

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κοινή αντίληψη γύρω από το **αγαθό της υγείας** δύσκολα συνδυάζεται με οικονομικές έννοιες. Όμως ακόμη και η υγεία, σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο, επηρεάζεται από ανθρώπινες ενέργειες, όπως άλλωστε όλα τα αγαθά και οι υπηρεσίες. Μπορεί λοιπόν να ειπωθεί ότι η υγεία **«παράγεται»** και επομένως υπόκεινται στους κανόνες που καθορίζουν την παραγωγική διαδικασία.

Ο **τομέας της υγείας**, τόσο στην Ελλάδα όσο και διεθνώς, αναπτύσσεται γρηγορότερα από άλλους τομείς και οι **δαπάνες υγείας** αυξάνονται ταχύτερα από το εθνικό εισόδημα. Τα ποσά που διατίθενται σε αγαθά και υπηρεσίες, αλλά και σε επενδύσεις για υποδομές και εξοπλισμό υγείας αποτελούν τις δαπάνες υγείας. Αφορούν δαπάνες, τόσο δημοσίων, όσο και ιδιωτικών φορέων (που συμπεριλαμβάνουν και τα νοικοκυριά). Τα διαθέσιμα μέτρα είναι **η κατά κεφαλή δαπάνη** και το **ποσοστό (%) του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος (Α.Ε.Π.)** που καταναλώνεται στον τομέα της υγείας. Η κατά κεφαλή δαπάνη δείχνει το απόλυτο ύψος της δαπάνης σε σχέση με τον πληθυσμό και η δαπάνη ως ποσοστό του Α.Ε.Π. δείχνει τη σχετική σημασία του τομέα υγείας στο σύνολο της οικονομίας. Για να εξασφαλιστεί ότι τα χρήματα που ξοδεύονται κατανέμονται και χρησιμοποιούνται με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, απαιτείται **οργάνωση της παραγωγικής διαδικασίας σε όλα τα στάδια**. Έτσι, θα επιτυγχάνεται το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα με τους πόρους που διατίθενται κάθε φορά (Λιαρόπουλος 2007).

Η επίλυση των προβλημάτων που απασχολούν τον τομέα της υγείας σε όλες τις χώρες δεν είναι αποκλειστικά οικονομικό ζήτημα, αλλά ούτε και μόνο πολιτικό. Όπως έχει δείξει η ελληνική αλλά και η διεθνής εμπειρία, η **διάθεση πόρων δεν αρκεί για τη βελτίωση του επιπέδου της υγείας του πληθυσμού**. Η διάθεση πόρων δηλαδή, είναι αναγκαία αλλά όχι ικανή συνθήκη για τη βελτίωση της απόδοσης του συστήματος υγείας και των παρεχομένων υπηρεσιών του. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η Αμερική, που αν και ξοδεύει 16% του Α.Ε.Π. για την υγεία έχει πολύ χειρότερα αποτελέσματα από την Ευρώπη, που ξοδεύει κατά μέσο όρο 9% του Α.Ε.Π. Το κόστος της προσφοράς, για την επίτευξη της μεγαλύτερης δυνατής αποδοτικότητας στην παραγωγή των υπηρεσιών υγείας, είναι το σημείο εκείνο που έχει ιδιαίτερη σημασία, ανεξάρτητα από την κοινωνική δικαιοσύνη στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Η χώρα μας επίσης, αν και ξοδεύει 9,6% του Α.Ε.Π. για την υγεία, δεν έχει ικανοποιητικά αποτελέσματα

συγκριτικά με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες που ξοδεύουν ανάλογα ή ακόμη και μικρότερα ποσά. Σε έρευνα του 2009 από το Ευρωβαρόμετρο, όπου οι πολίτες της Ευρώπης αξιολόγησαν το σύστημα υγείας της χώρας τους, η έκφραση της δυσαρέσκειας των Ελλήνων πολιτών ήταν έντονη, αφού μόνο το 25% των πολιτών φάνηκε να μένουν ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του συστήματος υγείας (μέσος όρος των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης: 70%) (Λιαρόπουλος 2010).

Ο τομέας της υγείας, στις χώρες του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (Ο.Ο.Σ.Α.), απασχολεί κατά μέσο όρο **5-10% του εργατικού δυναμικού** και σημειώνει ετησίως αύξηση που κυμαίνεται μεταξύ 1,5-2%. Αυτό πιθανότατα οφείλεται στην ανάπτυξη της τεχνολογίας και της επακόλουθης απασχόλησης εξειδικευμένου προσωπικού, καθώς και στην ανάπτυξη των δυνατοτήτων εντατικής φροντίδας. Γενικότερα, το γεγονός της αύξησης των δυνατοτήτων στη διάγνωση και τη θεραπεία, ιδιαίτερα στο νοσοκομειακό χώρο, φαίνεται ότι αύξησε παράλληλα και την ανάγκη για απασχόληση μεγαλύτερου αριθμού επαγγελματιών υγείας (Λιαρόπουλος 2007).

Το **ανθρώπινο δυναμικό** στον τομέα της υγείας αποτελεί ουσιώδες κεφάλαιο, όχι μόνο για την ποσοτική, αλλά και για την ποιοτική σύνθεσή του. Παρότι η σύγχρονη τεχνολογία όλο και περισσότερο διεισδύει στον τομέα υγείας, **η υγεία εξακολουθεί να παραμένει τομέας έντασης εργασίας**. Η έκφραση «έντασης εργασίας» σημαίνει ότι ο παραγωγικός συντελεστής της εργασίας, κατά την παραγωγική διαδικασία του τομέα της υγείας, υπερέχει σε σχέση με τους υπολοίπους, όπως για παράδειγμα οι υλικοί πόροι. Σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.), περισσότερο από το 60% των δαπανών υγείας διατίθεται για το ανθρώπινο δυναμικό. Όπως γίνεται εύκολα αντιληπτό, ζητήματα που σχετίζονται με τη διαχείριση και την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα υγείας είναι μείζονος σημασίας. Τα προβλήματα που ανακύπτουν και σχετίζονται με το ανθρώπινο δυναμικό είναι πολλά και αφορούν την ανισοκατανομή μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, τη χαμηλή παραγωγικότητα, τη χαμηλή ικανοποίηση των ασθενών κ.λπ. (Λιαρόπουλος 2007).

Όντας κατ' εξοχήν «εντάσεως εργασίας», το σύστημα υγείας είναι **πρωτίστως ένα σύνολο ανθρωπίνων σχέσεων και κυρίως αλληλεξαρτήσεων**. Οι σχέσεις αυτές δύσκολα διαταράσσονται και ακόμη δυσκολότερα βρίσκονται λύσεις **«θετικού αθροίσματος»**, όπου ωφελούνται όλοι, από ενδεχόμενες αλλαγές.

Οι υπηρεσίες υγείας έχουν **πολυ-επαγγελματική δομή** και απαιτούν τη **συνέργεια** κατάλληλου αριθμού διαφορετικών επαγγελματιών, προκειμένου να υπάρξει

ένα **ικανοποιητικό αποτέλεσμα που να ανταποκρίνεται σε ποσοτικά και ποιοτικά κριτήρια** (Λιαρόπουλος 2010).

Λέγεται ότι υπάρχει μία **οργανωμένη δραστηριότητα**, όταν οι άνθρωποι (και συχνά και μηχανές ή άλλοι πόροι) συνδυάζονται κατά ένα συγκεκριμένο τρόπο για να εργαστούν αποβλέποντας σε γενικά αποδεκτούς στόχους, και όταν οι δραστηριότητες όσων συμμετέχουν στην παραγωγική διαδικασία καθορίζονται από συγκεκριμένες και επίσημες σχέσεις. Το **μάνατζμεντ** αποτελεί τη διαδικασία της ενσυνείδητης καθοδήγησης τέτοιων οργανωμένων δραστηριοτήτων. Ο μάνατζερ, πέρα από την ενασχόλησή του σε θέματα οργάνωσης, πρέπει να μελετήσει **τους παράγοντες εκείνους που διαμορφώνουν την ανθρώπινη, επαγγελματική και επιστημονική συμπεριφορά** των ατόμων που εμπλέκονται στην παραγωγική διαδικασία, αλλά και τη σχέση του όλου συστήματος με τον αποδέκτη των υπηρεσιών υγείας.

Στην οργάνωση των υπηρεσιών υγείας λοιπόν, **η έρευνα των παραγόντων που επηρεάζουν την παραγωγικότητα του ανθρώπινου δυναμικού** παρουσιάζει μεγάλο ενδιαφέρον. Ένας από τους λόγους που εντείνεται το ενδιαφέρον είναι ο τρόπος που το συγκεκριμένο ζήτημα **συνδέεται με την ανάγκη να αυξηθεί το παραγόμενο προϊόν**, με δεδομένο ότι υπάρχουν περιορισμένοι πόροι (Λιαρόπουλος 2007).

Τα τελευταία πενήντα χρόνια, οι χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. έχουν να επιδείξουν **σημαντική πρόοδο στο χώρο της υγείας**. Η υγεία του πληθυσμού έχει βελτιωθεί σημαντικά με τη συμβολή της οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης, την εξέλιξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας, αλλά και των συντονισμένων προσπαθειών για πρόληψη και προαγωγή της υγείας. Η πρόοδος που σημειώθηκε όμως, είχε **υψηλό κόστος**, αφού συνοδεύτηκε από **τριπλασιασμό του ποσοστού του Α.Ε.Π. που διαθέτουν οι χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. για δαπάνες υγείας**, και κυρίως αφορούν δημόσια δαπάνη. Με εντεινόμενο το φαινόμενο της παγκοσμιοποίησης των οικονομιών, η κυρίαρχη τάση τα τελευταία χρόνια είναι η **μείωση των δημόσιων ελλειμμάτων**, μέσα από προσπάθειες για **βελτίωση της αποδοτικότητας** των συστημάτων υγείας (Λιαρόπουλος 2010).

Η έκταση των δαπανών και ο τρόπος χρηματοδότησης αποτελούν δείκτες της έμφασης που δίνει κάθε χώρα στην προστασία της υγείας και την ισοτιμία στην κατανομή των βαρών. Δεν δείχνουν όμως, τίποτα σχετικό με την αποδοτικότητα των δαπανών στην παραγωγή των προσδοκώμενων αποτελεσμάτων υγείας. Στην Οικονομική Επιστήμη, η **αποδοτικότητα** ορίζεται ως ο λόγος του κόστους προς το παραγόμενο προϊόν. Συνεπώς, η αποδοτικότητα του συστήματος υγείας εξαρτάται από το κόστος (δηλαδή τη δαπάνη σε % Α.Ε.Π.) και το παραγόμενο προϊόν σε ποσότητες (υπηρεσίες

υγείας). Η **βελτίωση της αποδοτικότητας** μπορεί να προέλθει, είτε από **μείωση της δαπάνης για υπηρεσίες, είτε από αύξηση της ποσότητας του παραγόμενου προϊόντος**, δηλαδή των παρεχομένων υπηρεσιών με δεδομένες τις δαπάνες (Λιαρόπουλος 2010).

Η έννοια της απόδοσης διαφέρει από την έννοια της αποδοτικότητας. Η **απόδοση του συστήματος** είναι μία πολυδιάστατη και σύνθετη έννοια και αντικατοπτρίζει το βαθμό στον οποίο επιτυγχάνονται διάφοροι στόχοι, πολλές φορές και αντικρουόμενοι. Η αποδοτικότητα, σε αντίθεση, είναι ο λόγος του βαθμού επίτευξης του σκοπού προς το σύνολο των διατιθέμενων πόρων που δόθηκαν για το σκοπό αυτό. Συνεπώς, η απόδοση είναι μία «πολιτική» έννοια, ενώ η αποδοτικότητα είναι καθαρά οικονομική έννοια (Λιαρόπουλος 2010).

Στα νοσοκομεία, που αποτελούν **σύνθετους** οργανισμούς, είναι φανερό ότι υπάρχει η ανάγκη **διεπιστημονικής συνεργασίας**, για να επιτευχθούν οι κλινικοί στόχοι που αφορούν τον άρρωστο, αλλά και οι υπόλοιποι στόχοι που αφορούν θέματα διοίκησης. Η ανάγκη διεπιστημονικής συνεργασίας αυξάνει το βαθμό **αλληλεπίδρασης** μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και είναι γεγονός ότι **όσο αυξάνονται αυτού του είδους οι αλληλεπιδράσεις, τόσο αυξάνεται η πιθανότητα δημιουργίας συγκρούσεων**. Η διατήρηση αρμονικών εργασιακών σχέσεων και η διεπιστημονική συνεργασία αποτελούν αναγκαιότητα για τους νοσηλευτές, παράλληλα με την άσκηση των καθηκόντων τους (Σταθοπούλου 2006).

Πολλές **ομάδες** αλληλεπιδρούν και **εμπλέκονται** σε συγκρούσεις κατά την παροχή της φροντίδας υγείας, όπως για παράδειγμα το νοσηλευτικό προσωπικό με τους ιατρούς ή τους ασθενείς ή τους συγγενείς/επισκέπτες ασθενών, το νοσηλευτικό προσωπικό μεταξύ τους κ.λπ. Η σύγκρουση σχετίζεται με τα **ανθρώπινα συναισθήματα**, όπως το συναίσθημα της παραμέλησης, της υποεκτίμησης, της αδιαφορίας, το συναίσθημα να σε θεωρούν δεδομένο και να σου αυξάνουν το φόρτο εργασίας. Μέσα στο άτομο αναπτύσσεται ο θυμός, που μπορεί να γίνει οργή, και να εμφανιστούν **συμπεριφορές**, όπως η μελαγχολία, η εριστικότητα ή ακόμη και η βία (Παπαδοπούλου 2009). Τα συναισθήματα και οι συμπεριφορές που αναπτύσσονται **εμποδίζουν την ομαλή εκτέλεση της εργασίας**, με αποτέλεσμα να **μειώνεται η παραγωγικότητα και να γίνονται λάθη ή παραλείψεις** (Swansburg & Swansburg 1999).

Οι γρήγορες αλλαγές στον τομέα υγείας περιλαμβάνουν την **ανατροπή της υπάρχουσας κατάστασης** στους οργανισμούς παροχής φροντίδας υγείας και την **αβεβαιότητα**. Αβεβαιότητα που υποθάλπεται από τις **αλλαγές στους ρόλους και τις σχέσεις** ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας, αλλά και από τις μη **προσδιορισμένες**

σχέσεις με νέες ειδικότητες ή κατηγορίες εργαζομένων. Οπότε, δημιουργείται σαφώς ένα περιβάλλον αβεβαιότητας και, κάτω από αυτές τις συνθήκες, είναι πολύ πιθανόν να υπάρξουν συγκρούσεις μεταξύ των επαγγελματιών υγείας (Swansburg & Swansburg 1999).

Σε **περιόδους κρίσεων**, όπου είναι περιορισμένοι οι πόροι (π.χ. χρήματα, υλικά, χώρος) προκύπτει, όπως είναι γνωστό, η **ανάγκη για αλλαγές** με πολύ συχνά επακόλουθα δυσμενείς καταστάσεις, που συνοδεύονται από στρες, αντιπαραθέσεις και συγκρούσεις (Cherrington 1989, Likert & Likert 1976). Καθίσταται αναγκαίο λοιπόν, να βρίσκονται αποτελεσματικοί τρόποι για μία δημιουργική επίλυση των συγκρούσεων, τόσο για τη βιωσιμότητα, όσο και για την ανάπτυξη των οργανισμών. Μελέτες στη διοίκηση οργανισμών όπως τα νοσοκομεία δείχνουν ότι η **εξασφάλιση καλής συνεργασίας** είναι ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας που **επηρεάζει το κόστος και την ποιότητα** της φροντίδας υγείας (Likert & Likert 1976).

Το **νοσηλευτικό προσωπικό**, ως μέρος του ανθρώπινου δυναμικού του τομέα της υγείας, αποτελεί την **πολυπληθέστερη επαγγελματική ομάδα** (σε ποσοστιαία αναλογία) στο σύνολο των επαγγελματιών υγείας. Στην Ελλάδα, έχουμε ιδιαίτερα υψηλή αναλογία ιατρών (5,3 ιατρούς/1.000 κατοίκους το 2006), σχεδόν διπλάσια από το μέσο όρο του Ο.Ο.Σ.Α. Την ακριβώς αντίθετη εικόνα έχουμε στη χώρα μας για τους νοσηλευτές, που υπολείπονται κατά πολύ από τα διεθνή πρότυπα. Δηλαδή, ενώ αντιστοιχούν τέσσερις νοσηλευτές σε έναν ιατρό (4:1), όσον αφορά τη στελέχωση για γενικά νοσοκομεία στην Ελλάδα, η αντιστοιχία είναι 1,5 νοσηλευτές ανά ιατρό (Λιαρόπουλος 2010).

Η **σύγκρουση** μέσα στους οργανισμούς είναι **αναπόφευκτη** και όσο πιο μεγάλοι και πιο πολύπλοκοι είναι στο εσωτερικό τους, τόσο πιο πολλές ευκαιρίες υπάρχουν για συγκρούσεις (Brown 1983). Οι συγκρούσεις **προκύπτουν λόγω** των γρήγορων και απρόβλεπτων ρυθμών των επερχόμενων αλλαγών, των νέων τεχνολογικών εξελίξεων, του ανταγωνισμού για τους σπάνιους πόρους, των διαφορών στις κουλτούρες και τις πεποιθήσεις, καθώς και λόγω των διαφορετικών τύπων ανθρώπινης προσωπικότητας (Swansburg & Swansburg 1999). Οπότε, παράγοντες όπως το μέγεθος και η πολυπλοκότητα του οργανισμού, η αυξημένη αλληλεξάρτηση και η ταχεία κοινωνική και τεχνολογική αλλαγή, επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την πρόκληση συγκρούσεων (Brown 1983, Bateman & Snell 2004). Έχοντας αυτά ως δεδομένα, οι μάνατζερ νοσηλευτές πρέπει να κατανοήσουν την έννοια της σύγκρουσης, την αλληλεπίδρασή της στις σχέσεις του προσωπικού, καθώς και την αντιμετώπιση και επίλυσή της. Αποκτώντας δεξιότητες ή μαθαίνοντας τεχνικές επίλυσης των συγκρούσεων, θα είναι δυνατόν να αποτρέπουν την

κλιμάκωση μίας σύγκρουσης και να καθιστούν την εργασία παραγωγική, μετατρέποντας τη σύγκρουση σε μία θετική ή εποικοδομητική διαδικασία (Swansburg and Swansburg 1999).

Η **διαχείριση των συγκρούσεων για τους μάνατζερ είναι κρίσιμης σημασίας γιατί** πρέπει να είναι ικανοί να προβλέπουν και να επιλύουν τις συγκρούσεις, πριν να γίνουν ορατές οι καταστροφικές συνέπειες τους στην αποτελεσματικότητα του οργανισμού. Η ικανότητα επίλυσης των συγκρούσεων, με την επιλογή της **κατάλληλης στρατηγικής** ανάλογα των περιστάσεων, αποτελεί αδιαμφισβήτητα μία πολύτιμη δεξιότητα του μάνατζερ (Likert & Likert 1976, Brown 1983, Arnold & Feldman 1986, Cherrington 1989, Ury, Brett & Goldberg 1993, Bateman & Snell 2004, Lewicki Saunders & Minton 2004, Harvard Business Review 2004).

Εντούτοις, οι συγκρούσεις δεν είναι δυνατόν να εξαλειφθούν σε κανέναν οργανισμό. Είναι μία φυσική συνέπεια και δε θεωρείται απαραίτητη η εξάλειψή της. Οι περισσότεροι οργανισμοί όμως, **έχουν συγκρούσεις σε μεγαλύτερο βαθμό από το επιθυμητό επίπεδο**, με αποτέλεσμα η απόδοσή τους να αρχίζει να μειώνεται (Cherrington 1989).

Οι ανεπίλυτες συγκρούσεις μπορεί να επιφέρουν ανυπολόγιστη ζημιά για τον οργανισμό, αν δεν επιλυθούν με δημιουργικό τρόπο στην κατάλληλη χρονική περίοδο με την κατάλληλη στρατηγική. Η δημιουργία ή διατήρηση ενός εργασιακού περιβάλλοντος, στο οποίο κυριαρχεί κλίμα με υγιείς ανθρώπινες σχέσεις, συμβάλλει σημαντικά στην επίτευξη των στόχων του οργανισμού.

Σε μία δύσκολη περίοδο οικονομικής κρίσης, όπως αυτή που διανύουμε, απαιτούνται πολλές και ριζικές αλλαγές στο εργασιακό περιβάλλον και ιδιαίτερα στο χώρο της υγείας, όπως **συγχωνεύσεις, αλλαγές ρόλων και καθηκόντων, μετακινήσεις προσωπικού εντός των νοσοκομειακών συγκροτημάτων** κ.λπ. Με την αναδιάρθρωση αυτή στον τομέα της υγείας, αναμένεται να εξοικονομηθούν σημαντικοί οικονομικοί πόροι (150 εκατ. ευρώ αναμένεται να είναι το κέρδος από τις συγχωνεύσεις) και να γίνει ορθολογική διαχείριση των υλικών και των ανθρώπινων πόρων (Ημερήσιος τύπος ΤΑ ΝΕΑ, 22-7-2011). Στις παραπάνω αλλαγές, έρχονται να προστεθούν και οι **περικοπές των μισθών των δημοσίων υπαλλήλων** (που σε κάποιες περιπτώσεις φτάνει ως και 40%), **η εφαρμογή του ενιαίου μισθολογίου, οι απολύσεις και η εργασιακή εφεδρεία** (Ημερήσιος τύπος ΤΑ ΝΕΑ, 30-9-2011). Οι αντιδράσεις που θα επέλθουν από αυτή την «καταιγίδα αλλαγών» θα είναι σφοδρές και αναμενόμενες και πιθανότατα να φέρουν συγκρούσεις σε αρκετά μεγάλο βαθμό και στο χώρο της υγείας.

Η σωστή διαχείριση του σημαντικότερου κεφαλαίου ενός οργανισμού, του ανθρώπινου παράγοντα, από τον μάνατζερ είναι δυνατόν να ωφελήσει τον οργανισμό σε σημαντικό βαθμό. Αλλά και οι ίδιοι οι εργαζόμενοι, μέσα από την αποτελεσματική επίλυση των διαφορών τους, έχουν τη δυνατότητα να μεγιστοποιούν την παραγωγικότητά τους, την επαγγελματική ικανοποίησή τους και να εργάζονται αρμονικά σε ένα υγιές εργασιακό περιβάλλον (Agarwal 1982, Arnold & Feldman 1986, Cherrington 1989).

Σύμφωνα με τις πιο σύγχρονες απόψεις του μάνατζμεντ, ο ρόλος του μάνατζερ δεν είναι να εξαλείφει όλες τις συγκρούσεις με οποιοδήποτε κόστος. Αντίθετα, ρόλος του είναι να επιτρέπει ένα ιδανικό επίπεδο συγκρούσεων στον οργανισμό και να επιλύει τις συγκρούσεις με τέτοιο τρόπο, ώστε να οδηγεί τον οργανισμό στην αποτελεσματικότερη λειτουργία του, χωρίς να προκαλείται εχθρική ή καταστροφική συμπεριφορά (Arnold & Feldman 1986, Lewicki Saunders & Minton 2004, Miller 2006, Cherrington 1989).

Μέσα από τον **προσδιορισμό του προβλήματος των συγκρούσεων, ιδιαίτερα στο χώρο του νοσοκομείου**, καθίσταται απόλυτα σαφές ότι η διαχείρισή τους είναι αναγκαία για να επιτευχθούν οι στόχοι του και να αυξηθεί η παραγωγικότητα του ανθρώπινου κεφαλαίου και, ως εκ τούτου, η αποδοτικότητα του οργανισμού. Αυτό αποτέλεσε κίνητρο για τη μελέτη του συγκεκριμένου θέματος, όπου, μέσα από το πρίσμα μίας εκτενούς βιβλιογραφικής ανασκόπησης, ελληνικής και διεθνούς, αναδείχθηκε, πέρα από την **αναγκαιότητα, και η σημαντικότητα της διερεύνησής του**.

Η διαχείριση των συγκρούσεων στον ευαίσθητο χώρο της υγείας **είναι ιδιαίτερης σημασίας**, γιατί όχι μόνο δίνει έμφαση στο πιο πολύτιμο αγαθό, αλλά παράλληλα γιατί ο τομέας της υγείας αποτελεί και ένα αρκετά σημαντικό κομμάτι των οικονομικών δραστηριοτήτων.

Η **δομή της διπλωματικής εργασίας** συνοπτικά, είναι η ακόλουθη:

- **Στο πρώτο κεφάλαιο**, γίνεται ανάλυση των εννοιολογικών ζητημάτων που άπτονται των συγκρούσεων, όπως για παράδειγμα αποσαφήνιση του όρου, προσδιορισμός των αιτιών, συχνότητα εμφάνισής τους, καθορισμός των εμπλεκόμενων μερών, αναγνώριση των συνεπειών και περιγραφή των στρατηγικών αντιμετώπισής τους.
- **Στο δεύτερο κεφάλαιο**, περιλαμβάνεται η ερευνητική προσέγγιση του θέματος, που αφορά τη διαχείριση των συγκρούσεων του νοσηλευτικού προσωπικού στο χώρο των δημόσιων νοσοκομείων, μέσα από τη μελέτη περίπτωσης του Γενικού

Νοσοκομείου Πειραιά «Τζάνειο». Πιο αναλυτικά, γίνεται περιγραφή της μεθοδολογίας της έρευνας, ανάλυση των δεδομένων και καταγραφή των αποτελεσμάτων με τη βοήθεια της περιγραφικής στατιστικής.

- **Στο τρίτο κεφάλαιο**, γίνεται σύγκριση των αποτελεσμάτων με βιβλιογραφικά ευρήματα από άλλες έρευνες της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας πάνω στο συγκεκριμένο θέμα και σχολιασμός τους (συζήτηση).
- **Στο τέταρτο κεφάλαιο**, καταγράφονται τα συμπεράσματα και διατυπώνονται οι προτάσεις για τον τρόπο που τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας θα μπορούσαν να συμβάλουν στην επίλυση του ερευνητικού προβλήματος. Επίσης, γίνεται αναφορά στους περιορισμούς της παρούσας έρευνας, καθώς και στις προτάσεις για επέκταση των ερευνητικών προσεγγίσεων στο μέλλον.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ/ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

1.1 ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΙΣ

Στην ενότητα αυτή, αποσαφηνίζονται έννοιες που είναι ουσιώδους σημασίας για την καλύτερη κατανόηση του θέματος που διερευνάται, όπως **σύγκρουση** και **διαχείριση σύγκρουσης**. Στη συνέχεια, καθορίζονται τα **ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της σύγκρουσης**, έτσι όπως απορρέουν από έναν από τους πιο πλήρεις ορισμούς της σύγκρουσης. Καταγράφονται τα **είδη των συγκρούσεων ανάλογα με το επίπεδο** στο οποίο εκδηλώνονται, **ανάλογα με τα εμπλεκόμενα μέρη** της σύγκρουσης, αλλά και με βάση τις **συνέπειες των συγκρούσεων για τον οργανισμό** (θετικές ή αρνητικές). Καθορίζεται που βρίσκεται διαγραμματικά το **ιδανικό επίπεδο συγκρούσεων για έναν οργανισμό**, δηλαδή σε ποιο σημείο μεγιστοποιείται η απόδοσή του, ποιο είναι το επαρκές επίπεδο συγκρούσεων που φέρνει νέες ιδέες και δημιουργική αναζήτηση επίλυσης των προβλημάτων. Γίνεται αναφορά στις **συγκρούσεις που αφορούν το νοσηλευτικό προσωπικό** στο χώρο του νοσοκομείου, καθώς και στα **εμπλεκόμενα μέρη** αυτών των συγκρούσεων. Αναλύονται οι **πηγές αντιθέσεων** σε έναν οργανισμό υγείας, με έμφαση σε εκείνες που αποτελούν **αίτια συγκρούσεων**. Τέλος, αναφέρονται οι **εκδηλώσεις** μίας σύγκρουσης, εκτός από την απευθείας αντιπαράθεση μεταξύ των εμπλεκομένων μερών, και οι **συνεπείες** της στα άτομα αλλά και στον οργανισμό.

1.1.1. ΟΡΙΣΜΟΙ

Αρχικά, πρέπει να αποσαφηνιστούν οι έννοιες «σύγκρουση» και «διαχείριση συγκρούσεων». Σύμφωνα με το **Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας του Γ. Μπαμπινιώτη**, ως **διαχείριση** ορίζεται «*το σύνολο των ενεργειών που κάνει κανείς, για να τακτοποιήσει, να επιλύσει ή να προωθήσει θέματα της αρμοδιότητάς του, ο τρόπος με τον οποίο τα χειρίζεται...*» και ως **σύγκρουση** ορίζεται «*το ισχυρό χτύπημα κινούμενου αντικειμένου σε άλλο, η βίαιη συμπλοκή, η ένοπλη αντιπαράθεση, (ενώ με τη μεταφορική έννοια) η κατάσταση στην οποία συνυπάρχουν στοιχεία που αλληλοαναιρούνται ή που εμποδίζει το ένα την ύπαρξη ή λειτουργία του άλλου (συμφερόντων / νοοτροπιών /*

απόψεων / αρμοδιοτήτων), η έντονη αντιπαράθεση, ο έντονος ανταγωνισμός για την επικράτηση» (Μπαμπινιώτης 2005).

Γενικά, μία σύγκρουση προφανώς υπάρχει μεταξύ δύο ή περισσότερων μερών, που μπορεί να είναι άτομα, ομάδες, τμήματα, κλάδοι επιχείρησης, εταιρείες, πολιτικά κόμματα ή και ολόκληρα έθνη. Μέσα σε μία οργάνωση, ως σύγκρουση ορίζεται: «η διαφωνία μεταξύ δύο ή περισσότερων πλευρών, ή μεταξύ δύο ή περισσότερων θέσεων, σχετικά με τον καλύτερο τρόπο επίτευξης των στόχων του οργανισμού» (Montana & Charnov 2002).

Είναι γεγονός ότι υπάρχει πληθώρα ορισμών για τη σύγκρουση στη διεθνή βιβλιογραφία. Μερικοί από αυτούς δίνουν έμφαση στις **συνθήκες** που δημιουργούν τις διαφωνίες (π.χ. σπάνιοι πόροι, αποκλίνουσες συμπεριφορές), άλλοι τονίζουν τις **αντιλήψεις** και τα **αισθήματα** που προκύπτουν στη σύγκρουση (π.χ. στερεότυπα, εχθρικότητα, ανταγωνισμός) και τέλος, άλλοι ορισμοί εστιάζουν στη **συμπεριφορά** (π.χ. συγκεκαλυμμένη αντίσταση ή εμφανή επιθετικότητα) (Brown 1983).

Ο ορισμός που δίνει ο David Brown (1983) για τη σύγκρουση δίνει μεγαλύτερη έμφαση στη **συμπεριφορά** και στα **ενδιαφέροντα**, αφού την περιγράφει «ως αποτέλεσμα μίας ασυμβίβαστης συμπεριφοράς ανάμεσα σε μέρη που έχουν διαφορετικά ενδιαφέροντα». Η έννοια της λέξης *ενδιαφέροντα* αναφέρεται σε αναγνωρίσιμα ή μη οφέλη, που προέρχονται από την αλληλεπίδραση των μερών. Μπορεί να είναι κοινά ενδιαφέροντα, όπου και τα δύο μέρη κερδίζουν αμοιβαία από την αλληλεπίδρασή τους, ή τα ενδιαφέροντα μπορεί να συγκρούονται, όπου η μία πλευρά κερδίζει μόνο σε βάρος της άλλης. Στους οργανισμούς βέβαια, οι πλευρές που εμπλέκονται στη σύγκρουση έχουν κάποιου βαθμού αλληλεξάρτηση και επομένως, έχουν κοινά ενδιαφέροντα. Αφορούν συχνότερα ένα συνδυασμό αντικρουόμενων ή κοινών ενδιαφερόντων ανάμεσα στα μέρη και το είδος της αλληλεπίδρασης τους ίσως, να εξαρτάται από την ισορροπία αυτών των συμφερόντων, όπως διατυπώνονται από τα δύο μέρη. Η άλλη έννοια του ορισμού της σύγκρουσης είναι η *ασυμβίβαστη συμπεριφορά*, που αναφέρεται σε ενέργειες από τη μία πλευρά, που έχουν ως σκοπό τους να αντιταχθούν ή να εμποδίσουν την άλλη πλευρά και αυτό αποτελεί σκόπιμη συμπεριφορά. Η ασυμβίβαστη συμπεριφορά έχει πολλά και διαφορετικά επίπεδα έντασης, όπως παθητική έλλειψη υποστήριξης, ρητή διαφωνία, σαμποτάζ και βία. Έτσι, ενώ η συμπεριφορά είναι σχετικά φανερή, τα ενδιαφέροντα είναι πολλές φορές αδιευκρίνιστα και ασαφή (Brown 1983).

Οι Putnam και Poole (1987) **ορίζουν τη σύγκρουση** ως «τη διάδραση αλληλεξαρτώμενων ατόμων που συνειδητοποιούν την αντίθεση των στόχων, σκοπών και

αξιών τους και που θεωρούν ότι το αντίπαλο μέρος μπορεί να παρέμβει στην πραγμάτωση των στόχων αυτών». Διατύπωσαν έναν ορισμό για τη σύγκρουση που είναι πολύ εύστοχος, γιατί δίνει έμφαση σε τρία πολύ σημαντικά στοιχεία της σύγκρουσης στο χώρο του οργανισμού, που είναι οι *ασυμβίβαστοι στόχοι*, η *αλληλεξάρτηση* και η *διάδραση*. Η έννοια των **ασύμβατων στόχων** υπάρχει σχεδόν σε όλους τους ορισμούς της σύγκρουσης και είναι γεγονός ότι η ασυμβατότητα των στόχων έχει μεγάλη ποικιλομορφία. Αφορά αντιφατικές απόψεις για τη διανομή των πόρων του οργανισμού, τις οργανωσιακές διαδικασίες, αλλά και διαφορετικούς προσανατολισμούς αξιών. Η ασυμβατότητα όμως, δεν είναι επαρκής συνθήκη για να δημιουργηθεί μία σύγκρουση στον οργανισμό. Η ασυμβατότητα μπορεί να συνυπάρχει αρμονικά και, μόνο όταν οι συμπεριφορές των μελών του οργανισμού **αλληλεξαρτώνται**, προκαλείται σύγκρουση. Δηλαδή, δεν είναι απαραίτητο να καταλήξουν σε σύγκρουση οι συμπεριφορές που δεν εμπλέκονται σε αλληλεξάρτηση. Τέλος, ο παραπάνω ορισμός τονίζει και το ρόλο της **διάδρασης** στην οργανωσιακή σύγκρουση. Η σύγκρουση δηλαδή, προϋποθέτει την *έκφραση* της ασυμβατότητας και όχι απλώς την *ύπαρξή* της. Η προσέγγιση αυτή δίνει έμφαση στη σημασία της επικοινωνίας, που συνιστά και την ουσία της σύγκρουσης, αφού υποστηρίζει τη δημιουργία ζητημάτων αντίθεσης, εκφράζει τις αντιλήψεις της σύγκρουσης που γίνεται αισθητή από τα εμπλεκόμενα μέρη και μετατρέπει τα συναισθήματα και τις αντιλήψεις σε συγκρουσιακές συμπεριφορές. Επομένως, η σύγκρουση εκδηλώνεται και αντιμετωπίζεται (παραγωγικά ή μη παραγωγικά, δηλαδή εποικοδομητικά ή καταστροφικά) μέσα από την επικοινωνία (Miller 2006).

1.1.2. ΕΙΔΗ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ

Οι συγκρούσεις, ανάλογα με το **επίπεδο** στο οποίο εκδηλώνονται, διακρίνονται σε οριζόντιες και κατακόρυφες. Οι συγκρούσεις μεταξύ ατόμων ή τμημάτων που έχουν παρόμοια εξουσία μέσα στον οργανισμό αφορούν τις **οριζόντιες** συγκρούσεις. Ενώ, οι συγκρούσεις μεταξύ εργαζομένων και διοίκησης, δηλαδή μεταξύ διαφορετικών επιπέδων στην ιεραρχία, αφορούν τις **κατακόρυφες ή κάθετες** (Σταθοπούλου 2006, Armstrong 2003).

Με βάση τα **εμπλεκόμενα μέρη**, οι συγκρούσεις διακρίνονται σε (Σταθοπούλου 2006, Dove 1998, Lewicki Saunders & Minton 2004):

- **Ενδοπροσωπικές ή ενδοψυχικές συγκρούσεις:** εκδηλώνονται μέσα στο ίδιο το άτομο. Πηγές σύγκρουσης μπορεί να είναι ιδέες, σκέψεις, συναισθήματα, αξίες, προδιαθέσεις ή παρορμήσεις που βρίσκονται σε αντιπαράθεση μεταξύ τους. Αυτές οι συγκρούσεις αφορούν παραδοσιακά τους διάφορους τομείς της ψυχολογίας.
- **Διαπροσωπικές συγκρούσεις:** εκδηλώνονται μεταξύ δύο ή περισσότερων ατόμων που έχουν αντιθέσεις σε αξίες, σκοπούς, πεποιθήσεις. Για παράδειγμα, εδώ ανήκουν και οι συγκρούσεις που προκύπτουν ανάμεσα σε προϊσταμένους και υφισταμένους.
- **Συγκρούσεις εντός της ομάδας (ενδο-ομαδική):** εκδηλώνονται μεταξύ των μελών μίας ομάδας, σχετίζονται με τη διάρθρωση των σχέσεων και την κατανομή των ρόλων μέσα στην ομάδα.
- **Συγκρούσεις μεταξύ των ομάδων:** εκδηλώνονται μεταξύ δύο ή περισσότερων ομάδων, τμημάτων ή οργανισμών και αφορούν κυρίως θέματα κατανομής πόρων και οριοθέτησης της περιοχής ελέγχου της κάθε ομάδας.

Γενικά, στους οργανισμούς έχουμε συγκρούσεις μεταξύ ατόμων (interpersonal) και μεταξύ ομάδων (intergroup) (Ζαβλανός 2002).

Με βάση τις συνέπειες των συγκρούσεων στον οργανισμό (θετικές ή αρνητικές), έχουμε τη **λειτουργική (εποικοδομητική)** και τη **μη λειτουργική (καταστρεπτική)** σύγκρουση. Ο πρώτος τύπος σύγκρουσης, δηλαδή ο *λειτουργικός ή εποικοδομητικός*, εξυπηρετεί το συμφέρον του οργανισμού και βελτιώνει την απόδοσή του. Αποτελεί μία εποικοδομητική διαφωνία μεταξύ δύο ή περισσότερων ατόμων, μία υγιή διαδικασία, κατά την οποία παράγονται νέες ιδέες και ευνοείται η δημιουργικότητα αλλά και η διεργασία της μάθησης. Ο δεύτερος τύπος σύγκρουσης, δηλαδή ο *μη λειτουργικός ή καταστρεπτικός*, βάζει σε κίνδυνο το συμφέρον του οργανισμού και μειώνει την απόδοσή του, αφού δημιουργεί αρνητικό κλίμα και καταστρέφει τη συνοχή της ομάδας (Ζαβλανός 2002, Miller 2006, Cherrington 1989, Brown 1983).

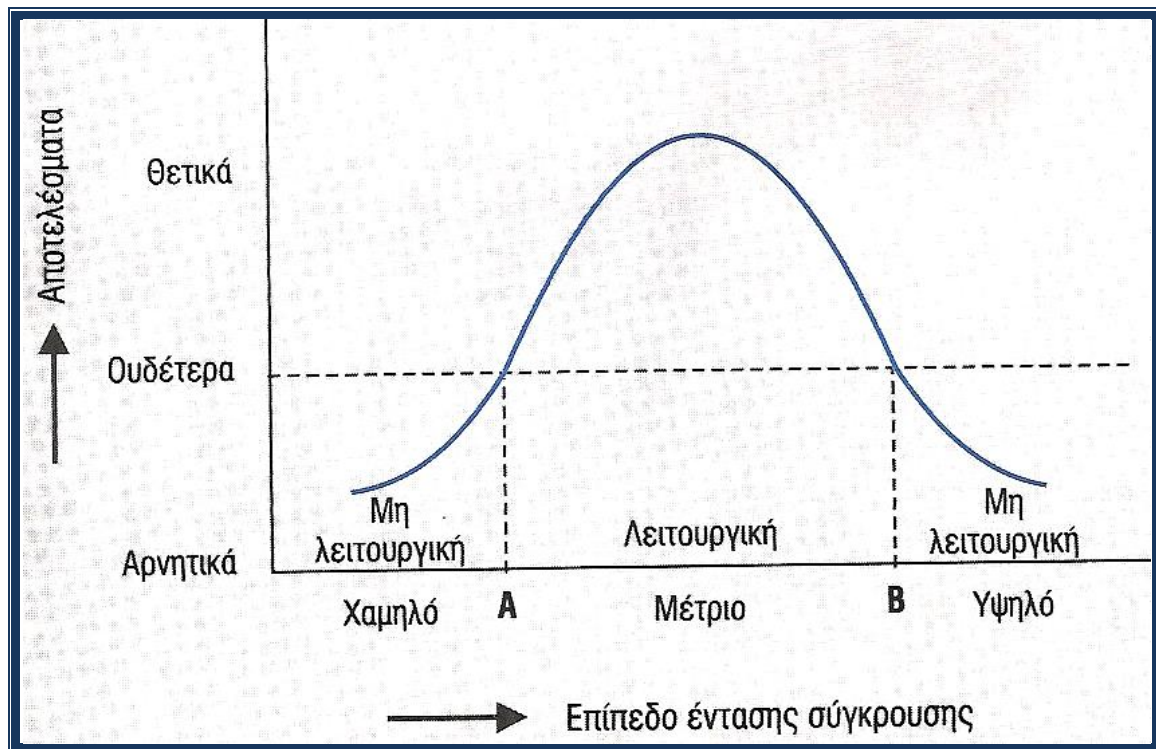
1.1.3. ΣΧΕΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΕΝΤΑΣΗΣ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ ΜΕ ΑΠΟΔΟΣΗ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ

Αναμφίβολα, οι συγκρούσεις έχουν **θετικές ή αρνητικές επιπτώσεις στην αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα του οργανισμού**. Αυτές εξαρτώνται από τη

φύση, αλλά και την ένταση των συγκρούσεων. Αντικειμενικός σκοπός δεν είναι βέβαια να εξαλειφθούν οι συγκρούσεις, αλλά να γίνει αντιληπτός ο αποτελεσματικός τρόπος διαχείρισής τους, ώστε τα καταστροφικά στοιχεία να βρίσκονται υπό έλεγχο, ενώ ταυτόχρονα να προωθούνται οι παραγωγικές πλευρές των συγκρούσεων, που δίνουν την απαραίτητη ώθηση για οργανωσιακή αλλαγή και ανάπτυξη (Lewicki Saunders & Minton 2004, Miller 2006, Cherrington 1989). Από μελέτες έχει βρεθεί ότι η σύγκρουση όχι μόνο βοηθάει, αλλά ίσως να είναι και αναγκαία συνθήκη για δημιουργικότητα. Έχει φανεί ότι οι ετερογενείς ομάδες, που τα μέλη τους έχουν διαφορετικές απόψεις, βρίσκουν καλύτερες λύσεις στα προβλήματα και έχουν περισσότερο δημιουργικές ιδέες. Οι παραπάνω έρευνες, στις οποίες αναφέρεται ο Cherrington στο βιβλίο του “Organizational Behavior”, οδηγούν τους θεωρητικούς στο συμπέρασμα ότι η σωστή διαχείριση των συγκρούσεων ωφελεί τους οργανισμούς (Cherrington 1989).

Το **επίπεδο των συγκρούσεων** σε έναν οργανισμό σχετίζεται με τα **αποτελέσματά του (Σχήμα 1)**. Υπάρχει ένα ιδανικό επίπεδο έντασης των συγκρούσεων, που είναι κατάλληλο για να ενεργοποιεί τα άτομα και να βελτιώνει τα αποτελέσματα του οργανισμού. Στο **Σχήμα 1**, φαίνεται η **σχέση μεταξύ επιπέδου έντασης της σύγκρουσης και αποτελέσματος στον οργανισμό** που απεικονίζεται ως καμπύλη με τη μορφή ανεστραμμένου (U) (Lewicki 1992 στο Almost 2006, Ζαβλανός 2002 σελ. 365, Cherrington 1989 σελ.443, Brown 1983 σελ.8). Η οργανωσιακή αποτελεσματικότητα είναι **χαμηλή**, όταν το επίπεδο των συγκρούσεων είναι εξαιρετικά χαμηλό ή εξαιρετικά υψηλό, ενώ αντιθέτως είναι **υψηλή**, όταν το επίπεδο των συγκρούσεων είναι μετρίου βαθμού. Όταν το επίπεδο των συγκρούσεων είναι εξαιρετικά χαμηλό, η αποδοτικότητα του οργανισμού μειώνεται, κυρίως εξαιτίας έλλειψης ερεθισμάτων και τα άτομα αντιδρούν με απάθεια. Δεν έχουν νέες ιδέες και έτσι ο οργανισμός αργεί να προσαρμοστεί στις αλλαγές του περιβάλλοντος.

Από την άλλη πλευρά, όταν το επίπεδο των συγκρούσεων είναι υψηλό, η αποδοτικότητα του οργανισμού μειώνεται επίσης, αλλά λόγω ανεπαρκούς συντονισμού και συνεργασίας. Έτσι, ο οργανισμός βρίσκεται σε καθεστώς χάους και δεν επιτελούνται κρίσιμες δραστηριότητες, αφού τα άτομα ξοδεύουν περισσότερο χρόνο, αμυνόμενοι ή επιτιθέμενοι σε άλλους, από το να είναι παραγωγικοί στην εργασία τους. Μεταξύ αυτών των δύο ακραίων καταστάσεων, βρίσκεται το ιδανικό επίπεδο συγκρούσεων για τον οργανισμό, όπου μεγιστοποιείται η απόδοσή του, αφού υπάρχει επαρκές επίπεδο συγκρούσεων για να φέρει νέες ιδέες και δημιουργική αναζήτηση επίλυσης προβλημάτων (Cherrington 1989 σελ.443).



ΣΧΗΜΑ 1. Σχέση επιπέδου έντασης συγκρούσεων και αποτελέσματος στον οργανισμό (Ζαβλανός 2002, σελ 365).

1.1.4. ΕΜΠΛΕΚΟΜΕΝΑ ΜΕΡΗ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ

Η σύγκρουση στους νοσηλευτές είναι αρκετά συχνό φαινόμενο. Φαίνεται ότι **οδηγεί στο στρες**, το φόβο, την αγωνία και την καταστροφή των επαγγελματικών σχέσεων. Οι συνθήκες αυτές ευνοούν την αύξηση των πιθανοτήτων για σύγκρουση. Ανάμεσα στους στρεσογόνους παράγοντες, συμπεριλαμβάνονται: η έλλειψη διοικητικής υποστήριξης, η έλλειψη συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων, η υποχρέωση για επίτευξη ολοένα και αυξανόμενων προτύπων απόδοσης και η ταχεία προσαρμογή στις τεχνολογικές αλλαγές. Το **στρες** οδηγεί στη μείωση της παραγωγικότητας, εξαιτίας των **λαθών**, της **ασθένειας** και των **τραυματισμών**, με σημαντικά μεγάλο **κόστος** ετησίως. Οι αντιπαραθέσεις, οι διαμάχες και ο θυμός είναι εκδηλώσεις του στρες και της σύγκρουσης, που προκαλούνται από κακώς εκφρασμένες σχέσεις μεταξύ των ατόμων (Swansburg & Swansburg 1999). Μερικοί επαγγελματίες βιώνουν περισσότερο στρες από ότι βιώνουν άλλοι. Σε αυτούς συγκαταλέγονται και επαγγελματίες, που η εργασία τους έχει κυκλικό ωράριο (βάρδιες) ή εργάζονται σε επικίνδυνο, για την υγεία τους, περιβάλλον (Davis & Newstrom 1989).

Οι επαγγελματίες υγείας, ιδιαίτερα το νοσηλευτικό προσωπικό, βιώνουν πολύ έντονο εργασιακό στρες, λόγω της φύσης της εργασίας, της ιδιαιτερότητας του περιβάλλοντος, των συνθηκών (του κυκλικού ωραρίου, της υποστελέχωσης, του φόρτου εργασίας), αλλά και των περιορισμένων πόρων (Παπαδοπούλου 2009). Οι συγκρούσεις που αφορούν το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να προκύψουν μεταξύ (Swansburg & Swansburg 1999):

- των νοσηλευτών και της διοίκησης του νοσοκομείου (ως εργοδότη),
- των νοσηλευτών και των ιατρών, λόγω της επικάλυψης των ρόλων και της αλλαγής των σχέσεων των ρόλων, αφού οι νοσηλευτές επιτυγχάνουν υψηλά επίπεδα εκπαίδευσης (μεταπτυχιακά διπλώματα ειδίκευσης και διδακτορικούς τίτλους),
- των νοσηλευτών και των ασθενών,
- των νοσηλευτών και των οικογενειών των ασθενών,
- των νοσηλευτών και επαγγελματιών άλλων ειδικοτήτων (δηλαδή διεπιστημονική σύγκρουση),
- των νοσηλευτών και του βοηθητικού προσωπικού και τέλος
- των νοσηλευτών (δηλαδή ενδοεπιστημονική σύγκρουση).

1.1.5. ΑΙΤΙΑ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ

Είναι φανερό ότι υπάρχουν πολλές πηγές αντιθέσεων σε έναν οργανισμό, όμως εκείνες που συνιστούν **αίτια συγκρούσεων** είναι:

1. **Τα προβλήματα στην επικοινωνία.** Η κακή επικοινωνία είναι η πιο συχνή πηγή αντιθέσεων. Σημσιολογικές διαφορές, ανεπαρκής ανταλλαγή πληροφοριών και θόρυβος αποτελούν εμπόδια στην επικοινωνία. (Ζαβλανός 2002, Daft 1991). Σχετικά με τη διεπαγγελματική συνεργασία στην ομάδα υγείας, τα προβλήματα επικοινωνίας οφείλονται τόσο στις διαφορετικές αντιλήψεις (που επηρεάζονται από παράγοντες όπως: αξίες, στάσεις, στερεότυπα, κουλτούρα, επαγγελματική εμπειρία, κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, εκπαίδευση) όσο και στην ελλιπή επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών. Ο τρόπος επικοινωνίας επηρεάζεται σαφώς από τα διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης μεταξύ των επαγγελματιών και τις διαφορές στη χρήση της γλώσσας (διαφορετικούς κώδικες επικοινωνίας και κουλτούρα) (Σαπουντζή- Κρέπια 2001).

2. **Τα προβλήματα στην οργανωτική δομή του οργανισμού.** Σε οργανισμούς με σύνθετη ιεραρχική δομή και πολλά επίπεδα εξουσίας είναι εύκολο να προκύψουν συγκρούσεις λόγω διαστρέβλωσης της επικοινωνίας και αποκλίσεων των στόχων μεταξύ των τμημάτων (Σταθοπούλου 2006). Επίσης, το μέγεθος του οργανισμού έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με την αύξηση της συχνότητας των αντιθέσεων, δηλαδή όσο πιο μεγάλος είναι ο οργανισμός, τόσο περισσότερες είναι οι αντιθέσεις και υψηλότερος ο ρυθμός της έντασης των αντιθέσεων (Ζαβλανός 2002).

3. **Οι ανθρώπινοι παράγοντες.** Η προσωπικότητα του ατόμου, η ικανοποίηση που απορρέει από το ρόλο του, καθώς και η κοινωνική του θέση μπορούν να συμβάλουν στη δημιουργία αντιθέσεων (Ζαβλανός 2002). Ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στη δημιουργία των συγκρούσεων έχουν και οι υποκείμενες ανάγκες και τα κίνητρα των εμπλεκόμενων μερών. Τέτοιου είδους ανάγκες είναι: α) η ανάγκη για απόκτηση πόρων (όπως οικονομικών, προσωπικού, εξοπλισμού, χώρου, χρόνου, πληροφόρησης) και β) ψυχολογικές ανάγκες (όπως η ανάγκη για σεβασμό, αναγνώριση και επίτευξη στόχων), αλλά και συναισθηματικές (όπως είναι η αγάπη και η υποστήριξη) (Gerardi 2004). Η ανάγκη για επίτευξη των στόχων ωθεί τα άτομα ή τις ομάδες στην αναζήτηση των σπάνιων ή περιορισμένων πόρων, που αναπόφευκτα σχεδόν οδηγεί σε συγκρούσεις (Daft 1991, Agarwal 1982).

4. **Η συμμετοχή των υπαλλήλων στη λήψη αποφάσεων.** Υπάρχει μία σταθερά αυξανόμενη τάση για συμμετοχή των υπαλλήλων στη διαδικασία της λήψης των αποφάσεων, αλλά ο βαθμός αυτής της συμμετοχής είναι που δημιουργεί αντιθέσεις (Ζαβλανός 2002).

5. **Η ασάφεια σχετικά με δικαιοδοσίες και αρμοδιότητες** (Ζαβλανός 2002, Daft 1991, Σταθοπούλου 2006, Arnold & Feldman 1986). Η σύγχυση σχετικά με τους επαγγελματικούς ρόλους και αρμοδιότητες είναι συνηθισμένο φαινόμενο στους επαγγελματίες υγείας. Η ανεπαρκής περιγραφή των επαγγελματικών καθηκόντων και οι ανεπαρκείς οδηγίες μπορούν επίσης να επηρεάσουν τη λειτουργία της ομάδας υγείας και να δημιουργήσουν τριβές και συγκρούσεις (Σαπουντζή-Κρέπια 2001, Davis & Newstrom 1989).

6. **Οι αποκλίσεις στα ενδιαφέροντα μεταξύ διοίκησης (προϊσταμένων) και εργαζομένων.** Οι προϊστάμενοι αναζητούν βασικά την αποδοτικότητα, την παραγωγικότητα και την υπακοή των άλλων στην εξουσία τους. Ενώ οι εργαζόμενοι αναζητούν ενδιαφέρον σε υψηλές αμοιβές, ελευθερία κινήσεων, ανεξαρτησία από την

επίβλεψη, περιθώριο δραστηριοτήτων και άνεση, αλλά, ως ένα βαθμό, αντιτίθενται (Torrington Hall & Taylor 2005).

7. **Οι διαφορές στον επαγγελματικό προσανατολισμό.** Αυτό μπορεί να σημαίνει διαφορές στους στόχους που θέλουν να πετύχουν τα άτομα, διαφορές στα χρονοδιαγράμματα που ορίζουν να επιτελέσουν τις εργασίες σύμφωνα με τις προτεραιότητές τους και τέλος, διαφορές στη φιλοσοφία των ατόμων που εργάζονται σε διαφορετικά τμήματα ενός οργανισμού (Arnold & Feldman 1986, Agarwal 1982).

8. **Η αλληλεξάρτηση μεταξύ των ομάδων.** Η συνεργασία (collaboration) αποτελεί ένα από τα κύρια προβλήματα που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι σύγχρονοι οργανισμοί και σχετίζεται με τη ρύθμιση και την επίλυση των αντιθέσεων που δημιουργούνται από το θέμα της μεγάλης εξειδίκευσης, αλλά και της ανάγκης για αλληλεξάρτηση (Ζαβλανός 2002, Bateman & Snell 2004).

Ειδικά στο χώρο της υγείας, οι συγκρούσεις μεταξύ επαγγελματικών ομάδων (για παράδειγμα μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών) οφείλονται, μεταξύ άλλων, κυρίως στη λειτουργική αλληλεξάρτησή τους. Δηλαδή στην ανάγκη εξάρτησης της μίας ομάδας από την άλλη, προκειμένου να ολοκληρωθεί μία εργασία. Μπορεί να είναι αλληλεξάρτηση που προϋποθέτει συμπληρωματική βοήθεια από διαφορετικές ομάδες και ο συνδυασμός τους να ολοκληρώνει μία εργασία (pooled interdependence). Μπορεί όμως να είναι διαδοχική ή ακόμη και αμοιβαία αλληλεξάρτηση. Στη διαδοχική αλληλεξάρτηση (sequential interdependence), η μία ομάδα δε μπορεί να επιτελέσει την εργασία της αν δεν έχει ολοκληρώσει η προηγούμενη (διαδέχεται δηλαδή η μία την άλλη). Και στην αμοιβαία αλληλεξάρτηση (reciprocal interdependence), έχουμε διασυνδεδεμένες εργασίες, που καθεμία από τις ομάδες εξαρτάται για την αποτελεσματικότητά της από τις άλλες. Παράδειγμα αμοιβαίας ή ανταποδοτικής αλληλεξάρτησης συναντάμε στο χώρο των νοσοκομείων, με τη διασύνδεση των εργασιών των επιμέρους τμημάτων για να επιτύχουν ένα κοινό στόχο, την παροχή εξειδικευμένης φροντίδας του αρρώστου (Cherrington 1989). Όσο περισσότερο οι δραστηριότητες της μίας ομάδας επιδρούν στην απόδοση των δραστηριοτήτων της άλλης ομάδας, τόσο περισσότερες πιθανότητες υπάρχουν να δημιουργηθούν συγκρούσεις (Arnold & Feldman 1986, Σταθοπούλου 2006).

9. **Οι διαφορετικές προσδοκίες.** Οι κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, αλλά και ο τρόπος που γίνεται η επεξεργασία της πληροφόρησης επηρεάζονται σημαντικά από τις προσδοκίες και τις εσφαλμένες αντιλήψεις. Είναι πολύ πιθανόν να υπάρξει σύγκρουση όταν υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στην προσδοκώμενη και στην πραγματική

συμπεριφορά κάποιου εργαζόμενου (Σταθοπούλου 2006). Συχνά, μερικοί εργαζόμενοι ανακαλύπτουν ότι διαφορετικές ομάδες εργαζομένων σε έναν οργανισμό έχουν διαφορετικές προσδοκίες για αυτούς και πως οι ίδιοι δε μπορούν να ανταποκριθούν σε όλες αυτές τις διαφορετικές προσδοκίες. Αυτή η ασυνέπεια των προσδοκιών που συνδέονται με ένα ρόλο είναι γνωστή ως **σύγκρουση ρόλων** (role conflict) (Arnold & Feldman 1986).

10. Υπερβολικές εργασιακές απαιτήσεις (role overload). Είναι μία κατάσταση κατά την οποία οι εργαζόμενοι αισθάνονται ότι απαιτείται από αυτούς να κάνουν περισσότερα πράγματα από ό,τι τους επιτρέπει ο χρόνος και οι ικανότητές τους. Είναι πολύ στρεσογόνο να εργάζονται κάτω από πίεση χρόνου (Arnold & Feldman 1986). Αυτό συμβαίνει στους επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα στο νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό, που εργάζονται κάτω από ιδιαίτερα στρεσογόνες συνθήκες (επείγοντα περιστατικά, χειρουργεία, νοσηλεία σε ψυχικά ασθενείς, ελλείψεις σε στελέχωση και υποδομή, συνωστισμός στους χώρους αναμονής των ασθενών κ.λπ) και καλούνται να ανταπεξέλθουν σε ένα μεγάλο φόρτο εργασιών μέσα σε περιορισμένο χρόνο. Οι καταστάσεις που προκαλούν αυξημένο στρες είναι αναμενόμενο να αυξάνουν τη βία στον εργασιακό χώρο (Παπαδοπούλου 2009). Επίσης, η φύση και η κατάσταση των ατόμων με τους οποίους έρχονται σε διαρκή επαφή οι επαγγελματίες υγείας (ασθενείς αγχωμένοι που απειλείται η υγεία τους) συμβάλλει στην κατάταξή τους, ως επαγγελματική ομάδα, σε αυτές με το υψηλότερο στρες. Είναι ειρωνεία, αλλά οι ιατροί έχουν το υψηλότερο ποσοστό αλκοολισμού από οποιαδήποτε άλλη επαγγελματική ομάδα και οι ψυχίατροι το μεγαλύτερο ποσοστό αυτοκτονιών (Arnold & Feldman 1986).

11. Οι διαφορές προσωπικοτήτων μεταξύ των ατόμων ή η ασυμβατότητα χαρακτήρων (Ury Brett & Stephen 1993, Davis & Newstrom 1989). Η προσωπικότητα του ατόμου είναι εκείνη που ενοχοποιείται για τις περισσότερες διαφωνίες (Ury Brett & Stephen 1993). Κάθε άτομο έχει διαφορετικές πεποιθήσεις, αξίες, εκπαίδευση, ικανότητες, εμπειρίες και ατομικά χαρακτηριστικά (Ζαβλανός 2002, Daft 1991, Σταθοπούλου 2006). Η ετερογένεια στην ομάδα αρχικά δημιουργεί στρες, μειωμένη συνεργασία και μικρότερου βαθμού συνοχή, αλλά, με την πάροδο του χρόνου και την κατάλληλη επικοινωνία, η ανομοιογένεια υποστηρίζεται ότι τείνει να κάνει τα άτομα περισσότερο συνεργάσιμα και αποδοτικά από τα άτομα εκείνα που ανήκουν σε ομοιογενείς ομάδες (Bateman & Snell 2004).

12. Το περιβάλλον. Ο ανταγωνισμός, η μείωση των ιεραρχικών επιπέδων του οργανισμού και η αβεβαιότητα είναι πιθανόν να δημιουργήσουν αντιθέσεις και

συγκρούσεις (Ζαβλανός 2002, Σταθοπούλου 2006). Τα λιγότερα επίπεδα διοίκησης, η αυξημένη ευθύνη, αλλά και οι πιο απαιτητικές εκθέσεις για αξιολόγηση της απόδοσης στο σύγχρονο εργασιακό περιβάλλον αποτελούν επίσης αίτια συγκρούσεων (Swansburg & Swansburg 1999).

13. Η χρήση απειλών (Cherrington 1989), η βία, η προκλητική συμπεριφορά και η σεξουαλική παρενόχληση (Παπαδοπούλου 2009, Σταθοπούλου 2006).

14. Η εισαγωγή αλλαγών και καινοτομιών (Davis & Newstrom 1989). Με την τεχνολογική πρόοδο και την έρευνα στο διεθνές περιβάλλον, οι απαιτούμενες αλλαγές είναι πλέον αναγκαιότητα. Οι αλλαγές πάντα συνοδεύονται από ένταση, ανησυχία, αντίσταση και σύγκρουση (Likert & Likert 1976). Γιατί οι αλλαγές συνήθως εκλαμβάνονται ως απειλές ή πρόκληση για αντίδραση (Armstrong 2003). Πολύ πιθανόν να θεωρηθεί από τους νοσηλευτές ότι χάνουν κεκτημένα δικαιώματα (Σταθοπούλου 2006). Όταν τα άτομα δεν είναι κατάλληλα προετοιμασμένα για τις επερχόμενες αλλαγές, αυτές συνιστούν μία απειλή για τη διατήρηση του κατεστημένου. Οι πιέσεις που σχετίζονται με τον περιορισμό του κόστους, τη μείωση του αριθμού του προσωπικού, την αποκέντρωση, την αποτελεσματικότητα της φροντίδας των ασθενών, τις συλλογικές διαπραγματεύσεις, την αυξημένη γνώση των καταναλωτών σχετικά με την υγεία και την «υποχρεωτική» συνεχιζόμενη επαγγελματική εκπαίδευση συγκαταλέγονται επίσης ανάμεσα στα αίτια δημιουργίας συγκρούσεων (Swansburg & Swansburg 1999).

15. Οι αντιθέσεις μεταξύ των ομάδων. Κάθε οργανισμός αποτελείται από ομάδες ατόμων – επίσημα ή ανεπίσημα – με διαφορετικά ενδιαφέροντα η καθεμία. Η νοοτροπία της ομάδας καλλιεργεί ένα αίσθημα συνοχής και ανταγωνισμού, το οποίο μπορεί να ενεργήσει ως πηγή αντιθέσεων, στην περίπτωση που και οι δύο ομάδες πρέπει να συνεργαστούν για την υλοποίηση μίας εργασίας. Σε μία ανταγωνιστική αλληλεπίδραση, κάθε πλευρά προσπαθεί να κερδίσει κάτι που διεκδικεί και η άλλη και έτσι, υπάρχει η έννοια της κυριαρχίας στις αλληλεπιδράσεις αυτές (Ζαβλανός 2002). Οι συγκρούσεις ανάμεσα σε άτομα εγείρουν λιγότερα προβλήματα συγκριτικά με τις συγκρούσεις μεταξύ ομάδων. Τα άτομα μπορούν να δρουν ανεξάρτητα και να επιλύουν τις διαφορές τους, ενώ τα μέλη ομάδων ίσως πρέπει να δεχτούν τους κανόνες, τους σκοπούς και τις αξίες της ομάδας στην οποία ανήκουν (Armstrong 2003).

16. Υιοθέτηση στάσεων «κερδίζω-χάνεις» (“win-lose”). Όταν δύο άτομα ή ομάδες αλληλεπιδρούν σε έναν ανταγωνισμό με μορφή μηδενικού αθροίσματος (zero-sum), είναι εύκολο να γίνει αντιληπτό, γιατί είναι πολύ πιθανόν να συμβεί μία σύγκρουση. Ο,τιδήποτε κερδίζει η μία πλευρά, το χάνει η άλλη και, δυστυχώς, πολλές καταστάσεις

λαμβάνονται ως καταστάσεις “win-lose”, ενώ ουσιαστικά δε θα έπρεπε. Όπως για παράδειγμα, όταν η μία πλευρά προσπαθεί να αυξήσει την εξουσία που έχει, όταν υπερτονίζει τις ανάγκες, τους σκοπούς και τις θέσεις της, όταν προσαρμόζει τη στάση της, ώστε να εκμεταλλεύεται την άλλη πλευρά οποτεδήποτε αυτό είναι δυνατόν και τέλος, όταν προσπαθεί να απομονώσει την άλλη πλευρά. Είναι βέβαια αρκετά δύσκολο να υπάρξει αλλαγή μίας στάσης “win-lose” σε “win-win” (κερδίζω-κερδίζεις), αν και θα είχε θετικά αποτελέσματα και για τα δύο εμπλεκόμενα μέρη (μορφή συνεργασίας θετικού αθροίσματος). Και αυτό συμβαίνει γιατί πιθανότατα αναπτύσσονται στερεότυπα, που ενισχύουν αυτές τις στάσεις. Η επικοινωνία ανάμεσα στα δύο μέρη διαταράσσεται ή είναι υπό έλεγχο, γεγονός που δυναμώνει την υιοθέτηση μίας τέτοιας στάσης, δηλαδή “win-lose”. Από σχετική έρευνα, έχει βρεθεί ότι αν οι δυο πλευρές μπορούσαν να επικοινωνήσουν πριν λάβουν αποφάσεις, θα αυξάνονταν το επίπεδο συνεργασίας τους, όπως αποδεικνύει η περίπτωση του παιγνίου με το δίλημμα του φυλακισμένου (prisoner’s dilemma game). Επίσης, το επίπεδο συνεργασίας αυξήθηκε μεταξύ των δύο πλευρών, όταν άλλαξαν τα δεδομένα στη μήτρα των ανταμοιβών για συνεργασία. Οπότε είναι πολύ ενδιαφέρον να κατανοηθεί και, από το παίγνιο που αναφέρθηκε, ότι η συνεργασία δεν αυξάνεται από το γεγονός ότι ένας από τους δύο εμπλεκόμενους απλά και μόνο αποφάσισε να συνεργαστεί (Cherrington 1989). Για πολλούς λόγους οι σύγχρονοι οργανισμοί, όπως και οι σύγχρονες κοινωνίες, θα αντιμετωπίζουν συνεχώς και περισσότερες συγκρούσεις. Συνεπώς, η εποικοδομητική διαχείρισή τους είναι απαραίτητη, με τη χρήση μοντέλων επίλυσης προβλημάτων “win-win” (Likert & Likert 1976, Σταθοπούλου 2006, Ury Brett & Stephen 1993).

Άλλες πηγές σύγκρουσης αποτελούν: ο ανταγωνισμός για εξουσία, η επιθυμία για οικονομικό κέρδος και η ανάγκη για κοινωνική καταξίωση (Likert & Likert 1976, Torrington Hall & Taylor 2005, Davis & Newstrom 1989). Οι συγκρούσεις για θέματα εξουσίας ή νομής και διαχείρισης της εξουσίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας αποτελούν συχνό φαινόμενο στη διεπαγγελματική συνεργασία (Σαπουντζή- Κρέπια 2001). Ο τρόπος με τον οποίο ένας οργανισμός ελέγχει την απόδοση των ομάδων και διανέμει ανάλογα τους πόρους (χρήματα, προσωπικό, εξοπλισμό) είναι πιθανή αιτία σύγκρουσης, καθώς οι ομάδες συγκρούονται στην προσπάθειά τους για απόκτηση περισσότερων πόρων (Arnold & Feldman 1986).

Θα πρέπει να αναφερθεί επίσης, ότι στις αιτίες συγκρούσεων ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας συμπεριλαμβάνεται και **η εξουσία των ιατρών στο χώρο της**

υγείας. Οι ιατροί εκπαιδεύονται για να έχουν υπό την «κυριαρχία» τους κάποιους νοσηλευτές. Αυτή η κατάσταση έρχεται σε σύγκρουση με τη νοοτροπία που έχουν οι νοσηλευτές σήμερα, για περισσότερη ανεξαρτησία και ανάληψη επαγγελματικών αρμοδιοτήτων και ευθυνών, σχετικά με τη φροντίδα των ασθενών. Οι νοσηλευτές αφιερώνουν αποδεδειγμένα περισσότερο χρόνο στους ασθενείς από ότι οι ιατροί και έχουν σημαντικές προτάσεις για βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας, που οι ιατροί συνήθως αγνοούν. Έτσι, οι νοσηλευτές νιώθουν εκνευρισμό, θυμό και υποτίμηση, γιατί αισθάνονται ότι μειώνεται η αξία τους (Swansburg & Swansburg 1999). Η ομάδα των ιατρών, που έχει κυριαρχήσει στο χώρο της υγείας, καταπιέζει την ομάδα των νοσηλευτών. Οι καταπιεσμένες ομάδες, από την πλευρά τους, όπως είναι γνωστό, εκδηλώνουν συχνά επιθετικότητα και αντιπάθεια για τα μέλη της ίδιας ομάδας, με επακόλουθο την εσωτερική διαμάχη και αυτοκαταστροφικά αποτελέσματα ανάμεσα στα μέλη της καταπιεσμένης ομάδας («οριζόντια βία») (Παπαδοπούλου 2009).

Οι Baron, Byrne and Johnson (1998) ομαδοποιούν τις αιτίες των συγκρούσεων στους οργανισμούς σε δύο μεγάλες κατηγορίες: τις **οργανωσιακές αιτίες** (που σχετίζονται με τη δομή και τη λειτουργία των οργανισμών, όπως ο ανταγωνισμός για περιορισμένους πόρους, η ασάφεια των αρμοδιοτήτων, διαφορές εξουσίας, αλληλεξάρτηση, ανταγωνιστικά συστήματα αμοιβών) και τις **διαπροσωπικές αιτίες** (παράγοντες που σχετίζονται με τα άτομα, τις κοινωνικές σχέσεις και τον τρόπο που σκέφτονται για τους άλλους, όπως στερεότυπα, προκαταλήψεις, λανθασμένος τρόπος επικοινωνίας, μνησικακίες, αίσθημα ανισότητας).

1.1.6. ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ

Ο τρόπος με τον οποίο εκδηλώνεται μία σύγκρουση ποικίλλει. Εκτός από την απευθείας αντιπαράθεση μεταξύ των εμπλεκομένων μερών, η σύγκρουση είναι δυνατόν να εκδηλωθεί με μία σειρά καταστάσεων, συναισθημάτων και συμπεριφορών, όπως (Σταθοπούλου 2006):

- Ανάρμοστη συμπεριφορά (π.χ. ξεσπάσματα επεισοδίων θυμού), επιθετικές πράξεις (π.χ. έντονο χτύπημα πόρτας ή ρίψη αντικειμένων), αρνητικές εκδηλώσεις της γλώσσας του σώματος (π.χ. αποφυγή οπτικής επαφής) (Gerardi 2004)
- Διενέξεις (π.χ. παράπονα, απειλές)

- Απόσυρση ή απομόνωση (π.χ. άρνηση συμμετοχής σε οποιαδήποτε δραστηριότητα που απαιτεί συνεργασία)
- Δολιοφθορά (π.χ. άρνηση παροχής άμεσης βοήθειας σε ανάγκη, απόκρυψη πληροφοριών ή παροχή ψευδών πληροφοριών για παραπλάνηση)
- Ανεξέλεγκτος ανταγωνισμός
- Μειωμένη παραγωγικότητα (π.χ. καθυστέρηση στην εργασία που τους έχει ανατεθεί, δήλωση ασθενειών για μη προσέλευση στην εργασία, αποφυγή λήψης απόφασης σχετικά με την εργασία)
- Χαμηλό ηθικό, απάθεια και απογοήτευση κατά την προσπάθεια αποφυγής συγκρούσεων ή μετά από αποτυχία σε προσπάθειες επίλυσής τους.

1.1.7. ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ

Οι συγκρούσεις μπορεί να έχουν τόσο αρνητικές, όσο και θετικές συνέπειες σε έναν οργανισμό. Οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν αρχικά την εντύπωση ότι η σύγκρουση είναι κακή ή δυσλειτουργική. Και αυτό συμβαίνει γιατί η σύγκρουση δείχνει ότι κάτι δεν πάει σωστά ή ότι υπάρχει κάποιο πρόβλημα που χρειάζεται επίλυση και επομένως, η σύγκρουση φαίνεται να έχει καταστροφικές συνέπειες. Όταν συμβεί μία σύγκρουση, οι συνέπειές της συχνά οδηγούν σε περαιτέρω σύγκρουση και, με αυτόν τον τρόπο, δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος που επανατροφοδοτεί τη σύγκρουση (Cherrington 1989).

