009). Οι ιατροί ανήκουν στις επαγγελματικές ομάδες με τα υψηλότερα ποσοστά εργασιακού στρες (Cooper et al, 1988). Τα τελευταία χρόνια, μάλιστα, φαίνεται ότι υπάρχει αύξηση της ζήτησης υπηρεσιών υγείας, λόγω ενός συνδυασμού πολλαπλών παραγόντων (αύξηση προσδόκιμου επιβίωσης, αύξηση χρόνιων νοσημάτων, πολλαπλές συννοσηρότητες, περιβαλλοντικοί παράγοντες, ανακάλυψη νέων φαρμάκων), γεγονός που όχι μόνο αυξάνει σημαντικά τον φόρτο και την ένταση της εργασίας του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, αλλά και έχει επιπτώσεις και σε άλλες υπηρεσίες του νοσοκομείου εκτός της ιατρικής (π.χ. υλικοτεχνικές υπηρεσίες). Για την αντιμετώπιση καταστάσεων υψηλού εργασιακού στρες και εργασιακής εξουθένωσης, κρίνεται απαραίτητη η λήψη μέτρων μεταξύ των οποίων είναι η αναπροσαρμογή του εργασιακού περιβάλλοντος για την βελτίωση των εργασιακών συνθηκών, ώστε να υπάρχει η μέγιστη δυνατή συμφωνία και αποδοχή τους από τους εργαζόμενους. Οι Weiner και Cole (2004) υποστηρίζουν ότι η αντιμετώπιση των στρεσογόνων παραγόντων που σχετίζονται με το φόρτο εργασίας απαιτεί μια πολύπλευρη προσέγγιση που αναγνωρίζει και αντιμετωπίζει τις συναισθηματικές, γνωστικές και σχετικές με τις δεξιότητες προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας.

Το άγχος και τη συναισθηματική επιβάρυνση που σχετίζεται με τη διαχείριση μεγάλου φόρτου εργασίας και τη φροντίδα ασθενών με περίπλοκες ιατρικές ανάγκες προκαλεί συναισθηματική φόρτιση στους επαγγελματίες Υγείας με αποτέλεσμα να

προκύπτουν συχνά εμπόδια στην επικοινωνία μεταξύ τους , που πολλές φορές γίνεται σε κλίμα έντασης. Οι επαγγελματίες υγείας μπορεί να βιώσουν επίσης συναισθηματική εξάντληση, λόγω της ανάπτυξης ενσυναίσθησης στα προβλήματα των ασθενών, τα οποία μπορεί να επηρεάσουν την ικανότητά τους να συμμετέχουν σε αποτελεσματική επικοινωνία και συνεργασία. Παρέχοντας επαρκείς ανθρώπινους πόρους, επίπεδα στελέχωσης και μηχανισμούς υποστήριξης, οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να συμβάλουν στον μετριασμό του συναισθηματικού κόστους των στρεσογόνων παραγόντων που σχετίζονται με το φόρτο εργασίας και να προωθήσουν την ευημερία των εργαζομένων (Weiner and Cole, 2004).

Τα γνωστικά εμπόδια που μπορεί να προκύψουν, προέρχονται από γνωστική υπερφόρτωση, γνωστικές προκαταλήψεις και κόπωση στη λήψη αποφάσεων που προκύπτει από υπερβολικές απαιτήσεις φόρτου εργασίας. Οι επαγγελματίες υγείας μπορεί να δυσκολεύονται να επεξεργαστούν πληροφορίες, να λάβουν αποφάσεις και να επικοινωνήσουν αποτελεσματικά υπό συνθήκες υψηλού στρες, οδηγώντας σε λάθη, παρεξηγήσεις και συγκρούσεις. Η αντιμετώπιση των γνωστικών εμποδίων στην επικοινωνία απαιτεί στρατηγικές για τον εξορθολογισμό των διαδικασιών ροής εργασίας, καλή διαχείριση του χρόνου ,την ιεράρχηση εργασιών και την ενίσχυση της γνωστικής ανθεκτικότητας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας (Guttman et al., 2021). Τα εμπόδια που σχετίζονται με τις δεξιότητες στην επικοινωνία μπορεί να προκύψουν από ανεπαρκή εκπαίδευση, εμπειρία ή εμπιστοσύνη στην αποτελεσματική επικοινωνία υπό πίεση και επιβαρύνουν σημαντικά τις ήδη δύσκολες συνθήκες εργασίας που βιώνουν οι εργαζόμενοι στο χώρο της Υγείας. Οι επαγγελματίες υγείας μπορεί να στερούνται τις απαραίτητες δεξιότητες επικοινωνίας, όπως η ενεργητική ακρόαση, η ενσυναίσθηση και ο σωστός τρόπος διεκδίκησης, για την πλοήγηση σε προκλητικές συνομιλίες και την επίλυση συγκρούσεων που προκύπτουν από στρεσογόνους παράγοντες που σχετίζονται με το φόρτο εργασίας (Levesque, 2020). Παρέχοντας ευκαιρίες εκπαίδευσης σε δεξιότητες επικοινωνίας, καθοδήγησης και επαγγελματικής ανάπτυξης, οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να εξουσιοδοτήσουν τους επαγγελματίες υγείας να ξεπεράσουν τα εμπόδια που σχετίζονται με τις δεξιότητες στην επικοινωνία και να προωθήσουν την αποτελεσματική συνεργασία (Musto, Rodney and Vanderheide, 2015).

Συμπερασματικά, η προσπάθεια αντιμετώπισης του φόρτου εργασίας στην πρόκληση σύγκρουσης σε περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης, απαιτεί μια ολοκληρωμένη προσέγγιση που αντιμετωπίζει τα συναισθηματικά, γνωστικά και τα εμπόδια που σχετίζονται με τις δεξιότητες στην επικοινωνία. Εφαρμόζοντας στρατηγικές για τον μετριασμό των στρεσογόνων παραγόντων που σχετίζονται με το φόρτο εργασίας, την προώθηση της ευημερίας των εργαζομένων και την ενίσχυση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων και της ανθεκτικότητας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να ενισχύσουν ένα υποστηρικτικό εργασιακό περιβάλλον που ευνοεί την αποτελεσματική συνεργασία και την υψηλής ποιότητας φροντίδα των ασθενών.

2.5. Ο εργασιακός εκφοβισμός στον χώρο της υγείας

Ο εκφοβισμός στο χώρο εργασίας στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης είναι ένα διάχυτο ζήτημα που επηρεάζει σημαντικά την ευημερία και την απόδοση των επαγγελματιών υγείας. Η 4η διημερίδα νοσηλευτικής υπηρεσίας Γ.Ν.Θ. Ιπποκρατείου (2016) συζητά την επικράτηση του εκφοβισμού στο χώρο εργασίας στις νοσηλευτικές υπηρεσίες, ρίχνοντας φως στις επιζήμιες επιπτώσεις που έχει στις διαπροσωπικές σχέσεις, την εργασιακή ικανοποίηση και την ψυχολογική υγεία. Επιπλέον, ο Kolodej (2005) παρέχει καθοδήγηση για την πρόληψη του εκφοβισμού, τονίζοντας τη σημασία της δημιουργίας ενός υποστηρικτικού και με σεβασμό περιβάλλοντος εργασίας για την καταπολέμηση αυτού του φαινομένου.

Ο εκφοβισμός μεταξύ ατόμων ή ομάδων εντός του χώρου εργασίας εκφράζεται μεταξύ άλλων με διάφορες μορφές επιθετικής συμπεριφοράς, (απαξίωση και λεκτική κακοποίηση, αποκλεισμός ,δολιοφθορά) (Rejic, 2005) (Chen et. al., 2008), ηθική και ψυχολογική παρενόχληση, όπως και με ψυχολογικές μορφές επιθετικότητας-γνωστό σήμερα ως mobbing- μια τακτική ψυχολογικής παρενόχλησης στον εργασιακό χώρο με το χαρακτηριστικό ότι προέρχεται από αρνητικές συμπεριφορές μιας ομάδας και όχι μεμονωμένων ατόμων και οδηγεί στην δημιουργία αρνητικού κλίματος στο εργασιακό περιβάλλον (Ρόμπολας & Μπρέντα, 2019). Σε περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης, όπου επικρατούν περιβάλλοντα υψηλού στρες και ιεραρχικές δομές, συμπεριφορές εκφοβισμού μπορεί να εκδηλωθούν μεταξύ συναδέλφων, προϊσταμένων, ακόμη και ασθενών, επιδεινώνοντας τις διαπροσωπικές συγκρούσεις

και διακυβεύοντας την ποιότητα της φροντίδας των ασθενών. Οι επαγγελματίες υγείας που βιώνουν εκφοβισμό μπορεί να υποφέρουν από αυξημένα επίπεδα στρες, άγχους, κατάθλιψης και εξουθένωσης, οδηγώντας σε απουσίες, εναλλαγή διάθεσης και μειωμένο ηθικό στο εργατικό δυναμικό της υγειονομικής περίθαλψης (Ιπποκράτειο, 2016).

Η αντιμετώπιση του εκφοβισμού στο χώρο εργασίας απαιτεί μια πολύπλευρη προσέγγιση που περιλαμβάνει οργανωτικές πολιτικές, δέσμευση ηγεσίας και ενδυνάμωση των εργαζομένων. Οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να εφαρμόσουν πολιτικές μηδενικής ανοχής για τον εκφοβισμό στο χώρο εργασίας, ορίζοντας με σαφήνεια τις απαράδεκτες συμπεριφορές και περιγράφοντας τις συνέπειες για τους δράστες. Καλλιεργώντας μια κουλτούρα σεβασμού, ευγένειας και επαγγελματισμού, οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να δημιουργήσουν ένα περιβάλλον όπου ο εκφοβισμός δεν γίνεται ανεκτός και τα άτομα αισθάνονται ασφαλή να αναφέρουν περιστατικά χωρίς φόβο αντεκδίκησης (Kolodej, 2005).

Η εκπαίδευση και η κατάρτιση αποτελούν βασικά συστατικά των προσπαθειών πρόληψης του εκφοβισμού σε περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης. Η παροχή εκπαίδευσης στους επαγγελματίες υγείας σχετικά με την αναγνώριση, την πρόληψη και την αντιμετώπιση του εκφοβισμού στο χώρο εργασίας μπορεί να τους εξουσιοδοτήσει να εντοπίζουν προβληματικές συμπεριφορές, να παρεμβαίνουν αποτελεσματικά και να αναζητούν υποστήριξη όταν χρειάζεται. Επιπλέον, οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να προσφέρουν εργαστήρια, σεμινάρια και πόρους για δεξιότητες επικοινωνίας, επίλυση συγκρούσεων και διαχείριση άγχους για την προώθηση θετικών αλληλεπιδράσεων στο χώρο εργασίας και τη μείωση του κινδύνου περιστατικών εκφοβισμού (Fink-Samnick, 2019).

Επιπροσθέτως, οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να παρέχουν υπηρεσίες υποστήριξης για θύματα εκφοβισμού στο χώρο εργασίας, συμπεριλαμβανομένων συμβουλών, ομάδων υποστήριξης ομοτίμων και προγραμμάτων βοήθειας εργαζομένων. Η δημιουργία οδών για εμπιστευτική αναφορά και παρέμβαση μπορεί να βοηθήσει τα άτομα να αισθάνονται ότι υποστηρίζονται και έχουν τη δύναμη να αντιμετωπίσουν συμπεριφορές εκφοβισμού χωρίς φόβο τιμωρίας. Επιπλέον, η καλλιέργεια μιας κουλτούρας διαφάνειας στην αντιμετώπιση

περιστατικών εκφοβισμού μπορεί να στείλει ένα σαφές μήνυμα ότι τέτοιες συμπεριφορές δεν θα γίνουν ανεκτές και θα αντιμετωπιστούν έγκαιρα και αποτελεσματικά (Kolodej, 2005).

Συμπερασματικά, ο εκφοβισμός στο χώρο εργασίας στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης είναι ένα σύνθετο ζήτημα που απαιτεί προληπτικά μέτρα για την πρόληψη και την αποτελεσματική αντιμετώπιση. Εφαρμόζοντας πολιτικές, παρέχοντας εκπαίδευση και κατάρτιση και προσφέροντας υπηρεσίες υποστήριξης, οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να δημιουργήσουν μια κουλτούρα σεβασμού και ευγένειας που προάγει την ευημερία των εργαζομένων και την οργανωτική αποτελεσματικότητα. Δίνοντας προτεραιότητα στην πρόληψη του εκφοβισμού στο χώρο εργασίας, οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να προωθήσουν ένα υγιές εργασιακό περιβάλλον όπου όλα τα άτομα αισθάνονται ότι εκτιμώνται, σέβονται και υποστηρίζονται στην παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας ασθενών.

2.6. Το στρες και η εργασιακή εξουθένωση στον χώρο της υγείας ως παράγοντας πρόκλησης συγκρούσεων

Το εργασιακό στρες μπορεί να διαφέρει μεταξύ των εργαζομένων λόγω των διαφορετικών απαιτήσεων και του διαφορετικού φόρτου εργασίας της κάθε θέσης, με αποτέλεσμα οι εργαζόμενοι αυτών των θέσεων να έχουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και πιθανόν μεγαλύτερη προδιάθεση για συγκρούσεις. Το εργασιακό στρες μπορεί να προκληθεί από διάφορα αίτια και μπορεί να έχει σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις στους εργαζομένους. (υψηλός φόρτος εργασίας και πίεση, κακές συνθήκες εργασίας, εκφοβισμός ,καθώς και εξωτερικά αίτια όπως η οικονομική κρίση και κατ' επέκτασιν η αβεβαιότητα των εργαζομένων) Το αίσθημα της ανασφάλειας συμβάλλει στην πρόκληση εργασιακού στρες αλλά και στην καταπόνηση του ατόμου, ειδικά όταν έχει υψηλή αξιακή θέση (Σαρίδη και συν., 2016). Είναι κατανοητό ότι οι αιτίες του εργασιακού στρες και των συγκρούσεων στον χώρο εργασίας είναι σε μεγάλο βαθμό κοινές, δηλαδή υπάρχει συσχέτιση μεταξύ τους και πολύ συχνά το στρες δημιουργεί το υπόβαθρο ώστε να επέλθει και η σύγκρουση. Οι ηθικές εσωτερικές συγκρούσεις έχουν επίσης σημαντικό ρόλο στην δημιουργία στρες και κατ'επέκτασιν των συγκρούσεων, καθώς έρευνες δείχνουν ότι οι ηθικές εσωτερικές συγκρούσεις αποτελούν αιτία συναισθηματικής και σωματικής κόπωσης, που αυξάνουν το

επαγγελματικό άγχος και το αίσθημα μη ικανοποίησης από το εργασιακό περιβάλλον (Κουτσούκη & Κοσμίδης, 2012). (Kang, 2015). Τα άτομα αναπτύσσουν διάφορες στρατηγικές αντιμετώπισης που στην συνέχεια θα οδηγήσουν στο επόμενο στάδιο της αντίδρασης, όπου παρουσιάζονται διάφορα σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα (Hamric, Davis & Childress, 2006).

Το άγχος και η επαγγελματική εξουθένωση αποτελούν σημαντικές προκλήσεις στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, επηρεάζοντας τόσο την ευημερία των επαγγελματιών υγείας όσο και την ποιότητα της περίθαλψης των ασθενών. Οι Cooper και Payne (1988) παρέχουν πληροφορίες για τις αιτίες, τους μηχανισμούς αντιμετώπισης και τις συνέπειες του στρες στο χώρο εργασίας, τονίζοντας τη διάχυτη φύση του και την ανάγκη για προληπτικές στρατηγικές διαχείρισης του στρες. Ομοίως, οι Ivancevich και Matteson (1980) προσφέρουν μια διευθυντική προοπτική για το άγχος και την εργασία, δίνοντας έμφαση στο ρόλο της οργανωτικής υποστήριξης, της εργασιακής αυτονομίας και της ισορροπίας μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής στον μετριασμό των συγκρούσεων που σχετίζονται με το άγχος.

Ένας από τους βασικούς παράγοντες που συμβάλλουν στο άγχος και την εξουθένωση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας είναι η απαιτητική φύση της εργασίας τους, η οποία συχνά περιλαμβάνει καταστάσεις υψηλής πίεσης, πολλές ώρες και συναισθηματικά προκλητικές ευθύνες φροντίδας ασθενών. Αυτοί οι στρεσογόνοι παράγοντες μπορούν να οδηγήσουν σε συναισθήματα εξάντλησης, κυνισμού και μειωμένης επαγγελματικής αποτελεσματικότητας, συμβάλλοντας τελικά σε συγκρούσεις εντός των ομάδων υγειονομικής περίθαλψης και σε κίνδυνο την ασφάλεια των ασθενών (Cooper and Payne, 1988).

Επιπλέον, οργανωτικοί παράγοντες όπως το ανεπαρκές επίπεδο στελέχωσης, ο υπερβολικός φόρτος εργασίας και η έλλειψη υποστήριξης μπορούν να επιδεινώσουν το άγχος και την εξουθένωση στους επαγγελματίες υγείας. Οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να δώσουν προτεραιότητα στην ευημερία των εργαζομένων τους εφαρμόζοντας πρωτοβουλίες μείωσης του άγχους, ενισχύοντας ένα υποστηρικτικό εργασιακό περιβάλλον που εκτιμά την ισορροπία μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής και παρέχει πόρους για την αντιμετώπιση του άγχους (Steele, 2019).

Επιπλέον, η καλλιέργεια μιας κουλτούρας ανοιχτής επικοινωνίας, συνεργασίας και ομαδικής εργασίας μπορεί να βοηθήσει στον μετριασμό των επιπτώσεων του

άγχους και της εξουθένωσης στις διαπροσωπικές σχέσεις και να προωθήσει την αίσθηση του ανήκειν και της υποστήριξης στις ομάδες υγειονομικής περίθαλψης. Δίνοντας προτεραιότητα στην ψυχική υγεία και την ευημερία των επαγγελματιών υγείας, οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης μπορούν όχι μόνο να μειώσουν τις συγκρούσεις και τα ποσοστά εναλλαγής αλλά και να βελτιώσουν τα αποτελέσματα της φροντίδας των ασθενών και την οργανωτική ανθεκτικότητα απέναντι στις προκλήσεις (Ivancevich and Matteson, 1980).

2.7. Το ανταγωνιστικό πνεύμα και η επαγγελματική ανάπτυξη ως παράγοντας σύγκρουσης

Το ανταγωνιστικό πνεύμα και η ορμή για επαγγελματική εξέλιξη μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά τη δυναμική εντός των ομάδων υγειονομικής περίθαλψης, οδηγώντας δυνητικά σε συγκρούσεις μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Ενώ ο ανταγωνισμός μπορεί να τονώσει την καινοτομία και να ωθήσει τα άτομα να επιτύχουν αριστεία, μπορεί επίσης να δημιουργήσει διαπροσωπικές εντάσεις και να υπονομεύσει τη συνεργασία, ιδιαίτερα σε περιβάλλοντα όπου οι πόροι είναι σπάνιοι και οι ιεραρχικές δομές κυριαρχούν (Borkowski and Meese, 2020).

Η ανταγωνιστικότητα εντός των ομάδων υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να εκδηλωθεί με διάφορες μορφές, όπως ο συναγωνισμός για αναγνώριση, ευκαιρίες εξέλιξης ή πρόσβαση σε πόρους. Σε περιβάλλοντα όπου τα άτομα αισθάνονται υποχρεωμένα να ξεπεράσουν τους συνομηλίκους τους ή όπου η επιτυχία μετριέται με βάση τα ατομικά επιτεύγματα και όχι με συλλογικά αποτελέσματα, μπορεί να προκύψουν συγκρούσεις λόγω αντιληπτών ανισοτήτων ή άδικης μεταχείρισης (Porter and Teisberg, 2006). Επιπλέον, η επιδίωξη επαγγελματικής εξέλιξης μπορεί μερικές φορές να επιδεινώσει τις συγκρούσεις εάν τα άτομα αντιλαμβάνονται ότι οι ευκαιρίες για πρόοδο είναι περιορισμένες ή ότι πρέπει να δοθεί προνομιακή μεταχείριση σε ορισμένα άτομα ή ομάδες. Αυτή η αντίληψη της άνισης πρόσβασης σε ευκαιρίες επαγγελματικής ανέλιξης ή επαγγελματικής ανάπτυξης μπορεί να ενισχύσει τη δυσαρέσκεια και να γεννήσει δυσπιστία μεταξύ των μελών της ομάδας, υπονομεύοντας την ομαδική εργασία και τη συνοχή (Porter and Teisberg, 2006). Η επαγγελματική ανάπτυξη αποτελεί ίσως έναν από τους πιο σημαντικούς στρεσογόνους παράγοντες σε έναν εργασιακό χώρο. Εκτός από τον φόβο της απόλυσης ή την αγωνία για μία πιθανή

προαγωγή ,που βιώνουν σε μεγάλο βαθμό οι εργαζόμενοι και οι προσδοκίες για απόκτηση εμπειρίας και επαγγελματικής ανέλιξης κυρίως για τους νεότερους σε ηλικία εργαζόμενους μπορεί να οδηγήσουν σε σημαντικό στρες,ειδικά όταν οι προσδοκίες αυτές συγκρούονται με τους στόχους και τις απαιτήσεις της εργασίας. Αντίστοιχα,σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας,οι προβληματισμοί τους και τα επίπεδα στρες σχετίζονται με ενδεχόμενη ανεπάρκειά τους λόγω των εξελίξεων στο γνωστικό τους πεδίο, και η δυσκολία παρακολούθησης της τεχνολογικής εξέλιξης .Βλέποντας ότι οι απαιτήσεις διαρκώς αυξάνονται , σε ένα περιβάλλον ανταγωνιστικό και μη υποστηρικτικό οι εργαζόμενοι μεγαλύτερης ηλικίας αναπτύσσουν μεγάλο βαθμό στρες , καθώς εσφαλμένα στις δομές υγείας που εργάζονται , αναλαμβάνουν τον ίδιο και ίσως περισσότερο όγκο εργασίας από όταν είχαν πρωτοδιορισθεί, φαινόμενο σύνηθες στα ελληνικά νοσοκομεία, λόγω της οικονομικής κρίσης , αλλά και της ανεπαρκούς οργάνωσης.

Για την αντιμετώπιση των συγκρούσεων που προκύπτουν από τις φιλοδοξίες ανταγωνιστικότητας και επαγγελματικής ανάπτυξης, οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να βρουν μια ισορροπία μεταξύ της προώθησης του υγιούς ανταγωνισμού και της προώθησης μιας κουλτούρας συνεργασίας και αμοιβαίας υποστήριξης. Η αναγνώριση και η επιβράβευση της ομαδικής εργασίας, και όχι αποκλειστικά ατομικών επιτευγμάτων, μπορεί να βοηθήσει στον μετριασμό των αρνητικών επιπτώσεων του ανταγωνισμού στις διαπροσωπικές σχέσεις και την οργανωτική συνοχή (De Zulueta, 2019).Ακόμα, η παροχή ίσης πρόσβασης σε ευκαιρίες επαγγελματικής εξέλιξης, διαφανών κριτηρίων ανέλιξης και μηχανισμών δίκαιης λήψης αποφάσεων μπορούν να συμβάλουν στην άμβλυνση των αντιλήψεων για ευνοιοκρατία ή άδικη μεταχείριση. Προάγοντας μια κουλτούρα που εκτιμά τη συνεργασία, τιμά τα συλλογικά επιτεύγματα και δίνει προτεραιότητα στη φροντίδα των ασθενών πάνω από τα ατομικά συμφέροντα, οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να εκμεταλλευτούν τα οφέλη του ανταγωνισμού, και να μετριάσουν την δυνατότητα να υπονομεύσει την ομαδική εργασία και την οργανωτική αποτελεσματικότητα (Appelbaum and Wohl, 2000).

2.8. Η ανάγκη πάταξης της προσωποληψίας και της διαφθοράς

Ο νεποτισμός και η διαφθορά αντιπροσωπεύουν σημαντικές απειλές για την ακεραιότητα και τον επαγγελματισμό των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης, δυνητικά διαβρώνοντας την εμπιστοσύνη, τη δικαιοσύνη και την διαφάνεια στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Αυτές οι ανήθικες πρακτικές μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο την ποιότητα της φροντίδας των ασθενών, να στρεβλώσουν την κατανομή των πόρων και να υπονομεύσουν την εμπιστοσύνη του κοινού στα ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης. Κατά συνέπεια, οι οργανώσεις υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να υιοθετήσουν προληπτικά μέτρα για την αποτελεσματική καταπολέμηση του νεποτισμού και της διαφθοράς (Bîzoi & Bîzoi, 2023).

Πρώτον, η εφαρμογή ισχυρών δομών διακυβέρνησης είναι απαραίτητη για την πρόληψη και τον εντοπισμό περιπτώσεων νεποτισμού και διαφθοράς εντός των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης. Απαιτούνται σαφείς κανονισμοί, μηχανισμοί εποπτείας και έλεγχοι και ισορροπίες για να διασφαλιστεί ότι οι διαδικασίες λήψης αποφάσεων είναι διαφανείς και απαλλαγμένες από αδικαιολόγητη επιρροή ή ευνοιοκρατία. Επιπλέον, η σύσταση ανεξάρτητων εποπτικών οργάνων ή επιτροπών δεοντολογίας μπορεί να παρέχει αμερόληπτο έλεγχο και καθοδήγηση σε ηθικά ζητήματα, προάγοντας έτσι την διαφάνεια και την ακεραιότητα στις οργανωτικές πρακτικές (Lewis and Pettersson Gelandar, 2009).

Επιπλέον, οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να θεσπίσουν σαφείς δεοντολογικές κατευθυντήριες γραμμές και κώδικες συμπεριφοράς για να διέπουν τη συμπεριφορά των εργαζομένων, τόσο υφισταμένων, όσο και προϊσταμένων. Αυτές οι κατευθυντήριες γραμμές θα πρέπει να περιγράφουν τις προσδοκίες του οργανισμού σχετικά με την ηθική συμπεριφορά, τις συγκρούσεις συμφερόντων και την αναφορά ανήθικης συμπεριφοράς. Με την προώθηση μιας κουλτούρας ηθικής ευαισθητοποίησης και διαφάνειας, οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να εξουσιοδοτήσουν τους υπαλλήλους να αναγνωρίζουν και να αντιστέκονται σε ανήθικες πρακτικές, μειώνοντας έτσι την πιθανότητα νεποτισμού και διαφθοράς (Lewis and Pettersson Gelandar, 2009). Η εκπαίδευση και η κατάρτιση αποτελούν βασικά στοιχεία των προσπαθειών για την καταπολέμηση του νεποτισμού και της διαφθοράς στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης. Η παροχή εκπαίδευσης στους υπαλλήλους σχετικά με τις διαδικασίες λήψης ηθικών αποφάσεων, επίλυσης

συγκρούσεων και καταγγελιών μπορεί να ενισχύσει την επίγνωσή τους για ηθικά ζητήματα και να τους εξοπλίσει με τις δεξιότητες για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της ανήθικης συμπεριφοράς. Επιπλέον, η παροχή υποστήριξης και προστασίας σε καταγγέλλοντες που αναφέρουν περιπτώσεις νεποτισμού ή διαφθοράς είναι ζωτικής σημασίας για τη δημιουργία ενός ασφαλούς περιβάλλοντος όπου οι εργαζόμενοι αισθάνονται άνετα να μιλούν ανοιχτά κατά των αδικημάτων (Vian, 2007).

Τελικά, η καλλιέργεια μιας κουλτούρας διαφάνειας, και ακεραιότητας είναι πρωταρχικής σημασίας για την καταπολέμηση του νεποτισμού και της διαφθοράς στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης. Με την προώθηση της ηθικής ηγεσίας, την επιβράβευση της ηθικής συμπεριφοράς, οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να υποστηρίξουν την εμπιστοσύνη μεταξύ των εργαζομένων και να εξασφαλίσουν την εμπιστοσύνη των ασθενών. Μέσω συντονισμένων προσπάθειών για την ενίσχυση των δομών διακυβέρνησης, τη θέσπιση σαφών ηθικών κατευθυντήριων γραμμών και την παροχή εκπαίδευσης και υποστήριξης στους εργαζόμενους, οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να μετριάσουν αποτελεσματικά τους κινδύνους που συνδέονται με τον νεποτισμό και τη διαφθορά και να προωθήσουν μια κουλτούρα δικαιοσύνης, εμπιστοσύνης και σεβασμού μεταξύ όλων των ενδιαφερομένων (Muchena, 2019).

Συνοψίζοντας τους παράγοντες που αναφέρθηκαν, οι συγκρούσεις στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να προκύψουν από πολλούς παράγοντες, όπως η ασάφεια του ρόλου, τα προβλήματα επικοινωνίας, οι στρεσογόνοι παράγοντες του φόρτου εργασίας, ο εκφοβισμός στο χώρο εργασίας, το άγχος και η εξουθένωση, η ανταγωνιστική δυναμική και οι ηθικές προκλήσεις όπως ο νεποτισμός και η διαφθορά. Η αντιμετώπιση αυτών των παραγόντων απαιτεί μια ολοκληρωμένη προσέγγιση που να περιλαμβάνει οργανωτικές πολιτικές, πρακτικές ηγεσίας, στρατηγικές επικοινωνίας και μηχανισμούς υποστήριξης των εργαζομένων. Δίνοντας προτεραιότητα σε μια κουλτούρα συνεργασίας, σεβασμού και ακεραιότητας, οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να μετριάσουν τις συγκρούσεις, να βελτιώσουν την ευημερία των εργαζομένων και τελικά να βελτιώσουν τα αποτελέσματα της φροντίδας των ασθενών.

2.9 Επιπτώσεις των συγκρούσεων

Οι αρνητικές συνέπειες των συγκρούσεων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας είναι σημαντικές και περιλαμβάνουν σε ατομικό επίπεδο δυσαρέσκεια, πρόθεση αποχώρησης, χαμηλά επίπεδα δέσμευσης στον οργανισμό, συχνές απουσίες, με αποτέλεσμα την μείωση του ανθρώπινου δυναμικού και την επακόλουθη επιβάρυνση των υπολοίπων εργαζομένων. (Kim et al., 2017) Σε ατομικό επίπεδο λοιπόν, είναι πιθανόν το άτομο να οδηγηθεί στην έλλειψη επιθυμίας για εργασία, και στην απομόνωση, ώστε να αποφεύγει την προστριβή με τους συναδέλφους και με τη διοίκηση. Αρκετές φορές μάλιστα, εμφανίζονται περιστατικά σοβαρού στρες ακόμα και κατάθλιψης, γεγονός που κατ'επέκτασιν επηρεάζει και την φροντίδα των ασθενών. Επίσης οι διαπροσωπικές συγκρούσεις στον τομέα της υγείας συμβάλλουν σε μείωση της εμπιστοσύνης ή του σεβασμού μεταξύ των συναδέλφων, με αποτέλεσμα την μείωση της συνοχής και της ομαδικότητας με αποτέλεσμα την μείωση της επικοινωνιακής συνεργασίας (Schlitzkus et al., 2014).

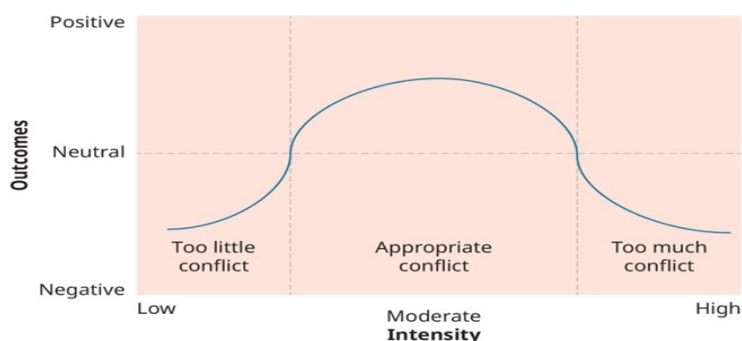
Ο υπερβολικός φόρτος εργασίας επίσης, σε συνδυασμό με το χρόνιο άγχος και η ψυχολογική εξάντληση προκαλούν την εξάντληση του προσωπικού γεννώντας το αίσθημα της μειωμένης αυτοεκτίμησης, όπως έχουν δείξει μελέτες (Karanikola et al., 2007; Brinkert, 2010; Διλιντάς 2010). Αξιοσημείωτο είναι επίσης ότι κάποιοι εργαζόμενοι ενδεχομένως να εμφανίσουν και σωματικά συμπτώματα, λόγω της ψυχολογικής πίεσης (Thomas, 1992; Malliarou et al., 2010). Υπάρχουν όμως και έμμεσες επιπτώσεις, καθώς η κατάσταση μπορεί να επηρεάζει και την οικογενειακή ζωή του εργαζομένου. Η ένταση που προκαλείται από τις συνεχείς συγκρούσεις στον εργασιακό χώρο συχνά δεν απομονώνεται και μεταφέρεται και στο οικογενειακό περιβάλλον, προκαλώντας επακόλουθες εντάσεις του ατόμου με τους οικείους του και επηρεάζοντας την ηρεμία και ισορροπία της οικογενειακής ζωής (Κεραμιδά, 2016. Tyson & Alfred, 2009).

Όπως είναι αναμενόμενο, βασική συνέπεια των συγκρούσεων είναι η μειωμένη αποδοτικότητα των εργαζομένων, καθώς επηρεάζεται η παραγωγικότητα τους με αποτέλεσμα να επηρεάζεται και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. (Garcia, 2006; Tyson & Alfred, 2009; Malliarou et al., 2010; Μπιτσώρη, 2013). Αυτό συμβαίνει επίσης λόγω της μείωσης της επικοινωνίας μεταξύ των εργαζομένων ως απότοκο της σύγκρουσης, με αποτέλεσμα την ενδεχόμενη απώλεια σημαντικών πληροφοριών.

Επιπλέον , η μείωση της αποδοτικότητας και κατ επέκταση η αύξηση δαπανών του οργανισμού, προκαλείται όπως αναφέρθηκε και ως αποτέλεσμα της απουσίας των εργαζομένων από συλλογικές δράσεις και απουσίας καλής συνεννόησης μεταξύ τους .(Thomas, 1992. Garcia, 2006.Brinkert, 2010.Μπιτσώρη, 2013. Koulouri et al., 2015).

Οι πιο αντικειμενικά επιζήμιες συνέπειες των συγκρούσεων είναι αυτές που υπονομεύουν την ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς από τους επαγγελματίες υγείας. (Kim et al., (2017) Στην μελέτη των Walrath et al., οι συμμετέχοντες εργαζόμενοι υποστήριξαν ότι οι συγκρούσεις επηρέασαν την ποιότητα της φροντίδας είτε μέσω της απόσπασης της προσοχής τους από τη φροντίδα των ασθενών είτε ακόμα και λόγω της γενικής ανησυχίας των επαγγελματιών υγείας ότι οι συγκρούσεις θα είχαν τη δυνατότητα να μειώσουν την ποιότητα της περίθαλψης και να δημιουργήσουν κινδύνους για την ασφάλεια των ασθενών.

Στο παρακάτω σχήμα (Brown, 1986), παρουσιάζονται τα επίπεδα της σύγκρουσης και οι επιπτώσεις της σε κάθε επίπεδο για τον οργανισμό



Η σχέση μεταξύ της έντασης της σύγκρουσης και των αποτελεσμάτων για τον οργανισμό (Brown, 1986)

Σύμφωνα με κάποιες μελέτες, η ένταση της σύγκρουσης είναι αλληλένδετη με το αποτέλεσμα. Έχει παρατηρηθεί ότι σε μικρής έντασης συγκρούσεις, υπάρχει αδράνεια και μείωση της αποδοτικότητας των εργαζομένων, ενώ στο επόμενο στάδιο έντασης, υπάρχει μεγαλύτερη κινητοποίηση ώστε να επιλυθούν τα ζητήματα που ανακύπτουν, με αποτέλεσμα να ενισχύεται η παραγωγικότητά τους. Ωστόσο σε μεγάλης έντασης συγκρούσεις, όπου η σύγκρουση αποτελεί ένα μεγάλο μέρος της καθημερινότητας

στον εργασιακό χώρο, υπάρχει αποσυντονισμός και απορρύθμιση του οργανισμού, με αποτέλεσμα να μην διεκπεραιώνονται οι βασικές αρμοδιότητες και δραστηριότητες.

Παρά τις σημαντικές αρνητικές συνέπειες των συγκρούσεων στον χώρο της Υγείας, είναι δόκιμο να αναφερθεί ότι μπορεί να επιφέρουν και θετικά αποτελέσματα. Είναι δυνατόν να βγουν στην επιφάνεια προβλήματα που δεν είχαν εντοπιστεί και να εξεταστεί η επίλυσή τους. Έτσι, οι εμπλεκόμενοι αλλά και η διοίκηση των μονάδων μπορούν να βρουν εναλλακτικές λύσεις με σκοπό την επίλυσή τους, ακολουθώντας πολλές φορές την εξέλιξη και την προσαρμογή τους σε νέες συνθήκες. Οι συγκρούσεις λοιπόν σε έναν οργανισμό είναι δυνατόν να πυροδοτήσουν αλλαγές, που με το πέρασμα του χρόνου είναι απαραίτητες για την εύρυθμη λειτουργία των επιμέρους τμημάτων, καθώς και την συνεργασία μεταξύ τους και κατά συνέπεια να συνεισφέρουν στην εξέλιξη και την πρόοδο (Clegg et al., 2015). Συγχρόνως με την επίλυση ενδεχόμενων συγκρούσεων, ενισχύεται η συνοχή σε έναν οργανισμό και μπορεί να καθιερωθούν καινοτόμες λύσεις για τα προβλήματα οργάνωσης που αναδείχθηκαν (Παπαντώνη & Αυγουστίδου, 2016). Επίσης η επίλυση σε θέματα συγκρούσεων που προκύπτουν λόγω αδράνειας και παθητικής στάσης από εργαζόμενους που κατέχουν θέσεις αυξημένης ευθύνης, όπως οι προϊστάμενοι τμημάτων και οι διοικητικοί, μπορεί να λειτουργήσει ανανεωτικά και να προκαλέσει δημιουργική αλλαγή για τον οργανισμό (Κάντας, 1995).

Επιπρόσθετα, μπορεί να συνεισφέρουν στην ανάπτυξη καινοτόμων λύσεων σε διαφορετικών ειδών οργανωτικά προβλήματα. Σημειώνεται επίσης ότι μέσω των συγκρούσεων, μπορούν να εντοπιστούν και να αντιμετωπιστούν οι εσωτερικές ανισορροπίες ισχύος. Η σύγκρουση λοιπόν στον εργασιακό χώρο μπορεί ενίοτε να ενισχύσει την ποιότητα λήψης αποφάσεων, τη δημιουργικότητα και την αποτελεσματικότητα της ομαδικής εργασίας (Somech et al., 2009; Clegg et al., 2015). Ωστόσο πρέπει να διευκρινισθεί ότι τα θετικά αυτά αποτελέσματα των συγκρούσεων στους οργανισμούς υγείας φαίνεται ότι εντοπίζονται κυρίως στις συγκρούσεις που αφορούν εργασιακά θέματα, και όχι σε διαπροσωπικές συγκρούσεις, (De Dreu & Gelfand, 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

3.1 Είδη, εκφάνσεις και στάδια των συγκρούσεων στον επαγγελματικό χώρο

Πριν την διερεύνηση τρόπων διαχείρισης των συγκρούσεων μεταξύ των εργαζομένων θα πρέπει να αναφερθούν ορισμένοι τύποι που μπορούν να κατηγοριοποιηθούν οι διαμάχες στον εργασιακό χώρο, έτσι ώστε αντίστοιχα με το είδος της σύγκρουσης να προσεγγιστεί καλύτερα ο τρόπος επίλυσης της . Στο άρθρο της Wanger (2018), η σύγκρουση διαχωρίζεται σε τέσσερις (4) κύριους τύπους: (Wanger,2018)

-Τις συγκρούσεις των δεδομένων κατά τις οποίες τα άτομα είτε λαμβάνουν διαφορετικές ή ελλιπείς πληροφορίες , είτε τις αντιλαμβάνονται διαφορετικά . Μετά την διαδικασία αποσαφήνισης των πληροφοριών η σύγκρουση μπορεί να επιλυθεί χωρίς σοβαρές επιπτώσεις

-Τις συγκρούσεις των σχέσεων ,που μπορεί να προκύψουν χωρίς την ύπαρξη αντικειμενικών παραγόντων, όπως για παράδειγμα οι διαφορετικοί στόχοι ή η σύγκρουση ρόλων μεταξύ των εργαζομένων, αλλά λόγω συναισθημάτων που προκαλεί το ένα άτομο στο άλλο, όπως αντιπάθεια, δυσπιστία ,απέχθεια τα οποία έχουν δημιουργηθεί είτε λόγω διαφορετικής νοοτροπίας είτε συνήθως λόγω παλαιότερων διαφωνιών μεταξύ τους. Κατά το είδος αυτής της σύγκρουσης το ήδη υπάρχον αρνητικό κλίμα που υποβόσκει , δημιουργεί επιπλέον διαφωνίες με μικρές αφορμές ,που οδηγούν γρήγορα σε κλιμάκωση

-Τις συγκρούσεις των αξιών ,που προκαλούνται λόγω διαφορετικών πεποιθήσεων που έχουν υιοθετήσει τα άτομα στην ζωή τους , καθώς κάποιες φορές το σύστημα αξιών που ακολουθεί κάποιο άτομα ,μπορεί να μην διαθέτει ευελιξία σκέψης και να μην επιδέχεται αλλαγή απόψεων σε συγκεκριμένα θέματα της σύγχρονης εποχής , ,με αποτέλεσμα να μην εναρμονίζεται με νέες αντιλήψεις . Σημειώνεται ότι η επίλυση των συγκρούσεων σχέσεων και αξιών επιλύονται δύσκολα, γιατί συνήθως στα είδη αυτά των συγκρούσεων οι αντίπαλες πλευρές δεν διαθέτουν αυτογνωσία και ενσυναίσθηση για τις απόψεις των άλλων.

-Τις δομικές συγκρούσεις συνήθως εκδηλώνονται λόγω καθιερωμένων καταπιεστικών προτύπων που έχουν εγκατασταθεί σε έναν οργανισμό και δημιουργούν αμφισβητήσεις στον τρόπο και την αντικειμενικότητα κατά την άσκηση της εξουσίας , όπου επιβάλλεται με αξιωματικό τρόπο .Η επίλυση αυτού του είδους της σύγκρουσης μπορεί να αμβλυνθεί εάν υιοθετηθεί το management ολικής ποιότητας κατά το οποίο η διοίκηση οφείλει εκτός των άλλων παραμέτρων , να σέβεται τις απόψεις όλων των εργαζομένων υφισταμένων ή μη .

DATA	VALUES
Conflicts stem from: <ul style="list-style-type: none"> • lack of information; • different information; • different interpretations of data; and • different assessment procedures. 	Conflicts relate to: <ul style="list-style-type: none"> • day-to-day values; and • self-definition.
RELATIONSHIP	STRUCTURAL
Conflicts stem from: <ul style="list-style-type: none"> • misperceptions; • stereotypes; and • poor communication. 	Conflicts relate to: <ul style="list-style-type: none"> • how a situation is set up; • who is involved in making decisions; • geographical and physical relationships; and • unequal power and authority.

Τύποι Σύγκρουσης, (Wanger J., 2018) Πηγή: “Types of Conflict,” content by the Dispute Resolution Office, Ministry of Justice

Ενδεικτικά , επίσης μπορεί να αναφερθεί η εξής ταξινόμηση των συγκρούσεων:

-κατακόρυφες ή οριζόντιες σε σχέση με το επίπεδο ιεραρχίας που αντιπροσωπεύουν οι εμπλεκόμενοι

-διαπροσωπικές ή ομαδικές εάν πρόκειται για σύγκρουση μεταξύ δύο ατόμων ή μεταξύ των μελών μιας ομάδας

- ενδοομαδικές ή μεταξύ των ομάδων ενός οργανισμού (Σταθοπούλου,2006)

Επίσης δόκιμο είναι να αναφερθούν κάποιες εκφάνσεις των συγκρούσεων πριν την εμφανή εκδήλωσή τους , για να κατανοηθεί νωρίς το πρόβλημα και να ξεκινήσει η διαδικασία επίλυσης του , αν είναι δυνατόν σε πρώιμα στάδια .Οι συγκρούσεις λοιπόν στο χώρο εργασίας συχνά μπορεί να μην γίνουν άμεσα αντιληπτές , αλλά μπορούν να αναγνωριστούν από κάποιες εκδηλώσεις τους όπως: (Proksch,2014)

-Εναντίωση: οι εμπλεκόμενοι προσπαθούν συνειδητά ή ασυνείδητα να φέρουν εμπόδια κατά την εκτέλεση των καθηκόντων τους ο ένας στον άλλο ,με αποτέλεσμα να μην του επιτρέπει να ολοκληρώσει το έργο του , αφού δεν λαμβάνει τις απαραίτητες πληροφορίες που χρειάζεται .

-Απόσυρση, αδιαφορία: παρατηρείται απώλεια κινήτρου για εργασία ,ενώ ταυτόχρονα τα άτομα αποφεύγουν να μιλήσουν ανοιχτά για αυτήν την κατάσταση

-Επιθετικότητα: αναδύονται αισθήματα θυμού, που αρχικά συγκαλύπτονταν , τα άτομα γίνονται όλο και πιο εχθρικά και ευερέθιστα, με αποτέλεσμα να αναπτύσσεται επιθετικότητα και η διαμάχη μεταξύ τους να γίνεται πλέον εμφανής

-Ίντριγκα, φήμες: δυσφήμιση του αντίπαλου με ίντριγκες ή φήμες, και απόπειρα να κερδίσει οπαδούς που συμμερίζονται την δική του άποψη .

-Πείσμα, παραλογισμός: αδυναμία κατανόησης της άλλης πλευράς, εμμονική πεποίθηση ότι τα προσωπικά συμφέροντα απειλούνται , με αποτέλεσμα το προσωπικό συμφέρον να υπερτερεί έναντι των συλλογικών συμφερόντων του οργανισμού

-Επισημότητα, υπερβολική συμμόρφωση: οι εργαζόμενοι επιδεικνύουν υπερβολική επισημότητα και συμμόρφωση προς τους ανωτέρους τους ,πιθανόν δείχνοντας συγχρόνως δυσαρέσκεια κατά την εκτέλεση των εντολών που δέχονται.

-Σωματικά συμπτώματα: τα άτομα εμφανίζουν σωματικά συμπτώματα λόγω του άγχους που βιώνουν (π.χ. κεφαλαλγία ,γαστρεντερικές διαταραχές, διαταραχές ύπνου),που έχουν σαν αποτέλεσμα να αιτούνται συχνά την απουσία τους από την εργασία

Οι ανωτέρω εκδηλώσεις πολλές φορές δεν γίνονται άμεσα αντιληπτές από τον περίγυρο , αφού οι εμπλεκόμενοι συνήθως δεν τα παραδέχονται και έτσι επικρατεί μια λανθάνουσα κατάσταση που προκαλεί μειωμένη αποδοτικότητα των υπαλλήλων στην εργασία τους . Ο manager λοιπόν πρέπει να είναι σε θέση να διαγνώσει έγκαιρα

αυτήν την κατάσταση ,που λαμβάνει χώρα πριν την εκδήλωση της σύγκρουσης , ώστε να ξεκινήσει την διαδικασία για την επίλυση της (Proksch, 2014).

Όσο για τα στάδια της σύγκρουσης , κατά τους μελετητές περιλαμβάνουν πολλές εκδηλώσεις , οι οποίες αντανακλούν την διαδοχική και δυναμική της φύση . Η πιθανή διακοπή της σχέσης, μετά τη σύγκρουση και η βία είναι αποτέλεσμα της μη ορθής αντιμετώπισης της , (Williams, 2011). Τα συναισθήματα που βιώνει το άτομο κατά την διάρκεια της σύγκρουσης είναι ποικίλα και εκτός από τον θυμό μπορεί να αισθάνεται αγωνία, λύπη και αίσθημα εγκατάλειψης. ΟΙ συναισθηματικές αυτές διακυμάνσεις μπορεί να γίνουν πιο έντονες και να εκφράζονται σε μεγαλύτερο βαθμό, ανάλογα με τα στάδια της σύγκρουσης . (Βασιλείου & Κεχάογλου, 2015) .Σύμφωνα με το μοντέλο του Pondy (1967), τα πέντε (5) στάδια της σύγκρουσης περιλαμβάνουν τα εξής στοιχεία:

-Τη λανθάνουσα κατάσταση, κατά την οποία δημιουργούνται τα αίτια που θα προκαλέσουν την σύγκρουση

-Την αίσθηση της αντιπαλότητας όπου μπορεί να αντικατοπτρίζει επίσης μια λανθάνουσα κατάσταση ,πολύ συχνά λόγω μη σωστής επικοινωνίας

- Την αντίληψη του εχθρικού κλίματος ,όπου πλέον η διαμάχη είναι εμφανής σε όλους Η σύγκρουση σε αυτό το στάδιο , μπορεί να γίνει εξατομικευμένη όταν όλη η προσωπικότητα του ατόμου εμπλέκεται σε αυτή και αναπτύσσονται εχθρικά συναισθήματα. Το άγχος που προκύπτει από εξωτερικούς παράγοντες σε συνδυασμό με τις απαιτήσεις του ατόμου ως προς την προσωπική του ανάπτυξη, οδηγούν στην σύγκρουση ως αποτέλεσμα ανάγκης εκτόνωσης του ατόμου, και διαταραχή της ισορροπίας της επαγγελματικής ομάδας .

-Την εκδήλωση της διαμάχης και την ανοιχτή αντιπαράθεση ,χωρίς όμως έντονη λεκτική και μη λεκτική βία μεταξύ των εμπλεκομένων

-Και τέλος τα επακόλουθα της σύγκρουσης, που υπάρχει η περίπτωση να είναι θετικά για τους εμπλεκόμενους , εάν η σύγκρουση επιλυθεί με συνεργατικό τρόπο και οι δύο πλευρές μείνουν ικανοποιημένες από το αποτέλεσμα , θέτοντας την σχέση τους σε νέα βάση .Εάν όμως η διαχείριση της σύγκρουσης δεν λειτούργησε σωστά , τότε οι συνέπειες μπορεί να είναι πολύ αρνητικές και το εχθρικό κλίμα που συνεχίζει να

υπάρχει μπορεί να οδηγήσει ακόμα και σε ακραίες εκδηλώσεις και εκρήξεις βίας καταστάσεις.

Αναλυτικότερα τα στάδια της σύγκρουσης κατά το μοντέλο Wanger (2018), και η κλιμάκωση της έντασης απεικονίζεται στο παρακάτω χαρακτηριστικό σχήμα, στο οποίο είναι εμφανές ότι εάν οι παρεμβάσεις δεν είναι έγκαιρες για να δοθεί τέλος στις διαμάχες, μπορεί να επέλθει κορύφωση της σύγκρουσης με απρόβλεπτες και ακραίες εκδηλώσεις και για τους δύο εμπλεκόμενους, παρασύροντας το εργασιακό τους περιβάλλον και επηρεάζοντας την λειτουργία του οργανισμού που ανήκουν



φ

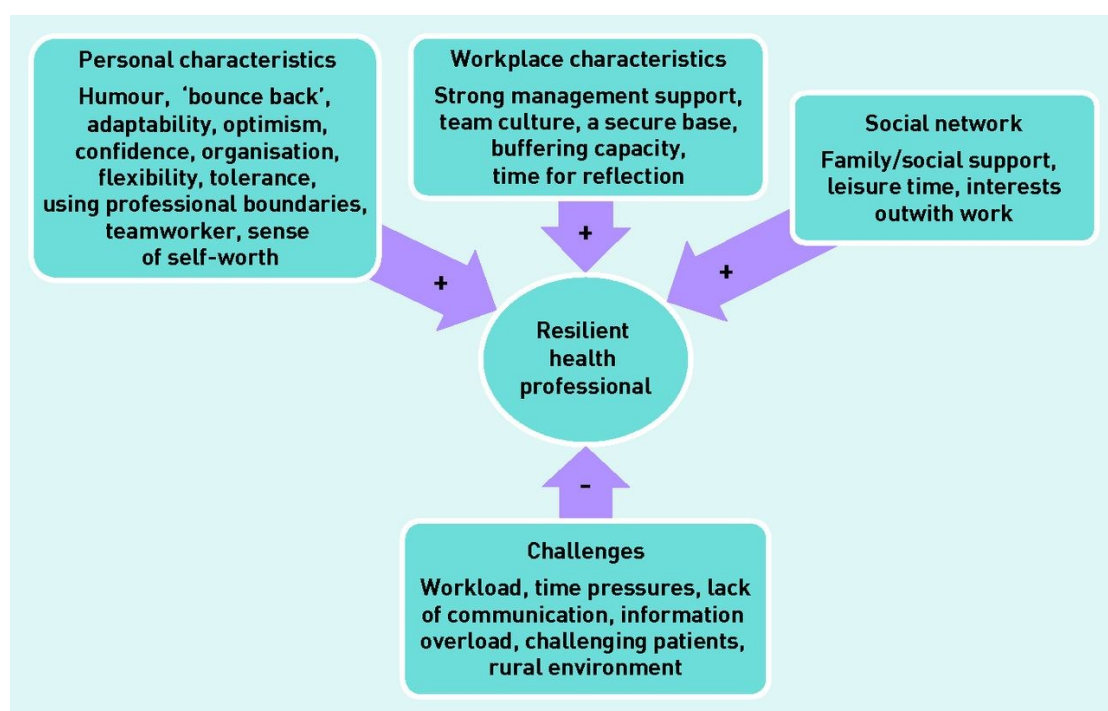
Ο «ανεμοστρόβιλος» κλιμάκωσης της σύγκρουσης, (Wanger, 2018).

ΑΠΟ Πηγή: “Conflict Escalation Tornado,” by the Dispute Resolution Office, Ministry of Justice (Government of Saskatchewan)

3.2. - Ο ρόλος της προσωπικότητας και οι τρόποι συμπεριφοράς κάθε εργαζομένου κατά την διάρκεια των συγκρούσεων

Η προσωπικότητα του κάθε ατόμου παίζει αναμφισβήτητα σημαντικό ρόλο στην ενδεχόμενη εμπλοκή του σε διαπροσωπικές εντάσεις και στην στάση που διατηρεί σε συγκρούσεις στον εργασιακό χώρο, καθώς σύμφωνα με έρευνες, δεν

αντιδρούν όλοι οι άνθρωποι με τον ίδιο τρόπο, και δεν ερμηνεύουν με τον ίδιο τρόπο τις αλληλεπιδράσεις τους με τους άλλους. Η προσωπικότητα του κάθε ανθρώπου είναι συνισταμένη πολλών παραμέτρων, μεταξύ των οποίων και η προσαρμοστικότητα με την οποία αντιδρά στις καινούργιες εμπειρίες και στην ενδεχόμενη αλλαγή κάποιων συνθηκών. Στο πλαίσιο αυτό, μεγάλο ρόλο παίζει και ο βαθμός αυτογνωσίας του ατόμου, η εμπιστοσύνη στις ικανότητές του, η αυτοεκτίμηση, οι φιλοδοξίες του για ανέλιξη στην εργασία του, αλλά και η ψυχική ανθεκτικότητά του να αντιδρά με νηφαλιότητα στις κάθε είδους εντάσεις. Η ψυχική ανθεκτικότητα κατά τους μελετητές είναι έμφυτο ψυχικό προσόν που προστατεύει το άτομο να επιβιώνει από έντονα στρεσογόνες καταστάσεις αφήνοντας όσο το δυνατόν λιγότερα ψυχικά τραύματα στο άτομο μετά από την αντιμετώπιση δυσχερούς καταστάσεως. Ο εργαζόμενος που διαθέτει υψηλού βαθμού ψυχική ανθεκτικότητα είναι ικανός να ανταπεξέλθει καλύτερα σε προσωπικές διαμάχες και σε ανταγωνιστικό περιβάλλον (O Dowd et al, 2018). Σημαντικό όμως ρόλο παίζει εκτός από τα προσωπικά χαρακτηριστικά του κάθε ατόμου και τα χαρακτηριστικά της κουλτούρας του εργασιακού του περιβάλλοντος, όπως το κλίμα μεταξύ των συναδέλφων και εν γένει του κοινωνικού περιβάλλοντος που εντάσσεται.



Η ψυχική ανθεκτικότητα (resilience), ως βασική παράμετρος της προσωπικότητας του εργαζομένου στον κλινικό χώρο , η οποία και καθορίζει το στυλ διαχείρισης συγκρούσεων (Πηγή: Matheson et al, 2016)

Ο ρόλος της προσωπικότητας και της ατομικής συμπεριφοράς κατά τη διάρκεια συγκρούσεων εντός των ομάδων υγειονομικής περίθαλψης είναι κρίσιμος καθοριστικός παράγοντας της συνολικής δυναμικής και της αποτελεσματικότητας της ομάδας στην επίλυση διαφορών. Σύμφωνα με τους Kilmann και Thomas (1977) που ασχολήθηκαν με την ανθρώπινη συμπεριφορά, καθώς και τη θεωρία διαχείρισης των συγκρούσεων του Vivar (2006), τα άτομα στην προσπάθεια διαχείρισης μίας σύγκρουσης, εκδηλώνουν κάποιον από τους εξής πέντε τρόπους συμπεριφοράς: ανταγωνισμό, συνεργασία, συμβιβασμό, αποφυγή και προσαρμογή.

Έτσι στην προσπάθεια κατανόησης του διαφορετικού τρόπου συμπεριφοράς και τις διαφορετικές εκδηλώσεις των ατόμων κατά τον χειρισμό των συγκρούσεων εισήγαγαν το εργαλείο «Mode», μια μέθοδο για την αξιολόγηση των συμπεριφορών που προσδιορίζει τις πέντε αυτές βασικές τακτικές επίλυσης συγκρούσεων. Αυτές οι ξεχωριστές προσεγγίσεις επηρεάζονται εκτός από τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ατόμων και από τον τρόπο επικοινωνίας και τις διαπροσωπικές δεξιότητες τους. Το άτομο ανάλογα με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του .μπορεί να αναπτύξει διεκδικητική συμπεριφορά κατά την οποία προσπαθεί να καλύψει τις δικές του ανησυχίες, παραμερίζοντας τις ενδεχόμενες ανησυχίες της άλλης πλευράς ή συνεργατική συμπεριφορά που χαρακτηρίζεται από σεβασμό και για τις ανησυχίες της άλλης πλευράς, προσπαθώντας να βρει κοινό έδαφος . Έτσι τα άτομα με αυξημένη ενσυναίσθηση , μπορεί να προτιμούν ένα συνεργατικό τρόπο επίλυσης συγκρούσεων, όπου αναζητούν ενεργά αμοιβαία επωφελείς λύσεις και δίνουν προτεραιότητα στη διατήρηση θετικών σχέσεων με τους άλλους (Thomas & Kilmann, 2008).