Στις **αρνητικές** συνέπειες, που είναι πιθανόν να υπάρξουν, συγκαταλέγονται οι διαδικασίες ή οι επερχόμενες αλλαγές, που συνδέονται με την καταστροφική σύγκρουση και είναι οι εξής:

1. Η εμφάνιση περιστατικών απρεπούς συμπεριφοράς των επαγγελματιών υγείας (Σταθοπούλου 2006)
2. Η διάσπαση των εργασιακών σχέσεων και η δημιουργία έντασης που μπορεί, όταν συσσωρευτεί, να οδηγήσει και σε νέες συγκρούσεις στο μέλλον (Gerardi 2004)
3. Η αύξηση του στρες των επαγγελματιών υγείας (Σταθοπούλου 2006)
4. Η μείωση της αποτελεσματικότητας των εργαζομένων, αφού η συνεργασία και η ομαδικότητα, που απαιτούνται για την επίτευξη κοινών στόχων, πλήττεται (Davis & Newstrom 1989, Σταθοπούλου 2006)

5. Η μείωση του ηθικού των εργαζομένων (Σταθοπούλου 2006)
6. Η συναισθηματική φόρτιση των εμπλεκόμενων μερών (εκνευρισμός, θυμός, απογοήτευση) και η κλιμάκωση της σύγκρουσης (Lewicki Saunders & Minton 2004)
7. Η μειωμένη και χαμηλής ποιότητας επικοινωνία μεταξύ των διαφωνούντων. Η μορφή επικοινωνίας, που πιθανόν υπάρχει ανάμεσα στις εμπλεκόμενες πλευρές, γίνεται στα πλαίσια της προσπάθειας να υπερνικήσει, να μειώσει ή να ανατρέψει η μία πλευρά την άποψη της άλλης ή ακόμη και να τονίσει προηγούμενα επιχειρήματα της δικής της πλευράς (Lewicki Saunders & Minton 2004, Torrington Hall & Taylor 2005)
8. Οι άκαμπτες δεσμεύσεις. Οι δύο πλευρές μένουν σταθερές και αμετακίνητες στις θέσεις τους και εμμένουν ακόμη περισσότερο στις θέσεις τους, δεχόμενοι προκλήσεις από την άλλη πλευρά. Δεν υποχωρούν από φόβο μήπως χάσουν το γόητρό τους ή γελοιοποιηθούν (Σταθοπούλου 2006)
9. Υψηλό κόστος. Οι συγκρούσεις που είναι δύσκολες, σύνθετες, ανεπίλυτες, διαρκούν περισσότερο χρόνο ή γίνονται ολοένα και πιο έντονες, επιφέρουν αρκετά μεγάλο κόστος τόσο για τους εργαζόμενους, όσο και για τον οργανισμό (Davis & Newstrom 1989). Στο κόστος αυτό συμπεριλαμβάνονται πιθανότατα: τα δικαστικά έξοδα, η απώλεια μισθών, η μείωση παραγωγικότητας, οι φυσικοί και οι συναισθηματικοί τραυματισμοί (Ury Brett & Stephen 1993). Η απώλεια χρόνου και ενέργειας είναι δεδομένη, όταν η στρεσογόνα κατάσταση της σύγκρουσης προσωποποιείται και αγγίζει τα όρια της εμμονής για τους εμπλεκόμενους. Είναι επίσης λογικό, οι διαδικασίες των διαπραγματεύσεων να είναι περισσότερο χρονοβόρες από μία απλή διοικητική απόφαση (Torrington Hall & Taylor 2005). Έχει υπολογιστεί ότι ένας προϊστάμενος καταναλώνει το 20% του χρόνου του για διαχείριση συγκρούσεων και αυτό, από μόνο του, συνιστά σημαντική απώλεια χρόνου (Ζαβλανός 2002, Davis & Newstrom 1989).

Ως **θετικές** συνέπειες των συγκρούσεων μπορούμε να έχουμε τα ακόλουθα:

1. Η αποφυγή της στασιμότητας και της απάθειας. Η διέγερση, που μπορεί να προκληθεί με τη σύγκρουση, κάνει τα άτομα να είναι ενεργά, να συμμετέχουν στις διαδικασίες και τους βγάζει από την αδράνεια (Σταθοπούλου 2006, Lewicki Saunders & Minton 2004, Davis & Newstrom 1989)

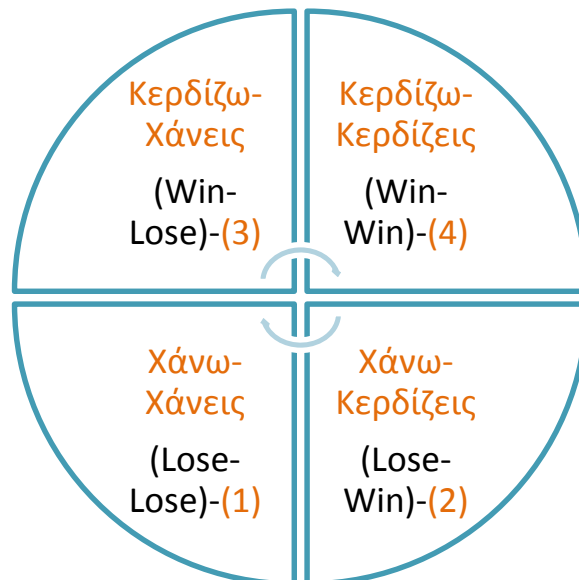
2. Η συμβολή στην οργανωτική αλλαγή και την προσαρμογή (Ζαβλανός 2002, Lewicki Saunders & Minton 2004)
3. Η αύξηση της παραγωγικότητας των εργαζομένων και η βελτίωση της απόδοσης του οργανισμού (Agarwal 1982)
4. Η ανάδειξη προβλημάτων προς αντιμετώπιση (που πιθανόν να μην ήταν φανερά) και ο διάλογος που απορρέει από την επίγνωση καταστάσεων, ώστε να βρεθούν λύσεις (Davis & Newstrom 1989)
5. Η αύξηση της δημιουργικότητας και η εισαγωγή της καινοτομίας στον οργανισμό (Lewicki Saunders & Minton 2004, Agarwal 1982), με επακόλουθο την οργανωσιακή ανάπτυξη (Ζαβλανός 2002, Davis & Newstrom 1989)
6. Η προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση των εμπλεκόμενων κατά τη διαδικασία διαχείρισης των συγκρούσεων. Προωθείται καλύτερα η αυτογνωσία και η βαθύτερη κατανόηση των άλλων, μέσα από τη διαδικασία της «ζύμωσης» (Σταθοπούλου 2006, Lewicki Saunders & Minton 2004)
7. Η υποκίνηση των εργαζομένων σε συμμετοχικές διαδικασίες λήψης απόφασης (Σταθοπούλου 2006, Lewicki Saunders & Minton 2004). Τα εμπλεκόμενα άτομα, όταν η σύγκρουση επιλυθεί, αισθάνονται μεγαλύτερη δέσμευση για το αποτέλεσμα, εφόσον συμμετείχαν και οι ίδιοι στην επίλυσή της (Davis & Newstrom 1989, Brown 1983).

Ειδικά στις συγκρούσεις μεταξύ ομάδων, προκαλούνται κάποιες αλλαγές στα μέλη της κάθε εμπλεκόμενης ομάδας. Έτσι, τα μέλη είναι περισσότερο προσανατολισμένα στους σκοπούς της ομάδας και τις δραστηριότητες που απαιτούνται για την εκπλήρωσή τους, αυξάνεται η δέσμευσή τους, αποκτούν μεγαλύτερη συνοχή μεταξύ τους και επιθυμούν να τους ενώνει μία αυστηρή δομή και ένας αυταρχικός (autocratic) ηγέτης. Η στροφή σε κάποιο δημοκρατικό ηγέτη, που πιθανόν να επιθυμούσαν σε άλλη περίπτωση, στις καταστάσεις συγκρούσεων μεταξύ ομάδων αποφεύγεται (Cherrington 1989).

1.2. ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ

Στην ενότητα αυτή, παρουσιάζονται αρχικά τα τέσσερα πιθανά αποτελέσματα μίας σύγκρουσης, που εξαρτώνται από τις προσεγγίσεις των εμπλεκόμενων μερών. Έπειτα, αναλύεται η θεωρία του τρόπου διαχείρισης των συγκρούσεων από τα άτομα που βρίσκονται μέσα σε έναν οργανισμό. Περιγράφονται τα πέντε διαφορετικά στυλ διαχείρισης των συγκρούσεων, που βασίζονται στο διοικητικό πλέγμα που ανέπτυξαν οι *Blake και Mouton* το 1964, οι οποίοι υποστήριζαν ότι το ενδιαφέρον, που δείχνει ένας μάνατζερ για την παραγωγικότητα και για τους ανθρώπους, μπορεί να χαρακτηρίσει το στυλ ηγεσίας του. Δίνεται ερμηνεία στις στρατηγικές αντιμετώπισης των συγκρούσεων, δηλαδή στην προσέγγιση της σύγκρουσης με πέντε διαφορετικούς τρόπους, που απορρέουν από το πλέγμα της σύγκρουσης και αναγνωρίζονται οι παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή της κατάλληλης στρατηγικής διαχείρισης συγκρούσεων. Τέλος, αναλύεται ο πιο επίσημος τρόπος διαχείρισης της σύγκρουσης, που είναι η διαπραγμάτευση και περιγράφεται ο ρόλος των τρίτων, που εμπλέκονται στη διαδικασία επίλυσης των συγκρούσεων.

1.2.1. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ



ΣΧΗΜΑ 2. Τα τέσσερα πιθανά αποτελέσματα της σύγκρουσης (Προσαρμοσμένο από το σχήμα του βιβλίου των Davis K, Newstrom J. *Human Behavior at work. Organizational Behavior at work. Fifth Edition, McGraw-Hill. USA, 1989, σελ. 258*).

Η σύγκρουση είναι δυνατόν να επιφέρει **τέσσερα διακριτά αποτελέσματα**, που εξαρτώνται από τις προσεγγίσεις των εμπλεκόμενων μερών. Στο **Σχήμα 2**, φαίνονται αυτά τα τέσσερα πιθανά αποτελέσματα της σύγκρουσης. Η πρώτη κατάσταση ονομάζεται «χάνω-χάνεις» (“lose-lose”) και αφορά σύγκρουση που χειροτερεύει σε τέτοιο σημείο που ζημιώνονται και οι δύο πλευρές, δηλαδή τα εμπλεκόμενα μέρη είναι χειρότερα από την προηγούμενη κατάσταση που βρίσκονταν. Η δεύτερη κατάσταση ονομάζεται «χάνω-κερδίζεις» (“lose-win”) και είναι μία κατάσταση κατά την οποία το ένα άτομο (άτομο Α) ηττείται από κάποιο άλλο (άτομο Β). Η τρίτη κατάσταση ονομάζεται «κερδίζω-χάνεις» (“win-lose”), όπου αντιστρόφως το άτομο Β ηττείται από το άτομο Α. Η τέταρτη κατάσταση ονομάζεται «κερδίζω-κερδίζεις» (win-win”) και αποτελεί κατάσταση κατά την οποία και οι δύο εμπλεκόμενοι επωφελούνται και πιστεύουν ότι είναι σε καλύτερη θέση από ό,τι ήταν πριν αρχίσει η σύγκρουση (Davis & Newstrom 1989).

Τα αποτελέσματα των συγκρούσεων είναι προϊόν τόσο **των προθέσεων των εμπλεκόμενων για το αποτέλεσμα** (π.χ. αν πιστεύουν ότι πρέπει να κερδίζουν σε βάρος κάποιου άλλου με λύση μηδενικού αθροίσματος – zero sum viewpoint), όσο και των **στρατηγικών διαχείρισής τους**. Οι προθέσεις είναι εκείνες που βοηθούν τους εμπλεκόμενους να επιλέξουν στρατηγική. Και η στρατηγική που επιλέγουν έχει ουσιαστικά επίδραση στα αποτελέσματα των συγκρούσεων. Τα πιθανά αποτελέσματα για κάθε στρατηγική είναι: «χάνω-χάνεις» στην **αποφυγή** (φυσική και πνευματική απόσυρση), «χάνω-κερδίζεις» στην **εξομάλυνση** (συμβιβασμός στα ενδιαφέροντα της άλλης πλευράς), «κερδίζω-χάνεις» στην **επιβολή** (χρήση τακτικών επιβολής εξουσίας για να επιτευχθεί η νίκη) και «κερδίζω-κερδίζεις» στην **άμεση αντιμετώπιση** (διαδικασία άμεσης αντιμετώπισης με συνεργασία για ένα ικανοποιητικό αποτέλεσμα και για τις δύο πλευρές) (Davis & Newstrom 1989). Σχετικά με τις μεθόδους επίλυσης των συγκρούσεων που προαναφέρθηκαν και τα αντίστοιχα αποτελέσματά τους, θα γίνει εκτενής αναφορά στο αμέσως επόμενο κεφάλαιο.

Η **επίλυση των συγκρούσεων** αναφέρεται σε δραστηριότητες που σκοπό έχουν να μειώσουν ή να εξαλείψουν τις συγκρούσεις. Οι μέθοδοι επίλυσης των συγκρούσεων εμπλέκουν: α) τη νίκη της μίας πλευράς και την ήττα της άλλης (“win-lose” μέθοδοι), β) το διαχωρισμό των διαφορών ή το συμβιβασμό (“lose-lose” μέθοδοι) και γ) τη χρήση της επίλυσης προβλήματος (“win-win” μέθοδοι) (Agarwal 1982).

Οι μέθοδοι επίλυσης των συγκρούσεων “win-lose” και “lose-lose” είναι στρατηγικές με **επιμεριστική ή διανεμητική διάσταση**, γιατί το κέρδος της μίας πλευράς προέρχεται από την απώλεια της άλλης πλευράς. Ενώ η “win-win” μέθοδος

βασίζεται στην προσέγγιση **ενοποίησης ή επίλυσης προβλήματος**, που εμπλέκει και τα δύο μέρη σε αναγνώριση των αναγκών και των δύο πλευρών, αναζήτηση για εναλλακτικές λύσεις, που να ικανοποιούν τις ανάγκες τους και επιλογή της κατάλληλης μεθόδου. Για να ενθαρρυνθεί η συνεργασία μεταξύ των εμπλεκόμενων μερών, προτείνεται από τους Walton και McKersie, όπως αναφέρει ο Agarwal (1982), μία στρατηγική που βασίζεται στη **θεωρία της ισορροπίας** (balance theory) δημιουργώντας ένα περιβάλλον με συχνή και αυξημένη διάδραση και επικοινωνία μεταξύ τους (Agarwal 1982).

1.2.2. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΓΚΡΟΥΣΗΣ

Οι σύγχρονοι οργανισμοί αναπτύσσονται και διατηρούν παραγωγικά τα μέλη τους, όταν τους δίνουν την ευκαιρία να εκφράζονται ελεύθερα και να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων. Παράλληλα όμως, υπάρχει ανάγκη για περιορισμούς, ώστε αυτή η δημιουργικότητα να κατευθύνεται στην επίτευξη των σκοπών του οργανισμού. Τόσο η σύγκρουση, όσο και η επίλυση συγκρούσεων αποτελούν την ουσία της οργανωτικής συμπεριφοράς. Η σύγκρουση είναι εγγενής στα οργανωσιακά συστήματα και αποτελεί αναπόσπαστο στοιχείο της δυναμικής με την οποία οι οργανισμοί διαχειρίζονται τις ισορροπίες (Μαναράκης μεταφρασμένο 2006).

Οι **παράγοντες**, από τους οποίους εξαρτάται η **ικανότητα** αποτελεσματικής αντιμετώπισης των συγκρούσεων από το **μάντζερ**, είναι (Harvard Business Review 2004):

- Η ικανότητα σωστής **διάγνωσης** των συγκρούσεων και η κατανόηση της σημασίας τους.
- Ο βαθμός επίγνωσης της ύπαρξης διαφόρων στρατηγικών αντιμετώπισης των συγκρούσεων και η ικανότητα επιλογής της καταλληλότερης για κάθε περίπτωση.
- Ο βαθμός επίγνωσης των ίδιων των συναισθημάτων του και της ικανότητάς του να τα αντιμετωπίζει, ιδιαίτερα εκείνα που μπορεί να μειώσουν την κοινωνική ευαισθησία (διαγνωστική οξυδέρκεια), αλλά και την ευελιξία των δράσεών του.

Η **αναγκαιότητα διερεύνησης (εκτίμησης) της σύγκρουσης**, πριν τη διαχείρισή της, τονίζεται και στην έρευνα που έγινε και αφορούσε τους προϊστάμενους του τμήματος ανθρώπινων πόρων (HRMs) και τον τρόπο που οι ίδιοι διαχειρίζονται τις συγκρούσεις. Οι προϊστάμενοι στη Διεύθυνση Ανθρώπινων Πόρων (Human Resource

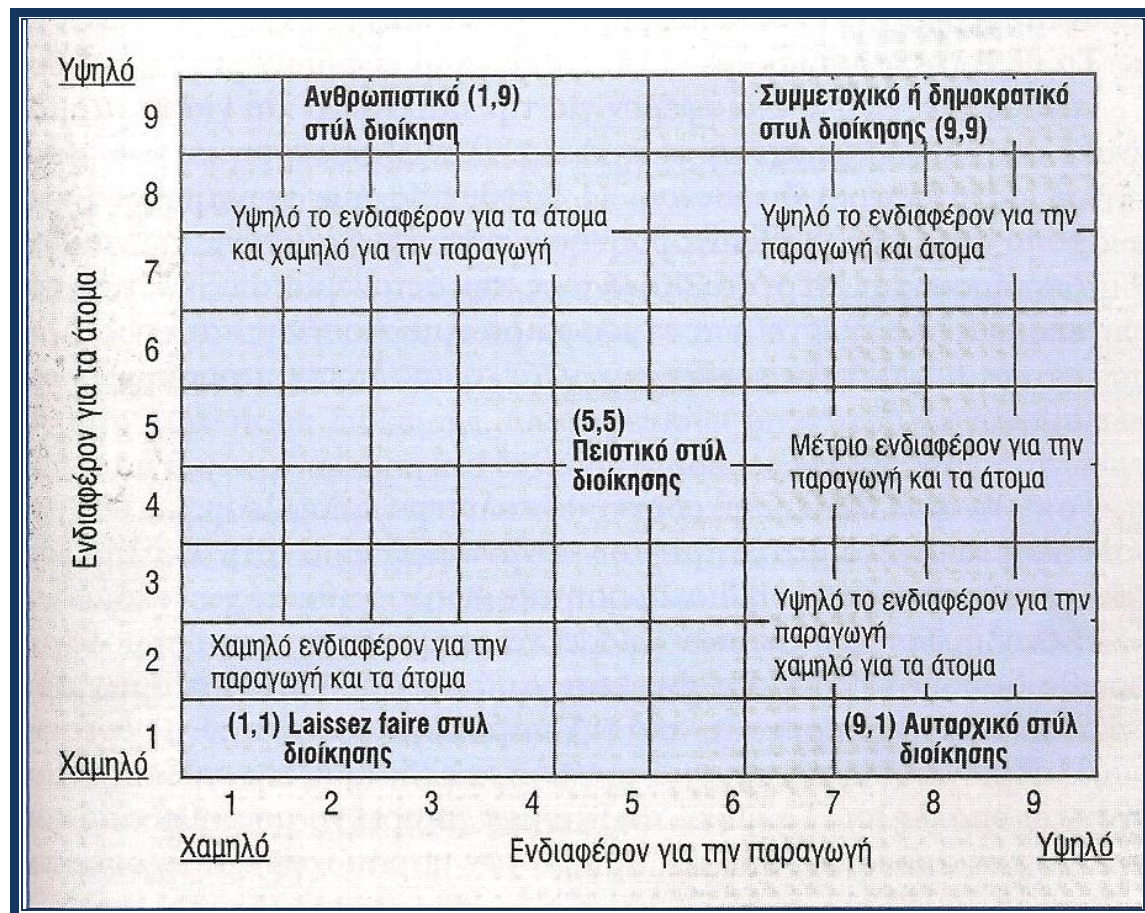
Managers) αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά κάθε τύπο σύγκρουσης που υπάρχει. Όπως αναφέρεται από τους Bateman και Snell, σε μελέτη που έγινε για να αναγνωριστεί ο τρόπος με τον οποίο οι HRM διευθετούν τόσο αποτελεσματικά τις συγκρούσεις, φάνηκε ότι ακολουθούν μία στρατηγική επίλυσης των διαφωνιών τεσσάρων σταδίων. Αρχικά, **διερευνούν** (συνέντευξη εμπλεκομένων και άλλων προσώπων για συλλογή πληροφοριών), μετά **επιλέγουν** τον τρόπο επίλυσης (συχνά σε συνεργασία με τους προϊσταμένους των διαφωνούντων), **αναλαμβάνουν δράση** (εξηγώντας τις αποφάσεις τους με αιτιολόγηση και συμβουλεύουν ή εκπαιδεύουν τους εμπλεκόμενους για αποφυγή μελλοντικών συμβάντων) και τέλος **παρακολουθούν** (από τη μία, καταγράφοντας τη σύγκρουση και την αντιμετώπιση, και από την άλλη παρακολουθώντας τα αποτελέσματα με τους εμπλεκόμενους και τους προϊσταμένους τους). Οπότε, οι σκοποί τους ήταν: να είναι πλήρως ενημερωμένοι για τη συνολική αντίληψη του προβλήματος, να είναι ενεργοί και κατηγορηματικοί στην προσπάθεια για επίλυση, να είναι αντικειμενικοί, ουδέτεροι και ευέλικτοι ανάλογα με την κατάσταση (Bateman & Snell 2004).

Το πρώτο βήμα λοιπόν, στη διαδικασία της διαχείρισης μίας σύγκρουσης, αποτελεί η **εκτίμηση της σύγκρουσης** (Lieberman Levy & Segal 2009). Έχουν αναπτυχθεί αρκετά μοντέλα που βοηθούν σε αυτή τη διαδικασία, όπως το **μοντέλο εκτίμησης της σύγκρουσης** που προτείνουν οι **Wilmot και Hocker**, που αναφέρεται στη Σταθοπούλου (2006). Αυτό το μοντέλο στηρίζεται σε εκτίμηση παραγόντων, όπως τα **χαρακτηριστικά των εμπλεκόμενων μερών** (π.χ. φύλο, επαγγελματική κοινωνικοποίηση, κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον), **τα γεγονότα** (αίτια, αντικείμενο και σκοποί της σύγκρουσης), **τα θέματα ισχύος στις σχέσεις** (κατανομή στα εμπλεκόμενα μέρη), **τα μέσα ρύθμισης της σύγκρουσης** (προηγούμενες προσπάθειες επίλυσης, παράγοντες που εντείνουν τις σχέσεις, αναγνώριση ουδέτερων προσώπων στη σύγκρουση) και **τρόποι επίλυσης των συγκρούσεων από τα εμπλεκόμενα μέρη** (Σταθοπούλου 2006).

Ο Greenhalgh, όπως αναφέρουν οι Swansburg & Swansburg (1999), ανέπτυξε κάποιο **σύστημα για την αξιολόγηση των διαστάσεων της σύγκρουσης**, εφόσον χρειάζεται να μελετηθεί πριν επιλυθεί. Το **διαγνωστικό μοντέλο του Greenhalgh** έχει επτά διαστάσεις σε μία κλίμακα μέτρησης από «δύσκολο να επιλυθεί» έως «εύκολο να επιλυθεί». Τις επτά διαστάσεις του μοντέλου αυτού αποτελούν: το υπό συζήτηση θέμα, το μέγεθος των συμφερόντων, η αλληλεξάρτηση των πλευρών, η ύπαρξη συνέχειας της αλληλεπίδρασης, η διόρθωση των πλευρών, η ανάμιξη τρίτων πλευρών και τέλος, η εκλαμβανόμενη εξέλιξη στη σύγκρουση.

1.2.3. ΣΤΥΛ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ

Για να διερευνηθεί το **στυλ και οι στρατηγικές** που χρησιμοποιούν τα εμπλεκόμενα μέρη μίας σύγκρουσης από τους θεωρητικούς που μελετούν την οργανωσιακή σύγκρουση, υιοθετήθηκε η **βασική δομή του πλέγματος διοίκησης**, που αναπτύχθηκε από τους **Blake και Mouton** (1964). Οι **Blake και Mouton** υποστήριξαν ότι το στυλ ηγεσίας ενός μάνατζερ μπορεί να χαρακτηριστεί από το ενδιαφέρον που δείχνει για την παραγωγικότητα και από το ενδιαφέρον που δείχνει για τους ανθρώπους (**Σχήμα 3**). Το διοικητικό πλέγμα περιγράφεται στη βιβλιογραφία ως ο «εννοιολογικός παππούς» της έρευνας του στυλ των συγκρούσεων (Miller 2006).



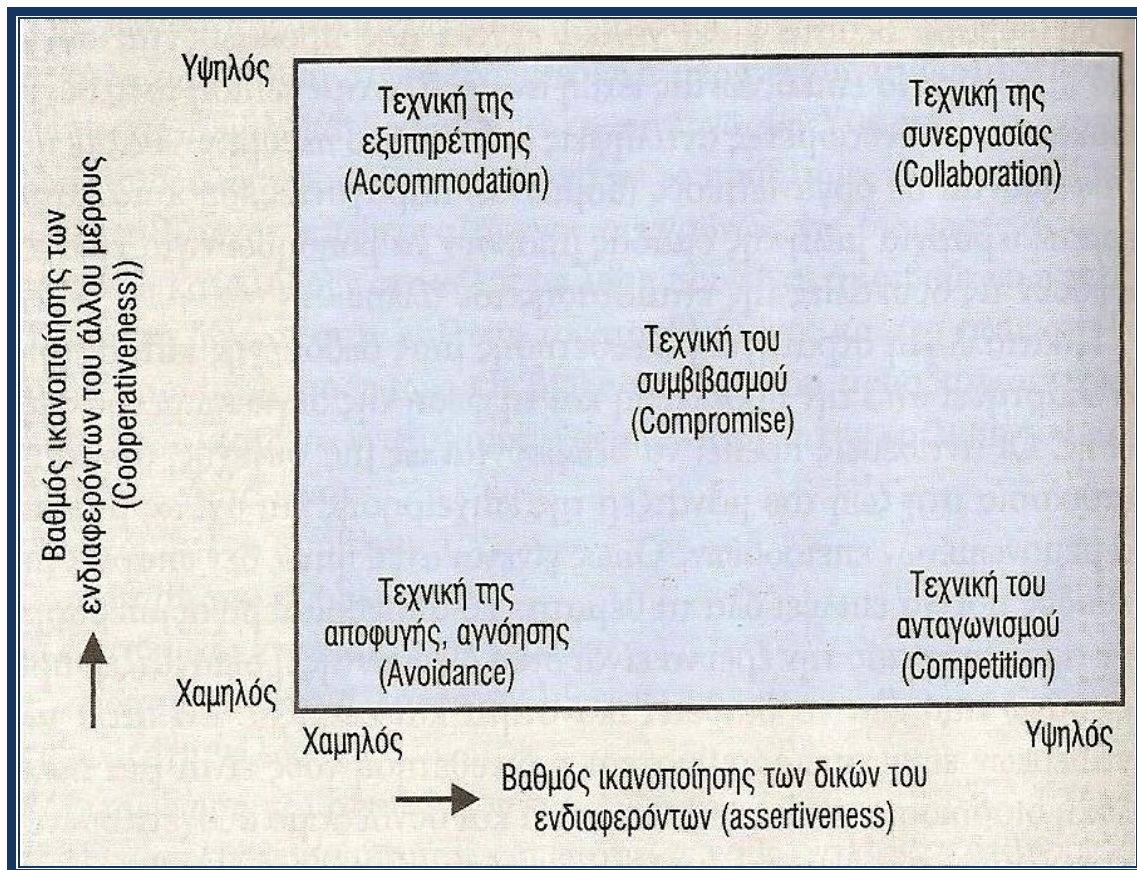
ΣΧΗΜΑ 3. Το Διευθυντικό πλέγμα των Blake και Mouton με τα πέντε στυλ διοίκησης (Ζαβλανός 2002, σελ. 273).

Ο **Thomas** το 1976 τελειοποίησε την ανάλυση του στυλ των συγκρούσεων, μέσα από την προσπάθειά του να **προσαρμόσει το διοικητικό πλέγμα σε καταστάσεις σύγκρουσης**. Επαναπροσδιόρισε τις δύο διαστάσεις, δηλαδή το ενδιαφέρον για την

παραγωγικότητα και το ενδιαφέρον για τους ανθρώπους, **σε ενδιαφέρον για τον εαυτό και ενδιαφέρον για τους άλλους**. Έπειτα, μέσα στο **πλέγμα της σύγκρουσης**, αναγνώρισε **πέντε διαφορετικά στύλ σύγκρουσης**, που αντιστοιχούν σε διάφορα σημεία του πλέγματος, όπως φαίνεται στο **Σχήμα 4**, που ακολουθεί (Miller 2006).

Το δυσδιάστατο πλαίσιο απεικονίζεται στο **Σχήμα 4**, ως **μοντέλο διπλού ενδιαφέροντος**. Το μοντέλο αυτό θεωρεί ότι τα άτομα που βρίσκονται σε σύγκρουση έχουν δύο ανεξάρτητα επίπεδα ενδιαφέροντος, δηλαδή το **ενδιαφέρον για τα δικά μας αποτελέσματα** (που φαίνονται στην **οριζόντια** διάσταση του διαγράμματος) και το **ενδιαφέρον για τα αποτελέσματα της άλλης πλευράς** (που φαίνονται στην **κάθετη** διάσταση του διαγράμματος). Η κάθετη διάσταση συχνά αναφέρεται ως διάσταση **συνεργασιμότητας** και η οριζόντια ως διάσταση **διεκδικητικότητας**. Όσο **μεγαλύτερο** είναι το ενδιαφέρον για τα δικά τους αποτελέσματα, τόσο περισσότερο είναι πιθανόν τα άτομα να επιδιώξουν στρατηγικές που βρίσκονται στη **δεξιά πλευρά** του διαγράμματος, ενώ όσο **λιγότερο** ενδιαφέρονται για τα δικά τους αποτελέσματα, τόσο περισσότερο είναι πιθανόν τα άτομα να επιδιώξουν στρατηγικές που βρίσκονται στην **αριστερή** πλευρά του διαγράμματος. Αντίστοιχα, όσο πιο έντονες είναι οι προσπάθειές τους να επιτρέψουν, να ενθαρρύνουν ή ακόμη και να βοηθήσουν την άλλη πλευρά για να φτάσει στην επίτευξη των αποτελεσμάτων που επιδιώκει, τότε είναι περισσότερο πιθανόν να χρησιμοποιήσουν στρατηγικές που βρίσκονται στο **πάνω** μέρος του διαγράμματος. Όσο λιγότερο ενδιαφέρονται για τα αποτελέσματα της άλλης πλευράς, τόσο περισσότερο είναι πιθανόν τα άτομα να επιδιώξουν στρατηγικές που βρίσκονται στο **κάτω** μέρος του διαγράμματος.

Αυτά τα ενδιαφέροντα μπορούν να απεικονιστούν σε οποιοδήποτε σημείο, από το μηδέν (σχεδόν ανύπαρκτο ενδιαφέρον) έως το ανώτατο σημείο (εντονότατο ενδιαφέρον). Παρόλο που θεωρητικά μπορεί να προσδιοριστεί ένας σχεδόν άπειρος αριθμός σημείων μέσα στο δυσδιάστατο χώρο, ανάλογα με το ενδιαφέρον για την επίτευξη τόσο των δικών μας αποτελεσμάτων, όσο και της άλλης πλευράς, στο **μοντέλο διπλού ενδιαφέροντος** έχουν αναγνωριστεί **πέντε μείζονες στρατηγικές ή τεχνικές για τη διαχείριση των συγκρούσεων** (Lewicki Saunders & Minton 2004).



ΣΧΗΜΑ 4. Πλέγμα σύγκρουσης και στυλ διαχείρισης συγκρούσεων (Ζαβλανός 2002 σελ.372, Lewicki Saunders & Minton 2004, σελ.48).

Τα πέντε διαφορετικά στυλ διαχείρισης συγκρούσεων, που θα αναλυθούν στη συνέχεια, διαφοροποιούνται ανάλογα με την τεχνική που χρησιμοποιείται για την επίλυση της σύγκρουσης και είναι τα εξής: της αποφυγής, της εξυπηρέτησης, του ανταγωνισμού, του συμβιβασμού και της συνεργασίας.

Αναγνωρίζονται πέντε διαφορετικές τεχνικές – στρατηγικές αντιμετώπισης ή διαχείρισης των συγκρούσεων, με βάση το μοντέλο της συμπεριφοράς που περιγράφεται σε δύο διαστάσεις. Το στυλ της κάθε στρατηγικής περιγράφεται από αυτές τις δύο διαστάσεις, δηλαδή το βαθμό ικανοποίησης των αναγκών και ενδιαφερόντων της άλλης πλευράς (**cooperativeness**) και το βαθμό ικανοποίησης των δικών μας αναγκών και ενδιαφερόντων (**assertiveness**) (Ζαβλανός 2002). Ο καθορισμός των διαφορετικών τρόπων με τους οποίους μπορούν οι εμπλεκόμενες πλευρές να διαχειριστούν τη σύγκρουση αποτελεί δημοφιλές αντικείμενο στην έρευνα και την πρακτική της διαχείρισης των συγκρούσεων. Έχουν προταθεί πολλές προσεγγίσεις για τη διαχείριση των συγκρούσεων, που η καθεμία από αυτές αρχίζει με ένα **σχεδόν όμοιο πλαίσιο** δύο

διαστάσεων και καταλήγει σε **διαφορετικές ονομασίες και περιγραφές** στα πέντε κεντρικά σημεία:

Αποφυγή (Avoidance) (Miller 2006, Σταθοπούλου 2006, Montana & Charnov 2002, Ζαβλανός 2002, Bateman & Snell 2004, Davis & Newstrom 1989, Torrington Hall & Taylor 2005, Dove 1998, Swansburg & Swansburg 1999, Lewicki Saunders & Minton 2004, Baron Byrne & Johnson 1998) ή **Αδράνεια** (Lewicki Saunders & Minton 2004) ή **Αγνόηση** (Ζαβλανός 2002)

Η προσπάθεια ικανοποίησης των αναγκών και ενδιαφερόντων (δικών μας αλλά και της άλλης πλευράς) είναι χαμηλή. Το άτομο που την επιλέγει βασικά δεν κάνει τίποτα, παραμένει ουδέτερο και αγνοεί την προστριβή (Ζαβλανός 2002, Bateman & Snell 2004).

Αποτέλεσμα σε αυτήν τη στρατηγική είναι:

«χάνω – χάνεις»

Και οι δύο πλευρές αναγνωρίζουν ότι υπάρχει μία σύγκρουση, αλλά επιλέγουν να την αγνοούν, είτε γιατί πιστεύουν ότι το κόστος επίλυσής της είναι μεγαλύτερο από τα οφέλη, είτε γιατί έχουν σοβαρότερα θέματα να ασχοληθούν (Swansburg & Swansburg 1999, Dove 1998), είτε γιατί πιστεύουν ότι, με αυτόν τον τρόπο, είναι δυνατόν να επιλυθεί μόνη της (Dove 1998). Δεν υπάρχει το αναγκαίο χρονικό περιθώριο για την αντιμετώπιση του προβλήματος και επιλέγεται ως μέθοδος, προκειμένου να δοθεί χρόνος να πέσουν οι τόνοι και, σε δεύτερο χρόνο, με ηρεμία να δοθεί η απαιτούμενη προσοχή (Σταθοπούλου 2006).

Για να επιλεγεί, θα πρέπει να αγνοηθούν τα αίτια της σύγκρουσης και η σύγκρουση ή η επίλυσή της δε θα πρέπει να αφορά ζωτικά ζητήματα. Επειδή οι δύο παραπάνω συνθήκες σπάνια ισχύουν ταυτόχρονα, υπάρχει μία διαβάθμιση ως προς τον τρόπο αποφυγής μίας σύγκρουσης που κυμαίνεται από την **ηθελημένη άγνοια** μέχρι τη **μερική απομάκρυνση** (που επιτρέπει την περιορισμένη επικοινωνία των δύο πλευρών) και την **πλήρη απομάκρυνση** των εμπλεκομένων (καθολική φυσική απομάκρυνση των δύο πλευρών) (Montana & Charnov 2002).

Γενικότερα, ο τρόπος της αποφυγής της διευθέτησης των αντιθέσεων περιλαμβάνει: α) **τη μη – απάντηση ή την υποχώρηση** («η σιωπή είναι χρυσός»), β) **την απομόνωση** (ελαχιστοποίηση επαφής ανάμεσα στα αντιτιθέμενα μέρη για αποφυγή

δημιουργίας αντιρρήσεων μεταξύ τους), γ) **την αναβολή** («ας περιμένουμε και θα δούμε» -μετατόπιση του ζητήματος για διευθέτηση σε καταλληλότερη στιγμή) και δ) **την εξομάλυνση** (το άτομο που διευθετεί τις αντιθέσεις τονίζει τα κοινά συμφέροντα και υποβαθμίζει τις διαφορές) (Ζαβλανός 2002).

Οι **συνέπειες** της τεχνικής της αποφυγής εξαρτώνται από τη συγκεκριμένη κατάσταση. Ο Ζαβλανός αναφέρει ότι ο Burke, σε έρευνα του για την αποτελεσματικότητα των διαφόρων μεθόδων διαχείρισης των αντιθέσεων, αναφέρει ότι η τεχνική της αποφυγής, ως μέθοδος διαχείρισης, είναι για μικρής διάρκειας και προσωρινές αντιθέσεις. Αποτελεί δηλαδή, επιφανειακά αποτελεσματική ή αναποτελεσματική μέθοδο διαχείρισης (Ζαβλανός 2002).

Είναι η στρατηγική στην **κάτω αριστερή γωνία** του διαγράμματος. Αυτοί που την επιλέγουν ως στρατηγική εκδηλώνουν ελάχιστο ενδιαφέρον τόσο για την επίτευξη των δικών τους στόχων, όσο και εκείνων της άλλης πλευράς. Η αδράνεια συχνά είναι συνώνυμη με την **παραίτηση** και την παθητικότητα. Για το λόγο αυτό, και η πλευρά που επιλέγει να τη χρησιμοποιήσει προτιμάει να αποσύρεται, να παραμένει σιωπηλή ή να μην κάνει τίποτα (Lewicki Saunders & Minton 2004).

Εξυπηρέτηση (Miller 2006, Ζαβλανός 2002, Bateman & Snell 2004, Dove 1998, Baron Byrne & Johnson 1998) ή **Βοήθεια** (Ζαβλανός 2002, Bateman & Snell 2004) ή **Υποχώρηση** (Σταθοπούλου 2006, Lewicki Saunders & Minton 2004) ή **Συνδιαλλαγή** (Swansburg & Swansburg 1999) ή **Εξομάλυνση** (Torrington Hall & Taylor 2005, Davis & Newstrom 1989, Dove 1998) ή **Συγκάλυψη** (Montana & Charnov 2002)

Σε αυτήν την τεχνική, ο μάνατζερ είναι συνεργάσιμος με την άλλη πλευρά, χωρίς να προσπαθεί να εξυπηρετήσει τα δικά του συμφέροντα. Αν το άτομο συνεργάζεται και συμφωνεί με τους άλλους, τότε είναι δυνατόν να αποφεύγει τις συγκρούσεις, σύμφωνα με αυτήν τη στρατηγική. Αυτή η προσπάθεια όμως, εκτός του ότι αμβλύνει τις αντιθέσεις, διατηρεί μία επιφανειακή ηρεμία (Ζαβλανός 2002). Δείχνει ότι δεν υπάρχει μέριμνα για ικανοποίηση των αναγκών της πλευράς που εξυπηρετεί (Bateman & Snell 2004).

Είναι η στρατηγική στην **πάνω αριστερή γωνία** του διαγράμματος. Όσοι ακολουθούν αυτή τη στρατηγική υποχώρησης δείχνουν ελάχιστο ενδιαφέρον ή ανησυχία για το αν θα πετύχουν ή όχι τα αποτελέσματα που επιθυμούν, ενώ δείχνουν ενδιαφέρον να πετύχει τους στόχους της η άλλη πλευρά (Lewicki Saunders & Minton 2004).

Όταν ακολουθείται αυτή η στρατηγική, η μια πλευρά υποχωρεί, ώστε να ικανοποιηθεί η άλλη. Είναι προτιμητέα μέθοδος όταν προέχει η διατήρηση των καλών σχέσεων από το θέμα της σύγκρουσης και όταν είναι πιο ισχυρή η άλλη πλευρά (Σταθοπούλου 2006). Είναι το αντίθετο της τακτικής του ανταγωνισμού, γιατί το άτομο θυσιάζει τις απόψεις ή τους σκοπούς του στην προσπάθειά του να επιτρέψει στο άλλο άτομο να κερδίσει (Dove 1998).

Υπάρχει παραδοχή της ύπαρξης της σύγκρουσης, αλλά δίνεται έμφαση στις ειρηνικές και αρμονικές σχέσεις και έτσι «συγκαλύπτεται» η σύγκρουση. Για το λόγο αυτό, λέγεται και **συγκάλυψη** (Montana & Charnov 2002).

Τονίζονται τα κοινά χαρακτηριστικά των διαφωνούντων και όχι οι διαφορές τους. Η ηρεμία που επικρατεί στις σχέσεις είναι επιφανειακή και η διατήρηση μίας τέτοιας αρμονίας αναφέρεται ως μειονέκτημα της μεθόδου, αφού η σύγκρουση θα εξακολουθεί να υπάρχει κάτω από την επιφάνεια και θα εκδηλωθεί σε κάποια άλλη χρονική στιγμή, που το πρόβλημα θα έχει μεγεθυνθεί. Δηλαδή, μακροπρόθεσμα δεν είναι αποτελεσματική μέθοδος γιατί δεν αναγνωρίζει τις αιτίες του προβλήματος και δεν επιλύει το πρόβλημα. Η μέθοδος της συγκάλυψης είναι αποτελεσματική μόνο για βραχυχρόνια αντιμετώπιση (Montana & Charnov 2002).

Αναφέρεται και ως **συνδιαλλαγή** γιατί η μία πλευρά μπορεί να συνδιαλλαγεί με την άλλη, κάνοντας υποχωρήσεις και δίνοντας προτεραιότητα στις ανάγκες της άλλης. Είναι ιδιαίτερα σημαντική στρατηγική όταν το θέμα είναι πιο σημαντικό για την άλλη πλευρά (Swansburg & Swansburg 1999).

Ανταγωνισμός (Competition) (Miller 2006, Ζαβλανός 2002, Σταθοπούλου 2006, Dove 1998, Swansburg & Swansburg 1999, Lewicki Saunders & Minton 2004, Baron Byrne & Johnson 1998) ή **Επιβολή** (Montana & Charnov 2002, Davis & Newstrom 1989, Torrington Hall & Taylor 2005) ή **Παρέμβαση Εξουσίας** (Montana & Charnov 2002) ή **Κυριαρχία ή Ερειστικότητα** (Lewicki Saunders & Minton 2004)

Σε αυτήν τη στρατηγική, χρησιμοποιείται η **ισχύς** και η **εξουσία** που παρέχει η ιεραρχική θέση του μάνατζερ για να πειστούν τα άλλα άτομα να δεχτούν μία συγκεκριμένη λύση (Ζαβλανός 2002). Είναι η στρατηγική στην **κάτω δεξιά γωνία** του διαγράμματος. Όσοι ακολουθούν αυτήν τη στρατηγική, αγωνίζονται με πάθος να πετύχουν τα αποτελέσματα που θέλουν, δείχνοντας ελάχιστο ενδιαφέρον για το αν η

άλλη πλευρά θα πετύχει τα δικά της επιθυμητά αποτελέσματα. Οι απειλές, η τιμωρία, ο εκφοβισμός και η μονόπλευρη στάση συμβαδίζουν με τη στάση του ανταγωνισμού (Lewicki Saunders & Minton 2004).

Αποτέλεσμα σε αυτήν τη στρατηγική είναι:

«κερδίζω – χάνεις»

Δηλαδή, στον ανταγωνισμό, η μία πλευρά αναζητά να πετύχει σε βάρος της άλλης και έτσι οδηγούνται σε αποτέλεσμα “win-lose”. Η ομάδα που χάνει νιώθει θυμό και ανησυχία. Συχνά συμβαίνει όταν μία ομάδα έχει περισσότερη πληροφόρηση έναντι της άλλης (Dove 1998).

Με αυτή τη μέθοδο, ικανοποιούνται οι ανάγκες της μίας πλευράς και θυσιάζονται ή παραβλέπονται οι ανάγκες της άλλης (Miller 2006, Σταθοπούλου 2006, Bateman & Snell 2004). Μπορεί να χρησιμοποιηθεί όταν μεταξύ των εμπλεκόμενων υπάρχει **σχέση υφισταμένου - προϊσταμένου**. Αναφέρεται ότι μπορεί να αποδειχτεί **μακροπρόθεσμα ζημιογόνος** για τη συνεργασία και τις εργασιακές σχέσεις, εξαιτίας της έντασης στην έκφραση των συναισθημάτων που απελευθερώνονται κατά την εφαρμογή αυτής της στρατηγικής (Σταθοπούλου 2006).

Ο μάνατζερ νοσηλευτής, όπως αναφέρουν οι Swansburg & Swansburg (1999), ως προϊστάμενος μπορεί να ασκήσει την εξουσία του σε βάρος ενός υφισταμένου, για να πειθαρχήσει. Είναι σαφώς μία κατηγορηματική θέση, που βοηθάει τον ανταγωνισμό παρά την αφοσίωση στην επίλυση της σύγκρουσης από την πλευρά του υφισταμένου.

Η **επιβολή** κάποιας λύσης και στις δύο εμπλεκόμενες πλευρές από ένα ανώτερο στέλεχος (**παρέμβαση εξουσίας**) είναι η πιο απλή μέθοδος επίλυσης μίας σύγκρουσης. Ονομάζεται και επιβολή, γιατί κάποιο ανώτερο στέλεχος επιβάλλει την άποψή του στις δύο πλευρές που εμπλέκονται στη σύγκρουση. Είναι η **ταχύτερη** μέθοδος επίλυσης μίας σύγκρουσης και ταυτόχρονα συμφωνεί και επιβεβαιώνει την υπάρχουσα δομή εξουσίας στον οργανισμό. Είναι δυνατόν να μην αντιμετωπίζει τα αίτια της σύγκρουσης και, για το λόγο αυτό, η σύγκρουση να εκδηλωθεί μελλοντικά σε μεγαλύτερες διαστάσεις. Επίσης, είναι δυνατόν να κατακριθεί από τη μία ή ακόμη και από τις δύο πλευρές, η παρέμβαση της διοίκησης σε ένα δικό τους πρόβλημα, μία δική τους αντιπαράθεση. Για κάθε νικητή υπάρχει και ένας χαμένος σε αυτές τις περιπτώσεις που η μία πλευρά πιστεύει ότι δικαιώθηκε και η άλλη πλευρά ότι αδικήθηκε. Υπάρχει περίπτωση όμως, η λύση να αδικεί και τις δύο πλευρές, οπότε και οι δύο να πιστεύουν ότι έχασαν (Montana & Charnov 2002, Ζαβλανός 2002). Ο Horwitz, όπως αναφέρεται στο Ζαβλανό (2002),

διαπίστωσε ότι η **κυριαρχία** (μονομερής ενέργεια του ενός μέρους για τη ρύθμιση των αντιθέσεων χωρίς προηγούμενο διάλογο) είναι αποτελεσματική τεχνική, στην περίπτωση που ο καταπιεζόμενος είναι πολύ ασθενέστερος από αυτόν που καταπιέζει, αλλά μειώνει την παραγωγικότητα του ατόμου. Η έρευνα του Burke, όπως αναφέρεται στο Ζαβλανό (2002), έδειξε ότι η επιβολή, η κατάχρηση εξουσίας και η κυριαρχία (δηλαδή η χρησιμοποίηση βίας ως τρόπου διευθέτησης) μπορούν να θεωρηθούν ως η δεύτερη πιο αποτελεσματική τεχνική διευθέτησης των αντιθέσεων. Καλύτερα βέβαια εφαρμόζεται όταν δημιουργούνται αντιθέσεις μεταξύ ομάδων που έχουν διαφορετικό σκοπό ή αξίες, γιατί σε τόσο εκ διαμέτρου αντίθετους σκοπούς της μίας από της άλλης, η επιβολή είναι ο μοναδικός τρόπος διαχείρισης του προβλήματος (Ζαβλανός 2002).

Συμβιβασμός (Compromise) (Baron Byrne & Johnson 1998, Montana & Charnov 2002, Miller 2006, Σταθοπούλου 2006, Ζαβλανός 2002, Bateman & Snell 2004, Torrington Hall & Taylor 2005, Dove 1998, Swansburg & Swansburg 1999, Lewicki Saunders & Minton 2004) ή **Διαπραγμάτευση (Negotiation)** (Dove 1998, Ζαβλανός 2002, Bateman & Snell 2004)

Η προσπάθεια ικανοποίησης των αναγκών και ενδιαφερόντων (δικών μας αλλά και της άλλης πλευράς) είναι **μέτρια**. Η προσπάθεια στρέφεται στο να βρεθεί μία **κοινά αποδεκτή λύση** και από τις δύο πλευρές και **όχι η βέλτιστη λύση**. Έτσι, ικανοποιούνται μερικές μόνο από τις ανάγκες των ατόμων, δηλαδή κανείς δεν κερδίζει ή χάνει ολοκληρωτικά (Ζαβλανός 2002).

Είναι η στρατηγική που βρίσκεται στο **μέσον** του διαγράμματος. Ως στρατηγική διαχείρισης συγκρούσεων είναι μία **μετριοπαθής τακτική** που χαρακτηρίζεται από μία μετριοπαθή προσπάθεια να πετύχει κανείς τα αποτελέσματα που θέλει, καθώς και μία μετριοπαθή προσπάθεια για βοήθεια ως προς την επίτευξη των αποτελεσμάτων της άλλης πλευράς (Lewicki Saunders & Minton 2004).

Αποτέλεσμα σε αυτήν τη στρατηγική είναι: «κερδίζω – χάνεις» &
«χάνω – κερδίζεις»

Είναι κατάλληλη μέθοδος όταν χρειάζεται να δοθεί μία προσωρινή λύση σε **σύντομο χρονικό** διάστημα και όταν **τα εμπλεκόμενα μέρη έχουν ίση εξουσία** (Σταθοπούλου 2006). Και οι δύο πλευρές δε θα ικανοποιηθούν σε μία συμβιβαστική

λύση (Miller 2006, Torrington Hall & Taylor 2005). Απαιτεί **ίσες θυσίες και από τις δύο πλευρές** στο συμβιβασμό, για να θεωρήσουν και οι δύο ότι είναι κερδισμένοι από τη λύση που κατέληξαν (Dove 1998).

Η μέση οδός μπορεί να βοηθήσει στην επίλυση μίας σύγκρουσης, όμως πρέπει να είναι μία **προσωρινή** στρατηγική μέχρι να βρεθεί μία μόνιμη ικανοποιητική λύση, όταν δεν υπάρχει αρκετός διαθέσιμος χρόνος (Swansburg & Swansburg 1999, Bateman & Snell 2004). Είναι μία στρατηγική που στοχεύει στο να ικανοποιήσει ένα μέρος τουλάχιστον από τις θέσεις της κάθε πλευράς. Στα μειονεκτήματα της μεθόδου συγκαταλέγονται ότι: α) δεν αντιμετωπίζει τις υποβόσκουσες αιτίες της σύγκρουσης, γιατί δίνει έμφαση μόνο στη λύση, β) δεν προσφέρει ικανοποίηση και των δύο πλευρών και γ) για να επιτευχθεί συμβιβασμός μπορεί να μη βρεθεί λύση στο πρόβλημα, ή να μην προτιμηθεί, αν η λύση περιλαμβάνει να επωφεληθεί η μία πλευρά εις βάρος της άλλης (Montana & Charnov 2002).

Ο Deutsch, όπως αναφέρεται στο Ζαβλανό (2002), κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ο συμβιβασμός θα είναι περισσότερο αποτελεσματικός, όταν το **συμφέρον για συνεργασία** των ατόμων που έρχονται σε **διαπραγμάτευση** είναι ισχυρότερα από τα ανταγωνιστικά τους συμφέροντα και όταν οι δύο πλευρές έχουν πολλές δυνατότητες για διαπραγμάτευση και αποτελεσματική επικοινωνία (Ζαβλανός 2002).

Συνεργασία (Collaboration) (Miller 2006, Ζαβλανός 2002, Σταθοπούλου 2006, Bateman & Snell 2004, Dove 1998, Swansburg & Swansburg 1999, Lewicki Saunders & Minton 2004, Baron Byrne & Johnson 1998) **ή Αντιμετώπιση** (Montana & Charnov 2002, Davis & Newstrom 1989, Torrington Hall & Taylor 2005) **ή Επίλυση προβλήματος** (Lewicki Saunders & Minton 2004) **ή Ενοποίηση** (Lewicki Saunders & Minton 2004, Breslin & Rubin 1999)

Η προσπάθεια ικανοποίησης των αναγκών και ενδιαφερόντων (δικών μας αλλά και της άλλης πλευράς) είναι **υψηλή**. Και τα δύο μέρη θα προσπαθήσουν να ωφεληθούν αμοιβαία, δηλαδή να είναι και οι δύο πλευρές κερδισμένες (Ζαβλανός 2002, Bateman & Snell 2004).

Αποτέλεσμα σε αυτήν τη στρατηγική είναι:

«κερδίζω – κερδίζεις»

Είναι η στρατηγική στην **πάνω δεξιά γωνία** του διαγράμματος. Οι διαπραγματεύσεις που ακολουθούν τη στρατηγική επίλυσης προβλήματος δείχνουν μεγάλο ενδιαφέρον για την επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων τους, αλλά και μεγάλο ενδιαφέρον επίσης να πετύχει τους στόχους της και η άλλη πλευρά. Δηλαδή, οι δύο πλευρές εφαρμόζουν μεθόδους για να υπάρξει το **μέγιστο αποτέλεσμα** από τη σύγκρουση και να είναι και οι δύο νικητές (Lewicki Saunders & Minton 2004).

Η συνεργασία των δύο πλευρών θα οδηγήσει σε λύση που θα ωφελήσει και τις δύο πλευρές (Miller 2006, Σταθοπούλου 2006). Απαιτεί πολύ χρόνο και πολλή ενέργεια ως διαδικασία και είναι σημαντικό να χρησιμοποιείται σε σημαντικά ζητήματα, που αξίζουν να καταβάλλεται τόσο μεγάλη προσπάθεια (Swansburg & Swansburg 1999, Σταθοπούλου 2006).

Οι μάνατζερ, με αυτήν την τακτική, ζητούν και από τις δύο πλευρές να παραμερίσουν τις ατομικές τους επιδιώξεις και να συνεργαστούν για την επίτευξη κοινών στόχων. Έτσι, και οι δύο πλευρές εφαρμόζουν **τεχνικές επίλυσης προβλήματος** (problem-solving techniques) (Dove 1998).

Αντιμετωπίζουν το πρόβλημα στη βάση μίας ευρύτερης διορατικότητας και το εξετάζουν μέσα σε σωστό πλαίσιο, με πληρότητα. Τα άτομα μπορούν, μέσα από τη συνεργασία, να έχουν μία διαφορετική ματιά και να συνενώνουν τις πληροφορίες τους. Γίνεται δηλαδή, μέσα από αυτή τη διεργασία, **μετουσίωση των διαφορών σε δημιουργική δύναμη** και, για το σκοπό αυτό, απαιτείται χρόνος (Harvard Business Review 2004). Είναι η πιο **παραγωγική στρατηγική** σε πολλές περιπτώσεις και προσφέρει την ευκαιρία αμοιβαίων ωφελειών. Μας θυμίζει **στρατηγική διαδραστικής επιδεξιότητας** (Torrington Hall & Taylor 2005). Ενθαρρύνει μία κατάσταση **αμφοτερόπλευρου οφέλους**, έρχονται πιο κοντά οι εργαζόμενοι κατά τη συνεργασία τους και αυτό τους βοηθάει να κατανοήσουν ότι μπορεί να πετύχουν προσωπικούς, αλλά και κοινούς στόχους για το τμήμα στο οποίο εργάζονται. Επιπρόσθετα, μέσα από τη συνεργασία τους, οι εργαζόμενοι **μειώνουν το στρες και βελτιώνουν τις διαπροσωπικές δεξιότητες επικοινωνίας**. Στο χώρο του νοσοκομείου, η αποδοτικότητα του οργανισμού αλλά και η ποιότητα των υπηρεσιών έχουν ιδιαίτερη βαρύτητα και, για αυτό το λόγο, χρειάζεται να λαμβάνονται συνήθως αποφάσεις από ομάδες που συνεργάζονται και όχι από την οργανωτική ιεραρχία (Pape 1999).

Όταν αποτυγχάνει η συνεργασία, απαιτείται η χρησιμοποίηση της τακτικής του συμβιβασμού (Bateman & Snell 2004). Ο ανταγωνισμός τείνει να κλιμακώνει τη σύγκρουση, ενώ η συνεργασία την αποκλιμακώνει (Baron Byrne & Johnson 1998). Η

επίλυση της σύγκρουσης δεν είναι συμβιβασμός, αλλά συνεργασία για να παραχθεί κάτι το νέο και δημιουργικό, το «μετασχηματιστικό» (Μαναράκης μεταφρασμένο 2006).

Λέγεται και **άμεσης αντιμετώπισης** γιατί, με αυτήν τη μέθοδο, **αντιμετωπίζονται οι αιτίες** της σύγκρουσης. Δίνει έμφαση στην **κατανόηση και την επίτευξη των στόχων του οργανισμού** και όχι στους προσωπικούς στόχους των διαφωνούντων. Σύμφωνα με αυτήν τη μέθοδο, κάθε πλευρά προσπαθεί να κατανοήσει τις θέσεις της άλλης. Η αμοιβαία ανταλλαγή προσωπικού διευκολύνει κατά κάποιο τρόπο την κατάσταση, αφού δημιουργείται αμοιβαία κατανόηση μέσα στις ομάδες, αλλά δε βοηθάει στην επίλυση των προβλημάτων. Απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί και οι δύο πλευρές να επιθυμούν να συμμετάσχουν στη διαδικασία (Montana & Charnov 2002). Ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι η στρατηγική της άμεσης αντιμετώπισης, σύμφωνα με την άποψη των εμπλεκομένων, είναι η πλέον ικανοποιητική και για τις δύο πλευρές των εμπλεκομένων (Davis & Newstrom 1989).

Λέγεται και τεχνική **επίλυσης προβλήματος**, γιατί εστιάζουν στην επίλυση του προβλήματος και όχι στην αποδοχή απλά της διαφορετικότητας των απόψεων. Βασίζεται στην πεποίθηση ότι τα δύο μέρη έχουν τη δυνατότητα να λύσουν τα προβλήματα, κυρίως μέσα από τη συνεργασία τους. Υπάρχει μία **ανοικτή επικοινωνία μεταξύ των εμπλεκομένων**, που τους δίνει την ευκαιρία να ανταλλάσσουν πληροφορίες και να κατανοούν τις διαφορές τους, ώστε να φτάσουν σε λύση που θα επωφελούνται και οι δύο (Ζαβλανός 2002).

Η συνεργασία είναι μία πολύ σημαντική διάσταση στην επίλυση των συγκρούσεων. Η **συνεργατική επίλυση των συγκρούσεων** έχει τα εξής βήματα (Μαναράκης μεταφρασμένο 2006):

- Αύξηση της **κατανόησης της ουσίας της σύγκρουσης** (με ενεργητική ακρόαση) και της γλώσσας της σύγκρουσης και των αντιπάλων
- Αναζήτηση των **αιτίων** της σύγκρουσης (προσωπικότητες, συναισθήματα, ενδιαφέροντα, ανάγκες και επιθυμίες, αυτοαντίληψη και αυτοεκτίμηση, κρυφές προσδοκίες και άλυτα θέματα)
- Αναζήτηση **δημιουργικών τρόπων για επίλυση** (προκύπτει από την πραγματική κατανόηση των κοινών ενδιαφερόντων των δύο πλευρών)
- Μόχλευση της **κατανόησης και της εμπιστοσύνης** που εδραιώθηκε, ώστε να πειστούν να φύγουν από τα κατεστημένα.

Καθεμία από τις παραπάνω στρατηγικές διαχείρισης συγκρούσεων έχει τα **πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματά** της. Κάθε φορά, είναι ανάγκη να χρησιμοποιούνται διαφορετικές στρατηγικές, ανάλογα με το είδος της σύγκρουσης και τις συνθήκες.

Η θεωρία και η έρευνα της σύγκρουσης έχουν προχωρήσει αρκετά προς μία προσέγγιση των ενδεχομένων. Σύμφωνα με αυτήν την προσέγγιση, η στρατηγική που επιλέγεται πρέπει να βασίζεται στους στόχους των δύο πλευρών και στο χαρακτήρα της διαφωνίας τους. Αν και δεν έχει υποστηριχτεί από την έρευνα μία ολοκληρωμένη προσέγγιση που να περιλαμβάνει τα διάφορα ενδεχόμενα στη διαχείριση των συγκρούσεων, έχει γίνει αρκετή πρόοδος στην καταγραφή των συνθηκών που είναι κατάλληλη η κάθε στρατηγική (Lewicki Saunders & Minton 2004).

Υπάρχουν **κατευθυντήριες οδηγίες (guidelines)**, που ουσιαστικά βοηθούν στην **επιλογή της κατάλληλης στρατηγικής** διαχείρισης συγκρούσεων, δηλαδή σε ποιες περιπτώσεις ή καταστάσεις είναι καλύτερα να χρησιμοποιείται η καθεμία στρατηγική (Charge Nurse Leadership Development Program 2008). Ο **Πίνακας 1** που ακολουθεί συνοψίζει αυτές τις οδηγίες για ευκολία στην κατανόηση και χρήση των στρατηγικών διαχείρισης των συγκρούσεων.

ΑΠΟΦΥΓΗ	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Όταν ένα θέμα είναι ασήμαντο ✓ Όταν δεν υπάρχει περίπτωση να πάρει κάποιος αυτό που θέλει ✓ Όταν η ενδεχόμενη ζημιά της αντιμετώπισης είναι μεγαλύτερη από τα οφέλη ✓ Όταν κάποιος έχει ανάγκη να ηρεμήσει, να μειώσει την ένταση και να ανακτήσει την προοπτική και την ψυχραιμία του ✓ Όταν κάποιος χρειάζεται να συγκεντρώσει περισσότερες πληροφορίες ✓ Όταν άλλοι μπορούν να επιλύσουν πιο αποτελεσματικά τη σύγκρουση ✓ Όταν το ζήτημα φαίνεται να είναι «σύμπτωμα» ενός άλλου ουσιαστικού θέματος
ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΜΟΣ	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Όταν είναι αναγκαία μία γρήγορη και αποφασιστική ενέργεια

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Σε σοβαρά ζητήματα, που χρειάζεται να εφαρμοστούν μη δημοφιλή μέτρα ✓ Σε θέματα ζωτικά για την ευημερία του οργανισμού ή της επιχείρησης, όταν κάποιος ξέρει ότι ένας μόνο έχει δίκαιο
ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Όταν και οι δύο πλευρές έχουν σημαντικά θέματα για να συμβιβαστούν ✓ Όταν ο σκοπός είναι να δοκιμάσει κάθε πλευρά τις δικές της υποθέσεις ή να κατανοήσει καλύτερα τις θέσεις των άλλων ✓ Όταν είναι ανάγκη να συγχωνευτούν ιδέες ανθρώπων με διαφορετικές απόψεις σε ένα θέμα ✓ Όταν μπορεί να αυξηθεί η δέσμευση, ενσωματώνοντας ανησυχίες των άλλων σε μία συναινετική απόφαση ✓ Όταν εργάζονται με έντονα συναισθήματα, που έχουν εισχωρήσει σε μία διαπροσωπική σχέση
ΣΥΜΒΙΒΑΣΜΟΣ	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Όταν οι στόχοι είναι αρκετά σημαντικοί, αλλά δεν αξίζει τον κόπο να γίνει προσπάθεια με πιο δυναμικό τρόπο ✓ Όταν δύο αντίπαλοι έχουν ίση εξουσία και έχουν δεσμευτεί αμοιβαία σε αλληλοαναιρούμενους στόχους ✓ Όταν απαιτούνται προσωρινές ρυθμίσεις σε σύνθετα θέματα ✓ Όταν πιθανές λύσεις είναι αναγκαίο να δοθούν κάτω από πίεση χρόνου ✓ Όταν απαιτείται μία στρατηγική μικρής υποχώρησης, σε περίπτωση αποτυχίας του ανταγωνισμού και της συνεργασίας
ΥΠΟΧΩΡΗΣΗ	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Όταν κάποιος συνειδητοποιεί ότι κάνει λάθος ✓ Όταν το θέμα είναι πολύ πιο σημαντικό για τον άλλο ✓ Όταν είναι αναγκαίο να προστεθούν «πιστώσεις» σε θέματα πιο σημαντικά

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Όταν ο συνεχής ανταγωνισμός μόνο θα έβλαπτε ✓ Όταν είναι ιδιαίτερα σημαντικό να διατηρηθούν αρμονικές σχέσεις και να αποφευχθεί η αναστάτωση ✓ Όταν οι υφιστάμενοι είναι ανάγκη να αναπτυχθούν και να μάθουν από τα λάθη τους
--	---

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Οδηγίες για επιλογή σωστής στρατηγικής διαχείρισης συγκρούσεων (*Charge Nurse Leadership Development Program 2008*).

1.2.3.1. Παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή της κατάλληλης στρατηγικής επίλυσης συγκρούσεων

Για την επίλυση των συγκρούσεων μπορούν να χρησιμοποιηθούν πολλές και διαφορετικές στρατηγικές. Είτε από τους **εμπλεκόμενους** στη σύγκρουση, είτε από **κάποιον τρίτο** (μάνατζερ, διαιτητή ή μεσολαβητή), που μπορεί να κληθεί για να ρυθμίσει συγκρούσεις που γίνονται αντιληπτές ως σύνθετες και δυσεπίλυτες. Είναι σημαντικό να γίνεται σωστή χρήση, κατά περίπτωση, της κάθε στρατηγικής, αλλά και στο σωστό χρόνο (Miller 2006).

Με τη γνώση και μόνο των κατάλληλων στρατηγικών διαχείρισης των συγκρούσεων δεν εξασφαλίζεται ότι θα βρεθεί ικανοποιητική λύση της σύγκρουσης. **Η επιλογή της κατάλληλης στρατηγικής για κάθε περίπτωση, εξαρτάται από του εξής παράγοντες:** α) το διαθέσιμο χρόνο, β) τις ικανότητες του μάνατζερ να διευκολύνει στην επίλυση, γ) τη σοβαρότητα της σύγκρουσης, αλλά και τη σημαντικότητα του θέματος που τη δημιουργήσε, δ) τη φύση της ιεραρχικής σχέσης μεταξύ των εμπλεκόμενων μερών, ε) τις συνθήκες κάτω από τις οποίες εξελίσσεται η σύγκρουση καθώς και η φύση των ατόμων που εμπλέκονται και στ) την κουλτούρα του οργανισμού (Σταθοπούλου 2006).

Υπάρχουν **τέσσερα κριτήρια για να συγκρίνει και να επιλέξει κάποιος την «καλύτερη» μέθοδο επίλυσης των συγκρούσεων** για κάθε σύγκρουση, όπως αναφέρουν οι Ury, Brett & Goldenberg (1993) στο βιβλίο “*Getting Disputes resolved-Designing Systems to cut the costs of conflicts*”. Αυτά τα κριτήρια είναι το κόστος των συνδιαλλαγών, η ικανοποίηση από το αποτέλεσμα, η επίδραση στις σχέσεις και η επαναληψιμότητα της σύγκρουσης. Στο κόστος των συνδιαλλαγών συμπεριλαμβάνονται ο χρόνος που δαπανήθηκε, τα χρήματα, η συναισθηματική ενέργεια (νεύρα, ένταση), οι πόροι που καταναλώθηκαν και καταστράφηκαν και οι ευκαιρίες που πήγαν χαμένες, ενώ θα μπορούσαν να διατεθούν για ευχάριστες ή χρήσιμες ασχολίες. Η ικανοποίηση των

εμπλεκόμενων μερών εξαρτάται από το βαθμό που η επίλυση της σύγκρουσης ικανοποιεί τα ενδιαφέροντά τους. Η ικανοποίηση, ίσως εξαρτάται και από το αν ο εμπλεκόμενος στη σύγκρουση πιστεύει ότι η επίλυση είναι δίκαιη, ακόμη κι αν δεν ικανοποιούνται πλήρως τα ενδιαφέροντά του. Η επίδραση στις σχέσεις είναι ένα κριτήριο που σχετίζεται με τη μακροβιότητα της σχέσης των εμπλεκόμενων πλευρών. Αν επηρεάζει δηλαδή, τη σχέση που έχουν οι εμπλεκόμενοι, όπως, όταν εργάζονται σε καθημερινή βάση μαζί. Η επαναληψιμότητα είναι το τελευταίο κριτήριο και εξετάζει αν η προσέγγιση της επίλυσης θα έχει αποτελέσματα που αντέχουν στο χρόνο. Η απλούστερη μορφή επαναληψιμότητας είναι όταν η επίλυση δεν είναι οριστική ή αποτελεσματική. Αυτά βέβαια τα τέσσερα κριτήρια αλληλοεξαρτώνται. Η μη ικανοποίηση με το αποτέλεσμα ίσως δημιουργήσει ένταση στη σχέση, η οποία θα συμβάλλει στο να επαναληφθεί η σύγκρουση και να αυξηθεί το κόστος της σύγκρουσης. Όταν λέμε λοιπόν ότι μία προσέγγιση επίλυσης είναι «υψηλού κόστους» ή «χαμηλού κόστους», εννοούμε όλα αυτά μαζί (Ury Brett & Goldenberg 1993).

1.2.3.2. Παράγοντες που επηρεάζουν τη διαδικασία διαχείρισης της σύγκρουσης

Στη συνέχεια, θα αναφερθούν οι **παράγοντες** εκείνοι που είναι δυνατόν να **επηρεάσουν τη διαδικασία διαχείρισης της σύγκρουσης** και πιο συγκεκριμένα, να αναλυθούν οι προσωπικοί, σχεσιακοί και πολιτισμικοί παράγοντες (Miller, 2006):

A. Προσωπικοί παράγοντες. Σύμφωνα με τα πολιτισμικά μας στερεότυπα, οι **άνδρες** είναι πολύ πιθανόν να χρησιμοποιούν ανταγωνιστικές στρατηγικές επίλυσης συγκρούσεων, ενώ οι **γυναίκες** να έχουν περισσότερο την τάση να διευκολύνουν την επίλυση ή να συμβιβάζονται. Είναι λογικό να πιστεύεται επίσης, ότι τα **χαρακτηριστικά της προσωπικότητας** (π.χ. επιθετικότητα, εσωστρέφεια) θα επηρέαζαν σαφώς και τον τρόπο διαχείρισης των συγκρούσεων. Θα περίμενε λοιπόν κανείς, να επηρεάζεται ο τρόπος διαχείρισης των συγκρούσεων από ατομικά χαρακτηριστικά, όπως το **φύλο** και η **προσωπικότητα**. Όμως από έρευνες έχει βρεθεί ότι η προσωπικότητα και το φύλο **έχουν περιορισμένη επίδραση στις τακτικές που χρησιμοποιούν για τη διαχείριση των συγκρούσεων**.

B. Σχεσιακοί παράγοντες. Η σχέση μεταξύ των εμπλεκόμενων μερών φαίνεται να έχει ισχυρή επίπτωση στην επίλυση μιας σύγκρουσης. Ένα από τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά της σχέσης μεταξύ των εμπλεκόμενων μερών αποτελεί η

ισχύς ή ιεραρχική θέση. Αξίζει να αναφερθεί σε αυτό το σημείο, ότι σύμφωνα με την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας των Putnam & Poole (1987) σχετικά με το ιεραρχικό επίπεδο και το στυλ σύγκρουσης, όπως αναφέρεται στη Miller (2006), **το στυλ διαχείρισης εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ιεραρχική σχέση μεταξύ των μερών που συγκρούονται.** Φάνηκε από τις έρευνες αυτές, ότι τα άτομα προτιμούν ανταγωνιστικά στυλ διαχείρισης, όταν έρχονται αντιμέτωποι σε σύγκρουση με τους **υφιστάμενούς τους**, ενώ με τους **προϊσταμένους** τους χρησιμοποιούν διευκόλυνση ή συνεργασία. Τέλος, όταν αντιμετωπίζουν **συναδέλφους** τους χρησιμοποιούν διευκόλυνση ή αποφυγή (Miller 2006).

Γ. Πολιτισμικοί παράγοντες. Διάφορες πλευρές της οργανωσιακής, εθνικής και φυλετικής κουλτούρας θα μπορούσαν να επηρεάσουν τους τρόπους με τους οποίους δημιουργείται, αλλά και αντιμετωπίζεται μία σύγκρουση στους οργανισμούς. Η **εθνική και η φυλετική κουλτούρα** μπορεί να παίζει ρόλο στη διαπραγμάτευση της σύγκρουσης, σύμφωνα με τους Shuter & Turner (2004), όπως αναφέρεται στη Miller (2006). Διερευνήθηκε λοιπόν, η **κουλτούρα του οργανισμού** και ο τρόπος που μπορεί να επηρεάζει τη διαδικασία επίλυσης της σύγκρουσης. Δόθηκε έμφαση στην έκταση της δυσκολίας της επίλυσης, όταν οι εργασιακές υποκουλτούρες που στηρίζονται σε επαγγελματική ταυτότητα ή ιεραρχική θέση, δεν ταυτίζονται.

1.2.3.3. Κριτικές για τη δημιουργία του στυλ διαχείρισης συγκρούσεων

Οι Knapp, Putnam, Davis (1988), όπως αναφέρεται στη Miller (2006), εντόπισαν και κατέγραψαν τέσσερις **παράγοντες που περιορίζουν τη χρησιμότητα της προσέγγισης του «πλέγματος»** στην οργανωσιακή σύγκρουση. Η πρώτη κριτική, αφορά την έκταση στην οποία μία προσέγγιση πλέγματος δείχνει τη σύνθετη διαδραστική φύση της σύγκρουσης σε έναν οργανισμό. Η προσέγγιση δηλαδή του πλέγματος, υποβαθμίζει την έκταση στην οποία τα άτομα αλλάζουν στυλ κατά τη διάδρασή τους με τους άλλους σε κατάσταση σύγκρουσης. Η δεύτερη κριτική, αφορά τη δυσδιάστατη φύση του πλέγματος σύγκρουσης. Οι Knapp, Putnam και Davis πιστεύουν ότι θα μπορούσαν κι άλλα θέματα (πέρα από το ενδιαφέρον για το άτομο και για τους άλλους), να επηρεάσουν τη συγκρουσιακή διάδραση. Η τρίτη προσέγγιση, εστιάζει στην υποβάθμιση των σημαντικών ρόλων, που η εξωλεκτική και η μη ορθολογική επικοινωνία μπορούν να παίξουν στη διαχείριση της σύγκρουσης. Με την τελευταία κριτική υποστηρίζεται ότι με την επικέντρωση του ενδιαφέροντος στο ατομικό στυλ σύγκρουσης, παραμερίζεται ο

ρόλος του οργανωσιακού πλαισίου και της κουλτούρας του οργανισμού καθώς και της αλληλεξάρτησης των μελών του, που είναι πολύ σημαντικά στοιχεία (Miller 2006).