Οι αποτελεσματικές δεξιότητες επικοινωνίας, ιδιαίτερα η ενσυναίσθηση, είναι απαραίτητες για την προώθηση της ουσιαστικής συνεργασίας εντός των ομάδων υγειονομικής περίθαλψης. Η ενσυναίσθηση, ο ακρογωνιαίος λίθος της επικοινωνίας, δίνει τη δυνατότητα στους επαγγελματίες να κατανοήσουν και να ανταποκριθούν στα συναισθήματα, τις ανησυχίες και τις ανάγκες των ασθενών και των συναδέλφων. Περιλαμβάνει την κατανόηση των προοπτικών και την επίδειξη γνήσιου ενδιαφέροντος, την οικοδόμηση εμπιστοσύνης και αμοιβαίου σεβασμού. Η ενσυναισθητική επικοινωνία διευκολύνει την ανταλλαγή πληροφοριών, την ενεργητική

ακρόαση και την αποσαφήνιση, ενισχύοντας την επίλυση προβλημάτων και τη λήψη αποφάσεων. Προωθεί μια κουλτούρα ανοιχτού διαλόγου και ανατροφοδότησης, όπου τα άτομα εκφράζουν σκέψεις και ανησυχίες χωρίς φόβο, γεγονός που ενισχύει την συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών και στον χώρο της υγείας με ευεργετικά αποτελέσματα στην φροντίδα των ασθενών (Arker et al., 2006).

Επιπλέον, η ενσυναίσθηση βελτιώνει τη φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή συνδέοντας επαγγελματίες με ασθενείς, οδηγώντας σε αυξημένη συμμόρφωση τους με τις οδηγίες που πρέπει να ακολουθήσουν, επιφέροντας καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα και κατ' επέκταση την ικανοποίηση των εργαζομένων από την δουλειά τους. Οι οργανισμοί μπορούν να προωθήσουν την ενσυναίσθηση μέσω της εκπαίδευσης στη διαπροσωπική επικοινωνία και την ενεργητική ακρόαση, ενισχύοντας μια κουλτούρα ψυχολογικής ασφάλειας (Howick et al., 2018). Συμπερασματικά, η ενσυναίσθηση στην επικοινωνία ενισχύει τη συνεργασία, την ικανοποίηση των ασθενών και την ασφάλεια, συμβάλλοντας στη βελτίωση των αποτελεσμάτων της υγειονομικής περίθαλψης.

Επιπροσθέτως θα πρέπει να επισημανθεί ότι η οργανωτική δομή μέσα σε έναν οργανισμό μπορεί να επηρεάσει τις αντιδράσεις των ατόμων σε καταστάσεις σύγκρουσης, ανάλογα με την βαθμίδα της ιεραρχίας που κατέχουν. Οι Jones και συνεργάτες (2008) εξέτασαν τις αντιλήψεις των εργαζομένων για την οργανωτική αλλαγή και τον αντίκτυπό της στις συμπεριφορές επίλυσης συγκρούσεων σε διαφορετικά ιεραρχικά επίπεδα. Βρήκαν ότι οι εργαζόμενοι υψηλότερου επιπέδου τείνουν να επιδεικνύουν πιο δυναμικές συμπεριφορές επίλυσης συγκρούσεων, όπως η συνεργασία και ο συμβιβασμός, σε σύγκριση με τους υπαλλήλους χαμηλότερου επιπέδου που μπορεί να είναι περισσότερο διατεθειμένοι προς την αποφυγή ή την προσαρμογή (Jones et al., 2008).

3.3. Προτεινόμενες στρατηγικές για την διαχείριση και επίλυση συγκρούσεων

Η στρατηγική που ακολουθείται για την επίλυση μιας σύγκρουσης εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, που έχουν σχέση τόσο από τον χαρακτήρα του εργασιακού περιβάλλοντος, όσο και από τον τρόπο κατανομής της εργασίας, την δομή της ιεραρχίας, τους διαθέσιμους πόρους, καθώς και την νοοτροπία των εργαζομένων που

ανάλογα και με την προσωπικότητα τους μπορεί να υιοθετήσουν διεκδικητική ή συνεργατική συμπεριφορά (Κοντογιάννη και συν, 2011). Για αυτόν τον σκοπό απαιτείται η ανάπτυξη δεξιοτήτων και ως προς την επικοινωνία και την επίλυση προβλημάτων. Η αντιμετώπιση της σύγκρουσης δείχνει να στηρίζεται σε διαφορετικά μοντέλα συμπεριφοράς, τα οποία προσαρμόζονται και τροποποιούνται βάσει τεχνικής και των εκάστοτε συνθηκών.

Στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, όπου η αποτελεσματική συνεργασία είναι πρωταρχικής σημασίας για τα αποτελέσματα της περίθαλψης των ασθενών, η διαχείριση και η επίλυση των συγκρούσεων είναι κρίσιμα συστατικά της επιτυχίας του οργανισμού. Όπως επισημάνθηκε οι Thomas and Kilmann (2008) εισήγαγαν το εργαλείο Thomas-Kilmann Conflict Mode Instrument, προσφέροντας μια συστηματική προσέγγιση για την επίλυση συγκρούσεων. Διερευνώντας παράλληλα την συμπεριφορά των ατόμων που εμπλέκονται, προσδιόρισαν τις 5 κύριες στρατηγικές που προαναφέρθηκαν, οι οποίες παρέχουν στους διαχειριστές υγειονομικής περίθαλψης ένα πλαίσιο για να αναλύουν και να αντιμετωπίζουν τις συγκρούσεις με βάση τη φύση και τη σοβαρότητά τους. (Thomas & Kilmann, 2008)

Συγκεκριμένα λοιπόν αυτές οι στρατηγικές παρέχουν την δυνατότητα ανάλυσης και αντιμετώπισης των συγκρούσεων, βασιζόμενες τόσο στο είδος όσο και στην σοβαρότητα τους και μπορούν να αφορούν στον ανταγωνισμό, στην αποφυγή, στην υποχώρηση- αποδοχή, στο συμβιβασμό και τη συνεργασία, κάθε μία από τις από τις οποίες μπορεί να εφαρμοστεί ανάλογα με τις αντίστοιχες συνθήκες και την περιρρέουσα ατμόσφαιρα που επικρατεί σε έναν οργανισμό και μπορεί να επιφέρει διαφορετικό αποτέλεσμα, αλλά και να τερματίσει την διένεξη που έχει προκληθεί. (Kilmann & Thomas, 1975; Thomas, 1992; Valentine, 1995). Αναλυτικότερα:

1. Ο ανταγωνισμός είναι μια στρατηγική όπου το ένα μέρος επιδιώκει να διασφαλίσει τα συμφέροντά του εις βάρος του άλλου, ικανοποιώντας μόνο τις δικές του ανάγκες. Καθώς στην περίπτωση αυτή υπερισχύει η μία πλευρά, καθορίζοντας μια σχέση νικητή - χαμένου, είναι προφανές ότι η ισορροπία αποκαθίσταται μόνο προσωρινά, επιφέροντας μείωση της αποδοτικότητας του «ηττημένου». Χωρίς λοιπόν να αντιμετωπίζει τα αίτια της εμπλοκής, αυτή η προσέγγιση μπορεί να εφαρμόζεται μόνο για επείγουσες καταστάσεις ή όταν απαιτείται αποφασιστική δράση για την προστασία της ασφάλειας των ασθενών (Ζαβλανός, 2002; Vivar 2006).

2. Η αποδοχή -υποχώρηση συνεπάγεται την εύρεση μιας μέσης λύσης κάνοντας παραχωρήσεις , για την επίτευξη μιας αμοιβαία αποδεκτής λύσης. Δηλαδή η μία πλευρά συνεργάζεται ,παραμερίζοντας τα δικά της συμφέροντα ώστε να αποφευχθούν νέες συγκρούσεις, Ενώ η αποδοχή μπορεί να οδηγήσει σε πρόσφορες λύσεις, μπορεί επίσης να οδηγήσει σε μη βέλτιστα αποτελέσματα εάν θυσιαστούν βασικές ανάγκες ή προτεραιότητες, καθώς εξομαλύνει μόνο επιφανειακά την κατάσταση και δεν διασφαλίζει την καλή συνεργασία, επιφέροντας ουσιαστικά μία κάλυψη της διαφωνίας για το συλλογικό καλό.(Montana & Charnov, 2002; Vivar, 2006).

3 . Η αποφυγή που συνεπάγεται την πλήρη παράκαμψη της σύγκρουσης, καθώς τα εμπλεκόμενα μέλη αποφεύγουν συστηματικά να αντιμετωπίσουν μια κατάσταση είτε αναβάλλοντας συζητήσεις είτε αποσύροντας τις διαμαρτυρίες που είχαν εκφράσει. Ενώ η αποφυγή μπορεί να προσφέρει προσωρινή ανακούφιση, οι ανεπίλυτες συγκρούσεις μπορεί να υποχωρήσουν και να κλιμακωθούν με την πάροδο του χρόνου, υπονομεύοντας ενδεχομένως τη συνοχή και το ηθικό της ομάδας, διαιωνίζοντας το πρόβλημα που υποβόσκει και δημιουργώντας εμπόδια στην διεκπεραίωση των στόχων του οργανισμού Το αποτέλεσμα λοιπόν της στρατηγικής αυτής είναι να αναγνωρίζεται η σύγκρουση και οι συνέπειές της ,αλλά να επιλέγεται να αγνοηθεί για διάφορους λόγους (π.χ.κόστος, προτεραιότητα σε άλλα ζητήματα,κ.α) (Valentine, 1995;Rahim et al., 1999; Ζαβλανός 2002)

4.Ο συμβιβασμός-προσαρμογή (lose-lose) περιλαμβάνει την προτεραιότητα των αναγκών των άλλων σε σχέση με τις δικές του, συχνά για τη διατήρηση της αρμονίας ή τη διατήρηση των σχέσεων. Ενώ η συμφιλίωση μπορεί να επιδείξει ενσυναίσθηση και καλή θέληση, μπορεί επίσης να οδηγήσει σε δυσαρέσκεια ή εκμετάλλευση εάν ένα μέρος υποχωρεί με συνέπεια στις απαιτήσεις των άλλων (Thomas & Kilmann, 2008). Έτσι ο συμβιβασμός αυτός δεν επιφέρει πάντα την βέλτιστη διεύθετηση της κατάστασης, καθώς η λύση που δίνεται με αυτή τη στρατηγική και σε αυτή την περίπτωση είναι περιορισμένης διάρκειας, αφού και οι δύο πλευρές έχουν οφέλη αλλά και ζημίες και η τελική τους θεώρηση είναι ότι δεν θα έχουν μακροπρόθεσμο όφελος (Παπαδοπούλου, 2011). Συνήθως, δηλαδή με αυτήν την στρατηγική φαίνεται ότι υπάρχει μειωμένη ικανοποίηση και από τις δύο πλευρές, καθώς υπάρχει έλλειψη αναγνώρισης των βαθύτερων αιτιών που οδήγησαν στην διαμάχη, ενώ τα αποτελέσματα είναι καλύτερα όταν και οι δύο πλευρές δεν διαπνέονται

από ανταγωνιστικά αισθήματα και έχουν ως μέγιστη προτεραιότητα το συμφέρον του οργανισμού (Montana & Charnov, 2002;Ζαβλανός, 2002;Vivar, 2006).

5. Η συνεργασία -διαπραγμάτευση (win-win)περιλαμβάνει την αναζήτηση αμοιβαία επωφελών λύσεων μέσω ανοιχτής επικοινωνίας και συνεργασίας, προάγοντας την ομαδική εργασία .Έτσι ενθαρρύνει τη δημιουργική επίλυση προβλημάτων, καθιστώντας την κατάλληλη τακτική για πολύπλοκα ζητήματα που απαιτούν τη συμβολή πολλών ενδιαφερομένων. Ο συνεργατικός τρόπος διαχείρισης αποτελεί την πιο αποτελεσματική μέθοδο, καθώς το ενδιαφέρον και των δύο πλευρών εστιάζεται σε αμοιβαία οφέλη και για να επιτευχθεί απαιτεί οργάνωση και σαφή διατύπωση των δικαιωμάτων και των υποχρεώσεων του καθενός. Βέβαια η προσέγγιση αυτή απαιτεί υψηλό αίσθημα ευθύνης και διάθεση για ομαλή συνεργασία,, με γόνιμο και επικοδομητικό διάλογο ,κατανοώντας και οι δύο πλευρές τις διαδικασίες επίλυσης της σύγκρουσης και προτιμάται -όταν είναι εφικτό-και στις μονάδες υγείας, καθώς δεν απαιτείται η παρέμβαση ανώτερου ιεραρχικού στελέχους (Ζαβλανός, 2002. Caranagh, 1991. Διλιντάς, 2010. Μπιτσώρη, 2013 .Αν και η στρατηγική αυτή προφανώς είναι κατάλληλη για την διατήρηση των ομαλών σχέσεων των εργαζομένων και την επίτευξη των στόχων των οργανισμών , έχει το μειονέκτημα ότι οι διαδικασίες για την επίλυση της σύγκρουσης είναι χρονοβόρες και δύσκολα εφαρμόσιμες στον υγειονομικό χώρο, καθώς συνήθως δεν υπάρχει χρόνος για συζητήσεις και διαπραγματεύσεις ,όταν η πίεση είναι τόσο μεγάλη από την αντιμετώπιση των περιστατικών και την φροντίδα των ασθενών .

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται αναλυτικά οι τρόποι που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να δοθεί μια λύση και να τερματιστεί μια σύγκρουση που εκτυλίσσεται σε έναν εργασιακό χώρο , καθώς και τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα κατά την εφαρμογή τους

Πίνακας 1. Στρατηγικές διαχείρισης των συγκρούσεων.

Στρατηγικές χειρισμού των συγκρούσεων	Ορισμός/ Χαρακτηρισμός	Χρήση	Αποτελέσματα
Αποφυγή (avoidance)	Φυσικός διαχωρισμός των συγκρουόμενων μερών ή εξάλειψη ή μείωση των λειτουργικών σχέσεων / Κατάσταση άρνησης του προβλήματος	Όταν τα οφέλη από την αντιπαράθεση είναι λιγότερα ή όταν το ζήτημα που έχει προκύψει δεν είναι καίριας σημασίας	Πλεονεκτήματα: • Αν με την αποφυγή της κατάστασης, κερδίζεται χρόνος για συλλογή περισσότερων πληροφοριών, απαραίτητων για την περαιτέρω ανάλυση του προβλήματος Μειονεκτήματα: • Διαίωση της σύγκρουσης • Λύσεις βραχείας διάρκειας
Αποδοχή ή υποχώρηση ή διευκόλυνση ή συνδιαλλαγή (accommodation)	Προσπάθεια για ικανοποίηση των αναγκών του άλλου μέρους της σύγκρουσης κάνοντας υποχωρήσεις και δίνοντας προτεραιότητες στις ανάγκες της άλλης πλευράς/Κέρδος-Ζημία	Όταν οι θέσεις ή η συμπεριφορά της μιας πλευράς είναι λάθος ή όταν το ζήτημα είναι πιο σημαντικό για την άλλη πλευρά	Πλεονεκτήματα: • Υψηλός βαθμός συνεργασίας • Ελαχιστοποιεί τις διαφορές • Αποτελεσματική όταν η ισορροπία και η σταθερότητα είναι ιδιαίτερα σημαντικές Μειονεκτήματα: • Χαμηλός βαθμός διεκδίκησης • Λύσεις βραχείας διάρκειας
Διεκδίκηση ή ανταγωνισμός ή επιβολή (competition)	Πλήρης ικανοποίηση των συμφερόντων του ατόμου σε βάρος της άλλης πλευράς/Κέρδος-Ζημία	Κατάλληλη για ζητήματα ζωτικά για τον οργανισμό και όταν πρέπει να ληφθούν γρήγορες αποφάσεις	Πλεονεκτήματα: • Μπορεί να χρησιμοποιηθεί από άτομα ικανά στη λήψη αποφάσεων Μειονεκτήματα: • Οδηγεί σε νικητές και χαμένους και παρέχει λύσεις μικρής διάρκειας • Διακοπή της επικοινωνίας • Αποπροσανατολισμός αντιπάλων
Συμβιβασμός (compromise)	Προσπάθεια και των δύο μελών να λύσουν τη σύγκρουση, θυσιάζοντας όμως κάτι και οι δύο/αναζήτηση μέσης λύσης	Όταν ο στόχος είναι σημαντικός αλλά δεν αξίζει μεγάλη διαταραχή των σχέσεων	Πλεονεκτήματα: • Εναλλακτική μέθοδος επίλυσης συγκρούσεων, όταν η συνεργασία και η διεκδίκηση αποτυγχάνουν • Και οι δύο κερδίζουν κάτι αλλά ταυτόχρονα υποχωρούν σε κάτι άλλο ως αντάλλαγμα Μειονεκτήματα: • Δεν υπάρχει νικητής ή ηττημένος • Προσωρινή και ταχεία λύση μικρής διάρκειας για πολύπλοκα ζητήματα
Συνεργασία – διαπραγμάτευση για αμοιβαίο όφελος (collaboration)	Ουσιαστική αντιπαράθεση ώστε να αναζητηθούν τρόποι ταυτόχρονης ικανοποίησης των στόχων όλων των μερών/κέρδος-κέρδος	Για κρίσιμα ζητήματα και παρέχει κίνητρα για αλλαγή και για απόκτηση κατανόησης	Πλεονεκτήματα: • Μέγιστη δυνατή ικανοποίηση προσδοκιών όλων των μερών. Προσφέρει λύσεις μακράς διάρκειας • Βοηθάει στην απόκτηση υπευθυνότητας και ανάληψη ευθυνών • Οι δύο πλευρές αναγνωρίζουν τα σημεία συμφωνίας και διαφωνίας και επιλέγουν τους κοινούς τόπους • Αποτελεί ιδανική λύση για περιβάλλοντα παροχής υπηρεσιών υγείας και ειδικότερα για τις σχέσεις νοσηλευτών και ιατρών Μειονεκτήματα: • Η πιο χρονοβόρα στρατηγική επίλυσης των συγκρούσεων

Στρατηγικές διαχείρισης των συγκρούσεων (Κοντογιάννη και συν.2011)

Μετά την μελέτη των ενδεδειγμένων στρατηγικών για την επίλυση συγκρούσεων, καταλήγουμε λοιπόν στο συμπέρασμα ότι ανάλογα με πως εκλαμβάνονται οι αντιμαχόμενες πλευρές τις επιπτώσεις της σύγκρουσης , τα αποτελέσματα μπορούν να ενταχθούν σε τρεις κατηγορίες :

Α) και τα δύο μέρη πιστεύουν ότι έχουν υποστεί ζημιά , γιατί είτε νοιώθουν ότι έχουν αδικηθεί, είτε πιο σπάνια αναγνωρίζουν ότι η λανθασμένη συμπεριφορά τους τους κόστισε επαγγελματικά και προσωπικά

Β) η μια πλευρά έχει κέρδος από το αποτέλεσμα της σύγκρουσης και νοιώθει κατά κάποιο τρόπο ότι δικαιώθηκε και η άλλη ότι έχει χάσει από το αποτέλεσμα της σύγκρουσης

Γ) και οι δύο πλευρές έχουν κερδίσει μετά το πέρας των διαπραγματεύσεων και η κατάσταση που έχει δημιουργηθεί μετά την σύγκρουση , έχει επιφέρει νέο πνεύμα συνεργασίας.

Στο πλαίσιο αυτό και για επιτευχθεί η πιο δίκαιη και συμφέρουσα επίλυση μιας σύγκρουσης ,ο Proksch (2014) επεκτείνει αυτές τις στρατηγικές διαχείρισης συγκρούσεων, υποστηρίζοντας τεχνικές όπως η διαπραγμάτευση, η διαιτησία και η διαμεσολάβηση . Η διαπραγμάτευση περιλαμβάνει διαδικασίες για την εξεύρεση κοινού εδάφους, με σκοπό τον συμβιβασμό των εμπλεκομένων , ενώ η διαιτησία περιλαμβάνει την υποβολή της σύγκρουσης σε έναν τρίτο διαιτητή, ο οποίος λαμβάνει μια δεσμευτική απόφαση βάσει αποδεικτικών στοιχείων που παρουσιάζονται και από τα δύο μέρη . (Proksch,2014) Κατά την διαμεσολάβηση , η οποία είναι η μέθοδος που ακολουθείται συχνότερα σε νοσοκομεία του εξωτερικού (π.χ. Ηνωμένο Βασίλειο, ΗΠΑ) χρησιμοποιείται ένα ουδέτερο τρίτο πρόσωπο κοινής αποδοχής για να διευκολύνει τις συζητήσεις και να καθοδηγήσει τα μέρη προς τη συναίνεση και τελικά την αποδεκτή λύση και από τις δύο πλευρές. Οι υπεύθυνοι που αναλαμβάνουν την διαμεσολάβηση στο εξωτερικό ,αλλά και στην Ελλάδα το τελευταίο διάστημα, μπορούν να παρακολουθήσουν ειδικά σεμινάρια επιμόρφωσης και να αποκτήσουν εξειδικευμένες γνώσεις και δεξιότητες για την επιτυχή επίλυση συγκρούσεων . Με την πιστοποίηση που μπορούν να λάβουν από ινστιτούτα κατάρτισης, οι διαμεσολαβητές και στον τομέα της υγείας μπορούν να αναπτύξουν ικανότητες για την σωστή εκλογή του τρόπου επίλυσης των συγκρούσεων , κατανοώντας τον τύπο της προσωπικότητας των εμπλεκομένων και εστιάζοντας στα κοινά τους συμφέροντα Στον σύγχρονο τρόπο διοίκησης λοιπόν . πρέπει να επιτευχθεί η δημιουργία μιας νέας νοοτροπίας κατά την οποία η πιστοποιημένη διαμεσολάβηση δεν θα εκλαμβάνεται ως απειλητική διαδικασία, αλλά σαν ένας αξιοπρεπής και αντικειμενικός τρόπος επίλυσης των συγκρούσεων στις μονάδες υγείας , για την εύρυθμη λειτουργία τους. (McKenzie, 2015)

Στο παρακάτω σχήμα φαίνονται όλες οι στρατηγικές που ακολουθούνται εν γένει στους οργανισμούς για την διαχείριση των διενέξεων μεταξύ των εργαζομένων



Στρατηγικές χειρισμού των συγκρούσεων (Κοντογιάννη και συν.,2007)

Μια αξιολόγηση επίσης προσπάθεια για την ανάπτυξη μιας μεθόδου για την επίλυση συγκρούσεων έγινε από τον παιδίατρο Gerald Hickson, που την ονόμασε Πυραμίδα Προαγωγής του Επαγγελματισμού. Σαν στόχο έχει την επίλυση μιας διαμάχης "που δεν θεωρείται ιδιαίτερα σοβαρή ώστε να αναλάβει το αρμόδιο τμήμα εργασιακών σχέσεων, με σκοπό να επιλυθεί σε αρχικό στάδιο με γρήγορο και ανεπίσημο τρόπο. Αλλιώς ονόμασαν αυτήν την διαδικασία «διάλογος σε έναν καφέ»- the cup of coffee conversation-, που σημαίνει ότι πρόκειται για έναν σύντομο εμπιστευτικό διάλογο μεταξύ συναδέλφων στη διάρκεια ενός καφέ. (Pitchert et al, 2013). Αρχικά η διαδικασία ξεκινά όταν το άτομο που νοιώθει ότι θίγεται είτε προσωπικά ,είτε επαγγελματικά δηλώνει το περιστατικό σε ειδική ηλεκτρονική πλατφόρμα του οργανισμού ή του τμήματος ,εκφράζοντας την δυσαρέσκεια του για την συμπεριφορά ενός συναδέλφου. Τότε, σε πρώτη φάση ένας εργαζόμενος που ανήκει στην ίδια ιεραρχική βαθμίδα ,καλεί τον συνάδελφο αυτόν σε μια φιλικού τύπου εμπιστευτική συζήτηση , όπου θα του εκφράσει την άποψή του και θα τον καλέσει να υιοθετήσει μια πιο ευπρεπή, μη αντιεπαγγελματική συμπεριφορά απέναντι στον συνάδελφο που δυσαρέστησε. Στην πρώτη αυτή συζήτηση δεν θα υπάρχει η πρόθεση

να κριθεί ο καλούμενος , απλά θα γίνει μια προσπάθεια να κατανοήσει και να αναλογιστεί τις αρνητικές συνέπειες της συμπεριφοράς του. Πολλές φορές κάποιοι εργαζόμενοι κατανοούν την απρεπή συμπεριφορά τους και αλλάζουν στάση, αποδίδοντας συνήθως την όλη κατάσταση στο άγχος που βιώνουν καθημερινά στην εργασία τους . Υπάρχουν όμως και πολλές περιπτώσεις , που ο καλούμενος σε συζήτηση δεν αποδέχεται την δική του υπαιτιότητα (απόρριψη-dismissal) για την δημιουργία της διαφωνίας και θεωρεί υπεύθυνη την αντίθετη πλευρά (εκτροπή - deflection) ή και προσπαθεί να φανεί ότι το γεγονός είναι άνευ σημασίας, προφασιζόμενος διάφορες δικαιολογίες ώστε να αποφύγει κάθε ευθύνη (απόσπαση - distraction) (Dubree et al, 2017). Σε μια δεύτερη φάση και εάν το άτομο δεν συνετιστεί στις παρακινήσεις για ομαλή διεξαγωγή της κατάστασης, καλείται εκ νέου σε μια συνάντηση με έναν ομότιμο συνάδελφό του ή έναν προϊστάμενο , σε μια άτυπη πάλι διαδικασία , να ειδοποιηθεί ότι συνεχίζονται τα παράπονα για το πρόσωπο του .Στην τρίτη όμως φάση και εάν ο εν λόγω εργαζόμενος δεν συνετιστεί με τις συμβουλές των συναδέλφων του για αλλαγή της συμπεριφοράς του , τότε η επόμενη συνάντηση γίνεται με κάποιο πρόσωπο που κατέχει υψηλή θέση στην ιεραρχία του οργανισμού και εάν διαπιστωθεί αντιεπαγγελματική συμπεριφορά, τότε δρομολογείται πειθαρχική διαδικασία εις βάρος του. (Pitchert et al, 2013; Boothman, 2016)

Σημαντικό είναι επίσης να τονισθεί ότι θα πρέπει να μελετηθούν τρόποι για την εφαρμογή στρατηγικής πρόληψης των συγκρούσεων σε κάθε οργανισμό με την δημιουργία ενός περιβάλλοντος ομαλής συνεργασίας και σεβασμού μεταξύ των συναδέλφων. Κάποιοι τρόποι που η εφαρμογή τους μπορεί να προλάβει την εμφάνιση διενέξεων και να προάγει την εύρυθμη λειτουργία ενός οργανισμού είναι οι εξής:

- ο καθορισμός του ωραρίου ,χωρίς να υποχρεώνεται ο εργαζόμενος να παραμείνει επιπλέον ώρες στην υπηρεσία του , γεγονός που δημιουργεί εξουθένωση και κατ' επέκταση πρόσφορο κλίμα για εμφάνιση συγκρούσεων
- ο αξιοπρεπής μισθός , είναι κίνητρο για τους εργαζομένους, καθώς τους παρέχει ηρεμία και ασφάλεια στο να μπορούν να ανταπεξέρχονται στις οικονομικές τους υποχρεώσεις και με αυτόν τον τρόπο να ανταποκρίνονται στα επαγγελματικά τους καθήκοντα απερίσπαστοι , χωρίς εκνευρισμό και άγχος για επιπλέον βιοποριστικά προβλήματα

-οι αυξημένες ευθύνες που καλείται να αναλάβει ένας υπάλληλος ,μπορεί να ξεπεράσουν τα όρια αντοχής του και εύκολα να χάσει την ψυχραιμία του με την παραμικρή αφορμή και να εκδηλωθεί εύκολα μια διαμάχη

- η σωστή οργάνωση και ο ακριβής καθορισμός καθηκόντων του κάθε εργαζόμενου από τον προϊστάμενο του τμήματος , μπορεί να βοηθήσει σημαντικά στην αποφυγή συγκρούσεων μεταξύ των συναδέλφων (Πατακιά, 2008)

Στο πλαίσιο λοιπόν της υγειονομικής περίθαλψης, η επιλογή της καταλληλότερης στρατηγικής διαχείρισης συγκρούσεων απαιτεί προσεκτική εξέταση παραγόντων ,όπως η φύση της σύγκρουσης, τα συμφέροντα των ενδιαφερομένων και η οργανωτική κουλτούρα. Υιοθετώντας έναν τρόπο διοίκησης βασισμένο στις σύγχρονες αρχές διοίκησης μονάδων υγείας , οι διευθυντές των υγειονομικών μονάδων μπορούν να υποδείξουν μια προσαρμοσμένη προσέγγιση για την επίλυση συγκρούσεων, να ελαχιστοποιούν τον χρόνο που απαιτείται για τον τερματισμό τους , καλλιεργώντας μια νοοτροπία συνεργασίας και αμοιβαίου σεβασμού εντός των ομάδων τους , για την καλύτερη φροντίδα των ασθενών (Scott, 2013).

3.4 Καθιέρωση των καθηκοντολογίων και των πρωτοκόλλων διεπαγγελματικής συμπεριφοράς με βάση διεθνείς οδηγίες

Η θέσπιση σαφών καθηκόντων και πρωτοκόλλων διεπαγγελματικής συμπεριφοράς με βάση τις διεθνείς κατευθυντήριες γραμμές είναι ζωτικής σημασίας για την προώθηση ενός συνεργατικού και αρμονικού εργασιακού περιβάλλοντος εντός των ομάδων υγειονομικής περίθαλψης. Ο Skjørshammer (2001) υπογραμμίζει τη σημασία του σχεδιασμού δομών επεξεργασίας και μεθόδων παρέμβασης προσαρμοσμένων στην αποτελεσματική διαχείριση των συγκρούσεων σε νοσοκομειακά περιβάλλοντα. Αυτό περιλαμβάνει την εφαρμογή τυποποιημένων πρωτοκόλλων που περιγράφουν τους ρόλους, τις ευθύνες και τις προσδοκίες κάθε μέλους της ομάδας, ελαχιστοποιώντας έτσι την ασάφεια και τις πιθανές πηγές σύγκρουσης. (Skjørshammer et al.,2001)

Επιπλέον, οι Skjørshammer και Hofoss (1999) διεξήγαγαν μια έρευνα που επικεντρώνεται στις συγκρούσεις γιατρών, η οποία ρίχνει φως σε μεμονωμένους και σχετιζόμενους με την εργασία παράγοντες που συμβάλλουν σε συγκρούσεις εντός των

ομάδων υγειονομικής περίθαλψης. Η μελέτη τόνισε τη σημασία των στοχευμένων παρεμβάσεων και μηχανισμών υποστήριξης για την αποτελεσματική αντιμετώπιση αυτών των υποκείμενων παραγόντων. Αντιμετωπίζοντας μεμονωμένες διαφορές, προβλήματα επικοινωνίας και ασάφειες ρόλων, οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να δημιουργήσουν ένα περιβάλλον που ευνοεί την αποτελεσματική ομαδική εργασία και την παροχή φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή. (Skjørshammer & Hofoss, 1999).