1.2.3.4. Περιορισμοί για την επίλυση των συγκρούσεων

Οι παρακάτω παράγοντες, αποτελούν περιορισμούς στην επίλυση των συγκρούσεων, όπως αναγνωρίστηκαν από την Pape (1999), που ανέλυσε μια μέθοδο προσέγγισης επίλυσης συγκρούσεων, ειδικά για το χώρο του χειρουργείου:

- Όταν υπάρχει έλλειψη κατανόησης της πραγματικής φύσης του προβλήματος
- Όταν είναι δύσκολο να αποφασιστεί η συνέχεια
- Όταν οι υπάρχοντες κανόνες γραφειοκρατίας εμποδίζουν τη διαπραγμάτευση με την άλλη πλευρά
- Όταν υπάρχει έλλειμμα γνώσης, σχετικά με τον τρόπο επίλυσης του προβλήματος
- Όταν δεν υπάρχουν σχέδια για να εκπαιδευτεί το προσωπικό σχετικά με τη διαχείριση των συγκρούσεων.

1.2.4. ΔΙΑΠΡΑΓΜΑΤΕΥΣΗ

1.2.4.1. Ορισμός και Χαρακτηριστικά της Διαπραγμάτευσης

Για την επίλυση των συγκρούσεων, η πλέον χρησιμοποιούμενη διαδικασία είναι η **διαπραγμάτευση** (negotiation) ή **παζάρεμα** (bargaining). Σε μια τέτοια διαδικασία, τα αντιτιθέμενα μέρη κάνουν προσφορές, αντιπροσφορές και παραχωρήσεις, είτε **άμεσα**, είτε **διαμέσου αντιπροσώπων**. Τα ευρήματα, οι αρχές και οι θεωρίες της κοινωνικής ψυχολογίας αποτελούν τη βάση για αρκετές τεχνικές μείωσης ή επίλυσης των συγκρούσεων, όπως είναι η διαπραγμάτευση (Baron Byrne & Johnson 1998).

Ο Thomas Schelling (2002) αναφέρει στο βιβλίο του “The strategy of conflict” ότι: «...σε μία σύγκρουση είναι επιθυμητό να ελέγχουμε ή να επηρεάσουμε τη συμπεριφορά των άλλων και επομένως θέλουμε να ξέρουμε, πώς οι μεταβλητές που ελέγχουμε, μπορούν να επιδράσουν στη συμπεριφορά της άλλης πλευράς... και μπορεί να επιτευχθεί με διαπραγμάτευση, με συμβιβασμό και με αποφυγή της καταστροφικής συμπεριφοράς αμοιβαία». Υποστηρίζει ότι για να μελετήσει κανείς τη στρατηγική των συγκρούσεων, πρέπει να τις βλέπει από την «οπτική» ότι οι περισσότερες είναι ουσιαστικά καταστάσεις διαπραγματεύσεων.

Υπάρχουν πολλοί ορισμοί για τη διαπραγμάτευση, αλλά μέσα από την παρακολούθηση και τη μελέτη των διαφόρων μορφών διαπραγματεύσεων, η **διαπραγμάτευση** ορίζεται πολύ εύστοχα, ως μία διεργασία που επιδιώκει την επίτευξη συμφωνίας μεταξύ δισταμένων θέσεων (Georges, Ευθυμιάδου & Τσίτος 1998).

Η **διαπραγμάτευση** ή **παζάρεμα** συνιστά μια μοναδική μορφή διαχείρισης των συγκρούσεων, γιατί τα εμπλεκόμενα μέρη διαπραγματεύονται **κοινούς κανόνες αμοιβαία** και στη συνέχεια μέσα στα πλαίσια της συνεργασίας τους, με βάση τους κανόνες που έχουν συμφωνηθεί, προσπαθούν να κερδίσουν ένα **ανταγωνιστικό πλεονέκτημα έναντι** του αντιπάλου τους. Διαφοροποιείται ουσιαστικά από άλλες μορφές διαχείρισης συγκρούσεων από το γεγονός, ότι εστιάζει σε **ανταλλαγές προτάσεων**, προκειμένου να πετύχει μια κοινή ρύθμιση μέσα από αυτή τη συνεργασία (Miller 2006).

Σε μια διαπραγμάτευση και τα δύο μέρη χρειάζονται το ένα το άλλο. Αυτή η κατάσταση, της αμοιβαίας εξάρτησης, ονομάζεται **αλληλεξάρτηση**. Κάποιος που εξαρτάται από έναν άλλο, πρέπει να αποδεχτεί και να προσαρμοστεί στις αξιώσεις και τις ιδιαιτερότητες της άλλης πλευράς. Τα αλληλοεξαρτώμενα μέρη έχουν πολλές ευκαιρίες να επηρεάσουν το ένα το άλλο. Οι αλληλοσυνδεόμενοι στόχοι είναι χαρακτηριστικό των σχέσεων αλληλεξάρτησης (και οι δύο πλευρές χρειάζονται η μια την άλλη για να πετύχουν τους στόχους τους). Οι αλληλεξαρτώμενοι στόχοι όμως, δεν σημαίνουν πως όλοι θέλουν ή χρειάζονται ακριβώς τα ίδια πράγματα. Ίσως έχουν διαφορετικές ανάγκες, αλλά υπάρχει αναγκαιότητα να συνεργαστούν. Αυτό το **μίγμα των προσωπικών και ομαδικών στόχων** χαρακτηρίζει τις σχέσεις αλληλεξάρτησης. Οι αλληλεξαρτώμενοι στόχοι είναι μια σημαντική παράμετρος των διαπραγματεύσεων. Η **δομή της αλληλεξάρτησης** ανάμεσα στα διαπραγματευόμενα μέρη, καθορίζει και την **έκταση των πιθανών αποτελεσμάτων** της διαπραγμάτευσης, αλλά επίσης είναι και εκείνη, που υπαγορεύει τις **κατάλληλες στρατηγικές και τακτικές** που θα χρησιμοποιηθούν από τους διαπραγματευτές. Αν δηλαδή, η αλληλεξάρτηση είναι μια κατάσταση «**νίκης – ήττας**» (όσα περισσότερα κερδίζει η μία πλευρά, τόσα περισσότερα χάνει η άλλη), τότε η διαπραγμάτευση θα επικεντρώνεται στον τρόπο κατανομής μιας δεδομένης ποσότητας αποτελεσμάτων. Ενώ, αν η αλληλεξάρτηση είναι κατάσταση «**νίκης- νίκης**», θα υπάρχει μέριμνα για εξασφάλιση επωφελών λύσεων και των δύο πλευρών από τη διαπραγμάτευση (Lewicki Saunders & Minton 2004). Ο διαπραγματευτής βλέπει και ερμηνεύει τη **διαπραγματευτική αλληλεπίδραση**.

Αναφέρεται από τους Swansburg & Swansburg (1999), ότι οι διαπραγματεύσεις, εκτός από τη χρησιμοποίησή τους στη διαχείριση των συγκρούσεων, χρειάζονται στην

επικοινωνία και στην υιοθέτηση αλλαγών. Η συνεργασία ή οι διαπραγματεύσεις αποτελούν την καλύτερη λύση, όταν έχει επιτευχθεί αμοιβαίο όφελος και αισθανθούν και οι δύο πλευρές κερδισμένες.

Η διαπραγμάτευση είναι συχνά **μια επίσημη δραστηριότητα** κατά την οποία οι εμπλεκόμενοι λύνουν τις συγκρούσεις για σπάνιους πόρους. Είναι μία στρατηγική επιλογής, για επίλυση συγκρούσεων μεταξύ ομάδων ή μεταξύ οργανισμών, όπου υπάρχει σαφής κατανόηση για τους κανόνες της κατάστασης που βρίσκεται υπό διαπραγμάτευση και εμπλοκή ατόμων, τα οποία εκπροσωπούν τα μέρη που βρίσκονται αντιμέτωπα στη σύγκρουση (Miller 2006).

Κοινά χαρακτηριστικά για όλες τις καταστάσεις διαπραγματεύσεων αποτελούν τα ακόλουθα (Lewicki Saunders & Minton 2004):

- Η ύπαρξη δύο ή περισσότερων μερών (άτομα, ομάδες ή οργανισμοί).
- Η ύπαρξη σύγκρουσης συμφερόντων ανάμεσα σε δύο ή περισσότερα μέρη, που πρέπει να βρουν έναν τρόπο επίλυσης.
- Η παραδοχή ότι η διαπραγμάτευση είναι μία σκόπιμη διαδικασία σε ένα μεγάλο βαθμό και στρατηγική που ασκείται από επιλογή κι όχι από εξαναγκασμό. Τα διαπραγματευόμενα μέρη πιστεύουν ότι μπορούν να επηρεάσουν - ως ένα βαθμό - για να εξασφαλίσουν μία καλύτερη συμφωνία, από ότι αν δέχονταν απλά να πάρουν, ό,τι θα τους έδινε ή τους επέτρεπε να πάρουν, η άλλη πλευρά.
- Η σαφής προτίμηση και των δύο μερών για επιδίωξη μίας συμφωνίας, παρά μίας ανοικτής φιλονικίας που θα είχε καταστροφικά αποτελέσματα. Η διαπραγμάτευση προκύπτει, όταν δεν υπάρχει ένα σύστημα επίλυσης της σύγκρουσης (σταθερό και καθιερωμένο) ή όταν προτιμούν τα εμπλεκόμενα μέρη να βρουν δικές τους λύσεις, εκτός συστήματος.
- Η αποδοχή της αμοιβαίας ανταλλαγής, όπου και οι δύο πλευρές θα κάνουν τροποποιήσεις ή υποχωρήσεις από τις θέσεις, τα αιτήματα ή τις αξιώσεις τους. Οι πραγματικά δημιουργικές διαπραγματεύσεις, ίσως να μην απαιτούν συμβιβασμούς, αλλά εύρεση μιας λύσης που ικανοποιεί και τις δύο πλευρές.
- Η κοινή αντίληψη ότι η επιτυχημένη διαπραγμάτευση σημαίνει διαχείριση υλικών και άυλων (ψυχολογικά κίνητρα) παραγόντων.

Σύμφωνα με τους Hampton, Summer & Webber, όπως αναφέρουν οι Swansburg & Swansburg (1999), οι διαπραγματεύσεις περιλαμβάνουν: τη **διαπραγματευτική δύναμη** (παρακίνηση από άλλο άτομο για να συμφωνηθούν κάποιοι όροι με την άλλη πλευρά), τις

διανεμητικές διαπραγματεύσεις (ό,τι κερδίζει η μια πλευρά το χάνει η άλλη), τις **διαπραγματεύσεις ολοκλήρωσης** (κοινά οφέλη και για τις δύο διαπραγματευόμενες πλευρές, δηλαδή η προσοχή εστιάζεται στην επίλυση του προβλήματος, χωρίς να αγνοείται το συμφέρον της κάθε πλευράς) και τη **μεσολάβηση** (οι μεσολαβητές προσπαθούν να εξαλείψουν ως αίτημα την υποχώρηση και τονίζουν τη ζημιά της κάθε πλευράς από την άλλη, παράλληλα με την ύπαρξη της αλληλεξάρτησής τους) (Swansburg & Swansburg 1999).

Οι αλληλοεξαρτώμενες σχέσεις είναι πολύπλοκες και η κάθε πλευρά γνωρίζει ότι είναι εφικτό να επηρεαστούν τα αποτελέσματά της από την άλλη. Αυτή η **αμοιβαία προσαρμογή** είναι μία συνεχής διαδικασία κατά τη διάρκεια της διαπραγμάτευσης και οι δύο πλευρές στοχεύουν με τις ενέργειές τους να επηρεάσουν η μία την άλλη. Είναι πάρα πολύ σημαντικό να αναγνωριστεί, ότι η διαπραγμάτευση είναι μια διαδικασία που μετασχηματίζεται με το χρόνο και η αμοιβαία προσαρμογή, είναι μια από τις κύριες αιτίες των αλλαγών που προκύπτουν στη διάρκεια μίας διαπραγμάτευσης. Και τα δύο μέρη έχουν **ευρύτερα όρια για μία αποδεκτή διευθέτηση** (πόσο ψηλά ή χαμηλά είναι διατεθειμένοι να φτάσουν), αλλά μέσα σε αυτό το πλαίσιο κανένα από τα δύο μέρη δεν έχει καθορίσει επακριβώς το όριο. Η απόσταση μεταξύ των σημείων αντίστασης των δύο πλευρών είναι γνωστό ως **διαπραγματευτικό φάσμα** και το σύνολο των θεμάτων προς διαπραγμάτευση ως **διαπραγματευτικό μείγμα**. Μέσα από ανταλλαγή πληροφοριών και προσπάθειας επιρροής, οι διαπραγματευόμενες πλευρές προσπαθούν να λύσουν το πρόβλημα (Lewicki Saunders & Minton 2004).

1.2.4.2. Διαδικασία διαπραγμάτευσης

Στην αλληλουχία των ενεργειών της διαπραγμάτευσης, τα βήματα που ακολουθούνται για την επίτευξη των διαπραγματεύσεων είναι τα εξής (Torrington Hall & Taylor 2005, Swansburg & Swansburg 1999):

- ❖ Προετοιμασία για διαπραγμάτευση (π.χ. εισαγωγή του θέματος σε κάποια σύσκεψη)
- ❖ Κοινοποίηση ενός γενικού πλάνου (ημερήσια διάταξη)
- ❖ Πληροφόρηση (παροχή εξηγήσεων για την αναγκαιότητα της διαδικασίας, επαναπροσδιορισμός του θέματος που θα επικεντρωθεί η διαπραγμάτευση)
- ❖ Επιλογή του χρόνου που θα γίνει η επεξεργασία των θεμάτων

- ❖ Ενθάρρυνση της συζήτησης
- ❖ Επισήμανση των θέσεων, που δηλώνουν υποχωρήσεις ή συμβιβασμούς και των δύο πλευρών και προβλέψεις για ανταπαιτήσεις
- ❖ Επίτευξη μιας αρχικής συμφωνίας στη διάρκεια της διευθέτησης
- ❖ Επαναδιατύπωση και ανακεφαλαίωση της συμφωνίας
- ❖ Έλεγχος του βαθμού συμμόρφωσης των δύο πλευρών στα συμφωνηθέντα, μετά τη διευθέτηση

Ανάμεσα στα προβλήματα της διαπραγματεύσεως είναι το στρες, οι κίνδυνοι και το κόστος σε πόρους (π.χ. χρονοβόρος διαδικασία). Για την προετοιμασία μιας διαπραγματεύσεως, απαιτείται ο καθορισμός της ατζέντας της συνάντησης, η συλλογή πληροφοριών, η επιλογή κατάλληλης στρατηγικής και η συμφωνία σκοπών και ρόλων (Torrington Hall & Taylor 2005).

Οι **επιτυχημένες** διαπραγματεύσεις οδηγούν σε αποτελέσματα επωφελή και για τις δύο πλευρές, εκφράζουν πρόοδο, εξασφαλίζουν τον αυτοσεβασμό, παρέχουν θετικά συναισθήματα και δείχνουν ευαισθησία και για τις ανάγκες των άλλων. Επιτυγχάνεται η πλειονότητα των στόχων και των δύο πλευρών και διευκολύνονται οι διαπραγματεύσεις που ίσως γίνουν στο μέλλον (Swansburg & Swansburg 1999).

Ο προσδιορισμός των «πλαισίων» ενός προβλήματος ή μιας σύγκρουσης, οι στόχοι, οι **διαπραγματευτικές στρατηγικές** και τακτικές επιλογής και τα στάδια εξέλιξης, θέτουν τις βάσεις για μία αποτελεσματική διαδικασία σχεδιασμού, από μέρους του διαπραγματευτή. Ο σχεδιασμός είναι η πιο σημαντική δραστηριότητα σε μία διαπραγμάτευση (Lewicki Saunders & Minton 2004).

Η διαπραγμάτευση πρέπει να θεωρείται ως μια διαδικασία και όχι ως ένα μεμονωμένο γεγονός. Η διαδικασία αυτή, δημιουργεί μία λεπτή ισορροπία ανάμεσα στον ανταγωνισμό και τη συνεργασία και με σωστούς χειρισμούς ευνοεί μακροχρόνιες θετικές σχέσεις. Μερικοί αναφέρουν, τις συνδέσεις που σχηματίζονται από τις επιδέξιες διαπραγματεύσεις, ως **στρατηγικές σχέσεις**. Στους οργανισμούς, έχουν πολύ μεγάλη σημασία, τόσο τα αποτελέσματα όσο και οι σχέσεις. Οι οργανισμοί έχουν λόγω ύπαρξης, εφόσον παράγουν αποτελέσματα μέσα από τις συνδυασμένες προσπάθειες των μελών τους. Τα προβλήματα πρέπει να λύνονται με τρόπους που να προωθούν τον ανταγωνισμό των ιδεών, ενώ παράλληλα ενθαρρύνουν τη συνεργασία των μελών. Οι οργανισμοί πρέπει να δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στους ανθρώπους που ορίζουν ως **αντιπροσώπους**

τους, ώστε να αποτελούν ιδανικούς συνδέσμους για αποτελεσματική επικοινωνία (Μαναράκης 2006).

1.2.4.3. Είδη Διαπραγματεύσεων

Η διαφοροποίηση των μορφών του παζαρέματος ή των διαπραγματεύσεων, γίνεται με βάση τους **στόχους, τα θέματα, τις επικοινωνιακές διαδικασίες και τα αποτελέσματα**, σε διανεμητική και ενοποιητική διαπραγμάτευση (Harvard Business Essentials 2009, Miller 2006). Στο **διανεμητικό παζάρεμα**, τα δύο εμπλεκόμενα μέρη στη σύγκρουση προσπαθούν να μεγιστοποιήσουν τα κέρδη τους και να ελαχιστοποιήσουν τις ζημιές τους. Επειδή παζαρεύονται περιορισμένοι πόροι, που πρέπει να διανεμηθούν με τη διαπραγμάτευση (π.χ. μισθοί, ωράρια, επιδόματα), τα μόνα πιθανά αποτελέσματα, είναι λύσεις «**κερδίζω - χάνεις**» ή **συμβιβασμοί**. Κατά την επικοινωνία, γίνεται απόκρυψη πληροφοριών και παραπλάνηση, όπως επίσης και προσπάθειες να κατανοηθούν, όσο το δυνατόν περισσότερα στοιχεία, για τις θέσεις της άλλης πλευράς, γιατί αυτοί που παζαρεύουν έχουν ενδιαφέρον μόνο για τα δικά τους οφέλη. Στο **ενοποιητικό παζάρεμα** όμως, γίνεται προσπάθεια να μεγιστοποιηθούν τα κέρδη και για τις δύο πλευρές. Γίνεται αναζήτηση δημιουργικών λύσεων του προβλήματος, που να επωφεληθούν και οι δύο πλευρές. Η επικοινωνία περιλαμβάνει την ενεργητική ακρόαση, καθώς και ανοιχτούς και πολλαπλούς διαύλους επικοινωνίας (Miller 2006).

Η επίλυση προβλημάτων είναι η διαδικασία εκείνη, που καθορίζει τα στοιχεία ενός επιθυμητού αποτελέσματος, με βάση το συνδυασμό των συστατικών που είναι διαθέσιμα για την παραγωγή του αποτελέσματος. Στη διαπραγμάτευση, ένα άτομο είναι πολύ πιθανόν να προσεγγίζει την επίλυση του προβλήματος εξετάζοντας μόνο τα συστατικά εκείνα που επηρεάζουν το δικό του επιθυμητό αποτέλεσμα. Στη διαδικασία της διαπραγμάτευσης, είναι απαραίτητο να υπάρχει σαφήνεια, στο τι ακριβώς επιθυμούν ως αποτέλεσμα οι δύο πλευρές, μέσω της ανταλλαγής πληροφοριών. Η πεποίθηση της έντιμης και δίκαιης αμοιβαίας αντιμετώπισης συμβάλλει αποφασιστικά στην επιδίωξη του βέλτιστου αποτελέσματος και από τις δύο διαπραγματευόμενες πλευρές (Lewicki Saunders & Minton 2004, Breslin & Rubin 1999).

Διακρίνονται τρία είδη διαπραγματευτικού στυλ: το **συνεργατικό**, της **αποφυγής** και το **συμβιβαστικό**. Η ουσία των διαπραγματεύσεων είναι η αμοιβαία νίκη, με από κοινού λύση των προβλημάτων για αμοιβαίο όφελος (συνεργατική διαπραγμάτευση). Σε κάθε αλληλεπίδραση είναι γενικά αποδεκτό να υπάρξει ένα «**παίγνιο θετικού**

αθροίσματος», που σημαίνει ότι η διαπραγμάτευση μπορεί να φέρει θετικά αποτελέσματα και στις δύο πλευρές. Πρόκειται για το αντίθετο της παλιάς διαπραγματευτικής νοοτροπίας **«μηδενικού αθροίσματος»**, όπου στόχος ήταν να εξαναγκάσεις την άλλη πλευρά να κάνει παραχωρήσεις (Μαναράκης 2006).

Οι **στρατηγικές της διαπραγμάτευσης** είναι οι ίδιες με εκείνες τις στρατηγικές διαχείρισης των συγκρούσεων, όπως αυτές αναγνωρίστηκαν από το μοντέλο διπλού ενδιαφέροντος (Torrington Hall & Taylor 2005), χωρίς όμως την πέμπτη στρατηγική, δηλαδή του **συμβιβασμού** (που βρίσκεται στο μέσον του διαγράμματος), γιατί αυτή είναι μία «οκνηρή» διαδικασία επίλυσης, που αφορά μία απρόθυμη προσπάθεια για ικανοποίηση των ενδιαφερόντων και των δύο πλευρών. Σύμφωνα με την ανάλυση του Pruitt D. στο “Strategic choice in negotiation”, που είναι μέρος του “Program on Negotiation at Harvard Law School of Cambridge”, η στρατηγική του συμβιβασμού, φαίνεται να μην απαιτείται να εξηγηθεί ως ξεχωριστή στρατηγική (Breslin & Rublin 1999).

Για την αύξηση της αποτελεσματικότητας ενός οργανισμού, ο Gordon εφαρμόζει ένα μοντέλο τεσσάρων επιπέδων, όπου στο ανώτερο επίπεδο το ενδιαφέρον εστιάζεται **στις δεξιότητες και τη συμπεριφορά**, στο δεύτερο επίπεδο, στα **εργαλεία** που απαιτούνται για την εφαρμογή αυτών των συμπεριφορών (όπως τα εργαλεία για την προετοιμασία της διαπραγμάτευσης, τα εργαλεία για τη διαχείριση των συγκρούσεων), στο τρίτο επίπεδο έχουμε τους υποστηρικτές όλων των παραπάνω, που είναι τα **συστήματα** και οι **δομές** (κίνητρα), που υποστηρίζουν τη χρήση αυτών των εργαλείων και τέταρτο ή «θεμελιώδες επίπεδο», είναι η υποκείμενη **κουλτούρα** του οργανισμού (Μαναράκης 2006).

1.2.5. ΧΡΗΣΗ ΤΡΙΤΟΥ ΜΕΡΟΥΣ (Third part)

Το μοντέλο διπλού ενδιαφέροντος και οι πέντε στρατηγικές που αναγνωρίζονται μέσα από αυτό, δείχνουν ενέργειες που οι εμπλεκόμενες πλευρές μπορούν να εφαρμόσουν μόνες τους για να διαχειριστούν μία σύγκρουση. Στις περιπτώσεις που τα άτομα (ή ομάδες) δεν μπορούν από μόνα τους να επιλύσουν τη διαφωνία τους, ή **με ανεπίσημη συζήτηση** ή **με επίσημη διαπραγμάτευση**, είναι δυνατόν να εμπιστευτούν ένα τρίτο πρόσωπο να βοηθήσει στην επίλυση της σύγκρουσης. Το τρίτο πρόσωπο, μπορεί να είναι ένας **φίλος ή ένας συνεργάτης**, αλλά οι περισσότερες έρευνες, έχουν μελετήσει περιπτώσεις που το τρίτο πρόσωπο μπορεί να είναι **μάνατζερ** (για βοήθεια από

άτομο εντός του οργανισμού) ή άτομο εκτός του οργανισμού, ως ενδιάμεσος ή διαιτητής (Miller 2006).

Η Lewicki (2004) αναφέρει, ότι υπάρχουν δύο **κύριοι μηχανισμοί για την επίλυση των συγκρούσεων**, που βρίσκονται πέρα και πάνω από τις στρατηγικές των ίδιων των διαπραγματευόμενων πλευρών, και αυτές είναι το **τρίτο μέρος (third part)** και τα **συστήματα διαχείρισης των συγκρούσεων**. Οι Ury, Brett & Stephen (1993) αναλύουν τον τρόπο με τον οποίο έχουν σχεδιάσει ένα σύστημα επίλυσης συγκρούσεων για επιχειρήσεις και οργανισμούς, που στοχεύει στον περιορισμό του κόστους των συγκρούσεων. Υποστηρίζουν ότι η διαδικασία αυτή μπορεί να βοηθήσει τους ανθρώπους και τους οργανισμούς να αναπτυχθούν και να αλλάξουν, αλλά το σύστημα από μόνο του δεν είναι αρκετό, αν οι εμπλεκόμενοι στις συγκρούσεις δεν έχουν τα κίνητρα, τις δεξιότητες και τους πόρους για να χρησιμοποιήσουν τις νέες διαδικασίες (Ury Brett & Stephen 1993).

Τα τρίτα μέρη μπορούν να παρέμβουν, όταν οι δύο πλευρές επιζητούν τη βοήθεια, αλλά και **ανεξάρτητα**. Όταν θεωρούν δηλαδή, ότι μία σύγκρουση κλιμακώνεται πέρα από τα όρια μίας λογικής διαχείρισης (π.χ. ένας προϊστάμενος όταν βλέπει δύο υφισταμένους του να έχουν ξεφύγει από το μέτρο και να κλιμακώνουν τη σύγκρουσή τους). Τα τρίτα μέρη πάντα ήταν δημοφιλής μέθοδος αντιμετώπισης κυρίως των εργασιακών συγκρούσεων, αλλά γίνονται ολοένα και πιο δημοφιλείς και σε περισσότερους τομείς (Lewicki Saunders & Minton 2004).

Η διαιτησία και η μεσολάβηση είναι ενέργειες που χρησιμοποιεί το τρίτο πρόσωπο για να διευθετήσει τις διαφορές. Στη μέθοδο της **διαιτησίας**, τα εμπλεκόμενα μέρη υποστηρίζουν τις θέσεις και τις απαιτήσεις τους σε ένα τρίτο άτομο, που είναι αμερόληπτο. Οι αντιτιθέμενες πλευρές μπορούν από την αρχή να συμφωνήσουν, ότι οι αποφάσεις του διαιτητή θα είναι δεσμευτικές και για τις δύο πλευρές. Στη μέθοδο της **μεσολάβησης**, ο μεσολαβητής είναι χρήσιμος μόνο στο να διασαφηνίζει τις θέσεις των δύο πλευρών και να προτείνει κοινά αποδεκτές συμβιβαστικές λύσεις. Δεν έχει όμως, σε καμία περίπτωση, την εξουσία να διακανονίζει τη διαφορά. Αν τα εμπλεκόμενα άτομα έχουν επιλέξει μόνα τους το τρίτο άτομο και έχουν εμπιστοσύνη στη νομιμότητα των ενεργειών του, οι υποδείξεις του θα γίνουν δεκτές πιο εύκολα, αλλά και οι πιθανότητες για κατάληξη σε συμφωνία θα είναι αυξημένες. Όπως αναφέρεται στο Ζαβλανό (2002), ο Latour σε έρευνά του, βρήκε ότι η διαιτησία θεωρείται η πιο αποτελεσματική μέθοδος, γιατί δεν είναι χρονοβόρος, εξασφαλίζει τη λήψη αντικειμενικής απόφασης, αποφεύγει δυσάρεστες καταστάσεις και παρέχει την ευκαιρία να γίνουν αποσαφηνίσεις μεταξύ των

εμπλεκόμενων ατόμων. Είναι γενικά αποτελεσματική μέθοδος, όταν η σύγκρουση προκαλείται από οργανωτικούς παράγοντες, όπως αμοιβές και εξουσία και η επίλυση είναι στη δικαιοδοσία του οργανισμού. Το ίδιο υποστηρίζουν και οι Ury Brett & Stephen (1993), χαρακτηρίζοντας τη **διαιτησία (arbitration)**, ως μία διαδικασία χαμηλού κόστους (low-cost) επίλυσης συγκρούσεων, που καθορίζει το δίκαιο και ίσως για το λόγο αυτό, είναι και το συνηθέστερο μέσο που χρησιμοποιείται στους οργανισμούς.

1.2.5.1. Εσωτερική επίλυση σύγκρουσης από μάνατζερ

Πολλές είναι οι αιτίες που μπορεί να οδηγήσουν σε σύγκρουση. Διαφωνίες που αφορούν διαδικασίες ή οργανωσιακές τακτικές είναι δυνατόν να καταλήξουν σε σύγκρουση. Ο προϊστάμενος είναι πολύ πιθανόν να κληθεί να βοηθήσει στην επίλυσή τους. Οι ρόλοι που μπορούν να αναλάβουν οι **μάνατζερ** στη διαδικασία επίλυσης της οργανωσιακής σύγκρουσης ποικίλλει (ανακριτής, δικαστής, σύμβουλος, υποκινητής, διερευνητής, αυτός που αναδομεί, αυτός που επιλύει συγκρούσεις, αστυνόμος διαδικασιών) (Miller 2006).

1.2.5.2. Εξωτερική επίλυση συγκρούσεων

Μερικές φορές, στην επίλυση μπορεί να βοηθήσουν και άτομα **εκτός** του οργανισμού, αναλαμβάνοντας ρόλο, είτε ως **μεσάζοντες**, είτε ως **διαιτητές**. Ως μεσάζοντες, δεν έχουν τη δικαιοδοσία να λάβουν αποφάσεις, αλλά μπορούν να συμβάλλουν βοηθώντας τα εμπλεκόμενα μέρη να διευθετήσουν τις διαφωνίες τους. Σε αντίθεση, ένας διαιτητής μπορεί να λαμβάνει συχνά δεσμευτικές αποφάσεις, οι οποίες βασίζονται βέβαια στις προτάσεις και στις θέσεις των εμπλεκομένων. Εύκολα γίνεται αντιληπτό, πόσο σημαντικός είναι ο ρόλος της επικοινωνίας στη **διαιτησία**, τόσο όσον αφορά τη συμμετοχή στην πληροφορία, όσο και στην πειθώ. Αλλά και στη **μεσολάβηση**, είναι χρήσιμος ο ρόλος της, αφού απαιτείται συνεργασία για να εξασφαλιστεί μια κοινά αποδεκτή λύση (Miller 2006).

Οι **τακτικές** που χρησιμοποιούν οι μεσολαβητές για διευκόλυνση της επικοινωνίας είναι αρκετές, όπως για παράδειγμα **καθοδηγητικές** τακτικές (αρχίζει τη μεσολάβηση με συστάσεις), **μη καθοδηγητικές** τακτικές (εξασφαλίζει πληροφόρηση και αποσαφήνιση παρερμηνειών), **διαδικαστικές** τακτικές (εγκαθιστά ημερήσια διάταξη και δημιουργεί ένα πρωτόκολλο για επίλυση συγκρούσεων) και **ανακλαστικές** τακτικές

(ρυθμίζει τον τόνο της διάδρασης αναπτύσσοντας σχέσεις με τους εμπλεκόμενους) (Miller 2006).

ADR (Alternative Dispute Resolution) ή εναλλακτική επίλυση διαφορών

Ως εναλλακτική λύση, πέρα από την ανάμειξη της τρίτης πλευράς, η αντιμετώπιση των συγκρούσεων μπορεί να γίνει και μέσα από ένα **σύστημα ειδικά σχεδιασμένο** για το σκοπό αυτό. Το σύστημα των πολιτικών δικαστηρίων (το **νομικό σύστημα**), είναι το πιο γνωστό και συνηθισμένο σύστημα επίλυσης συγκρούσεων στην κοινωνία μας. Μπορούν δηλαδή, οι δύο πλευρές να έχουν ένα δικηγόρο για να αναθέσουν την επίλυση της σύγκρουσης σε αυτόν, μέσα σε ένα σύστημα που θα εξασφαλίζει αμεροληψία (Lewicki, Saunders & Minton 2004).

Λόγω των υψηλών δικαστικών εξόδων, που κυμαίνονται 20 δισ. δολάρια ετησίως στις Η.Π.Α., χωρίς να συνυπολογιστεί στη ζημιά, το κόστος της απόσπασης βασικών στελεχών από την παραγωγική διαδικασία και η ζημιά στην επιχείρηση ή τον οργανισμό, εμφανίστηκαν εναλλακτικές λύσεις δικαστικών αγώνων πολλά χρόνια πριν. Η **εναλλακτική επίλυση διαφορών γνωστή και ως ADR (Alternative Dispute Resolution)**, εμφανίστηκε ως επίσημη μέθοδος και αποδεκτή επιχειρηματική πρακτική, τη δεκαετία του 1970. Έχει στόχο την εξοικονόμηση χρόνου και χρήματος, αλλά και την άμβλυνση της έντασης που δημιουργείται από τον ανταγωνισμό. Η **διαιτησία**, που αποτελεί την πιο παλιά και ανταγωνιστική μορφή ADR, μοιάζει περισσότερο με δίκη από κάθε άλλη μορφή ADR και είναι σήμερα υποχρεωτική προϋπόθεση για την προσφυγή στα δικαστήρια σε περίπου 20 πολιτείες των Η.Π.Α.

Η διαιτησία αποτελεί πραγματικά έναν εναλλακτικό μηχανισμό, παρόλο που εκ πρώτης όψης, μοιάζει με τη δίκη. Η **διαμεσολάβηση**, που είναι ίσως μία πιο ευέλικτη και λιγότερο καταναγκαστική μορφή, εξαρτάται σημαντικά από τις ικανότητες, αλλά και τη φύση της προσωπικότητας του μεσολαβητή. Ο μεσολαβητής βέβαια δεν επιβάλλει κάποια λύση. Άλλες μέθοδοι είναι: η **ενοικίαση δικαστών, η συνοπτική δίκη με ενόρκους και η μίνι δίκη**, που έχουν μικρότερο κόστος και μεγαλύτερη ταχύτητα και εμπιστευτικότητα (Harvard Business Review 2004).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΕΡΕΥΝΑ ΠΕΔΙΟΥ

Στο προηγούμενο κεφάλαιο, έγινε αναφορά στο θεωρητικό και εννοιολογικό πλαίσιο της έρευνας και παρουσιάστηκε μία πρώτη προσέγγιση του ερευνητικού προβλήματος, μέσα από το πρίσμα μίας εκτενούς βιβλιογραφικής επισκόπησης. Στο παρόν κεφάλαιο, που αποτελεί τμήμα της ερευνητικής μας διαδικασίας, αφού δοθεί το **χρονοδιάγραμμα** που ακολουθήθηκε, περιγράφονται με λεπτομέρεια τα στάδια και οι ενέργειες, που υλοποιήθηκαν στη διάρκεια της εμπειρικής ερευνητικής εργασίας. Καταρχήν, παρέχονται οι αναγκαίες **πληροφορίες για το δείγμα, τον τρόπο και τα μεθοδολογικά εργαλεία συλλογής δεδομένων**, όπως επίσης και το λόγο για τον οποίο αυτά επιλέχθηκαν, καθώς και για τη **διαδικασία της στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων**. Στη συνέχεια, παρουσιάζονται και **περιγράφονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την ανάλυση των δεδομένων**, σε πίνακες και γραφήματα για μεγαλύτερη ευκολία στην κατανόηση, με τη συμβολή της περιγραφικής στατιστικής. Παράλληλα, επιχειρείται ερμηνεία των ευρημάτων που παρουσιάζονται, με βάση αντίστοιχη επαγγελματική εμπειρία της ερευνήτριας στο χώρο.

2.1. ΧΡΟΝΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η παρούσα ερευνητική εργασία έχει σχεδιαστεί και εκπονηθεί σε συνεργασία με την επιβλέπουσα καθηγήτρια κ. Φαφαλιού Ειρήνη, τηρώντας το εξής χρονοδιάγραμμα υλοποίησης, όπως ακριβώς παρουσιάζεται στον **Πίνακα 2**:

ΣΤΑΔΙΑ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΧΡΟΝΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ
1. Σύλληψη ιδέας ερευνητικού θέματος	Ιούλιο 2010
2. Επισκόπηση της Ελληνικής και Διεθνούς Βιβλιογραφίας με παράλληλη αναζήτηση πηγών από το διαδίκτυο, όπως: Google, Scopus, Cinahl, Medline, Ovid Full Text, Heal Link (Hellenic Academic Libraries Link, μέσω VPN δικτύου του Πανεπιστημίου Πειραιώς).	Ιούλιο 2010 έως Οκτώβριο 2010

<p>3. Μελέτη των βιβλιογραφικών πηγών (βιβλία, άρθρα, ερευνητικές μελέτες, σχετικές ιστοσελίδες, πρακτικά συνεδρίων, διπλωματικές εργασίες και διδακτορικές διατριβές)</p> <p>4. Δημιουργία του πρώτου ερωτηματολογίου (ερωτηματολόγιο Α)</p> <p>5. Αναζήτηση σχετικών ερωτηματολογίων και επιλογή του δεύτερου ερωτηματολογίου, που σχετίζεται με την αναγνώριση του στυλ διαχείρισης συγκρούσεων (ερωτηματολόγιο Β)</p>	<p>Νοέμβριο 2010 έως Απρίλιο 2011</p>
<p>6. Σχεδιασμός υλοποίησης έρευνας</p> <p>7. Εξασφάλιση γραπτής άδειας υλοποίησης έρευνας από τη Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, το Επιστημονικό Συμβούλιο του Γ.Ν. «Τζάνειο» Πειραιά και τη 2η Δ.Υ.ΠΕ. Πειραιώς και Αιγαίου</p> <p>8. Διενέργεια πιλοτικής έρευνας</p>	<p>Μάιο 2011</p>
<p>9. Διανομή και συλλογή ερωτηματολογίων κύριας έρευνας</p>	<p>Μάιο 2011</p>
<p>10. Κωδικοποίηση και στατιστική ανάλυση των δεδομένων (SPSS 17.0)</p>	<p>Ιούνιο 2011 έως Ιούλιο 2011</p>
<p>11. Συγγραφή της εργασίας</p>	<p>Ιούλιο 2011 έως Σεπτέμβριο 2011</p>

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Χρονοδιάγραμμα υλοποίησης της ερευνητικής εργασίας.

2.2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στο πλαίσιο της παρούσας διπλωματικής εργασίας με **θέμα:** «Διαχείριση συγκρούσεων του νοσηλευτικού προσωπικού στο εργασιακό περιβάλλον των Δημόσιων Γενικών Νοσοκομείων: μελέτη περίπτωσης του Γ.Ν. ‘Τζάνειο’ Πειραιά»,

πραγματοποιήθηκε **ποιοτική έρευνα - πεδίου** (συλλογή και ανάλυση ποιοτικών δεδομένων).

Σκοπός: Η διερεύνηση του φαινομένου των συγκρούσεων του νοσηλευτικού προσωπικού στο εργασιακό περιβάλλον ενός Δημόσιου Γενικού Νοσοκομείου, ώστε:

- να προσδιοριστούν τα αίτια των συγκρούσεων, η συχνότητα εμφάνισής τους, ο βαθμός ενημέρωσης του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με τις συγκρούσεις, τα εμπλεκόμενα μέρη των συγκρούσεων, οι συνέπειες και οι στρατηγικές αντιμετώπισής τους και παράλληλα
- να αναγνωριστεί το στυλ διαχείρισης συγκρούσεων των μάνατζερ νοσηλευτών (μεσαίας και υψηλής βαθμίδας στη διοικητική ιεραρχία) και να γίνει συσχέτιση με μεταβλητές από τα δημογραφικά τους στοιχεία.

Για να περιγραφεί το φαινόμενο των συγκρούσεων του νοσηλευτικού προσωπικού στον εργασιακό χώρο των Δημόσιων Γενικών Νοσοκομείων χρησιμοποιήθηκε ως εργαλείο συλλογής δεδομένων, ένα **δομημένο ερωτηματολόγιο**, το οποίο δόθηκε προς συμπλήρωση στο Νοσηλευτικό προσωπικό όλων των ιεραρχικών βαθμίδων και όλων των κατηγοριών εκπαίδευσης (Πανεπιστημιακής, Τεχνολογικής και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης – Π.Ε., Τ.Ε., Δ.Ε.) στα νοσηλευτικά τμήματα και ειδικές μονάδες του Γενικού Νοσοκομείου Πειραιά «Τζάνειο» (δείγμα ευκολίας – convenience sample).

Το ερωτηματολόγιο, ως **μέθοδος συλλογής δεδομένων**, έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. **Επιλέχθηκε** όμως, μεταξύ άλλων μεθόδων, γιατί παρέχει μεγάλο όγκο πληροφοριών (standardized information) σε σύντομο χρονικό διάστημα. Η ευκολία, σε συνδυασμό με την αποτελεσματικότητα, προσθέτουν ιδιαίτερα θετικά στοιχεία στην παραπάνω μέθοδο (Polit Beck & Hungler 2001).

Το ερωτηματολόγιο αυτό, που αναφέρεται ως **ερωτηματολόγιο Α**, σχεδιάστηκε από την ερευνήτρια για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας, διότι μετά από μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας, δε βρέθηκε κάποιο πρότυπο ερωτηματολόγιο από προηγούμενες έρευνες, που να καλύπτει τους στόχους της συγκεκριμένης έρευνας και να μπορεί να δοθεί αυτούσιο. Η δημιουργία του ερωτηματολογίου Α, κατέστη αναγκαία επίσης, ώστε να ανταποκρίνεται σε όσο το δυνατόν μεγαλύτερο βαθμό στην ελληνική πραγματικότητα των Δημόσιων Γενικών Νοσοκομείων (*επισυνάπτεται στο Παράρτημα Α*).

Περιλαμβάνει δύο μέρη: α) το **πρώτο μέρος**, που αποτελείται από 8 ερωτήσεις κλειστού τύπου και αφορά τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος και β) το **δεύτερο**

μέρος, που αποτελείται από 15 ερωτήσεις και περιλαμβάνουν ποικίλους τύπους απαντήσεων, όπως κλειστού τύπου, διαβαθμισμένης κλίμακας (Likert type scale) και ανοικτού τύπου. Το δεύτερο μέρος, είναι εκείνο που αφορά τις απόψεις του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με επιμέρους ζητήματα που εστιάζουν στις συγκρούσεις στο χώρο του νοσοκομείου (όπως αίτια, συνέπειες, εμπλεκόμενα μέρη, συχνότητα συγκρούσεων, ενημέρωση για συγκρούσεις, στρατηγικές αντιμετώπισης).

Δόθηκε επίσης, ένα δομημένο ερωτηματολόγιο, που αναφέρεται ως **ερωτηματολόγιο B**, για να αναγνωριστεί το **στυλ διαχείρισης συγκρούσεων των manager νοσηλευτών** (μεσαίας και υψηλής διοικητικής βαθμίδας στην ιεραρχία της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας). Πιο συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκε το **εργαλείο αναγνώρισης του στυλ διαχείρισης συγκρούσεων** (Conflict Management Style) του **ερευνητή Robert Mark** (ελεύθερη χρήση από το διαδίκτυο). Το εργαλείο αυτό, στηρίζεται σε προηγούμενα αξιόπιστα εργαλεία μέτρησης άλλων ερευνητών: (α) Porter (1973) “Strength Deployment Inventory” και (β) Thomas-Kilmann (1974) ‘Conflict Mode Instrument (TKI)’.

Το ερωτηματολόγιο B, περιλαμβάνει 15 ερωτήσεις (κλειστού τύπου), με τέσσερις επιλογές απαντήσεων και δυνατότητα βαθμολόγησής τους (*επισυνάπτεται στο Παράρτημα B*). Αναλυτικότερα, ο κάθε ερωτώμενος είχε τη δυνατότητα να κατανείμει συνολικά 10 βαθμούς ανάμεσα σε αυτές τις τέσσερις επιλογές, ανάλογα με τη βαρύτητα που δίνει σε καθεμιά από αυτές (από 0-10, όπου το 0 αντιστοιχεί στο πλέον ασήμαντο και το 10 στο πλέον σημαντικό κατά την εκτίμησή του). Με αυτόν τον τρόπο, προσδιορίζονται τέσσερα διαφορετικά στυλ διαχείρισης των συγκρούσεων. Το ερωτηματολόγιο του Robert Mark μεταφράστηκε στην ελληνική γλώσσα (πραγματοποιήθηκε έλεγχος για την ορθή ερμηνεία από ομάδα ειδικών στο χώρο) και προσαρμόστηκε, ώστε να γίνουν όσο το δυνατόν περισσότερο κατανοητές οι ερωτήσεις στους νοσηλευτές που αποτέλεσαν τα υποκείμενα της παρούσας ερευνητικής εργασίας (προϊστάμενοι-ες τμημάτων ή μονάδων, προϊστάμενοι-ες τομέων, προϊσταμένη διεύθυνσης νοσηλευτικής υπηρεσίας).

Η **διανομή των ερωτηματολογίων A και B**, πραγματοποιήθηκε από την ίδια την ερευνήτρια στο Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Γζάνειο» κατά το χρονικό διάστημα 25-31 Μαΐου 2011. Στο νοσηλευτικό προσωπικό όλων των βαθμίδων, που εργάζονταν στο παραπάνω χρονικό διάστημα στο νοσοκομείο, δόθηκε μόνο το ερωτηματολόγιο A, ενώ και τα δύο ερωτηματολόγια (A και B) δόθηκαν προς συμπλήρωση σε όλους τους νοσηλευτές -τριες, που εργάζονταν ως *προϊστάμενοι-ες τμημάτων ή μονάδων*, ως *υποδιευθυντές-τριες*, δηλαδή προϊστάμενοι-ες τομέων (τομεάρχες) και στη διευθύντρια, δηλαδή την προϊσταμένη της Διεύθυνσης της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας.

Τα υποκείμενα της έρευνας συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια **ανώνυμα**. Επίσης, έγινε σχετική τροποποίηση στα δημογραφικά στοιχεία, κυρίως στην ομαδοποίηση των δεδομένων σε κατηγορίες. Για παράδειγμα, η υψηλότερη ιεραρχική βαθμίδα περιλάμβανε τη διευθύντρια και τις τομεάρχες της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας μαζί σε μία ομάδα, αντί μόνον της διευθύντριας, για να μην γίνονται αντιληπτές οι απαντήσεις της, εφόσον είναι λογικό να είναι μόνο ένα πρόσωπο στην κορυφή της πυραμίδας της διοίκησης. Έτσι, διασφαλίστηκε ακόμη περισσότερο η ανωνυμία των ερωτώμενων, για μεγαλύτερη ελευθερία στην έκφραση και ειλικρίνεια στις απαντήσεις τους.

Προηγήθηκε **πilotική μελέτη** (στις αρχές Μαΐου) για αναγνώριση πιθανών απαιτούμενων τροποποιήσεων – βελτιώσεων των ερωτηματολογίων (Α και Β). Η πιλοτική μελέτη έγινε στον ίδιο εργασιακό χώρο, δηλαδή στο Γ.Ν. «Γζάνειο» Πειραιά και συγκεκριμένα στο Τμήμα Νοσηλευτικών Ειδικοτήτων. Το δείγμα της πιλοτικής μελέτης αποτέλεσαν οι 9 νοσηλεύτριες, που ειδικεύονται στη Χειρουργική Νοσηλευτική Ειδικότητα καθώς και οι 2 εκπαιδευτριές τους (συνολικά 11 νοσηλεύτριες). Ήταν όλοι εργαζόμενοι, με διετή τουλάχιστον προϋπηρεσία και προέρχονταν από διαφορετικά τμήματα ή μονάδες του Νοσοκομείου. Το δείγμα της πιλοτικής μελέτης έχει εξαιρεθεί από το δείγμα της κύριας έρευνας, που ακολούθησε της πιλοτικής.

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι για την αναγνώριση του στυλ διαχείρισης των συγκρούσεων, υπάρχουν διεθνώς πολλά εργαλεία μέτρησης. Θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ένα από τα υπάρχοντα, πολύ διαδεδομένα και αξιόπιστα εργαλεία μέτρησης, όπως τα ακόλουθα:

α) **Thomas - Kilmann Conflict Mode Instrument (TKI)**, των Thomas K. - Kilmann R.(1974), 30 – items, σε ζεύγη προτάσεων (διχοτομικές: συμφωνώ/διαφωνώ), που προσδιορίζει 5 διαφορετικά στυλ διαχείρισης και βασίζεται στο διευθυντικό πλέγμα των Blake-Mouton (*Management Grid Model*).

β) **Rahim Organizational Conflict Inventory II (ROCI II) τύπος A**, του Rahim A.(1983), 28 – items, σε Likert scale 5 βαθμίδων (1-5), που προσδιορίζει 5 διαφορετικά στυλ διαχείρισης.

γ) **Kraybill Conflict Style Inventory (KCSI)** του Kraybill R.(1980), 20 - items, σε Likert scale 6 βαθμίδων (1-6), που βασίζεται στο TKI και προσδιορίζει 5 διαφορετικά στυλ διαχείρισης.

δ) *Conflict Resolution Questionnaire (CRQ II)* των Weeks (1994) και Fisher, Ury (1991), 25-items.

ε) *Conflict Dynamics Profile (CDP), Version I (CDP-I) ή (CDP-Individual) & Version 360 (CDP-360)* από το Leadership Development Institute του Eckerd College. Το CDP-360, αποτελεί ένα εργαλείο πλήρους φάσματος (*full spectrum tool*), αφού δεν μετρά μόνο την άποψη του ίδιου του ατόμου για να χαρακτηρίσει το προφίλ του, αλλά λαμβάνει επίσης υπόψη, και την ανατροφοδότηση από τους προϊστάμενους και τους συναδέλφους του καθώς και τις γραπτές αναφορές του ίδιου του ατόμου.

Δε χρησιμοποιήθηκε κανένα από τα παραπάνω εργαλεία, για το λόγο ότι δεν υπήρχε η δυνατότητα ελεύθερης χρήσης τους από το διαδίκτυο και ήταν δαπανηρά.

Τα δεδομένα της μελέτης συλλέχθηκαν και κωδικοποιήθηκαν με μεγάλη προσοχή από την ερευνήτρια, λόγω της ποικιλομορφίας των τύπων των απαντήσεων του ερωτηματολογίου Α και της πολυπλοκότητας του ερωτηματολογίου Β. Στο παράρτημα Γ, επισυνάπτεται η Κωδικοποίηση των Δεδομένων, στην οποία αναφέρεται με λεπτομέρεια η διαδικασία κωδικοποίησής τους, αφού κρίθηκε αναγκαίο να δημιουργηθούν και νέες μεταβλητές από τις ήδη υπάρχουσες, καθώς επίσης να γίνει και επανακωδικοποίηση σε μία από τις νέες αυτές μεταβλητές.

Για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το **SPSS 17.0** (Statistical Package for Social Sciences) και ο **στατιστικός έλεγχος X^2** . Η ευρεία χρήση των ηλεκτρονικών υπολογιστών και των στατιστικών προγραμμάτων ανάλυσης δεδομένων, έχει διευκολύνει σημαντικά την ανάλυση δεδομένων, δίνοντας τη δυνατότητα εισαγωγής και ανάλυσης δεδομένων και σε άτομα που δεν είναι εξειδικευμένα στη Στατιστική. Να σημειωθεί στο σημείο αυτό, ότι η νέα ονομασία του SPSS (από το 2009) είναι PASW (Predictive Analytics Software) (Γαλάνης 2011).

2.3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται σε δύο μέρη:

- ❖ **Α΄ Μέρος** (καταγράφονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν μέσα από την επεξεργασία των ερωτηματολογίων Α, που δόθηκαν σε όλο το δείγμα)

- ❖ **Β΄ Μέρος** (καταγράφονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν μέσα από την επεξεργασία των ερωτηματολογίων Β, που δόθηκαν σε ένα υποσύνολο του δείγματος, τους προϊστάμενους νοσηλευτές -τριες).

Δόθηκαν συνολικά 302 ερωτηματολόγια στο νοσηλευτικό προσωπικό του Γ.Ν.Π. «Γζάνειο» που εργάζονταν την τελευταία εβδομάδα του Μαΐου 2011 και απαντήθηκαν τα 207 (**ποσοστό απόκρισης 68,5%**). Αποτελεί ένα αρκετά σημαντικό ποσοστό συμμετοχής στην έρευνα, ιδιαίτερα για το νοσηλευτικό προσωπικό των Γενικών Νοσοκομείων, που λόγω του αυξημένου φόρτου εργασίας και του κυκλικού ωραρίου, δεν αποκρίνεται συνήθως με προθυμία σε ερευνητικές δραστηριότητες. Το δείγμα αποτέλεσαν 207 άτομα, νοσηλευτικό προσωπικό όλων των βαθμίδων ιεραρχίας και όλων των κατηγοριών εκπαίδευσης. Πιο αναλυτικά, ερωτηματολόγια δόθηκαν στα παρακάτω νοσηλευτικά τμήματα και μονάδες (**Πίνακας 3**):

Νοσηλευτικά τμήματα	Μονάδες - Ειδικά τμήματα
Παιδιατρικό	Γυναικολογικό-Μαιευτικό Χειρουργείο
Παιδοψυχιατρικό	Μονάδα ανάνηψης
Παιδοχειρουργικό	Αναισθησιολογικό
Ωτορινολαρυγγικό	Χειρουργείο
Ορθοπαιδικό	Ημερήσιο χειρουργείο
Ουρολογικό	Αιμοδυναμικό (επεμβατική καρδιολογία)
Νεφρολογικό	Μονάδα Εντατικής Παρακολούθησης Καρδιοπαθών (Μ.Ε.Π.Κ.)
Καρδιολογικό	Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.)
Α΄ Παθολογικό	Μονάδα Τεχνητού Νεφρού (Μ.Τ.Ν.)
Β΄ Παθολογικό	Αιμοδοσία
Γ΄ Παθολογικό	Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών Παίδων (Τ.Ε.Π. Παίδων)
Οφθαλμολογικό-Νευροχειρουργικό	Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών Ενηλίκων (Τ.Ε.Π.)
Θέσεις (Μεικτό τμήμα)	Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας (Μ.Β.Ν.)
Α΄ Χειρουργικό	Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία (Τ.Ε.Ι.)
Β΄ Χειρουργικό	Ακτινολογικό
Γ΄ Χειρουργικό	Αποστείρωση

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Χώροι διανομής ερωτηματολογίων της έρευνας.

Ερωτηματολόγια δόθηκαν επίσης και στο νοσηλευτικό προσωπικό της Διεύθυνσης της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, ενώ δεν δόθηκαν στο Γυναικολογικό - Μαιευτικό Τμήμα (γιατί εργάζονται μαίες) και στο τμήμα Επισκεπτών-τριών Υγείας (γιατί εργάζονται επισκέπτες-τριες υγείας). Οι παραπάνω επαγγελματίες Υγείας (μαίες και επισκέπτες-τριες υγείας), αν και ανήκουν στην Νοσηλευτική Υπηρεσία διοικητικά (σύμφωνα με το Οργανόγραμμα του Νοσοκομείου), δεν συμπεριλήφθηκαν στο δείγμα, γιατί αποτελούν ξεχωριστές κατηγορίες επαγγελματιών υγείας.

2.3.1. Α΄ ΜΕΡΟΣ – ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ Α

2.3.1.1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

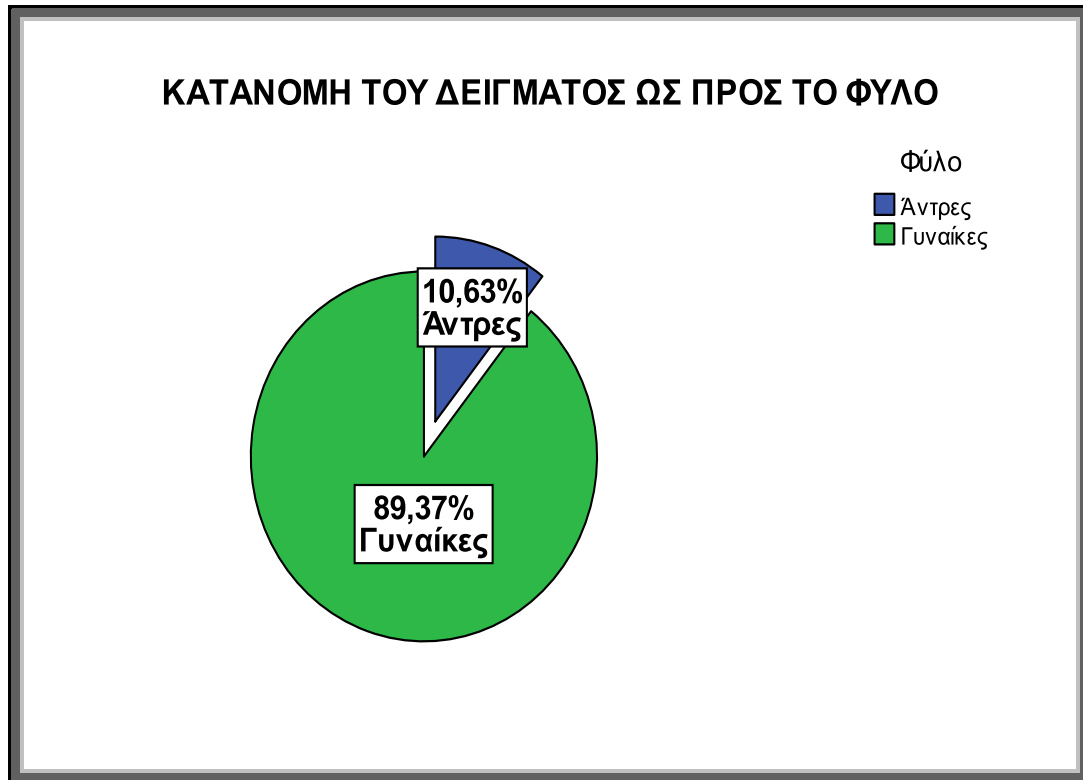
☞ Ως προς το φύλο

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
Άντρες	22	10,6	10,6	10,6
Γυναίκες	185	89,4	89,4	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	207	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. Κατανομή του δείγματος ως προς το φύλο.

Αρχικά, να σημειωθεί ότι το έγκυρο ποσοστό συχνοτήτων (τέταρτη στήλη του **Πίνακα 4**) προκύπτει, αφού αφαιρεθούν οι απύσες τιμές (missing values). Στην ερώτηση αυτή όμως, δεν υπάρχουν απύσες τιμές (αφού απάντησαν όλοι οι ερωτώμενοι), κι έτσι το έγκυρο ποσοστό συχνοτήτων ταυτίζεται με το ποσοστό συχνοτήτων (τρίτη στήλη του **Πίνακα 4**). Όπως φαίνεται στον **Πίνακα 4**, το νοσηλευτικό προσωπικό του δείγματος αποτελείται κυρίως από γυναίκες (89,4%), δηλαδή αντιπροσωπεύουν ένα πολύ μεγάλο ποσοστό σε σχέση με τους άντρες, οι οποίοι αποτελούν μόλις το 10,6%. Το εύρημα αυτό είναι αναμενόμενο, τόσο από την πολύχρονη εμπειρία μου στο χώρο, όσο και από τη διεθνή βιβλιογραφία, αφού η νοσηλευτική τείνει να θεωρείται ως γυναικείο επάγγελμα (πάνω από 91% του νοσηλευτικού προσωπικού είναι γυναίκες) (Garman Leach & Spector 2006).

Η κατανομή του δείγματος ως προς το φύλο, απεικονίζεται στο **Γράφημα 1**.



ΓΡΑΦΗΜΑ 1. Κατανομή του δείγματος ως προς το φύλο.

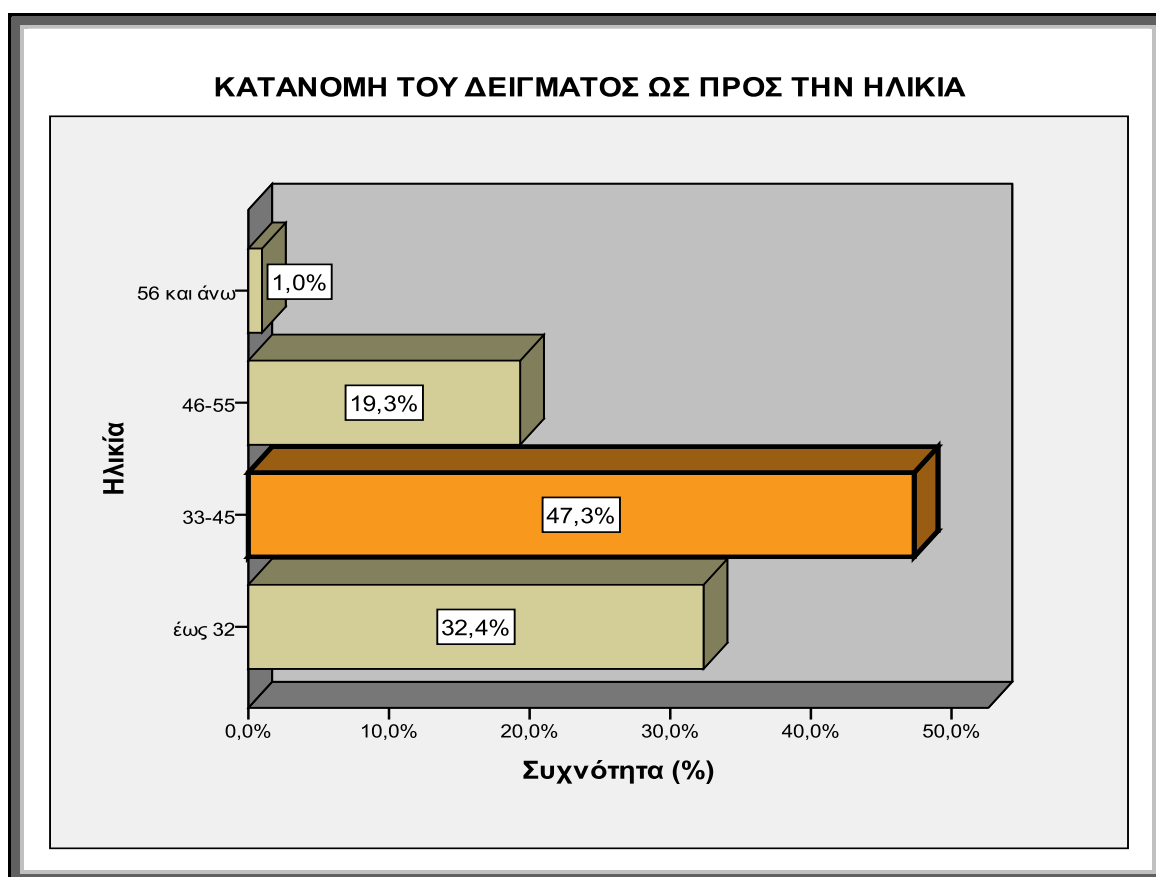
☞ Ως προς την ηλικία

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
έως 32	67	32,4	32,4	32,4
33-45	98	47,3	47,3	79,7
46-55	40	19,3	19,3	99,0
56 και άνω	2	1,0	1,0	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	207	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 5. Κατανομή του δείγματος ως προς την ηλικία.

Όπως φαίνεται στον **Πίνακα 5**, το νοσηλευτικό προσωπικό του δείγματος αποτελείται από άτομα έως 32 ετών σε ποσοστό 32,4%, 33-45 ετών σε ποσοστό 47,3%, 46-55ετών σε ποσοστό 19,3% και τέλος άτομα πάνω από 56 ετών είναι μόνο το 1% του

συνόλου. Περίπου το ένα τρίτο του δείγματος (32,4%) είναι πολύ νεαρά άτομα (κάτω των 32 ετών), γεγονός που εξηγείται από το μειωμένο ποσοστό προσλήψεων σε νοσηλευτικό προσωπικό τα τελευταία χρόνια στα Δημόσια Νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Η κατανομή του δείγματος ως προς την ηλικία απεικονίζεται στο **Γράφημα 2**, με έμφαση στην ηλικιακή ομάδα (33-45ετών) που αντιπροσωπεύει σχεδόν το μισό (47,3%) νοσηλευτικό προσωπικό του δείγματος.



ΓΡΑΦΗΜΑ 2. Κατανομή του δείγματος ως προς την ηλικία.

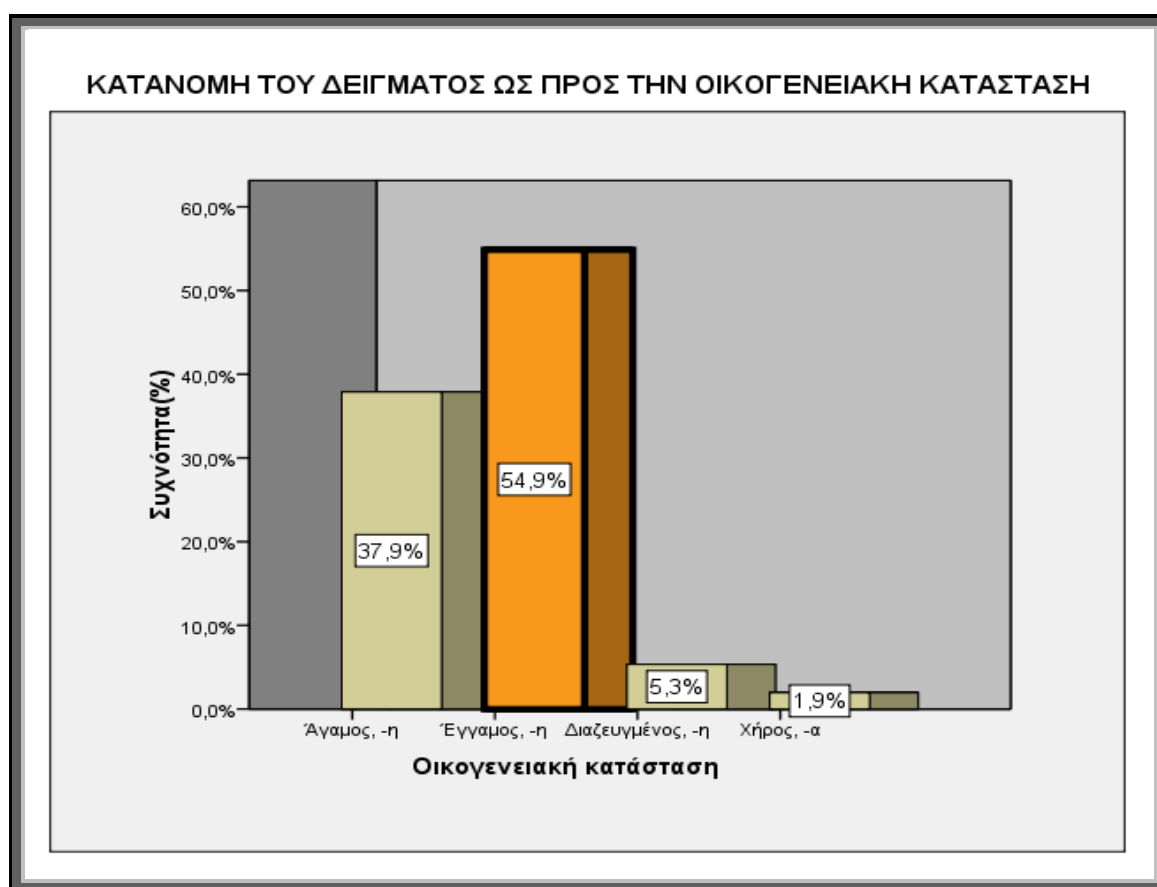
☞ **Ως προς την οικογενειακή κατάσταση**

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
Άγαμος, -η	78	37,7	37,9	37,9
Έγγαμος,-η	113	54,6	54,9	92,7
Διαζευγμένος,-η	11	5,3	5,3	98,1
Χήρος,-α	4	1,9	1,9	100,0

ΣΥΝΟΛΟ	206	99,5	100,0	
Missing 99	1	0,5		
ΣΥΝΟΛΟ	207	100,0		

ΠΙΝΑΚΑΣ 6. Κατανομή του δείγματος ως προς την οικογενειακή κατάσταση.

Όπως φαίνεται στον **Πίνακα 6**, το νοσηλευτικό προσωπικό του δείγματος αποτελείται από άγαμους-ες σε ποσοστό 37,9%, έγγαμους-ες σε ποσοστό 54,9%, διαζευγμένους-ες σε ποσοστό 5,3% και τέλος χήρες-οι είναι μόνο το 1,9% του συνόλου. Δηλαδή, περίπου τα μισά άτομα από το νοσηλευτικό προσωπικό του δείγματος (54,9%) είναι έγγαμοι, αλλά και ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό (37,9%) είναι άγαμοι. Το αρκετά μεγάλο ποσοστό αγάμων (37,9%) δικαιολογείται από τη μία πλευρά, γιατί στο δείγμα υπάρχουν περίπου κατά το ένα τρίτο άτομα κάτω των 32 ετών και από την άλλη, γιατί λόγω του κυκλικού ωραρίου (βάρδιες) και του υπερβολικού φόρτου εργασίας, είναι φυσικό να πλήττεται ως ένα βαθμό η δημιουργία ή η διατήρηση φιλικών και κοινωνικών σχέσεων. Η κατανομή του δείγματος ως προς την οικογενειακή κατάσταση με έμφαση στην επικρατούσα ομάδα, απεικονίζεται στο **Γράφημα 3**.



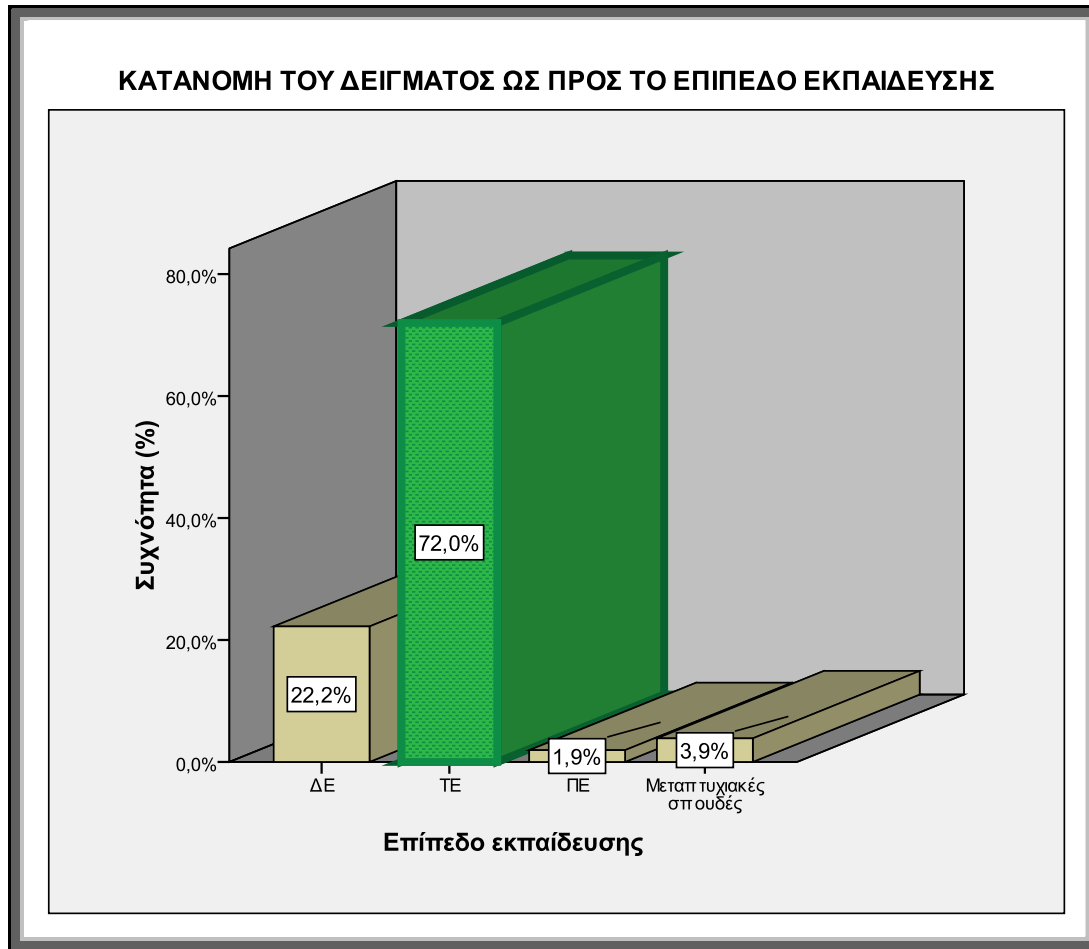
ΓΡΑΦΗΜΑ 3. Κατανομή του δείγματος ως προς την οικογενειακή κατάσταση.

☞ Ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
ΔΕ	46	22,2	22,2	22,2
ΤΕ	149	72,0	72,0	94,2
ΠΕ	4	1,9	1,9	96,1
Μεταπτυχιακές σπουδές	8	3,9	3,9	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	207	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 7. Κατανομή του δείγματος ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης.

Όπως φαίνεται στον **Πίνακα 7**, το 22,2% του νοσηλευτικού προσωπικού του δείγματος είναι Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης (Δ.Ε.) και το 72% Τεχνολογικής Εκπαίδευσης (Τ.Ε.). Μόνο το 1,9% είναι Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης (Π.Ε.) και το 3,9% έχουν φτάσει σε επίπεδο μεταπτυχιακών σπουδών. Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος δηλαδή, είναι Τ.Ε. και δικαιολογείται από το γεγονός, ότι η Πανεπιστημιακή Νοσηλευτική Εκπαίδευση στην Ελλάδα έγινε πραγματικότητα την τελευταία 25ετία. Το ποσοστό των νοσηλευτών που προχωρούν σε μεταπτυχιακό επίπεδο (μάστερ και διδακτορικό) είναι αρκετά ικανοποιητικό (3,9%), αν εξαιρέσει κανείς το ποσοστό του νοσηλευτικού προσωπικού που είναι Δ.Ε. (22,2%) και δεν έχει τη δυνατότητα ανέλιξης, ούτε σε επίπεδο εκπαίδευσης, ούτε σε επίπεδο ιεραρχίας (προϊστάμενος τμήματος, τομέα, διεύθυνσης νοσηλευτικής υπηρεσίας). Στο **Γράφημα 4** που ακολουθεί, φαίνεται η κατανομή του δείγματος ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης και τονίζεται η κατηγορία εκπαίδευσης που υπερισχύει σε συχνότητα.



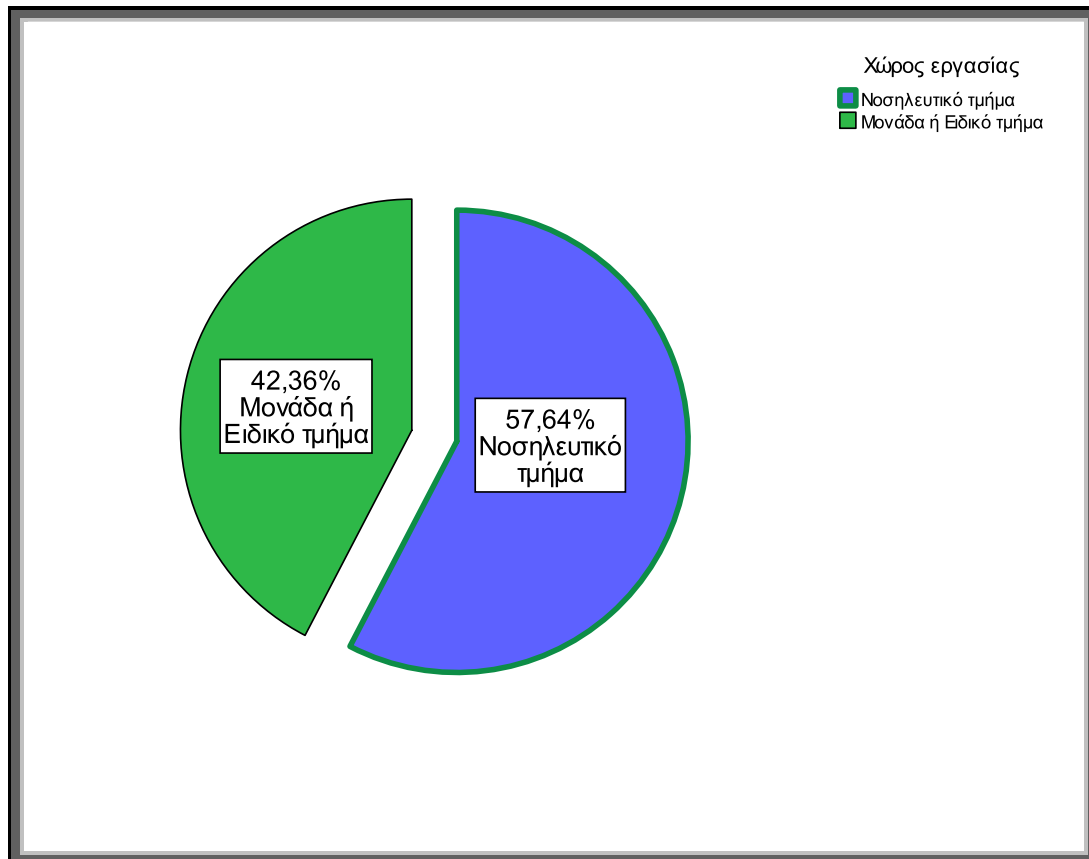
ΓΡΑΦΗΜΑ 4. Κατανομή του δείγματος ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης.

☞ Ως προς το χώρο εργασίας

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
Νοσηλευτικό τμήμα	117	56,5	57,6	57,6
Μονάδα ή Ειδικό τμήμα	86	41,5	42,4	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	203	98,1	100,0	
Missing 99	4	1,9		
ΣΥΝΟΛΟ	207	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 8. Κατανομή του δείγματος ως προς το χώρο εργασίας.

Όπως φαίνεται στον **Πίνακα 8**, λίγο περισσότερο από το μισό νοσηλευτικό προσωπικό του δείγματος (ποσοστό 57,64 %) εργάζεται σε νοσηλευτικά τμήματα και το υπόλοιπο 42,36% σε μονάδες ή ειδικά τμήματα. Να σημειωθεί, ότι 4 άτομα (ποσοστό 1,9% του δείγματος) δεν απάντησαν σε αυτή την ερώτηση (Missing 99=4), πιθανόν από βιασύνη στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ή απόσπαση της προσοχής τους. Στο **Γράφημα 5**, φαίνεται η κατανομή του δείγματος ως προς το χώρο εργασίας.



ΓΡΑΦΗΜΑ 5. Κατανομή του δείγματος ως προς το χώρο εργασίας.

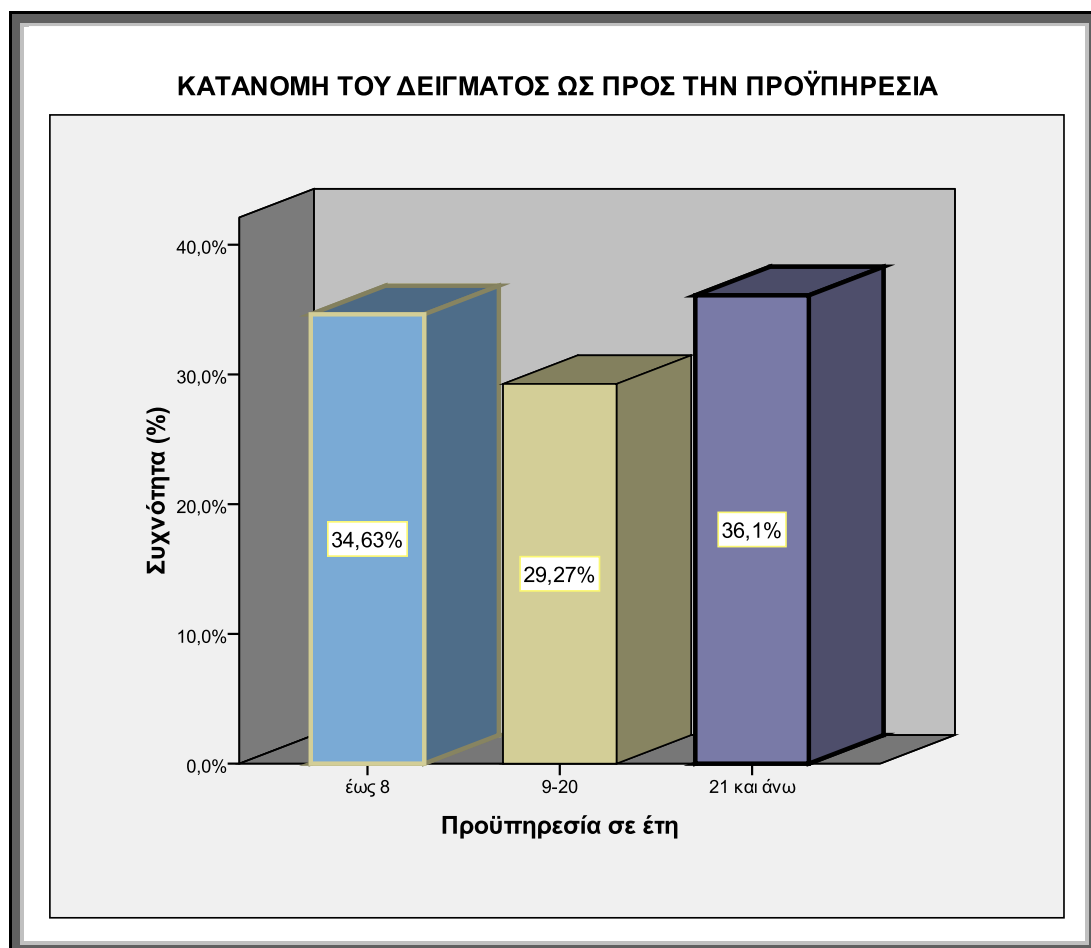
☞ **Ως προς την προϋπηρεσία**

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
έως 8	71	34,3	34,6	34,6
9-20	60	29,0	29,3	63,9
21 και άνω	74	35,7	36,1	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	205	99,0	100,0	

Missing 99	2	1,0		
ΣΥΝΟΛΟ	207	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 9. Κατανομή του δείγματος ως προς την προϋπηρεσία.

Όπως φαίνεται στον **Πίνακα 9**, λίγο περισσότερο από το ένα τρίτο του νοσηλευτικού προσωπικού του δείγματος (34,6%) έχει προϋπηρεσία έως 8 έτη, το 29,3% έχει προϋπηρεσία από 9-20 έτη και το μεγαλύτερο ποσοστό (36,1%) εργάζεται πάνω από 21 έτη. Είναι φανερό, ότι υπερισχύει το νοσηλευτικό προσωπικό με μεγάλη προϋπηρεσία σε ένα νοσοκομείο που δεν είναι νεοσύστατο, αλλά λειτουργεί περίπου 140 χρόνια (έτος λειτουργίας 1873). Στο **Γράφημα 6**, φαίνεται η κατανομή του δείγματος ως προς την προϋπηρεσία.



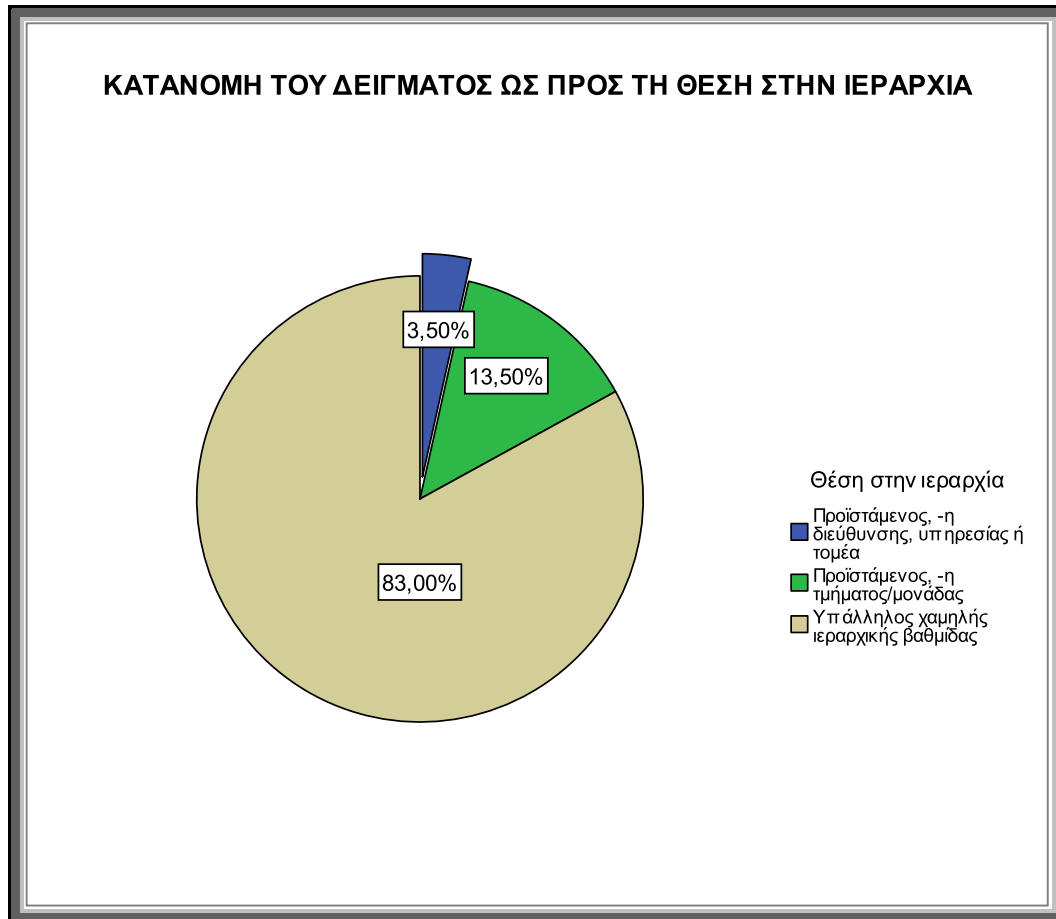
ΓΡΑΦΗΜΑ 6. Κατανομή του δείγματος ως προς την προϋπηρεσία.

☞ Ως προς τη θέση στην ιεραρχία

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
Προϊστάμενος, -η διεύθυνσης, υπηρεσίας ή τομέα	7	3,4	3,5	3,5
Προϊστάμενος, -η τμήματος/μονάδας	27	13,0	13,5	17,0
Υπάλληλος χαμηλής ιεραρχικής βαθμίδας	166	80,2	83,0	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	200	96,6	100,0	
Missing 99	7	3,4		
ΣΥΝΟΛΟ	207	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 10. Κατανομή του δείγματος ως προς τη θέση στην ιεραρχία.

Όπως φαίνεται στον **Πίνακα 10**, περισσότερο από τα δύο τρίτα του νοσηλευτικού προσωπικού του δείγματος (83%) είναι υπάλληλοι χαμηλής βαθμίδας στην ιεραρχία, ενώ το υπόλοιπο 17% κατανέμεται σε προϊστάμενους-ες τμημάτων ή μονάδων (13,5%) και προϊσταμένους τομέων ή διεύθυνσης της νοσηλευτικής υπηρεσίας (3,5%). Στο **Γράφημα 7**, φαίνεται η κατανομή του δείγματος ως προς τη θέση στην ιεραρχία, με έμφαση στη μειοψηφία των ατόμων που ανήκουν στην υψηλόβαθμη ιεραρχία.



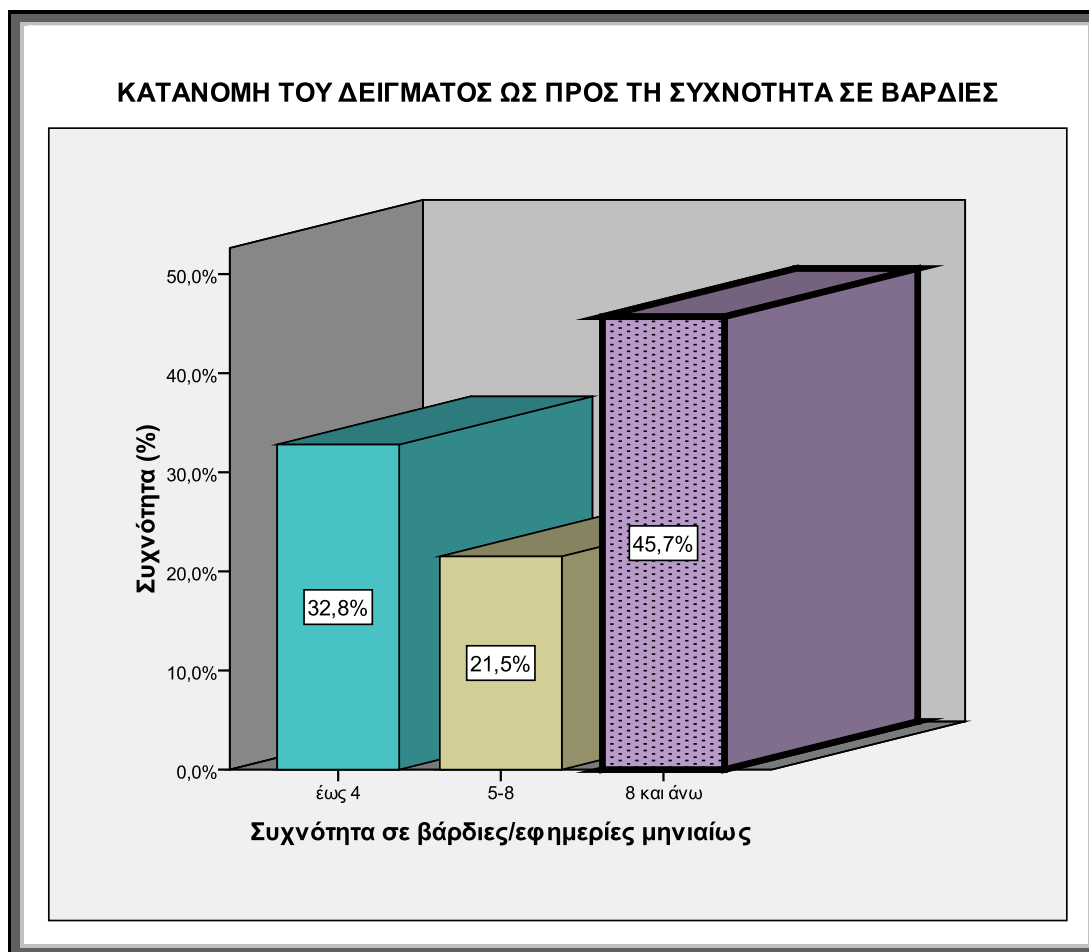
ΓΡΑΦΗΜΑ 7. Κατανομή του δείγματος ως προς τη θέση στην ιεραρχία.

☞ Ως προς τη συχνότητα σε βάρδιες ή εφημερίες

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
έως 4	61	29,5	32,8	32,8
5-8	40	19,3	21,5	54,3
8 και άνω	85	41,1	45,7	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	186	89,9	100,0	
Missing 99	21	10,1		
ΣΥΝΟΛΟ	207	100,0		

ΠΙΝΑΚΑΣ 11. Κατανομή του δείγματος ως προς τη συχνότητα σε βάρδιες ή εφημερίες.

Όπως φαίνεται στον **Πίνακα 11**, το 45,7% του νοσηλευτικού προσωπικού του δείγματος κάνει περισσότερες από 8 βάρδιες μηνιαίως. Σχεδόν το ένα τρίτο του δείγματος (32,8%) κάνει έως 4 βάρδιες και από 5-8 βάρδιες κάνει το 21,5%. Να σημειωθεί, ότι στην ερώτηση αυτή, δεν απάντησαν 21 άτομα (10,1%). Ίσως και να ήταν στην κατηγορία με τη μεγαλύτερη συχνότητα σε βάρδιες και η ερώτηση να τους προκάλεσε δυσάρεσκα. Στο **Γράφημα 8**, φαίνεται η κατανομή του δείγματος ως προς τη συχνότητα σε βάρδιες/εφημερίες.



ΓΡΑΦΗΜΑ 8. Κατανομή του δείγματος ως προς τη συχνότητα σε βάρδιες/εφημερίες.

2.3.1.2. ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΙΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται με τη σειρά των ερωτήσεων του δεύτερου μέρους του ερωτηματολογίου Α.

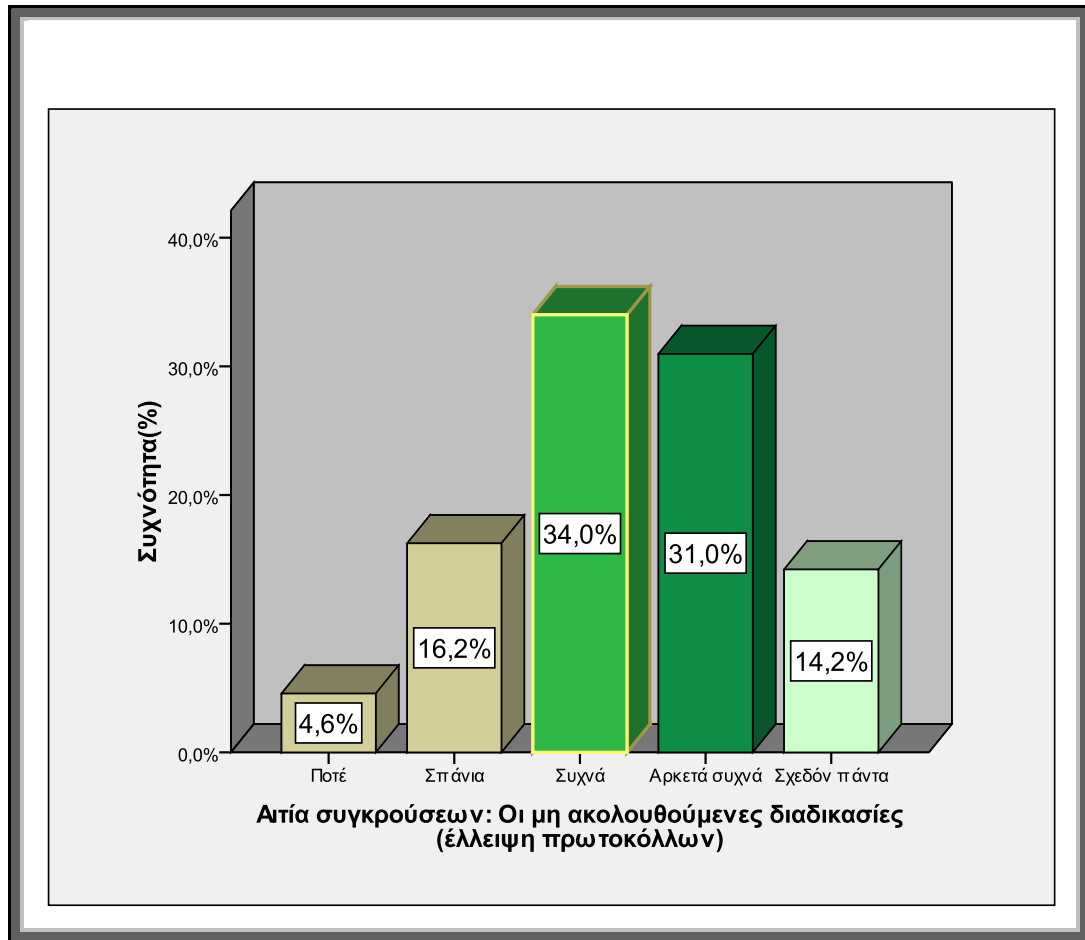
ΑΙΤΙΕΣ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ

☞ Οι μη ακολουθούμενες διαδικασίες (έλλειψη πρωτοκόλλων)

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
Ποτέ	9	4,3	4,6	4,6
Σπάνια	32	15,5	16,2	20,8
Συχνά	67	32,4	34,0	54,8
Αρκετά συχνά	61	29,5	31,0	85,8
Σχεδόν πάντα	28	13,5	14,2	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	197	95,2	100,0	
Missing 99	10	4,8		
ΣΥΝΟΛΟ	207	100,0		

ΠΙΝΑΚΑΣ 12. Κατανομή των απαντήσεων στη δήλωση ότι: «Οι μη ακολουθούμενες διαδικασίες (έλλειψη πρωτοκόλλων) αποτελούν αιτία συγκρούσεων».

Όπως φαίνεται στον **Πίνακα 12**, μόνο το 4,6% του νοσηλευτικού προσωπικού του δείγματος πιστεύει ότι η έλλειψη πρωτοκόλλων δεν αποτελεί ποτέ αιτία συγκρούσεων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και το 16,2% πιστεύει ότι σπάνια είναι αιτία δημιουργίας συγκρούσεων. Σε αντίθεση, το μεγαλύτερο ποσοστό του νοσηλευτικού προσωπικού (65%) πιστεύει ότι από συχνά (34%) έως και αρκετά συχνά (31%) η έλλειψη πρωτοκόλλων είναι αιτία να δημιουργηθούν συγκρούσεις μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Η άποψη αυτή, ενισχύεται από το 14,2% του δείγματος, που θεωρεί ότι σχεδόν πάντα η έλλειψη πρωτοκόλλων είναι αιτία σύγκρουσης. Στο **Γράφημα 9**, φαίνεται η κατανομή των απαντήσεων στη δήλωση ότι: «Οι μη ακολουθούμενες διαδικασίες (έλλειψη πρωτοκόλλων) αποτελούν αιτία συγκρούσεων», με έμφαση στην επικρατέστερη τάση (θετική απόκριση στη δήλωση).



ΓΡΑΦΗΜΑ 9. Κατανομή των απαντήσεων στη δήλωση ότι: «Οι μη ακολουθούμενες διαδικασίες (έλλειψη πρωτοκόλλων) αποτελούν αιτία συγκρούσεων»

☞ Η απουσία ή οι καθυστερήσεις ανταπόκρισης σε κλήσεις για υποστήριξη

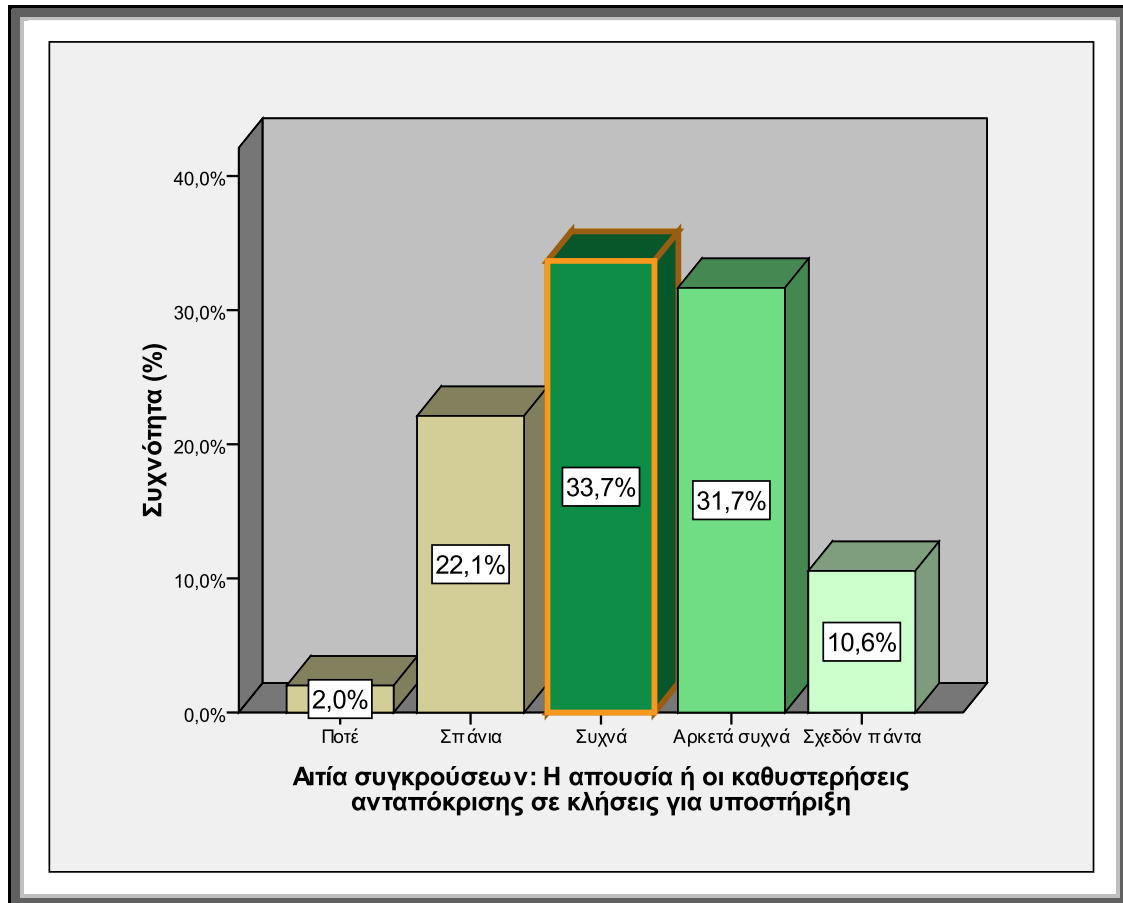
	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
Ποτέ	4	1,9	2,0	2,0
Σπάνια	44	21,3	22,1	24,1
Συχνά	67	32,4	33,7	57,8
Αρκετά συχνά	63	30,4	31,7	89,4
Σχεδόν πάντα	21	10,1	10,6	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	199	96,1	100,0	

Missing 99	8	3,9		
ΣΥΝΟΛΟ	207	100,0		

ΠΙΝΑΚΑΣ 13. Κατανομή των απαντήσεων στη δήλωση ότι: «Η απουσία ή οι καθυστερήσεις ανταπόκρισης σε κλήσεις για υποστήριξη αποτελούν αιτία συγκρούσεων»

Όπως φαίνεται στον **Πίνακα 13**, σχεδόν το ένα τέταρτο του νοσηλευτικού προσωπικού του δείγματος (24,1%) πιστεύει, ότι η απουσία ή οι καθυστερήσεις ανταπόκρισης σε κλήσεις για υποστήριξη, δεν αποτελούν αιτία συγκρούσεων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, από ποτέ (2%) έως σπάνια (22,1%). Αντίθετα, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (65,4%) πιστεύει ότι, από συχνά (33,7%) έως αρκετά συχνά (31,7%), η απουσία ή οι καθυστερήσεις ανταπόκρισης σε κλήσεις για βοήθεια, αποτελούν αιτία συγκρούσεων. Η άποψη αυτή (της πλειοψηφίας του δείγματος) ενισχύεται από το 10,6% του δείγματος που θεωρεί ότι σχεδόν πάντα δημιουργούν συγκρούσεις αυτές οι καθυστερήσεις ή η απουσία απόκρισης σε κλήσεις για βοήθεια. Γίνεται αντιληπτό από τα παραπάνω, πόσο αρνητικά επηρεάζεται η επικοινωνία, από αυτού του είδους τις συμπεριφορές, που μπορεί να είναι έκφραση αδιαφορίας, αμέλειας ή αντιεπαγγελματισμού. Παράλληλα, γίνεται εύκολα αντιληπτό και πόσο δύσκολο είναι να διατηρηθεί η ισορροπία στη συνεργασία μέσα σε μια διεπιστημονική ομάδα στο χώρο της υγείας.

Στο **Γράφημα 10**, φαίνεται η κατανομή των απαντήσεων στη δήλωση ότι: «Η απουσία ή οι καθυστερήσεις ανταπόκρισης σε κλήσεις για υποστήριξη αποτελούν αιτία συγκρούσεων», με έμφαση στην επικρατέστερη τάση (θετική απόκριση στη δήλωση).



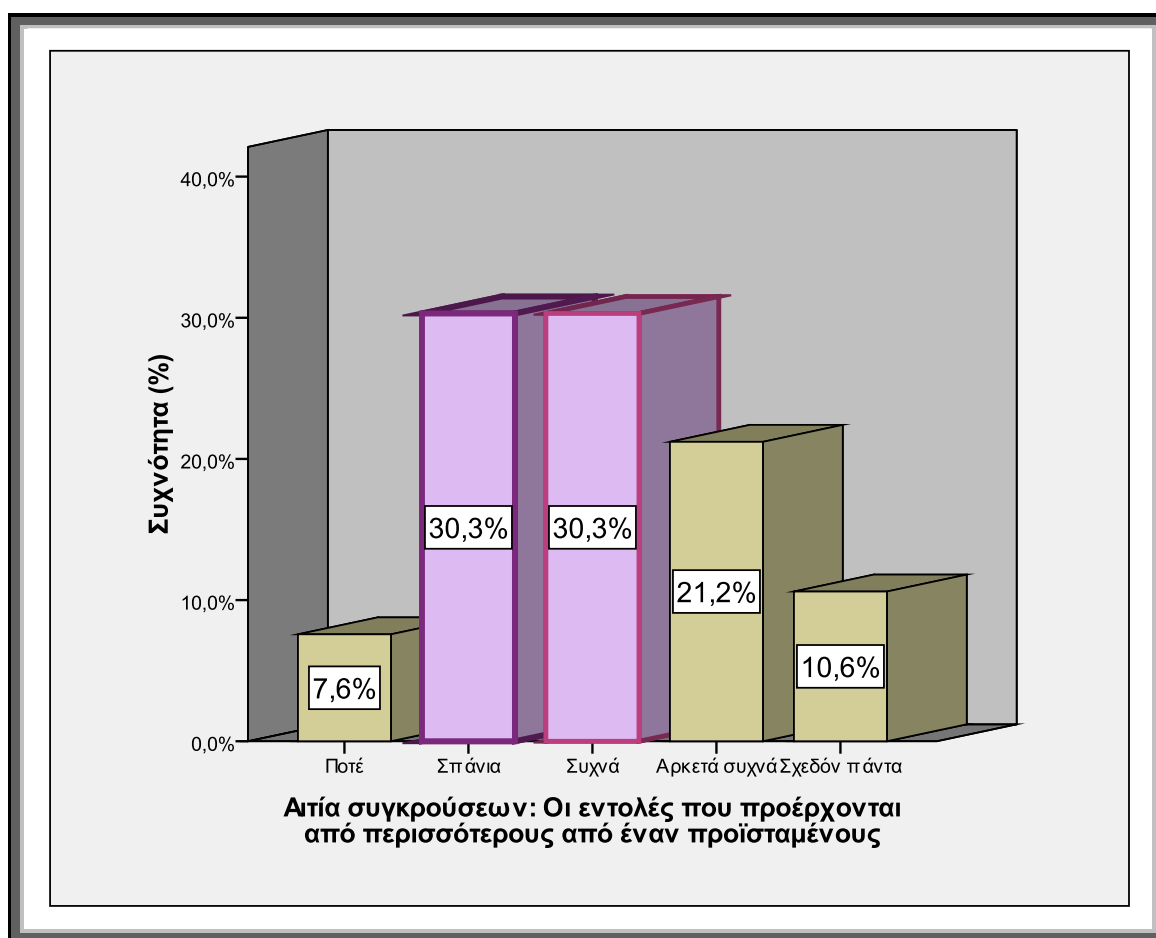
ΓΡΑΦΗΜΑ 10. Κατανομή των απαντήσεων στη δήλωση ότι: «Η απουσία ή οι καθυστερήσεις ανταπόκρισης σε κλήσεις για υποστήριξη αποτελούν αιτία συγκρούσεων».

☞ Οι εντολές που προέρχονται από περισσότερους από έναν προϊσταμένους

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
Ποτέ	15	7,2	7,6	7,6
Σπάνια	60	29,0	30,3	37,9
Συχνά	60	29,0	30,3	68,2
Αρκετά συχνά	42	20,3	21,2	89,4
Σχεδόν πάντα	21	10,1	10,6	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	198	95,7	100,0	
Missing 99	9	4,3		
ΣΥΝΟΛΟ	207	100,0		

ΠΙΝΑΚΑΣ 14. Κατανομή των απαντήσεων στη δήλωση ότι: «Οι εντολές που προέρχονται από περισσότερους από έναν προϊστάμενους, αποτελούν αιτία συγκρούσεων».

Όπως φαίνεται στον **Πίνακα 14**, οι απόψεις του νοσηλευτικού προσωπικού, που αντιπροσωπεύουν το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος (60,6%), δίστανται. Πιο αναλυτικά, στο **Γράφημα 11** φαίνεται ότι το 30,3% του δείγματος πιστεύει ότι σπάνια οι εντολές που προέρχονται από περισσότερους από έναν προϊσταμένους αποτελούν αιτία συγκρούσεων, ενώ παράλληλα ένα άλλο εξίσου σημαντικό κομμάτι του δείγματος (30,3%), θεωρεί ότι συχνά δημιουργεί συγκρούσεις μια τέτοια δυσλειτουργία του διοικητικού συστήματος. Περίπου το 7,6% του δείγματος πιστεύει ότι ποτέ δεν δημιουργούνται συγκρούσεις από αυτή την κατάσταση, ενώ αντίθετα ένα 30,9% του δείγματος θεωρεί ότι αρκετά συχνά (21,2%) έως σχεδόν πάντα (10,6%) η πρόκληση συγκρούσεων στο εργασιακό περιβάλλον είναι απόρροια μίας τέτοιας διοικητικής σύγκυσης στην κατανομή των αρμοδιοτήτων.



ΓΡΑΦΗΜΑ 11. Κατανομή των απαντήσεων στη δήλωση ότι: «Οι εντολές που προέρχονται από περισσότερους από έναν προϊσταμένους, αποτελούν αιτία συγκρούσεων».

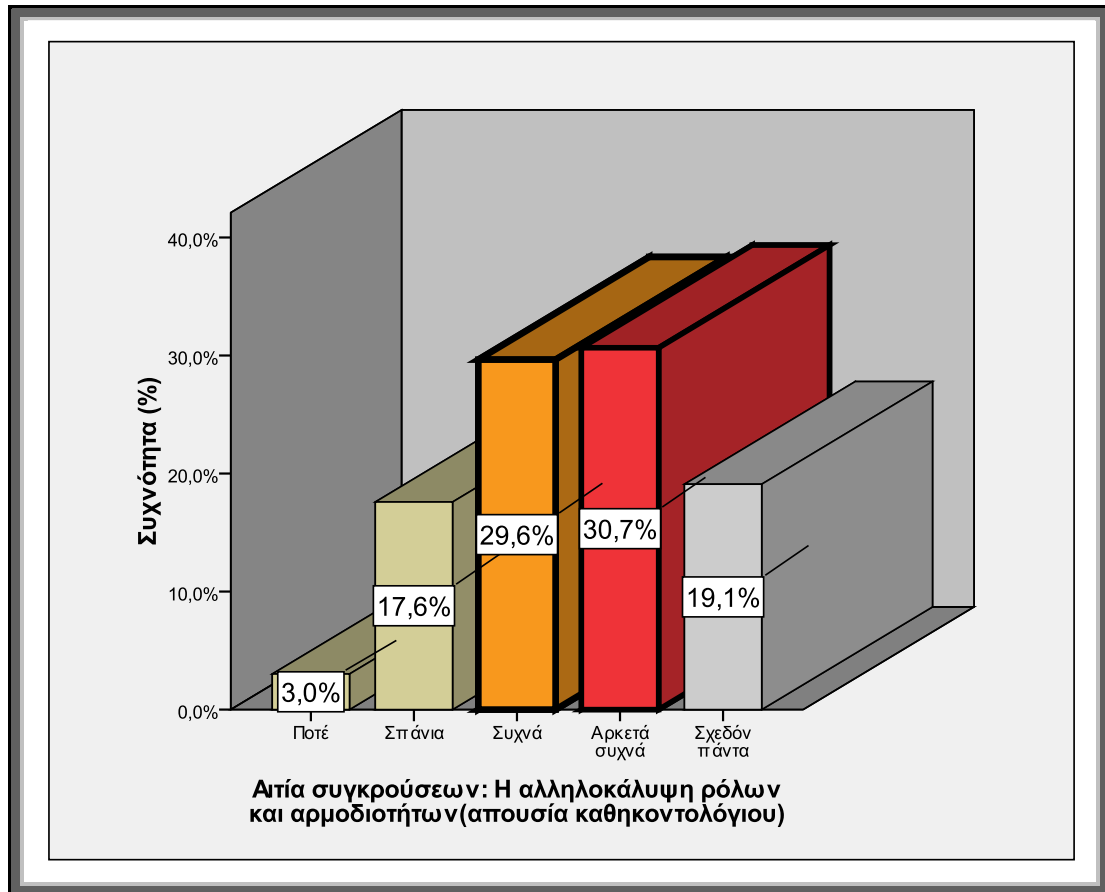
☞ Η αλληλοκάλυψη ρόλων και αρμοδιοτήτων (έλλειψη γραπτού καθηκοντολογίου)

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
Ποτέ	6	2,9	3,0	3,0
Σπάνια	35	16,9	17,6	20,6
Συχνά	59	28,5	29,6	50,3
Αρκετά συχνά	61	29,5	30,7	80,9
Σχεδόν πάντα	38	18,4	19,1	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	199	96,1	100,0	
Missing 99	8	3,9		
ΣΥΝΟΛΟ	207	100,0		

ΠΙΝΑΚΑΣ 15. Κατανομή των απαντήσεων στη δήλωση ότι: «Η αλληλοκάλυψη ρόλων και αρμοδιοτήτων (έλλειψη γραπτού καθηκοντολογίου), αποτελούν αιτία συγκρούσεων».

Όπως φαίνεται στον **Πίνακα 15**, το μεγαλύτερο μέρος του νοσηλευτικού προσωπικού του δείγματος (79,4%), συμφωνεί ότι η έλλειψη καθηκοντολογίου δημιουργεί συγκρούσεις στον εργασιακό χώρο. Πιο αναλυτικά, το 29,6% του δείγματος θεωρεί ότι αυτό συμβαίνει συχνά, το 30,7% αρκετά συχνά και το 19,1% σχεδόν πάντα. Ωστόσο, υπάρχει και ο αντίλογος, που θεωρεί ότι σπάνια (17,6%) έως ποτέ (3%) δεν δημιουργεί αιτία συγκρούσεων η αλληλοκάλυψη των ρόλων και αρμοδιοτήτων, που είναι απόρροια της απουσίας ενός γραπτού καθηκοντολογίου.

Στο **Γράφημα 12**, που ακολουθεί, απεικονίζεται η κατανομή των απαντήσεων στη δήλωση ότι: «Η αλληλοκάλυψη ρόλων και αρμοδιοτήτων (έλλειψη γραπτού καθηκοντολογίου), αποτελούν αιτία συγκρούσεων», με έμφαση στην επικρατέστερη τάση του δείγματος (θετική απόκριση στη δήλωση).



ΓΡΑΦΗΜΑ 12. Κατανομή των απαντήσεων στη δήλωση ότι: «Η αλληλοκάλυψη ρόλων και αρμοδιοτήτων (έλλειψη γραπτού καθηκοντολόγιου), αποτελούν αιτία συγκρούσεων».

☞ Το γάσμα γενεών (νεώτεροι εργαζόμενοι συνεργάζονται με αργαιότερους ηλικιακά ή και ιεραρχικά συναδέλφους)

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
Ποτέ	29	14,0	14,6	14,6
Σπάνια	75	36,2	37,7	52,3
Συχνά	54	26,1	27,1	79,4
Αρκετά συχνά	28	13,5	14,1	93,5
Σχεδόν πάντα	13	6,3	6,5	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	199	96,1	100,0	

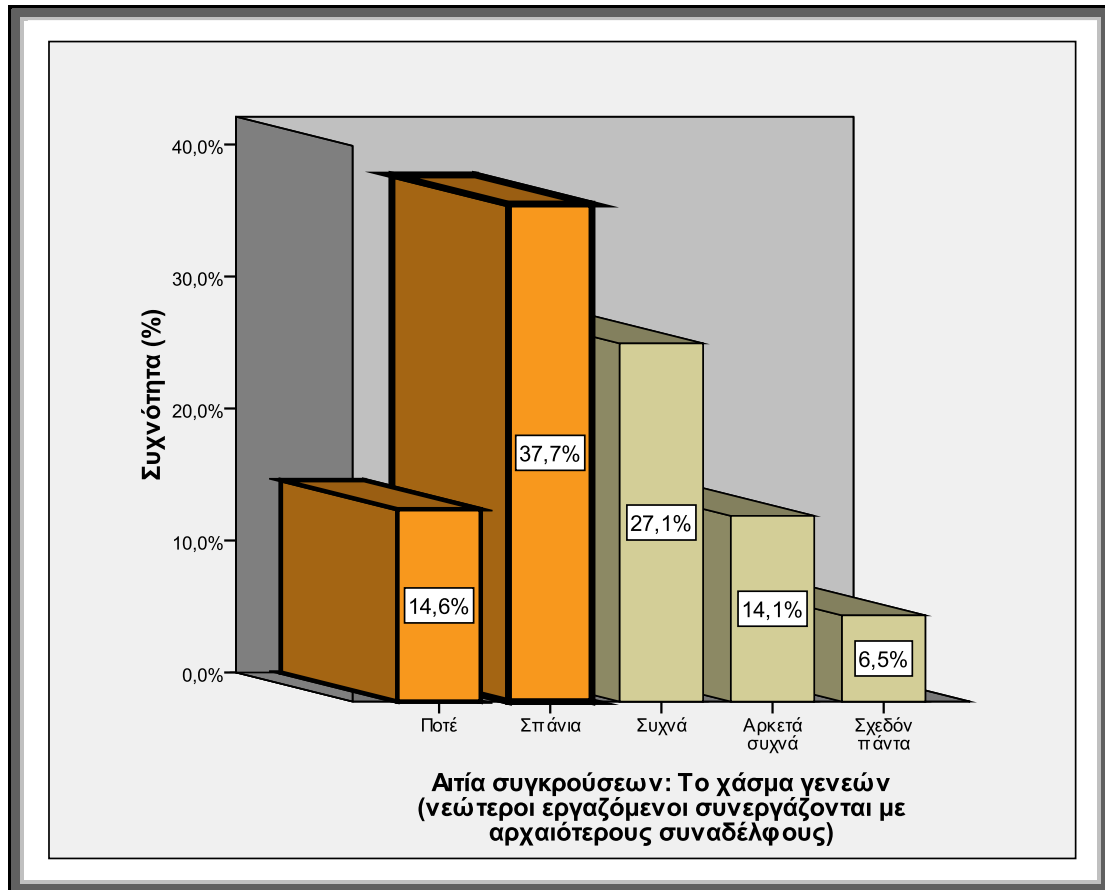
Missing 99	8	3,9		
ΣΥΝΟΛΟ	207	100,0		

ΠΙΝΑΚΑΣ 16. Κατανομή των απαντήσεων στη δήλωση ότι: «Το χάσμα γενεών (νεώτεροι εργαζόμενοι συνεργάζονται με αρχαιότερους ηλικιακά ή και ιεραρχικά συναδέλφους), αποτελούν αιτία συγκρούσεων».

Όπως φαίνεται στον **Πίνακα 16**, το μεγαλύτερο μέρος του νοσηλευτικού προσωπικού του δείγματος (52,3%), θεωρεί ότι το χάσμα γενεών μεταξύ συναδέλφων, δε δημιουργεί συγκρούσεις στον εργασιακό χώρο. Πιο αναλυτικά, το 37,7% του δείγματος (που αποτελεί και την απάντηση με τη μεγαλύτερη συχνότητα) πιστεύει ότι σπάνια μία τέτοια κατάσταση δημιούργησε συγκρούσεις στις εργασιακές σχέσεις και το 14,6% πιστεύει ότι ποτέ μια τέτοια κατάσταση δεν είχε ως αποτέλεσμα σύγκρουση μεταξύ των δύο πλευρών.

Αντιθέτως, το υπόλοιπο 47,7% του δείγματος, θεωρεί ότι το χάσμα γενεών δημιουργεί συγκρούσεις σε αρκετά σημαντικό βαθμό, που κυμαίνεται από συχνά (27,1%), αρκετά συχνά (14,1%) και σχεδόν πάντα (6,5%). Είναι φανερό από τα παραπάνω, ότι το μεγαλύτερο κομμάτι του νοσηλευτικού προσωπικού του δείγματος έχει καταφέρει να γεφυρώσει το χάσμα μεταξύ νεώτερων και αρχαιότερων συναδέλφων, γεγονός που είναι ενθαρρυντικό για την επίτευξη μιας αρμονικής συνεργασίας προς όφελος του ασθενούς.

Στο **Γράφημα 13**, φαίνεται η κατανομή των απαντήσεων του δείγματος στη δήλωση ότι: «Το χάσμα γενεών (νεώτεροι εργαζόμενοι συνεργάζονται με αρχαιότερους ηλικιακά ή και ιεραρχικά συναδέλφους), αποτελεί αιτία συγκρούσεων», με έμφαση στην επικρατέστερη τάση (αρνητική απόκριση στη δήλωση).



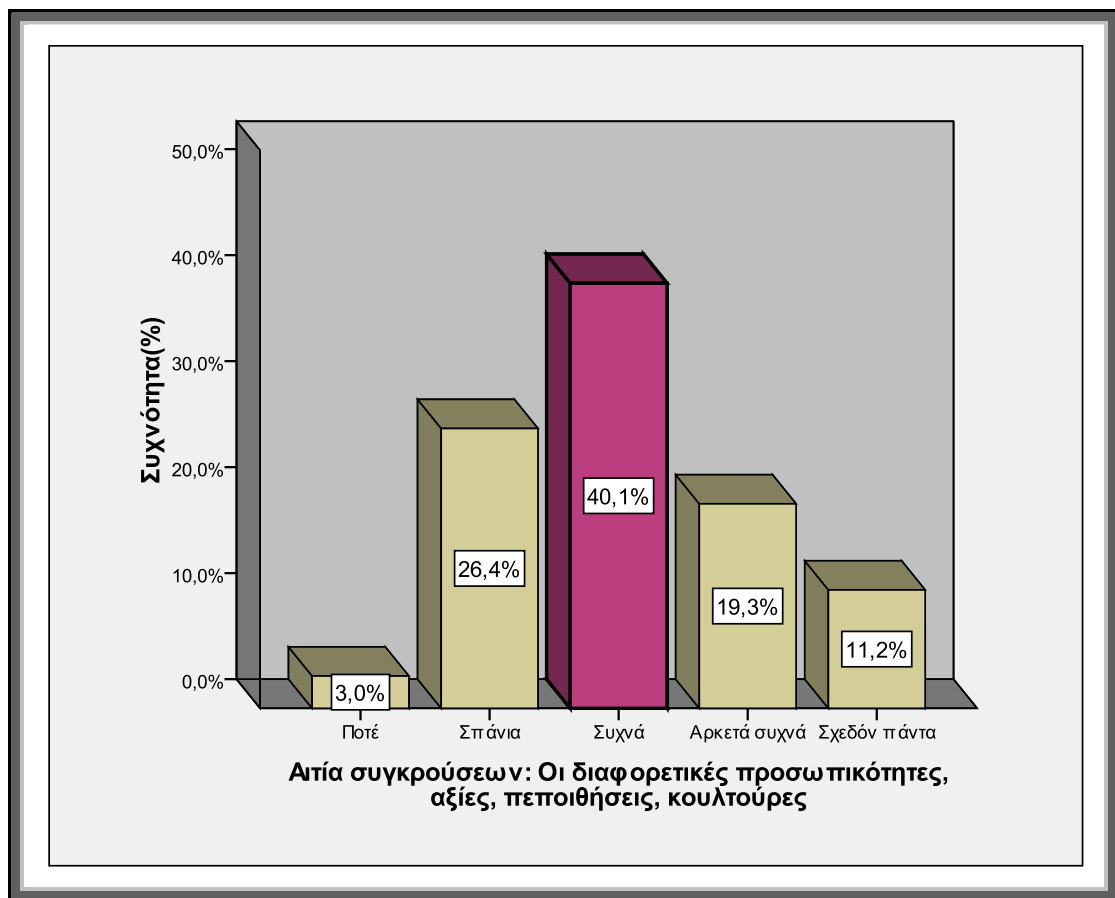
ΓΡΑΦΗΜΑ 13. Κατανομή των απαντήσεων στη δήλωση ότι: «Το χάσμα γενεών (νεώτεροι εργαζόμενοι συνεργάζονται με αρχαιότερους ηλικιακά ή και ιεραρχικά συναδέλφους), αποτελούν αιτία συγκρούσεων».

☞ Οι διαφορετικές προσωπικότητες, αξίες, πεποιθήσεις, κουλτούρες

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
Ποτέ	6	2,9	3,0	3,0
Σπάνια	52	25,1	26,4	29,4
Συχνά	79	38,2	40,1	69,5
Αρκετά συχνά	38	18,4	19,3	88,8
Σχεδόν πάντα	22	10,6	11,2	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	197	95,2	100,0	
Missing 99	10	4,8		
ΣΥΝΟΛΟ	207	100,0		

ΠΙΝΑΚΑΣ 17. Κατανομή των απαντήσεων στη δήλωση ότι: «Οι διαφορετικές προσωπικότητες, αξίες, πεποιθήσεις, κουλτούρες, αποτελούν αιτία συγκρούσεων».

Όπως φαίνεται στον **Πίνακα 17**, το μεγαλύτερο μέρος του νοσηλευτικού προσωπικού του δείγματος (40,1%), θεωρεί ότι οι διαφορετικές προσωπικότητες, αξίες, πεποιθήσεις, κουλτούρες μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, αποτελούν συχνά αιτία συγκρούσεων. Σε πιο μεγάλο βαθμό, πιστεύουν σε αυτή την άποψη το 19,3% (αρκετά συχνά) και το 11,2% (σχεδόν πάντα). Ενώ, στον αντίποδα αυτής της άποψης, τάσσεται όπως φαίνεται, το 26,4% και το 3% του δείγματος, που πιστεύει ότι σπάνια ή και ποτέ αντίστοιχα, αυτή η διαφορετικότητα προσωπικοτήτων, αξιών, πεποιθήσεων και κουλτούρας, δεν στάθηκε αιτία να δημιουργηθούν συγκρούσεις. Στο **Γράφημα 14**, φαίνεται η κατανομή των απαντήσεων στη δήλωση ότι: «Οι διαφορετικές προσωπικότητες, αξίες, πεποιθήσεις, κουλτούρες, αποτελούν αιτία συγκρούσεων», με έμφαση στην άποψη του μεγαλύτερου μέρους του δείγματος.



ΓΡΑΦΗΜΑ 14. Κατανομή των απαντήσεων στη δήλωση ότι: «Οι διαφορετικές προσωπικότητες, αξίες, πεποιθήσεις, κουλτούρες, αποτελούν αιτία συγκρούσεων».

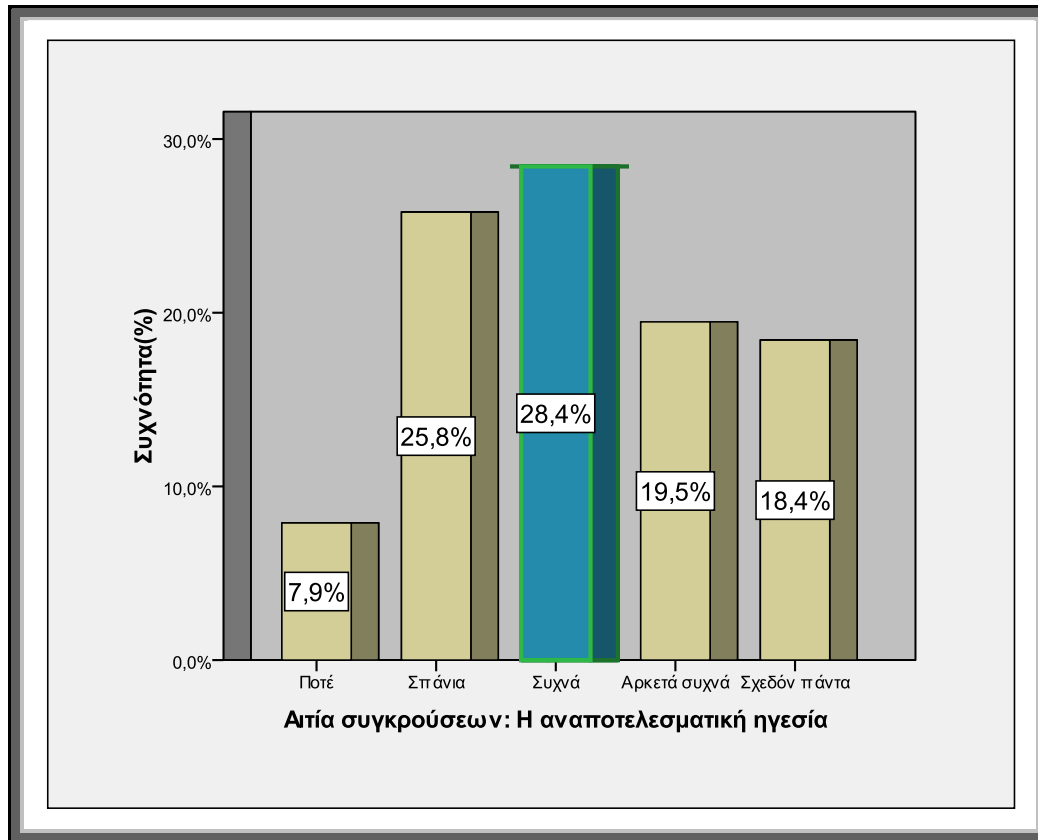
☞ Η αναποτελεσματική ηγεσία

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
Ποτέ	15	7,2	7,9	7,9
Σπάνια	49	23,7	25,8	33,7
Συχνά	54	26,1	28,4	62,1
Αρκετά συχνά	37	17,9	19,5	81,6
Σχεδόν πάντα	35	16,9	18,4	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	190	91,8	100,0	
Missing 99	17	8,2		
ΣΥΝΟΛΟ	207	100,0		

ΠΙΝΑΚΑΣ 18. Κατανομή των απαντήσεων στη δήλωση ότι: «Η αναποτελεσματική ηγεσία αποτελεί αιτία συγκρούσεων».

Όπως φαίνεται στον **Πίνακα 18**, το μεγαλύτερο μέρος του νοσηλευτικού προσωπικού του δείγματος (28,4%), θεωρεί ότι συχνά η αναποτελεσματική ηγεσία αποτελεί αιτία συγκρούσεων. Το 19,5% πιστεύει ότι αρκετά συχνά και το 18,4% πιστεύει ότι σχεδόν πάντα, η αναποτελεσματική ηγεσία μπορεί να αποτελέσει αιτία για δημιουργία συγκρούσεων. Αντίθετα, το ένα τέταρτο του δείγματος (25,8%), πιστεύει ότι σπάνια η αναποτελεσματική ηγεσία είναι αιτία να δημιουργηθούν συγκρούσεις και τέλος ένα πολύ μικρό ποσοστό του δείγματος (7,9%) την αποκλείει ως αιτία σύγκρουσης στην εργασία.

Στο **Γράφημα 15**, απεικονίζεται η κατανομή των απαντήσεων στη δήλωση ότι: «Η αναποτελεσματική ηγεσία αποτελεί αιτία συγκρούσεων», με έμφαση στην άποψη του μεγαλύτερου μέρους του δείγματος.



ΓΡΑΦΗΜΑ 15. Κατανομή των απαντήσεων στη δήλωση ότι: «Η αναποτελεσματική ηγεσία αποτελεί αιτία συγκρούσεων».

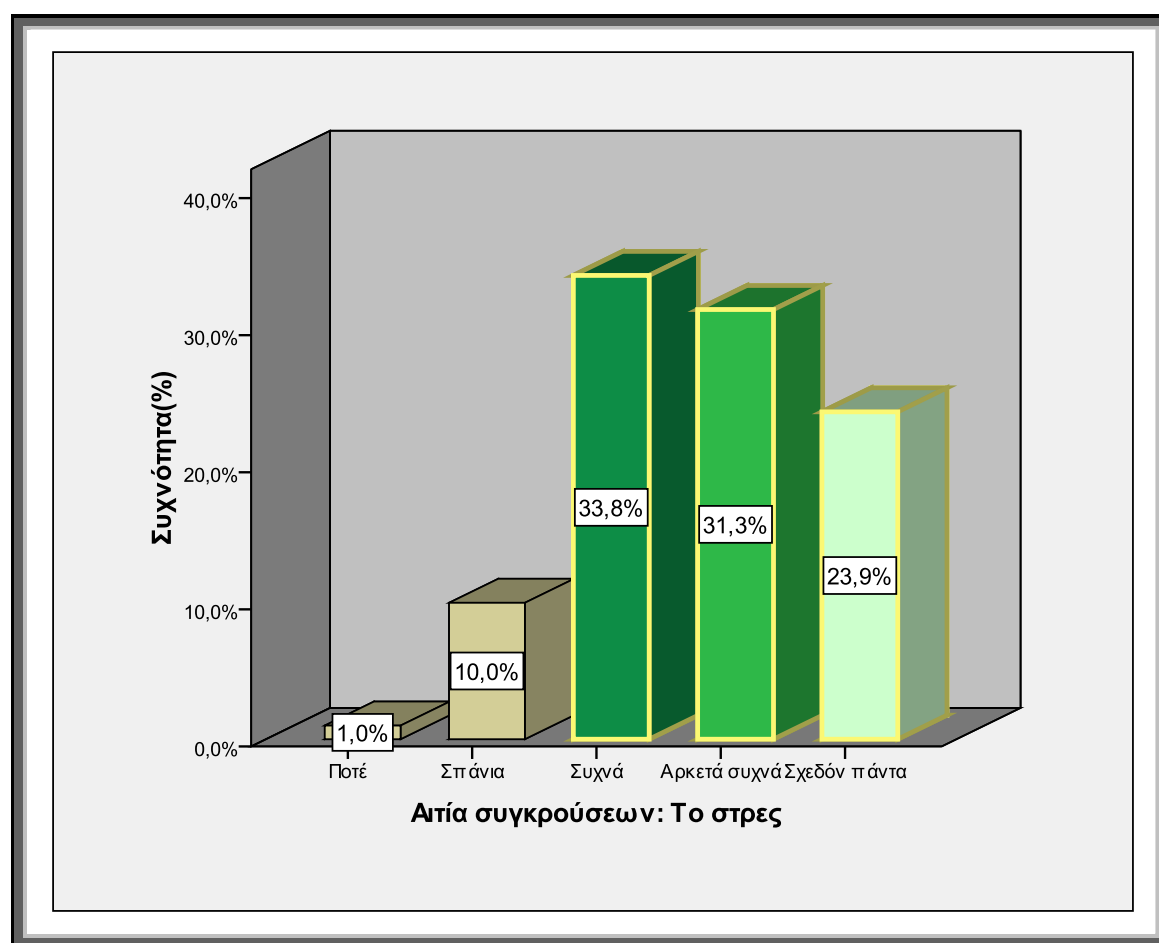
☞ Το στρες

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
Ποτέ	2	1,0	1,0	1,0
Σπάνια	20	9,7	10,0	10,9
Συχνά	68	32,9	33,8	44,8
Αρκετά συχνά	63	30,4	31,3	76,1
Σχεδόν πάντα	48	23,2	23,9	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	201	97,1	100,0	
Missing 99	6	2,9		
ΣΥΝΟΛΟ	207	100,0		

ΠΙΝΑΚΑΣ 19. Κατανομή των απαντήσεων στη δήλωση ότι: «Το στρες αποτελεί αιτία συγκρούσεων».

Όπως φαίνεται στον **Πίνακα 19**, το μεγαλύτερο μέρος του νοσηλευτικού προσωπικού του δείγματος (89%), θεωρεί ότι το εργασιακό στρες αποτελεί αιτία συγκρούσεων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Πιο αναλυτικά, πιστεύουν ότι αυτή η κατάσταση σε διαφορετικό βαθμό - συχνά (33,8%), αρκετά συχνά (31,3%) και σχεδόν πάντα (23,9%) - προκαλεί συγκρούσεις. Αντίθετα, το 11% του δείγματος πιστεύει ότι σπάνια (10%) ή ακόμη και ποτέ (1%) το στρες δεν αποτελεί αιτία για συγκρούσεις. Σε ένα τόσο στρεσογόνο εργασιακό χώρο, όπως το νοσοκομείο, που οι υπηρεσίες του στοχεύουν πολλές φορές στη διατήρηση της ίδιας της ανθρώπινης ζωής (λόγω του επείγοντος), είναι αναμενόμενο να γίνεται αντιληπτό από τους περισσότερους ότι το στρες της φύσης της εργασίας είναι ένας ισχυρός παράγοντας πρόκλησης συγκρούσεων.

Στο **Γράφημα 16**, απεικονίζεται η κατανομή των απαντήσεων στη δήλωση ότι: «Το στρες αποτελεί αιτία συγκρούσεων», με έμφαση στην επικρατέστερη τάση (θετική απόκριση στη δήλωση).



ΓΡΑΦΗΜΑ 16. Κατανομή των απαντήσεων στη δήλωση ότι: «Το στρες αποτελεί αιτία συγκρούσεων».

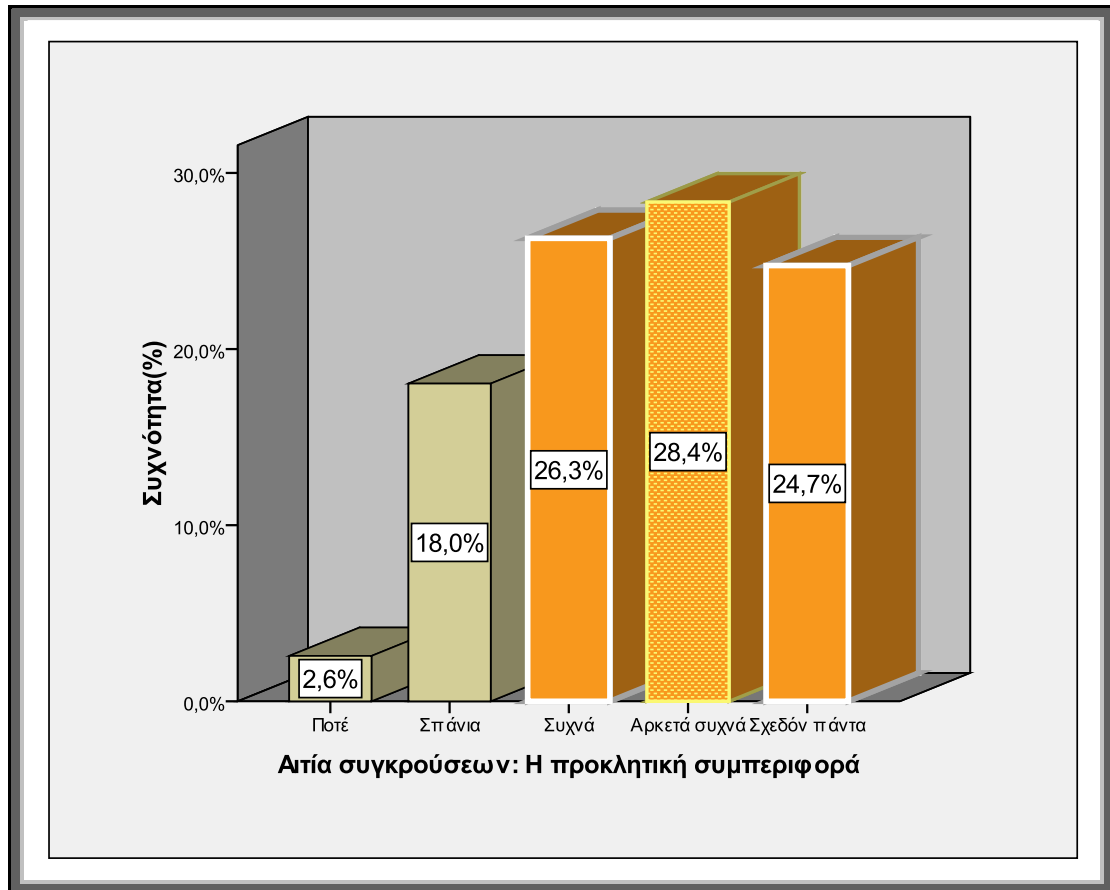
☞ Η προκλητική συμπεριφορά

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
Ποτέ	5	2,4	2,6	2,6
Σπάνια	35	16,9	18,0	20,6
Συχνά	51	24,6	26,3	46,9
Αρκετά συχνά	55	26,6	28,4	75,3
Σχεδόν πάντα	48	23,2	24,7	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	194	93,7	100,0	
Missing 99	13	6,3		
ΣΥΝΟΛΟ	207	100,0		

ΠΙΝΑΚΑΣ 20. Κατανομή των απαντήσεων στη δήλωση ότι: «Η προκλητική συμπεριφορά αποτελεί αιτία συγκρούσεων».

Όπως φαίνεται στον **Πίνακα 20**, το μεγαλύτερο μέρος του νοσηλευτικού προσωπικού του δείγματος (79,4%), θεωρεί ότι η προκλητική συμπεριφορά αποτελεί αιτία συγκρούσεων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Πιο αναλυτικά, το νοσηλευτικό προσωπικό πιστεύει ότι η στάση αυτή είναι αιτία για δημιουργία συγκρούσεων, συχνά (26,3%), αρκετά συχνά (28,4%) και σχεδόν πάντα (24,7%). Αντίθετα, το 20,6% του δείγματος πιστεύει ότι σπάνια (18%) ή ακόμη και ποτέ (2,6%) η προκλητική συμπεριφορά δεν προκαλεί συγκρούσεις.

Στο **Γράφημα 17**, φαίνεται η κατανομή των απαντήσεων στη δήλωση ότι: «Η προκλητική συμπεριφορά αποτελεί αιτία συγκρούσεων» και δίνεται έμφαση στην άποψη που υποστηρίζει την παραπάνω δήλωση.



ΓΡΑΦΗΜΑ 17. Κατανομή των απαντήσεων στη δήλωση ότι: «Η προκλητική συμπεριφορά αποτελεί αιτία συγκρούσεων».

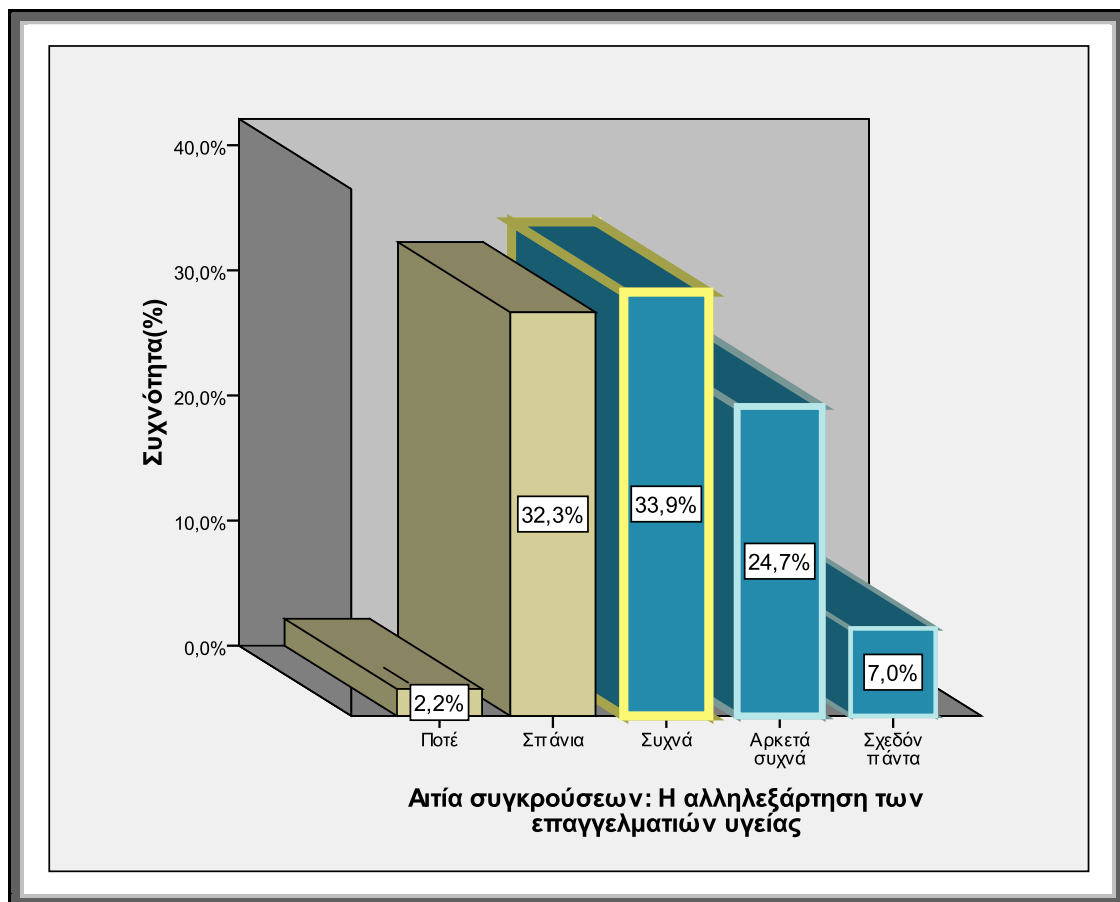
☞ Η αλληλεξάρτηση των επαγγελματιών υγείας

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
Ποτέ	4	1,9	2,2	2,2
Σπάνια	60	29,0	32,3	34,4
Συχνά	63	30,4	33,9	68,3
Αρκετά συχνά	46	22,2	24,7	93,0
Σχεδόν πάντα	13	6,3	7,0	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	186	89,9	100,0	
Missing 99	21	10,1		
ΣΥΝΟΛΟ	207	100,0		

ΠΙΝΑΚΑΣ 21. Κατανομή των απαντήσεων στη δήλωση ότι: «Η αλληλεξάρτηση των επαγγελματιών υγείας αποτελεί αιτία συγκρούσεων».

Όπως φαίνεται στον **Πίνακα 21**, οι δύο επικρατέστερες απόψεις του δείγματος είναι και αντικρουόμενες, δηλαδή από τη μία πλευρά, το 32,3% του δείγματος πιστεύει ότι σπάνια η αλληλεξάρτηση των επαγγελματιών υγείας αποτελεί αιτία συγκρούσεων και από την άλλη πλευρά, το 33,9% του δείγματος υποστηρίζει ότι η αλληλεξάρτηση αυτή, αποτελεί συχνά αιτία συγκρούσεων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Το 2,2% του δείγματος, πιστεύει ότι η αλληλεξάρτηση δεν προκαλεί ποτέ συγκρούσεις, ενώ αντίθετα το 7%, θεωρεί ότι σχεδόν πάντα, αυτού του είδους η σχέση, αποτελεί αιτία συγκρούσεων. Τέλος, σχεδόν το ένα τέταρτο του δείγματος (24,7%) υποστηρίζει ότι αρκετά συχνά η αλληλεξάρτηση των επαγγελματιών ευθύνεται για τις διεπαγγελματικές συγκρούσεις.

Στο **Γράφημα 18**, φαίνεται η κατανομή των απαντήσεων στη δήλωση ότι: «Η αλληλεξάρτηση των επαγγελματιών υγείας αποτελεί αιτία συγκρούσεων» και δίνεται έμφαση στην άποψη που υποστηρίζει την παραπάνω δήλωση.



ΓΡΑΦΗΜΑ 18. Κατανομή των απαντήσεων στη δήλωση ότι: «Η αλληλεξάρτηση των επαγγελματιών υγείας αποτελεί αιτία συγκρούσεων».