Μια αποτελεσματική στρατηγική για τη θέσπιση σαφών καθηκόντων και πρωτοκόλλων διεπαγγελματικής συμπεριφοράς είναι η εφαρμογή προγραμμάτων διεπαγγελματικής εκπαίδευσης (IPE). Αυτά τα προγράμματα συγκεντρώνουν επαγγελματίες από διαφορετικούς κλάδους για να μάθουν με, από και ο ένας για τον άλλον, προωθώντας την αμοιβαία κατανόηση, τον σεβασμό και τη συνεργασία. Μέσα από δομημένες μαθησιακές εμπειρίες, όπως προσομοιώσεις σε ομάδες και συζητήσεις περιπτώσεων, οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να αναπτύξουν τις δεξιότητες και τις ικανότητες που είναι απαραίτητες για αποτελεσματική διεπαγγελματική συνεργασία (Skjørshammer & Hofoss, 1999).

Ακόμα, οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να αναπτύξουν και να διαδώσουν σαφείς κατευθυντήριες γραμμές και πρωτόκολλα που περιγράφουν αναμενόμενες συμπεριφορές και πρακτικές επικοινωνίας εντός διεπιστημονικών ομάδων. Αυτές οι κατευθυντήριες γραμμές μπορούν να αντιμετωπίσουν βασικούς τομείς όπως η ανταλλαγή πληροφοριών, οι διαδικασίες λήψης αποφάσεων και οι μηχανισμοί επίλυσης συγκρούσεων, παρέχοντας ένα πλαίσιο για αποτελεσματική ομαδική εργασία και συνεργασία (Salas et al., 2008).

Τέλος, η ανάπτυξη επαγγελματισμού και αμοιβαίου σεβασμού είναι απαραίτητη για την προώθηση της διεπαγγελματικής συνεργασίας και την ελαχιστοποίηση των συγκρούσεων εντός των ομάδων υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό περιλαμβάνει τη δημιουργία ευκαιριών για ανοιχτή επικοινωνία, εποικοδομητική ανατροφοδότηση και κοινή λήψη αποφάσεων, καθώς και αναγνώριση και εκτίμηση της μοναδικής συνεισφοράς κάθε μέλους της ομάδας (Brown et al., 2020).

3. 5 Ο ρόλος της ηγεσίας στην διαχείριση συγκρούσεων

Η τακτική που ασκεί η ηγεσία κατά την διοίκηση ,καθώς και η προσωπικότητα του ηγέτη- υπεύθυνου ενός οργανισμού ή και των επιμέρους τμημάτων του , παίζει επίσης σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση στρατηγικών διαχείρισης συγκρούσεων εντός των ομάδων υγειονομικής περίθαλψης. Μέχρι σήμερα οι ηγέτες (προϊστάμενοι τμημάτων είτε διοικητές νοσοκομείων) είχαν περιορισμένες γνώσεις τόσο για την σωστή διοίκηση των μονάδων όσο και για την διαχείριση μιας σύγκρουσης, και συνήθως κρατούσαν μία ουδέτερη στάση γιατί πίστευαν ότι οι καταστάσεις αυτές δεν επηρέαζαν ιδιαίτερα την λειτουργία του οργανισμού.

Οι σύγχρονοι ηγέτες ,δηλαδή οι εργαζόμενοι με διοικητικά καθήκοντα ,εκτός από τις πιστοποιημένες γνώσεις που κατέχουν για την προώθηση της ανάπτυξης και της εξέλιξης ενός οργανισμού σύμφωνα με τις απαιτήσεις της εποχής, πρέπει να έχουν την ικανότητα της παρακίνησης των μελών του για την επίτευξη των προβλεπόμενων στόχων. Σε αυτό το πλαίσιο και με γνώμονα την εύρυθμη λειτουργία της υγειονομικής μονάδας, ο υπεύθυνος κάθε τμήματος πρέπει να είναι ικανός να διαχειρίζεται την επίλυση των συγκρούσεων που προκαλούνται είτε ενδοτμηματικά είτε μεταξύ του τμήματος που διοικεί και άλλων τμημάτων. Ένας ηγέτης που μπορεί να καλλιεργήσει την συνεργασία μεταξύ των μελών της ομάδας, υιοθετώντας με το παράδειγμά του ένα σύστημα αξιών είναι πολύ πιθανόν να μεταδώσει την ακεραιότητα , την συνέπεια και το συνεργαστικό κλίμα στους υφισταμένους του, προάγοντας τον επαγγελματισμό τους (Guttman,2004).

Η δυνατότητα λοιπόν του οργανισμού να πραγματοποιεί του στόχους του, να αυξάνει την παραγωγικότητά τους και γενικά να εξελίσσεται επιτυχώς είναι συνδεδεμένη με τον τρόπο που διοικεί το τμήμα ή σε μεγαλύτερη κλίμακα το νοσοκομείο ο εκάστοτε διευθυντής, προϊστάμενος ή manager. Ο τρόπος διοίκησης καθορίζει το ύφος και το πνεύμα που διέπει τον οργανισμό και μπορεί να οδηγήσει σε βελτίωση όλων των παραμέτρων για την επιτυχή πορεία του. (Μπουραντάς,2018)

Οι Hendel, Fish και Galon (2005) διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ του στυλ ηγεσίας και των στρατηγικών διαχείρισης συγκρούσεων μεταξύ των διευθυντών και των υφισταμένων και γενικά μεταξύ των συναδέλφων σε νοσοκομεία του Ισραήλ. Η μελέτη τους ανέδειξε ότι οι υπεύθυνοι με μετασχηματιστικές ηγετικές συμπεριφορές, που χαρακτηρίζονται από ενδυνάμωση, έμπνευση και υποστήριξη, είναι πιο πιθανό να

ενθαρρύνουν τις συνεργατικές προσεγγίσεις επίλυσης συγκρούσεων μεταξύ των μελών της ομάδας τους. Αντίθετα, οι ηγέτες με πιο αυταρχικό ή κατευθυντικό τύπο ηγεσίας μπορεί να προωθήσουν μια ανταγωνιστική ή βασισμένη στην αποφυγή προσέγγιση για την επίλυση συγκρούσεων, επιδεινώνοντας έτσι τις διαπροσωπικές εντάσεις και εμποδίζοντας την αποτελεσματική ομαδική εργασία.(Hendel et al.,2005)

Στο πλαίσιο αυτό, είναι κατανοητό ότι η ικανότητα του ηγέτη να επιλύει τις συγκρούσεις για να επιτυγχάνει την εύρυθμη λειτουργία του οργανισμού είναι απαραίτητη. Ο ρόλος όμως του προϊστάμενου δεν πρέπει να επικεντρωθεί στην εξάλειψη των συγκρούσεων με οποιοδήποτε κόστος., αλλά αντιθέτως να έχει την ικανότητα να διαχειριστεί σωστά την επίλυση τους, συμβάλλοντας θετικά στην εξέλιξη του οργανισμού και προωθώντας την συνεργασία των μελών του.

Αντίστοιχα λοιπόν με το στάδιο και το είδος της σύγκρουσης , ο υπεύθυνος πρέπει έχει την επαρκή κατάρτιση και την ικανότητα να κατανοήσει την σοβαρότητα της κατάστασης και να προβλέψει τις συνέπειες που θα επιφέρει στον οργανισμό , έτσι είτε να την αποτρέψει είτε να επιλέξει τον κατάλληλο τρόπο επίλυσης της υπό το πρίσμα της εύρυθμης λειτουργίας του οργανισμού (Ovretveit,1995; Skjørshammer & Hofoss, 1999).

Σε αυτό το πλαίσιο, οι μέθοδοι που καλείται να εφαρμόσει ο προϊστάμενος για την αποτροπή ή τον τερματισμό μιας σύγκρουσης που προκαλείται μεταξύ των μελών του ενός οργανισμού , σύμφωνα με τον Genç (2007), είναι οι εξής:

α) Αποφυγή και δέσμευση: κατά την οποία ο υπεύθυνος δεν έχει λάβει θέση θεωρώντας μη απαραίτητη την εμπλοκή του στην εμφάνιση της, πολλές φορές δίνοντας την δυνατότητα στους συναδέλφους να λήξουν μεταξύ τους μια παρεξήγηση ή διαφωνία. Αν και με τη μέθοδο αυτή δίνεται το περιθώριο να δοθεί μια συνεργατική λύση μεταξύ συναδέλφων , πολλές φορές δεν επιλύεται η σύγκρουση και η διαχείριση της έχει μόνο βραχυπρόθεσμα οφέλη

β) Κατάψυξη: Τονίζοντας την σημασία των κοινών στόχων των εργαζομένων και το αμοιβαίο όφελος από την ομαλή λειτουργία της ομάδας , γίνεται προσπάθεια από τον υπεύθυνο να παραβλέψουν τις διαφωνίες τους για να μπορέσουν να συνεργάζονται για την εκπλήρωση τόσο των προσωπικών τους στόχων , όσο και για την καλύτερη φροντίδα των ασθενών στην περίπτωση της εφαρμογής της μεθόδου αυτής στις υγειονομικές μονάδες

γ) Η προσέγγιση, για την επίλυση του προβλήματος, όπου ο υπεύθυνος αντιλαμβανόμενος ότι η διαφωνία μπορεί να προήλθε από μη σωστή επικοινωνία και λανθασμένες πληροφορίες , συστήνει στους εμπλεκόμενους να ενημερωθούν από έγκυρες πηγές , διασταυρώνοντας τις πληροφορίες τους ,έτσι ώστε να λυθεί η παρεξήγηση που πιθανόν δημιουργήθηκε

δ) Συντονισμός: Η μέθοδος αυτή κατά την οποία γίνεται προσπάθεια αποφόρτισης της διαμάχης με τη μεσολάβηση του προιστάμενου σε μια κοινά αποδεκτή, συμβιβαστική λύση, μπορεί να προσφέρει οφέλη και στους δύο εμπλεκόμενους και να μειώσει την ένταση της διαμάχης

ε) Χρήση δύναμης και εξουσίας: Χρησιμοποιώντας την εξουσία που του παρέχει η ιεραρχική του θέση , με τη δικαιοδοσία του ως προιστάμενος επιβάλλει τις απόψεις του για τον τερματισμό της διαμάχης .Ο τρόπος αυτός αν και δεν επιφέρει αρμονία στις σχέσεις αυτών που έχουν εμπλακεί στην σύγκρουση, ωστόσο δίνει την δυνατότητα να συνεχιστεί η ομαλή λειτουργία του οργανισμού και οι εργαζόμενοι να συνεχίσουν να εκπληρώνουν τα καθήκοντα τους στον εργασιακό χώρο

στ) Ορισμός στόχου: Τονίζοντας ο υπεύθυνος στις αντίθετες πλευρές τους κοινούς στόχους που πρέπει να έχουν σαν γνώμονα, οι εργαζόμενοι έρχονται σε συμφωνία ,ενώ παραμερίζουν τις προσωπικές τους διαφορές για το αμοιβαίο όφελος και την σωστή φροντίδα των ασθενών στο χώρο της Υγείας.

ζ) Παραχώρηση: Ο προιστάμενος προσπαθεί να ισορροπήσει την κατάσταση χωρίς να επικρατήσει κανένα από τα δύο αντιμαχόμενα μέρη , παρακινώντας για αμοιβαίες υποχωρήσεις για την επίτευξη συμφωνίας

η) Αλλαγή προσώπων: Για την αντιμετώπιση μιας σύγκρουσης ,την αποφυγή κλιμάκωσης της, ή ακόμα και την πρόληψη της ο υπεύθυνος προτείνει την αλλαγή τμήματος του ενός εκ των δύο εμπλεκομένων, εάν αυτός μπορεί να αντικατασταθεί με άλλον, διασφαλίζοντας την εύρυθμη λειτουργία του τμήματος, μια τεχνική που εφαρμόζεται ευρέως όταν αυτό είναι εφικτό , σε καταστάσεις που διαρκούν αρκετό διάστημα και οι εργαζόμενοι έχουν βγει εκτός ελέγχου , γεγονός που τους εμποδίζει να είναι αποδοτικοί

θ) Αλλαγή των οργανωτικών σχέσεων: Κάποιες φορές οι αλλαγές στην ιεραρχία και η ανάθεση καινούργιων αρμοδιοτήτων των εργαζομένων σε έναν οργανισμό, , μπορεί να εξομαλύνει τις εντάσεις που έχουν δημιουργηθεί .

ι) Τιμωρία -κυρώσεις: υπάρχουν και οι περιπτώσεις κατά τις οποίες οι διαμάχες των εργαζομένων μπορεί να είναι επιζήμιες για τον οργανισμό και τότε επιβάλλονται στους υπευθύνους κυρώσεις , όπως την παρουσία τους σε ΕΔΕ(ένορκη διοικητική εξέταση) , όπου καλούνται σε απολογία ώστε να δοθεί μια λύση και να τερματιστεί η κατάσταση που έχει δημιουργηθεί. Πριν την τελική αυτή δυσάρεστη έκβαση πρέπει να υπάρχει η δυνατότητα παρουσίας διαμεσολαβητή κοινά αποδεκτού , όπως έχει προαναφερθεί, για τη επίτευξη μιας πιθανόν αποδεκτής συμφωνίας και από τα δύο εμπλεκόμενα μέλη

ιβ) Συνεργασία: Για να εφαρμοστεί η τακτική της ενδεχόμενης συνεργασίας μεταξύ των εμπλεκομένων απαιτείται η πρόθεση τους για αναζήτηση λύσεων, ανταλλάσσοντας απόψεις και προτάσεις για την επίλυση της σύγκρουσης , επιδιώκοντας το κοινό τους συμφέρον και στην περίπτωση των υγειονομικών μονάδων πάντα με γνώμονα την καλύτερη φροντίδα των ασθενών Το ζητούμενο αποτέλεσμα στην περίπτωση αυτή είναι η αίσθηση ότι και οι δύο πλευρές ωφελούνται και οι αρχικές αιτίες της διαμάχης τους τελικά ενίσχυσαν την συνεργασία τους και κατ επέκταση ωφέλησαν οργανωτικά και ουσιαστικά τον οργανισμό

3.6 Επιμόρφωση των επαγγελματιών σε θέματα διοίκησης μονάδων υγείας– Ο ρόλος του μοντέλου διοίκησης ολικής ποιότητας

Καθώς η οικονομική κρίση έχει σοβαρές επιπτώσεις και στον τομέα της Υγείας ,λόγω της μείωσης του κρατικού προϋπολογισμού για την χρηματοδότηση του συστήματος υγείας , είναι αντιληπτή η επιβάρυνση στην λειτουργία των νοσοκομείων, τόσο από έλλειψη υποδομών όσο και από έλλειψη ανθρώπινου δυναμικού με τελικό αντίκτυπο στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Στον ελλαδικό χώρο , η διοίκηση του νοσοκομείου εκτός από τα σημαντικά οικονομικά ελλείματα , έχει να αντιμετωπίσει και την παθογένεια του συστήματος υγείας με την συγκέντρωση των υπηρεσιών υγείας στα μεγάλα αστικά κέντρα και την υποστελέχωση , γεγονός που οδηγεί σε εργασιακή εξουθένωση λόγω του δυσανάλογου φόρτου εργασίας που επωμίζεται το προσωπικό. (Κυριόπουλος & Τσιάντου, 2010).

Αναλυτικότερα , η διοίκηση των νοσοκομείων και γενικά οι οργανισμοί παροχής υγείας έχουν να αντιμετωπίσουν τις απαιτήσεις της σύγχρονης εποχής : (Makary & Daniel, 2016; Nolte & Knai, 2015; WHO, WORLD BANK, & OECD, 2018)

-Περιορισμένη χρηματοδότηση και πόρους

- Ελλείψεις προσωπικού κυρίως ιατρών και νοσηλευτών
- Αλματώδη ανάπτυξη της τεχνολογίας
- Επιτακτική ανάγκη εφαρμογής της πληροφορικής
- Η προσπάθεια ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας φροντίδας με σκοπό την αποσυμφόρηση και των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων

Ως εκ τούτου, εκτός από την επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας στις εξελίξεις του τομέα τους που είναι κεφαλαιώδους σημασίας στην σύγχρονη εποχή της ραγδαία αυξανόμενης επιστημονικής γνώσης , εξίσου σημαντική είναι και η επιμόρφωσή τους όσον αφορά την οργάνωση και διοίκηση των μονάδων υγείας, καθώς έτσι δίνονται εφόδια για την διαχείριση πολλών καταστάσεων με τις οποίες έρχονται σε επαφή στην εργασιακή τους καθημερινότητα. Στο πλαίσιο αυτό, είναι σημαντική και η επιμόρφωση πάνω στο μοντέλο διοίκησης ολικής ποιότητας (*total quality management care*) -σκοπός του οποίου είναι η εφαρμογή ενός ασθενοκεντρικού τρόπου οργάνωσης των μονάδων υγείας, καθώς και η αναγνώριση της επιμέρους συνεισφοράς και της ευθύνης κάθε μεμονωμένου επαγγελματία υγείας. (McLaughlin&Kaluzny, 1990; Stuart, 1994;Alzoubi et al, 2019).

Για να είναι εφαρμόσιμο ένα τέτοιο μοντέλο σύμφωνα με τις βασικές αρχές της διοίκησης επιχειρήσεων, θα πρέπει να περιλαμβάνει ένα τεκμηριωμένο σύστημα διαχείρισης ποιότητας ,τις απαραίτητες τεχνικές και εργαλεία αξιολόγησης , καθώς και κατάλληλα καταρτισμένο και εξειδικευμένο προσωπικό Σε ένα τέτοιο μοντέλο διοίκησης, οι επαγγελματίες υγείας συνεισφέρουν εξίσου ,ανάλογα με τις δυνατότητες και την κλινική εμπειρία του καθενός ,στα πλαίσια ενός ασθενοκεντρικά προσανατολισμένου τρόπου οργάνωσης και λειτουργίας του τμήματος- κλινικής. Στο πλαίσιο αυτό, όλοι οι επαγγελματίες υγείας διατηρούν την επιμέρους ευθύνη που τούς αναλογεί, για τη διοικητική οργάνωση και αποτελεσματικότητα της υγειονομικής μονάδας, μεριμνώντας παράλληλα για την μέγιστη απόδοση της διεπαγγελματικής συνεργασίας και την παροχή της μέγιστης ποιότητας υπηρεσιών υγείας. Το TQM ενισχύει το ασθενοκεντρικό μοντέλο καθώς οι επαγγελματίες υγείας μαθαίνουν να ενσωματώνουν τις σκέψεις και ανησυχίες των ασθενών στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων ,καθώς η ιεράρχηση της φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή έχει φανεί ότι βελτιώνει τα αποτελέσματα στην υγεία τους (Mills and Rorty, 2002). Έτσι το TQM παρέχει μια δομημένη προσέγγιση για τον εντοπισμό περιοχών προς βελτίωση, τον

καθορισμό στόχων και την εφαρμογή ορθών πρακτικών στην αντιμετώπιση τόσο κλινικών όσο και οργανωτικών προβλημάτων (Talib, Rahman & Azam, 2011)

Τα οφέλη λοιπόν για τους επαγγελματίες υγείας από την ενσωμάτωση των αρχών του μοντέλου διαχείρισης ολικής ποιότητας είναι η ανάπτυξη δεξιοτήτων ανάλυσης και εντοπισμού των αιτιών των προβλημάτων, καθώς και εφαρμογής στρατηγικών για βελτίωση, μέσα από την καλλιέργεια μια νοοτροπίας συνεχούς μάθησης με στόχο την προσαρμογή στις ραγδαίως εξελισσόμενες απαιτήσεις της υγειονομικής περίθαλψης (Talib, Rahman, & Azam, 2011) Στο πλαίσιο αυτό, είναι προφανές ότι κατά την εφαρμογή του TGM, η διαχείριση συγκρούσεων κρίνεται απαραίτητη για την ομαλή λειτουργία των νοσοκομειακών μονάδων με την ενεργό συμμετοχή των υπευθύνων στην επίλυσή της. Μέσω της συνεργασίας, της αποτελεσματικής επικοινωνίας και των ουσιαστικών πρωτοβουλιών για βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, οι εργαζόμενοι αναπτύσσουν μια κουλτούρα υπευθυνότητας άλλα και καινοτομίας, γεγονός που καθορίζει και την επιτακτική ανάγκη της έγκαιρης αντιμετώπισης των συγκρούσεων (Rabih, 1998).

Συμπερασματικά, η εκπαίδευση επαγγελματιών πάνω στο μοντέλο διαχείρισης ολικής ποιότητας και η κατάρτιση τους με γνώσεις για την διοίκηση των μονάδων υγείας συμπεριλαμβανομένων και των δεξιοτήτων για την επίλυση συγκρούσεων, έχει σημαντικά οφέλη τόσο για τους ασθενείς, όσο και για τους εργαζόμενους, καθώς ενισχύεται η οργανωτική αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα. Το TQM παρέχει μια δομημένη προσέγγιση στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης για τον εντοπισμό σημείων προς βελτίωση, τον καθορισμό μετρήσιμων στόχων και την εφαρμογή πρακτικών που βασίζονται σε στοιχεία μελετών (Talib, Rahman, & Azam, 2011) συνεισφέροντας στις σύγχρονα οργανωμένες δομές παροχής υπηρεσιών υγείας και βοηθάει ουσιαστικά στην επίλυση προβλημάτων διεπαγγελματικής επικοινωνίας και δημιουργώντας προοπτικές υγιούς συνεργασίας με συνέπεια και επαγγελματισμό που εξελίσσεται δυναμικά σε βάθος χρόνου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο - ΕΡΕΥΝΕΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΔΙΕΞΑΧΘΕΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΛΥΣΗ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ-ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Πολλές μελέτες έχουν ασχοληθεί με την προσέγγιση των αιτιών που προκαλούν διενέξεις μεταξύ των επαγγελματιών υγείας , με αρνητικά αποτελέσματα τόσο στην προσωπική τους ευημερία όσο και στην εξέλιξη του οργανισμού που εργάζονται, καθώς οι συγκρούσεις επηρεάζουν και την αποδοτικότητα τους. Μια έρευνα που έχει διεξαχθεί στην Πορτογαλία ανέδειξε ότι οι εργαζόμενοι στα νοσοκομεία έχουν συχνή εμπλοκή σε συγκρούσεις στα νοσηλευτικά ιδρύματα (Da Silva et al.,2019)

Επίσης η ιεραρχική δομή στον χώρο της υγείας και η μη αποτελεσματική επικοινωνία δυσχεραίνει την ομαλή λειτουργία των μονάδων υγείας και δημιουργεί αρνητικό κλίμα, όπου εύκολα μπορούν να αναπτυχθούν συγκρούσεις σε άτομα της ίδιας ομάδας ή μεταξύ εργαζομένων διαφορετικών αρμοδιοτήτων(Liou,Chen & Tsai,2013)

Επιπλέον από έρευνες που έχουν γίνει και στον ελλαδικό χώρο ,επιβεβαιώνεται η συχνή δημιουργία συγκρούσεων μεταξύ διαφορετικών επιστημονικών κλάδων , καθώς και των εργαζομένων της ίδιας ομάδας. Στη μελέτη αυτή φαίνεται και ότι τα οργανωτικά προβλήματα και η λήψη αντικρουόμενων οδηγιών από περισσότερους του ενός προϊσταμένους είναι από τους σημαντικότερα προβλήματα που ενοχοποιούνται για την δημιουργία συγκρούσεων (Kaitelidou et al.,2012) .Μια άλλη έρευνα κοόρτης που διεξήχθη σε ψυχιατρικές κλινικές , έδειξε ότι η απουσία συγκεκριμένου καθηκοντολογίου δημιουργεί άγχος και διενέξεις μεταξύ των εργαζομένων (Konstantinou et al.,2012). Η σύγκρουση ρόλων και ο μη σαφής διαχωρισμός της δικαιοδοσίας μεταξύ των εργαζομένων φαίνεται ότι είναι οι κύριες αιτίες της συναισθηματικής εξάντλησης τους.(Konstantinou et al.,2018). Άλλη έρευνα που έλαβε χώρα στον νομό Θεσσαλονίκης , ενοχοποιεί ιδιαίτερα την έλλειψη οργάνωσης στον χώρο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας για τις συγκρούσεις μεταξύ ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού (Κεραμιδά,2016)

Στο πλαίσιο αυτό ,ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση των αιτιών που προκαλούν συγκρούσεις στον χώρο των νοσοκομείων , καθώς και η καταγραφή των πιθανών τρόπων που προτείνονται από τους εργαζόμενους για την

επίλυση τους. Η έρευνα είναι συγχρονική και για την διεξαγωγή συλλογής των δεδομένων της χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο των Tengilimoglu & Kisa (2005) και έγινε καταχώρηση των δεδομένων σε φύλλα του SPSS. Συμμετείχαν 104 επαγγελματίες κυρίως από νοσοκομεία της Αττικής.

Τα κύρια ερευνητικά ερωτήματα που διαμορφώθηκαν είναι :

- A) Οι προτάσεις για την επίλυση της σύγκρουσης στο χώρο των μονάδων Π.Φ.Υ / νοσοκομείου διαφέρουν αναφορικά με το μηνιαίο εισόδημα των επαγγελματιών υγείας;
- B) Οι παράγοντες που προκαλούν συγκρούσεις διαφέρουν αναφορικά με το χώρο εργασίας των επαγγελματιών υγείας;
- Γ) Ο βαθμός συμφωνίας ανάμεσα στα προσδοκίες επαγγελματιών υγείας και οργανισμού υγείας συσχετίζεται με τον βαθμό ικανοποίησης των επαγγελματιών;

Β' ΜΕΡΟΣ-ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Κεφάλαιο 5^ο: Μεθοδολογία

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζονται ο ερευνητικός σχεδιασμός, στοιχεία για τον πληθυσμό και το δείγμα, η μέθοδος δειγματοληψίας, το ερευνητικό εργαλείο, ηθικά ζητήματα και οι περιορισμοί.

5.1 Ερευνητικός σχεδιασμός

Για να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα, τα οποία διερευνούσαν την αποτύπωση των διεπιστημονικών συνεργασιών μεταξύ επαγγελματιών υγείας σε νοσοκομειακό πλαίσιο και η διερεύνηση των παραγόντων και των προτάσεων διαχείρισης συγκρούσεων, θεωρήθηκε ότι το πιο κατάλληλο είδος έρευνας ήταν η έρευνα επισκόπησης, η οποία χρησιμοποιείται συχνά, ειδικά όταν στόχος του ερευνητή είναι η συγκέντρωση απόψεων γύρω από ένα θέμα (Mitchell&Jolley, 2007). Επομένως, θεωρήθηκε ότι η έρευνα έπρεπε να σχεδιαστεί με βάση αυτή τη στρατηγική ούτως ώστε να συγκεντρωθούν επαρκή δεδομένα γύρω από το θέμα της αποτύπωσης των διεπιστημονικών συνεργασιών μεταξύ επαγγελματιών υγείας σε νοσοκομειακό πλαίσιο και η διερεύνηση των παραγόντων και των προτάσεων διαχείρισης συγκρούσεων. Παράλληλα, προτιμήθηκε να διεξαχθεί έρευνα επισκόπησης, αφού πρόκειται για μια ερευνητική μέθοδο που χαρακτηρίζεται από ευχρηστία και ευκολία συλλογής όγκου ερευνητικών δεδομένων, συνήθως αριθμητικών, σε μικρό χρονικό διάστημα, σε αντίθεση με την ποιοτική έρευνα η οποία είναι περισσότερο χρονοβόρα και πιο περίπλοκη στη διεξαγωγή της. Επιπρόσθετα, η έρευνα επισκόπησης συνδέεται με την εξαγωγή περιγραφικών και επαγωγικών αποτελεσμάτων, τα οποία μπορούν να δώσουν χρήσιμες πληροφορίες για τις στάσεις και τις απόψεις ενός συγκεκριμένου πληθυσμού (Bryman, 2008). Τέλος, για σκοπούς χρονικών περιορισμών, αποφασίστηκε η έρευνα να είναι συγχρονική (cross-sectional), δηλαδή να διεξαχθεί σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή, χωρίς επαναμέτρηση όπως γίνεται στις διαχρονικές μελέτες (Creswell, 2011).

5.2. Ερευνητικό εργαλείο

Για να καταστεί δυνατή την αποτύπωση των διεπιστημονικών συνεργασιών μεταξύ επαγγελματιών υγείας σε νοσοκομειακό πλαίσιο και η διερεύνηση των παραγόντων και

των προτάσεων διαχείρισης συγκρούσεων, έπρεπε να συγκεντρωθούν αρκετά δεδομένα σε εύρος με ένα ερωτηματολόγιο. Στα πλαίσια αυτά αποφασίστηκε το ερωτηματολόγιο να αποτελεί το κύριο ερευνητικό εργαλείο που θα χρησιμοποιείτο στην έρευνα και ήταν το ερωτηματολόγιο των των Tengilimoglu και Kisa (Tengilimoglu&Kisa, 2005). Η μετάφραση του στην ελληνική γλώσσα έγινε σύμφωνα με καθορισμένα πρότυπα και κατευθυντήριες οδηγίες (Medical Outcome Trust Bulletin 199 Gandek 1998 MAPI Research Institute 2002 ,Beaton et al,2002)) από τους Ρούσου Έλενα και Παυλάκη Ανδρέα . Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας του εργαλείου , έγινε επιβεβαίωση της σταθερότητας του μέσω της διαδικασίας ""δοκιμασίας -επαναδοκιμασίας ""τον Οκτώβριο του 2009 στο Γενικό νοσοκομείο Λεμεσού . Για το μέρος που αναφέρεται το οποίο αναφέρεται στους οργανωτικούς παράγοντες η συσχέτιση ήταν $r = 0,7$

Το ερωτηματολόγιο αποτελεί το πιο συνηθισμένο ερευνητικό εργαλείο για τις έρευνες επισκόπησης, αφού συνάδει με τους σκοπούς που εξυπηρετούν, όντας εύχρηστο και εύκολο στη διανομή και συγκέντρωσή του, ενώ επίσης επιτρέπει να μαζευτούν πολλά δεδομένα γρήγορα που αναλύονται χωρίς ιδιαίτερη δυσκολία (Robson&McCartan, 2015· Creswell, 2011).

Για να επιτευχθεί ακρίβεια στη συλλογή των δεδομένων και να βελτιωθεί ο δείκτης ανταποκρισιμότητας, καθώς και η εγκυρότητα και αξιοπιστία, δόθηκε ιδιαίτερη προσοχή ούτως ώστε το ερωτηματολόγιο να μπορεί να συμπληρωθεί εύκολα και γρήγορα από τους ερωτώμενους, να είναι ενδιαφέρον για τους ερωτώμενους, να τους ενθαρρύνει να απαντήσουν, να προάγει την ειλικρίνεια και να είναι σύμφωνο με την ηθική δεοντολογία (Creswell, 2011).

Στο πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου ζητούνταν πληροφορίες για τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, δηλαδή το φύλο, την ηλικία, το ανώτερο επίπεδο μόρφωσης κ.α. (βλέπε Παράρτημα)

Στο δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου διερευνούνταν οι οργανωτικοί παράγοντες που προκαλούν συγκρούσεις και αποτελείται από 17 δηλώσεις. Οι απαντήσεις δίνονταν σε κλίμακα τύπου Likert, με διαβάθμιση από το 1-5, όπου 1=καθόλου, 2=λίγο, 3=μέτρια, 3=πολύ, 5=πάρα πολύ.

Το τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου διερευνά τους παράγοντες που προκαλούν συγκρούσεις και αποτελείται από 6 δηλώσεις. Οι απαντήσεις δίνονταν σε κλίμακα τύπου Likert, με διαβάθμιση από το 1-5, όπου 1=καθόλου, 2=λίγο, 3=μέτρια, 4=πολύ, 5=πάρα πολύ.

Τέλος, στο τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου, διερευνώνται οι προτάσεις για την επίλυση της σύγκρουσης στο χώρο των μονάδων Π.Φ.Υ / νοσοκομείου και αποτελείται από 11 δηλώσεις. Οι απαντήσεις δίνονταν σε κλίμακα τύπου Likert, με διαβάθμιση από το 1-5, όπου 1=καθόλου, 2=λίγο, 3=μέτρια, 4=πολύ, 5=πάρα πολύ. Το τελικό ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο παράρτημα Α.

5.3. Πληθυσμός – Δείγμα

Τον πληθυσμό της έρευνας αποτέλεσαν οι επαγγελματίες υγείας της Αττικής. Δεδομένου ότι δεν υπάρχει κάποιος κατάλογος όπου να αναγράφονται οι επαγγελματίες υγείας και να είναι διαθέσιμος στο ευρύ κοινό, το δείγμα επιλέχθηκε με συνδυασμό βολικής δειγματοληψίας και δειγματοληψίας χιονοστιβάδας (Creswell, 2011). Αν και η βολική δειγματοληψία δεν γίνεται με τυχαίο τρόπο και επομένως δεν επιτρέπει γενικευσιμότητα, από την άλλη όμως θεωρείται κατάλληλη μέθοδος όταν υπάρχουν χρονικοί περιορισμοί. Παράλληλα, η δειγματοληψία χιονοστιβάδας θεωρείται επίσης χρήσιμη διότι επιλέγονται άτομα με προκαθορισμένα χαρακτηριστικά και έπειτα αυτά τα άτομα χρησιμοποιούνται ως πληροφοριοδότες και προτείνουν στον ερευνητή άλλα άτομα για να συμμετέχουν στην έρευνα. Με τη δειγματοληψία χιονοστιβάδας λοιπόν γίνεται δυνατή η ανεύρεση δείγματος μέσα από την παραπομπή από συμμετέχοντες σε άτομα που θα μπορούσαν να συμμετάσχουν στην έρευνα, οι οποίοι με τη σειρά τους συστήνουν άλλα άτομα και ούτω καθεξής, όπως έγινε στην προκειμένη περίπτωση (Coolican, 2004).

Έτσι, παρά τις αδυναμίες των δύο τρόπων δειγματοληψίας που χρησιμοποιήθηκαν, δηλαδή ευκαιριακή δειγματοληψία και δειγματοληψία χιονοστιβάδας, δεδομένου ότι στόχος της παρούσας έρευνας δεν ήταν η γενικευσιμότητα αλλά η διερεύνηση των παραγόντων και προτάσεων της διαχείρισης συγκρούσεων, προτιμήθηκαν αυτές οι δειγματοληπτικές μέθοδοι (Robson&McCartan, 2015). Επιπρόσθετα οι συγκεκριμένες μέθοδοι έχουν το πλεονέκτημα ότι μπορούν να εφαρμοστούν γρήγορα και χωρίς κάποιο κόστος.

Συνολικά στη μελέτη συμμετείχαν 104 επαγγελματίες υγείας οι οποίοι συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια ηλεκτρονικά μέσω της Google Forms

5.4. Συλλογή και ανάλυση δεδομένων

Αφού αποφασίστηκε ότι τα δεδομένα έπρεπε να συλλεχθούν μέσα από μια έρευνα επισκόπησης ούτως ώστε να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα, επιλέχθηκε ως καταλληλότερο εργαλείο το ερωτηματολόγιο, όπως εξηγήθηκε προηγουμένως. Η ερευνήτρια ενημέρωσε τους ερωτώμενους και αφού τους εξηγούσε το σκοπό της έρευνας και τους διαβεβαίωνε για την ανωνυμία και την εμπιστευτικότητα, τους έδινε το ερωτηματολόγιο, με την παράκληση να το συμπληρώσουν.

Δεδομένου ότι η συμμετοχή στην έρευνα ήταν εθελοντική, οι ερωτώμενοι είχαν το δικαίωμα να μην συμμετάσχουν αν δεν το επιθυμούσαν. Τα ερωτηματολόγια ήταν ατομικά και απαντήθηκαν το χρονικό διάστημα από 31/3 /2024 έως 30/4 /2024

5.5 Στατιστική ανάλυση

Τα δεδομένα από τα ερωτηματολόγια καταχωρήθηκαν σε φύλλα του SPSS για να γίνουν οι απαραίτητες στατιστικές αναλύσεις περιγραφικής και επαγωγικής στατιστικής, με μέτρα κεντρικής τάσης και στατιστικά κριτήρια για συσχετίσεις και διαφορές. Συγκεκριμένα επειδή οι μεταβλητές ακολουθούσαν την κανονική κατανομή πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος ANOVA και Pearson . Τα αποτελέσματα από τις αναλύσεις των δεδομένων παρουσιάζονται στο επόμενο κεφάλαιο.

5.6 Δεοντολογία

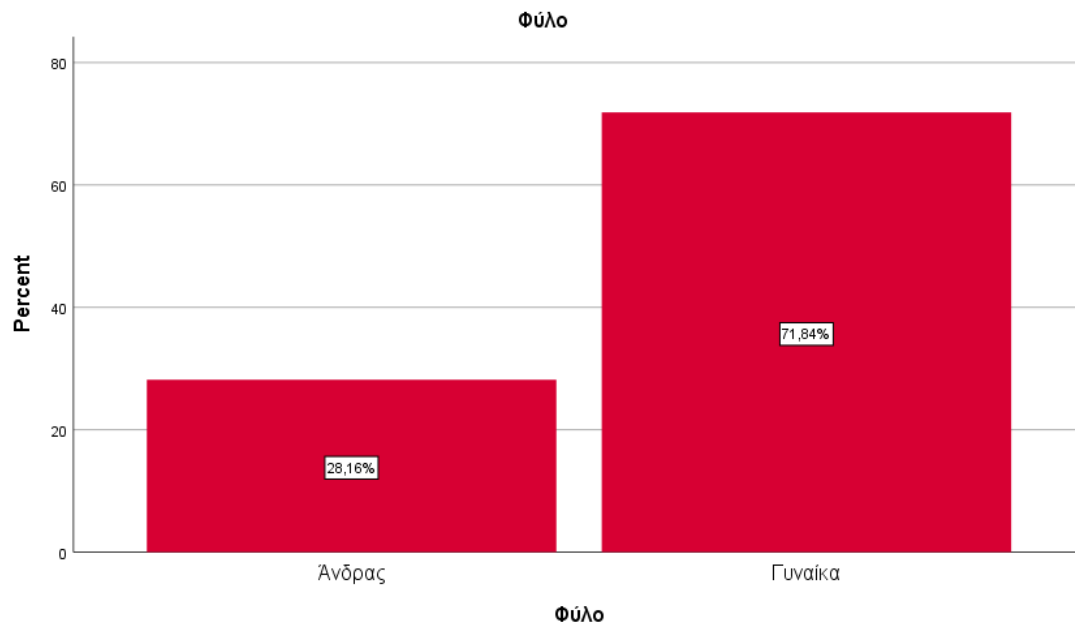
Καθ'όλη τη διαδικασία της έρευνας λήφθηκε μέριμνα να τηρηθεί η ερευνητική δεοντολογία. Συγκεκριμένα τηρήθηκαν τα ακόλουθα (Robson&McCartan, 2015):

- Πληροφορημένη συναίνεση.
- Ανωνυμία και εμπιστευτικότητα.
- Δικαίωμα μη συμμετοχής στην έρευνα χωρίς καμία επίπτωση.
- Ειλικρίνεια και διαφάνεια κατά τη διαδικασία και την παρουσίαση των αποτελεσμάτων.

Κεφάλαιο 6ο: Αποτελέσματα

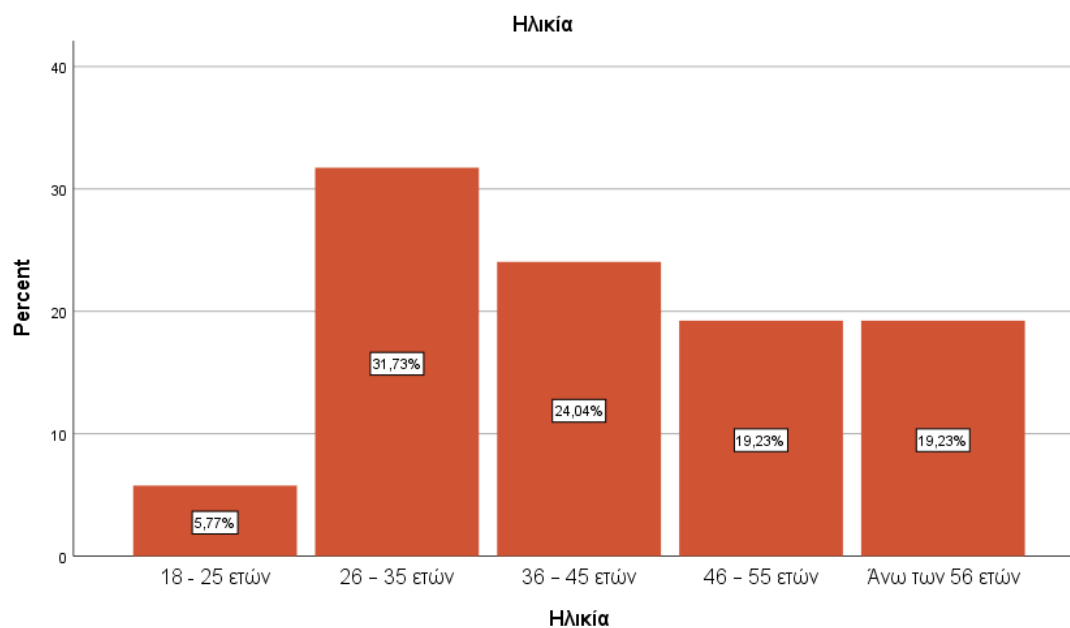
6.1. Δημογραφικά Στοιχεία

Στην συγκεκριμένη έρευνα συμμετείχαν 104 επαγγελματίες υγείας, όπου οι περισσότερες ήταν γυναίκες (N=74, 71.8%) και το 28.2% αυτών ήταν άνδρες.



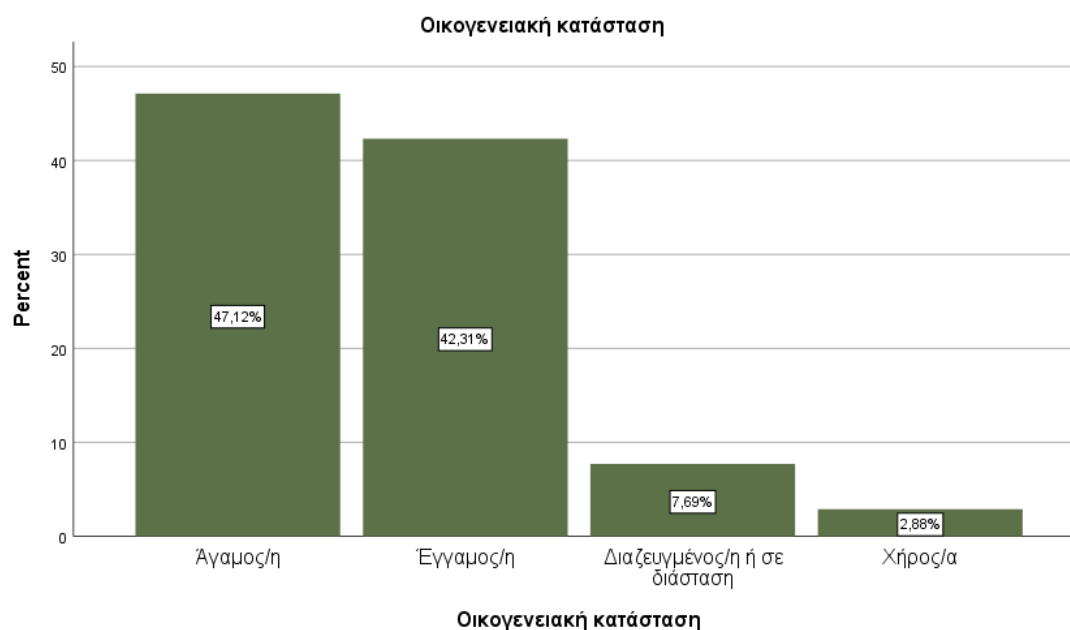
Διάγραμμα 1: Φύλο

Από το διάγραμμα 2 προκύπτει ότι οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας είχαν ηλικία από 26 – 35 ετών (N=33, 31.7%). Το 24% των συμμετεχόντων είχαν ηλικία από 36 – 45 ετών, το 19.2% αυτών είχαν ηλικία είτε 46 – 55 ετών, είτε πάνω από 56 ετών και το 5.8% αυτών είχαν ηλικία από 18 – 25 ετών.



Διάγραμμα 2: Ηλικία

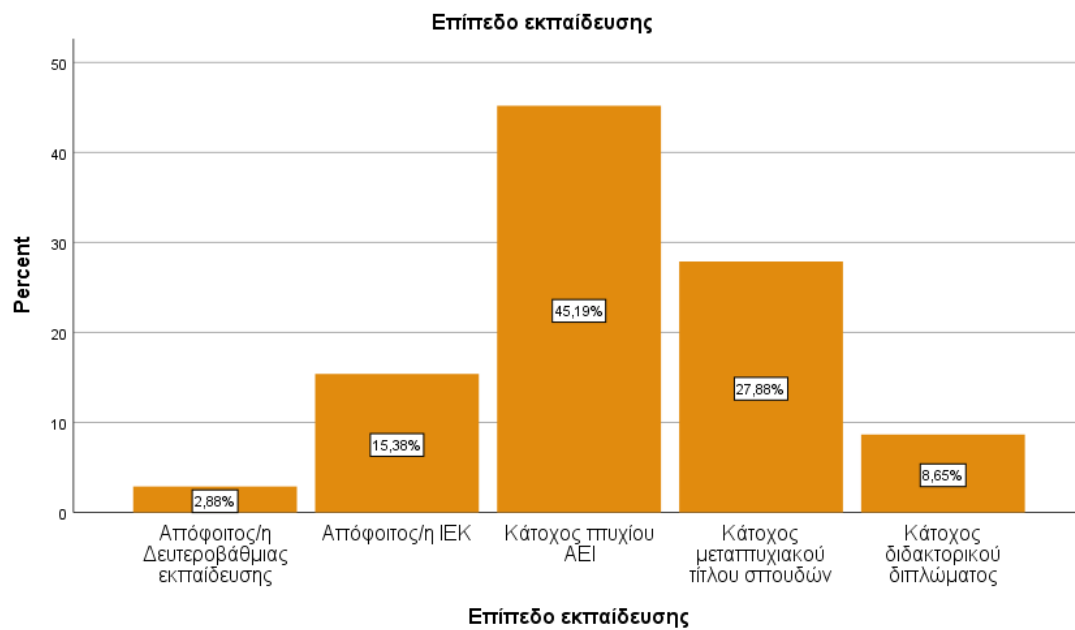
Στο διάγραμμα 3 παρουσιάζεται ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν άγαμοι (N=49, 47.1%). Το 42.3% των συμμετεχόντων ήταν έγγαμοι, το 7.7% αυτών ήταν διαζευγμένοι ή σε διάσταση και το 2.9% αυτών ήταν χήροι.



Διάγραμμα 3: Οικογενειακή κατάσταση

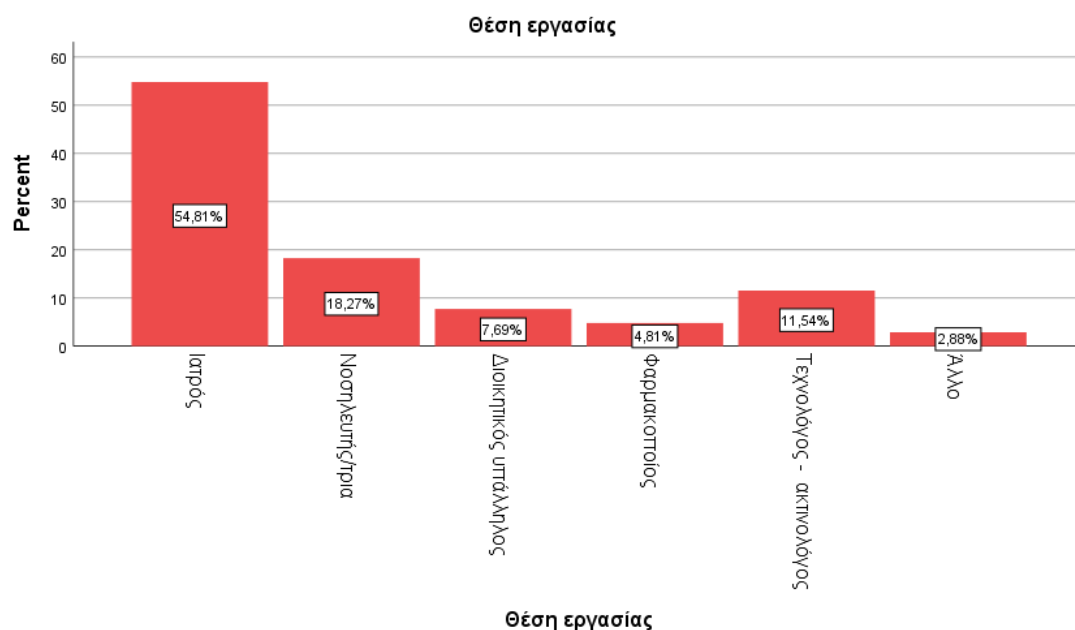
Στο διάγραμμα 4 οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας ήταν κάτοχοι πτυχίου ΑΕΙ (N=47, 45.2%). Το 27.9% των επαγγελματιών υγείας ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών, το 15.4% ήταν απόφοιτοι ΙΕΚ, το 8.7% αυτών ήταν κάτοχοι

διδακτορικού διπλώματος και το 2.9% αυτών ήταν απόφοιτοι Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.



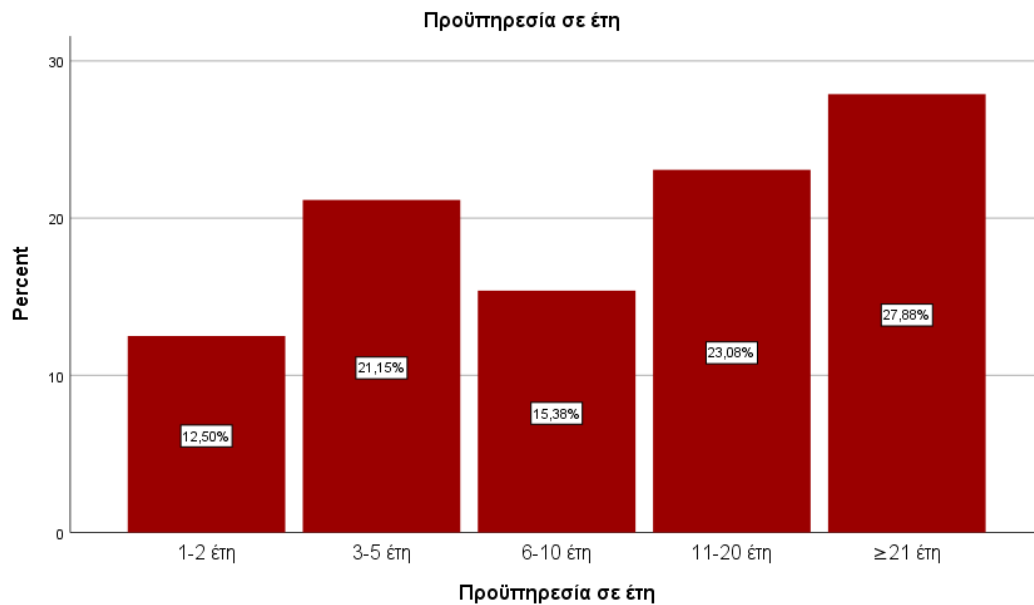
Διάγραμμα 4: Επίπεδο εκπαίδευσης

Ακόμα από το διάγραμμα 5 προκύπτει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν γιατροί (N=57, 54.8%). Το 18.3% των επαγγελματιών υγείας ήταν νοσηλεύτριες, το 11.5% αυτών ήταν τεχνολόγοι/ακτινολόγοι, το 7.7% αυτών ήταν διοικητικοί υπάλληλοι, το 4.8% αυτών ήταν φαρμακοποιοί και το 2.9% αυτών είχαν άλλη θέση εργασίας.



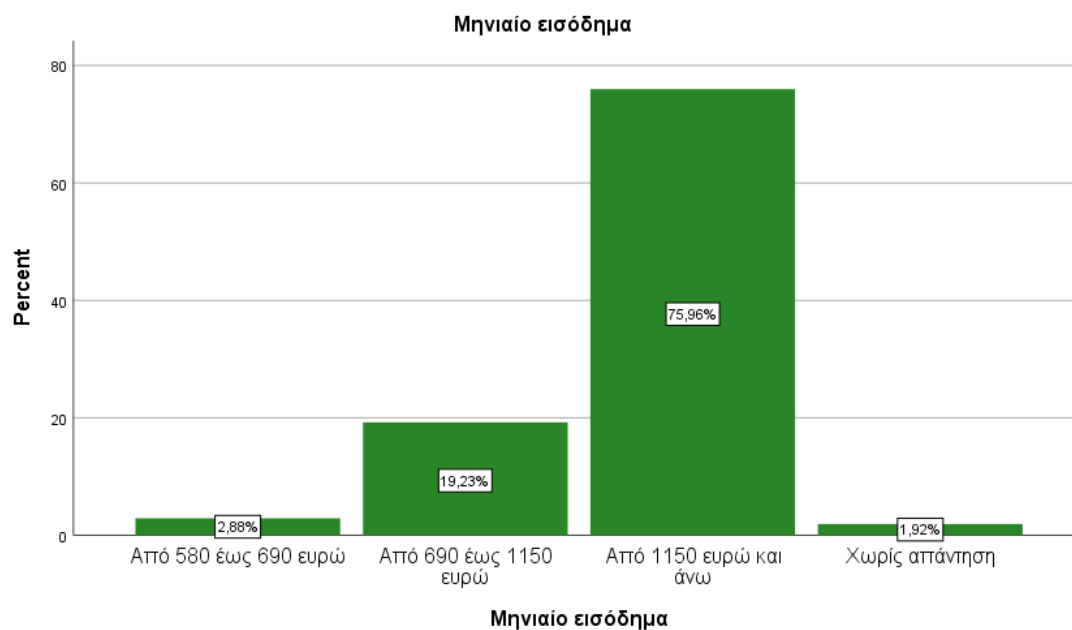
Διάγραμμα 5: Θέση εργασίας

Από το διάγραμμα 6 παρουσιάζει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες είχαν πάνω από 21 έτη προϋπηρεσία (N=29, 27.9%). Το 23.1% των συμμετεχόντων είχαν από 11 – 20 έτη προϋπηρεσίας, το 21.2% αυτών είχαν από 3 – 5 έτη προϋπηρεσίας, το 15.4% αυτών είχαν από 6 – 10 έτη προϋπηρεσίας και το 12.5% αυτών είχαν από 1 -2 έτη προϋπηρεσίας.



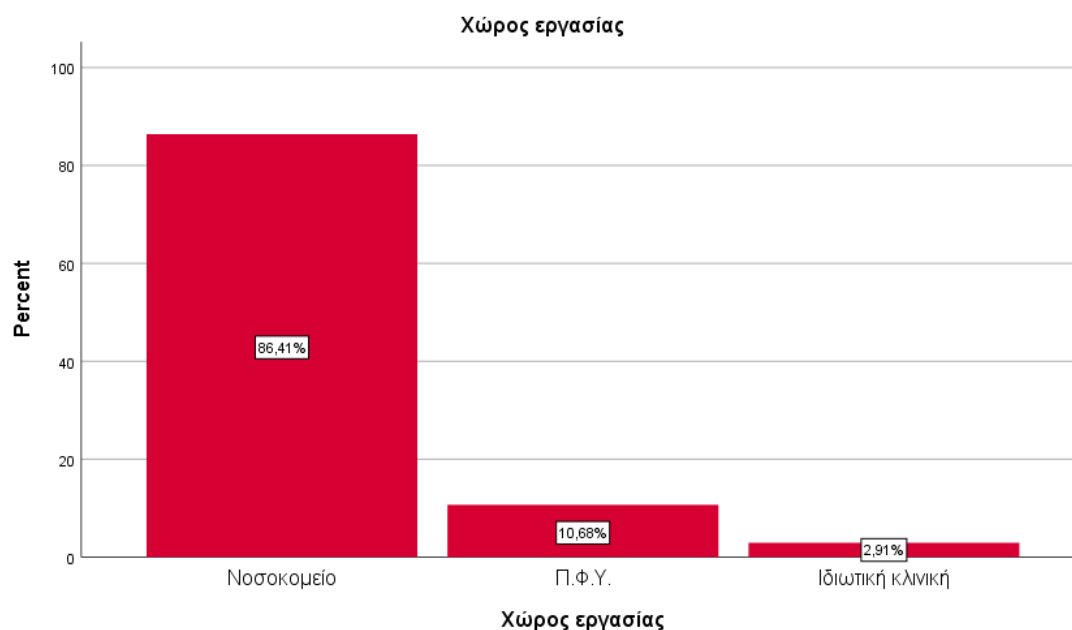
Διάγραμμα 6: Προϋπηρεσία σε έτη

Στο διάγραμμα 7 παρουσιάζεται ότι οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας είχαν μηνιαίο εισόδημα από 1150 και πάνω (N=79, 76%). Το 19.2% των συμμετεχόντων είχαν μηνιαίο εισόδημα από 690 – 1150 ευρώ, το 2.9% αυτών είχαν μηνιαίο εισόδημα από 580 – 690 ευρώ και το 1.9% αυτών δεν απάντησαν.



Διάγραμμα 7: Μηνιαίο εισόδημα

Ακόλουθα οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας που έλαβαν μέρος στην έρευνα εργάζονταν σε νοσοκομείο (N=89, 86.4%). Το 10.7% αυτών εργάζονταν σε Π.Φ.Υ. και το 2.9% αυτών εργάζονταν σε ιδιωτική κλινική.