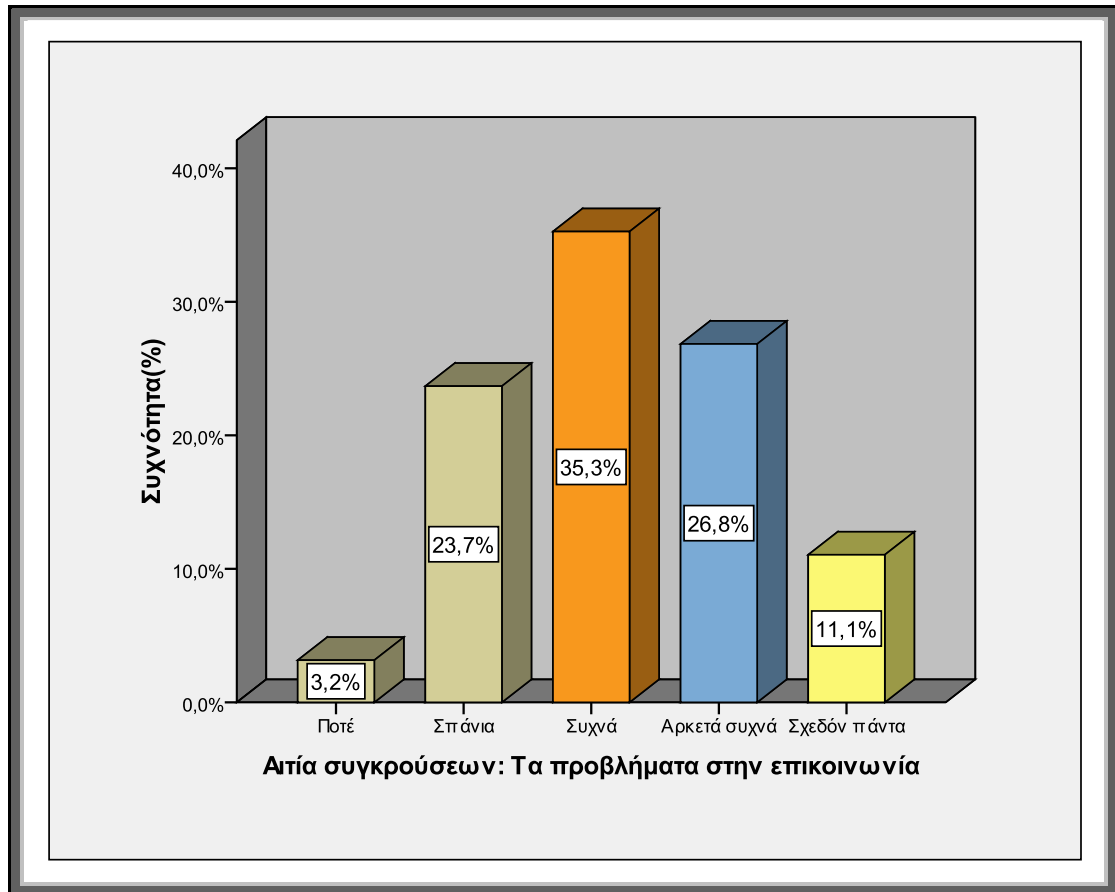
☞ Τα προβλήματα στην επικοινωνία

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
Ποτέ	6	2,9	3,2	3,2
Σπάνια	45	21,7	23,7	26,8
Συχνά	67	32,4	35,3	62,1
Αρκετά συχνά	51	24,6	26,8	88,9
Σχεδόν πάντα	21	10,1	11,1	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	190	91,8	100,0	
Missing 99	17	8,2		
ΣΥΝΟΛΟ	207	100,0		

ΠΙΝΑΚΑΣ 22. Κατανομή των απαντήσεων στη δήλωση ότι: «Τα προβλήματα στην επικοινωνία αποτελούν αιτία συγκρούσεων».

Όπως φαίνεται στον **Πίνακα 22**, λίγο περισσότερο από το ένα τέταρτο του δείγματος (26,8%) υποβαθμίζει τη διάσταση των προβλημάτων της επικοινωνίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, ως μία πιθανή αιτία συγκρούσεων, αφού το 23,7% υποστηρίζει ότι σπάνια είναι αιτία συγκρούσεων και το 3,2% του δείγματος την αποκλείει παντελώς ως αιτία συγκρούσεων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Αντίθετα, περίπου τα τρία τέταρτα του δείγματος (δηλαδή το υπόλοιπο 73,2%), θεωρεί ότι συχνά (35,3%), αρκετά συχνά (26,8%) και σχεδόν πάντα (11,1%), η ελλιπής ή αναποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας αποτελεί αιτία για δημιουργία συγκρούσεων.

Στο **Γράφημα 19**, φαίνεται η κατανομή των απαντήσεων στη δήλωση ότι: «Τα προβλήματα στην επικοινωνία αποτελούν αιτία συγκρούσεων», με έμφαση στην επικρατέστερη τάση (θετική απόκριση στη δήλωση).



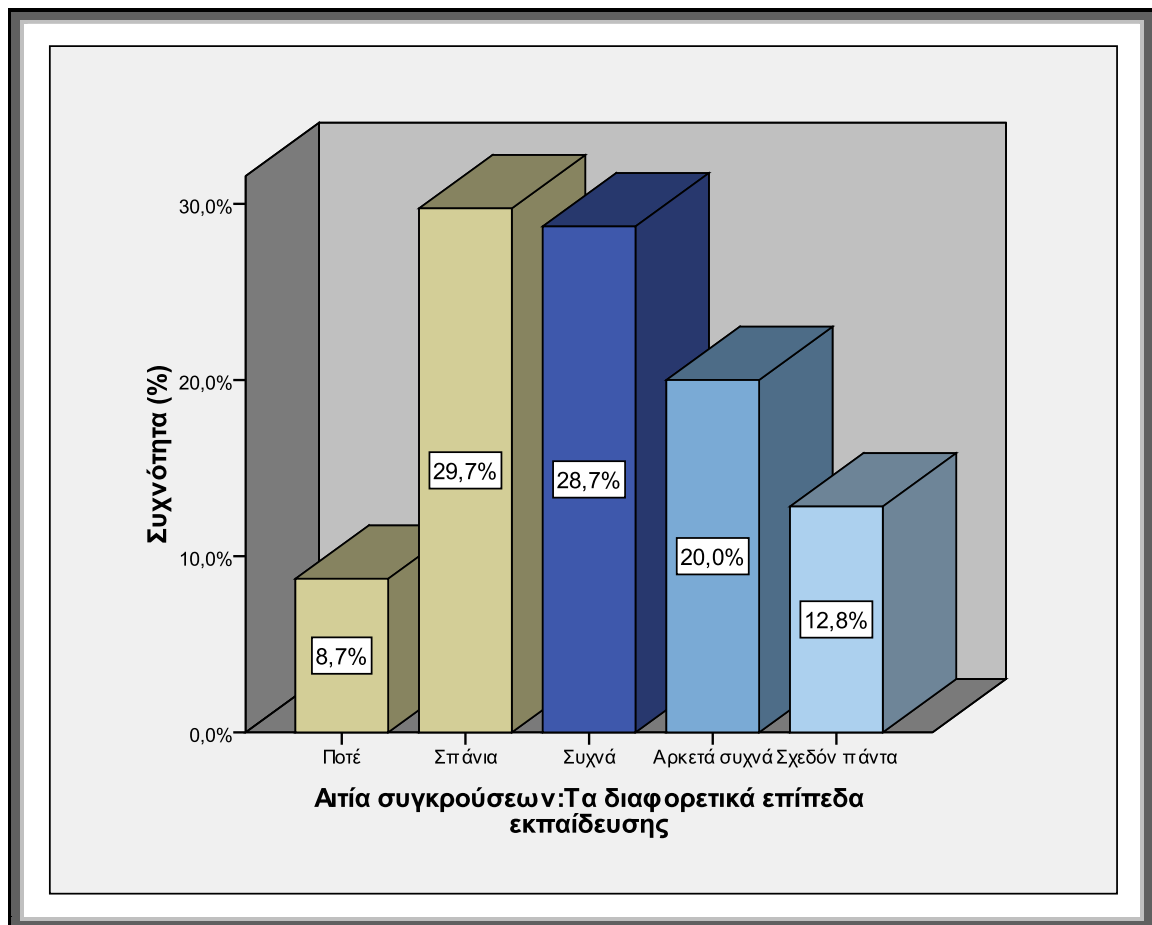
ΓΡΑΦΗΜΑ 19. Κατανομή των απαντήσεων στη δήλωση ότι: «Τα προβλήματα στην επικοινωνία αποτελούν αιτία συγκρούσεων».

☞ Τα διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
Ποτέ	17	8,2	8,7	8,7
Σπάνια	58	28,0	29,7	38,5
Συχνά	56	27,1	28,7	67,2
Αρκετά συχνά	39	18,8	20,0	87,2
Σχεδόν πάντα	25	12,1	12,8	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	195	94,2	100,0	
Missing 99	12	5,8		
ΣΥΝΟΛΟ	207	100,0		

ΠΙΝΑΚΑΣ 23. Κατανομή των απαντήσεων στη δήλωση ότι: «Τα διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης αποτελούν αιτία συγκρούσεων».

Όπως φαίνεται στον **Πίνακα 23**, το 38,5% δε θεωρεί ότι τα διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης αποτελούν αιτία συγκρούσεων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Πιο αναλυτικά, το 29,7% δηλώνει ότι σπανίως αποτελούν αιτία συγκρούσεων τα διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης και το 8,7% του δείγματος απορρίπτει τελείως αυτή την εκπαιδευτική ανομοιογένεια ως αιτία συγκρούσεων. Αντίθετα, το 28,7% (συχνά), το 20% (αρκετά συχνά) και το 12,8% (σχεδόν πάντα), πιστεύουν ότι αποτελεί αιτία συγκρούσεων η διαφορετική εκπαίδευση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Πιθανότατα, η άποψη ενός μεγάλου μέρους του δείγματος δικαιολογείται, γιατί η διαφορετική εκπαίδευση δημιουργεί δυσκολίες κατανόησης (χρήση διαφορετικής επαγγελματικής ορολογίας) και συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Στο **Γράφημα 20**, δίνεται έμφαση στην επικρατέστερη τάση του δείγματος (θετική απόκριση στη δήλωση).



ΓΡΑΦΗΜΑ 20. Κατανομή των απαντήσεων στη δήλωση ότι: «Τα διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης αποτελούν αιτία συγκρούσεων».

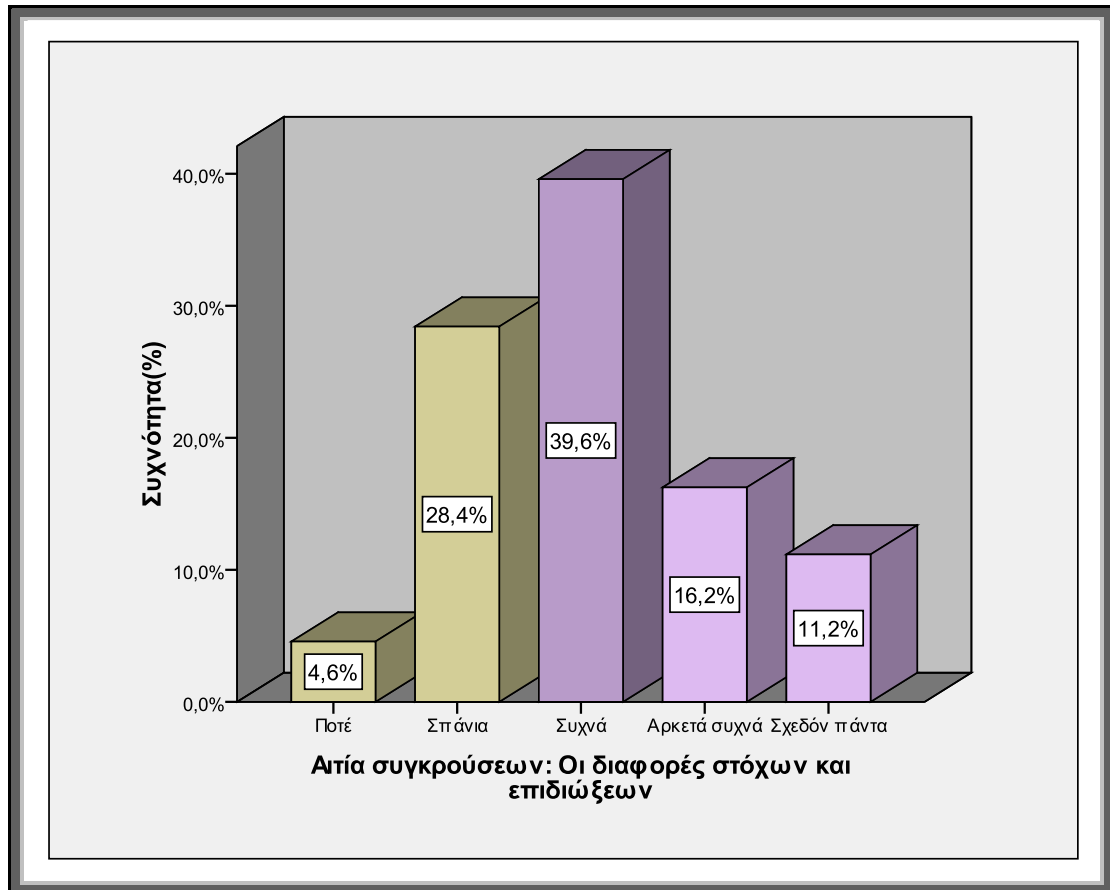
☞ Οι διαφορές στόχων και επιδιώξεων

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
Ποτέ	9	4,3	4,6	4,6
Σπάνια	56	27,1	28,4	33,0
Συχνά	78	37,7	39,6	72,6
Αρκετά συχνά	32	15,5	16,2	88,8
Σχεδόν πάντα	22	10,6	11,2	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	197	95,2	100,0	
Missing 99	10	4,8		
ΣΥΝΟΛΟ	207	100,0		

ΠΙΝΑΚΑΣ 24. Κατανομή των απαντήσεων στη δήλωση ότι: «Οι διαφορές στόχων και επιδιώξεων αποτελούν αιτία συγκρούσεων».

Όπως φαίνεται στον **Πίνακα 24**, το 33% του δείγματος δε θεωρεί ότι οι διαφορές στόχων και επιδιώξεων των επαγγελματιών υγείας αποτελούν αιτία συγκρούσεων (το 4,6% δήλωσε ποτέ και το 28,4% του δείγματος δήλωσε σπάνια). Αντίθετα, το 39,6% πιστεύει ότι συχνά, το 16,2% αρκετά συχνά, και το 11,2% σχεδόν πάντα, οι διαφορές στόχων και επιδιώξεων των επαγγελματιών υγείας αποτελούν αιτία για δημιουργία συγκρούσεων. Στο διαφορετικό προσανατολισμό των επαγγελματιών υγείας, αλλά και στη νοοτροπία της ελληνικής κοινωνίας, ίσως να οφείλονται οι διαφορές στόχων και επιδιώξεων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, που υποστηρίζεται και από την πλειοψηφία του δείγματος. Η διαφορετικότητα στους στόχους και στις επιδιώξεις, πιθανότατα μεταξύ ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, είναι αιτία σύγκρουσης για το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (67% συνολικά για τις τρεις κατηγορίες θετικών απαντήσεων).

Στο **Γράφημα 21**, φαίνεται η κατανομή των απαντήσεων στη δήλωση ότι: «Οι διαφορές στόχων και επιδιώξεων αποτελούν αιτία συγκρούσεων», με έμφαση στην επικρατέστερη τάση του δείγματος (θετική απόκριση στη δήλωση).



ΓΡΑΦΗΜΑ 21. Κατανομή των απαντήσεων στη δήλωση ότι: «Οι διαφορές στόχων και επιδιώξεων αποτελούν αιτία συγκρούσεων».

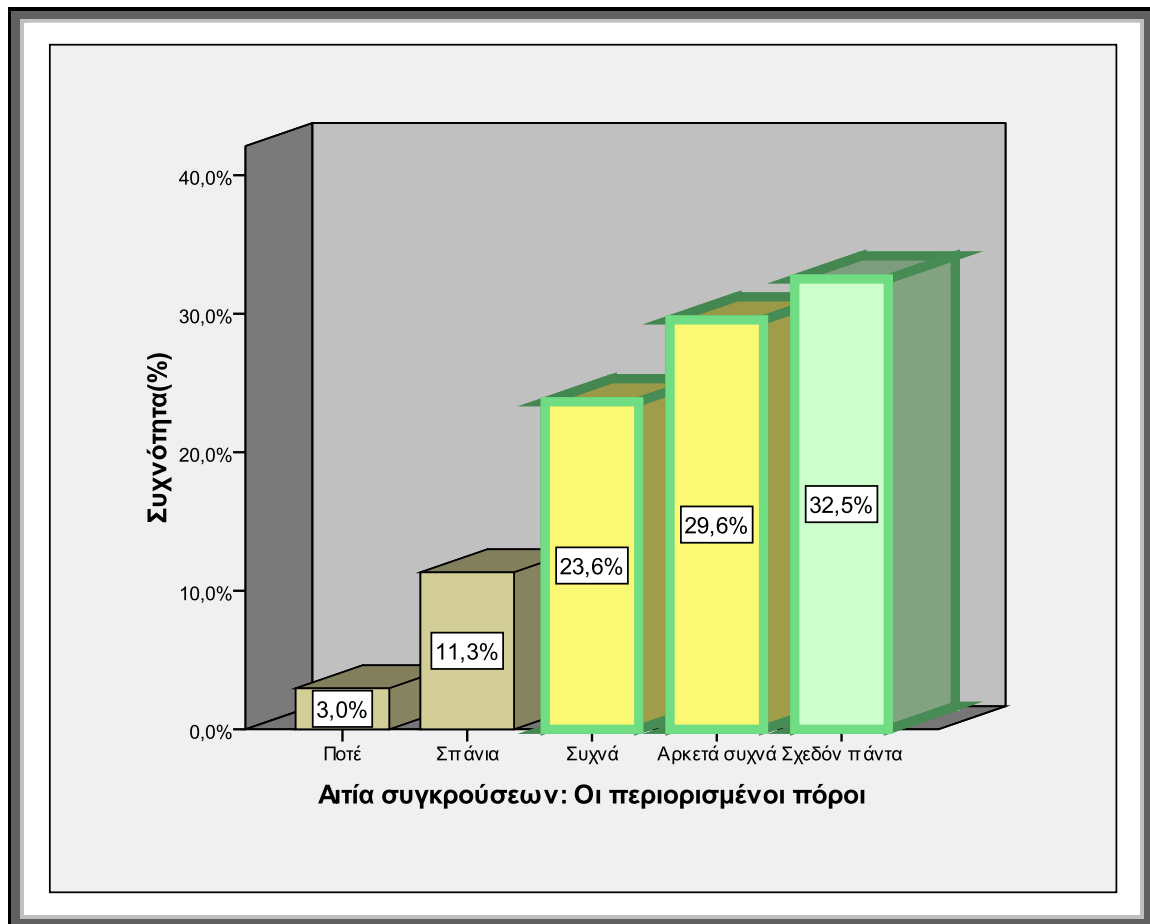
☞ Οι περιορισμένοι πόροι (έλλειψη προσωπικού, έλλειψη υλικών κ.λπ.)

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
Ποτέ	6	2,9	3,0	3,0
Σπάνια	23	11,1	11,3	14,3
Συχνά	48	23,2	23,6	37,9
Αρκετά συχνά	60	29,0	29,6	67,5
Σχεδόν πάντα	66	31,9	32,5	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	203	98,1	100,0	
Missing 99	4	1,9		
ΣΥΝΟΛΟ	207	100,0		

ΠΙΝΑΚΑΣ 25. Κατανομή των απαντήσεων στη δήλωση ότι: «Οι περιορισμένοι πόροι αποτελούν αιτία συγκρούσεων».

Όπως φαίνεται στον **Πίνακα 25**, το 14,3% του δείγματος δε θεωρεί ότι οι περιορισμένοι πόροι αποτελούν αιτία συγκρούσεων (3% του δείγματος δήλωσε ποτέ και 11,3% δήλωσε σπάνια). Αντίθετα, το 23,6% του δείγματος θεωρεί ότι συχνά οι περιορισμένοι πόροι είναι αιτία για να δημιουργηθούν συγκρούσεις, το 29,6% αρκετά συχνά και το 32,5% θεωρεί ότι σχεδόν πάντα συμβαίνουν συγκρούσεις σε τέτοιες δύσκολες καταστάσεις. Συνολικά δηλαδή, το 85,7% του δείγματος υποστήριξε ως αιτία συγκρούσεων, τον περιορισμό σε πόρους. Το πιο πιθανόν είναι ότι η μεγάλη έλλειψη σε νοσηλευτικό προσωπικό την τελευταία δεκαετία, αλλά και η έλλειψη υλικών και αναλωσίμων στα νοσοκομεία, ιδιαίτερα στην περίοδο κρίσης που διανύουμε, δικαιολογεί την επιλογή της συγκεκριμένης απάντησης από την πλειοψηφία των ερωτώμενων.

Στο **Γράφημα 22**, δίνεται έμφαση στην επικρατούσα απάντηση του δείγματος, που είναι ισχυρά θετική στη δήλωση και εκφράζεται με σχεδόν βεβαιότητα από το 32,5% του δείγματος.



ΓΡΑΦΗΜΑ 22. Κατανομή των απαντήσεων στη δήλωση ότι: «Οι περιορισμένοι πόροι αποτελούν αιτία συγκρούσεων».

☞ **Ο φόρτος εργασίας**

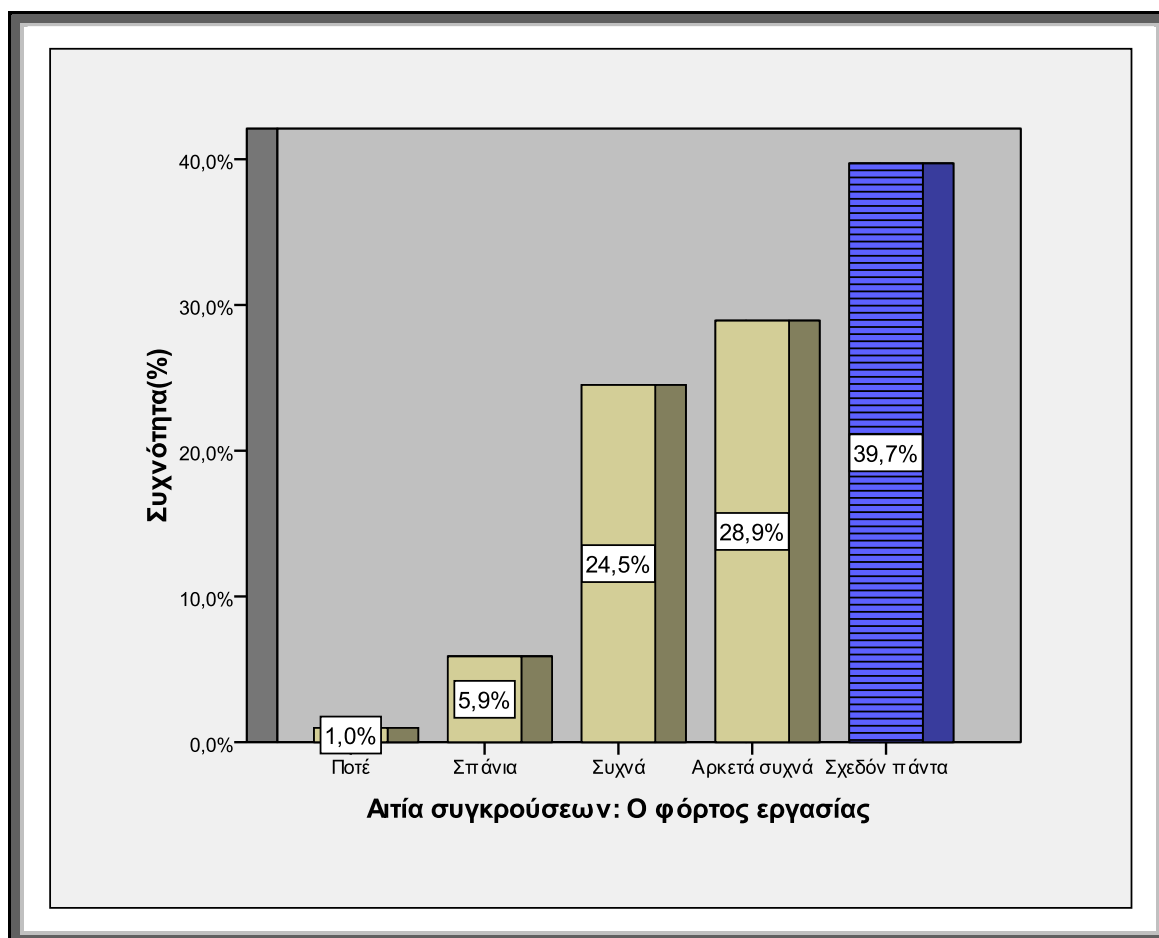
	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
Ποτέ	2	1,0	1,0	1,0
Σπάνια	12	5,8	5,9	6,9
Συχνά	50	24,2	24,5	31,4
Αρκετά συχνά	59	28,5	28,9	60,3
Σχεδόν πάντα	81	39,1	39,7	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	204	98,6	100,0	
Missing 99	3	1,4		
ΣΥΝΟΛΟ	207	100,0		

ΠΙΝΑΚΑΣ 26. Κατανομή των απαντήσεων στη δήλωση ότι: «Ο φόρτος εργασίας αποτελεί αιτία συγκρούσεων».

Όπως φαίνεται στον **Πίνακα 26**, το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος (39,7%), θεωρεί ότι σχεδόν πάντα, αυτό που οδηγεί σε συγκρούσεις τους επαγγελματίες υγείας είναι ο φόρτος εργασίας. Αν συνυπολογίσουμε και το 24,5% που απάντησε συχνά, αλλά και το 28,9% που απάντησε αρκετά συχνά, η παραπάνω άποψη ενισχύεται ακόμη περισσότερο. Αντίθετα, μόνο το 1% του δείγματος απέκλεισε το φόρτο εργασίας ως αιτία συγκρούσεων και το 5,9% θεωρεί ότι σπάνια μπορεί να γίνει αιτία δημιουργίας συγκρούσεων.

Ως ένα βαθμό, ο φόρτος εργασίας συνδέεται και με την έλλειψη προσωπικού που προαναφέρθηκε. Γιατί, όταν μειώνονται οι συντελεστές εργασίας - στην προκειμένη περίπτωση το νοσηλευτικό προσωπικό - και οι απαιτήσεις για παροχή υπηρεσιών υγείας μένουν ίδιες ή και αυξάνονται, τότε είναι φυσικό να δημιουργούνται συγκρούσεις μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, αλλά και μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών. Αυτό επιβεβαιώνει και η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος, μέσα από τις απαντήσεις της, όπως φαίνεται στο **Γράφημα 23**, στο οποίο δίνεται έμφαση στην

επικρατούσα άποψη του δείγματος που είναι ισχυρά θετική στην παραπάνω δήλωση και εκφράζεται με σχεδόν βεβαιότητα από το 39,7% του δείγματος.



ΓΡΑΦΗΜΑ 23. Κατανομή των απαντήσεων στη δήλωση ότι: «Ο φόρτος εργασίας αποτελεί αιτία συγκρούσεων».

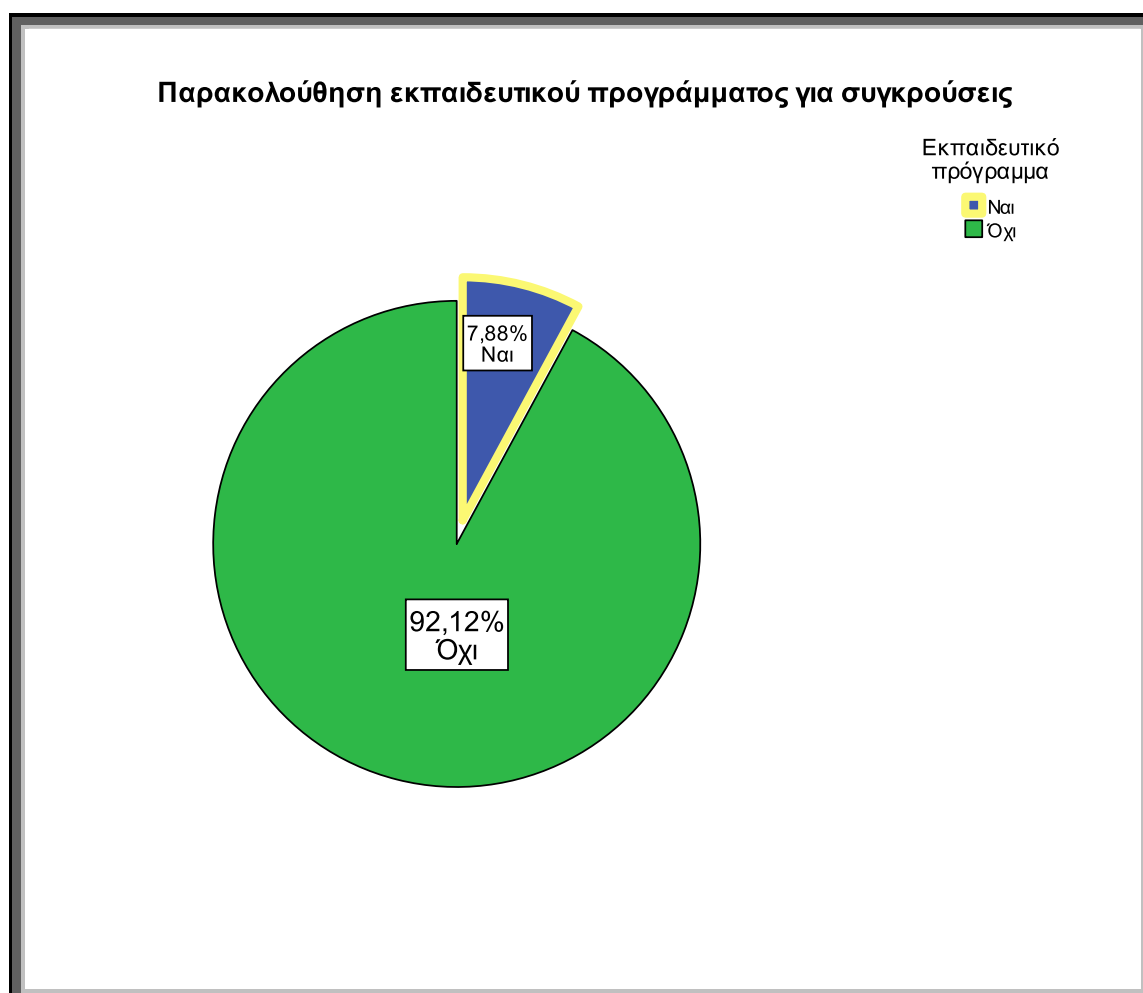
ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΜΕΣΟΛΑΒΗΣΗ Ή ΤΙΣ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΙΣ

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
Ναι	16	7,7	7,9	7,9
Όχι	187	90,3	92,1	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	203	98,1	100,0	

Missing 99	4	1,9		
ΣΥΝΟΛΟ	207	100,0		

ΠΙΝΑΚΑΣ 27. Κατανομή του δείγματος ως προς την παρακολούθηση εκπαιδευτικού προγράμματος σχετικά με τη μεσολάβηση ή τις συγκρούσεις.

Όπως φαίνεται στον **Πίνακα 27**, το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος (92,1%) δεν έχει παρακολουθήσει κάποιο εκπαιδευτικό πρόγραμμα σχετικά με τη μεσολάβηση ή τις συγκρούσεις και μόνο το 7,9% έχει εκπαιδευτεί στο συγκεκριμένο γνωστικό αντικείμενο. Στο **Γράφημα 24**, φαίνεται πως κατανέμεται το δείγμα, ανάλογα με την παρακολούθηση ή μη κάποιου συγκεκριμένου εκπαιδευτικού προγράμματος σχετικά με τη μεσολάβηση ή τις συγκρούσεις.



ΓΡΑΦΗΜΑ 24. Κατανομή του δείγματος ως προς την παρακολούθηση εκπαιδευτικού προγράμματος σχετικά με τη μεσολάβηση ή τις συγκρούσεις.

ΦΟΡΕΙΣ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΣΟΛΑΒΗΣΗ ΚΑΙ ΤΙΣ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΙΣ.

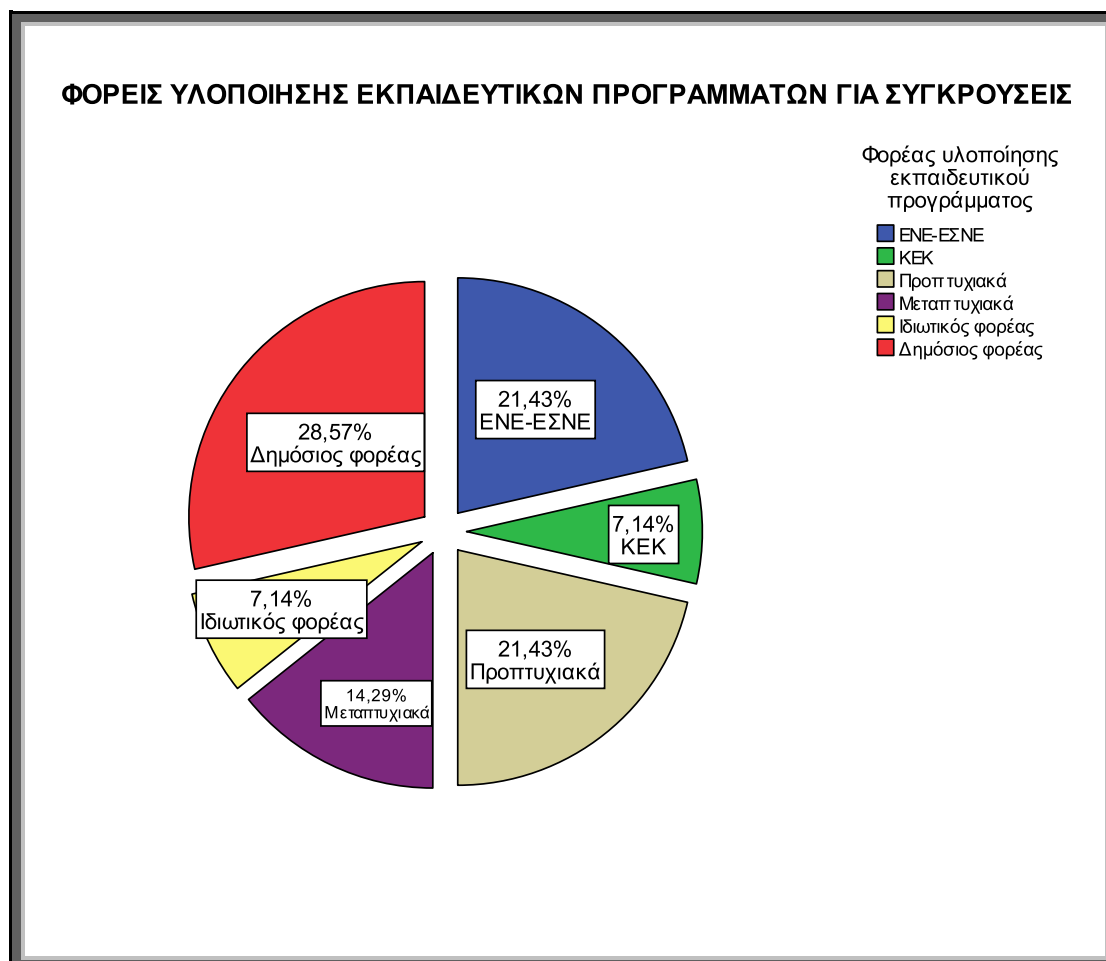
Από αυτούς που απάντησαν ότι παρακολούθησαν κάποιο εκπαιδευτικό πρόγραμμα σχετικά με τη μεσολάβηση ή τις συγκρούσεις, δηλαδή 16 άτομα (7,9%), τους ζητήθηκε να καταγράψουν το φορέα υλοποίησης του εκπαιδευτικού προγράμματος που παρακολούθησαν (σε ανοικτού τύπου ερώτηση, όπου τα δεδομένα στη συνέχεια ομαδοποιήθηκαν και κωδικοποιήθηκαν για ανάλυση). Ο Δημόσιος φορέας (Ινστιτούτο Επιμόρφωσης Ενηλίκων, Ίδρυμα Διαρκούς Εκπαίδευσης Ενηλίκων και Γραφεία Εκπαίδευσης Δημόσιων Νοσοκομείων) φαίνεται να είναι ο φορέας, στον οποίο έχει παρακολουθήσει το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος (28,6%) ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα για συγκρούσεις και μεσολάβηση. Οι αμέσως επόμενοι σε συχνότητα φορείς είναι η Ε.Ν.Ε (Ενωση Νοσηλευτών Ελλάδας) και ο Ε.Σ.Ν.Ε. (Εθνικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών Ελλάδας) με αρκετά μεγάλο ποσοστό (21,4%) καθώς και τα προπτυχιακά προγράμματα των εκπαιδευτικών φορέων της νοσηλευτικής επιστήμης, δηλαδή του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (Ε.Κ.Π.Α.) και των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων (Τ.Ε.Ι.) με ποσοστό 21,4%. Τα Κέντρα Επαγγελματικής Κατάρτισης (Κ.Ε.Κ.), που μπορεί να είναι δημόσια ή ιδιωτικά, αναφέρονται επίσης, από το 7,1% του δείγματος, ως φορείς υλοποίησης ειδικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων για συγκρούσεις και μεσολάβηση.

Στον **Πίνακα 28**, φαίνονται αναλυτικά οι απαντήσεις που δόθηκαν από τα 14 άτομα, που αποτελούν το 6,8% του συνόλου του δείγματος (207 άτομα), εφόσον τα δύο άτομα δεν απάντησαν (missing values=2). Στο **Γράφημα 25**, φαίνονται οι φορείς υλοποίησης των συγκεκριμένων εκπαιδευτικών προγραμμάτων, σύμφωνα με τις απαντήσεις που δόθηκαν.

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
ΕΝΕ-ΕΣΝΕ	3	1,4	21,4	21,4
ΚΕΚ	1	,5	7,1	28,6
Προπτυχιακά	3	1,4	21,4	50,0
Μεταπτυχιακά	2	1,0	14,3	64,3
Ιδιωτικός φορέας	1	,5	7,1	71,4

Δημόσιος φορέας	4	1,9	28,6	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	14	6,8	100,0	
Missing 99	2	1,0		
System	191	92,3		
ΣΥΝΟΛΟ	193	93,2		
ΣΥΝΟΛΟ	207	100,0		

ΠΙΝΑΚΑΣ 28. Φορείς υλοποίησης των εκπαιδευτικών προγραμμάτων για τη μεσολάβηση και τις συγκρούσεις.



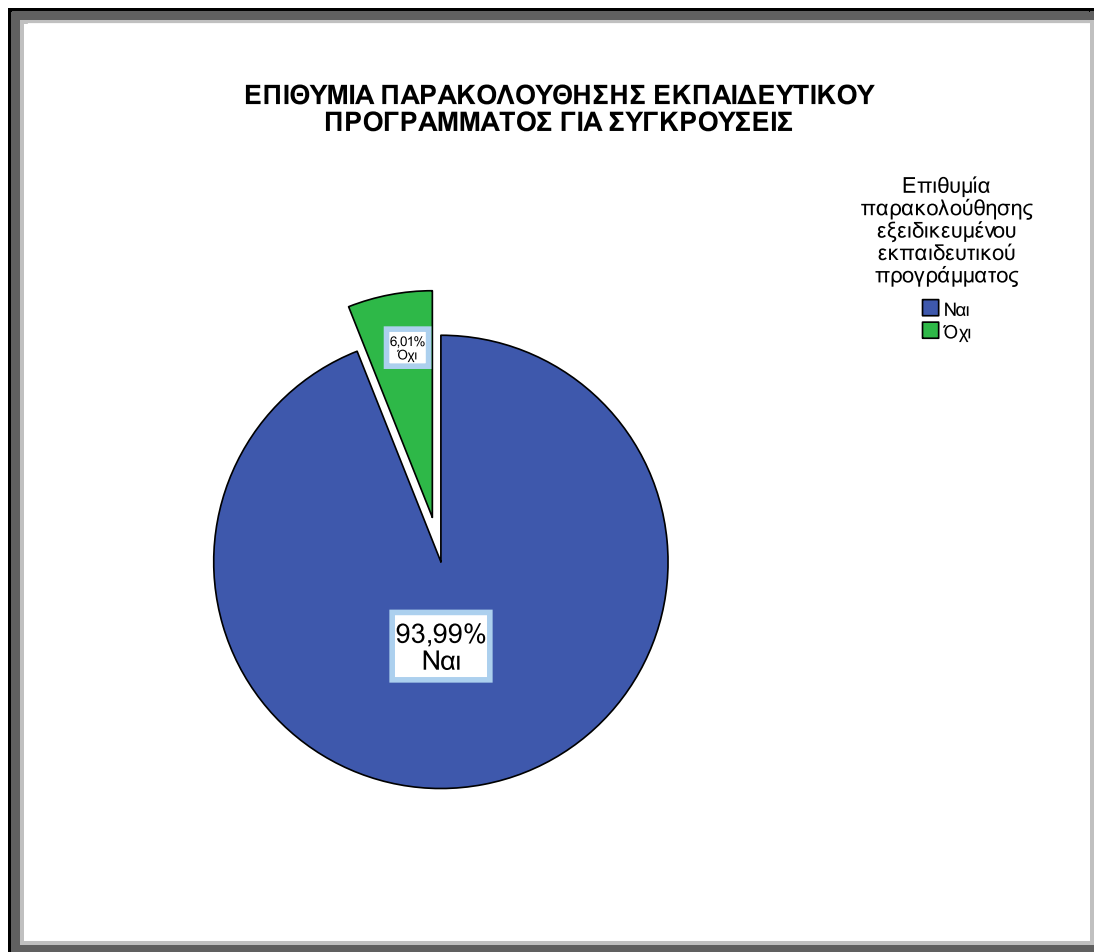
ΓΡΑΦΗΜΑ 25. Φορείς υλοποίησης των εκπαιδευτικών προγραμμάτων για τη μεσολάβηση και τις συγκρούσεις.

ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
Ναι	172	83,1	94,0	94,0
Όχι	11	5,3	6,0	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	183	88,4	100,0	
Missing 99	4	1,9		
System	20	9,7		
ΣΥΝΟΛΟ	24	11,6		
ΣΥΝΟΛΟ	207	100,0		

ΠΙΝΑΚΑΣ 29. *Επιθυμία παρακολούθησης εξειδικευμένου εκπαιδευτικού προγράμματος.*

Όπως φαίνεται στον **Πίνακα 29**, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (94%) επιθυμεί να παρακολουθήσει εξειδικευμένο εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τη μεσολάβηση και τις συγκρούσεις στο χώρο εργασίας του. Αντίθετα το 6%, ούτε έχει παρακολουθήσει, αλλά ούτε και επιθυμεί να παρακολουθήσει στο μέλλον, σχετικά με τις συγκρούσεις εκπαιδευτικά προγράμματα. Στο **Γράφημα 26**, φαίνεται η κατανομή των απαντήσεων και δίνεται έμφαση στην άποψη της μειοψηφίας του δείγματος.



ΓΡΑΦΗΜΑ 26. *Επιθυμία παρακολούθησης εξειδικευμένου εκπαιδευτικού προγράμματος.*

ΕΜΠΛΕΚΟΜΕΝΑ ΜΕΡΗ

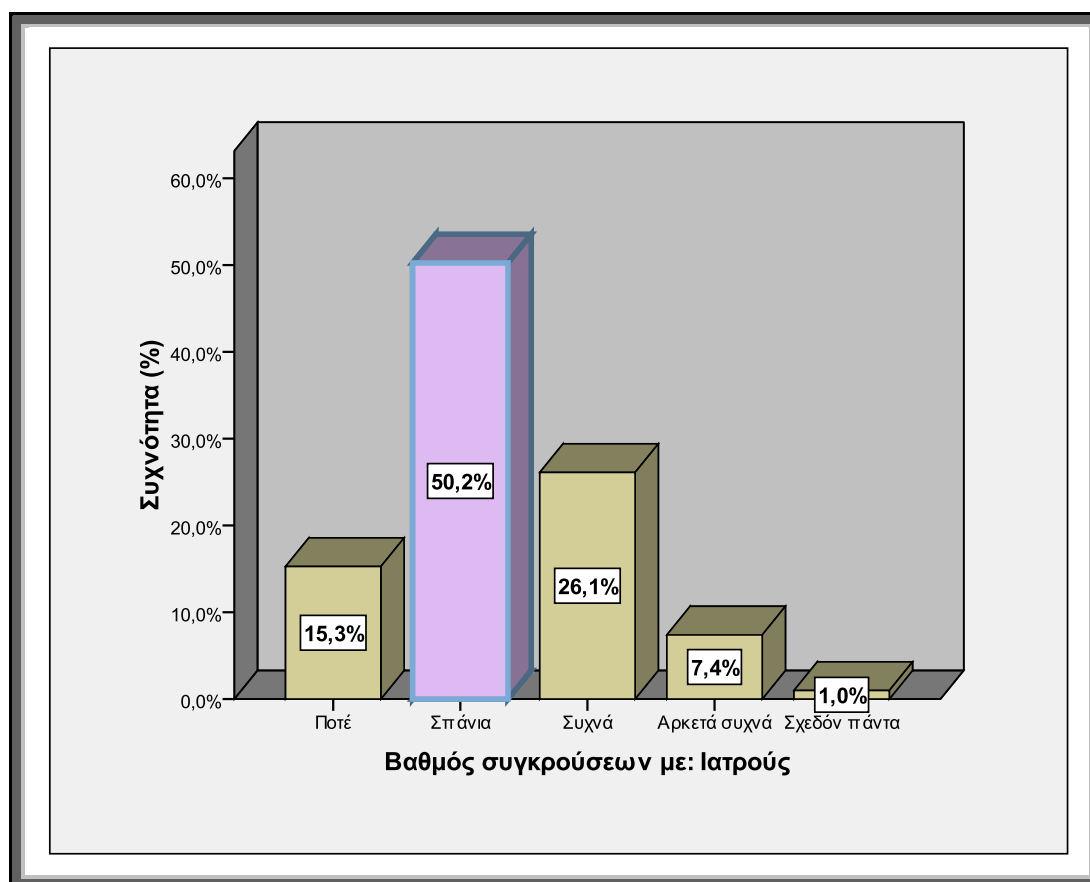
☛ **Βαθμός συγκρούσεων του νοσηλευτικού προσωπικού με: Ιατρούς**

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
Ποτέ	31	15,0	15,3	15,3
Σπάνια	102	49,3	50,2	65,5
Συχνά	53	25,6	26,1	91,6
Αρκετά συχνά	15	7,2	7,4	99,0
Σχεδόν πάντα	2	1,0	1,0	100,0

ΣΥΝΟΛΟ	203	98,1	100,0	
Missing 99	4	1,9		
ΣΥΝΟΛΟ	207	100,0		

ΠΙΝΑΚΑΣ 30. Βαθμός συγκρούσεων του νοσηλευτικού προσωπικού με: Ιατρούς.

Όπως φαίνεται στον **Πίνακα 30**, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (65,5%) αναφέρουν ότι σπάνια (50,2%) ή ποτέ (15,3%) δεν εμπλέκονται σε συγκρούσεις με τους ιατρούς. Αντίθετα, το ένα τέταρτο περίπου του δείγματος (26,1%) αναφέρει ότι υπάρχουν συχνά συγκρούσεις με τους ιατρούς, το 7,4% αρκετά συχνά και μόλις το 1% σχεδόν πάντα. Η επικρατούσα άποψη του δείγματος (50,2%), που αναφέρει σπάνια συγκρούσεις με τους ιατρούς, ίσως και να οφείλεται στην ευρύτερη κατανόηση από μέρους των ιατρών, της επιστημονικής συμβολής των νοσηλευτών στη βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας και της καλύτερης συνεργασίας τους στα πλαίσια της διεπιστημονικής ομάδας υγείας. Στο **Γράφημα 27**, φαίνεται η κατανομή του βαθμού συγκρούσεων του νοσηλευτικού προσωπικού με τους ιατρούς, δίνοντας έμφαση στην επικρατούσα άποψη του δείγματος.



ΓΡΑΦΗΜΑ 27. Βαθμός συγκρούσεων του νοσηλευτικού προσωπικού με: Ιατρούς.

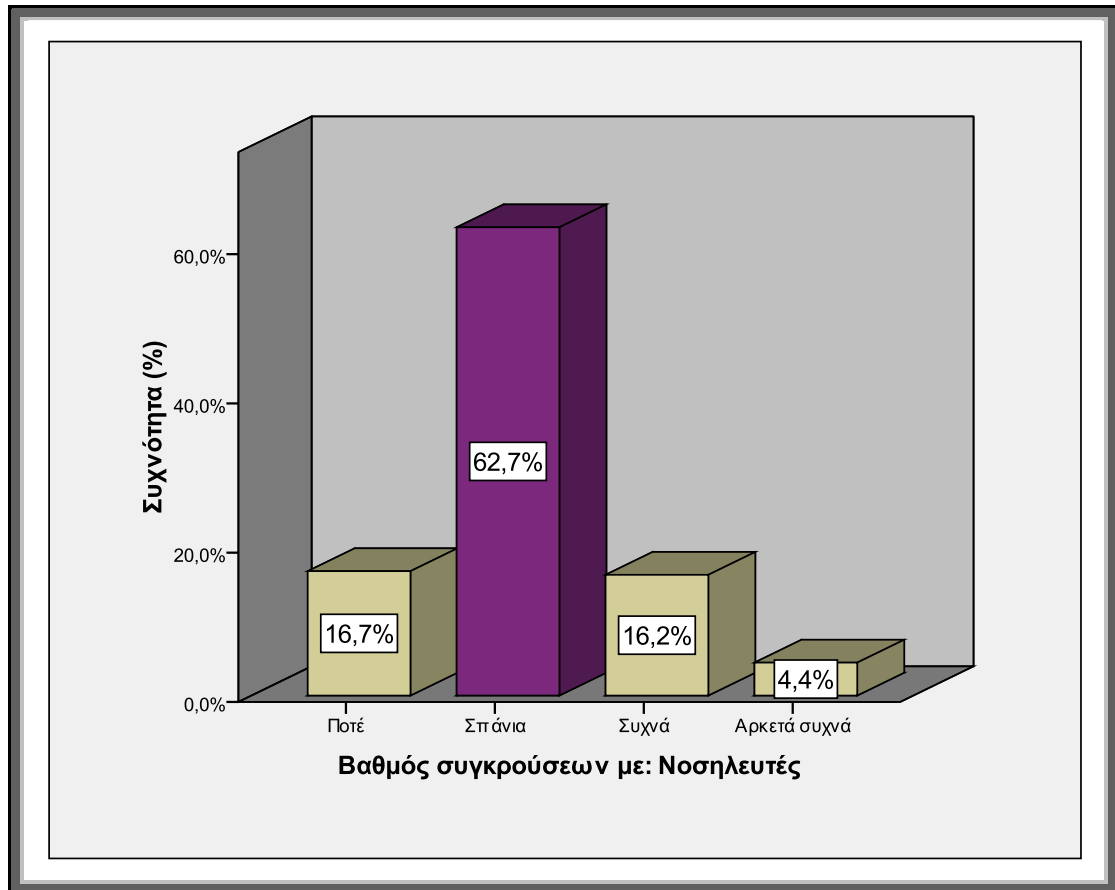
☞ **Βαθμός συγκρούσεων του νοσηλευτικού προσωπικού με: Νοσηλευτές**
(ενδοεπαγγελματική σύγκρουση)

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
Ποτέ	34	16,4	16,7	16,7
Σπάνια	128	61,8	62,7	79,4
Συχνά	33	15,9	16,2	95,6
Αρκετά συχνά	9	4,3	4,4	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	204	98,6	100,0	
Missing 99	3	1,4		
ΣΥΝΟΛΟ	207	100,0		

ΠΙΝΑΚΑΣ 31. Βαθμός συγκρούσεων του νοσηλευτικού προσωπικού με: Νοσηλευτές

Όπως φαίνεται στον **Πίνακα 31**, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (79,4%) αναφέρει ότι σπάνια (62,7%) ή ποτέ (16,7%) δεν εμπλέκεται σε συγκρούσεις με νοσηλευτές. Αντίθετα, το 20,6% του δείγματος αναφέρει ότι υπάρχουν συχνά (16,2%) ή αρκετά συχνά (4,4%) συγκρούσεις με νοσηλευτές.

Η επικρατούσα άποψη, στην οποία δίνει έμφαση το **Γράφημα 28**, δείχνει ότι σπάνια εμπλέκονται σε ενδοεπαγγελματικές συγκρούσεις οι νοσηλευτές και αυτό ίσως οφείλεται στο γεγονός ότι η μεγάλη έλλειψη προσωπικού, που υπάρχει τα τελευταία χρόνια σε αυτόν τον επαγγελματικό κλάδο, έχει αυξήσει τον συνδετικό ιστό και την αλληλεγγύη των νοσηλευτών, προκειμένου να ισχυροποιηθεί η δύναμή τους και να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις των ρόλων τους. Να σημειωθεί, ότι η επιλογή «σχεδόν πάντα» δεν αναφέρεται στον **Πίνακα 31** (στην πρώτη στήλη), γιατί δεν απαντήθηκε από κανέναν. Με αυτόν τον τρόπο, ενισχύεται ακόμη περισσότερο η επικρατούσα άποψη που υποστηρίζει ότι υπάρχουν ελάχιστες ενδοεπαγγελματικές συγκρούσεις στο νοσηλευτικό προσωπικό.



ΓΡΑΦΗΜΑ 28. Βαθμός συγκρούσεων του νοσηλευτικού προσωπικού με: Νοσηλευτές.

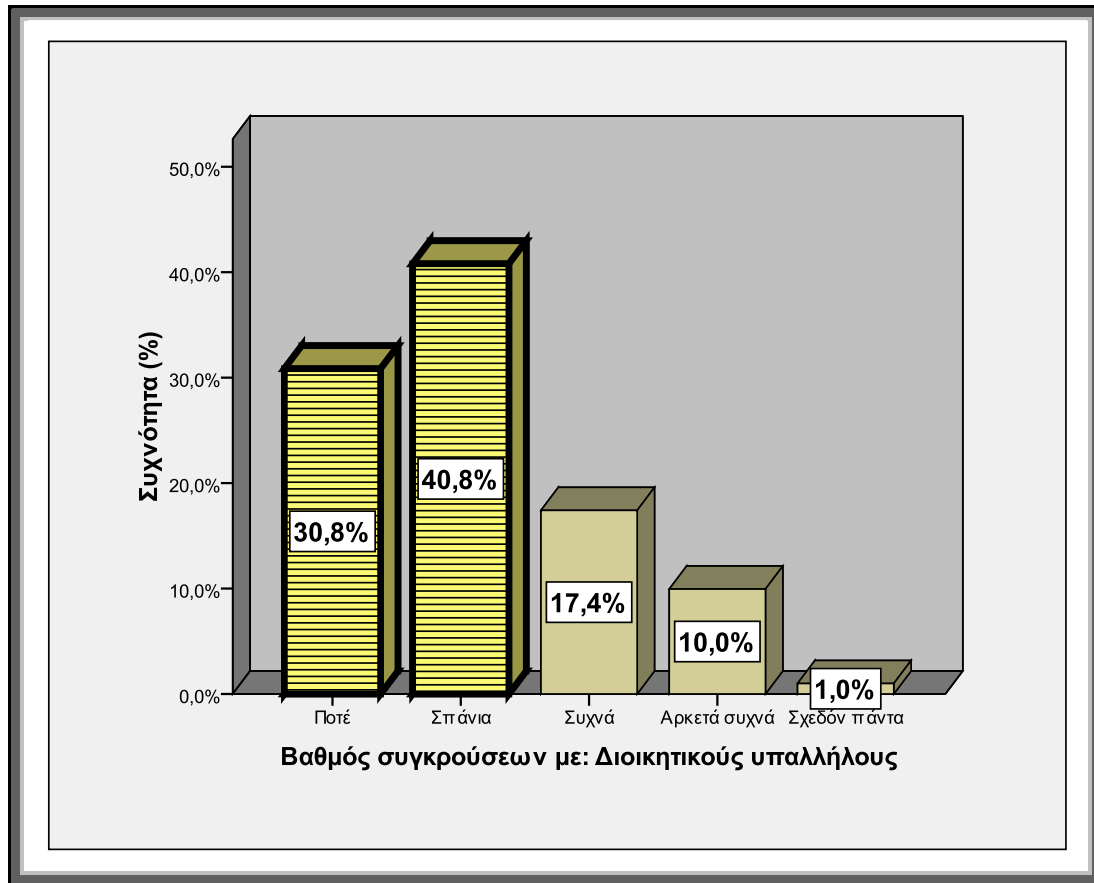
☞ Βαθμός συγκρούσεων του νοσηλευτικού προσωπικού με: Διοικητικούς υπαλλήλους

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
Ποτέ	62	30,0	30,8	30,8
Σπάνια	82	39,6	40,8	71,6
Συχνά	35	16,9	17,4	89,1
Αρκετά συχνά	20	9,7	10,0	99,0
Σχεδόν πάντα	2	1,0	1,0	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	201	97,1	100,0	
Missing 99	6	2,9		
ΣΥΝΟΛΟ	207	100,0		

ΠΙΝΑΚΑΣ 32. *Βαθμός συγκρούσεων του νοσηλευτικού προσωπικού με: Διοικητικούς υπαλλήλους*

Όπως φαίνεται στον **Πίνακα 32**, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (71,6%) αναφέρει ότι σπάνια (40,8%) ή ποτέ (30,8%) δεν εμπλέκεται σε συγκρούσεις με τους διοικητικούς υπαλλήλους. Αντίθετα, το 28,4% του δείγματος αναφέρει ότι υπάρχουν συχνά (17,4%) ή αρκετά συχνά (10%) ή σχεδόν πάντα (1%) συγκρούσεις με τους διοικητικούς υπαλλήλους. Ο μικρός βαθμός συγκρούσεων του νοσηλευτικού προσωπικού με τους διοικητικούς υπαλλήλους, που αποτελεί εύρημα της παρούσας έρευνας, επεξηγείται από το γεγονός ότι υπάρχει μικρή συχνότητα επαφών και συνεργασίας μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού και των διοικητικών υπαλλήλων. Γιατί σχετικά με τις διαδικασίες που διεκπεραιώνουν οι διοικητικοί υπάλληλοι (για παράδειγμα εισιτήρια – εξιτήρια), συνεργάζονται κυρίως με τους ιατρούς. Επίσης, η αλληλεξάρτησή του νοσηλευτικού προσωπικού με τους διοικητικούς υπαλλήλους, σε γενικότερο πλαίσιο, είναι αρκετά ασθενής, σχετικά με την επίτευξη κοινών επαγγελματικών στόχων.

Στο **Γράφημα 29**, φαίνεται η κατανομή του βαθμού συγκρούσεων του νοσηλευτικού προσωπικού με τους διοικητικούς υπαλλήλους, με έμφαση στην επικρατούσα άποψη του δείγματος, που είναι αρνητική ως προς την ύπαρξη συγκρούσεων μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού και των διοικητικών υπαλλήλων.



ΓΡΑΦΗΜΑ 29. Βαθμός συγκρούσεων του νοσηλευτικού προσωπικού με Διοικητικούς υπαλλήλους

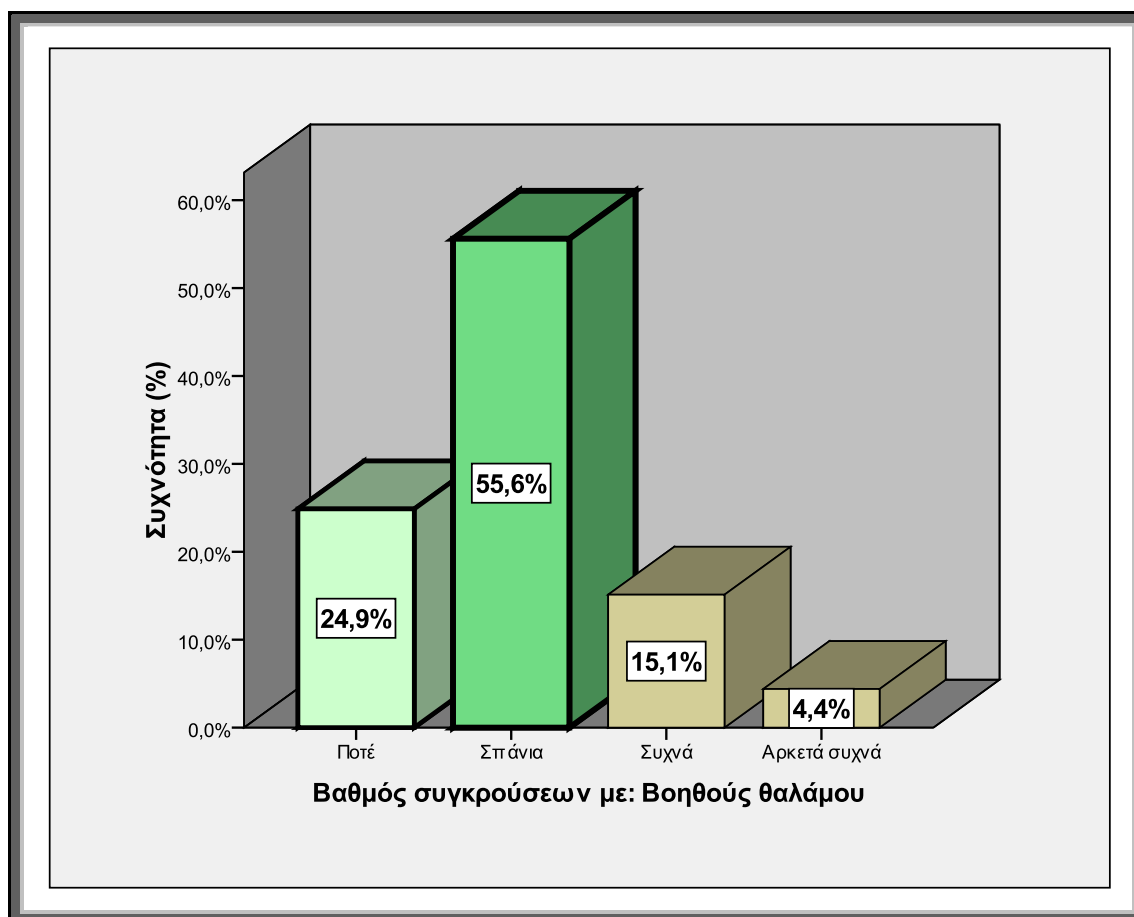
☛ **Βαθμός συγκρούσεων του νοσηλευτικού προσωπικού με: Βοηθούς θαλάμου**

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
Ποτέ	51	24,6	24,9	24,9
Σπάνια	114	55,1	55,6	80,5
Συχνά	31	15,0	15,1	95,6
Αρκετά συχνά	9	4,3	4,4	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	205	99,0	100,0	
Missing 99	2	1,0		
ΣΥΝΟΛΟ	207	100,0		

ΠΙΝΑΚΑΣ 33. Βαθμός συγκρούσεων του νοσηλευτικού προσωπικού με: Βοηθούς θαλάμου.

Όπως φαίνεται στον **Πίνακα 33**, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (80,5%) αναφέρει ότι σπάνια (55,6%) ή ποτέ (24,9%) δεν εμπλέκεται σε συγκρούσεις με τους βοηθούς θαλάμου. Αντίθετα, το 19,5% του δείγματος αναφέρει ότι υπάρχουν συχνά (15,1%) ή αρκετά συχνά (4,4%) συγκρούσεις με τους βοηθούς θαλάμου. Είναι γεγονός, ότι οι συγκρούσεις θα αναμένονταν και περισσότερες, λόγω του ότι είναι λίγα άτομα αριθμητικά στο χώρο του νοσοκομείου για να καλύψουν τις ανάγκες, τόσων πολλών τμημάτων και ειδικών μονάδων, σε βοηθητικές εργασίες. Να σημειωθεί, ότι η επιλογή «σχεδόν πάντα» δεν αναφέρεται στον Πίνακα 30 (στην πρώτη στήλη), γιατί δεν απαντήθηκε από κανέναν. Με αυτόν τον τρόπο, ενισχύεται ακόμη περισσότερο η επικρατούσα άποψη για ελάχιστες συγκρούσεις ανάμεσα στο νοσηλευτικό προσωπικό και τους βοηθούς θαλάμου.

Στο **Γράφημα 30**, φαίνεται ο βαθμός συγκρούσεων του νοσηλευτικού προσωπικού με τους βοηθούς θαλάμου, με έμφαση στην επικρατούσα άποψη του δείγματος, που είναι αρνητική ως προς την ύπαρξη συγκρούσεων μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού και βοηθών θαλάμων.



ΓΡΑΦΗΜΑ 30. Βαθμός συγκρούσεων του νοσηλευτικού προσωπικού με: Βοηθούς θαλάμου

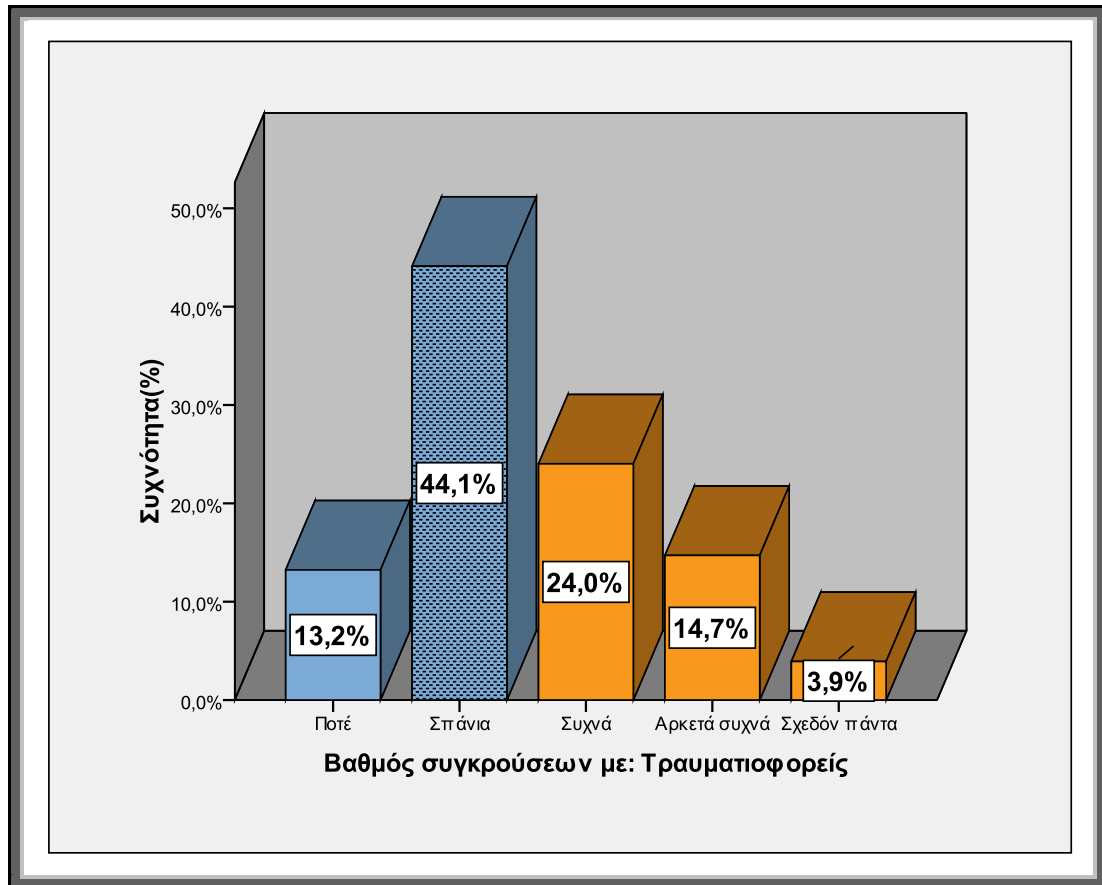
☞ Βαθμός συγκρούσεων νοσηλευτικού προσωπικού με: Τραυματιοφορείς

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
Ποτέ	27	13,0	13,2	13,2
Σπάνια	90	43,5	44,1	57,4
Συχνά	49	23,7	24,0	81,4
Αρκετά συχνά	30	14,5	14,7	96,1
Σχεδόν πάντα	8	3,9	3,9	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	204	98,6	100,0	
Missing 99	3	1,4		
ΣΥΝΟΛΟ	207	100,0		

ΠΙΝΑΚΑΣ 34. Βαθμός συγκρούσεων του νοσηλευτικού προσωπικού με:
Τραυματιοφορείς

Όπως φαίνεται στον **Πίνακα 34**, λίγο περισσότεροι από τους μισούς (57,4%) αναφέρουν ότι οι συγκρούσεις με τους τραυματιοφορείς είναι σχεδόν ανύπαρκτες. Πιο αναλυτικά, υποστηρίζουν ότι σπάνια (44,1%) εμπλέκονται σε συγκρούσεις με τους τραυματιοφορείς ή ποτέ (13,2%). Αντίθετα, το 24% του δείγματος, αναφέρει ότι υπάρχουν συγκρούσεις με τους τραυματιοφορείς, συχνά (15,1%), αρκετά συχνά (14,7%) ή σχεδόν πάντα (3,9%).

Στο **Γράφημα 31**, φαίνεται ότι οι απαντήσεις σχετικά με το βαθμό συγκρούσεων του νοσηλευτικού προσωπικού με τους τραυματιοφορείς είναι σχεδόν μοιρασμένες στη μέση, μεταξύ αρνητικών και θετικών απόψεων (μπλε ράβδοι - πορτοκαλί ράβδοι). Βέβαια, η επικρατούσα άποψη του δείγματος (44,1%) στην οποία δίνει έμφαση το Γράφημα 31, συνίσταται στο ότι σπάνια συμβαίνουν συγκρούσεις του νοσηλευτικού προσωπικού με τους τραυματιοφορείς (μπλε στήλη με γραμμώσεις).



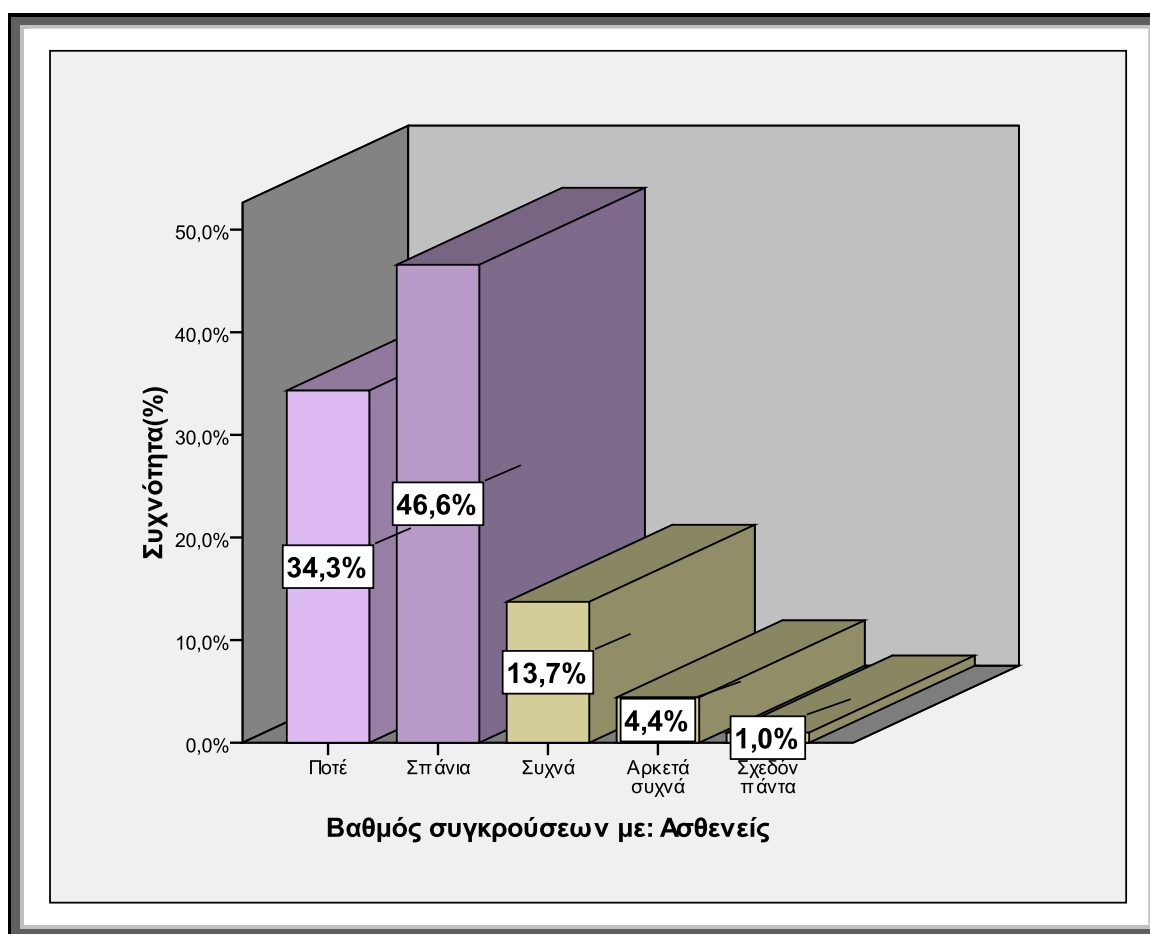
ΓΡΑΦΗΜΑ 31. Βαθμός συγκρούσεων νοσηλευτικού προσωπικού με: Τραυματιοφορείς.

☞ **Βαθμός συγκρούσεων του νοσηλευτικού προσωπικού με: Ασθενείς**

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
Ποτέ	70	33,8	34,3	34,3
Σπάνια	95	45,9	46,6	80,9
Συχνά	28	13,5	13,7	94,6
Αρκετά συχνά	9	4,3	4,4	99,0
Σχεδόν πάντα	2	1,0	1,0	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	204	98,6	100,0	
Missing 99	3	1,4		
ΣΥΝΟΛΟ	207	100,0		

ΠΙΝΑΚΑΣ 35. Βαθμός συγκρούσεων του νοσηλευτικού προσωπικού με: Ασθενείς.

Όπως φαίνεται στον **Πίνακα 35**, το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος (80,9%) έχει σπάνια (46,6%) ή ποτέ (34,3%) συγκρούσεις με τους ασθενείς. Το υπόλοιπο μέρος του δείγματος (19,1%) αναφέρει ότι έχει συγκρούσεις με τους ασθενείς συχνά (13,7%), αρκετά συχνά (4,4%) και μόνο το 1% αναφέρει σχεδόν πάντα. Είναι γεγονός, ότι το νοσηλευτικό προσωπικό χαρακτηρίζεται ιδιαίτερα για τη στοργή και την αγάπη με την οποία περιβάλλει τους ασθενείς (εξάλλου το επιλέγουν ως επάγγελμα, άτομα που είναι κοινωνικοί – ερευνητικοί – ρεαλιστικοί τύποι, κατά την τυπολογία Holland)(Garman et al 2006). Παράλληλα όμως, το νοσηλευτικό προσωπικό, ως επαγγελματίες υγείας, είναι εκείνοι που έρχονται περισσότερο σε επαφή (σε συχνότητα και διάρκεια) με τους ασθενείς και επομένως είναι αναμενόμενο να υπάρχει αυξημένη πιθανότητα συγκρούσεων μεταξύ τους. Υπέρ αυτής της άποψης, τάσσεται και το 19,1% συνολικά (κίτρινοι ράβδοι στο **Γράφημα 32**). Επίσης, στο Γράφημα 32 δίνεται έμφαση στην άποψη της πλειοψηφίας του δείγματος, που είναι αρνητική ως προς την ύπαρξη συγκρούσεων με τους ασθενείς (μωβ ράβδοι).



ΓΡΑΦΗΜΑ 32. Βαθμός συγκρούσεων του νοσηλευτικού προσωπικού με: Ασθενείς.