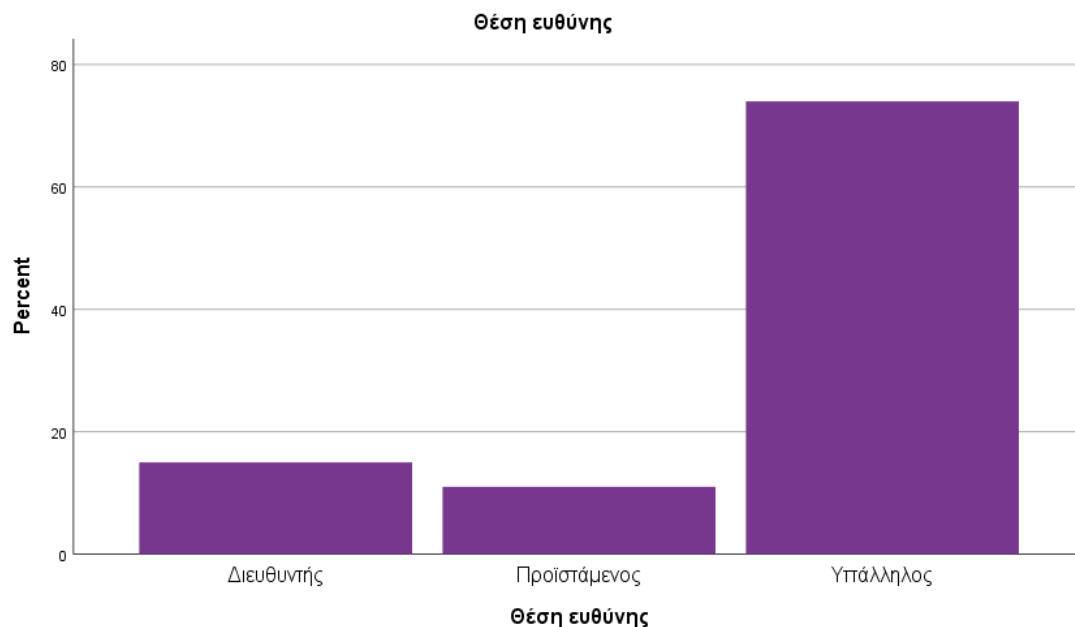
Διάγραμμα 8: Χώρος εργασία

Από τον πίνακα 1 προκύπτει ότι οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας εργάζονται στο ακτινολογικό τμήμα (N=27, 25.96%). Το 14.42% αυτών εργάζονται σε παθολογική κλινική και το 8.65% αυτών εργάζονται στο κέντρο υγείας ή στο χειρουργικό τμήμα.

Πίνακας 1: Τμήμα εργασίας

	Συχνότητα	Ποσοστό
Ακτινολογικό	27	25.96%
Παθολογική κλινική	15	14.42%
Κέντρο υγείας	9	8.65%
Χειρουργικό	9	8.65%
ΤΕΠ	6	5.77%
Παιδιατρικό	5	4.81%
Διοικητικό τμήμα	4	3.85
Καρδιολογική κλινική	4	3.85
Φαρμακείο	4	3.85
Οφθαλμολογικό	3	2.88%
Αιμοδυναμικό Εργαστήριο	2	1.92%
Μικροβιολογικό	2	1.92%
Τμήμα Νεογνών	2	1.92%
Κλινική	2	1.92%
Εργαστηριακός τομέας	1	0.96%
Μονάδα μεσογειακής αναιμίας	1	0.96%
Ορθοπαιδικό	1	0.96%
Περιφερειακό ιατρείο	1	0.96%
Τμήμα πλαστικής	1	0.96%
Πνευμονολογικό τμήμα	1	0.96%
Ψυχιατρικό	1	0.96%

Από το διάγραμμα 9 προκύπτει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες είναι υπάλληλοι (N=74, 74%). Το 14.4% των επαγγελματιών υγείας είναι διευθυντές και το 11% αυτών είναι προϊστάμενοι.

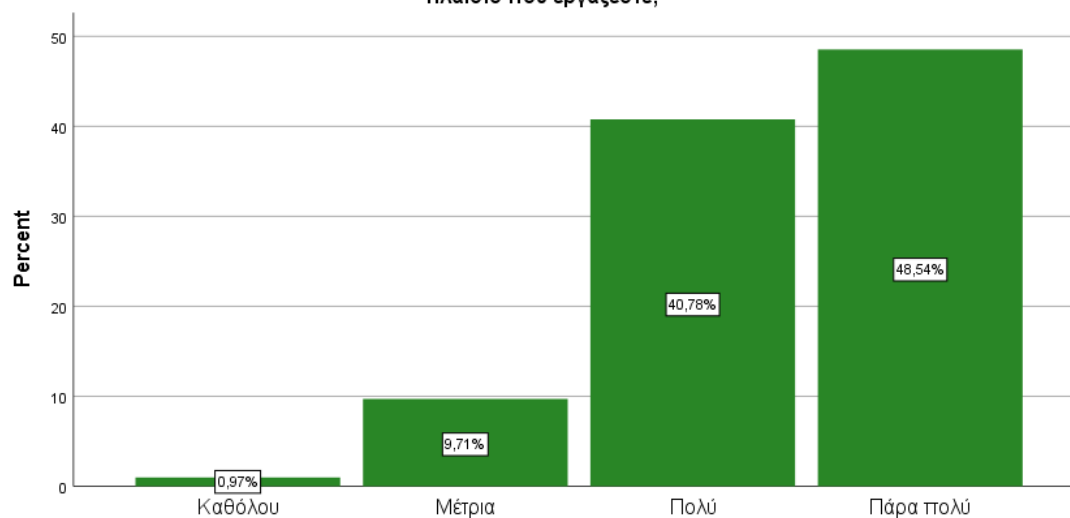


Διάγραμμα 9: Θέση ευθύνης

6.2. Οργανωτικοί παράγοντες που προκαλούν συγκρούσεις

Από το διάγραμμα 10 προκύπτει ότι οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας ανέφεραν πως χρειάζεται πάρα πολύ λόγω της φύσης της εργασίας τους να συνεργάζονται με άλλους συναδέλφους τους στο πλαίσιο που εργάζονται (N=50, 48.5%). Το 40.8% των επαγγελματιών υγείας ανέφεραν πως χρειάζεται πολύ λόγω της φύσης της εργασίας τους να συνεργάζονται με άλλους συναδέλφους τους στο πλαίσιο που εργάζονται, το 9.7% αυτών ανέφεραν πως χρειάζεται σε μέτριο βαθμό λόγω της φύσης της εργασίας τους να συνεργάζονται με άλλους συναδέλφους τους στο πλαίσιο που εργάζονται και το 1% αυτών ανέφεραν πως δεν χρειάζεται καθόλου λόγω της φύσης της εργασίας τους να συνεργάζονται με άλλους συναδέλφους τους στο πλαίσιο που εργάζονται.

Σε ποιο βαθμό χρειάζεται λόγω της φύσης της εργασίας σας να συνεργάζεστε με άλλους συναδέλφους σας στο πλαίσιο που εργάζεστε;

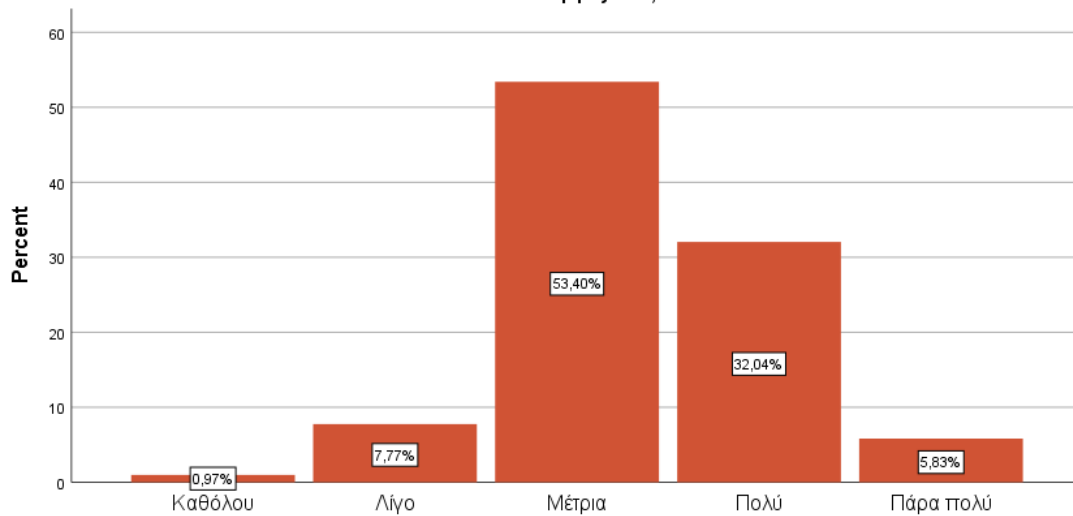


Σε ποιο βαθμό χρειάζεται λόγω της φύσης της εργασίας σας να συνεργάζεστε με άλλους συναδέλφους σας στο πλαίσιο που εργάζεστε;

Διάγραμμα 10: Βαθμός συμφωνίας για το αν χρειάζεται λόγω της φύσης της εργασίας τους να συνεργάζονται με άλλους συναδέλφους τους στο πλαίσιο που εργάζονται

Στο διάγραμμα 11 παρουσιάζεται ότι οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας είναι σε μέτριο βαθμό ικανοποιημένοι από το πόσο συχνά συνεργάζονται με άλλους συναδέλφους τους στο πλαίσιο που εργάζονται (N=55, 53.4%). Το 32% των επαγγελματιών υγείας είναι πολύ ικανοποιημένοι από το πόσο συχνά συνεργάζονται με άλλους συναδέλφους τους στο πλαίσιο που εργάζονται, το 7.8% αυτών είναι σε ελάχιστα ικανοποιημένοι από το πόσο συχνά συνεργάζονται με άλλους συναδέλφους τους στο πλαίσιο που εργάζονται, το 5.8% αυτών είναι πάρα πολύ ικανοποιημένοι από το πόσο συχνά συνεργάζονται με άλλους συναδέλφους τους στο πλαίσιο που εργάζονται και το 1% αυτών δεν είναι καθόλου ικανοποιημένοι από το πόσο συχνά συνεργάζονται με άλλους συναδέλφους τους στο πλαίσιο που εργάζονται.

Σε ποιο βαθμό είστε ικανοποιημένοι/ες από το πόσο συχνά συνεργάζεστε με άλλους συναδέλφους σας στο πλαίσιο που εργάζεστε;

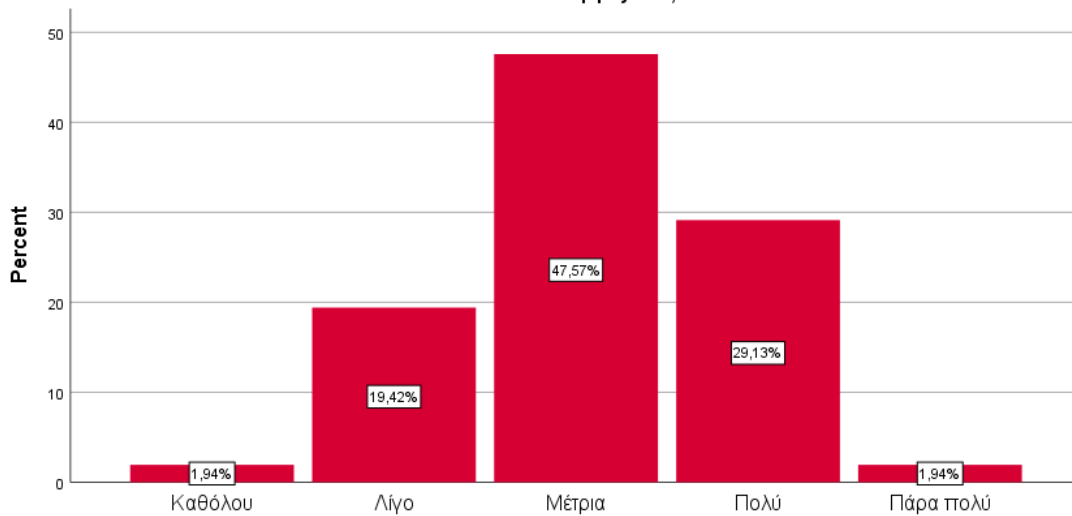


Σε ποιο βαθμό είστε ικανοποιημένοι/ες από το πόσο συχνά συνεργάζεστε με άλλους συναδέλφους σας στο πλαίσιο που εργάζεστε;

Διάγραμμα 11: Βαθμός ικανοποίησης από το πόσο συχνά συνεργάζονται με άλλους συναδέλφους τους στο πλαίσιο που εργάζονται

Από το διάγραμμα 12 προκύπτει ότι οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας είναι σε μέτριο βαθμό ικανοποιημένοι από την ποιότητα της συνεργασίας τους με άλλους συναδέλφους τους στο πλαίσιο που εργάζονται (N=49, 47.6%). Το 29.1% αυτών είναι σε μεγάλο βαθμό ικανοποιημένοι από την ποιότητα της συνεργασίας τους με άλλους συναδέλφους τους στο πλαίσιο που εργάζονται και το 1.9% αυτών είτε δεν ήταν καθόλου ικανοποιημένοι, είτε ήταν σε πολύ μεγάλο βαθμό ικανοποιημένοι από την ποιότητα της συνεργασίας τους με άλλους συναδέλφους τους στο πλαίσιο που εργάζονται.

Σε ποιο βαθμό είστε ικανοποιημένοι/ες από την ποιότητα της συνεργασίας σας με άλλους συναδέλφους σας στο πλαίσιο που εργάζεστε;



Σε ποιο βαθμό είστε ικανοποιημένοι/ες από την ποιότητα της συνεργασίας σας με άλλους συναδέλφους σας στο πλαίσιο που εργάζεστε;

Διάγραμμα 12: Βαθμός ικανοποίησης από την ποιότητα της συνεργασίας τους με άλλους συναδέλφους τους στο πλαίσιο που εργάζονται

Από τον πίνακα 2 προκύπτει ότι οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας προκύπτει ότι οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας θεωρούν σε ελάχιστο βαθμό πως οι θεσμοθετημένοι κανονισμοί καθορίζουν με σαφήνεια τα καθήκοντα σας και βοηθούν να τα εκτελέσουν αποδοτικά (N=52, 50%), πως η κατανομή των πόρων πραγματοποιείται δίκαια μεταξύ των τμημάτων των μονάδων υγείας (N=50, 48.1%), πως η σημερινή τους εργασία μοιάζει καθόλου με την εντύπωση που έχουν για την ιδανική για αυτούς εργασία (N=46, 44.2%) και πως οι αποδοχές τους είναι αρκετές για να τους παρακινήσουν ικανοποιητικά δεδομένου του φόρτου εργασία τους (N=45, 43.3%).

Ακόμα από τον πίνακα 2 προκύπτει ότι οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας είναι σε μέτριο βαθμό ικανοποιημένοι σε προσωπικό και επαγγελματικό επίπεδο από τους ρόλους και τα καθήκοντα που τους έχουν ανατεθεί (N=59, 56.7%) και οι προσδοκίες τους από τον οργανισμό σχετίζονται σε μέτριο βαθμό με τις προσδοκίες του οργανισμού από αυτούς (N=51, 49%). Ακόμα στον πίνακα 2 παρουσιάζεται ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες πιστεύουν πως σε μέτριο βαθμό θα ήταν περισσότερο χαρούμενοι, ήρεμοι και αποδοτικοί αν εργάζονταν σε άλλο επάγγελμα από το σημερινό (N=49, 47.1%) και πως σε μέτριο βαθμό θεωρούν την εξουσία που τους έχουν δοθεί επαρκή για να διεκπεραιώσουν τα καθήκοντα τους (N=49, 47.1%). Τέλος από τον πίνακα 2 προκύπτει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες πως όταν λαμβάνουν

επαγγελματικές αποφάσεις σε μέτριο βαθμό νιώθουν αυτόνομοι και ανεξάρτητοι υπό την έννοια ότι δεν αισθάνονται πιεσμένοι, κατευθυνόμενοι ή εμποδιζόμενοι (N=47, 45.2%) και πως σε μέτριο βαθμό ο οργανισμός ανταποκρίνεται αρνητικά στην πιθανή συμμετοχή ή δραστηριότητα σας σε άλλους επαγγελματικούς οργανισμούς(π.χ. Ε.Σ.Ν.Ε., επιστημονικές εταιρείες ΕΝΕ) (N=46, 44.2%).

Ύστερά οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας ανέφεραν πως αν δέχονται εντολές από περισσότερους από έναν προϊσταμένους, αυτό προκαλεί σε μεγάλο βαθμό συγκρούσεις μεταξύ τους (N=55, 52.9%), πως αν δέχονται εντολές από περισσότερους από έναν υπεύθυνους, αυτό επηρεάζει την παραγωγικότητα τους αρνητικά (N=52, 50%), ότι ο φόρτος εργασίας τους είναι μεγαλύτερος σε σύγκριση με το φόρτο εργασίας άλλων επαγγελματικών ομάδων (N=50, 48.1%) και πως έχουν σε μέτριο βαθμό συγκρούσεις με άλλους επαγγελματίες εξαιτίας της συνεργασίας που χαρακτηρίζει την παραγωγή υπηρεσιών υγείας στις μονάδες Π.Φ.Υ/νοσοκομεία (N=44, 42.3%).

Πίνακας 2: Οργανωτικοί παράγοντες που προκαλούν συγκρούσεις

	Καθόλου		Λίγο		Μέτρια		Πολύ		Πάρα πολύ	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Πόσο ικανοποιημένοι είστε σε προσωπικό και επαγγελματικό επίπεδο από τους ρόλους και τα καθήκοντα που σας έχουν ανατεθεί;	1	1%	24	23.1%	59	56.7%	16	15.4%	3	2.9%
Πόσο οι προσδοκίες σας από τον οργανισμό σχετίζονται με τις προσδοκίες του οργανισμού από εσάς;	8	7.7%	33	31.7%	51	49%	9	8.7%	2	1.9%
Ο οργανισμός ανταποκρίνεται αρνητικά στην πιθανή συμμετοχή ή δραστηριότητα σας σε άλλους επαγγελματικούς οργανισμούς(π.χ. Ε.Σ.Ν.Ε., επιστημονικές εταιρείες ΕΝΕ);	18	17.3%	14	13.5%	46	44.2%	22	21.2%	3	2.9%

Πιστεύετε ότι ο φόρτος εργασίας σας είναι μεγαλύτερος σε σύγκριση με το φόρτο εργασίας άλλων επαγγελματιών ομάδων;	5	4.8%	11	10.6%	24	23.1%	50	48.1%	13	12.5%
Πιστεύετε ότι οι αποδοχές σας είναι αρκετές για να σας παρακινήσουν ικανοποιητικά δεδομένου του φόρτου εργασίας σας;	26	25%	45	43.3%	22	21.2%	6	5.8%	4	3.8%
Η σημερινή σας εργασία μοιάζει καθόλου με την εντύπωση που έχετε για την ιδανική για εσάς εργασία;	14	13.5%	46	44.2%	36	34.6%	5	4.8%	2	1.9%
Πιστεύετε ότι θα ήσασταν περισσότερο χαρούμενος, ήρεμος και αποδοτικός αν εργαζόσασταν σε άλλο επάγγελμα από το σημερινό;	8	7.7%	19	18.3%	49	47.1%	22	21.2%	5	4.8%
Αν δέχεστε εντολές από περισσότερους από έναν υπεύθυνους, αυτό επηρεάζει την παραγωγικότητά σας αρνητικά;	5	4.8%	11	10.6%	25	24%	52	50%	10	9.6%
Αν δέχεστε εντολές από περισσότερους από έναν προϊσταμένους, αυτό προκαλεί συγκρούσεις μεταξύ τους;	5	4.8%	11	10.6%	22	21.2%	55	52.9%	10	9.6%
Θεωρείτε την εξουσία που σας έχει δοθεί επαρκή για να διεκπεραιώσετε τα καθήκοντα σας;	6	5.8%	33	31.7%	49	47.1%	14	13.5%	1	1%
Πόσο θεωρείτε ότι οι θεσμοθετημένοι κανονισμοί καθορίζουν με σαφήνεια τα καθήκοντα σας και βοηθούν να τα εκτελέσετε αποδοτικά;	11	10.6%	52	50%	30	28.8%	8	7.7%	2	1.9%

Έχετε συγκρούσεις με άλλους επαγγελματίες εξαιτίας της συνεργασίας που χαρακτηρίζει την παραγωγή υπηρεσιών υγείας στις μονάδες Π.Φ.Υ/νοσοκομεία;	6	5.8%	13	12.5%	34	32.7%	44	42.3%	6	5.8%
Όταν λαμβάνετε επαγγελματικές αποφάσεις πόσο αυτόνομοι και ανεξάρτητοι νιώθετε υπό την έννοια ότι δεν αισθάνεστε πιεσμένοι, κατευθυνόμενοι ή εμποδιζόμενοι;	6	5.8%	38	36.5%	47	45.2%	8	7.7%	4	3.8%
Κατά πόσο η κατανομή των πόρων πραγματοποιείται δίκαια μεταξύ των τμημάτων των μονάδων υγείας;	10	9.6%	50	48.1%	38	36.5%	5	4.8%	0	0%

6.3. Παράγοντες που προκαλούν συγκρούσεις

Από τον πίνακα 3 προκύπτει ότι οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας ανέφεραν πως σε ελάχιστο βαθμό η διοίκηση των μονάδων Π.Φ.Υ/ νοσοκομείου έχει επίγνωση για τη συνεισφορά τους στην παροχή υπηρεσιών υγείας (N=69, 66.3%). Ακόμα οι περισσότεροι συμμετέχοντες θεωρούν σε ελάχιστο βαθμό ότι λαμβάνουν τις επιβραβεύσεις/ανταμοιβές ανάλογα με την απόδοση στην εργασία τους (πρόωρη προαγωγή, άδειες, εκτίμηση κ.λ.π.) (N=57, 54.8%). Επίσης οι περισσότεροι συμμετέχοντες ανέφεραν πως σε ελάχιστο βαθμό θεωρούν ότι υπάρχουν δίκαιες ανταμοιβές μεταξύ των διαφόρων επαγγελματικών ομάδων (N=56, 52.9%). Τέλος οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας ανέφεραν πως σε ελάχιστο βαθμό η προαγωγή και η επαγγελματική εξέλιξη σχετίζονται με τις προσδοκίες τους (N=47, 45.2%).

Ύστερα οι περισσότεροι συμμετέχοντες ανέφεραν πως σε μέτριο βαθμό είναι τα μηνύματά τους αντιληπτά και οι επαγγελματικές προσδοκίες σας κοινές με άλλες επαγγελματικές ομάδες (N=66, 63.5%). Τέλος οι περισσότεροι συμμετέχοντες ανέφεραν πως οι διαφορές στο επίπεδο εκπαίδευσης οδηγούν σε μεγάλο βαθμό σε προβλήματα επικοινωνίας μεταξύ των διαφόρων επαγγελματικών ομάδων (N=59, 56.7%).

Πίνακας 3: Παράγοντες που προκαλούν συγκρούσεις

	Καθόλου		Λίγο		Μέτρια		Πολύ		Πάρα πολύ	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Πόσο οι διαφορές στο επίπεδο εκπαίδευσης οδηγούν σε προβλήματα επικοινωνίας μεταξύ των διαφόρων επαγγελματικών ομάδων;	0	0%	3	2.9%	23	22.1%	59	56.7%	18	17.3%
Είναι τα μηνύματα σας αντιληπτά και οι επαγγελματικές προσδοκίες σας κοινές με άλλες επαγγελματικές ομάδες;	1	1%	18	17.3%	66	63.5%	13	12.5%	5	4.8%
Θεωρείτε ότι λαμβάνεται τις επιβραβεύσεις/ανταμοιβές ανάλογα με την απόδοση στην εργασία σας; (πρόωρη προαγωγή, άδειες, εκτίμηση κ.λ.π.)	20	19.2%	57	54.8%	23	22.1%	3	2.9%	0	0%
Θεωρείτε ότι υπάρχουν δίκαιες ανταμοιβές μεταξύ των διαφόρων επαγγελματικών ομάδων;	21	20.2%	56	52.9%	21	20.2%	6	5.8%	0	0%
Πόση επίγνωση έχει η διοίκηση των μονάδων Π.Φ.Υ/ νοσοκομείου για τη συνεισφορά σας στην παροχή υπηρεσιών υγείας;	14	13.5%	69	66.3%	15	14.4%	5	4.8%	0	0%
Πόσο η προαγωγή και η επαγγελματική εξέλιξη σχετίζονται με τις προσδοκίες σας;	9	8.7%	47	45.2%	31	29.8%	11	10.6%	5	4.8%

6.4 Προτάσεις για την επίλυση της σύγκρουσης στο χώρο των μονάδων Π.Φ.Υ / νοσοκομείου

Από τον Πίνακα 4 προκύπτει ότι οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας δήλωσαν σε μέτριο βαθμό πως τα τμήματα πρέπει να είναι αυτόνομα (N=45, 43.3%). Ακόμα από τον Πίνακα 4 προκύπτει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες ανέφεραν σε μεγάλο βαθμό πως οι αιτίες των συγκρούσεων πρέπει να εντοπιστούν και οι δύο πλευρές θα πρέπει να ακούγονται (N=58, 55.8%). Επίσης οι περισσότεροι συμμετέχοντες ανέφεραν πως σε μεγάλο βαθμό για την επίλυση της σύγκρουσης στο χώρο των μονάδων Π.Φ.Υ / νοσοκομείου κατάλληλη είναι η διενέργεια συνεδριάσεων (N=57, 54.8%) και η δίκαιη προσέγγιση στην ανταμοιβή και στην τιμωρία (N=51, 49%). Τέλος οι περισσότεροι συμμετέχοντες ανέφεραν σε μεγάλο βαθμό πως για την επίλυση της σύγκρουσης στο χώρο των μονάδων Π.Φ.Υ / νοσοκομείου απαραίτητο είναι το επαγγελματικό management, το οποίο πρέπει να εγκαθιδρυθεί και να έχει τον έλεγχο, καθώς επίσης ότι τα τμήματα πρέπει να είναι αυτόνομα (N=45, 43.3%) και να υπάρχει η δίκαιη κατανομή των πόρων (N=43, 41.3%).

Ύστερα οι περισσότεροι συμμετέχοντες ανέφεραν πως σε πολύ μεγάλο βαθμό για την επίλυση της σύγκρουσης στο χώρο των μονάδων Π.Φ.Υ / νοσοκομείου είναι οι δίκαιες αποδοχές (N=82, 78.8%) και η σαφής κατανομή αρμοδίων (N=81, 77.9%). Ακόμα οι περισσότεροι συμμετέχοντες ανέφεραν πως σε πολύ μεγάλο βαθμό για την επίλυση της σύγκρουσης στο χώρο των μονάδων Π.Φ.Υ / νοσοκομείου απαραίτητες είναι οι λιγότερες πολιτικές σκοπιμότητες στο χώρο εργασίας (N=78, 75%) και ο σεβασμός στα ατομικά δικαιώματα και στην επαγγελματική εξέλιξη (N=78, 75%). Τέλος οι περισσότεροι συμμετέχοντες ανέφεραν πως σε πολύ μεγάλο βαθμό για την επίλυση της σύγκρουσης στο χώρο των μονάδων Π.Φ.Υ / νοσοκομείου χρειάζεται να μην υπάρχουν διακρίσεις, η διοίκηση πρέπει να παραμείνει ουδέτερη (N=68, 65.4%) και η επικοινωνία και η συνεργασία πρέπει να εδραιωθούν στον οργανισμό (N=54, 51.9%).

Πίνακας 4: Προτάσεις για την επίλυση της σύγκρουσης στο χώρο των μονάδων Π.Φ.Υ / νοσοκομείου

Καθόλου		Λίγο		Μέτρια		Πολύ		Πάρα πολύ	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%

Δίκαιη κατανομή των πόρων	4	3.8%	6	5.8%	10	9.6%	43	41.3%	40	38.5%
Η επικοινωνία και η συνεργασία πρέπει να εδραιωθούν στον οργανισμό.	2	1.9%	3	2.9%	5	4.8%	39	37.5%	54	51.9%
Οι αιτίες των συγκρούσεων πρέπει να εντοπιστούν και οι δύο πλευρές θα πρέπει να ακούγονται	0	0%	0	0%	4	3.8%	58	55.8%	41	39.4%
Δίκαιη προσέγγιση στην ανταμοιβή και στην τιμωρία	1	1%	0	0%	5	4.8%	51	49%	46	44.2%
Διενέργεια συνεδριάσεων (για την επίλυση συγκρούσεων)	2	1.9%	1	1%	8	7.7%	57	54.8%	34	32.7%
Όχι διακρίσεις, η διοίκηση πρέπει να παραμένει ουδέτερη	0	0%	2	1.9%	5	4.8%	27	26%	68	65.4%
Σαφής κατανομή αρμοδιοτήτων	0	0%	1	1%	2	1.9%	18	17.3%	81	77.9%
Λιγότερες πολιτικές σκοπιμότητες στο χώρο εργασίας	1	1%	3	2.9%	1	1%	19	18.3%	78	75%
Επαγγελματικό management πρέπει να εγκαθιδρυθεί και να έχει τον έλεγχο, τα τμήματα πρέπει να είναι αυτόνομα	1	1%	3	2.9%	14	13.5%	45	43.3%	39	37.5%
Τα τμήματα πρέπει να είναι αυτόνομα	1	1%	3	2.9%	45	43.3%	34	32.7%	19	18.3%
Σεβασμός στα ατομικά δικαιώματα και στην επαγγελματική εξέλιξη	0	0%	2	1.9%	1	1%	21	20.2%	78	75%
Δίκαιες αποδοχές	0	0%	1	1%	1	1%	18	17.3%	82	78.8%

6.4.1. Ερευνητικά ερωτήματα

A) Οι προτάσεις για την επίλυση της σύγκρουσης στο χώρο των μονάδων Π.Φ.Υ / νοσοκομείου διαφέρουν αναφορικά με το μηνιαίο εισόδημα των επαγγελματιών υγείας;

Για το πρώτο ερευνητικό ερώτημα από τον Πίνακα 5 προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στον βαθμό που η σαφής κατανομή αρμοδιοτήτων θεωρείται πρόταση επίλυσης της σύγκρουσης στο χώρο των μονάδων Π.Φ.Υ / νοσοκομείου και στο μηνιαίο εισόδημα των επαγγελματιών υγείας ($F_{3,101} = 3.218$, $p < 5\%$). Συγκεκριμένα οι συμμετέχοντες που έχουν εισόδημα από 580 - 690 ευρώ θεωρούν σε μεγαλύτερο βαθμό ότι η σαφής κατανομή αρμοδιοτήτων θεωρείται πρόταση επίλυσης της σύγκρουσης στο χώρο των μονάδων Π.Φ.Υ / νοσοκομείου συγκριτικά με αυτούς που έχουν μηνιαίο εισόδημα πάνω από 1150 ευρώ.

Ακόμα από τον ακόλουθο Πίνακα 5 προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στον βαθμό που οι λιγότερες πολιτικές σκοπιμότητες στο χώρο εργασίας θεωρούνται πρόταση επίλυσης της σύγκρουσης στο χώρο των μονάδων Π.Φ.Υ / νοσοκομείου και στο μηνιαίο εισόδημα των επαγγελματιών υγείας ($F_{3,101} = 3.053$, $p < 0,05\%$). Συγκεκριμένα οι συμμετέχοντες που έχουν εισόδημα από πάνω από 1150 ευρώ θεωρούν σε μεγαλύτερο βαθμό ότι οι λιγότερες πολιτικές σκοπιμότητες στο χώρο εργασίας θεωρούνται πρόταση επίλυσης της σύγκρουσης στο χώρο των μονάδων Π.Φ.Υ / νοσοκομείου συγκριτικά με αυτούς που έχουν μηνιαίο εισόδημα από 690 – 1150 ευρώ.

Επίσης από τον επόμενο Πίνακα 5 προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στον βαθμό που τα τμήματα πρέπει να είναι αυτόνομα θεωρείται πρόταση επίλυσης της σύγκρουσης στο χώρο των μονάδων Π.Φ.Υ / νοσοκομείου και στο μηνιαίο εισόδημα των επαγγελματιών υγείας ($F_{3,101} = 2.789$, $p < 0,05\%$). Συγκεκριμένα οι συμμετέχοντες που έχουν εισόδημα από πάνω από 1150 ευρώ θεωρούν σε μεγαλύτερο βαθμό ότι τα τμήματα πρέπει να είναι αυτόνομα θεωρείται

πρόταση επίλυσης της σύγκρουσης στο χώρο των μονάδων Π.Φ.Υ / νοσοκομείου συγκριτικά με αυτούς που έχουν μηνιαίο εισόδημα από 580 – 1150 ευρώ.

Επιπρόσθετα από τον επόμενο Πίνακα 5 προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στον βαθμό που ο σεβασμός στα ατομικά δικαιώματα και στην επαγγελματική εξέλιξη θεωρείται πρόταση επίλυσης της σύγκρουσης στο χώρο των μονάδων Π.Φ.Υ / νοσοκομείου και στο μηνιαίο εισόδημα των επαγγελματιών υγείας ($F_{3,101} = 3.184$, $p < 5\%$). Συγκεκριμένα οι συμμετέχοντες που έχουν εισόδημα από πάνω από 1150 ευρώ θεωρούν σε μεγαλύτερο βαθμό ότι ο σεβασμός στα ατομικά δικαιώματα και στην επαγγελματική εξέλιξη θεωρείται πρόταση επίλυσης της σύγκρουσης στο χώρο των μονάδων Π.Φ.Υ / νοσοκομείου συγκριτικά με αυτούς που έχουν μηνιαίο εισόδημα από 580 – 690 ευρώ.

Τέλος από τον ακόλουθο Πίνακα 5 προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στον βαθμό που οι δίκαιες αποδοχές θεωρείται πρόταση επίλυσης της σύγκρουσης στο χώρο των μονάδων Π.Φ.Υ / νοσοκομείου και στο μηνιαίο εισόδημα των επαγγελματιών υγείας ($F_{3,101} = 3.014$, $p < 5\%$). Συγκεκριμένα οι συμμετέχοντες που έχουν εισόδημα από πάνω από 1150 ευρώ θεωρούν σε μεγαλύτερο βαθμό ότι οι δίκαιες αποδοχές θεωρείται πρόταση επίλυσης της σύγκρουσης στο χώρο των μονάδων Π.Φ.Υ / νοσοκομείου συγκριτικά με αυτούς που έχουν μηνιαίο εισόδημα από 580 – 690 ευρώ.

Πίνακας 5: Έλεγχος ANOVA για το πρώτο ερευνητικό ερώτημα

			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Δίκαιη προσέγγιση στην ανταμοιβή και στην τιμωρία	Between Groups		1.102	3	.367	.811	.491
	Within Groups		44.878	99	.453		
	Total		45.981	102			
Διενέργεια συνεδριάσεων (για	Between Groups		.656	3	.219	.356	.785

την επίλυση συγκρούσεων)	WithinGroups	60.168	98	.614		
	Total	60.824	101			
Όχι διακρίσεις. η διοίκηση πρέπει να παραμένει ουδέτερη	BetweenGroups	1.461	3	.487	1.051	.374
	WithinGroups	45.412	98	.463		
	Total	46.873	101			
Σαφής κατανομή αρμοδιοτήτων	BetweenGroups	2.589	3	.863	3.218	.026
	WithinGroups	26.283	98	.268		
	Total	28.873	101			
Λιγότερες πολιτικές σκοπιμότητες στο χώρο εργασίας	BetweenGroups	4.672	3	1.557	3.053	.032
	WithinGroups	49.995	98	.510		
	Total	54.667	101			
Επαγγελματικό management πρέπει να εγκαθιδρυθεί και να έχει τον έλεγχο.	BetweenGroups	1.572	3	.524	.735	.534
	WithinGroups	69.918	98	.713		
	Total	71.490	101			
Τα τμήματα πρέπει να είναι αυτόνομα	BetweenGroups	5.741	3	1.914	2.789	.045

		WithinGroups	67.249	98	.686		
		Total	72.990	101			
Σεβασμός	στα	BetweenGroups	3.087	3	1.029	3.184	.027
ατομικά δικαιώματα							
και	στην	WithinGroups	31.668	98	.323		
επαγγελματική							
εξέλιξη		Total	34.755	101			
Δίκαιες αποδοχές		BetweenGroups	2.180	3	.727	3.014	.034
		WithinGroups	23.633	98	.241		
		Total	25.814	101			

B) Οι παράγοντες που προκαλούν συγκρούσεις διαφέρουν αναφορικά με το χώρο εργασίας των επαγγελματιών υγείας;

Για το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα από τον Πίνακα 6 προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο βαθμό που τα μηνύματα τους είναι αντιληπτά και οι επαγγελματικές προσδοκίες τους κοινές με άλλες επαγγελματικές ομάδες και στο χώρο εργασίας των επαγγελματιών υγείας ($F_{2,101} = 6.196$, $p < 0,05\%$). Συγκεκριμένα οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε κλινική ανέφεραν σε μεγαλύτερο βαθμό πως τα μηνύματα τους είναι αντιληπτά και οι επαγγελματικές προσδοκίες τους κοινές με άλλες επαγγελματικές ομάδες συγκριτικά με όσους εργάζονται στα νοσοκομεία..

Τέλος από τον ακόλουθο Πίνακα 6 προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο βαθμό που η προαγωγή και η επαγγελματική εξέλιξη σχετίζονται με τις προσδοκίες των επαγγελματιών υγείας και στον χώρο εργασίας των επαγγελματιών υγείας ($F_{2,101} = 3.763$, $p < 0,05\%$). Συγκεκριμένα οι επαγγελματίες υγείας που

εργάζονται σε κλινική ανέφεραν σε μεγαλύτερο βαθμό πως η προαγωγή και η επαγγελματική εξέλιξη σχετίζονται με τις προσδοκίες τους συγκριτικά με αυτούς που εργάζονται σε νοσοκομείο.

Πίνακας 6: Έλεγχος ANOVA για το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Πόσο οι διαφορές στο επίπεδο εκπαίδευσης οδηγούν σε προβλήματα επικοινωνίας μεταξύ των διαφόρων επαγγελματικών ομάδων;	Between Groups	.933	2	.466	.930	.398
	Within Groups	49.655	99	.502		
	Total	50.588	101			
Είναι τα μηνύματά σας αντιληπτά και οι επαγγελματικές προσδοκίες σας κοινές με άλλες επαγγελματικές ομάδες;	Between Groups	6.109	2	3.054	6.196	.003
	Within Groups	48.803	99	.493		
	Total	54.912	101			
Θεωρείτε ότι λαμβάνετε τις επιβραβεύσεις/ανταμοιβές ανάλογα με την απόδοση στην εργασία σας;	Between Groups	1.092	2	.546	1.041	.357
	Within Groups	51.928	99	.525		
	Total	53.020	101			
Θεωρείτε ότι υπάρχουν δίκαιες ανταμοιβές μεταξύ των διαφόρων επαγγελματικών ομάδων;	Between Groups	2.816	2	1.408	2.256	.110
	Within Groups	61.773	99	.624		
	Total	64.588	101			
Πόση επίγνωση έχει η διοίκηση των μονάδων Π.Φ.Υ/ νοσοκομείου για τη συνεισφορά σας στην παροχή υπηρεσιών υγείας;	Between Groups	1.374	2	.687	1.465	.236
	Within Groups	46.439	99	.469		
	Total	47.814	101			
	Between Groups	6.702	2	3.351	3.763	.027

Πόσο η προαγωγή και η επαγγελματική εξέλιξη σχετίζονται με τις προσδοκίες σας;	WithinGroups	88.170	99	.891
	Total	94.873	101	

Γ) Ο βαθμός συμφωνίας ανάμεσα στα προσδοκίες επαγγελματιών υγείας και οργανισμού υγείας συσχετίζεται με τον βαθμό ικανοποίησης των επαγγελματιών;

Για το τρίτο ερευνητικό ερωτήματος από τον πίνακα 7 προκύπτει ότι υπάρχει μέτρια σχέση ανάμεσα στον βαθμό των προσδοκιών που έχουν οι επαγγελματίες υγείας από τον οργανισμό και σχετίζονται με τον βαθμό ικανοποίησης αυτών σε προσωπικό και επαγγελματικό επίπεδο από τους ρόλους και τα καθήκοντα που τους έχουν ανατεθεί ($r = 0.492$, $p < 0,01\%$). Συγκεκριμένα καθώς αυξάνεται ο βαθμός των προσδοκιών που έχουν οι επαγγελματίες υγείας από τον οργανισμό και σχετίζονται με τις προσδοκίες του οργανισμού από αυτούς, αυξάνεται και ο βαθμός ικανοποίησης αυτών σε προσωπικό και επαγγελματικό επίπεδο από τους ρόλους και τα καθήκοντα που τους έχουν ανατεθεί.

Πίνακας 7: Έλεγχος Pearson για το τρίτο ερευνητικό ερώτημα

	Πόσο ικανοποιημένοι είστε σε προσωπικό και επαγγελματικό επίπεδο από τους ρόλους και τα καθήκοντα που σας έχουν ανατεθεί;	Πόσο οι προσδοκίες σας από τον οργανισμό σχετίζονται με τις προσδοκίες του οργανισμού από εσάς;
Πόσο ικανοποιημένοι είστε σε προσωπικό και επαγγελματικό επίπεδο από τους ρόλους και τα καθήκοντα που σας έχουν ανατεθεί;	PearsonCorrelation Sig. (2-tailed) N	1 ,492** ,000 103
Πόσο οι προσδοκίες σας από τον οργανισμό σχετίζονται με τις	PearsonCorrelation	,492** 1

προσδοκίες του οργανισμού από	Sig. (2-tailed)	,000	
εσάς;	N	103	103

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Κεφάλαιο 7^ο: Συμπεράσματα-Συζήτηση

Σκοπός της μελέτης ήταν η αποτύπωση των διεπιστημονικών συνεργασιών μεταξύ επαγγελματιών υγείας σε νοσοκομειακό πλαίσιο και η διερεύνηση των παραγόντων και των προτάσεων διαχείρισης συγκρούσεων. Σε αυτή την έρευνα συμμετείχαν 104 επαγγελματίες υγείας, όπου οι περισσότερες ήταν γυναίκες, είχαν ηλικία από 26 – 35 ετών και ήταν άγαμοι. Οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας ήταν κάτοχοι πτυχίου ΑΕΙ, ήταν γιατροί και είχαν πάνω από 21 έτη προϋπηρεσία. Επίσης οι περισσότεροι συμμετέχοντες είχαν μηνιαίο εισόδημα από 1150 και πάνω, εργάζονταν σε νοσοκομείο στο ακτινολογικό τμήμα ως υπάλληλοι. Τα σημαντικότερα αποτελέσματα που προέκυψαν από την ανάλυση των δεδομένων ,μπορούν να συνοψιστούν ως εξής:

Όσον αφορά τους παράγοντες που συμβάλλουν στην πρόκληση συγκρούσεων οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας θεωρούν σε ελάχιστο βαθμό(κλίμακα Likert 1-5) πως οι θεσμοθετημένοι κανονισμοί καθορίζουν με σαφήνεια τα καθήκοντα ώστε να υπάρχει και αποδοτική εκτέλεσή τους. Ενδιαφέρον είναι ότι οι περισσότεροι θεωρούν πως μόνο σε μέτριο βαθμό η εξουσία που τους δίνεται είναι επαρκής για την καλύτερη δυνατή διεκπεραίωση των καθηκόντων τους,ενώ επίσης φαίνεται πως οι περισσότεροι δεν αισθάνονται αυτόνομοι και ανεξάρτητοι κατά την λήψη αποφάσεων. Ακόμα,ένα ενδιαφέρον εύρημα είναι ότι οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας ανέφεραν πως αν δέχονται εντολές από περισσότερους από έναν προϊσταμένους, οδηγεί σε μεγάλο βαθμό συγκρούσεις μεταξύ τους, ενώ επηρεάζεται και η παραγωγικότητά τους αρνητικά.Επίσης,μεγάλο ήταν το ποσοστό εκείνων που πιστεύουν πως η διοίκηση δεν έχει επίγνωση για τη συνεισφορά τους στην παροχή υπηρεσιών υγείας, ενώ φαίνεται να θεωρούν ακόμη ότι δεν είναι δίκαιες οι ανταμοιβές μεταξύ των διαφόρων επαγγελματικών ομάδων.Τέλος οι περισσότεροι συμμετέχοντες ανέφεραν πως οι διαφορές στο επίπεδο εκπαίδευσης είναι σημαντικός παράγοντας που οδηγεί σε

προβλήματα επικοινωνίας και κατ'επέκτασιν σε συγκρούσεις μεταξύ των διαφόρων επαγγελματικών ομάδων.

Αξιοσημείωτο είναι ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες πιστεύουν πως θα ήταν περισσότερο χαρούμενοι, ήρεμοι και αποδοτικοί αν εργάζονταν σε άλλο επάγγελμα, καθώς όπως δηλώνουν επίσης οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας είναι σε μέτριο βαθμό ικανοποιημένοι σε προσωπικό και επαγγελματικό επίπεδο από τους ρόλους και τα καθήκοντα που τους έχουν ανατεθεί και οι προσδοκίες τους από τον οργανισμό σχετίζονται σε μέτριο βαθμό με τις προσδοκίες του οργανισμού από αυτούς και πως η σημερινή τους εργασία δεν μοιάζει καθόλου με την εντύπωση που έχουν για την ιδανική για αυτούς εργασία και πως οι αποδοχές τους είναι αρκετές για να τους παρακινήσουν ικανοποιητικά δεδομένου του φόρτου εργασίας τους.

Σχετικά με τους πιθανούς τρόπους επίλυσης, οι συμμετέχοντες προέταξαν ως σημαντικούς παράγοντες την διενέργεια συνεδριάσεων και την δίκαιη προσέγγιση στην ανταμοιβή και στην τιμωρία. ενώ σημαντικό τρόπο διαχείρισης θεωρούν και το επαγγελματικό management, το οποίο πρέπει να εγκαθιδρυθεί στους οργανισμούς, αλλά και την αυτονομία των εκάστοτε τμημάτων και την δίκαιη κατανομή των πόρων μεταξύ τους. Τέλος, οι περισσότεροι συμμετέχοντες ανέφεραν πως σε πολύ μεγάλο βαθμό για την επίλυση της σύγκρουσης στο χώρο των μονάδων υγείας, είναι σημαντικοί παράγοντες οι δίκαιες αποδοχές και η σαφής κατανομή αρμοδιοτήτων αλλά και οι λιγότερες πολιτικές σκοπιμότητες στο χώρο εργασίας και ο σεβασμός στα ατομικά δικαιώματα και στην επαγγελματική εξέλιξη.

Επίσης οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας ανέφεραν πως σε ελάχιστο βαθμό η διοίκηση των μονάδων Π.Φ.Υ/ νοσοκομείου έχει επίγνωση για τη συνεισφορά τους στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Ακόμα οι περισσότεροι συμμετέχοντες θεωρούν σε ελάχιστο βαθμό ότι λαμβάνουν τις επιβραβεύσεις/ανταμοιβές ανάλογα με την απόδοση στην εργασία τους (πρόωρη προαγωγή, άδειες, εκτίμηση κ.λ.π). Επιπλέον, οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας ανέφεραν πως σε ελάχιστο βαθμό η προαγωγή και η επαγγελματική εξέλιξη σχετίζονται με τις προσδοκίες τους. Τέλος οι περισσότεροι συμμετέχοντες ανέφεραν πως οι διαφορές στο επίπεδο εκπαίδευσης οδηγούν σε μεγάλο βαθμό σε προβλήματα επικοινωνίας μεταξύ των διαφόρων επαγγελματικών ομάδων.

Στην συνέχεια εξετάστηκαν τα ερευνητικά ερωτήματα, που θεωρήθηκαν τα πιο σημαντικά σύμφωνα και με την βιβλιογραφία που αναφέρθηκε στο θεωρητικό μέρος της εργασίας.

Από το πρώτο ερευνητικό ερώτημα που εξετάζονται οι τρόποι επίλυσης συγκρούσεων σε σχέση με το μηνιαίο εισόδημα προέκυψε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στον βαθμό που η σαφής κατανομή αρμοδιοτήτων, οι λιγότερες πολιτικές σκοπιμότητες, οι δίκαιες αποδοχές, η αυτονομία των τμημάτων και ο σεβασμός στα δικαιώματα και στην επαγγελματική εξέλιξη θεωρούνται το καθένα από αυτά- πρόταση επίλυσης της σύγκρουσης στο χώρο των μονάδων υγείας και στο μηνιαίο εισόδημα των επαγγελματιών υγείας (στατιστικός έλεγχος ANOVA).

Από το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα, αναφορικά με τον χώρο εργασίας προέκυψε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο βαθμό που τα μηνύματα τους είναι αντιληπτά και οι επαγγελματικές προσδοκίες τους κοινές με άλλες επαγγελματικές ομάδες και στο χώρο εργασίας των επαγγελματιών υγείας, αλλά και ανάμεσα στο βαθμό που η προαγωγή και η επαγγελματική εξέλιξη σχετίζονται με τις προσδοκίες τους και στο χώρο εργασίας των επαγγελματιών υγείας (στατιστικός έλεγχος ANOVA)

Στο τρίτο ερευνητικό ερώτημα σχετικά με τον βαθμό των προσδοκιών που έχουν οι επαγγελματίες υγείας από τον οργανισμό φαίνεται ότι καθώς αυξάνεται ο βαθμός των προσδοκιών που έχουν οι επαγγελματίες υγείας από τον οργανισμό και σχετίζονται με τις προσδοκίες του οργανισμού από αυτούς αυξάνεται και ο βαθμός ικανοποίησης αυτών σε προσωπικό και επαγγελματικό επίπεδο από τους ρόλους και τα καθήκοντα που τους έχουν ανατεθεί (έλεγχος συσχέτισης Pearson)

Συμπερασματικά, θα πρέπει να αναφερθεί ότι καθώς το συχνό φαινόμενο των συγκρούσεων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας συνεχίζει να λαμβάνει χώρα και να πυροδοτείται από τις δύσκολες συνθήκες που επικρατούν στον χώρο των νοσοκομείων, είναι δόκιμο να συνεχιστούν μελέτες για την εξεύρεση τρόπων για την εξάλειψη των παραγόντων που δημιουργούν τις διενέξεις αυτές και των αποτελεσματικών τεχνικών για την επίλυση τους. Η σημαντικότητα αυτών των ερευνών έγκειται στην ευημερία των επαγγελματιών υγείας και την απρόσκοπτη προσήλωση στο έργο τους, για την εύρυθμη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας και την ποιοτική φροντίδα των ασθενών.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ: Ερωτηματολόγιο Μελέτης

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην μελέτη ήταν το κάτωθι (βασισμένο στο ερωτηματολόγιο των Tengilimoglu & Kisa, 2005)

Αγαπητοί/Αγαπητές συνάδελφοι και συνεργάτες,

Ονομάζομαι Ευφροσύνη Κοσκινά. Η συγκεκριμένη μελέτη με τίτλο *«Διεπιστημονικές συνεργασίες μεταξύ επαγγελματιών υγείας σε νοσοκομειακό πλαίσιο: Διερεύνηση παραγόντων και προτάσεις διαχείρισης συγκρούσεων»* διεξάγεται στα πλαίσια της διπλωματικής μου εργασίας του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών , του τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, υπό την επίβλεψη της Επ. Καθηγήτριας Βασιλικής Γιωτσίδη. Σκοπός της μελέτης είναι η αποτύπωση των διεπιστημονικών συνεργασιών μεταξύ των επαγγελματιών υγείας σε νοσοκομειακό πλαίσιο προκειμένου να διερευνηθούν ποιοι παράγοντες συμβάλλουν σε αυτή και να διατυπωθούν προτάσεις διαχείρισης συγκρούσεων.

Θα σας παρακαλούσα να αφιερώσετε λίγο από τον χρόνο σας προκειμένου να απαντήσετε στο παρακάτω ερωτηματολόγιο. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκεί περίπου 10'. Οι πληροφορίες που θα παρέχετε θα είναι αυστηρά απόρρητες και εμπιστευτικές και θα τηρηθεί ανωνυμία. Τα δεδομένα θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για τις ανάγκες και τους σκοπούς της συγκεκριμένης μελέτης και δεν τίθεται θέμα δημοσιοποίησης των προσωπικών σας στοιχείων. Πρόσβαση στα δεδομένα θα έχει μόνο η ερευνήτρια της μελέτης. Η συμμετοχή σας στη μελέτη είναι εθελοντική και μπορείτε να διακόψετε τη συμμετοχή σας σε αυτή οποιαδήποτε στιγμή. Δεν υπάρχει καμία χρηματική επιβάρυνση, ούτε χρηματική αποζημίωση ή δικό μου χρηματικό όφελος από την διεξαγωγή αυτής της έρευνας.

Η συμμετοχή σας είναι πολύ σημαντική για την ολοκλήρωση της μελέτης και την εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων. Ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τον χρόνο που θα διαθέσετε να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο και την πολύτιμη συμβολή .

Για οποιαδήποτε διευκρίνιση είμαι στη διάθεση σας.

Στοιχεία επικοινωνίας:

ονοματεπώνυμοι,

email:

τηλ. επικοινωνίας

Παρακαλώ σημειώστε με ένα Χ εάν δέχεστε να συμμετάσχετε στη μελέτη.

Δέχομαι να συμμετάσχω στη μελέτη ☐

A. Δημογραφικά Στοιχεία

Παρακαλώ **κυκλώστε** την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει.

1.Φύλο

A. Άνδρας

B. Γυναίκα

2.Ηλικία

A. 18 - 25 ετών

B. 26 – 35 ετών

Γ. 36 – 45 ετών

Δ. 46 – 55 ετών

E. Άνω των 56 ετών

3. Οικογενειακή κατάσταση

A. Άγαμος/η

B. Έγγαμος/η

Γ. Διαζευγμένος/η ή σε διάσταση

Δ. Χήρος/α

4. Επίπεδο εκπαίδευσης

A. Απόφοιτος/η Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης

B. Απόφοιτος/η ΙΕΚ

Γ. Κάτοχος πτυχίου ΑΕΙ

Δ. Κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών

Ε. Κάτοχος διδακτορικού διπλώματος

5. Θέση εργασίας

Α. Ιατρός

Β. Νοσηλεύτης/τρια

Γ. Διοικητικός υπάλληλος

Δ. Άλλο (προσδιορίστε).....

6. Προϋπηρεσία σε έτη

Α. 1-2 έτη

Β. 3-5 έτη

Γ. 6-10 έτη

Δ. 11-20 έτη

Ε. ≥ 21 έτη

7. Μηνιαίο εισόδημα

Α. Λιγότερο από 580 ευρώ

Β. Από 580 έως 690 ευρώ

Γ. Από 690 έως 1150 ευρώ

Δ. Από 1150 ευρώ και άνω

Ε. Χωρίς απάντηση

8. Χώρος εργασίας

Α. Νοσοκομείο

Β.Π.Φ.Υ.

Γ. Άλλο ...

9. Τμήμα εργασίας

.....

10. Θέση ευθύνης

- A. Διευθυντής
- B. Προϊστάμενος
- Γ. Υπάλληλος

Γενικοί οργανωτικοί παράγοντες στο πλαίσιο εργασίας

1. Σε ποιο βαθμό χρειάζεται λόγω της φύσης της εργασίας σας να συνεργάζεστε με άλλους συναδέλφους σας στο πλαίσιο που εργάζεστε;

- A. Καθόλου
- B. Λίγο
- Γ. Μέτρια
- Δ. Πολύ
- E. Πάρα πολύ

2. Σε ποιο βαθμό είστε ικανοποιημένοι/ες από το πόσο συχνά συνεργάζεστε με άλλους συναδέλφους σας στο πλαίσιο που εργάζεστε;

- A. Καθόλου
- B. Λίγο
- Γ. Μέτρια
- Δ. Πολύ
- E. Πάρα πολύ

3. Σε ποιο βαθμό είστε ικανοποιημένοι/ες από την ποιότητα της συνεργασίας σας με άλλους συναδέλφους σας στο πλαίσιο που εργάζεστε;

- A. Καθόλου
- B. Λίγο
- Γ. Μέτρια
- Δ. Πολύ
- E. Πάρα πολύ

Σημειώστε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
1. Πόσο ικανοποιημένοι είστε σε προσωπικό και επαγγελματικό επίπεδο από τους ρόλους και τα καθήκοντα που σας έχουν ανατεθεί;					
2. Πόσο οι προσδοκίες σας από τον οργανισμό σχετίζονται με τις προσδοκίες του οργανισμού από εσάς;					
3. Ο οργανισμός ανταποκρίνεται αρνητικά στην πιθανή συμμετοχή ή δραστηριότητα σας σε άλλους επαγγελματικούς οργανισμούς(π.χ. Ε.Σ.Ν.Ε., επιστημονικές εταιρείες ΕΝΕ);					
4. Πιστεύετε ότι ο φόρτος εργασίας σας είναι μεγαλύτερος σε σύγκριση με το φόρτο εργασίας άλλων επαγγελματικών ομάδων;					
5. Πιστεύετε ότι οι αποδοχές σας είναι αρκετές για να σας παρακινήσουν ικανοποιητικά δεδομένου του φόρτου εργασίας σας;					
6. Η σημερινή σας εργασία μοιάζει με την εντύπωση που έχετε για την ιδανική για εσάς εργασία;					
7. Πιστεύετε ότι θα ήσασταν περισσότερο χαρούμενος/η, ήρεμος/η και αποδοτικός/ή αν εργαζόσασταν σε άλλο επάγγελμα από το σημερινό;					
8. Αν δέχεστε εντολές από περισσότερους από έναν υπεύθυνους, αυτό επηρεάζει την παραγωγικότητα σας αρνητικά;					
9. Αν δέχεστε εντολές από περισσότερους από έναν προϊσταμένους, αυτό προκαλεί συγκρούσεις μεταξύ τους;					
10. Θεωρείτε την «εξουσία» που σας έχει δοθεί επαρκή για να διεκπεραιώσετε τα καθήκοντα σας;					
11. Πόσο θεωρείτε ότι οι θεσμοθετημένοι κανονισμοί καθορίζουν με σαφήνεια τα καθήκοντα σας και βοηθούν να τα εκτελέσετε αποδοτικά;					
12. Έχετε συγκρούσεις με άλλους επαγγελματίες εξαιτίας της συνεργασίας που χαρακτηρίζει την παραγωγή υπηρεσιών υγείας στις μονάδες Π.Φ.Υ/νοσοκομεία;					
13. Όταν λαμβάνετε επαγγελματικές αποφάσεις πόσο αυτόνομοι και ανεξάρτητοι νιώθετε υπό την έννοια ότι δεν αισθάνεστε πιεσμένοι, κατευθυνόμενοι ή εμποδιζόμενοι;					
14. Κατά πόσο η κατανομή των πόρων πραγματοποιείται δίκαια μεταξύ των τμημάτων των μονάδων υγείας;					

Παράγοντες εξέλιξης στο πλαίσιο εργασίας

Σημειώστε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
1. Πόσο οι διαφορές στο επίπεδο εκπαίδευσης οδηγούν σε προβλήματα επικοινωνίας μεταξύ των διαφόρων επαγγελματικών ομάδων;					
2. Είναι τα μηνύματά σας αντιληπτά και οι επαγγελματικές προσδοκίες σας κοινές με άλλες επαγγελματικές ομάδες;					
3. Θεωρείτε ότι λαμβάνετε τις επιβραβεύσεις/ανταμοιβές ανάλογα με την απόδοση στην εργασία σας; (προαγωγή, άδειες, εκτίμηση από τους άλλους, κ.λ.π.)					
4. Θεωρείτε ότι υπάρχουν δίκαιες ανταμοιβές μεταξύ των διαφόρων επαγγελματικών ομάδων;					
5. Πόση επίγνωση έχει η διοίκηση των μονάδων Π.Φ.Υ/ νοσοκομείου για τη συνεισφορά σας στην παροχή υπηρεσιών υγείας;					
6. Πόσο η προαγωγή και η επαγγελματική εξέλιξη σχετίζονται με τις προσδοκίες σας;					

Προτάσεις για την επίλυση συγκρούσεων στο πλαίσιο εργασίας

Σε ποιο βαθμό θεωρείτε ότι είναι απαραίτητη κάθε μία από τις παρακάτω προτάσεις για την επίλυση των συγκρούσεων στις μονάδες ΠΦΥ/νοσοκομείο. Σημειώστε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
1. Δίκαιη κατανομή των πόρων					
2. Η επικοινωνία και η συνεργασία πρέπει να εδραιωθούν στον οργανισμό					
3. Οι αιτίες των συγκρούσεων πρέπει να εντοπιστούν και οι δύο πλευρές θα πρέπει να ακούγονται					
4. Δίκαιη προσέγγιση στην ανταμοιβή και στην τιμωρία					
5. Διενέργεια συνεδριάσεων (για την επίλυση συγκρούσεων)					
6. Όχι διακρίσεις, η διοίκηση πρέπει να παραμένει ουδέτερη					
7. Σαφής κατανομή αρμοδιοτήτων					
8. Λιγότερες πολιτικές σκοπιμότητες στο χώρο εργασίας					

9. Επαγγελματικό management πρέπει να εγκαθιδρυθεί και να έχει τον έλεγχο,					
10. Τα τμήματα πρέπει να είναι αυτόνομα					
11. Σεβασμός στα ατομικά δικαιώματα και στην επαγγελματική εξέλιξη					
12. Δίκαιες αποδοχές					

Έχετε κάποια άλλη πρόταση που θα θέλατε να προτείνετε για την επίλυση των συγκρούσεων στο πλαίσιο εργασίας; Παρακαλώ προσδιορίστε:

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Βασιλείου, Α., Κεχαόγλου, Ν. (2015). Διαχείριση Συγκρούσεων και Επικοινωνία. ΚΑΝΕΠ – ΓΣΕΕ

Γιακουμιδάκης Κ., Μπαλτόπουλος, Γ. Ι., Χαρίτος, Χ., Γαλάνης, Π., & Μπροκαλάκη, Η. (2009), Φόρτος νοσηλευτικής εργασίας, διάρκεια νοσηλείας και θνησιμότητα ασθενών μετά από επέμβαση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης, Νοσηλευτική, 48, 412-423

Creswell, J. W. (2011). Η έρευνα στην εκπαίδευση: Σχεδιασμός, διεξαγωγή και αξιολόγηση της ποσοτικής και ποιοτικής έρευνας. Αθήνα: Εκδόσεις Έλλην.