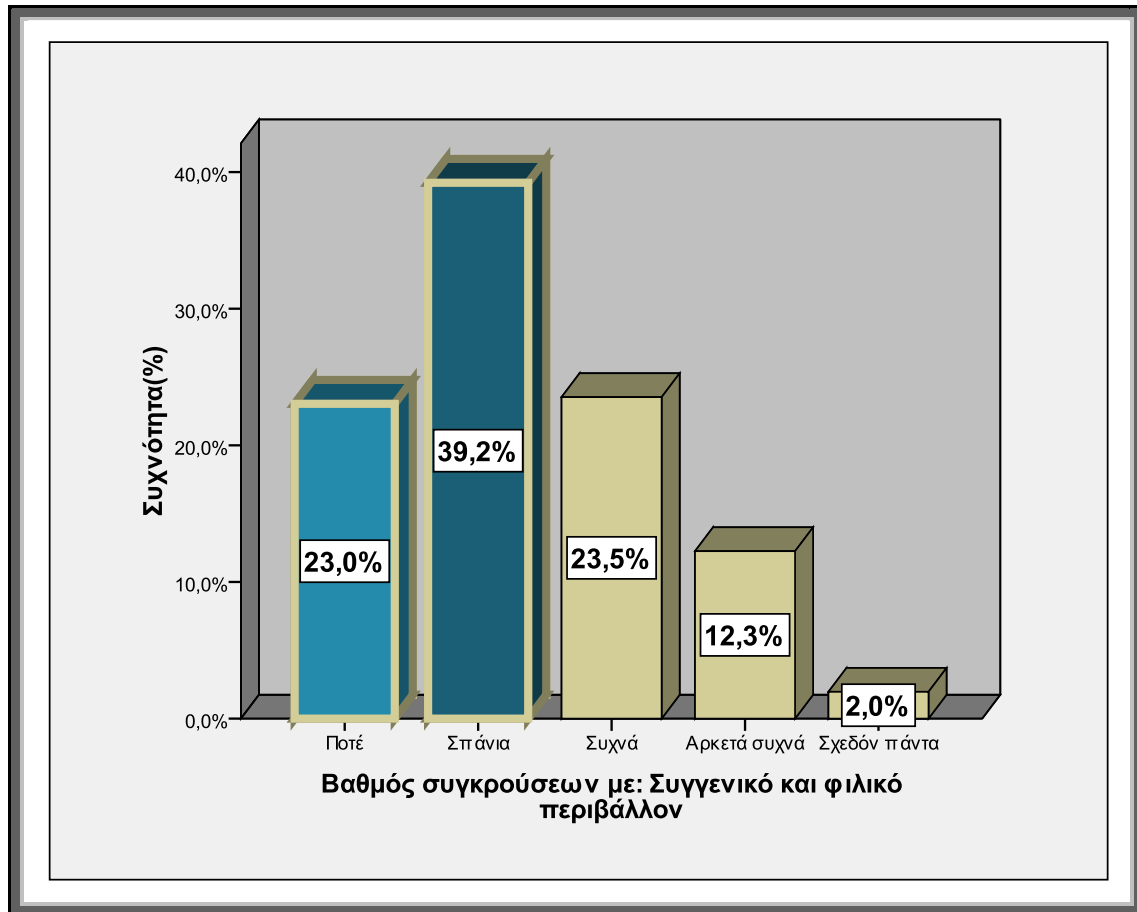
☞ **Βαθμός συγκρούσεων του νοσηλευτικού προσωπικού με: Συγγενικό και φιλικό περιβάλλον**

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
Ποτέ	47	22,7	23,0	23,0
Σπάνια	80	38,6	39,2	62,3
Συχνά	48	23,2	23,5	85,8
Αρκετά συχνά	25	12,1	12,3	98,0
Σχεδόν πάντα	4	1,9	2,0	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	204	98,6	100,0	
Missing 99	3	1,4		
ΣΥΝΟΛΟ	207	100,0		

ΠΙΝΑΚΑΣ 36. Βαθμός συγκρούσεων του νοσηλευτικού προσωπικού με: Συγγενικό και φιλικό περιβάλλον

Όπως φαίνεται στον **Πίνακα 36**, η επικρατούσα άποψη (39,2%) του δείγματος υποστηρίζει ότι σπάνια γίνονται συγκρούσεις με το συγγενικό και φιλικό περιβάλλον του ασθενούς και περίπου το ένα τέταρτο αυτών που απάντησαν (23%) αποκλείουν το ενδεχόμενο σύγκρουσης με το συγγενικό και φιλικό περιβάλλον του ασθενούς. Αντίθετα, το ένα τέταρτο περίπου (23,5%), απάντησε ότι έρχεται συχνά σε σύγκρουση με το συγγενικό και φιλικό περιβάλλον του ασθενούς, το 12,3% αρκετά συχνά και το 2% σχεδόν πάντα.

Στο **Γράφημα 33**, δίνεται έμφαση στην άποψη της πλειοψηφίας του δείγματος, που είναι αρνητική σχετικά με την ύπαρξη συγκρούσεων μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού και συγγενικού και φιλικού περιβάλλοντος του ασθενούς (μπλε ράβδοι).



ΓΡΑΦΗΜΑ 33. Βαθμός συγκρούσεων του νοσηλευτικού προσωπικού με: Συγγενικό και φιλικό περιβάλλον

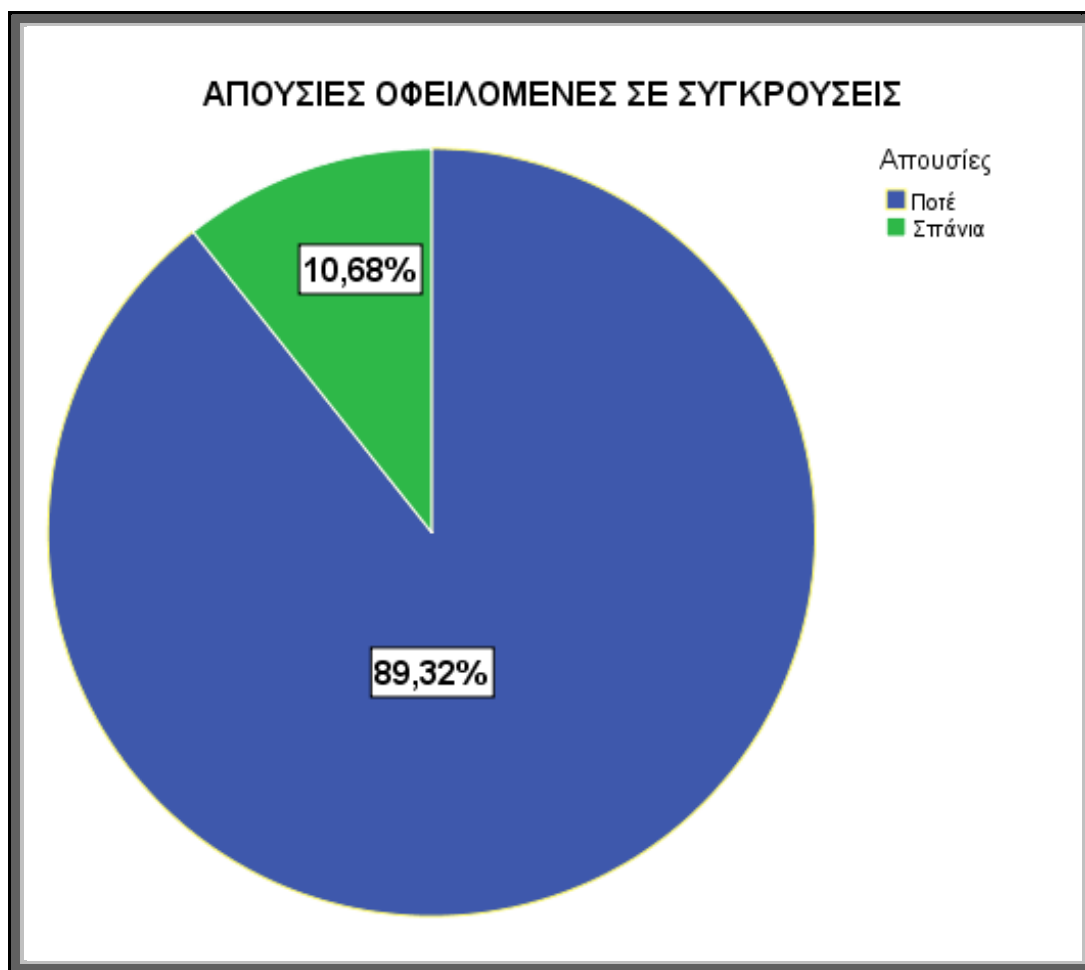
ΑΠΟΥΣΙΕΣ ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΙΣ

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
Ποτέ	184	88,9	88,9	88,9
Σπάνια	22	10,6	10,6	99,5
Σχεδόν πάντα	1	,5	,5	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	207	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 37. Απουσίες που οφείλονται σε συγκρούσεις.

Όπως φαίνεται στον **Πίνακα 37**, η πλειοψηφία του δείγματος ήταν τελείως κατηγορηματική στις απουσίες που σχετίζονται με συγκρούσεις (89,32% απάντησε ποτέ

και 10,68% σπάνια). Μόνο μία απάντηση δόθηκε έντονα θετική σχετικά με τις απουσίες που γίνονται λόγω συγκρούσεων, αλλά δεν αξιολογήθηκε (κάτω από 1% του δείγματος). Να σημειωθεί, ότι δεν δόθηκε καμία απάντηση στις κατηγορίες «συχνά» και «αρκετά συχνά» (για το λόγο αυτό έχουν παραλειφθεί από την πρώτη στήλη του Πίνακα 37 με τις επιλογές - απαντήσεις). Στο **Γράφημα 34**, φαίνεται η κατανομή των απαντήσεων, σχετικά με απουσίες οφειλόμενες σε συγκρούσεις (με παράλειψη της επιλογής «σχεδόν πάντα» που αντιστοιχεί σε ποσοστό κάτω από 1%) .



ΓΡΑΦΗΜΑ 34. Απουσίες που οφείλονται σε συγκρούσεις.

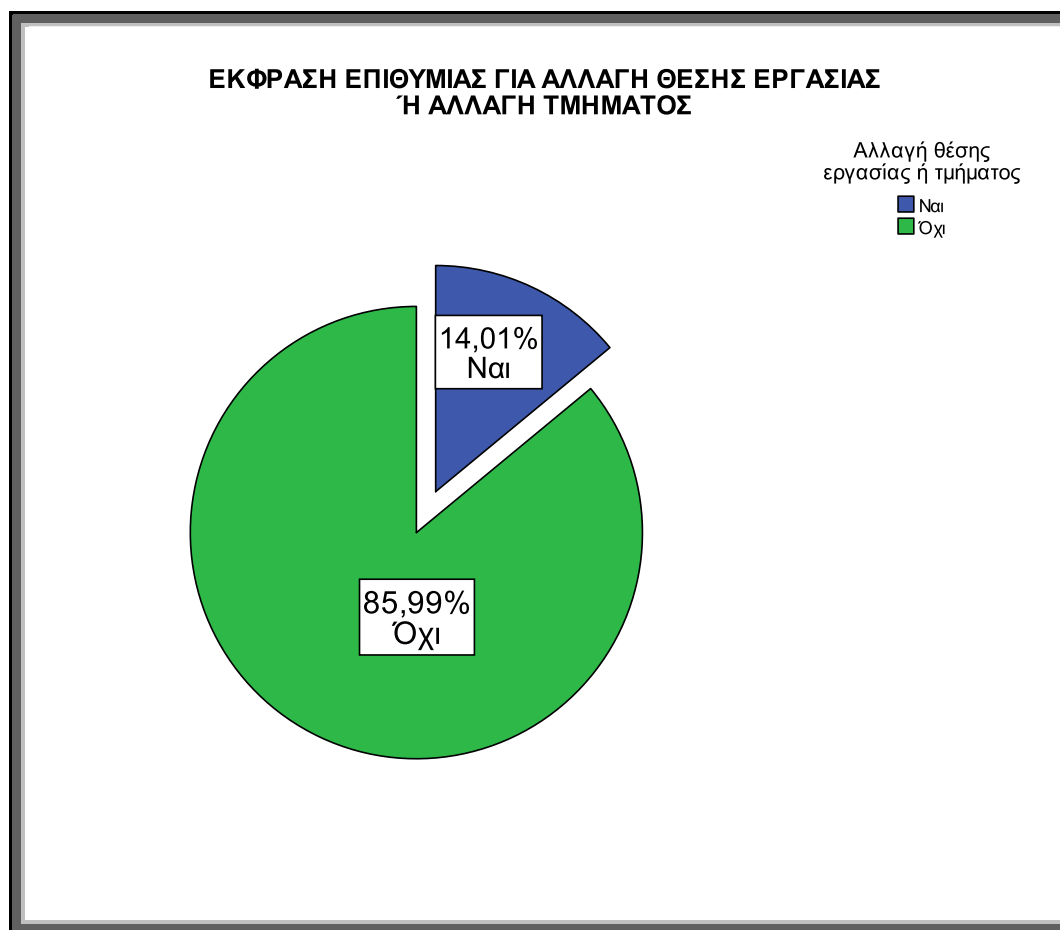
ΑΛΛΑΓΗ ΘΕΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ Ή ΑΛΛΑΓΗ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΙΣ

☞ **Έκφραση επιθυμίας για αλλαγή θέσης εργασίας ή αλλαγή τμήματος που οφείλεται σε συγκρούσεις**

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
Ναι	29	14,0	14,0	14,0
Όχι	178	86,0	86,0	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	207	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 38. *Επιθυμία για αλλαγή θέσης εργασίας ή αλλαγή τμήματος που οφείλεται σε συγκρούσεις.*

Όπως φαίνεται στον **Πίνακα 38**, μόνο το 14% του δείγματος έχει εκφράσει επιθυμία για αλλαγή θέσης εργασίας ή αλλαγή τμήματος που να οφείλεται σε συγκρούσεις. Στο **Γράφημα 35**, φαίνεται ότι το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος (86%) δεν έχει εκφράσει μία τέτοιου είδους επιθυμία, που να οφείλεται σε συγκρούσεις.



ΓΡΑΦΗΜΑ 35. *Επιθυμία για αλλαγή θέσης εργασίας ή αλλαγή τμήματος που οφείλεται σε συγκρούσεις.*

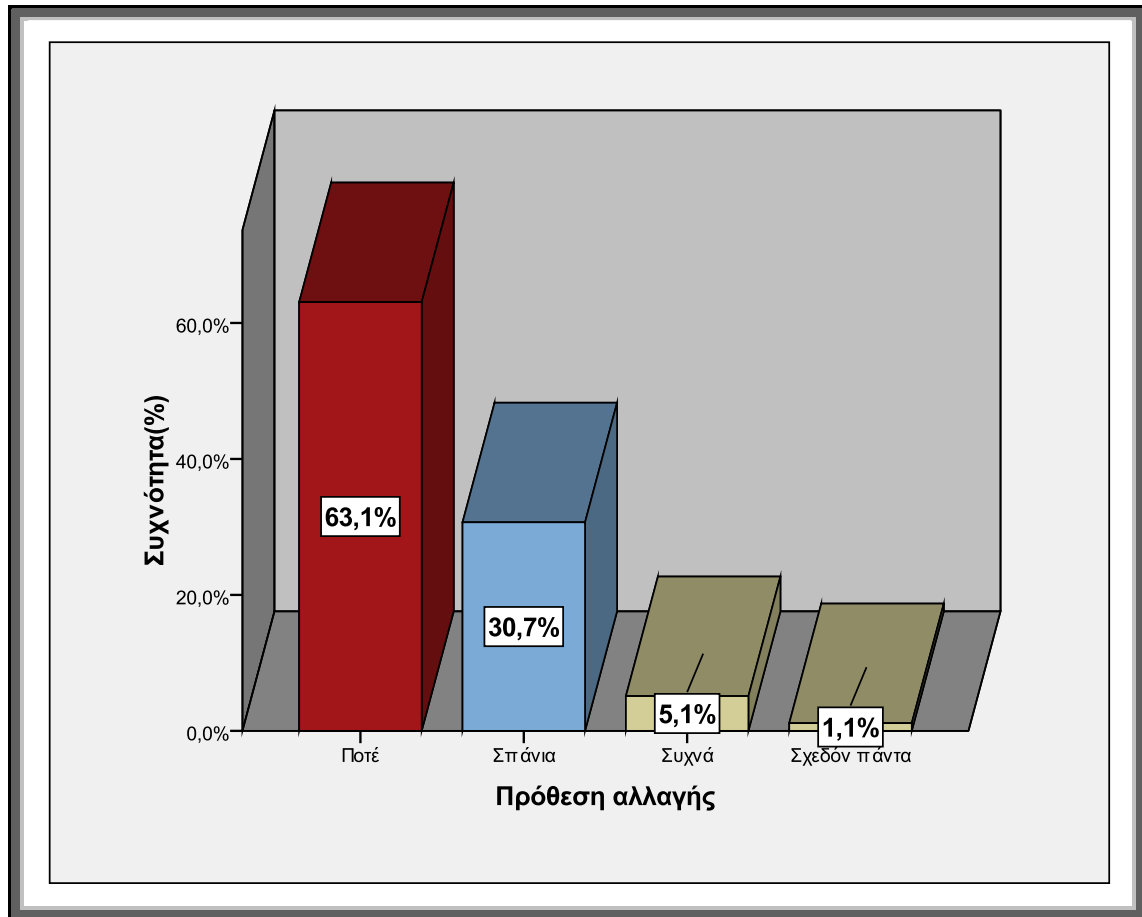
☞ Πρόθεση για αλλαγή θέσης εργασίας ή αλλαγή τμήματος που οφείλεται σε συγκρούσεις

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
Ποτέ	111	53,6	63,1	63,1
Σπάνια	54	26,1	30,7	93,8
Συχνά	9	4,3	5,1	98,9
Σχεδόν πάντα	2	1,0	1,1	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	176	85,0	100,0	
Missing 99	2	1,0		
System	29	14,0		
ΣΥΝΟΛΟ	31	15,0		
ΣΥΝΟΛΟ	207	100,0		

ΠΙΝΑΚΑΣ 39. Πρόθεση για αλλαγή θέσης εργασίας ή αλλαγή τμήματος που οφείλεται σε συγκρούσεις.

Όπως φαίνεται στον **Πίνακα 39**, το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος (93,8%) αναφέρουν ότι ποτέ (63,1%) ή σπάνια (30,7%) είχαν πρόθεση για αλλαγή θέσης εργασίας ή αλλαγή τμήματος που να οφείλεται σε συγκρούσεις. Το 5,1 % αναφέρει ότι συχνά το σκέφτεται ή το σκεφτόταν και το 1,1% ότι σχεδόν πάντα το έχει στη σκέψη του ακόμη και τώρα, να αλλάξει θέση εργασίας ή τμήμα. Να σημειωθεί ότι, δεν δόθηκε καμία απάντηση στην κατηγορία «αρκετά συχνά» (για το λόγο αυτό έχει παραλειφθεί από την πρώτη στήλη του Πίνακα 39 με τις επιλογές - απαντήσεις του ερωτηματολογίου Α).

Στο **Γράφημα 36** που ακολουθεί, δίνεται έμφαση στην επικρατούσα άποψη του δείγματος που δήλωσε ότι ποτέ δεν σκέφτεται αλλαγή θέσης ή τμήματος (κόκκινη ράβδος) εξαιτίας συγκρούσεων, αλλά και στην συγκλίνουσα με αυτήν άποψη, που φανερώνει ότι σπάνια το σκέφτεται (μπλε ράβδος).



ΓΡΑΦΗΜΑ 36. Πρόθεση για αλλαγή θέσης εργασίας ή αλλαγή τμήματος που οφείλεται σε συγκρούσεις.

ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΥΣΗ ΤΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΚΩΝ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ ΑΠΟ ΤΡΙΤΟ ΑΤΟΜΟ ΜΗ ΕΜΠΛΕΚΟΜΕΝΟ ΣΤΗ ΣΥΓΚΡΟΥΣΗ

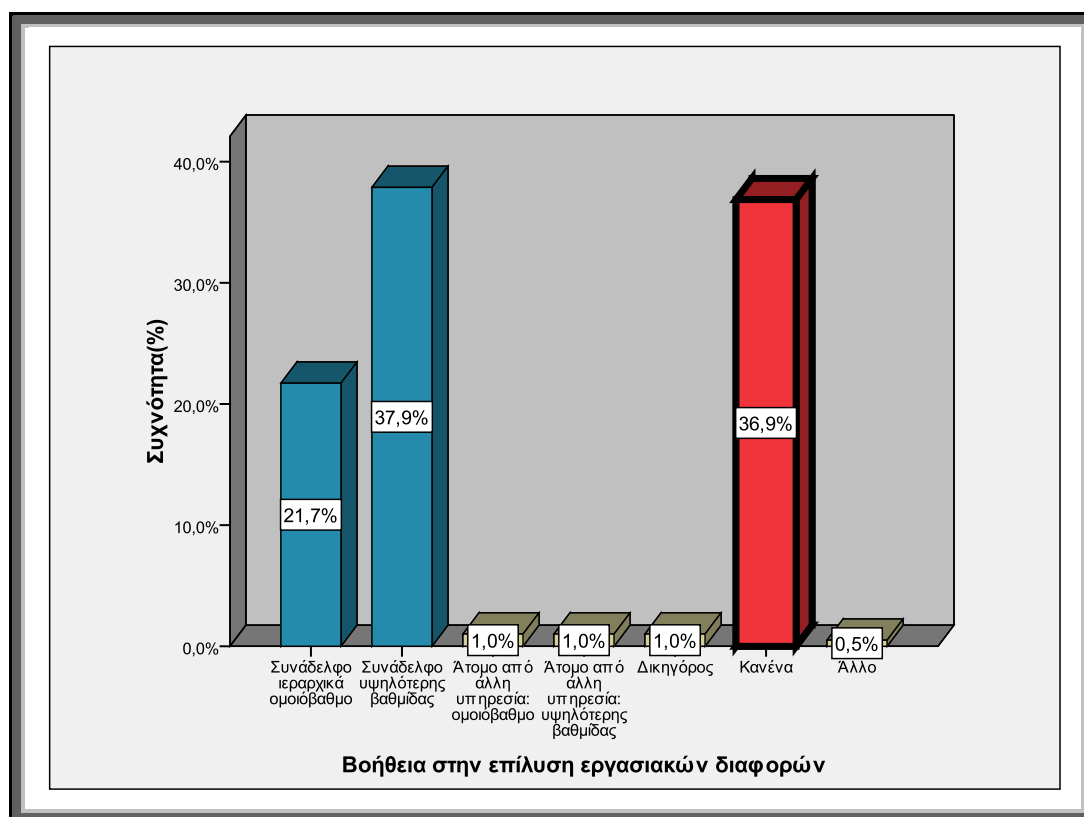
Στην ερώτηση αυτή, υπήρχε η δυνατότητα να δοθούν περισσότερες από μία απαντήσεις (πολλαπλών επιλογών - Set ερωτήσεων στο SPSS) οι οποίες φαίνονται στην πρώτη στήλη του **Πίνακα 40**.

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
Συνάδελφο ιεραρχικά ομοιόβαθμο	43	20,8	21,7	21,7
Συνάδελφο υψηλότερης βαθμίδας	75	36,2	37,9	59,6

Άτομο από άλλη υπηρεσία: ομοιόβαθμο	2	1,0	1,0	60,6
Άτομο από άλλη υπηρεσία: υψηλότερης βαθμίδας	2	1,0	1,0	61,6
Δικηγόρος	2	1,0	1,0	62,6
Κανένα	73	35,3	36,9	99,5
Άλλο	1	,5	,5	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	198	95,7	100,0	
Missing 99	9	4,3		
ΣΥΝΟΛΟ	207	100,0		

ΠΙΝΑΚΑΣ 40. Βοήθεια στην επίλυση εργασιακών διαφορών.

Όπως φαίνεται στον **Πίνακα 40**, οι δύο επικρατούσες επιλογές για βοήθεια από τρίτο πρόσωπο ήταν από τη μία πλευρά, ο συνάδελφος υψηλότερης βαθμίδας, δηλαδή ο προϊστάμενος (37,9%) και από την άλλη, «κανένα άτομο» (36,9%), δηλαδή δε θέλησαν να ζητήσουν βοήθεια από κανένα για να επιλύσουν το πρόβλημά τους. Αμέσως μετά, ως συχνότερη απάντηση δόθηκε, ο συνάδελφος (21,7%) που είναι στην ίδια βαθμίδα (δηλαδή ιεραρχικά ομοιόβαθμος). Οι άλλες επιλογές απαντήθηκαν σε ποσοστό 1% ή και λιγότερο. Στο **Γράφημα 37**, έχουν τονιστεί οι κυριότερες επιλογές του δείγματος.



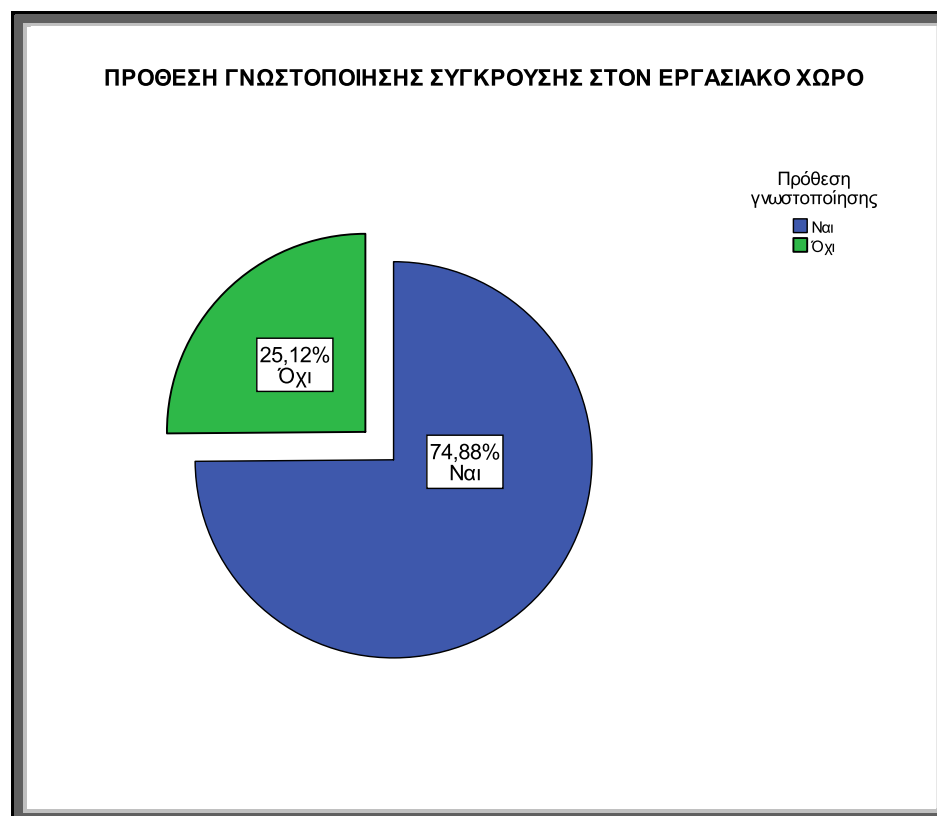
ΓΡΑΦΗΜΑ 37. Βοήθεια στην επίλυση εργασιακών διαφορών.

ΠΡΟΘΕΣΗ ΓΝΩΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΥΓΚΡΟΥΣΗΣ ΣΤΟΝ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΧΩΡΟ

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
Ναι	152	73,4	74,9	74,9
Όχι	51	24,6	25,1	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	203	98,1	100,0	
Missing 99	4	1,9		
ΣΥΝΟΛΟ	207	100,0		

ΠΙΝΑΚΑΣ 41. Πρόθεση γνωστοποίησης σύγκρουσης στον εργασιακό χώρο.

Όπως φαίνεται στον **Πίνακα 41**, μόνο το ένα τέταρτο του δείγματος (25,1%) δεν θέλει να γνωστοποιεί τις συγκρούσεις του στον εργασιακό χώρο, αντίθετα το 74,9% δεν έχει καμία αναστολή, σχετικά με τη γνωστοποίηση των συγκρούσεων (4 άτομα δεν απάντησαν - missing value 1,9%). Στο **Γράφημα 38**, φαίνεται η κατανομή της πρόθεσης γνωστοποίησης σύγκρουσης στον εργασιακό χώρο.



ΓΡΑΦΗΜΑ 38. Πρόθεση γνωστοποίησης σύγκρουσης στον εργασιακό χώρο.

ΑΙΤΙΑ ΜΗ ΓΝΩΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΥΓΚΡΟΥΣΗΣ

Από αυτούς που απάντησαν στην προηγούμενη ερώτηση (ότι δεν θα γνωστοποιούσαν μια σύγκρουση στον εργασιακό χώρο), ζητήθηκε να καταγράψουν σε ανοικτού τύπου ερώτηση, το λόγο για τον οποίο δεν θα το έκαναν. Στη συνέχεια, οι απαντήσεις τους ομαδοποιήθηκαν και καταγράφηκαν (πρώτη στήλη του **Πίνακα 42**).

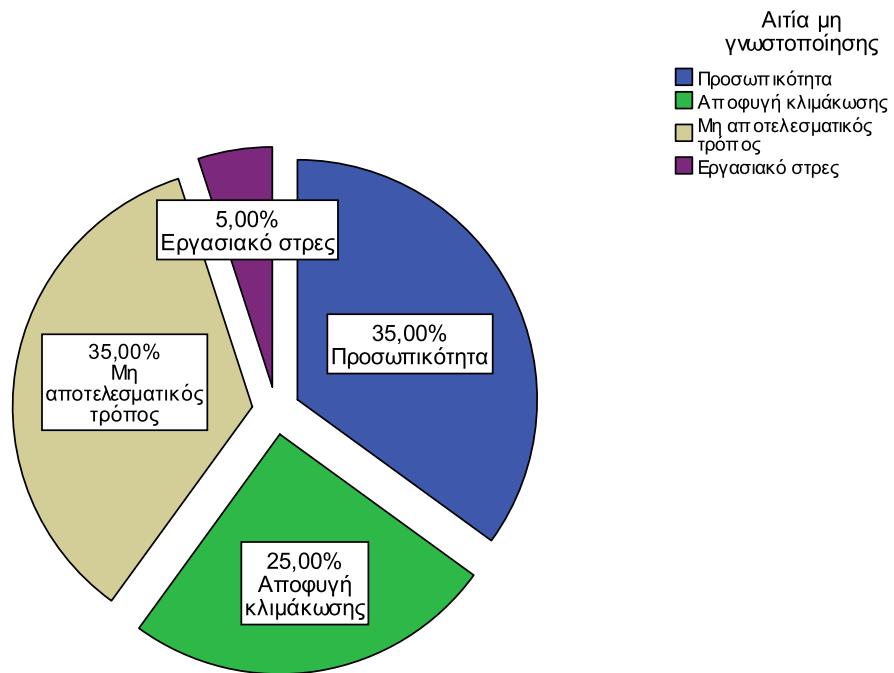
	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
Προσωπικότητα	7	3,4	35,0	35,0
Αποφυγή κλιμάκωσης	5	2,4	25,0	60,0
Μη αποτελεσματικός τρόπος	7	3,4	35,0	95,0
Εργασιακό στρες	1	,5	5,0	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	20	9,7	100,0	
Missing 99	31	15,0		
System	156	75,4		
ΣΥΝΟΛΟ	187	90,3		
ΣΥΝΟΛΟ	207	100,0		

ΠΙΝΑΚΑΣ 42. Αιτία μη γνωστοποίησης σύγκρουσης στον εργασιακό χώρο.

Όπως φαίνεται στον **Πίνακα 42**, οι δύο κυριότεροι λόγοι που τους αποτρέπουν να γνωστοποιούν τις συγκρούσεις τους, είναι από τη μία πλευρά, η προσωπικότητα (35%) και από την άλλη, η πεποίθησή ότι δεν θα επιλύσουν τη σύγκρουση με τη γνωστοποίησή της (35%). Δηλαδή, πιστεύουν ότι η γνωστοποίηση είναι ένας μη αποτελεσματικός τρόπος επίλυσης των συγκρούσεων. Η αποφυγή κλιμάκωσης είναι η αμέσως επόμενη αιτία, που αναφέρεται από το 25% του δείγματος και τέλος η δημιουργία εργασιακού στρες (0,5%), που αναφέρθηκε μόνο από 1 άτομο (έχει παραληφθεί ως αμελητέο <1% στο **Γράφημα 39**).

Θα πρέπει στο σημείο αυτό, να αναφερθεί ότι μόνο οι 20 από τους 51 συνολικά απάντησαν στο ερώτημα, αποσαφηνίζοντας την αιτία της μη γνωστοποίησης μίας σύγκρουσης στον εργασιακό χώρο. Οι υπόλοιποι δεν απάντησαν σκόπιμα ή από αμέλεια (missing value=31, δεύτερη στήλη του Πίνακα 42).

ΑΙΤΙΑ ΜΗ ΓΝΩΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗΣ ΣΥΓΚΡΟΥΣΗΣ



ΓΡΑΦΗΜΑ 39. Αιτία μη γνωστοποίησης σύγκρουσης στον εργασιακό χώρο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ

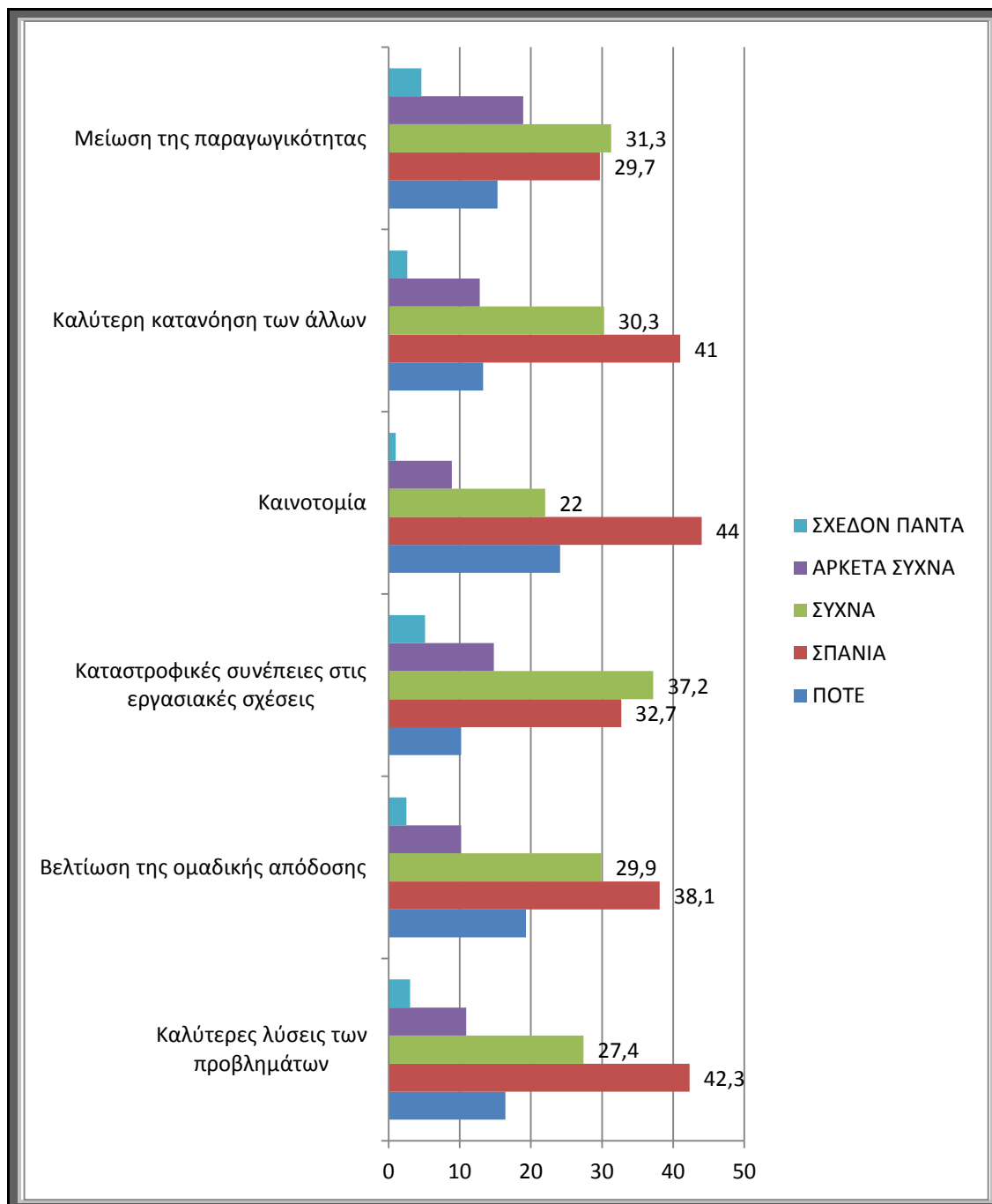
	Συχνότητα (%)				
	Ποτέ	Σπάνια	Συχνά	Αρκετά συχνά	Σχεδόν πάντα
1. Καλύτερες λύσεις των προβλημάτων	16,4	42,3	27,4	10,9	3
2. Βελτίωση της ομαδικής απόδοσης	19,3	38,1	29,9	10,2	2,5
3. Καταστροφικές συνέπειες στις εργασιακές σχέσεις	10,2	32,7	37,2	14,8	5,1
4. Καινοτομία	24,1	44	22	8,9	1
5. Καλύτερη κατανόηση των άλλων	13,3	41	30,3	12,8	2,6
6. Μείωση της παραγωγικότητας	15,3	29,7	31,3	18,9	4,6

ΠΙΝΑΚΑΣ 43. Κατανομή των απόψεων του δείγματος για κάθε αποτέλεσμα της σύγκρουσης (συγκεντρωτικά).

Αφού ολοκληρώθηκε η επεξεργασία των μεταβλητών, δηλαδή των αποτελεσμάτων των συγκρούσεων, της καθεμίας ξεχωριστά (οι μεταβλητές φαίνονται στην πρώτη στήλη του **Πίνακα 43** και δεν αναφέρονται αναλυτικά στην παρούσα εργασία προκειμένου να περιοριστεί η έκτασή της), στη συνέχεια προέκυψε ο συγκεντρωτικός αυτός πίνακας, που περιλαμβάνει συνολικά όλα τα αποτελέσματα, καθώς και το βαθμό που θεωρούνται ότι αυτά απορρέουν από τις συγκρούσεις, σύμφωνα πάντα με τις απόψεις του δείγματος. Με κόκκινο χρώμα τονίζονται οι επικρατέστερες απόψεις του δείγματος για κάθε αποτέλεσμα σύγκρουσης.

Πιο αναλυτικά, οι συγκρούσεις θεωρούνται ότι σπάνια οδηγούν σε καλύτερες λύσεις των προβλημάτων (42,3%), σπάνια βελτιώνουν την ομαδική απόδοση (38,1%) και σπάνια προάγουν την καινοτομία (44%). Αντίθετα, συχνά επιφέρουν καταστροφικές συνέπειες στις εργασιακές σχέσεις (37,2%), συχνά μειώνουν την παραγωγικότητα (31,3%), αλλά συχνά θεωρείται ότι συμβάλλουν στην καλύτερη κατανόηση των άλλων

(30,3%). Φαίνεται ότι υπάρχει γενικά μία αρνητική εικόνα για τη σύγκρουση, που είναι βέβαια παγιωμένη στους περισσότερους ανθρώπους. Στο **Γράφημα 40**, φαίνεται αναλυτικά για κάθε αποτέλεσμα σύγκρουσης, η κατανομή των απόψεων του δείγματος και αναγράφονται τα ποσοστά στις δύο επικρατέστερες απόψεις για κάθε αποτέλεσμα.



ΓΡΑΦΗΜΑ 40. Κατανομή απόψεων του δείγματος για κάθε αποτέλεσμα των συγκρούσεων (συγκεντρωτικά).

ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ

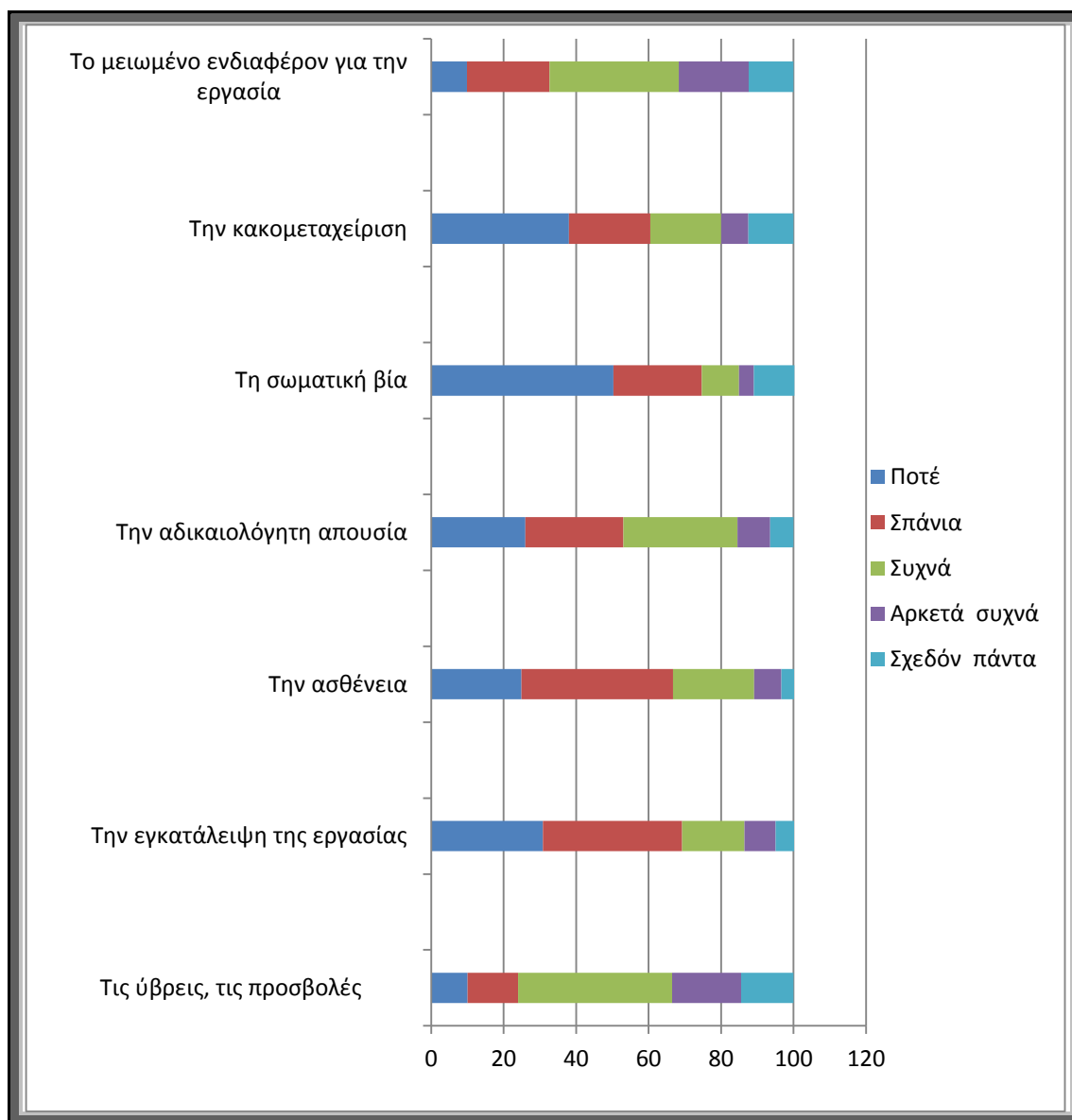
	Συχνότητα (%)				
	Ποτέ	Σπάνια	Συχνά	Αρκετά συχνά	Σχεδόν πάντα
1. Τις ύβρεις, τις προσβολές	10	14	42,5	19	14,5
2. Την εγκατάλειψη της εργασίας	30,8	38,4	17,2	8,6	5,1
3. Την ασθένεια	24,9	41,8	22,4	7,5	3,5
4. Την αδικαιολόγητη απουσία	26	27	31,5	9	6,5
5. Τη σωματική βία	50,3	24,4	10,2	4,1	11,2
6. Την κακομεταχείριση	38	22,5	19,5	7,5	12,5
7. Το μειωμένο ενδιαφέρον για την εργασία	9,9	22,8	35,6	19,3	12,4

ΠΙΝΑΚΑΣ 44. Κατανομή απόψεων δείγματος για κάθε συνέπεια σύγκρουσης (συγκεντρωτικά).

Αφού ολοκληρώθηκε η επεξεργασία των μεταβλητών, δηλαδή των συνεπειών των συγκρούσεων, της καθεμίας ξεχωριστά (οι μεταβλητές φαίνονται στην πρώτη στήλη του **Πίνακα 44** και δεν αναφέρονται αναλυτικά στην εργασία προκειμένου να περιοριστεί η έκτασή της), στη συνέχεια προέκυψε ο συγκεντρωτικός αυτός πίνακας, που περιλαμβάνει συνολικά όλες τις συνέπειες, καθώς και το βαθμό που θεωρούνται ότι αυτές προέρχονται από τις συγκρούσεις, σύμφωνα πάντα με τις απόψεις του δείγματος. Με κόκκινο χρώμα τονίζονται οι επικρατέστερες απόψεις του δείγματος για κάθε συνέπεια σύγκρουσης.

Πιο αναλυτικά, οι συγκρούσεις θεωρούνται ότι συχνά έχουν ως συνέπεια την έκφραση υβριστικών και προσβλητικών φράσεων (42,5%), συχνά φέρνουν τους

εργαζόμενους σε θέση να απουσιάσουν αδικαιολόγητα από την εργασία τους (41,8%) καθώς επίσης και να εκδηλώνουν μειωμένο ενδιαφέρον για την εργασία τους (35,6%). Σπάνια φαίνεται ότι εγκαταλείπουν την εργασία τους (38,4%), όπως επίσης και σπάνια αναφέρουν εκδήλωση ασθένειας σχετιζόμενη με συγκρούσεις (41,8%). Τέλος, δηλώνουν ότι ποτέ δεν ασκούν σωματική βία στις συγκρούσεις (50,3%), αλλά ούτε και άλλες μορφές κακομεταχείρισης (38%). Στο **Γράφημα 41**, φαίνεται αναλυτικά για κάθε συνέπεια σύγκρουσης, η κατανομή των απόψεων του δείγματος.



ΓΡΑΦΗΜΑ 41. Κατανομή απόψεων δείγματος για κάθε συνέπεια σύγκρουσης (συγκεντρωτικά).

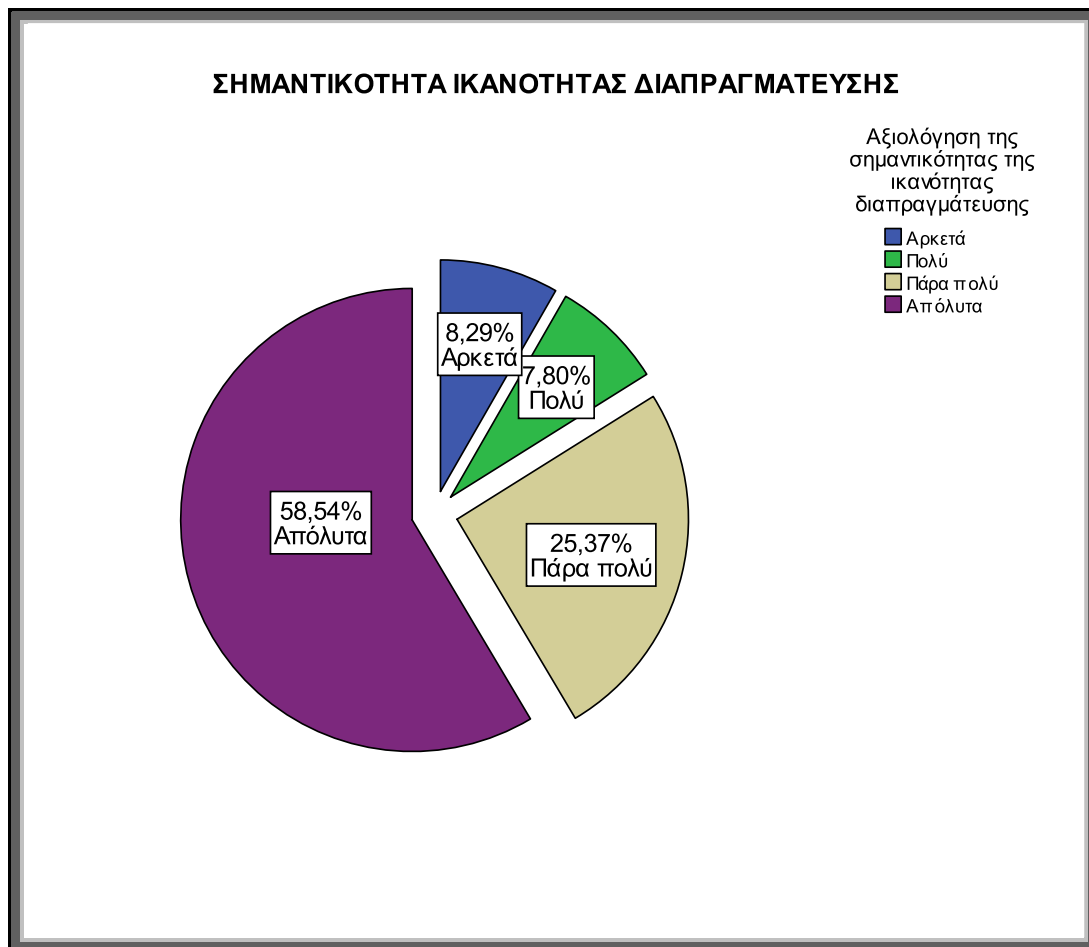
ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΔΙΑΠΡΑΓΜΑΤΕΥΣΗΣ ΩΣ ΗΓΕΤΙΚΗ ΔΕΞΙΟΤΗΤΑ

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
Αρκετά	17	8,2	8,3	8,3
Πολύ	16	7,7	7,8	16,1
Πάρα πολύ	52	25,1	25,4	41,5
Απόλυτα	120	58,0	58,5	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	205	99,0	100,0	
Missing 99	2	1,0		
ΣΥΝΟΛΟ	207	100,0		

ΠΙΝΑΚΑΣ 45. Αξιολόγηση της σημαντικότητας της ικανότητας διαπραγμάτευσης.

Όπως φαίνεται στον **Πίνακα 45**, το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος (58,5%) αξιολογεί τη διαπραγμάτευση ως απολύτως σημαντική ηγετική δεξιότητα. Επίσης, το ένα τέταρτο του δείγματος (25,4%) τη θεωρεί πάρα πολύ σημαντική, ενώ από αρκετά σημαντική ως και πολύ σημαντική τη θεωρούν το 8,3% και το 7,8% αντίστοιχα. Να σημειωθεί, ότι η επιλογή «καθόλου» που υπήρχε στις επιλογές του ερωτηματολογίου, παραλείφθηκε από την πρώτη στήλη του Πίνακα 45, γιατί δεν την επέλεξε κανείς. Επίσης, δύο άτομα δεν απάντησαν σε αυτή την ερώτηση (missing value=2).

Στο **Γράφημα 42**, φαίνεται η κατανομή της αξιολόγησης της διαπραγμάτευσης ως ηγετικής ικανότητας με έμφαση στην άποψη της πλειοψηφίας του δείγματος.



ΓΡΑΦΗΜΑ 42. Αξιολόγηση της σημαντικότητας της ικανότητας διαπραγμάτευσης.

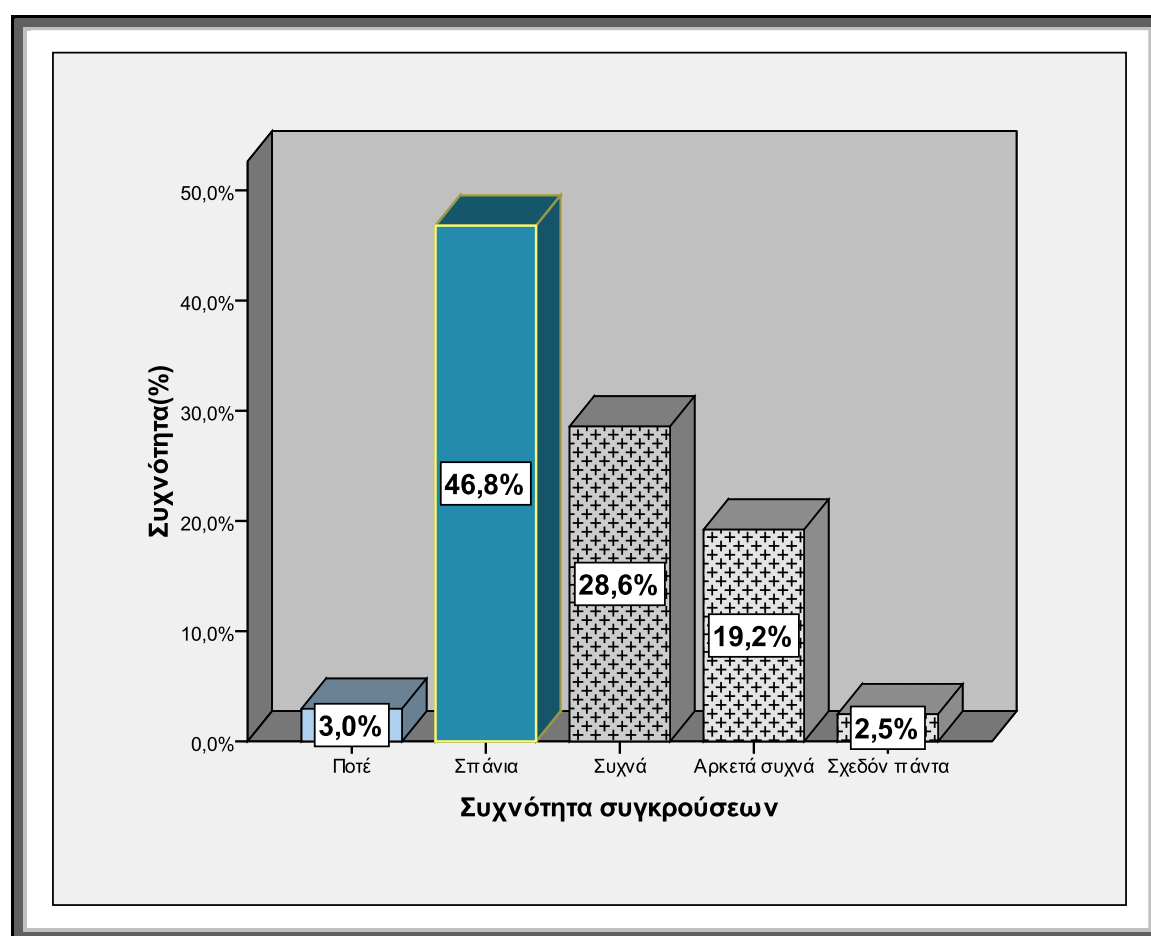
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
Ποτέ	6	2,9	3,0	3,0
Σπάνια	95	45,9	46,8	49,8
Συχνά	58	28,0	28,6	78,3
Αρκετά συχνά	39	18,8	19,2	97,5
Σχεδόν πάντα	5	2,4	2,5	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	203	98,1	100,0	
Missing 99	4	1,9		
ΣΥΝΟΛΟ	207	100,0		

ΠΙΝΑΚΑΣ 46. Συχνότητα συγκρούσεων.

Όπως φαίνεται στον **Πίνακα 46**, σχεδόν οι μισοί από αυτούς που απάντησαν σε αυτή την ερώτηση (49,8%) αναφέρουν ότι σπάνια (46,8%) ή ποτέ (3%) δεν έχουν συγκρούσεις στον εργασιακό χώρο. Αντίθετα, το 28,6% του δείγματος αναφέρει ότι έχει συγκρούσεις συχνά, το 19,2% αρκετά συχνά και σχεδόν πάντα το 2,5%. Οι συγκρούσεις είναι σύμφυτες στους σύνθετους οργανισμούς, όπως το νοσοκομείο και είναι αναμενόμενο να υπάρχουν συγκρούσεις ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας. Σύμφωνα σχεδόν με τις μισές απαντήσεις του δείγματος (50,2%), που κυμαίνονταν από συχνά ως σχεδόν πάντα, αντιλαμβανόμαστε ότι οι συγκρούσεις είναι ένα υπαρκτό φαινόμενο που δεν πρέπει σε καμία περίπτωση να αγνοήσουμε.

Στο **Γράφημα 43**, γίνεται πιο εμφανής αυτή η διχογνωμία των απόψεων, αν τις ομαδοποιούσαμε σε δύο αδρές κατηγορίες αποκρίσεων (η μια - γαλάζιου χρώματος - που αντιστοιχεί στο «ποτέ» και «σπάνια» και η άλλη - γκρι χρώματος - που αντιστοιχεί στο «συχνά», «αρκετά συχνά» και «σχεδόν πάντα»).



ΓΡΑΦΗΜΑ 43. Συχνότητα συγκρούσεων.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ (ΣΕ ΙΕΡΑΡΧΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ)

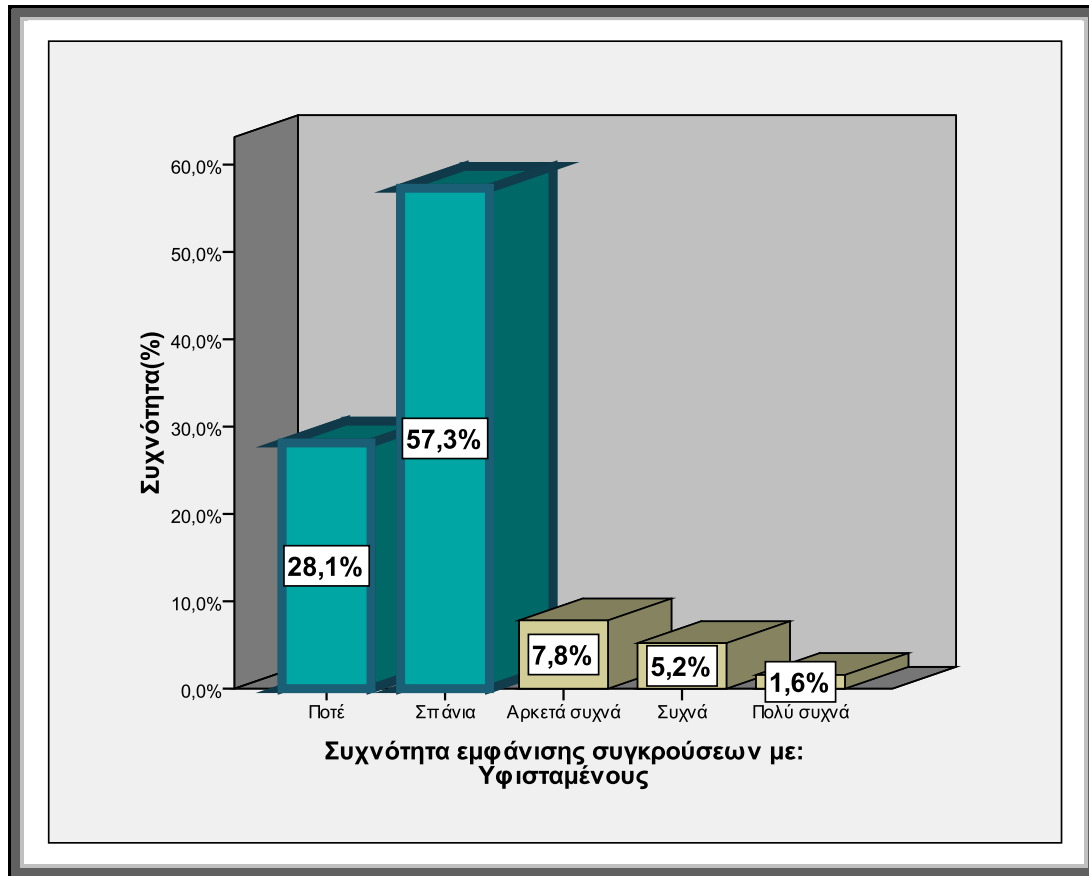
☞ Συχνότητα εμφάνισης συγκρούσεων με: Υφισταμένους

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
Ποτέ	54	26,1	28,1	28,1
Σπάνια	110	53,1	57,3	85,4
Αρκετά συχνά	15	7,2	7,8	93,2
Συχνά	10	4,8	5,2	98,4
Πολύ συχνά	3	1,4	1,6	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	192	92,8	100,0	
Missing 99	15	7,2		
ΣΥΝΟΛΟ	207	100,0		

ΠΙΝΑΚΑΣ 47. Συχνότητα εμφάνισης συγκρούσεων με: Υφισταμένους.

Όπως φαίνεται στον **Πίνακα 47**, το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος (85,4%) δεν έχει συγκρούσεις με υφισταμένους σχεδόν καθόλου. Πιο αναλυτικά, πάνω από τους μισούς (57,3%) απαντούν ότι σπάνια έχουν συγκρούσεις με υφισταμένους και το 28,1% ότι δεν συμβαίνει ποτέ κάτι τέτοιο. Αντίθετα, το 5,2% έχει συχνά, το 7,8% αρκετά συχνά και το 1,6% πολύ συχνά. Να σημειωθεί στο σημείο αυτό, ότι δεν απάντησαν 15 άτομα (7,2% του δείγματος) σε αυτή την ερώτηση (missing value=15).

Στο **Γράφημα 44**, φαίνεται η κατανομή της συχνότητας των συγκρούσεων με τους υφισταμένους.



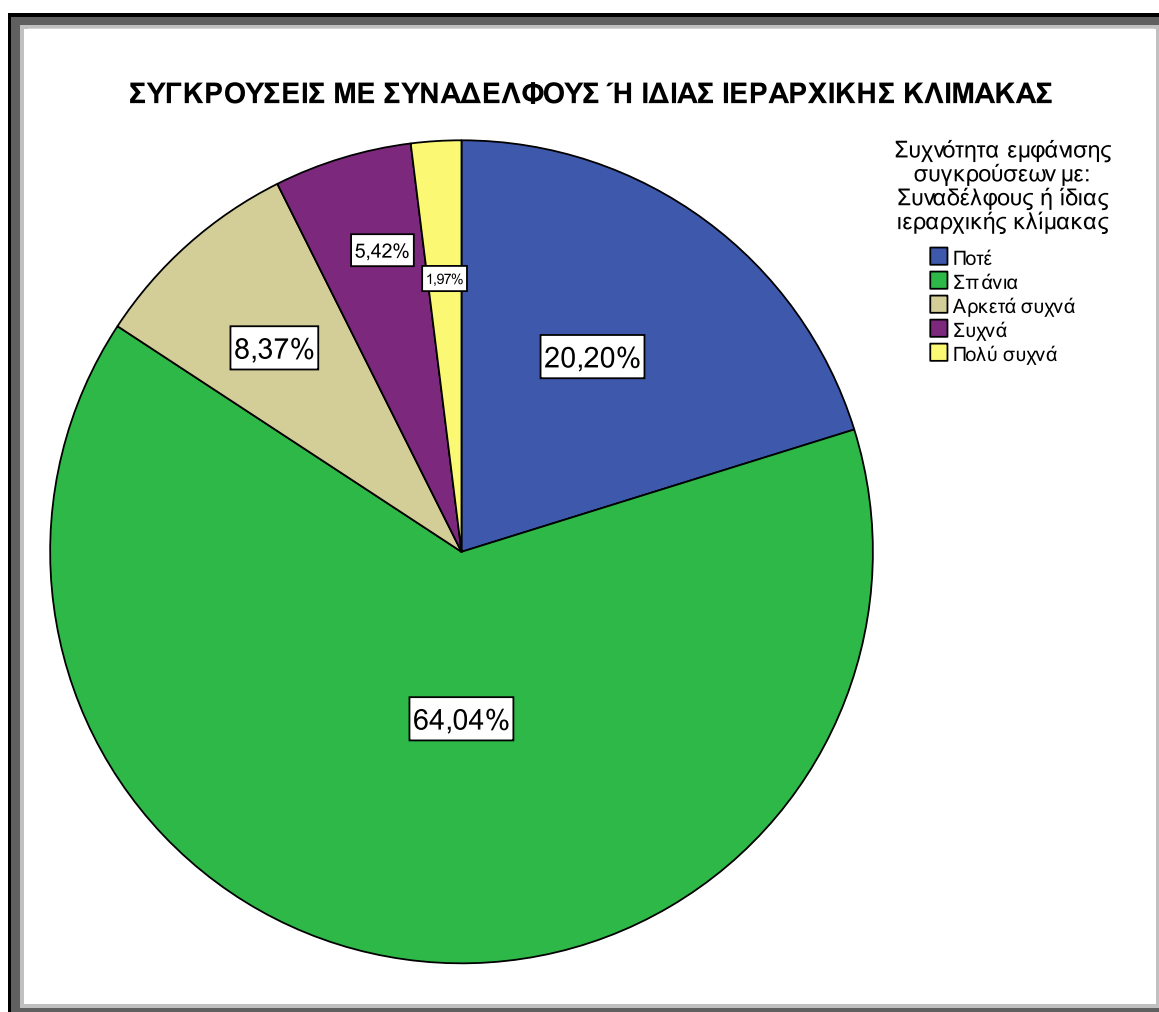
ΓΡΑΦΗΜΑ 44. Συχνότητα εμφάνισης συγκρούσεων με: Υφισταμένους.

☞ Συχνότητα εμφάνισης συγκρούσεων με: Συναδέλφους ή ίδιας ιεραρχικής κλίμακας

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
Ποτέ	41	19,8	20,2	20,2
Σπάνια	130	62,8	64,0	84,2
Αρκετά συχνά	17	8,2	8,4	92,6
Συχνά	11	5,3	5,4	98,0
Πολύ συχνά	4	1,9	2,0	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	203	98,1	100,0	
Missing 99	4	1,9		
ΣΥΝΟΛΟ	207	100,0		

ΠΙΝΑΚΑΣ 48. Συχνότητα εμφάνισης συγκρούσεων με: Συναδέλφους ή ίδιας ιεραρχικής κλίμακας.

Όπως φαίνεται στον **Πίνακα 48**, το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος (84,2%) δεν έχει σχεδόν καθόλου συγκρούσεις με συναδέλφους ή ίδιας ιεραρχικής κλίμακας επαγγελματίες. Πιο συγκεκριμένα, το 20,2% απάντησαν ότι ποτέ δεν έχουν συγκρούσεις και το 64% ότι έχει συγκρούσεις αλλά σπανίως. Το υπόλοιπο δείγμα έχει απαντήσει, ότι τέτοιου είδους συγκρούσεις δημιουργούνται συχνά (5,4%), αρκετά συχνά (8,4%) και πολύ συχνά (2%). Στο **Γράφημα 45**, φαίνεται η κατανομή των συχνοτήτων των απαντήσεών τους, σχετικά με το βαθμό συγκρούσεων με συναδέλφους ή επαγγελματίες της ίδιας ιεραρχικής κλίμακας.



ΓΡΑΦΗΜΑ 45. Συχνότητα εμφάνισης συγκρούσεων με: Συναδέλφους ή ίδιας ιεραρχικής κλίμακας.

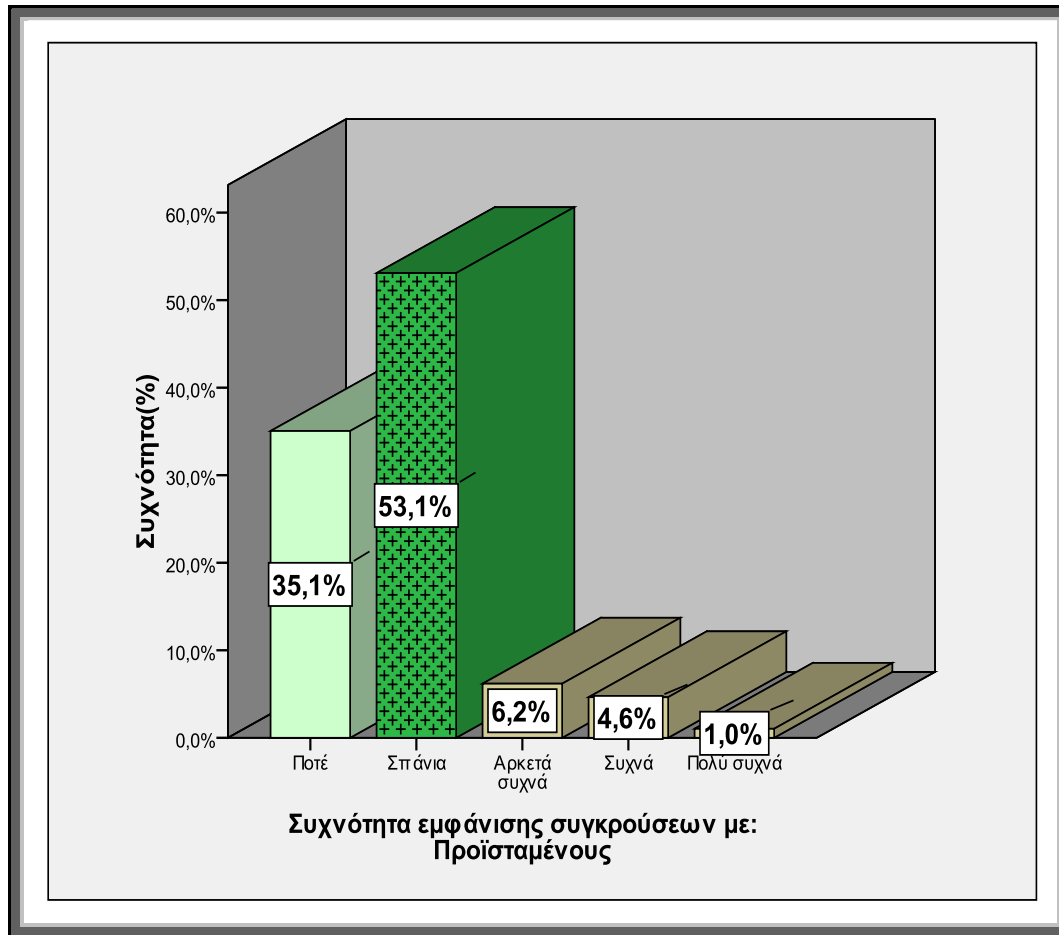
☞ Συχνότητα εμφάνισης συγκρούσεων με: Προϊσταμένους

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
Ποτέ	68	32,9	35,1	35,1
Σπάνια	103	49,8	53,1	88,1
Αρκετά συχνά	12	5,8	6,2	94,3
Συχνά	9	4,3	4,6	99,0
Πολύ συχνά	2	1,0	1,0	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	194	93,7	100,0	
Missing 99	13	6,3		
ΣΥΝΟΛΟ	207	100,0		

ΠΙΝΑΚΑΣ 49. Συχνότητα εμφάνισης συγκρούσεων με: Προϊσταμένους.

Όπως φαίνεται στον **Πίνακα 49**, το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος (88,1%) δεν έχει σχεδόν καθόλου συγκρούσεις με προϊσταμένους και συγκεκριμένα το 35,1% απάντησαν ότι ποτέ δεν έχουν συγκρούσεις και το 53,1% ότι έχει συγκρούσεις, αλλά σπανίως. Το υπόλοιπο δείγμα έχει απαντήσει ότι τέτοιου είδους συγκρούσεις δημιουργούνται συχνά (4,6%), αρκετά συχνά (6,2%) και πολύ συχνά (1%).

Στο **Γράφημα 46**, φαίνεται η συχνότητα εμφάνισης συγκρούσεων του νοσηλευτικού προσωπικού με προϊσταμένους.



ΓΡΑΦΗΜΑ 46. Συχνότητα εμφάνισης συγκρούσεων με: Προϊσταμένους.

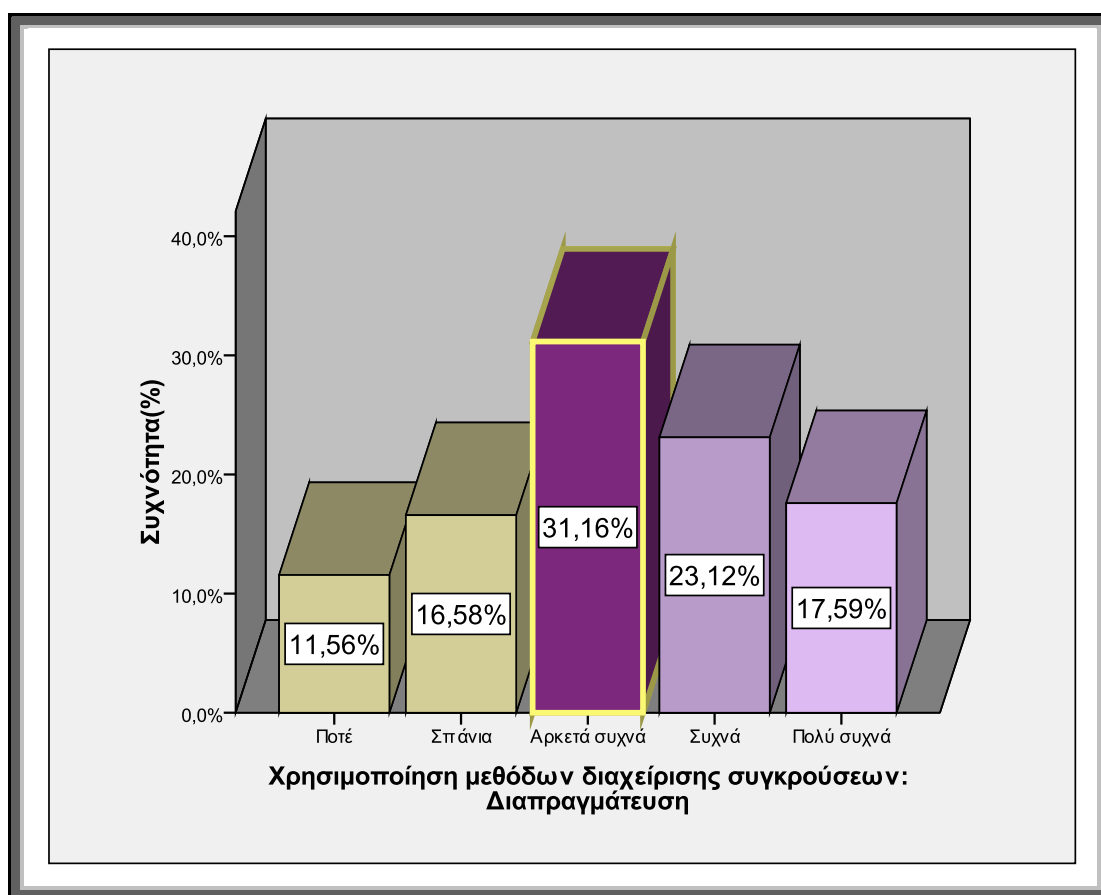
ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΗ ΜΕΘΟΔΩΝ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ

☛ Χρησιμοποίηση μεθόδων διαχείρισης συγκρούσεων: Διαπραγμάτευση

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
Ποτέ	23	11,1	11,6	11,6
Σπάνια	33	15,9	16,6	28,1
Αρκετά συχνά	62	30,0	31,2	59,3
Συχνά	46	22,2	23,1	82,4
Πολύ συχνά	35	16,9	17,6	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	199	96,1	100,0	
Missing 99	8	3,9		
ΣΥΝΟΛΟ	207	100,0		

ΠΙΝΑΚΑΣ 50. Χρησιμοποίηση μεθόδων διαχείρισης συγκρούσεων: Διαπραγμάτευση.

Όπως φαίνεται στον **Πίνακα 50**, οι περισσότεροι (31,2%) απάντησαν ότι αρκετά συχνά χρησιμοποιούν, ως μέθοδο διαχείρισης συγκρούσεων, τη διαπραγμάτευση. Συχνά και πολύ συχνά τη χρησιμοποιούν επίσης, ως μέθοδο διαχείρισης συγκρούσεων, το 23,1% και 17,6% αντίστοιχα. Αλλά σπανίως τη χρησιμοποιεί το 16,6% του δείγματος και ποτέ το 11,6%. Στο **Γράφημα 47**, φαίνονται διαχωρισμένες οι θετικές (μωβ ράβδοι) από τις αρνητικές απόψεις (κίτρινες ράβδοι), σχετικά με τη χρησιμοποίηση της μεθόδου της διαπραγμάτευσης ως μεθόδου διαχείρισης συγκρούσεων, με έμφαση στην επικρατούσα άποψη (μωβ σκούρα ράβδος).



ΓΡΑΦΗΜΑ 47. Χρησιμοποίηση μεθόδων διαχείρισης συγκρούσεων: Διαπραγμάτευση.

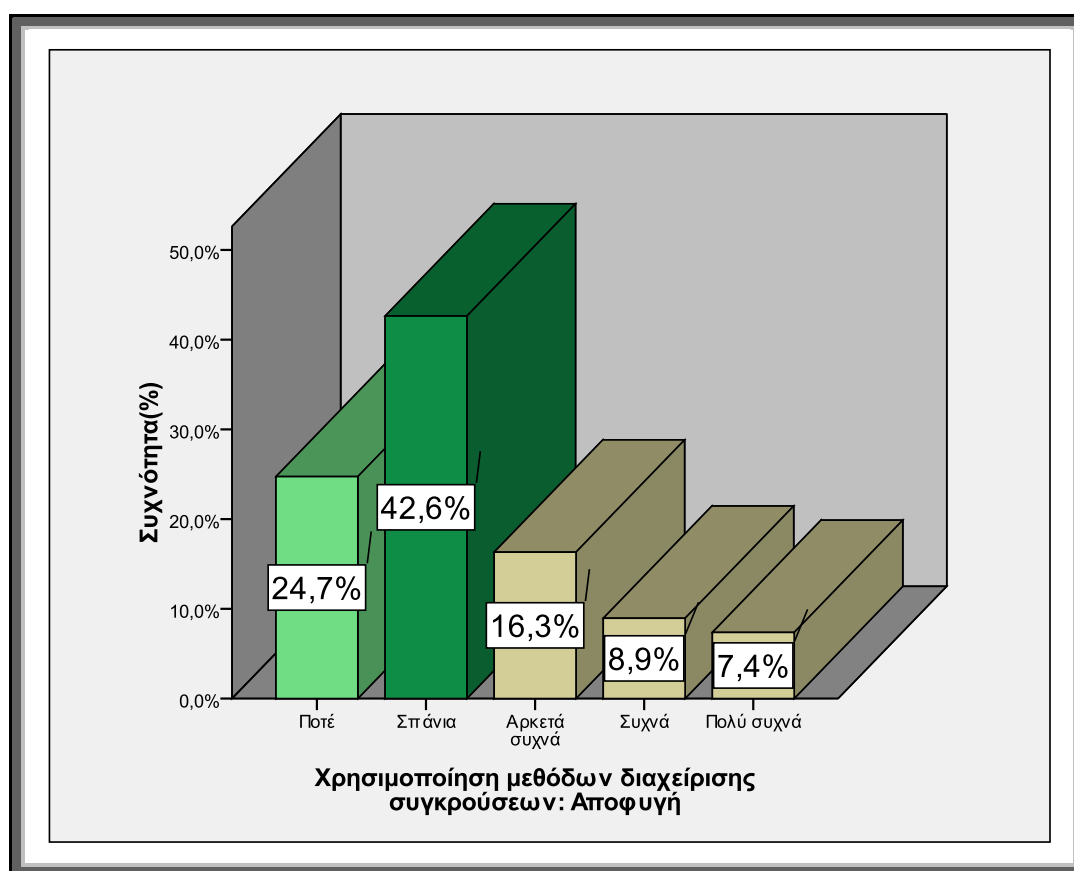
☞ **Χρησιμοποίηση μεθόδων διαχείρισης συγκρούσεων: Αποφυγή**

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)	ΕΓΚΥΡΟ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
		ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)	
Ποτέ	47	22,7	24,7	24,7

Σπάνια	81	39,1	42,6	67,4
Αρκετά συχνά	31	15,0	16,3	83,7
Συχνά	17	8,2	8,9	92,6
Πολύ συχνά	14	6,8	7,4	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	190	91,8	100,0	
Missing 99	17	8,2		
ΣΥΝΟΛΟ	207	100,0		

ΠΙΝΑΚΑΣ 51. Χρησιμοποίηση μεθόδων διαχείρισης συγκρούσεων: Αποφυγή.

Όπως φαίνεται στον **Πίνακα 51**, οι περισσότεροι (42,6%) απάντησαν ότι σπάνια χρησιμοποιούν, ως μέθοδο διαχείρισης συγκρούσεων, την αποφυγή. Την άποψη αυτή, ενισχύει και το 24,7% που δήλωσε ότι δεν τη χρησιμοποιεί ποτέ. Αντίθετα, τη χρησιμοποιούν συχνά, ως μέθοδο διαχείρισης συγκρούσεων, το 8,9%, αρκετά συχνά το 16,3%, και πολύ συχνά το 7,4%. Το **Γράφημα 48**, δίνει έμφαση στις δύο επικρατέστερες απόψεις του δείγματος, που τυγχάνουν αρνητικές στη χρησιμοποίηση της μεθόδου.



ΓΡΑΦΗΜΑ 48. Χρησιμοποίηση μεθόδων διαχείρισης συγκρούσεων: Αποφυγή.

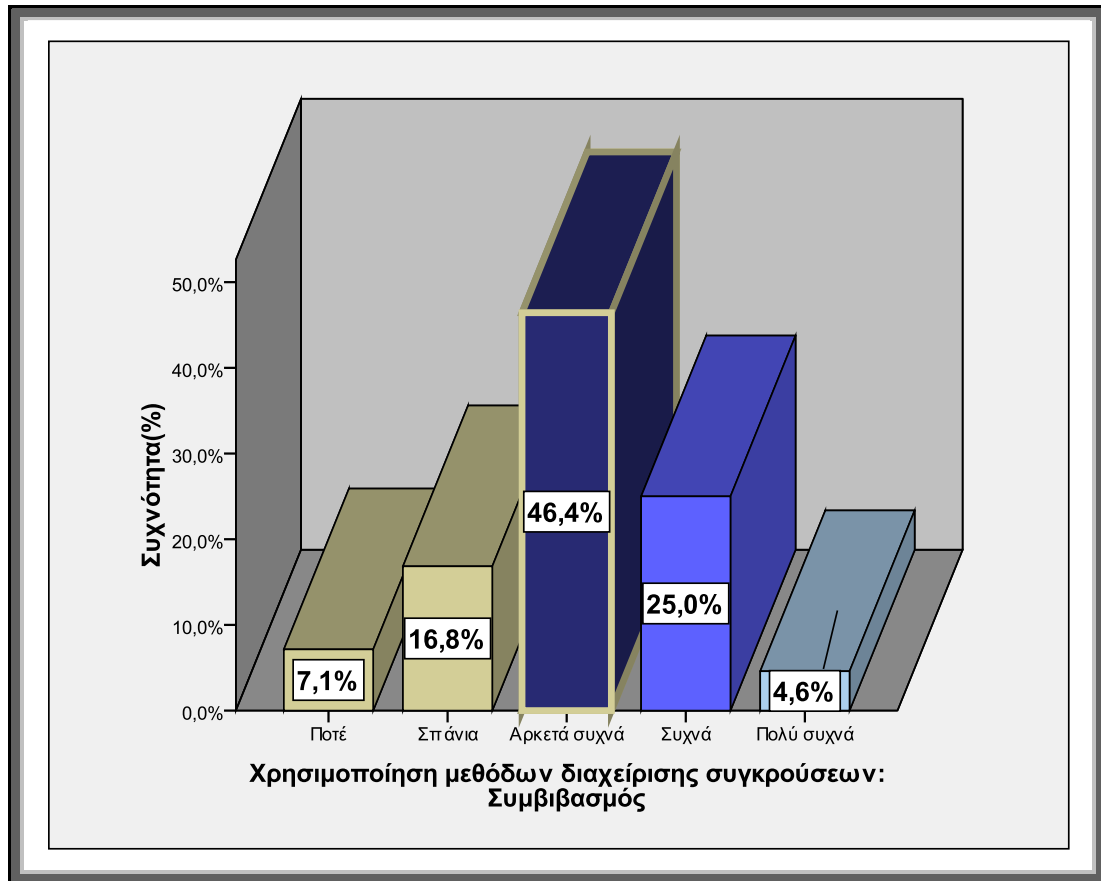
☞ Χρησιμοποίηση μεθόδων διαχείρισης συγκρούσεων: Συμβιβασμός

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
Ποτέ	14	6,8	7,1	7,1
Σπάνια	33	15,9	16,8	24,0
Αρκετά συχνά	91	44,0	46,4	70,4
Συχνά	49	23,7	25,0	95,4
Πολύ συχνά	9	4,3	4,6	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	196	94,7	100,0	
Missing 99	11	5,3		
ΣΥΝΟΛΟ	207	100,0		

ΠΙΝΑΚΑΣ 52. Χρησιμοποίηση μεθόδων διαχείρισης συγκρούσεων: Συμβιβασμός.

Όπως φαίνεται στον **Πίνακα 52**, οι περισσότεροι (46,4%) απάντησαν ότι αρκετά συχνά χρησιμοποιούν ως μέθοδο διαχείρισης συγκρούσεων τον συμβιβασμό. Την άποψη αυτή ενισχύει και το 25% που τη χρησιμοποιεί συχνά και πολύ συχνά το 4,6%. Αντίθετα, σπάνια τη χρησιμοποιούν ως μέθοδο διαχείρισης συγκρούσεων το 16,8% και ποτέ το 7,1%.

Το **Γράφημα 49**, δείχνει την κατανομή των απαντήσεων στη χρήση της μεθόδου του συμβιβασμού και δίνει έμφαση στη θετική άποψη για τη χρήση της μεθόδου (μπλε ράβδοι)



ΓΡΑΦΗΜΑ 49. Χρησιμοποίηση μεθόδων διαχείρισης συγκρούσεων: Συμβιβασμός.

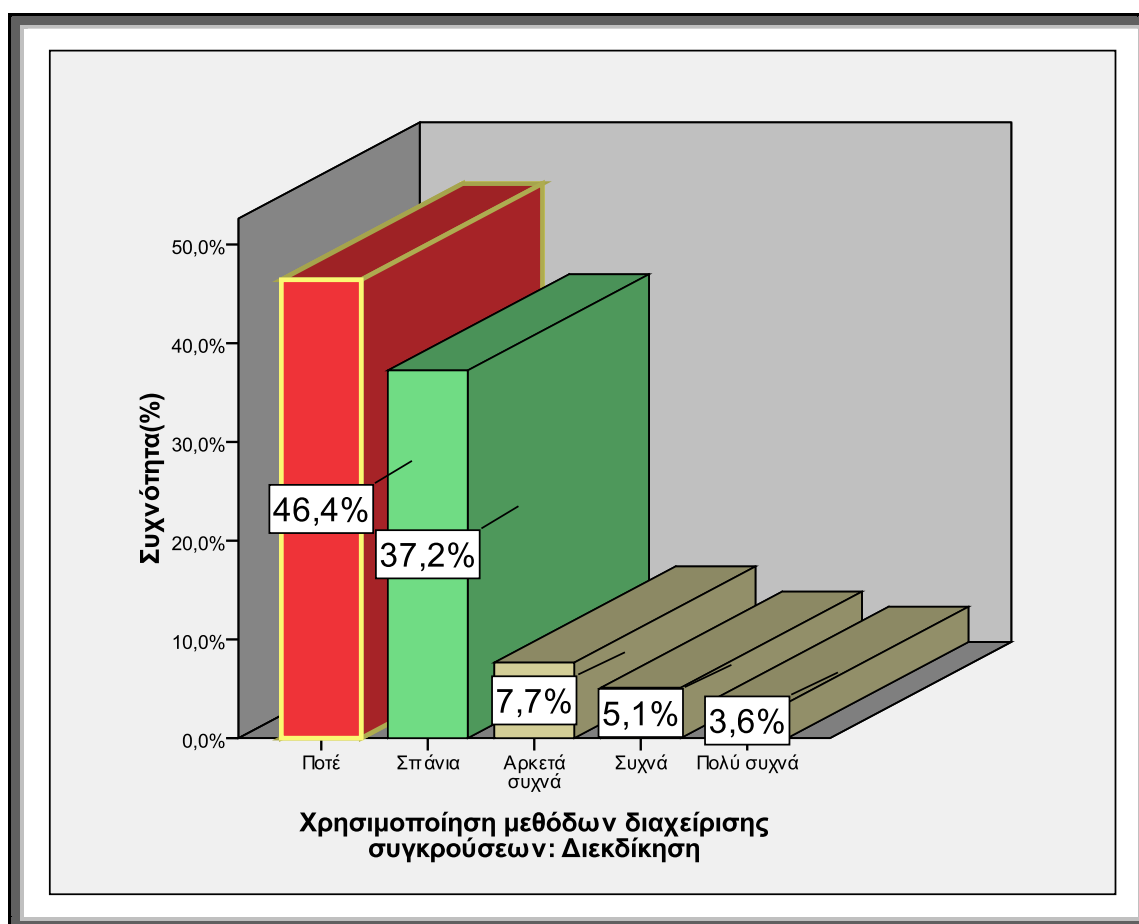
☞ Χρησιμοποίηση μεθόδων διαχείρισης συγκρούσεων: Διεκδίκηση

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
Ποτέ	91	44,0	46,4	46,4
Σπάνια	73	35,3	37,2	83,7
Αρκετά συχνά	15	7,2	7,7	91,3
Συχνά	10	4,8	5,1	96,4
Πολύ συχνά	7	3,4	3,6	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	196	94,7	100,0	
Missing 99	11	5,3		
ΣΥΝΟΛΟ	207	100,0		

ΠΙΝΑΚΑΣ 53. Χρησιμοποίηση μεθόδων διαχείρισης συγκρούσεων: Διεκδίκηση.

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 53, η πλειοψηφία του δείγματος (83,7%) απάντησαν ότι σχεδόν ποτέ δεν χρησιμοποιούν τη συγκεκριμένη μέθοδο διαχείρισης συγκρούσεων. Πιο συγκεκριμένα, επικρατούν οι επιλογές «ποτέ» και «σπάνια» με ποσοστά 46,4% και 37,2% αντίστοιχα. Αντίθετα, τη χρησιμοποιούν ως μέθοδο διαχείρισης συγκρούσεων, συχνά (5,1%), αρκετά συχνά (7,7%) και πολύ συχνά (3,6%).

Το Γράφημα 50, δείχνει την κατανομή των απαντήσεων στη χρήση της μεθόδου.



ΓΡΑΦΗΜΑ 50. Χρησιμοποίηση μεθόδων διαχείρισης συγκρούσεων: Διεκδίκηση.

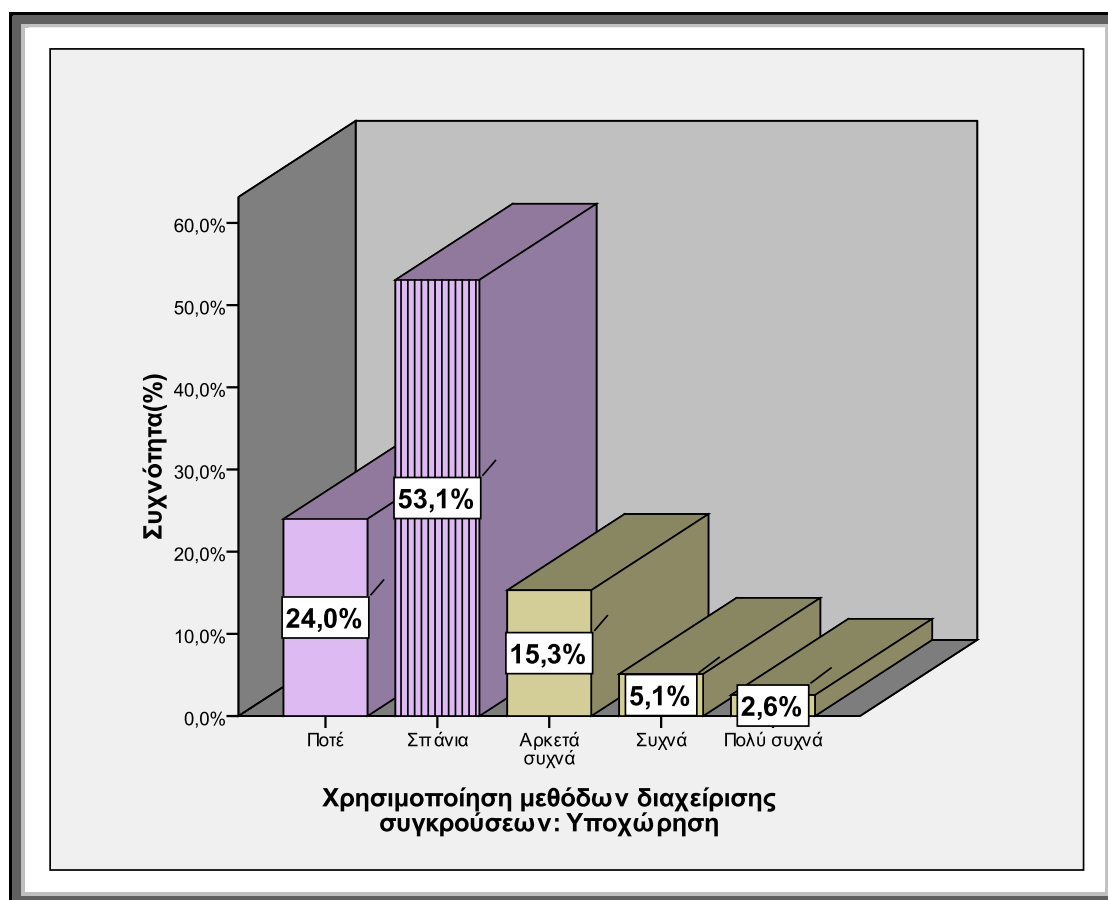
☞ Χρησιμοποίηση μεθόδων διαχείρισης συγκρούσεων: Υποχώρηση

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
Ποτέ	47	22,7	24,0	24,0
Σπάνια	104	50,2	53,1	77,0
Αρκετά συχνά	30	14,5	15,3	92,3

Συχνά	10	4,8	5,1	97,4
Πολύ συχνά	5	2,4	2,6	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	196	94,7	100,0	
Missing 99	11	5,3		
ΣΥΝΟΛΟ	207	100,0		

ΠΙΝΑΚΑΣ 54. Χρησιμοποίηση μεθόδων διαχείρισης συγκρούσεων: Υποχώρηση.

Όπως φαίνεται στον **Πίνακα 54**, οι περισσότεροι (77%) απάντησαν ότι δεν χρησιμοποιούν σχεδόν καθόλου την υποχώρηση, ως μέθοδο διαχείρισης συγκρούσεων. Πιο συγκεκριμένα, το 24% του δείγματος δεν τη χρησιμοποιεί ποτέ και το 53,1% τη χρησιμοποιεί σπάνια. Αντίθετα, τη χρησιμοποιούν συχνά το 5,1%, αρκετά συχνά το 15,3%, και πολύ συχνά 2,6%. Το **Γράφημα 51**, δίνει έμφαση στις δύο επικρατέστερες απόψεις, που είναι αρνητικές στη χρήση της μεθόδου της υποχώρησης ως μεθόδου διαχείρισης συγκρούσεων (μωβ ράβδοι).



Γράφημα 51. Χρησιμοποίηση μεθόδων διαχείρισης συγκρούσεων: Υποχώρηση

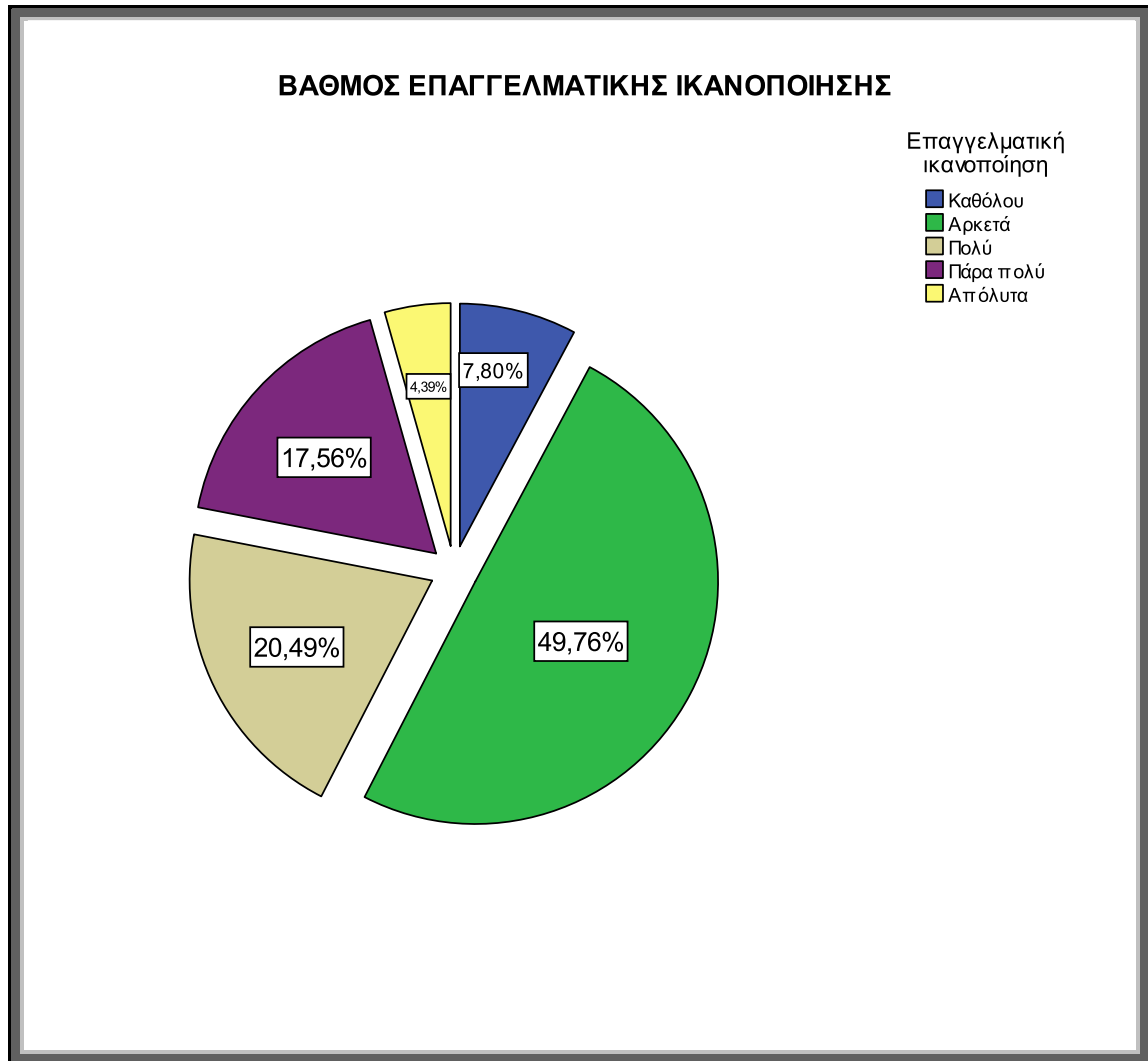
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
Καθόλου	16	7,7	7,8	7,8
Αρκετά	102	49,3	49,8	57,6
Πολύ	42	20,3	20,5	78,0
Πάρα πολύ	36	17,4	17,6	95,6
Απόλυτα	9	4,3	4,4	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	205	99,0	100,0	
Missing 99	2	1,0		
ΣΥΝΟΛΟ	207	100,0		

ΠΙΝΑΚΑΣ 55. Κατανομή του βαθμού επαγγελματικής ικανοποίησης.

Όπως φαίνεται στον **Πίνακα 55**, η επικρατούσα άποψη εκφράζεται σχεδόν από τους μισούς ερωτώμενους. Πιο αναλυτικά, απάντησαν ότι είναι αρκετά ικανοποιημένοι το 49,8% του δείγματος. Υπάρχουν όμως και ακόμη πιο θετικές απαντήσεις από μικρότερα βέβαια ποσοστά του δείγματος. Έτσι, δηλώνουν πολύ ικανοποιημένοι (20,5%), πάρα πολύ ικανοποιημένοι (17,6%) και απόλυτα ικανοποιημένοι (4,4%). Απουσία επαγγελματικής ικανοποίησης αναφέρεται από το 7,8% του δείγματος.

Το **Γράφημα 52**, δείχνει την κατανομή του βαθμού επαγγελματικής ικανοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού.



ΓΡΑΦΗΜΑ 52. Κατανομή του βαθμού επαγγελματικής ικανοποίησης.

ΚΥΡΙΟΤΕΡΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ Ή ΜΟΝΑΔΑ ΠΟΥ ΟΔΗΓΕΙ ΣΕ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΙΣ

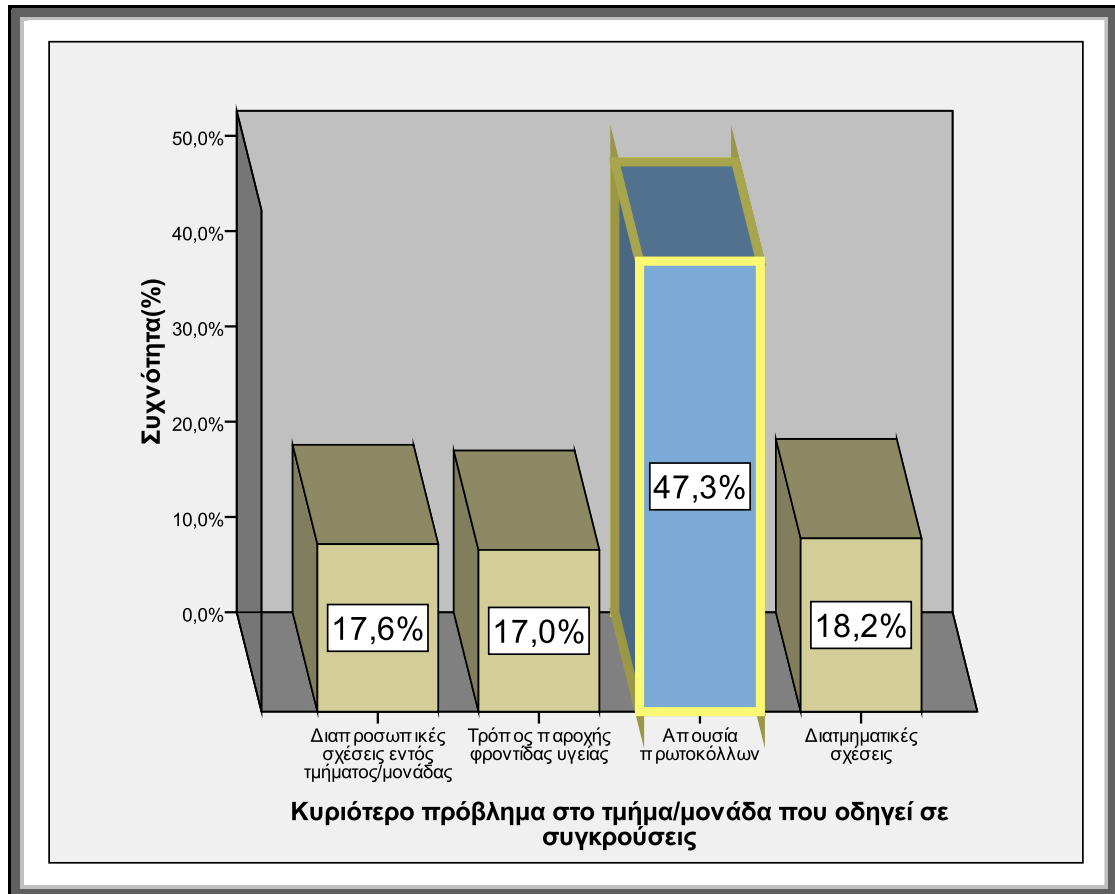
Στην ερώτηση αυτή, οι ερωτώμενοι είχαν τη δυνατότητα για μία μόνο επιλογή ανάμεσα στις τέσσερις προδιατυπωμένες (φαίνονται στην πρώτη στήλη του **Πίνακα 56**). Αν κάποιος είχε δώσει - κατά λάθος - περισσότερες από μία απαντήσεις, ή δεν είχε απαντήσει καθόλου, υπολογίστηκε στην ανάλυση των δεδομένων ως απύλυτα τιμή (missing value= 42, δηλαδή σε 42 περιπτώσεις που αντιστοιχεί σε ποσοστό 20,3% του συνόλου). Είναι πολύ μεγάλο το ποσοστό απουσιών τιμών σε αυτή την ερώτηση, που πιθανόν σημαίνει, ότι ή το ξέχασαν ή ότι δεν πρόσεξαν ότι είχαν μόνο μία επιλογή ή δεν τους ταίριαζε στο σκεπτικό καμία από τις ήδη προδιατυπωμένες απαντήσεις και δεν είχαν τη δυνατότητα ελεύθερης διατύπωσης της προσωπικής τους άποψης.

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
1. Διαπροσωπικές σχέσεις εντός τμήματος/μονάδας	29	14,0	17,6	17,6
2. Τρόπος παροχής φροντίδας υγείας	28	13,5	17,0	34,5
3. Απουσία πρωτοκόλλων	78	37,7	47,3	81,8
4. Διατμηματικές σχέσεις	30	14,5	18,2	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	165	79,7	100,0	
Missing 99	42	20,3		
ΣΥΝΟΛΟ	207	100,0		

ΠΙΝΑΚΑ 56. Κυριότερο πρόβλημα στο τμήμα ή μονάδα που οδηγεί σε συγκρούσεις.

Όπως φαίνεται στον **Πίνακα 56**, από αυτούς που τελικά απάντησαν στην ερώτηση (δηλαδή 165 στους συνολικά 207), σχεδόν οι μισοί (47,3%) θεωρούν την έλλειψη πρωτοκόλλων, ως το κυριότερο πρόβλημα που οδηγεί σε συγκρούσεις στο τμήμα/μονάδα. Στη συνέχεια, οι διατμηματικές σχέσεις φάνηκε να είναι το δεύτερο σε βαρύτητα πρόβλημα (18,2%). Με μικρή διαφορά από το προηγούμενο, αναφέρονται οι διαπροσωπικές σχέσεις εντός του τμήματος/μονάδας και ο τρόπος παροχής φροντίδας υγείας στον ασθενή με 17,6% και 17% αντίστοιχα.

Στο **Γράφημα 53**, δίνεται έμφαση στην επικρατούσα άποψη, σχετικά με το κυριότερο πρόβλημα, που οδηγεί σε συγκρούσεις το νοσηλευτικό προσωπικό.



ΓΡΑΦΗΜΑ 53. Κυριότερο πρόβλημα στο τμήμα/μονάδα που οδηγεί σε συγκρούσεις.

2.3.2. Β΄ ΜΕΡΟΣ – ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ Β

Τα ερωτηματολόγια Β τα συμπλήρωσαν όλοι οι νοσηλευτές, που είναι προϊστάμενοι-ες νοσηλευτικών τμημάτων ή μονάδων, τομέων και διεύθυνσης, δηλαδή συνολικά 34 άτομα. Τα ερωτηματολόγια Β δόθηκαν και συλλέχθηκαν μαζί με τα ερωτηματολόγια Α και για το λόγο αυτό δεν χρειάστηκε να ζητηθούν εκ νέου πληροφορίες που θα βοηθούσαν στον προσδιορισμό των δημογραφικών στοιχείων των προϊστάμενων (γιατί συμπεριλαμβάνονταν στο πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου Α). Από την ανάλυσή τους προέκυψαν τα εξής ευρήματα:

2.3.2.1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΩΝ ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΩΝ

☞ Ως προς το φύλο

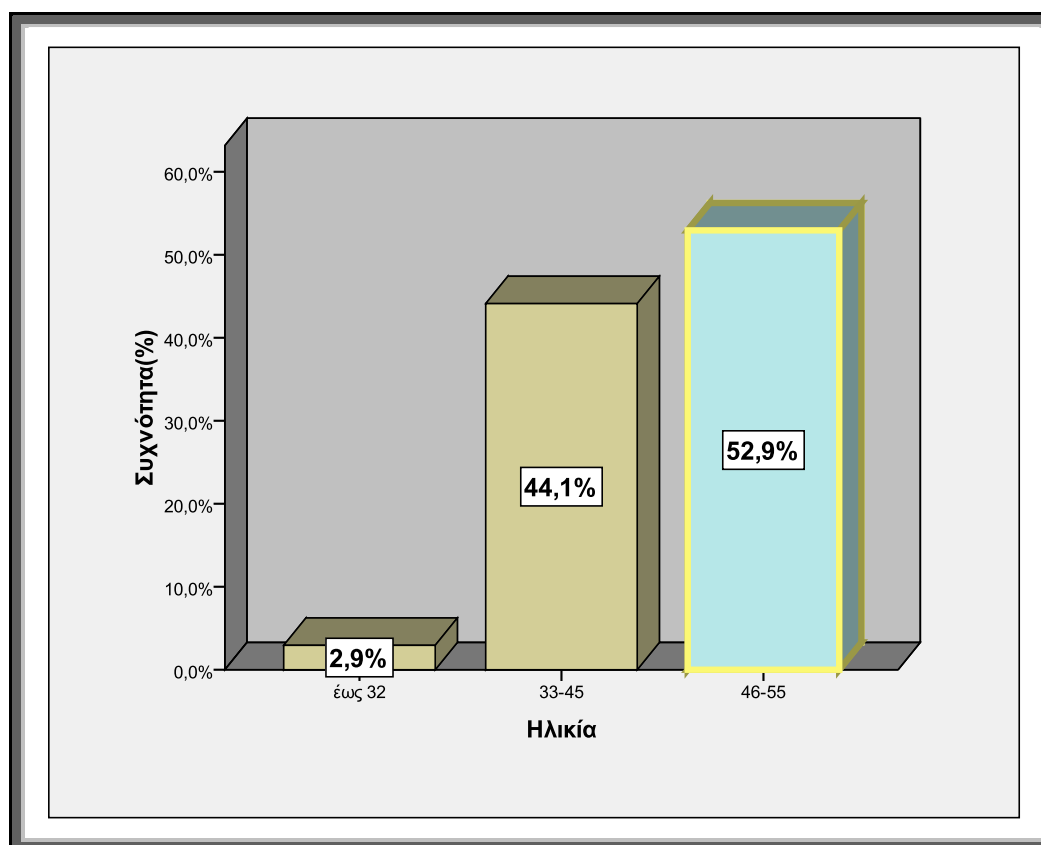
Το δείγμα αποτελείται από 34 γυναίκες. Δεν υπάρχει κανένας άντρας στο δείγμα.

☞ Ως προς την ηλικία

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
έως 32	1	2,9	2,9	2,9
33-45	15	44,1	44,1	47,1
46-55	18	52,9	52,9	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	34	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 57. Κατανομή των προϊσταμένων ως προς την ηλικία.

Όπως φαίνεται στον **Πίνακα 57**, το νοσηλευτικό προσωπικό του δείγματος μοιράζεται σε άτομα έως 32 ετών (2,9%), 33-45 ετών (44,1%) και 46-55ετών (52,9%). Η κατανομή του δείγματος ως προς την ηλικία απεικονίζεται στο **Γράφημα 54**, όπου τονίζεται η ηλικιακή ομάδα (46-55 ετών), που αντιπροσωπεύει και την επικρατούσα ηλικιακή ομάδα, στην οποία βρίσκονται λίγο περισσότερες από τις μισές προϊστάμενες (52,9%).



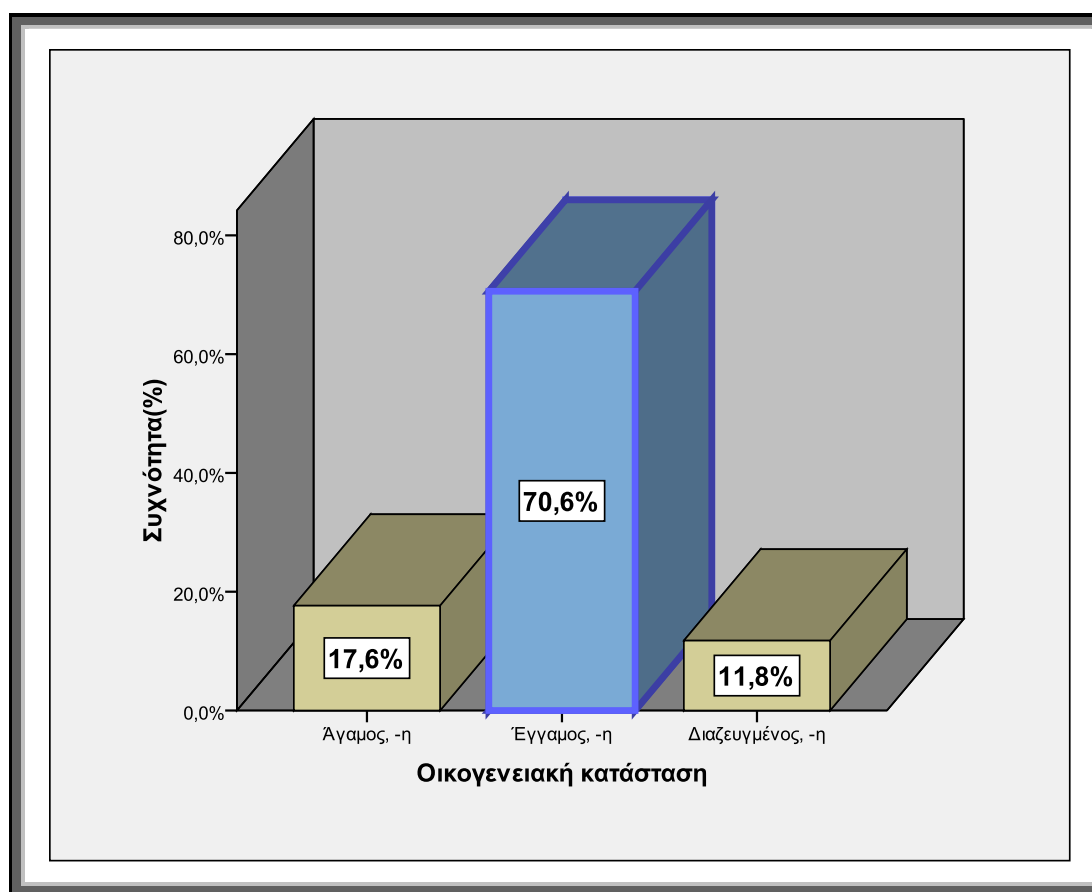
Γράφημα 54. Κατανομή των προϊσταμένων ως προς την ηλικία.

☞ Ως προς την οικογενειακή κατάσταση

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
Άγαμες	6	17,6	17,6	17,6
Έγγαμες	24	70,6	70,6	88,2
Διαζευγμένες	4	11,8	11,8	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	34	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 58. Κατανομή των προϊσταμένων ως προς την οικογενειακή κατάσταση.

Όπως φαίνεται στον **Πίνακα 58**, το νοσηλευτικό προσωπικό του δείγματος αποτελείται από άγαμες σε ποσοστό 17,6%, έγγαμες σε ποσοστό 70,6% και διαζευγμένες σε ποσοστό 11,8%. Η κατανομή του δείγματος ως προς την οικογενειακή κατάσταση απεικονίζεται στο **Γράφημα 55**, όπου δίνεται έμφαση στις έγγαμες προϊστάμενες που επικρατούν στο δείγμα (70,6%).



ΓΡΑΦΗΜΑ 55. Κατανομή των προϊσταμένων ως προς την οικογενειακή κατάσταση.

☞ Ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης

Όλες οι προϊστάμενες είναι Τεχνολογικής Εκπαίδευσης (Τ.Ε.).

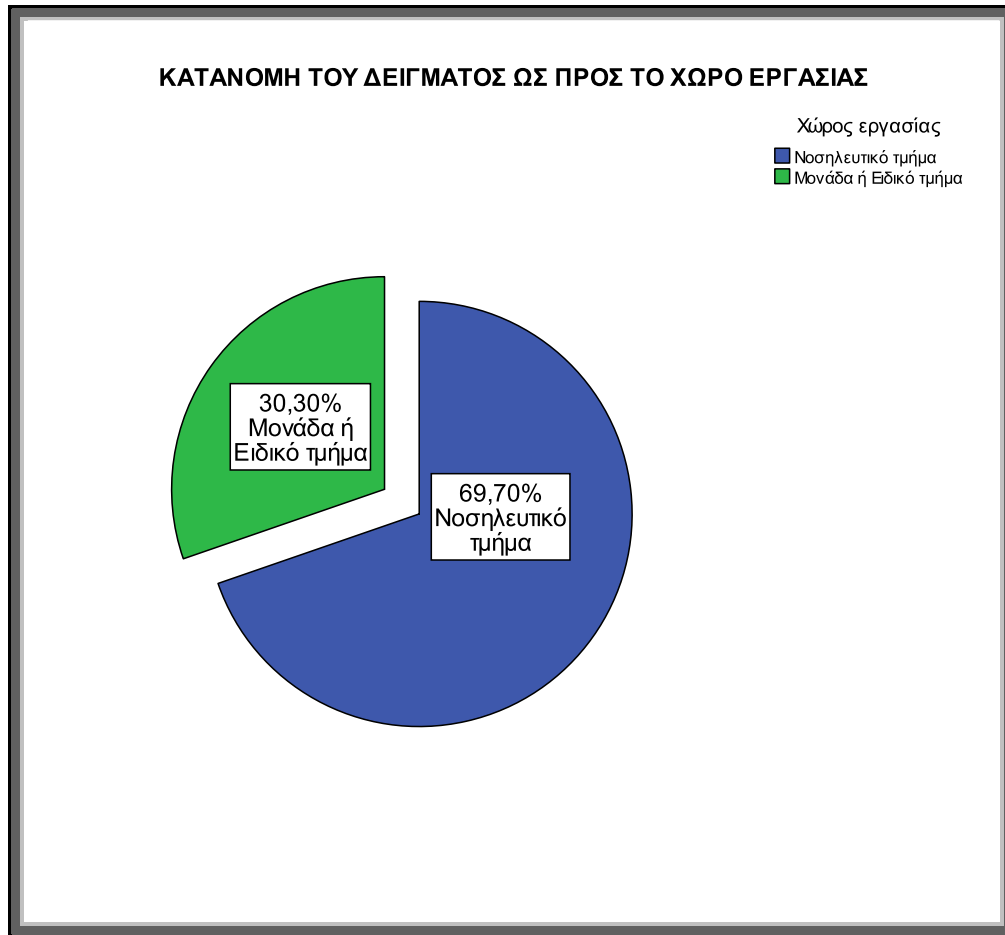
☞ Ως προς το χώρο εργασίας

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
Νοσηλευτικό τμήμα	23	67,6	69,7	69,7
Μονάδα ή Ειδικό τμήμα	10	29,4	30,3	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	33	97,1	100,0	
Missing 99	1	2,9		
ΣΥΝΟΛΟ	34	100,0		

ΠΙΝΑΚΑΣ 59. Κατανομή των προϊσταμένων ως προς το χώρο εργασίας.

Όπως φαίνεται στον **Πίνακα 59**, οι περισσότερες προϊστάμενες (69,7%) εργάζονται σε νοσηλευτικά τμήματα, ενώ οι υπόλοιπες, που αποτελούν το 30,3% του δείγματος, εργάζονται σε μονάδες ή ειδικά τμήματα. Να σημειωθεί ότι μία προϊσταμένη (ποσοστό 2,9% του δείγματος) δεν απάντησε σε αυτή την ερώτηση (Missing 99=1, δηλαδή καταχωρείται στο σύστημα ανάλυσης ως απύσα τιμή και φαίνεται στην πρώτη στήλη του Πίνακα 59). Πιθανόν δεν συμπληρώθηκε από βιασύνη στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ή απόσπαση της προσοχής των ερωτώμενων.

Στο **Γράφημα 56**, φαίνεται η κατανομή του δείγματος ως προς το χώρο εργασίας.



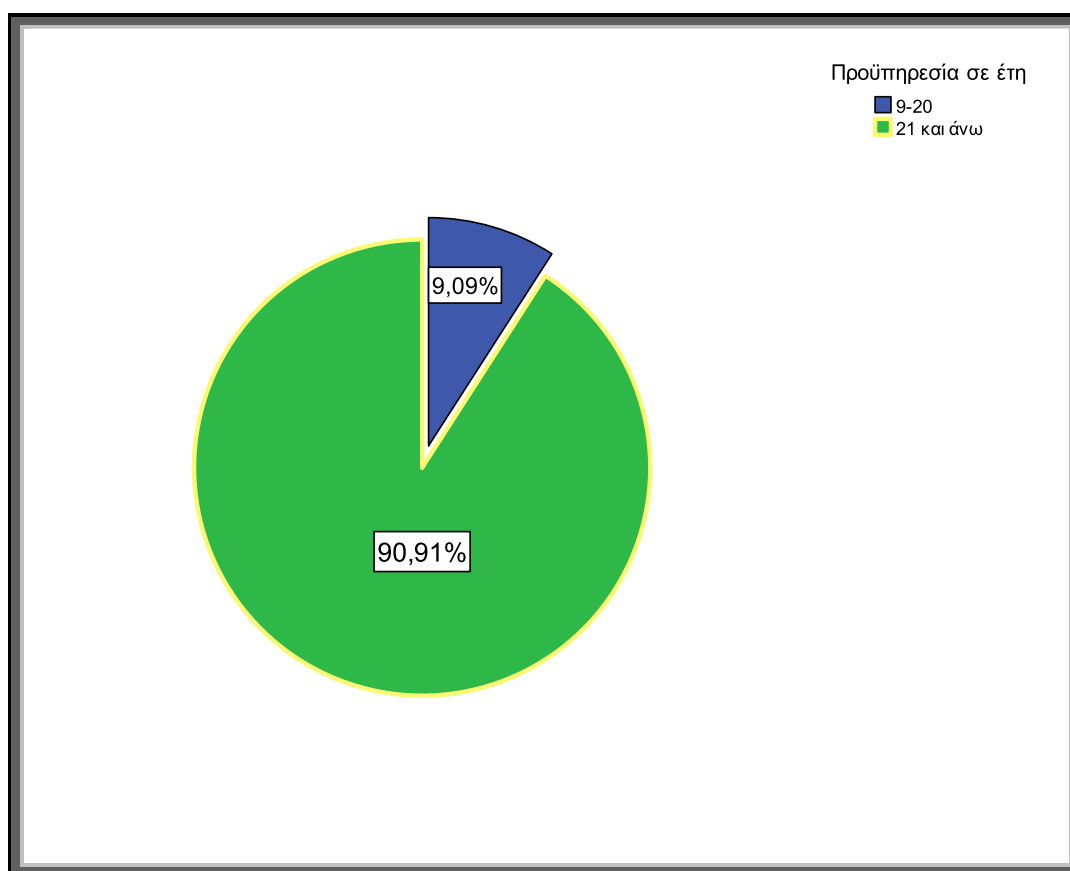
ΓΡΑΦΗΜΑ 56. Κατανομή των προϊσταμένων ως προς το χώρο εργασίας.

☞ Ως προς την προϋπηρεσία

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
9-20	3	8,8	9,1	9,1
21 και άνω	30	88,2	90,9	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	33	97,1	100,0	
Missing 99	1	2,9		
ΣΥΝΟΛΟ	34	100,0		

ΠΙΝΑΚΑΣ 60. Κατανομή των προϊσταμένων ως προς την προϋπηρεσία.

Όπως φαίνεται στον **Πίνακα 60**, οι περισσότερες προϊστάμενες (90,9%) έχουν προϋπηρεσία πάνω από 21 έτη, ενώ οι υπόλοιπες που αποτελούν το 9,1% του δείγματος, έχουν προϋπηρεσία έως 20 έτη. Να σημειωθεί ότι μία προϊσταμένη (ποσοστό 2,9% του δείγματος) δεν απάντησε σε αυτή την ερώτηση (Missing 99=1, δηλαδή καταχωρείται στο σύστημα ανάλυσης ως απύουσα τιμή και φαίνεται στην πρώτη στήλη του Πίνακα 60). Πιθανόν δεν συμπληρώθηκε από βιασύνη στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ή απόσπαση της προσοχής. Στο **Γράφημα 57** φαίνεται η κατανομή του δείγματος ως προς την προϋπηρεσία.



ΓΡΑΦΗΜΑ 57. Κατανομή των προϊσταμένων ως προς την προϋπηρεσία.

☞ **Ως προς τη θέση στην ιεραρχία**

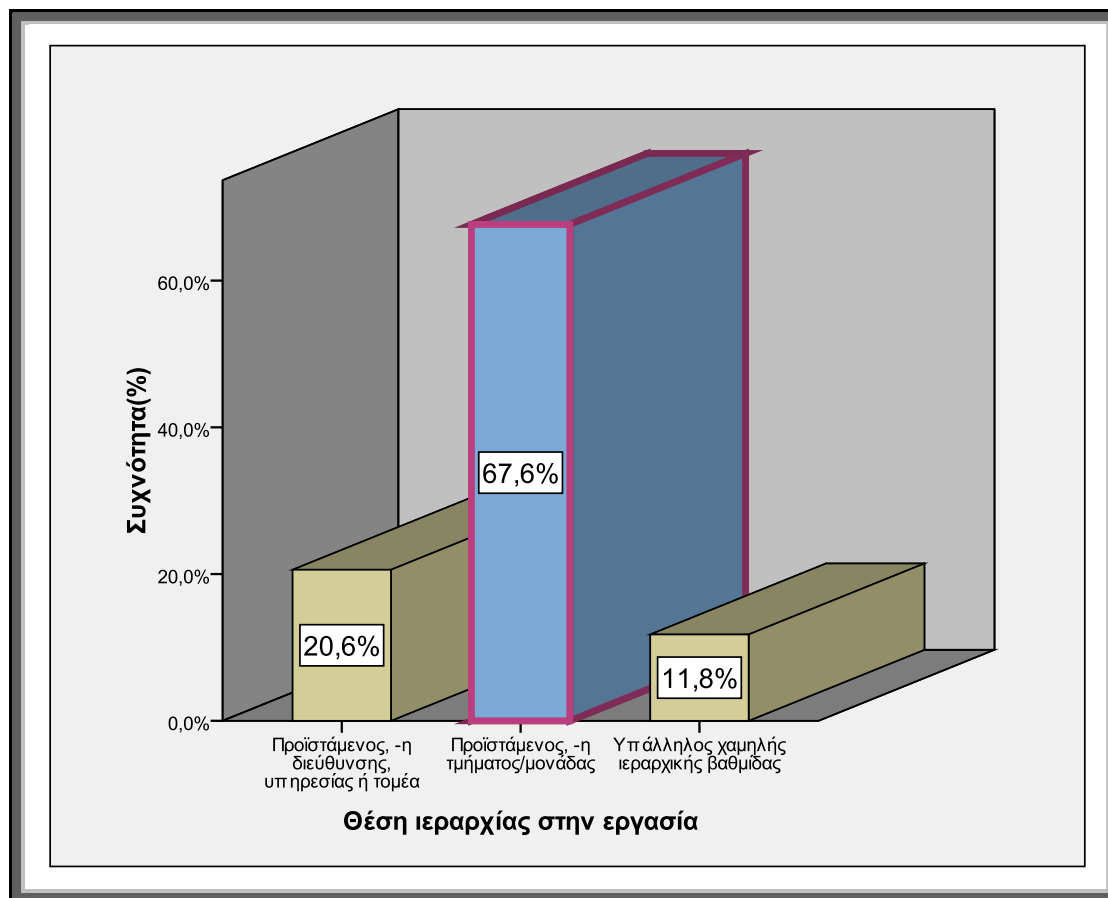
	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
Προϊστάμενος, -η διεύθυνσης, υπηρεσίας ή τομέα	7	20,6	20,6	20,6

Προϊστάμενος, -η τμήματος/μονάδας	23	67,6	67,6	88,2
Υπάλληλος χαμηλής ιεραρχικής βαθμίδας	4	11,8	11,8	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	34	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 61. Κατανομή των προϊσταμένων ως προς την ιεραρχία.

Όπως φαίνεται στον **Πίνακα 61**, οι περισσότερες (67,6%) είναι προϊστάμενες τμημάτων/μονάδων, ενώ το υπόλοιπο 20,6% του δείγματος είναι προϊστάμενες νοσηλευτικού τομέα ή διεύθυνσης. Στο δείγμα ωστόσο, υπάρχει και ένα μικρό ποσοστό (11,8%), που εκτελεί χρέη προϊσταμένης νοσηλευτικού τμήματος (λειτουργεί δηλαδή με ανάθεση καθηκόντων ή αντικαθιστά την προϊσταμένη), γιατί ακόμη δεν έχουν αξιολογηθεί επίσημα για τη θέση. Οπότε το ποσοστό αυτό εντάσσεται στην κατηγορία «υπάλληλοι χαμηλής βαθμίδας στην ιεραρχία», άσχετα από το ρόλο που έχει αναλάβει.

Στο **Γράφημα 58**, φαίνεται η κατανομή του δείγματος ως προς την ιεραρχία, με έμφαση στην επικρατούσα ομάδα (προϊστάμενες τμημάτων/μονάδων).



ΓΡΑΦΗΜΑ 58. Κατανομή των προϊσταμένων ως προς την ιεραρχία.

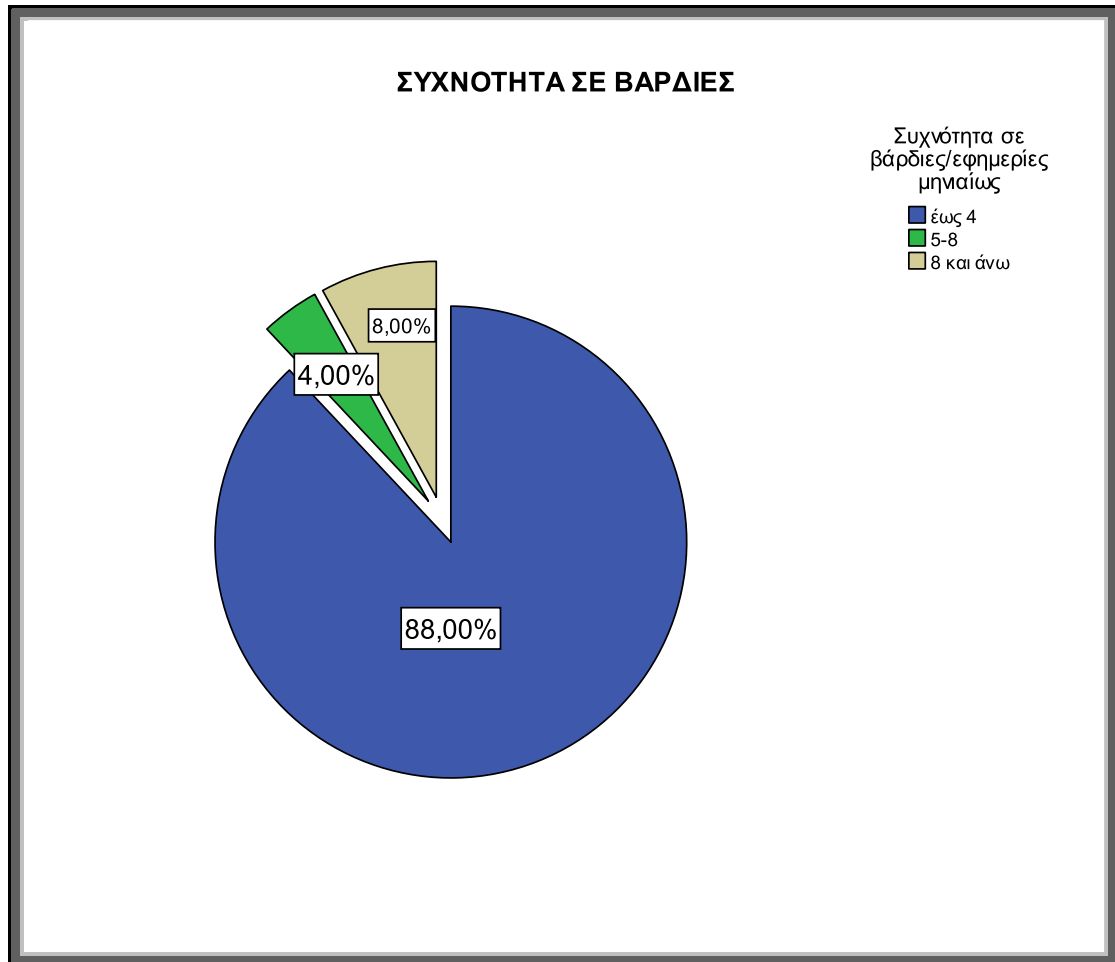
☞ Ως προς τη συχνότητα σε βάρδιες ή εφημερίες

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΕΓΚΥΡΟ ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ	ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
έως 4	22	64,7	88,0	88,0
5-8	1	2,9	4,0	92,0
8 και άνω	2	5,9	8,0	100,0
ΣΥΝΟΛΟ	25	73,5	100,0	
Missing 99	9	26,5		
ΣΥΝΟΛΟ	34	100,0		

ΠΙΝΑΚΑΣ 62. Κατανομή των προϊσταμένων ως προς τη συχνότητα σε βάρδιες ή εφημερίες.

Όπως φαίνεται στον **Πίνακα 62**, οι περισσότερες προϊστάμενες (88%) εκτελούν έως 4 βάρδιες μηνιαίως. Το υπόλοιπο 12% των προϊσταμένων εκτελεί περισσότερες από 5 βάρδιες το μήνα και πιο συγκεκριμένα το 4% (5-8 βάρδιες) και το 8% (περισσότερες από 8 βάρδιες). Είναι αναμενόμενο, οι μεγαλύτερες σε προϋπηρεσία που πιθανότατα συμπεριλαμβάνονται στο 88% του δείγματος να κάνουν και τις λιγότερες βάρδιες. Αυτές οι βάρδιες αφορούν κυρίως την ανάληψη ρόλου ως γενικής εφημερεύουσας του νοσοκομείου (δηλαδή ανάληψη ρόλου ως συντονιστικού οργάνου). Επίσης, αξίζει να αναφερθεί ότι στην ερώτηση αυτή, δεν απάντησαν 9 προϊστάμενες (ποσοστό 26,5%), πιθανότατα από αμέλεια.

Στο **Γράφημα 59**, φαίνεται η κατανομή της συχνότητας σε βάρδιες των προϊσταμένων.



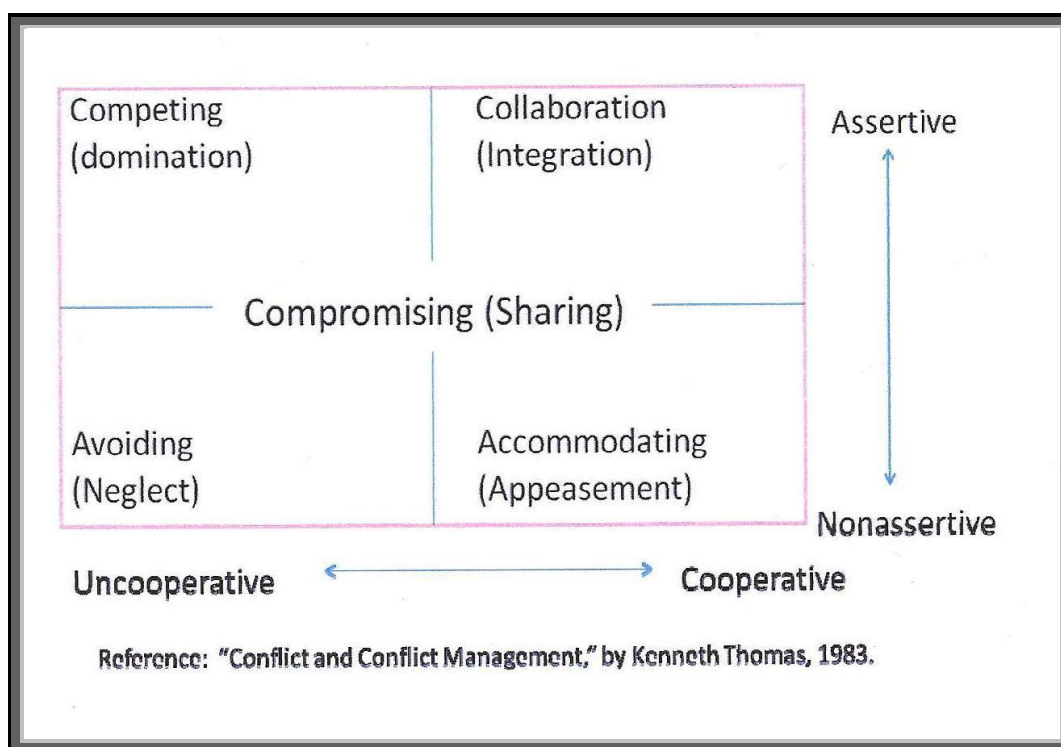
ΓΡΑΦΗΜΑ 59. Κατανομή των προϋσταμένων ως προς τη συχνότητα σε βάρδιες ή εφημερίες.

2.3.2.2. ΣΤΥΛ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ ΤΩΝ ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΩΝ

☞ Γενικά επεξηγηματικά στοιχεία για την ερμηνεία των αποτελεσμάτων

Για να γίνει κατανοητή με περισσότερη ευκολία η παρουσίαση της ανάλυσης των δεδομένων που ακολουθεί, κρίνεται απαραίτητο στο σημείο αυτό, να δοθούν μερικές επεξηγήσεις σχετικά με την ερμηνεία των στυλ διαχείρισης συγκρούσεων (όπως ακριβώς έχουν δοθεί από τον ερευνητή Robert Mark, που κατασκεύασε το ερωτηματολόγιο B). Στο **Σχήμα 5**, φαίνεται σαφώς το σκεπτικό του (βασίστηκε στον Kenneth Thomas) και ο τρόπος με τον οποίο ομαδοποίησε τα πέντε στυλ σε δύο διαφορετικές κατηγορίες στυλ: α) κατηγορηματικός – μη κατηγορηματικός (assertive – non assertive), β) συνεργάσιμος – μη συνεργάσιμος (cooperative – uncooperative), καθώς επίσης και το ενδιάμεσό τους στυλ, το συμβιβαστικό. Στη συγκεκριμένη ανάλυση, η

προσοχή εστιάζεται στην πρώτη κατηγοριοποίηση, δηλαδή κατηγορηματικός – μη κατηγορηματικός. Ο **κατηγορηματικός** (δηλαδή του ανταγωνισμού και της συνεργασίας), που επιθυμεί να ικανοποιεί προσωπικά ενδιαφέροντα και ο **μη κατηγορηματικός** (δηλαδή της αποφυγής και της εξυπηρέτησης) που επιθυμεί να ικανοποιεί τα ενδιαφέροντα των άλλων. Τέλος, υπάρχει και μία ενδιάμεση σε αυτά κατηγορία, που είναι το συμβιβαστικό στυλ διαχείρισης συγκρούσεων (compromising). Στο Παράρτημα Δ, δίνονται οι επεξηγήσεις του ερευνητή Robert Mark για τον υπολογισμό και την ερμηνεία των αποτελεσμάτων.



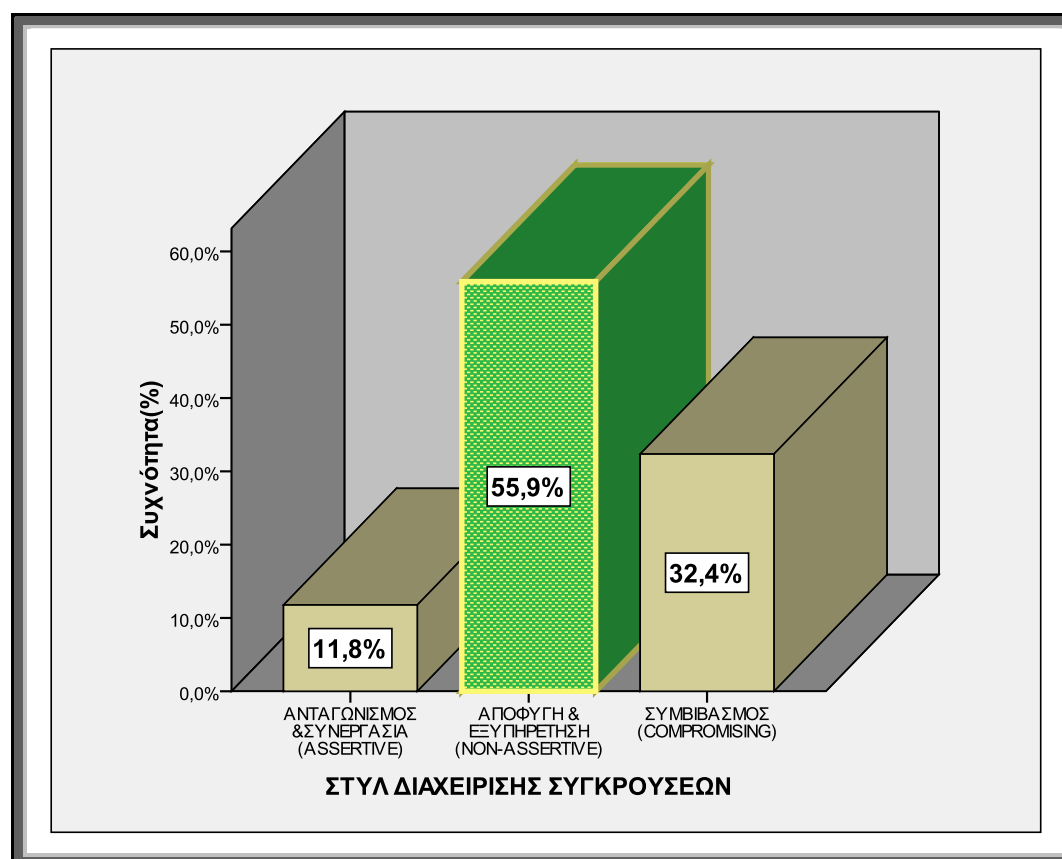
ΣΧΗΜΑ 5. Κατηγορίες στυλ για ερμηνεία ευρημάτων έρευνας από το ερωτηματολόγιο του ερευνητή Robert Mark (*Charge Nurse Leadership Development Program, 2006*).

☞ **Επιλογή του στυλ διαχείρισης συγκρούσεων των προϊσταμένων**

Στον Πίνακα 63, φαίνεται ότι πάνω από τις μισές νοσηλεύτριες μάνατζερ χρησιμοποιούν το **μη κατηγορηματικό στυλ**, δηλαδή της αποφυγής και εξυπηρέτησης (55,9%), ως μέθοδο διαχείρισης συγκρούσεων. Ακολουθεί το στυλ του **συμβιβασμού** (32,4%) και τέλος, οι λιγότερες προϊστάμενες (11,8%) χρησιμοποιούν το **κατηγορηματικό στυλ**, δηλαδή του ανταγωνισμού και της συνεργασίας. Στο **Γράφημα 60**, τονίζεται η επικρατούσα τάση στο στυλ διαχείρισης συγκρούσεων των Προϊσταμένων.

	Frequency	Percent	Valid Percent
ASSERTIVE	4	11,8	11,8
NON-ASSERTIVE	19	55,9	55,9
COMPROMISING	11	32,4	32,4
TOTAL	34	100,0	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 63. Στυλ Διαχείρισης συγκρούσεων των Προϊσταμένων (Nurse Managers).



ΓΡΑΦΗΜΑ 60. Κατανομή του στυλ διαχείρισης συγκρούσεων των μάνατζερ νοσηλευτριών

2.3.2.3. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ - ΔΙΑΣΤΑΥΡΩΣΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ (CROSSTABS)

☞ Επεξηγηματικά στοιχεία για την ερμηνεία των στατιστικών ελέγχων

Η διαδικασία Cross-tabs διαμορφώνει Πίνακες διπλής ή πολλαπλής εισόδου και παρέχει μία ποικιλία ελέγχων και μέτρων συσχέτισης μόνο για πίνακες διπλής εισόδου και ειδικά για ποιοτικές μεταβλητές (ονομαστικής και ιεραρχικής κλίμακας) (Δημητριάδης 2010). Μετά τους πίνακες διασταύρωσης, ακολουθεί **έλεγχος ανεξαρτησίας των μεταβλητών (test of independence)**, όπως για παράδειγμα, των μεταβλητών οικογενειακή κατάσταση και στυλ διαχείρισης, με τη χρήση του ελέγχου

Chi-Square (X^2), μέσα από τη βοήθεια του στατιστικού προγράμματος **SPSS 17**. Είναι ο πιο συνηθισμένος στατιστικός έλεγχος για την ανάλυση πινάκων διασταύρωσης ή συνάφειας με βάση δύο ονομαστικές μεταβλητές κατηγορίας. Ο έλεγχος X^2 ονομάζεται έλεγχος ανεξαρτησίας και η μηδενική υπόθεση του ελέγχου είναι ότι οι μεταβλητές που εξετάζονται είναι *ανεξάρτητες*, ενώ η εναλλακτική υπόθεση του ελέγχου είναι ότι οι μεταβλητές που εξετάζονται είναι *εξαρτημένες*. Η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο **0,05**. Στο τέλος, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου X^2 . Όλες οι τιμές “p” αναφέρονται σε στατιστική σημαντικότητα. Η ύπαρξη της στατιστικής σημαντικότητας σημαίνει πως οι παρατηρήσεις που έχουμε κάνει στο δείγμα μας, μπορούν να γενικευθούν στον πληθυσμό.

Για τον δείκτη **Pearson Chi-Square**, που εμφανίζεται στους πίνακες (**Chi-Square Tests**) θα μπορούσαμε να πούμε ότι γενικά εξασφαλίζει λίγες πληροφορίες, σχετικά με το πώς είναι συσχετισμένες ή πόσο ισχυρή είναι αυτή η συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών. Επίσης, το μέγεθος του X^2 εξαρτάται και από το μέγεθος του δείγματος που σαφώς τον επηρεάζει. Για ονομαστικά δεδομένα όμως, όπως αυτά που υπάρχουν στην παρούσα έρευνα, έχουμε τη **δυνατότητα χρήσης και άλλων δεικτών** (όπως Phi and Cramer’s V, Contingency coefficient, Lamda, Uncertainty coefficient).

☞ **Συσχετίσεις μεταβλητών (Crosstabs) από τα δημογραφικά στοιχεία με το στυλ διαχείρισης συγκρούσεων**

Φύλο * Στυλ διαχείρισης συγκρούσεων (Crosstabulation)

Δεν μπορεί να γίνει συσχέτιση με τη μεταβλητή **φύλο**, γιατί το δείγμα των προϊσταμένων αποτελείται αποκλειστικά από γυναίκες (100%), όπως έχει προαναφερθεί.

Οικογενειακή κατάσταση * Στυλ διαχείρισης συγκρούσεων (Crosstabulation)

Οικογενειακή κατάσταση * Στυλ διαχείρισης συγκρούσεων (Crosstabulation)

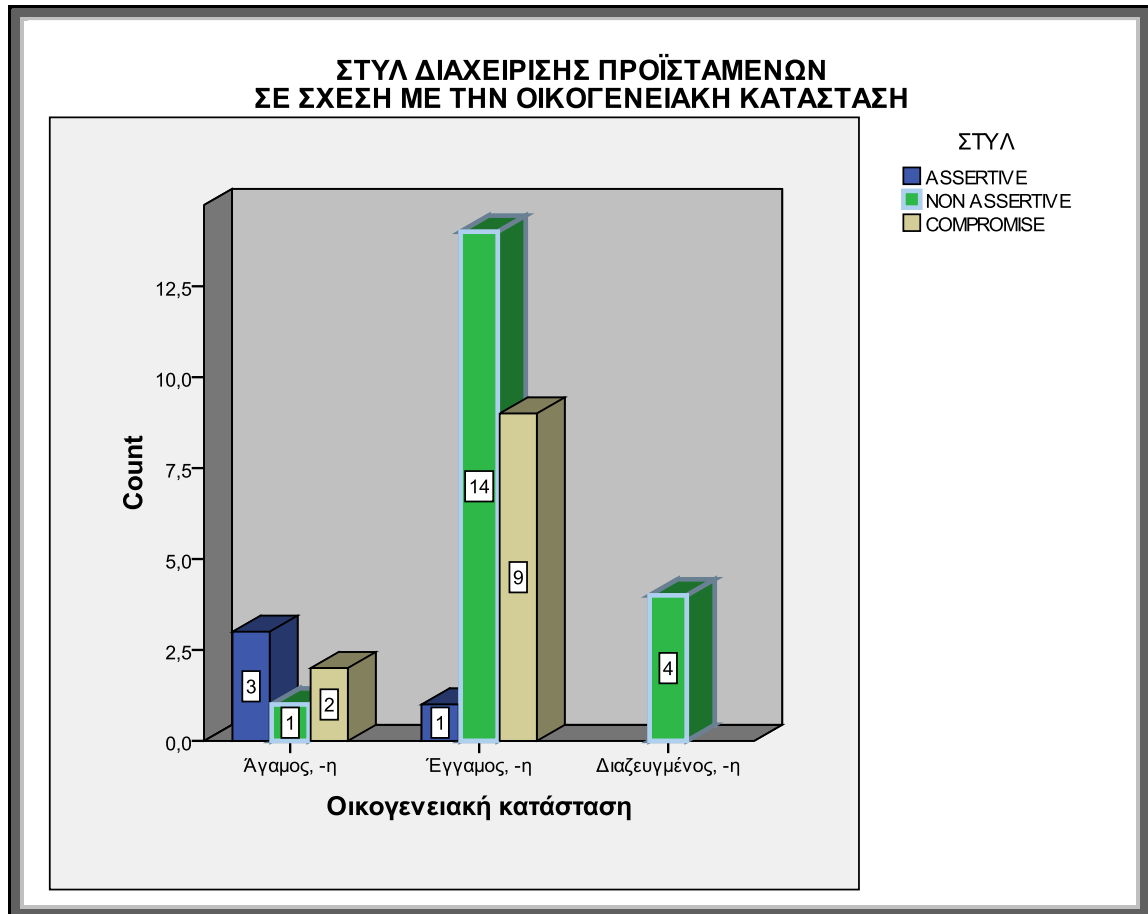
		ΣΤΥΛ διαχείρισης			Total
		Assertive	Non-assertive	Compro mise	
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμες Count	3	1	2	6
	% within Οικογεν. Κατ	50,0%	16,7%	33,3%	100,0%
	% within ΣΤΥΛ	75,0%	5,3%	18,2%	17,6%
	% of Total	8,8%	2,9%	5,9%	17,6%

Έγγαμες	Count	1	14	9	24
	% within Οικογεν. Κατ.	4,2%	58,3%	37,5%	100,0%
	% within ΣΤΥΛ	25,0%	73,7%	81,8%	70,6%
	% of Total	2,9%	41,2%	26,5%	70,6%
Διαζευγμένες	Count	0	4	0	4
	% within Οικογεν. Κατ	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	% within ΣΤΥΛ	,0%	21,1%	,0%	11,8%
	% of Total	,0%	11,8%	,0%	11,8%
Total	Count	4	19	11	34
	% within Οικογεν. Κατ	11,8%	55,9%	32,4%	100,0%
	% within ΣΤΥΛ	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	11,8%	55,9%	32,4%	100,0%

ΠΙΝΑΚΑΣ 64. Στυλ Διαχείρισης συγκρούσεων Προϊσταμένων Νοσηλευτριών σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση.