Διλιντάς, Α. (2010). Μελέτη του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στο προσωπικό ενός πανεπιστημιακού νοσοκομείου. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 27(3), 498-508.

Ζαβλανός, Μ. (2002). Οργανωτική συμπεριφορά. Αθήνα: Σταμούλη. Σαπουντζή-Κρέπια Δ., (2006), Stress management-η διαχείριση του στρες, Αθήνα : Εκδόσεις Έλλην, β' έκδοση.

Θανασάς, Ι. & Χαραλάμπους, Μ. (2016) Βασικές αρχές διοίκησης των σύγχρονων δημοσίων νοσοκομείων στην Ελλάδα. Επιστημονικά Χρονικά, τόμος 21ος, τεύχος 2: 158-170.

Ιπποκράτειο, Γ.Ν.Θ. (2016). 4η ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ Γ.Ν.Θ. ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟΥ 2016. [online] Available at: <http://www.ippokratis.gr/?p=30738>

Καδδά, Ο. (2018) Ομαδική εργασία Επαγγελματιών Υγείας και Ασφάλεια των Ασθενών. Health and Research Journal HRJ: vol. 4(3): 117-118. Κουτσούκη, Σ. &

Κοσμίδης, Δ. (2012) Το φαινόμενο των Ηθικών Εσωτερικών Συγκρούσεων στη Νοσηλευτική Πρακτική. Νοσηλευτική 51(4): 354-363.

Κοντογιάννη, Α. (2007) Η Διαχείριση των συγκρούσεων στο νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό στα Δημόσια Παιδιατρικά Νοσοκομεία. Διπλωματική Εργασία, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών. Μερκούρης, Α. (2008) Μεθοδολογία

Νοσηλευτικής έρευνας, Αθήνα, Εκδόσεις Ελλην. Μέρος Α'. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Κοντογιάννη Α, Γαλάνης Π, Σίσκου Ο, Τσαβαλίας Κ, Κουλη Ε, Μάτζιου Β και συν. Διαχείριση συγκρούσεων στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό παιδιατρικών τμημάτων. Νοσηλευτική 2011, 50:320–331

Κυριόπουλος, Γ. & Τσιάντου, Β. (2010) Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2010, 27(5): 834-840.

Λαχανά,Ε., Τσάρας,Κ., Καλαϊτζίδου,Κ., Γαλάνης, Π., Καϊτελίδου,Δ.,Σαράφης, Π. (2018). Οργανωτικοί παράγοντες και επαγγελματικές προσδοκίες ως κύριες αιτίες συγκρούσεων των νοσηλευτών δημόσιου ελληνικού νοσοκομείου. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής,35(1):81-89

Μπιτσώρη, Ζ. (2013). Ο ρόλος της επικοινωνίας στις υπηρεσίες υγείας, Περιεγχειρητική Νοσηλευτική, 2(2),65-72.

Μπουραντάς, Δ. & Παπαλεξανδρή, Ν. (2003) Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων. Αθήνα: Μπένου. Μπουραντάς Δ.(2018) Επιτυχημένος ηγέτης και Μάνατζερ,Εκδόσεις Ψυχογίος,Αθήνα

Montana, PJ., Charnov, BH. (2002). Συγκρούσεις: Οργανωτική και προσωπική διάσταση στο: Μάνατζμεντ. Αθήνα: Κλειδάριθμος.

Miller, K. (2006) Οργάνωση και Επικοινωνία Προσεγγίσεις και Διαδικασίες. Μετάφραση Κωνσταντοπούλου Μ. Αθήνα: Εκδόσεις Διάυλος.

Παπαντώνη, Ε. & Αυγουστίδου, Ι. (2016) Διαχείριση των Συγκρούσεων στο χώρο εργασίας. 4η Δημερίδα Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Ιπποκράτειο ΓΝΘ, (ΑΑ30) σελ.32. <http://www.ipprokratio.gr/?p=30738>

Παπαδοπούλου Δ. (2011). Διαχείριση συγκρούσεων του νοσηλευτικού προσωπικού στο εργασιακό περιβάλλον των δημοσίων γενικών νοσοκομείων : μελέτη περίπτωσης του Γ.Ν. Τζάνειο Πειραιά. Μεταπτυχιακή διατριβή, Πανεπιστήμιο Πειραιά.

Πατακιά Ε., (2008). Ο ρόλος του φύλου στην επίλυση συγκρούσεων στο εργασιακό περιβάλλον: Η επίδραση της προσωπικότητας και της συναισθηματικής νοημοσύνης, διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Αιγαίου.

Ρόμπολας, Π. & Μπρέντα, Γ. (2019) Το Σύνδρομο Mobbing στον εργασιακό βίο των επαγγελματιών υγείας. *Perioperative Nursing*, vol. 8, issue 1: 35-53.

Σαρίδη Μ., Καρρά Α., Σουλιώτης Κ., (2016), Εργασιακό stress και επαγγελματίες υγείας σε περίοδο οικονομικής κρίσης, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 33(1): 73-83

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

Φουντούκη, Α., Γκατζέλης, Θ., Πάντας, Δ., Θεοφανίδης, Δ. (2009). Η διεπαγγελματική συνεργασία του νοσηλευτή στο εργασιακό περιβάλλον ενός επαρχιακού νοσοκομείου, *Το βήμα του Ασκληπιού*, 8(4):336-352

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Adelman, K. (2012). Promoting Employee Voice and Upward Communication in Healthcare: The CEO's Influence. *Journal of Healthcare Management*, [online] 57(2), pp.133–148.

Almost, J., Wolff, A. C., StewartPyne, A., McCormick, L. G., Strachan, D., & D'souza, C. (2016). Managing and mitigating conflict in healthcare teams: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 72(7), 1490-1505.

Apker, J., Propp, K.M., Zabava Ford, W.S. and Hofmeister, N. (2006). Collaboration, Credibility, Compassion, and Coordination: Professional Nurse Communication Skill Sets in Health Care Team Interactions. *Journal of Professional Nursing*, 22(3), pp.180–189.

Alzoubi, M. M., Kadir Shahar, H., Abdul Manaf, R., Ariffin, A. A., & Zaid M, A.-H. (2019). Total quality management in the health-care context: integrating the literature and directing future research. *Risk Management and Healthcare Policy*, Volume 12(12), 167–177.

Appelbaum, S.H. and Wohl, L. (2000). Transformation or change: some prescriptions for health care organizations. *Managing Service Quality: An International Journal*, 10(5), pp.279–298.

Bîzoi, A.-C. and Bîzoi, C.-G. (2023). Primum Non Nocere: How to Fight the ‘Pandemic’ of Healthcare Corruption. *The Ethics of Bribery*, pp.345–365.

Babiker, A., El Hussein, M., Al Nemri, A., Al Frayh, A., Al Juryyan, N. & Faki M. O. (2014) Health care professional development: Working as a team to improve patient care. *Sudan J Paediatr*, 14(2): 9-16.

Bogossian, F. and Craven, D. (2020). A review of the requirements for interprofessional education and interprofessional collaboration in accreditation and practice standards for health professionals in Australia. *Journal of Interprofessional Care*, 35(5), pp.1–10.

Borkowski, N. and Meese, K.A. (2020). *Organizational Behavior in Health Care*. [online] *Google Books*. Jones & Bartlett Learning.

Brown LD. (1983). *Managing conflict at Organizational Interfaces*, Addison-Wesley. Massachusetts.

Brown, J.B., Mulder, C., Clark, R.E., Belsito, L. and Thorpe, C. (2020). It starts with a strong foundation: constructing collaborative interprofessional teams in primary health care. *Journal of Interprofessional Care*, 35(4), pp.1–7

Brown, D. L. (1986). *Managing conflict at organizational interfaces*. Addison-Wesley Publishing Co., Inc.

Boothman, R. (2016). Breaking through dangerous silence to tap an organization’s richest source of information: it’s own staff, *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 42(4):146-161

Brinkert R. A literature review of conflict communication causes, costs, benefits and interventions in nursing. *J Nurs Manag*. 2010 Mar;18(2):145-56.

Bryman, A. (2008). *Social Research Methods* (3rd edn.). Oxford: University Press.

Clegg, S., Mikkelsen, E. N., & Sewell, G. (2015). Conflict: Organizational. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 639–643.

Cavanagh, S.J. (1991). The conflict management style of staff nurses and nurse managers. *Journal of Advanced Nursing*, 16(10), 1254-1260.

Cogin, J.A., Li Ng, J. and Lee, I. (2016) Controlling healthcare professionals: how human resource management influences job attitude and operational efficiency. *Hum Resour Health*. 14(1), 55.

Cushman D.P., (2000), Stimulating and integrating the development of organizational communication: High speed management theory. *Management Communication Quarterly*.

Cooper, C.L. and Payne, R. (1988). *Causes, coping, and consequences of stress at work*. [online] *research.manchester.ac.uk*. John Wiley & Sons Ltd.

Coolican, H. (2004). *Research Methods and Statistics in Psychology* (4th edn.). London: Hodder&Stoughton

Creswell, J. W. (2011). *Η έρευνα στην εκπαίδευση: Σχεδιασμός, διεξαγωγή και αξιολόγηση της ποσοτικής και ποιοτικής έρευνας*. Αθήνα: Εκδόσεις Έλλην.

Dawes P.L., & Graham R.M., (2005), Antecedents of Conflict in Marketing's Cross-Functional Relationship with Sales. *European Journal of Marketing*

Dieleman, M., Gerretsen, B. and van der Wilt, G.J. (2009) Human resource management interventions to improve health workers' performance in low and middle income countries: a realist review. *Health Res Policy Syst*. 7,(7)

De Zulueta, P. (2019). Developing compassionate leadership in health care: an integrative review. *Journal of Healthcare Leadership*, [online] 8(8), pp.1–10.

D'Errico, F., Poggi, I., Vinciarreli, A., Vincze, L. (2015). *Conflict and multimodal communication- Social Research and Machine Intelligence, Computational Social Sciences*, Springer International Publishing Switzerland, ISBN 978- 3- 319- 14080- 3

De Dreu, C. K., & Gelfand, M. J. (2008). Conflict in the workplace: Sources, functions, and dynamics across multiple levels of analysis.

Donaldson,M. (1995). Management for doctors: conflict, power and negotiation. *British Medical Journal*, 310(6972), 104-107.

Duffy FD, Gordon GH, Whelan G, Cole-Kelly K, Frankel R, Buffone N, Lofton S, Wallace M, Goode L, Langdon L; Participants in the American Academy on Physician and Patient's Conference on Education and Evaluation of Competence in

Communication and Interpersonal Skills. Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report. *Acad Med.* 2004 Jun;79(6):495-507.

Dubree, M., Kapu, A., Terrell, M., Pichert, J., Cooper, W., Hickson, G. (2017). Promoting professionalism by sharing a cup of coffee, *American Nurse Today*, 12(5):18-19

Eschak, C. (2012). Delegation: a core competency for the graduate nurse. *dspace.library.uvic.ca*

Engel, J. and Prentice, D. (2013). The ethics of interprofessional collaboration. *Nursing Ethics*, 20(4), pp.426–435.

Epstein, R.A. (2009). *Simple Rules for a Complex World*. [online] *Google Books*. Harvard University Press.

Fassier T, Azoulay E., (2010) Conflicts and communication gaps in the intensive care unit, *Current Opinion in Critical Care*, 16(6):654–65.

Fink-Samnick, E. (2019). The New Age of Bullying and Violence in Health Care. *Professional Case Management. LWW*, [online] 21(3).

Frow, P., McColl-Kennedy, J.R. and Payne, A. (2016). Co-creation practices: Their role in shaping a health care ecosystem. *Industrial Marketing Management*, 56, pp.24–39.

Garcia-Valencia, O., Supawadee Suppadungsuk, Charat Thongprayoon, Miao, J., Supawit Tangpanithandee, Craici, I.M. and Wisit Cheungpasitporn (2023). Ethical Implications of Chatbot Utilization in Nephrology. *Journal of Personalized Medicine*, 13(9), pp.1363–1363

Garcia, C. (2006). Putting conflict management into practice: a nursing case study. *Journal of Nursing Management*, 14(3), 201-206.

Gerardi, D. (2004) Using mediation techniques to manage conflict and create healthy work environments. *AACN*, 15:182-185.

Genç, N. (2007) Yönetim ve organizasyon. Ankara: Seçkin Yayıncılık.(μτφρ από Google Translate)

.Guttman, O.T., Lazzara, E.H., Keebler, J.R., Webster, K.L.W., Gisick, L.M. and Baker, A.L. (2021). Dissecting Communication Barriers in Healthcare. *Journal of Patient Safety*

Guttman, H. (2004) The leader's role in managing conflict. *Leader to Leader*, 31: 48-53.

Hamric, A. B., Davis, W. S. & Childress, M. D. (2006) Moral distress in health care professionals. *Pharos*, 69(1): 16-23.

Hendel T, Fish M, Galon V. Leadership style and choice of strategy in conflict management among Israeli nurse managers in general hospitals. *J Nurs Manag* 2005, 13:137–146

Hofmeyer, A. and Marck, P.B. (2008). Building social capital in healthcare organizations: Thinking ecologically for safer care. *Nursing Outlook*, 56(4), pp.145.e1–145.e9.

Howick, J., Moscrop, A., Mebius, A., Fanshawe, T.R., Lewith, G., Bishop, F.L., Mistiaen, P., Roberts, N.W., Dieninytė, E., Hu, X.-Y., Aveyard, P. and Onakpoya, I.J. (2018). Effects of Empathic and Positive Communication in Healthcare consultations: a Systematic Review and meta-analysis. *Journal of the Royal Society of Medicine*, [online] 111(7), pp.240–252.

Ivancevich, J.M. and Matteson, M.T. (1980). *Stress and Work: A Managerial Perspective*.

Jones, L., Watson, B., Hobman, E., Bordia, P., Gallois, C. and Callan, V.J. (2008). Employee perceptions of organizational change: impact of hierarchical level. *Leadership & Organization Development Journal*, [online] 29(4), pp.294–316.

Kang, F. K. (2015) Nursing Philosophy: Rethinking Nurses' Moral Dilemma and Self cultivation from the Perspectives of Foucauldian Notions. *Perspectives in Nursing Science* Vol. 12 No. 2: 124-127.

Karanikola MN, Papathanassoglou ED, Giannakopoulou M, Koutroubas A. Pilot exploration of the association between self-esteem and professional satisfaction in Hellenic hospital nurses. *J Nurs Manag*. 2007 Jan;15(1):78-90.

- Koulouri, A., Roupa, Z., Sarafis, P., Hatzoglou, C., Gourgoulialis, K.(2015). Assessment of health level and socio-economic characteristics of people working in the shipbuilding industry; a control group study *Global Journal of Health Science*, 7(2).
- Coolican, H. (2004). *Research Methods and Statistics in Psychology* (4th edn.). London: Hodder&Stoughton.
- Kilman, R.H. and Thomas, K.W. (1977). Developing a Forced-Choice Measure of Conflict-Handling Behavior: The 'Mode' Instrument. *Educational and Psychological Measurement*, 37(2), pp.309–325.
- Kim, S., et al. (2017). Individual, Interpersonal, and organizational factors of healthcare conflict: A scoping review. *Journal of Interprofessional Care*, 31(3): 282- 290.
- Kim, S., Buttrick, E., Bohannon, I., Fehr, R., Frans, E., & Shannon, S. E. (2016). Conflict Narratives from the Health Care Frontline: A Conceptual Model. *Conflict Resolution Quarterly*, 33(3), 255–277.
- Lancaster, G., Kolakowsky-Hayner, S., Kovacich, J., & Greer-Williams, N. (2015). Interdisciplinary Communication and Collaboration Among Physicians, Nurses, and Unlicensed Assistive Personnel. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(3), 275–284
- . Leca, S., Griffiths, A. and Cox, T. (2003). *WORK ORGANISATION AND STRESS WORLD HEALTH ORGANIZATION PROTECTING WORKERS' O HEALTH SERIES N 3*.
- Lemieux-Charles, L. and McGuire, W.L. (2006). What Do We Know about Health Care Team Effectiveness? A Review of the Literature. *Medical Care Research and Review*, 63(3), pp.263–300.
- Levesque, M. (2020). *Professional distress in clinical social workers: an understanding through social representations*.
- Lewis, M. and Pettersson Gellander, G. (2009). *Governance in Health Care Delivery: Raising Performance*.
- Loeb, D.F., Bayliss, E.A., Candrian, C., deGruy, F.V. and Binswanger, I.A. (2016). Primary care providers' experiences caring for complex patients in primary care: A qualitative study. *BMC Family Practice*

Luxford, K., Safran, D.G. and Delbanco, T. (2011). Promoting patient-centered care: a qualitative study of facilitators and barriers in healthcare organizations with a reputation for improving the patient experience. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(5), pp.510–515.

Malliarou, M., Sarafis, P., Moustaka, E., Kouvela, T., Constantinidis, T. (2010). Greek registered nurses' job satisfaction in relation to work-related stress. A study on army and civilian RNs. *Global Journal of Health Science*, 2, 44–59.

Makary, M. A., & Daniel, M. (2016). Medical error-the third leading cause of death in the BMJ (Clinical https://doi.org/10.1136/bmj.i2139 Research Ed.), 353, i2139.

Matheson, C., Robertson, H.D., Elliott, A.M., Iversen, L. and Murchie, P. (2016). Resilience of primary healthcare professionals working in challenging environments: a focus group study. *British Journal of General Practice*, [online] 66(648), pp.e507–e515.

McLaughlin, C. P., & Kaluzny, A. D. (1990). Total quality management in health: Making it work. *Health Care Management Review*, 15(3), 7–14.

Mills MEC., (2002), Conflict in Health Care Organizations, *Journal Health Care L & Pol'y*. 5:502.

Mills, A.E. and Rorty, M.V. (2002). Total Quality Management and the Silent Patient. *Business Ethics Quarterly*, 12(4), pp.481–504.

Mitchell D.E. (2018) Causes of Organizational Conflict. In: Farazmand A. (eds) *Global Encyclopedia of Public Administration, Public Policy, and Governance*. Springer, Cham.

Moore, E. W. (1970) *The professions: roles and rules*. New York: Russel Sage Foundation.

Musto, L.C., Rodney, P.A. and Vanderheide, R. (2015). Toward interventions to address moral distress: navigating structure and agency. *Nursing Ethics*, [online] 22(1), pp.91–102.

Muchena, R.I. (2019). *An exploration of corruption in the health sector : a case of Zimbabwe*.

McKenzie DM. The role of mediation in resolving workplace relationship conflict. *Int J Law Psychiatry*. 2015 Mar-Apr;39:52-9.

Nolte, E., & Knai, C. (2015). Assessing chronic disease management in European health systems. Country reports.

Ovretveit, J. (1995) Team decision-making. *Journal of Professional Care*, 9(1): 41-51.

.O'Daniel, M. and Rosenstein, A.H. (2008). *Professional Communication and Team Collaboration*.

O'Connor, P., O'dea, A., Lydon, S., Offiah, G., Scott, J., Flannery, A., Lang, B., Hoban, A., Armstrong, C., & Byrne, D. (2016). A mixed-methods study of the causes and impact of poor teamwork between junior doctors and nurses. *International Journal for Quality in Health Care*, 28(3), 339–345.

Operating Room Frontline Perspectives among Hospitals and Operating Room Personnel. *Anesthesiology*

Oandasan, I.F., Gotlib Conn, L., Lingard, L., Karim, A., Jakubovicz, D., Whitehead, C., Miller, K.-L., Kennie, N. and Reeves, S. (2009). The impact of space and time on interprofessional teamwork in Canadian primary health care settings: implications for health care reform. *Primary Health Care Research & Development*, 10(02), p.151.

O'Dowd, E., O'Connor, P., Lydon, S., Mongan, O., Connolly, F., Diskin, C., McLoughlin, A., Rabbitt, L., McVicker, L., Reid-McDermott, B., & Byrne, D. (2018). Stress, coping, and psychological resilience among physicians. *BMC Health Services Research*, 18(1).

Pavlakakis A, Kaitelidou D, Theodorou M, Galanis P, Sourtzi P, Siskou O. Conflict management in public hospitals: the Cyprus case. *Int Nurs Rev*. 2011 Jun;58(2):242-8.

Pejic, J. (2005) Procedural principles for internment/administrative detention. *International Review of the Red Cross*, Volume 87 Number 858: 375-391.

Proksch, S. (2014) *Conflict Management, Management for Professionals*. New York: Springer.

Pitchert, J., Moore, I., Karrass, J., Jay, J., Westlake, M., Catron, T., Hickson, G. (2013). An intervention model that promotes accountability: Peer messengers and

patient/family complaints, *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 39(10):435-446

Porter, M.E. and Teisberg, E.O. (2006). *Redefining Health Care: Creating Value-based Competition on Results*. [online] *Google Books*. Harvard Business Press.

Rabih, J. (1998). *TQM implementation in health care : a proposed framework*. [online] spectrum.library.concordia.ca.

Rahim, M., Buntzman, G., White, D. (1999). An empirical study of the stages of moral development and conflict management styles. *The International Journal of Conflict Management*, 10(2),154-171.

Robson, C. & McCartan, K. (2015). *Real World Research* (4th edn.). New Jersey: Wiley.

Risberg A (2001) Employee experiences of acquisition processes. *J World Bus* 36(1):58-84.

Rosen, M.A., DiazGranados, D., Dietz, A.S., Benishek, L.E., Thompson, D., Pronovost, P.J. and Weaver, S.J. (2019). *Teamwork in healthcare: Key Discoveries Enabling safer, high-quality care*

Rovithis, M., Linardakis, M., Rikos, N., Merkouris, A., Patiraki, E., & Philalithis, A. (2017). Role conflict and ambiguity among physicians and nurses in the public health care sector in Crete. *Archives of Hellenic Medicine*, 34(5), 648-655.

Salas, E., Wilson, K.A., Murphy, C.E., King, H. and Salisbury, M. (2008). Communicating, Coordinating, and Cooperating When Lives Depend on It: Tips for Teamwork. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, [online] 34(6), pp.333–341

Sexton, J. B., Makary, M. A., Tersigni, A. R., Pryor, D., Hendrich, A., Thomas, E. J., Holzmüller, C. G., Knight, A. P., Wu, Y., & Pronovost, P. J. (2006). Teamwork in the Operating Room Frontline Perspectives among Hospitals and Operating Room Personnel. *Anesthesiology*

Singleton, R., Toombs, L., Taneja, S., Larkin, C., Pryor, M. (2011). Workplace conflict: a strategic leadership imperative. *International Journal of Business and Public Administration*, 8(1), 149-163.

- Stuart, D. (1994). Total quality management in health care. *Australian Health Review: A Publication of the Australian Hospital Association*, 17(3), 47–56.
- Swansburg, C. & Swansburg, J., 1999. Conflict management. Ed. E. Singleton, In: *Introductory management and leadership for nurses..* Canada: Jones and Bartlett Publishers, pp. 633-646.
- Shih, H. A., & Susanto, E. (2010). Conflict management styles, emotional intelligence, and job performance in public organizations. *International Journal of Conflict Management*, 21(2), 147-168
- Schlitzkus, L. L., Vogt, K. N., Sullivan, M. E., & Schenarts, K. D. (2014). Workplace bullying of general surgery residents by nurses. *Journal of surgical education*, 71(6), e149-e154.
- Simon, L. (2016). The Relationship between Knowledge Management Tools and Interprofessional Healthcare Team Decision Making. *Walden Dissertations and Doctoral Studies*.
- Steele, L. (2019). Work-Life Balance and Healthy Living for Healthcare Professionals. *Encyclopedia of the UN Sustainable Development Goals*, pp.791–800. doi:https://doi.org/10.1007/978-3-319-95681-7_2.
- Schneider, B. and Gunnarson, S. (1991) Organizational climate and culture: The psychology of the workplace. *Applying Psychology in Business* Lexington, MA. 542–551.
- Skjørshammer, M. (2001a) Conflict management in a hospital: designing processing structures and intervention methods. *Journal of Management in Medicine* 15(2):156-166.
- Skjørshammer M. (2001b) Co-operation and conflict in a hospital: interprofessional differences in perception and management of conflicts. *Journal of Interprofessional Care*, 15(1): 7–18.
- Skjørshammer, M. & Hofoss, D. (1999) Physician in conflict: A survey study of individual and work-related characteristics. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 13(4): 211–216.

- Somech, A., Desivilya, H. S., & Lidogoster, H. (2009). Team conflict management and team effectiveness: The effects of task interdependence and team 92 identification. *Journal of Organizational Behavior: The International Journal of Industrial, Occupational and Organizational Psychology and Behavior*, 30(3), 359-378.
- Talib, F., Rahman, Z. and Azam, M. (2011). Best Practices of Total Quality Management Implementation in Health Care Settings. *Health Marketing Quarterly*,
- Thanislas, S. (2024). Navigating The Future Of Healthcare: Adapting To Transformative Changes In Care. [online] 12(1), pp.2320–2882.
- Tengilimoglu, D & Kisa, A (2005). Conflict Management in Public University Hospitals in Turkey. *The health care manager*. 24. 55-60.
- Torrington D., Hall L., & Taylor S., 2005, Pearson Education
- Thomas, K. W. (1992). Conflict and Conflict Management: Reflections and Update. *Journal of Organizational Behavior*, 13, 265-274.
- Valentine PE. Management of conflict: do nurses/women handle it differently? *J Adv Nurs*. 1995 Jul;22(1):142-9.
- Vivar, C.G. (2006). Putting conflict management into practice: A nursing case study. *Journal of Nursing Management*, 14(3),201-206.
- Vian, T. (2007). Review of corruption in the health sector: theory, methods and interventions. *Health Policy and Planning*, [online] 23(2), pp.83–94.
- Walrath, J. M., Dang, D., & Nyberg, D. (2010). Hospital RNs' experiences with disruptive behavior: a qualitative study. *Journal of Nursing Care Quality*, 25(2), 105-116.
- Workplace Conflict and How Businesses Can Harness it to Thrive, CPP Global Human Capital Report, Global Human Capital Report, July 2008
- Wright K.B.,(2011), A communication competence approach to healthcare worker conflict, job stress, job burnout, and job satisfaction. *Journal for healthcare quality: official publication of the National Association for Healthcare Quality*, 33(2):7–14.
- .Woolley, F. R., Kane, R. L., Hughes, C. C. & Wright, D. D. (1978) The effects of doctor patient communication on satisfaction and outcome of care. *Social Science &*

Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology, Volume 12, Pages 123-128.

Weiner, J.S. and Cole, S.A. (2004). Three Principles to Improve Clinician Communication for Advance Care Planning: Overcoming Emotional, Cognitive, and Skill Barriers. *Journal of Palliative Medicine*, 7(6), pp.817–829.

Wanger, J. (2018) Leadership and influencing change in Nursing. Montreal, Canada: Pressbooks.

WHO, WORLD BANK, & OECD. (2018). Delivering quality health services. <http://apps.who.int/bookorders>.

.

Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα: Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν.1599/1986, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής μου εργασίας, δεν προσβάλλει κάθε μορφής δικαιώματα διανοητικής ιδιοκτησίας, προσωπικότητας και προσωπικών δεδομένων τρίτων, δεν περιέχει έργα/εισφορές τρίτων για τα οποία απαιτείται άδεια των δημιουργών/δικαιούχων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον και πληρούν τους κανόνες της επιστημονικής παράθεσης.