Στον **Πίνακα 64**, φαίνεται η συσχέτιση μεταξύ των ποιοτικών μεταβλητών ονομαστικής κλίμακας (nominal), οικογενειακή κατάσταση και στυλ διαχείρισης συγκρούσεων. Πιο συγκεκριμένα, μπορούμε να δούμε ότι οι μισές άγαμες προϊστάμενες, δηλαδή 3 στις 6 (50%), χρησιμοποιούν κυρίως τον κατηγορηματικό τύπο, οι έγγαμες χρησιμοποιούν τον μη κατηγορηματικό τύπο σε ποσοστό 58,3% (14 στις 24) και σε ποσοστό 37,5% (9 στις 24) το συμβιβαστικό στυλ. Τέλος, όλες οι διαζευγμένες προϊστάμενες χρησιμοποιούν το μη κατηγορηματικό στυλ (είναι τονισμένα με κόκκινο χρώμα στον Πίνακα 64). Οι έγγαμες και οι διαζευγμένες προϊστάμενες υιοθετούν πιθανόν αυτά τα στυλ διαχείρισης συγκρούσεων, γιατί η οικογενειακή συμβίωση επιβάλλει άτυπα (για να διατηρηθεί σε ισορροπία) συμβιβασμούς, υποχωρήσεις και ειλικρινές ενδιαφέρον για τις ανάγκες των άλλων.

Στο **Γράφημα 61**, φαίνεται το στυλ διαχείρισης συγκρούσεων των Προϊσταμένων Νοσηλευτριών σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση.



ΓΡΑΦΗΜΑ 61. Στυλ Διαχείρισης συγκρούσεων Προϊσταμένων Νοσηλευτριών σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση.

Στον **Πίνακα 65**, φαίνεται ο έλεγχος ανεξαρτησίας των μεταβλητών με X^2 . Αφού η τιμή $\text{Sig.}X^2 < 0,05$ ($\text{Sig.}X^2 = 0,008$), απορρίπτουμε την υπόθεση ανεξαρτησίας, σε επίπεδο σημαντικότητας 5%, και δεχόμαστε ότι οι μεταβλητές αυτές που εξετάστηκαν είναι εξαρτημένες (τιμή του ελέγχου $X^2 = 13,667$). Οπότε μπορούμε να πούμε ότι υπάρχει μια **στατιστικά σημαντική συσχέτιση** μεταξύ οικογενειακής κατάστασης και στυλ διαχείρισης συγκρούσεων ($X^2 = 13,67$, $df = 4$, $p = 0,008$).

Directional Measures

			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	,160	,137	1,087	,277
		Οικογ. Dependent	,200	,179	1,015	,310
		ΣΤΥΛ Dependent	,133	,124	1,015	,310

Goodman and Kruskal tau	Οικογ. Dependent	,191	,114		,013^e
	ΣΤΥΛ Dependent	,169	,068		,025^e
Uncertainty Coefficient	Symmetric	,216	,093	2,114	,012^d
	Οικογ. Dependent	,235	,100	2,114	,012^d
	ΣΤΥΛ Dependent	,200	,089	2,114	,012^d

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on chi-square approximation

d. Likelihood ratio chi-square probability.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,667^a	4	,008
Likelihood Ratio	12,820	4	,012
N of Valid Cases	34		

a. 7 cells (77,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,47.

ΠΙΝΑΚΕΣ 65 και 66. Έλεγχος ανεξαρτησίας (*test of independence*) των μεταβλητών: οικογενειακή κατάσταση και στυλ διαχείρισης συγκρούσεων, με X^2 και άλλες στατιστικές δοκιμασίες *Lambda, Goodman and Kruskal tau, Uncertainty Coefficient*.

Στον **Πίνακα 66**, επιβεβαιώνεται η σημαντικότητα της συσχέτισης των δύο μεταβλητών: οικογενειακής κατάστασης και στυλ διαχείρισης συγκρούσεων.

Ηλικία * Στυλ διαχείρισης συγκρούσεων (Crosstabulation)

Όπως φαίνεται στους **Πίνακες 67 και 68**, οι προϊστάμενες ηλικίας έως 32 ετών έχουν κατηγορηματικό στυλ διαχείρισης συγκρούσεων, 33-45 ετών όμως, υιοθετούν περισσότερο το μη κατηγορηματικό στυλ (9 σε σύνολο 15). Τέλος, αυτές που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 46-55 χρησιμοποιούν πιο πολύ επίσης, το μη κατηγορηματικό στυλ (10 σε σύνολο 18) και ως δεύτερη συχνότερη επιλογή τους έχουν το συμβιβαστικό στυλ (7 σε σύνολο 18). Οι επικρατούσες τάσεις φαίνονται με κόκκινο χρώμα (**Πίνακας 68**).

	ΣΤΥΛ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ			TOTAL
	ASSERTIVE	NON-ASSERTIVE	COMPROMISING	
ΗΛΙΚΙΑ έως 32	1	0	0	1
33-45	2	9	4	15
46-55	1	10	7	18
TOTAL	4	19	11	34

ΠΙΝΑΚΑΣ 67. Στυλ Διαχείρισης Προϊσταμένων σε σχέση με την ηλικία.

Ακολουθεί ο αναλυτικός Πίνακας 68 με τις σχετιζόμενες μεταβλητές:

Ηλικία * Στυλ διαχείρισης συγκρούσεων (Crosstabulation)

		ΣΤΥΛ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ			Total
		Assertive	Non-assertive	Compromise	
Ηλικία έως 32	Count	1	0	0	1
	% within Ηλικία	100,0%	,0%	,0%	100,0%
	% within ΣΤΥΛ	25,0%	,0%	,0%	2,9%
	% of Total	2,9%	,0%	,0%	2,9%
33-45	Count	2	9	4	15
	% within Ηλικία	13,3%	60,0%	26,7%	100,0%
	% within ΣΤΥΛ	50,0%	47,4%	36,4%	44,1%
	% of Total	5,9%	26,5%	11,8%	44,1%
46-55	Count	1	10	7	18
	% within Ηλικία	5,6%	55,6%	38,9%	100,0%
	% within ΣΤΥΛ	25,0%	52,6%	63,6%	52,9%
	% of Total	2,9%	29,4%	20,6%	52,9%
Total	Count	4	19	11	34
	% within Ηλικία	11,8%	55,9%	32,4%	100,0%
	% within ΣΤΥΛ	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	11,8%	55,9%	32,4%	100,0%

ΠΙΝΑΚΑΣ 68. Στυλ Διαχείρισης Προϊσταμένων Νοσηλευτριών σε σχέση με την ηλικία.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,555a	4	,073
Likelihood Ratio	5,472	4	,242
N of Valid Cases	34		

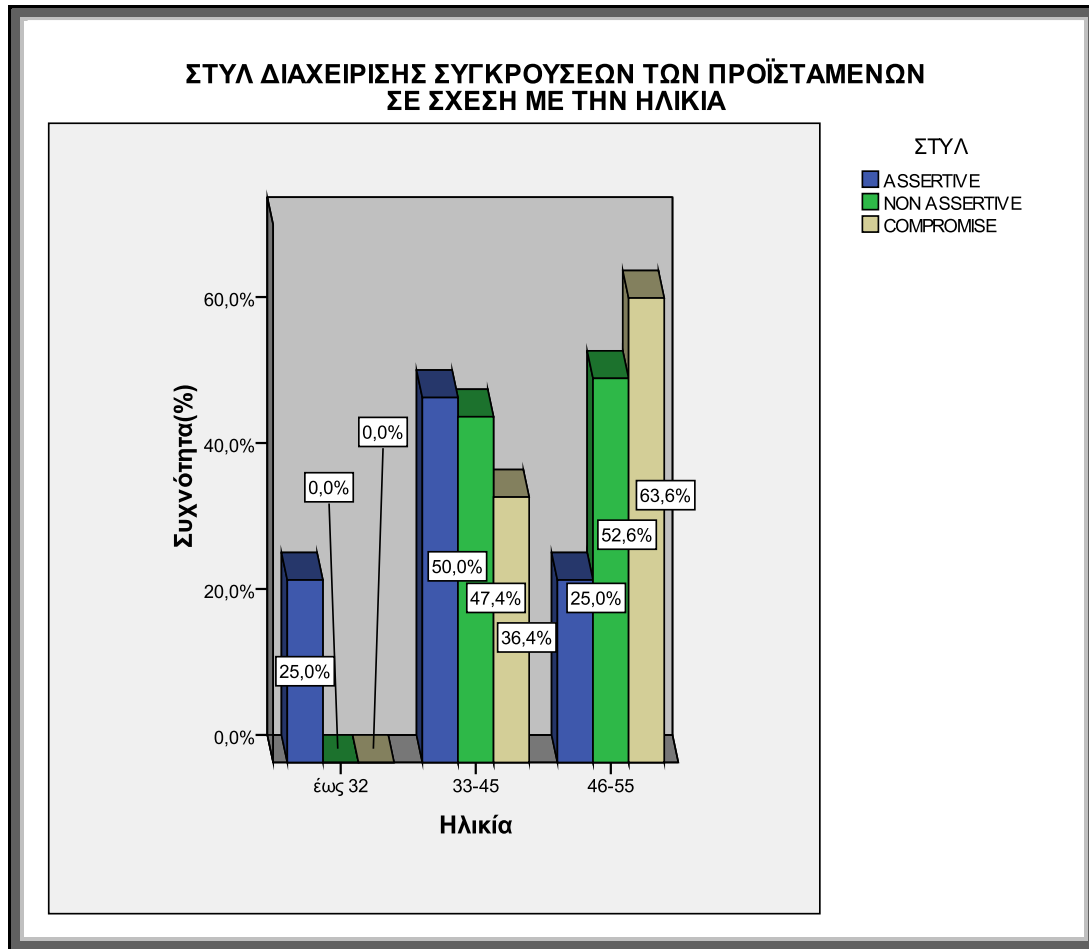
a. 6 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,12.

ΠΙΝΑΚΑΣ 69. Έλεγχος ανεξαρτησίας (test of independence) των μεταβλητών: ηλικία και στυλ διαχείρισης συγκρούσεων

Ο Πίνακας 69 δείχνει τον έλεγχο ανεξαρτησίας των μεταβλητών που εξετάζονται.

Αφού η τιμή $\text{Sig.}X^2 > 0,05$ ($\text{Sig.}X^2 = 0,073$), δεν έχουμε βάσιμους λόγους να απορρίψουμε την υπόθεση ανεξαρτησίας, σε επίπεδο σημαντικότητας 5%, και δεχόμαστε ότι οι μεταβλητές αυτές που εξετάστηκαν είναι ανεξάρτητες (τιμή του ελέγχου $X^2 = 8,55$). Οπότε μπορούμε να πούμε, ότι δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και στυλ διαχείρισης συγκρούσεων των Προϊσταμένων ($X^2 = 8,555$, $df = 4$, $p = 0,073$).

Στο Γράφημα 62, φαίνεται ότι υπερισχύει το μη κατηγορηματικό στυλ στις δύο μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες με βάση την ποσοστιαία συχνότητα (%) (και είναι οι πράσινοι ράβδοι). Τα παραπάνω ευρήματα είναι αναμενόμενα, γιατί οι μεγαλύτεροι σε ηλικία προϊστάμενοι αποφεύγουν την ένταση και την αναστάτωση των προστριβών, σε αντίθεση με τους νεαρότερους, που επιθυμούν να διεκδικούν τα συμφέροντά τους με δυναμικότερο τρόπο.



ΓΡΑΦΗΜΑ 62. Στυλ Διαχείρισης συγκρούσεων Προϊσταμένων Νοσηλευτριών σε σχέση με την ηλικία.

Επίπεδο Εκπαίδευσης * Στυλ διαχείρισης συγκρούσεων (Crosstabulation)

Δεν μπορεί να γίνει συσχέτιση με τη μεταβλητή επίπεδο εκπαίδευσης, γιατί το δείγμα αποτελείται από προϊστάμενες μόνο Τεχνολογικής Εκπαίδευσης (Τ.Ε.), όπως έχει προαναφερθεί.

Χώρος εργασίας * Στυλ διαχείρισης συγκρούσεων (Crosstabulation)

Στον **Πίνακα 70**, φαίνεται ότι οι μισές σχεδόν προϊστάμενες (11 σε σύνολο 23) που εργάζονται σε νοσηλευτικά τμήματα έχουν μη κατηγορηματικό στυλ (ποσοστό 47,8%), αλλά και εκείνες που εργάζονται στα ειδικά τμήματα ή μονάδες προτιμούν το ίδιο στυλ στην πλειοψηφία τους (70%). Κατά πολύ μεγάλο ποσοστό (39,1%), οι προϊστάμενες που εργάζονται σε νοσηλευτικά τμήματα προτιμούν το συμβιβαστικό στυλ, ως δεύτερο σε συχνότητα στυλ διαχείρισης συγκρούσεων.

Τα κυριότερα ευρήματα είναι τονισμένα με κόκκινο χρώμα (**Πίνακας 70**).

Χώρος εργασίας * Στυλ διαχείρισης συγκρούσεων (Crosstabulation)

			ΣΤΥΛ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ			Total
			Assertive	Non-Assertive	Compro mise	
Χώρος εργασίας	Νοσηλευτικό τμήμα	Count	3	11	9	23
		% within Χώρος	13,0%	47,8%	39,1%	100,0%
		% within ΣΤΥΛ	75,0%	61,1%	81,8%	69,7%
		% of Total	9,1%	33,3%	27,3%	69,7%
	Μονάδα ή Ειδικό τμήμα	Count	1	7	2	10
		% within Χώρος	10,0%	70,0%	20,0%	100,0%
		% within ΣΤΥΛ	25,0%	38,9%	18,2%	30,3%
% of Total		3,0%	21,2%	6,1%	30,3%	
Total	Count	4	18	11	33	
	% within Χώρος	12,1%	54,5%	33,3%	100,0%	
	% within ΣΤΥΛ	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	12,1%	54,5%	33,3%	100,0%	

ΠΙΝΑΚΑΣ 70. Στυλ Διαχείρισης συγκρούσεων Προϊσταμένων Νοσηλευτριών σε σχέση με το χώρο εργασίας.

Chi-Square Tests

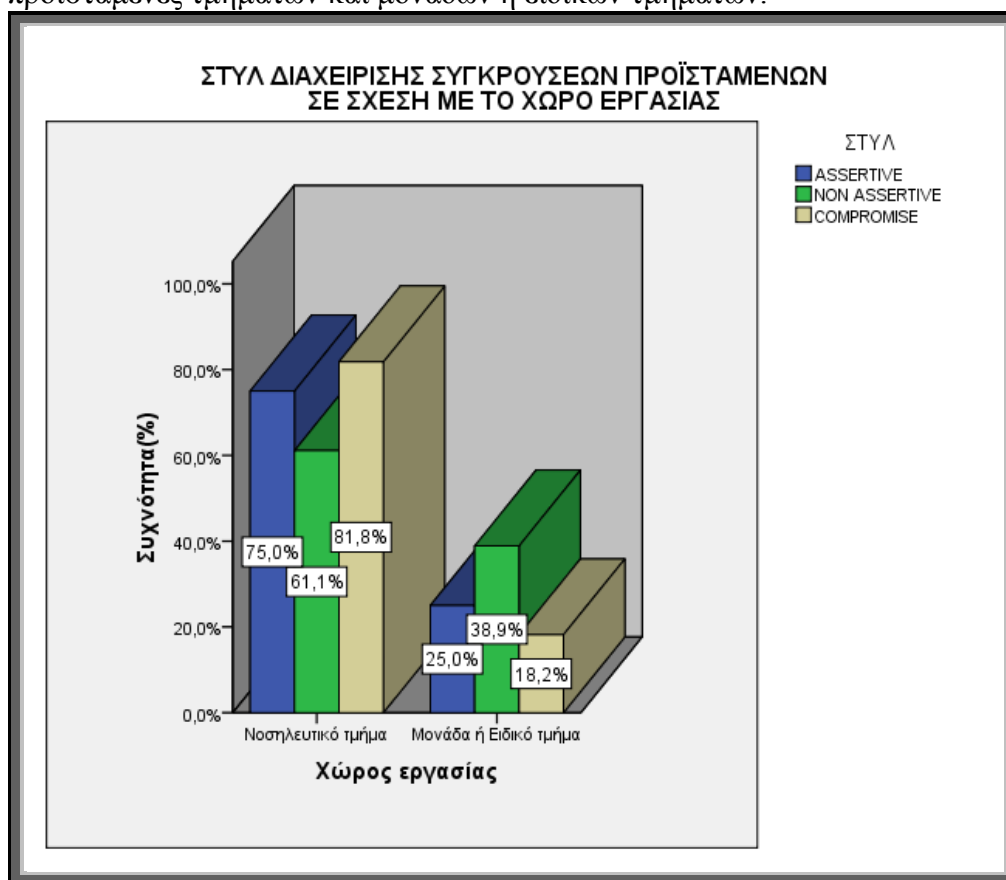
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,447a	2	,485
Likelihood Ratio	1,498	2	,473
N of Valid Cases	33		

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,21.

ΠΙΝΑΚΑΣ 71. Έλεγχος ανεξαρτησίας (test of independence) των μεταβλητών: χώρος εργασίας και στυλ διαχείρισης συγκρούσεων.

Σύμφωνα με τον **Πίνακα 71**, η τιμή $\text{Sig. } X^2 > 0,05$ ($\text{Sig. } X^2 = 0,485$), δεν έχουμε βάσιμους λόγους να απορρίψουμε την υπόθεση ανεξαρτησίας, σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%, και δεχόμαστε ότι οι μεταβλητές αυτές που εξετάστηκαν είναι ανεξάρτητες (τιμή του ελέγχου $X^2 = 1,45$). Οπότε, μπορούμε να πούμε ότι δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ χώρου εργασίας και στυλ διαχείρισης συγκρούσεων των Προϊσταμένων ($X^2 = 1,45$, $df = 2$, $p = 0,485$).

Στον **Γράφημα 63**, φαίνεται η κατανομή του στυλ διαχείρισης συγκρούσεων στις προϊστάμενες τμημάτων και μονάδων ή ειδικών τμημάτων.



ΓΡΑΦΗΜΑ 63. Στυλ Διαχείρισης συγκρούσεων Προϊσταμένων Νοσηλευτριών σε σχέση με το χώρο εργασίας.

Προϋπηρεσία * Στυλ διαχείρισης συγκρούσεων (Crosstabulation)

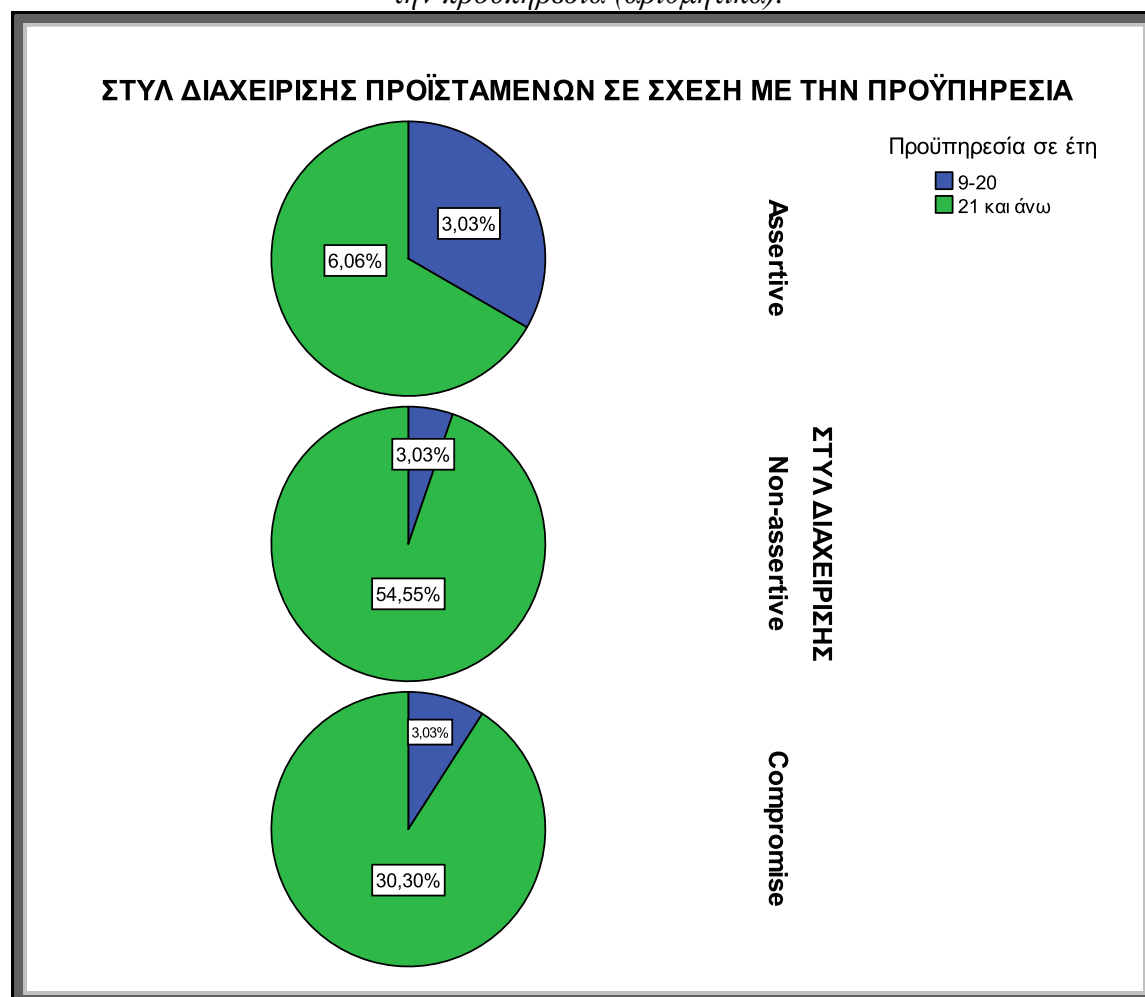
Στον **Πίνακα 72** και στο **Γράφημα 64** που ακολουθούν, φαίνεται η αναλογία του στυλ διαχείρισης συγκρούσεων σε σχέση με την προϋπηρεσία, αριθμητικά και ποσοστιαία (%) αντίστοιχα. Υπάρχει μία απύσχα τιμή στα δεδομένα, για το λόγο αυτό στο σύνολο αναφέρονται 33 προϊστάμενες. Φαίνεται ότι το λιγότερο χρησιμοποιούμενο στυλ είναι το κατηγορηματικό, που το υιοθετούν μόνο 1 στις 3 προϊστάμενες με 9-20 έτη προϋπηρεσίας και 2 στις 30 προϊστάμενες με περισσότερα από 21 έτη προϋπηρεσίας. Το πιο συνηθισμένο στυλ των προϊσταμένων σε σχέση με την προϋπηρεσία είναι το μη κατηγορηματικό, που το υιοθετούν οι προϊστάμενες με περισσότερα από 21 έτη προϋπηρεσίας (18 στις 30). Οι ίδιες προϊστάμενες προτιμούν σε μεγάλη επίσης συχνότητα (10 στις 30) το συμβιβαστικό στυλ. Οι προϊστάμενες με μεγαλύτερης διάρκειας προϋπηρεσία, αντιστοιχούν σχεδόν πάντα στα μεγαλύτερα σε ηλικία άτομα.

Για το λόγο αυτό, ίσως και να είναι πιο ήπια και κατευναστικά στη διαχείριση των συγκρούσεων.

Προϋπηρεσία σε έτη * Στυλ διαχείρισης συγκρούσεων (Crosstabulation)

	ΣΤΥΛ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ			Total
	Assertive	Non-assertive	Compromise	
Προϋπηρεσία 9-20	1	1	1	3
21 και άνω	2	18	10	30
Total	3	19	11	33

ΠΙΝΑΚΑΣ 72. Στυλ Διαχείρισης συγκρούσεων Προϊσταμένων Νοσηλευτριών σε σχέση με την προϋπηρεσία (αριθμητικά).



ΓΡΑΦΗΜΑ 64. Στυλ Διαχείρισης συγκρούσεων Προϊσταμένων Νοσηλευτριών σε σχέση με την προϋπηρεσία (ποσοστιαία %).

Σύμφωνα με τον Πίνακα 73, η τιμή $\text{Sig.}X^2 > 0,05$ ($\text{Sig.}X^2 = 0,291$) και δεν έχουμε βάσιμους λόγους να απορρίψουμε την υπόθεση ανεξαρτησίας, σε επίπεδο σημαντικότητας 5%, οπότε δεχόμαστε ότι οι μεταβλητές αυτές που εξετάστηκαν είναι ανεξάρτητες (τιμή του ελέγχου $X^2 = 2,47$). Μπορούμε να πούμε ότι δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ προϋπηρεσίας και στυλ διαχείρισης συγκρούσεων ($X^2 = 2,47$, $df = 2$, $p = 0,291$).

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,470a	2	,291
Likelihood Ratio	1,750	2	,417
N of Valid Cases	33		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,27.

ΠΙΝΑΚΑΣ 73. Έλεγχος ανεξαρτησίας (test of independence) των μεταβλητών:
προϋπηρεσία και στυλ διαχείρισης συγκρούσεων

Θέση στην ιεραρχία * Στυλ διαχείρισης συγκρούσεων (Crosstabulation)

Θέση στην ιεραρχία * Στυλ διαχείρισης συγκρούσεων (Crosstabulation)

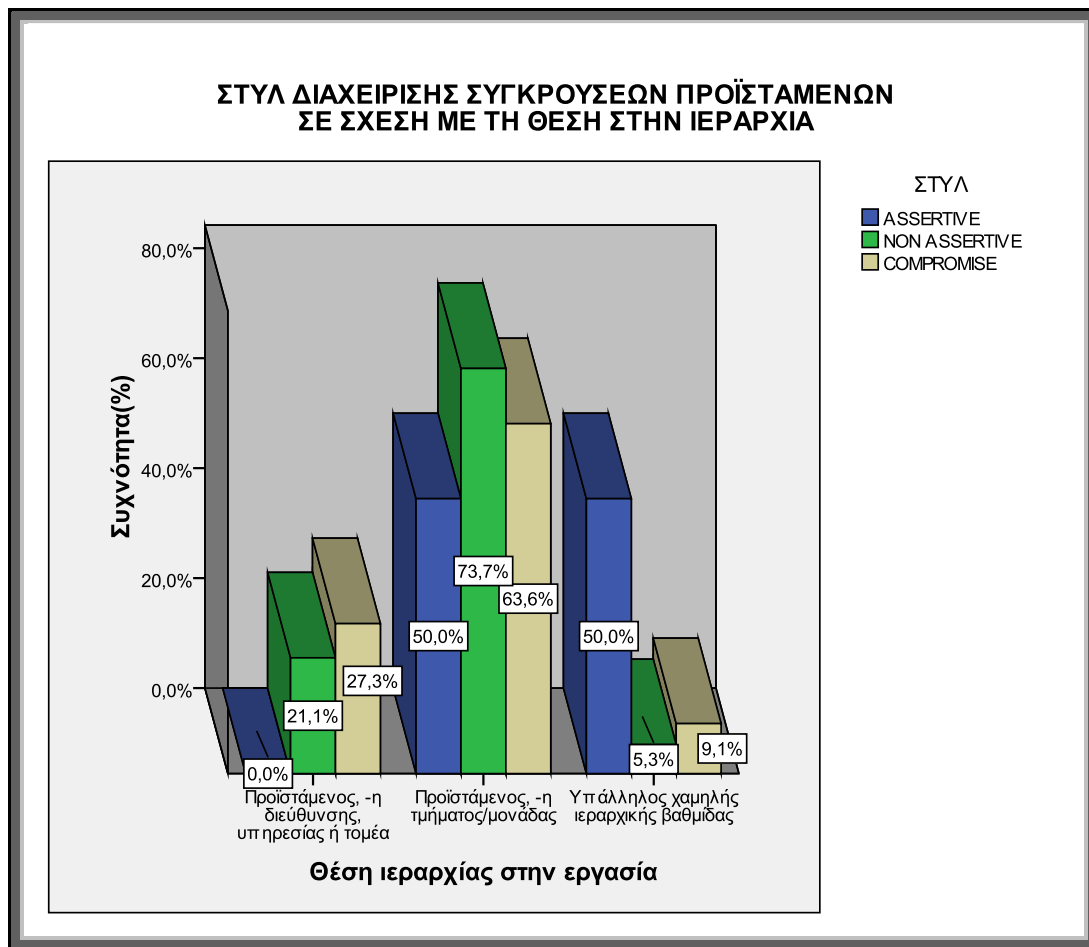
		ΣΤΥΛ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ			Total
		Assertive	Non-Assertive	Compro mise	
Θέση ιεραρχίας -η διεύθυνσης, υπηρεσίας ή τομέα	Προϊστάμενος, Count	0	4	3	7
	% within Θέση Ιε	0,0%	57,1%	42,9%	100,0%
	% within ΣΤΥΛ	0,0%	21,1%	27,3%	20,6%
	% of Total	0,0%	11,8%	8,8%	20,6%
-η τμήματος/μονά δας	Προϊστάμενος, Count	2	14	7	23
	% within Θέση Ιε	8,7%	60,9%	30,4%	100,0%
	% within ΣΤΥΛ	50,0%	73,7%	63,6%	67,6%
	% of Total	5,9%	41,2%	20,6%	67,6%

Υπάλληλος χαμηλής ιεραρχικής βαθμίδας	Count	2	1	1	4
	% within Θέση	50,0%	25,0%	25,0%	100,0%
	% within ΣΤΥΛ	50,0%	5,3%	9,1%	11,8%
	% of Total	5,9%	2,9%	2,9%	11,8%
Total	Count	4	19	11	34
	% within Θέση	11,8%	55,9%	32,4%	100,0%
	% within ΣΤΥΛ	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	11,8%	55,9%	32,4%	100,0%

ΠΙΝΑΚΑΣ 74. Στυλ Διαχείρισης συγκρούσεων Προϊσταμένων Νοσηλευτριών σε σχέση με τη θέση στην ιεραρχία.

Στον **Πίνακα 74**, φαίνεται ότι οι μισές υπάλληλοι χαμηλής ιεραρχικής βαθμίδας (που έχουν το ρόλο ως αναπληρώτριες προϊστάμενες) προτιμούν το κατηγορηματικό στυλ διαχείρισης συγκρούσεων (2 στις 4). Στην πλειοψηφία τους (60,9%) οι προϊστάμενες τμημάτων/μονάδων προτιμούν το μη κατηγορηματικό στυλ και ως δεύτερο σε συχνότητα (30,4%) το συμβιβαστικό στυλ. Τέλος, οι τομεάρχες (υποδιευθύντριες - διευθυντές νοσηλευτές) προτιμούν το μη κατηγορηματικό στυλ και το συμβιβαστικό σε ποσοστό 57,1% και 42,9% αντίστοιχα. Τα υψηλόβαθμα στελέχη της νοσηλευτικής διοίκησης πιθανότατα να προτιμούν να συμβιβάζονται, ως αναγκαιότητα σε δύσκολες συνθήκες (δεδομένου των πολλών και μεγάλων αλλαγών που συμβαίνουν στο νοσοκομειακό χώρο και ευρύτερα στο χώρο της υγείας), προκειμένου να αποτρέπουν εντάσεις και δυσλειτουργίες.

Στο **Γράφημα 65**, αποτυπώνεται το στυλ διαχείρισης συγκρούσεων των Προϊσταμένων Νοσηλευτριών σε σχέση με τη θέση τους στην ιεραρχία.



ΓΡΑΦΗΜΑ 65. Στυλ Διαχείρισης συγκρούσεων Προϊσταμένων Νοσηλευτριών σε σχέση με τη θέση στην ιεραρχία.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,097a	4	,131
Likelihood Ratio	5,858	4	,210
N of Valid Cases	34		

a. 7 cells (77,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,47.

ΠΙΝΑΚΑΣ 75. Έλεγχος ανεξαρτησίας (test of independence) των μεταβλητών: θέση στην ιεραρχία και στυλ διαχείρισης συγκρούσεων.

Σύμφωνα με τον Πίνακα 75, η τιμή $Sig.X^2 > 0,05$ ($Sig.X^2 = 0,131$) και έτσι δεν έχουμε βάσιμους λόγους να απορρίψουμε την υπόθεση ανεξαρτησίας, σε επίπεδο σημαντικότητας 5% και δεχόμαστε ότι αυτές οι μεταβλητές που εξετάστηκαν είναι

ανεξάρτητες (τιμή του ελέγχου $X^2 = 7,097$). Οπότε μπορούμε να πούμε ότι δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ θέσης στην ιεραρχία και στυλ διαχείρισης συγκρούσεων των Προϊσταμένων ($X^2 = 7,097$, $df = 4$, $p = 0,131$). Στον Πίνακα 75, φαίνεται ο έλεγχος ανεξαρτησίας των μεταβλητών που εξετάζονται.

Βάρδιες/μήνα * Στυλ διαχείρισης συγκρούσεων (Crosstabulation)

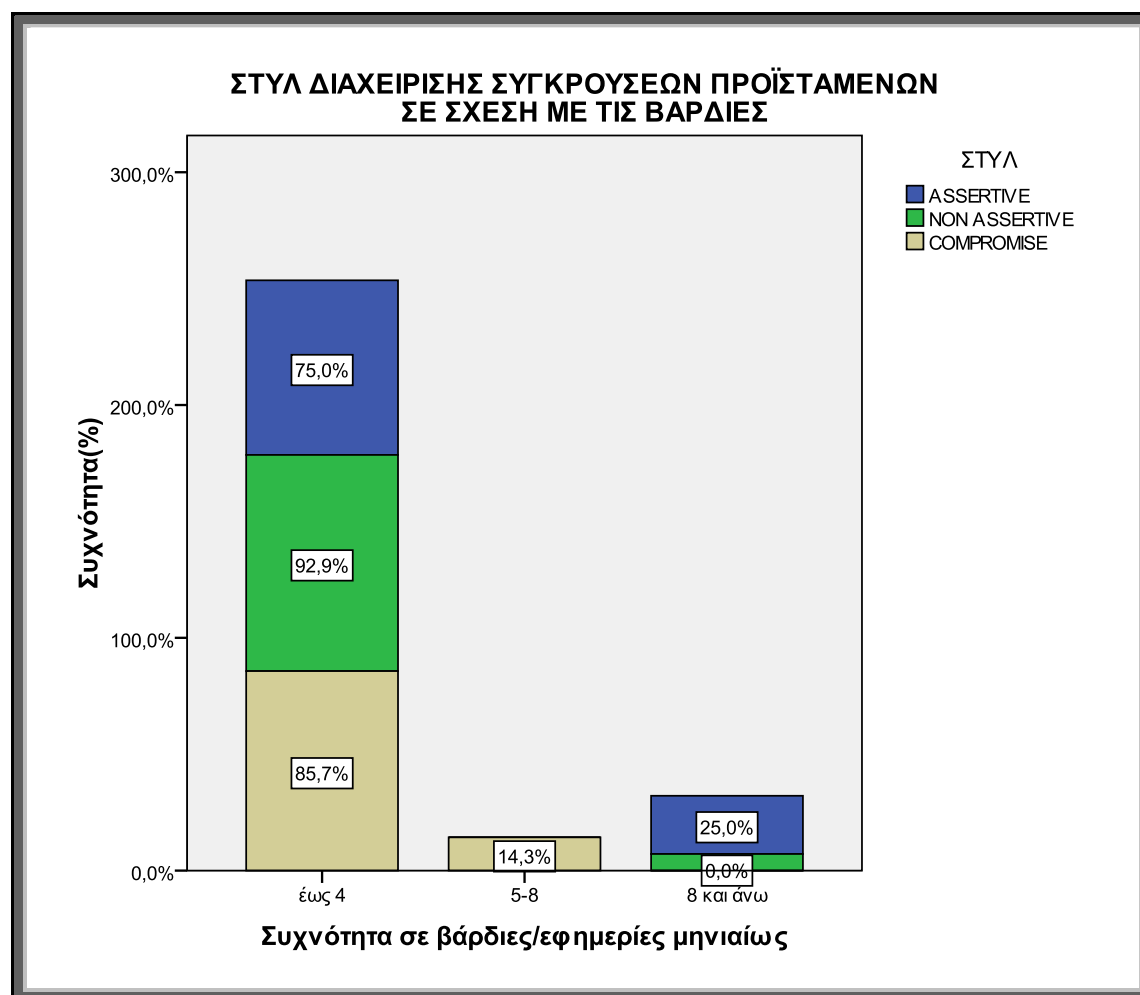
Συχνότητα σε βάρδιες/ μήνα * Στυλ Διαχείρισης συγκρούσεων Crosstabulation

			ΣΤΥΛ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ			Total
			Assertive	Non-Assertive	Compromise	
Συχνότητα σε βάρδιες	έως 4	Count	3	13	6	22
		% within βάρδιες	13,6%	59,1%	27,3%	100,0%
		% within ΣΤΥΛ	75,0%	92,9%	85,7%	88,0%
		% of Total	12,0%	52,0%	24,0%	88,0%
	5-8	Count	0	0	1	1
		% within βάρδιες	,0%	,0%	100,0%	100,0%
		% within ΣΤΥΛ	,0%	,0%	14,3%	4,0%
		% of Total	,0%	,0%	4,0%	4,0%
	8 και άνω	Count	1	1	0	2
		% within βάρδιες	50,0%	50,0%	,0%	100,0%
		% within ΣΤΥΛ	25,0%	7,1%	,0%	8,0%
		% of Total	4,0%	4,0%	,0%	8,0%
Total	Count	4	14	7	25	
	% within βάρδιες	16,0%	56,0%	28,0%	100,0%	
	% within ΣΤΥΛ	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	16,0%	56,0%	28,0%	100,0%	

ΠΙΝΑΚΑΣ 76. Στυλ Διαχείρισης συγκρούσεων Προϊσταμένων Νοσηλευτριών σε σχέση με τη συχνότητα βαρδιών - εφημεριών μηνιαίως.

Όπως φαίνεται στον **Πίνακα 76**, οι περισσότερες προϊστάμενες (13 στις 22) που κάνουν έως 4 βάρδιες το μήνα, προτιμούν το μη κατηγορηματικό στυλ διαχείρισης συγκρούσεων (59,1%) και ως δεύτερο το συμβιβαστικό (27,3%). Αυτό συμβαίνει πιθανότατα γιατί αυτή η κατηγορία ταυτίζεται με τις τομεάρχες – διευθυντές που, όπως έχει προαναφερθεί, έχουν την τάση να διαχειρίζονται τις συγκρούσεις μέσα από πιο ήπιους τόνους. Στην κατηγορία «πάνω από 8 βάρδιες το μήνα», έχουμε αλλαγή στο στυλ προτίμησης, με κατανομή κατά το ήμισυ σε κατηγορηματικό και μη κατηγορηματικό στυλ αντίστοιχα.

Στο **Γράφημα 66**, αποτυπώνεται αναλυτικά το στυλ διαχείρισης συγκρούσεων των προϊσταμένων νοσηλευτριών σε σχέση με τη συχνότητα σε βάρδιες ανά μήνα.



ΓΡΑΦΗΜΑ 66. Στυλ Διαχείρισης συγκρούσεων Προϊσταμένων Νοσηλευτριών σε σχέση με τη συχνότητα βαρδιών - εφημεριών μηνιαίως.

Στον **Πίνακα 77**, βλέπουμε τα αποτελέσματα από τον έλεγχο ανεξαρτησίας (test of independence) των μεταβλητών: συχνότητα βαρδιών - εφημεριών μηνιαίως και στυλ διαχείρισης συγκρούσεων. Ως εκ τούτου, δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ βαρδιών και στυλ διαχείρισης συγκρούσεων ($X^2=4,708$, $df=4$, $p=0,319$).

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,708a	4	,319
Likelihood Ratio	4,720	4	,317
N of Valid Cases	25		

a. 7 cells (77,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,16.

ΠΙΝΑΚΑΣ 77. Έλεγχος ανεξαρτησίας (test of independence) των μεταβλητών:
βάρδιες και στυλ διαχείρισης συγκρούσεων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Στο προηγούμενο κεφάλαιο, έγινε παρουσίαση και περιγραφή των αποτελεσμάτων που προέκυψαν από την ανάλυση των δεδομένων με τη βοήθεια της περιγραφικής στατιστικής. Στο κεφάλαιο αυτό, γίνεται **σύγκριση των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας με τα ευρήματα άλλων ερευνών της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας και σχολιασμός** τους. Λόγω των πολλών ευρημάτων και της εκτενούς συζήτησης που ακολουθεί, το κεφάλαιο αυτό έχει χωριστεί σε επιμέρους ενότητες, που αντιστοιχούν στα διαφορετικά θεματικά πεδία των δύο ερωτηματολογίων, που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα έρευνα.

Είναι γνωστό από τη βιβλιογραφία, ότι η συζήτηση ενσωματώνει την ερμηνεία των αποτελεσμάτων, τους περιορισμούς της μελέτης, τα συμπεράσματα, τις προτάσεις για τον τρόπο που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν τα ευρήματα της έρευνας και επιπροσθέτως, πώς θα μπορούσε να επιτευχθεί επέκταση της γνώσης, μέσω περαιτέρω έρευνας (Σαχίνη-Καρδάση 1997). Στην παρούσα εργασία, λόγω της εκτενούς συζήτησης, θεωρήθηκε αναγκαίο να χωριστεί σε δύο κεφάλαια, το τρίτο και το τέταρτο.

Ο σχολιασμός των ευρημάτων, για λόγους ευκολίας στην ανάγνωση, έχει επιμεριστεί στις παρακάτω υποενότητες:

3.1. Αιτίες συγκρούσεων

Αναγνωρίζοντας τις αιτίες συγκρούσεων σε έναν οργανισμό, μπορούμε παράλληλα να βοηθήσουμε να αναγνωριστούν τα σημαντικότερα προβλήματά του (key problems), αλλά και οι αποτυχίες ή τα λάθη του μάνατζμεντ. Αποτελεί ένα αρκετά σημαντικό στάδιο, γιατί μέσα από την εκτίμηση των αναγκών, μπορεί να σχεδιαστεί και να εφαρμοστεί αποτελεσματικά ένα σύστημα επίλυσης συγκρούσεων στον οργανισμό (Conflict Management System - CMS) (Lieberman 2009).

Οι πιο κοινές αιτίες συγκρούσεων, σε канаδική έρευνα από τον Edmonton Organization Psychometrics Canada με δείγμα 350 επαγγελματίες HR, φάνηκε να είναι η *διαφορετικότητα προσωπικοτήτων (>80%)* και η *αναποτελεσματική ηγεσία (~70%)*. Ακολουθούν η *έλλειψη ειλικρίνειας*, το *στρες* και οι *αντικρουόμενες αξίες* (Paton 2009).

- ☞ **Στην παρούσα εργασία βρέθηκε ότι** το νοσηλευτικό προσωπικό θεωρεί ότι οι **διαφορετικές προσωπικότητες** είναι αρκετά σημαντική αιτία συγκρούσεων (69,6% δήλωσαν από συχνά ως σχεδόν πάντα) και η **αναποτελεσματική ηγεσία**

επίσης (66,3% δήλωσαν από συχνά ως σχεδόν πάντα). Το **στρες** όμως, βρέθηκε ως δεύτερη σημαντικότερη επιλογή, σύμφωνα με τις απόψεις του νοσηλευτικού προσωπικού (89% δήλωσαν από συχνά ως σχεδόν πάντα). Πιθανόν, λόγω της φύσης και των συνθηκών της εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού, που είναι συνυφασμένα με το στρες.

Σε έρευνα που έγινε από τους Παυλάκη και συν. (2008) σε δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου, με δείγμα 1292 επαγγελματίες υγείας (οι νοσηλευτές αποτελούσαν το 79,1% του δείγματος), οι επαγγελματίες υγείας αναγνώρισαν ως κυριότερες αιτίες των συγκρούσεων τις *οργανωτικές ασάφειες* (46,5%), τα *προβλήματα στην οργανωσιακή δομή* (45%), τα *προβλήματα επικοινωνίας* (36,4%) και την *ύπαρξη αλληλεξαρτήσεων μεταξύ των τμημάτων* (31,9%). Οι *διαπροσωπικές διαφορές* φάνηκε να είναι ο παράγοντας που αξιολογείται λιγότερο ως αιτία συγκρούσεων από ένα μικρό μόνο μέρος του δείγματος (8%).

☞ **Στην παρούσα εργασία βρέθηκε ότι** το νοσηλευτικό προσωπικό θεωρεί πολύ περισσότερο σημαντικές, ως αιτίες συγκρούσεων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, τις **οργανωτικές ασάφειες** (~80% δήλωσαν από συχνά ως σχεδόν πάντα) και τα **προβλήματα επικοινωνίας** (~73% δήλωσαν από συχνά ως σχεδόν πάντα).

Σε έρευνα της Warner (2001), όπως αναφέρεται στην Almost (2006), φάνηκε ότι οι νοσηλευτές αναγνωρίζουν την *αντίθεση ή τη διαφορετικότητα* σε γνώμες, προτεραιότητες, ρόλους, απόψεις, «πιστεύω», πρακτικές, εξουσία και αξίες, ως αιτίες συγκρούσεων. Οι Farrell (1997) και Warner (2001) θεωρούν ότι οι *συχνές οργανωτικές αλλαγές*, η *πίεση χρόνου* που οφείλεται σε έλλειψη προσωπικού, ο *φόρτος εργασίας*, η *απουσία του ρόλου των μάνατζερ* (ως μέντορες και μεσολαβητές) και τα ελλείμματα στην οριοθέτηση των ευθυνών ανάμεσα στα τμήματα, αποτελούν αιτίες που δικαιολογούν σαφώς την αυξημένη συχνότητα των αναφερόμενων συγκρουσιακών καταστάσεων (Almost 2006).

Από έρευνα που έγινε σε τέσσερα Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία της Νότιας Νιγηρίας, φάνηκε ότι οι συγκρούσεις μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών ήταν έντονες και στις αιτίες τους συμπεριλαμβάνονταν οι «πολιτισμικές απαιτήσεις» για σεβασμό από τις νεώτερες γενιές, οι άτυπες σχέσεις, οι μη επαρκείς διαπροσωπικές δεξιότητες, τα προσωπικά χαρακτηριστικά και η άρνηση να δεχτούν συμβουλές. Το 79,5% των

νοσηλευτών δήλωσαν ότι μία σημαντική αιτία για τις κακές εργασιακές σχέσεις μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών είναι η **έλλειψη προσωπικού** (Ogbimi & Adebamowo 2006).

☞ **Στην παρούσα εργασία βρέθηκε ότι** το νοσηλευτικό προσωπικό θεωρεί ότι οι **περιορισμένοι πόροι**, στους οποίους συμπεριλαμβάνεται και η **έλλειψη προσωπικού**, είναι η τρίτη σημαντικότερη αιτία για συγκρούσεις μεταξύ των επαγγελματιών υγείας (85,7% δήλωσαν από συχνά ως σχεδόν πάντα), γεγονός που δείχνει ότι τα ευρήματα των δύο ερευνών συγκλίνουν.

Σε έρευνα της Κοντογιάννη (2007) φάνηκε ότι οι μισοί περίπου (45%) νοσηλευτές και 39% των βοηθών νοσηλευτών πιστεύουν ότι το να **δέχονται εντολές από περισσότερους από έναν προϊσταμένους** αποτελεί αιτία ικανή να δημιουργεί συγκρούσεις.

☞ **Στην παρούσα εργασία βρέθηκε ότι** το νοσηλευτικό προσωπικό θεωρεί ότι η συνθήκη αυτή, αποτελεί αιτία συγκρούσεων για την πλειονότητα του νοσηλευτικού προσωπικού (62,1%).

Η ποικιλομορφία των γενεών (generational diversity), σύμφωνα με τις Swearingen & Liberman (2004), όπως αναφέρει η Almost (2006), οδηγεί σε σύγκρουση των νοσηλευτών στο εργασιακό περιβάλλον καθώς κάθε γενιά νοσηλευτών φέρνει στο χώρο εργασίας τις δικές της αξίες, αντιλήψεις, εμπειρίες ζωής και στάσεις. Παλαιότερα, οι διαφορετικές γενιές, με βάση την «αρχαιότητα» στο χώρο, προσαρμόζονταν στον εργασιακό χώρο, αφού τα μεγαλύτερα μέλη καθοδηγούσαν τους νεώτερους. Σήμερα, η θέση στην ιεραρχία δεν συνδέεται απόλυτα με την ηλικία, οπότε τα νεώτερα άτομα του εργατικού δυναμικού είναι πολλές φορές εκείνα που συμμετέχουν στις διαδικασίες λήψης απόφασης. Φαίνεται ότι η διάδραση ανάμεσα στις γενιές αυξάνει σε σημαντικό βαθμό.

Εκτός από τις διεπαγγελματικές συγκρούσεις (έλλειψη συνεργασίας μεταξύ των διαφορετικών ειδικοτήτων επαγγελματιών υγείας) και των συγκρούσεων λόγω παλαιότητας (έλλειψη συνεκτικότητας μεταξύ παλιών και νέων εργαζομένων) υπάρχουν και οι **διαγενεαλογικές συγκρούσεις**. Οι τελευταίες αποτελούν πηγές συγκρούσεων που συνεχώς αυξάνονται στο εργασιακό περιβάλλον. Κι αυτό, γιατί τώρα υπάρχουν για πρώτη φορά στην ιστορία, τέσσερις γενιές υπαλλήλων, που καθεμία έχει διαφορετικές αξίες, πιστεύω, επαγγελματικές προοπτικές, προσδοκίες ηγεσίας και κώδικες επικοινωνίας (Strelitz & Watson 2009).

- ☞ **Στην παρούσα εργασία**, το **χάσμα γενεών** δεν φαίνεται να θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική αιτία συγκρούσεων, αφού συγκαταλέγεται στις λιγότερο πιθανές αιτίες (52,3% δήλωσαν ότι είναι αιτία συγκρούσεων σπάνια ως ποτέ). Φαίνεται ότι υπάρχει ομαλή προσαρμογή στον εργασιακό χώρο, της διαφορετικότητας που χαρακτηρίζει τις διαφορετικές γενιές.

Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι οι νοσηλεύτριες που εργάζονται στο χώρο του νοσοκομείου υποφέρουν από υψηλά επίπεδα στρες από διάφορες πηγές, όπως ο φόρτος εργασίας, η φροντίδα καρκινοπαθών ασθενών τελικού σταδίου, οι θάνατοι ασθενών και τέλος οι αυξημένες συγκρούσεις με τους προϊσταμένους τους αλλά και τους ιατρούς (Tabak & Orit 2007).

- ☞ **Και στην παρούσα εργασία** φάνηκε ότι το **στρες** είναι γενεσιουργός αιτία συγκρούσεων, αφού αναδείχτηκε ως η δεύτερη σημαντικότερη αιτία συγκρούσεων κατά την άποψη της πλειονότητας του νοσηλευτικού προσωπικού (89% θεωρούν ότι είναι αιτία συγκρούσεων από συχνά ως σχεδόν πάντα).

Σε έρευνα της Κοντογιάννη (2007) φάνηκε ότι ένας στους δύο ιατρούς, νοσηλευτές και βοηθούς νοσηλευτών θεωρούν ότι οι **διαφορές στο εκπαιδευτικό επίπεδο** οδηγούν σε προβλήματα επικοινωνίας μεταξύ των διαφόρων επαγγελματικών ομάδων.

- ☞ **Στην παρούσα εργασία** φάνηκε επίσης, ότι λίγο περισσότεροι από τους μισούς θεωρούν τη διαφορετικότητα των επιπέδων εκπαίδευσης ως αιτία δημιουργίας συγκρούσεων (61,6%).

Σε έρευνα που έγινε από τους Παυλάκη και συν. (2008), βρέθηκε ότι πάνω από τους μισούς νοσηλευτές βιώνουν **φόρτο εργασίας** (58,5%) σε σύγκριση με τους ιατρούς, που μόνο ένα μικρό ποσοστό τους (8,6%) αναφέρει ότι έχει υπερβολικό όγκο εργασιών να διεκπεραιώσει.

- ☞ **Στην παρούσα εργασία** φάνηκε ότι ο **φόρτος εργασίας** αποτελεί για το νοσηλευτικό προσωπικό την πλέον σημαντική αιτία για δημιουργία συγκρούσεων (περίπου 93% δήλωσαν ότι είναι αιτία από συχνά ως σχεδόν πάντα).

3.2. Ενημέρωση για συγκρούσεις - Εκπαίδευση

Σε έρευνα που έγινε από τους Παυλάκη και συν. (2008) σε δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου με δείγμα 1292 επαγγελματίες υγείας (οι νοσηλευτές αποτελούσαν το 79,1% του δείγματος) βρέθηκε ότι το **ένα τρίτο του δείγματος έχει ενημερωθεί για θέματα διαχείρισης συγκρούσεων** μετά τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση και πιο συγκεκριμένα από αυτούς που έχουν ενημερωθεί οι μισοί ενημερώθηκαν *προπτυχιακά* και το 9,2% σε *μεταπτυχιακό επίπεδο*. Σε *συνέδρια και ημερίδες* ενημερώθηκαν για την αποτελεσματική διαχείριση των συγκρούσεων μόνο ένας στους δέκα. Ειδικότερα για θέματα διαχείρισης συγκρούσεων, οι πλέον ενημερωμένοι από τους επαγγελματίες υγείας φαίνεται να είναι οι νοσηλευτές (31,8%) έναντι των ιατρών (2,5%). Επίσης, σε έρευνα της Κοντογιάννη (2007) στα Ελληνικά Δημόσια Παιδιατρικά Νοσοκομεία, φάνηκε ότι **λιγότερο από το ένα τρίτο (22%)** του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού του δείγματος είχε ενημέρωση για τη διαχείριση των συγκρούσεων.

☞ **Στην παρούσα εργασία, φάνηκε ότι** το νοσηλευτικό προσωπικό που έχει ενημερωθεί σχετικά με τις συγκρούσεις είναι **πολύ μικρότερο (7,9%) συγκριτικά με τις δύο προαναφερθείσες έρευνες**. Αυτοί που είχαν ενημέρωση - ως κύριες πηγές της ενημέρωσής τους - ανέφεραν τους **δημόσιους φορείς**, όπως τα Νοσοκομεία και γενικότερα τις εκπαιδευτικές δράσεις από τον Ευρύτερο Δημόσιο Τομέα (28,6%), όπως το Ίδρυμα Διαρκούς Εκπαίδευσης Ενηλίκων. Άλλες πηγές ενημέρωσης ήταν οι επαγγελματικοί και επιστημονικοί φορείς των νοσηλευτών (**Ε.Ν.Ε. και Ε.Σ.Ν.Ε.**) για περίπου έναν στους πέντε και **προπτυχιακά** ομοίως. Σε **μεταπτυχιακό επίπεδο**, ενημερώθηκαν για τις συγκρούσεις λίγο λιγότεροι, συγκριτικά με άλλες πηγές (14,3%), αλλά περισσότεροι σε σχέση με ευρήματα της προαναφερθείσας έρευνας των Παυλάκη και συν.

Για τον συνήθη τρόπο, με τον οποίο αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας την έννοια της σύγκρουσης, δηλαδή με καχυποψία, ευθύνεται σε μεγάλο βαθμό η εκπαίδευσή τους. Η **εκπαίδευση** μπορεί να παίξει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της διεπαγγελματικής συνεργασίας. Σήμερα, ολοένα και περισσότερο τονίζεται η ανάγκη κοινών κορμών εκπαίδευσης των φοιτητών/σπουδαστών των επαγγελμάτων υγείας και η συμμετοχή τους σε κοινά εκπαιδευτικά προγράμματα ακόμη και σε μεταπτυχιακό επίπεδο. Η έμφαση που δίνεται στην κοινή εκπαίδευση, απορρέει από τη διαπίστωση ότι οι κοινές εκπαιδευτικές εμπειρίες βοηθούν τα άτομα να γνωρίσουν και να εκτιμήσουν τις ιδιαίτερες γνώσεις και δεξιότητες και άλλων επαγγελματιών υγείας. Η γνώση και η

εξοικείωση κάνει τους επαγγελματίες υγείας πιο ευέλικτους και ικανούς να αποδέχονται ευκολότερα τη διαφορετικότητα των άλλων επαγγελματιών της ομάδας υγείας (Σαπουντζή-Κρέπια 2001).

3.3. Εμπλεκόμενα μέρη της σύγκρουσης

Η διεπαγγελματική συνεργασία είναι ένα θέμα προσφιλές στην ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία. Η σύγκρουση στη διεπαγγελματική συνεργασία πρέπει να μην θεωρείται απαραίτητα ότι πρέπει να αποφεύγεται, αλλά αντίθετα, θα πρέπει να προσεγγίζεται από την οπτική της ευκαιρίας για ανάπτυξη, με την προϋπόθεση της ορθούς διαχείρισής της (Σαπουντζή-Κρέπια 2001). Σε έρευνα των Δημητριάδου-Παντέκα και συν. (2010) με σκοπό τη διερεύνηση του νοσηλευτικού εργασιακού κλίματος με χρήση δεικτών ομοιο- και ετερο- επαγγελματικής συνεργασίας, βρέθηκε ότι ειδικά για τους νοσηλευτές το **επίπεδο της ομοιοεπαγγελματικής συνεργασίας** τους δεν θεωρείται ικανοποιητικό από το 19% του δείγματος, ενώ αντίθετα το 59% συμφωνεί ότι υπάρχει **καλή συνεργασία με τους συναδέλφους νοσηλευτές**.

Σε έρευνα της Κοντογιάννη (2007), το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ανέφερε συγκρούσεις στο εργασιακό περιβάλλον με *άμεσους συναδέλφους* (56,39%), με τους *υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας* (17,3%) και με το *διοικητικό προσωπικό* (26,4%). Σε έρευνα που έγινε από τους Παυλάκη και συν. (2008) σε δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου, βρέθηκε ότι σχετικά με τα *υποκείμενα της σύγκρουσης* ή τους εμπλεκόμενους στη σύγκρουση φαίνεται να εμπλέκονται περισσότερο οι νοσηλευτές. Βρέθηκε ότι ιδιαίτερα για το νοσηλευτικό προσωπικό, που αποτελεί το μεγαλύτερο μέρος των επαγγελματιών υγείας του δείγματος, υπάρχουν συγκρούσεις **περισσότερο με νοσηλευτές** (43,7%). Ακολουθούν οι συγκρούσεις με **ιατρούς** (38%), **διοικητικά στελέχη** (28,5%) και **βοηθούς θαλάμου** (20,3%).

☞ **Στην παρούσα εργασία**, φάνηκε **αντιθέτως**, ότι το νοσηλευτικό προσωπικό εμπλέκεται **σε περισσότερες συγκρούσεις** με τους **τραυματιοφορείς** (42,7% δήλωσαν από συχνά ως σχεδόν πάντα), το **συγγενικό και φιλικό περιβάλλον των ασθενών** (37,8% δήλωσαν από συχνά ως σχεδόν πάντα) και τους **ιατρούς** (34,5% δήλωσαν από συχνά ως σχεδόν πάντα). Λιγότερες συγκρούσεις φάνηκε να έχει με το **διοικητικό προσωπικό** (28,4% δήλωσαν από συχνά ως σχεδόν πάντα), τους **νοσηλευτές** (20,6% δήλωσαν από συχνά ως σχεδόν πάντα) και τους **βοηθούς θαλάμου** (19,5% δήλωσαν από συχνά ως σχεδόν πάντα). Τέλος, **με τους**

ασθενείς, δήλωσαν ότι υπάρχουν ελάχιστες συγκρούσεις (19,1% δήλωσαν από συχνά ως σχεδόν πάντα). Δηλαδή, όσον αφορά το **επίπεδο των ομοιοπαγγελματικών συγκρούσεων** (ανάμεσα στους νοσηλευτές) στην παρούσα εργασία φάνηκε να είναι **πολύ πιο χαμηλό, συγκριτικά με τις άλλες έρευνες** (20,6% έναντι 56,4% και 43,7% των άλλων). Σχετικά με το επίπεδο των **ετεροπαγγελματικών συγκρούσεων** όμως, τα ευρήματα **συγκλίνουν** με εκείνα της έρευνας των Παυλάκη και συν. και πιο συγκεκριμένα, για τις συγκρούσεις με τους ιατρούς (34,5% έναντι 38%) και με τους βοηθούς θαλάμου (19,5% έναντι 20,3%). Όσον αφορά τις συγκρούσεις με τους διοικητικούς υπαλλήλους υπάρχει **σύγκλιση ευρημάτων και των τριών ερευνών** (28,4% έναντι 28,5% και 26,4% των άλλων).

Για πολλά χρόνια η σύγκρουση μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών ήταν η κύρια αιτία συγκρούσεων στο νοσηλευτικό εργασιακό περιβάλλον. Αυτό όμως, αλλάζει αργά αλλά σταθερά, και αυτό οφείλεται ως ένα βαθμό στην αύξηση του επιπέδου εκπαίδευσης των νοσηλευτών και των ικανοτήτων τους (Almost 2006). Στο κόστος των συγκρούσεων νοσηλευτών – ιατρών, ο Arford (2005) συμπεριέλαβε τα λάθη της θεραπείας (Kohn et al 2000), τους τραυματισμούς των ασθενών (Page 2004) και τους θανάτους των ασθενών (Tammelleo 2001, 2002) όπως αναφέρεται στην Brinkert (2010) και αυτό αποτελεί σημαντικό στοιχείο που δεν πρέπει να αγνοείται στην προσπάθειά μας για την αποτελεσματικότερη διαχείρισή τους.

Σε πολυκεντρική μελέτη για τις συγκρούσεις σε **Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.)** με δείγμα 323 Μ.Ε.Θ. σε 24 χώρες, αναφέρθηκαν από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που συμμετείχε στην έρευνα, ότι οι πλέον κοινές συγκρούσεις αφορούσαν **νοσηλευτές – ιατρούς (32,6%)** ενώ οι συγκρούσεις **μεταξύ των νοσηλευτών ήταν λιγότερες (27,3%)**. Τα πιο συνηθισμένα αίτια για τη δημιουργία αυτών των συγκρούσεων ήταν οι προσωπικές έχθρες, η δυσπιστία και τα κενά στην επικοινωνία. Ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια της φροντίδας των ασθενών τελικού σταδίου, πηγές συγκρούσεων ήταν η έλλειψη ψυχολογικής υποστήριξης, η απουσία συναντήσεων μεταξύ του προσωπικού και τα προβλήματα σχετικά με τη διαδικασία λήψης αποφάσεων για τη συνέχιση της φροντίδας αυτών των ασθενών. Πάνω από τους μισούς συμμετέχοντες στην έρευνα, έδειξαν να πιστεύουν ότι οι συγκρούσεις αυτές ήταν σφοδρές και επικίνδυνες και το 83% τις χαρακτήρισε επιζήμιες για την ποιότητα της φροντίδας των ασθενών. Η ένταση της εργασίας σχετίζεται σημαντικά, τόσο με τη

δημιουργία των συγκρούσεων, όσο και με την έντασή τους. Ένα σημείο ακόμη, που αξίζει να αναφερθεί αποτελεί το γεγονός ότι οι 5.248 από τους συμμετέχοντες (70%) είναι βέβαιοι ότι οι συγκρούσεις αυτές θα μπορούσαν να προληφθούν (Azoulay, Timsit, Sprung et al. 2009).

☞ **Στην παρούσα εργασία**, δεν μελετήθηκαν οι συγκρούσεις του νοσηλευτικού προσωπικού σε συσχέτιση με το χώρο εργασίας (νοσηλευτικά τμήματα - Μ.Ε.Θ). Όμως τα ευρήματα της προαναφερθείσας έρευνας, **συγκλίνουν περισσότερο με τα ευρήματα της παρούσας εργασίας**, πιθανότατα γιατί οι συμμετέχοντες στην παρούσα εργασία, κατά ένα πολύ μεγάλο ποσοστό (42,4%), προέρχονταν επίσης από μονάδες εντατικής θεραπείας και ειδικά τμήματα. Δηλαδή, βρέθηκε για τις συγκρούσεις των νοσηλευτών με τους ιατρούς (32,6% έναντι 34,5% της παρούσας εργασίας) και μεταξύ των ίδιων των νοσηλευτών (27,3% έναντι 20,6% της παρούσας εργασίας).

Στη βιβλιογραφία, αναφέρεται ότι οι κακές σχέσεις νοσηλευτών – ιατρών, έχουν συνδεθεί με *μειωμένη συγκράτηση των νοσηλευτών* στο σύστημα υγείας και με *φτωχά κλινικά αποτελέσματα*. Κάποιοι συγγραφείς πιστεύουν ότι οφείλεται *στους ίδιους τους ιατρούς*, ενώ άλλοι το αποδίδουν στα *προγράμματα σπουδών της ιατρικής*. Τα ιατρικά εκπαιδευτικά προγράμματα κατηγορούνται γιατί συνιστούν ένα ιεραρχικό μοντέλο στους φοιτητές τους, με το νοσηλευτικό προσωπικό σχεδόν σε δουλοπρεπή ρόλο. Η έλλειψη εκτίμησης των ιατρών για την εργασία που προσφέρει το νοσηλευτικό προσωπικό, φάνηκε να υπονομεύει τις εργασιακές σχέσεις τους, στο σύστημα υγείας της Νιγηρίας (Ogbimi & Adebamowo 2006).

Οι συγκρούσεις που δημιουργούνται **μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού και οικογένειας ασθενούς**, συχνά αφορούν διαφορές σχετικά με το σχέδιο της φροντίδας του ασθενούς, τις ώρες επισκεπτηρίου, την πρόσβαση σε εξοπλισμό και υλικά, τη θέση του ασθενούς κ.λπ. (Gerardi 2004). Και αυτή η **αρνητική σχέση μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού και συγγενών** ίσως επηρεάζει και τη φροντίδα του ασθενούς με άμεσο ή έμμεσο τρόπο. Έχει παρατηρηθεί κλινικά ότι οι συγκρούσεις που δημιουργούνται κατά τη λήψη απόφασης είναι κοινός τόπος σε αυτού του είδους τις συγκρούσεις, λόγω των διαφορετικών απόψεων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των πελατών στο σύστημα υγείας. Για το λόγο αυτό, η προσέγγιση της συνεργασίας θεωρείται ως η πλέον αποτελεσματική μέθοδος επίλυσης σύγκρουσης, γιατί και οι δύο εμπλεκόμενες πλευρές

(νοσηλευτές και ασθενείς ή συγγενείς) θα πρέπει να συνεργαστούν για να αναγνωρίσουν τα προβλήματα τους και να καθοριστεί μία ικανοποιητική λύση αμοιβαία (Ying Pang & Ying Chair 2010).

☞ **Στην παρούσα εργασία** φάνηκε ότι οι συγκρούσεις του νοσηλευτικού προσωπικού με το συγγενικό και φιλικό περιβάλλον των ασθενών δεν είναι αμελητέες (37,8% δήλωσαν από συχνά ως σχεδόν πάντα), χωρίς να διερευνηθούν τα αίτια των συγκεκριμένων συγκρούσεων.

3.3.1. Ιεραρχικό επίπεδο εμπλεκόμενων μερών της σύγκρουσης

Σε έρευνα που έγινε από τους Παυλάκη και συν. (2008) σε δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου, βρέθηκε ότι σε σχέση με τις συγκρούσεις που δημιουργούνται **ως προς το ιεραρχικό επίπεδο των εμπλεκόμενων**, οι επαγγελματίες υγείας συγκρούονται περισσότερο με τους **προϊσταμένους** τους (39,3%) και λιγότερο με τους **υφισταμένους** τους (28,1%) και τους **συναδέλφους** που βρίσκονται στο ίδιο ιεραρχικό επίπεδο (27,8%). Οι **συγκρούσεις με ανωτέρους** δείχνουν ανησυχία, σχετικά με την εργασιακή ασφάλεια, προκαλούν απώλεια ενδιαφέροντος για την εργασία, καθώς επίσης και καταστροφή στην αυτοεκτίμηση και την ικανότητα κοινωνικοποίησης του υπαλλήλου (Lieberman 2009). Σε έρευνα της Κοντογιάννη Α. (2007), οι διαστάσεις του φαινομένου των συγκρούσεων μεταξύ συναδέλφων νοσηλευτών ήταν μεγαλύτερες, αφού βρέθηκε ότι σχεδόν **το μισό νοσηλευτικό προσωπικό έχει συγκρούσεις με συναδέλφους** (49,37%).

☞ **Στην παρούσα εργασία**, φαίνεται ότι οι συγκρούσεις του νοσηλευτικού προσωπικού μεταξύ των επιπέδων ιεραρχίας, είναι σε γενικές γραμμές λιγότερο εκτεταμένες, συγκριτικά με τα ευρήματα των προηγούμενων ερευνών. Κι αυτό συμβαίνει γιατί, όπως φαίνεται από τα ευρήματά της, το νοσηλευτικό προσωπικό εμπλέκεται **σε περισσότερες συγκρούσεις** με τους **υφισταμένους** (14,6% έναντι 28,1% άλλης), με τους **συναδέλφους της ίδιας ιεραρχικής κλίμακας** (14% έναντι 27,8% και 49,37% άλλων) και σε ακόμη λιγότερες συγκρούσεις με τους **προϊσταμένους** (10,9% έναντι 39,3% άλλης).

Σε έρευνα της Warner (2001), όπως αναφέρεται στην Almost (2006), φάνηκε ότι πηγές συγκρούσεων μεταξύ νοσηλευτών και προϊσταμένων, όπως αναφέρουν οι ίδιοι οι νοσηλευτές, είναι η έλλειψη σεβασμού και εμπιστοσύνης, αλλά και η ελλιπής επικοινωνία με τους προϊσταμένους τους. Ο Thomas (1992) όπως αναφέρεται επίσης

στην Almost (2006), πιστεύει οι νοσηλευτές που δεν έχουν ικανοποιητικές **σχέσεις με τους συναδέλφους** τους, είναι πιο **επιρρεπείς στο να εγκαταλείψουν** την εργασία τους, αλλά και να εργαστούν λιγότερο αποτελεσματικά μαζί τους.

3.4. Εργασιακή ικανοποίηση - Εγκατάλειψη εργασίας

Σύμφωνα με τη Γενική Ανασκόπηση Κοινωνικών Θεμάτων του Εθνικού Κέντρου Ερευνών της Αμερικής, **το ποσοστό των νοσηλευτών που είναι δυσαρεστημένοι από την εργασία τους κυμαίνεται στις διάφορες χώρες από 17-40%** (το αντίστοιχο ποσοστό για εργαζόμενους, εκτός του χώρου υγείας, είναι λιγότερο από 15%). Επίσης σε **υψηλά επίπεδα** βρίσκεται και το ποσοστό των νοσηλευτών που πάσχουν από το **σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (burn out)**. Λόγω των αντίξοων συνθηκών εργασίας, των σχετικά χαμηλών απολαβών, του χαμηλού βαθμού συμμετοχής των νοσηλευτών στη λήψη αποφάσεων (σε επίπεδο χάραξης πολιτικής υγείας) και της έντονης επαγγελματικής εξουθένωσης, οι μισοί νοσηλευτές **επαναπροσδιορίζουν - σε κάποια στιγμή της ζωής τους - την αρχική επιλογή επαγγέλματός τους**. Ως αποτέλεσμα, καταλήγουν σε **αναζήτηση άλλου επαγγέλματος**, ενώ αρκετοί νοσηλευτές με υψηλά προσόντα, φεύγουν από τον κλινικό χώρο και δείχνουν προτίμηση στην απασχόληση τους στον τομέα της εκπαίδευσης ή της διοίκησης (Λιαρόπουλος 2007).

Σε έρευνα που έγινε από τους Παυλάκη και συν. (2008) σε δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου, φάνηκε ότι οι πιο πολλοί (λίγο περισσότεροι από τους μισούς) είναι απόλυτα ή αρκετά **ικανοποιημένοι από την εργασία** και μόνο το 4,3% είναι λίγο ή καθόλου ικανοποιημένοι. Στην ίδια έρευνα, βρέθηκε ότι οι νοσηλευτές σε αρκετά σημαντικό ποσοστό (17,2%) **σκέφτονται να παραιτηθούν** από την εργασία τους, αλλά μόνο το 3,2% ψάχνει να βρει μία **νέα εργασία**.

☞ **Στην παρούσα εργασία**, φάνηκε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό είναι πολύ περισσότερο ικανοποιημένο από την εργασία του συγκριτικά με την προηγούμενη έρευνα, αφού στο μεγαλύτερο μέρος του (92,2%) δηλώνει **αρκετά ως απόλυτα ικανοποιημένο από την εργασία του**. Μόνο ένα μικρό ποσοστό (7,8%) του δείγματος δεν είναι **καθόλου ικανοποιημένο**. Ο βαθμός ικανοποίησής του φαίνεται να δικαιολογείται και από την εκδήλωση της συμπεριφοράς του σχετικά με τις αδικαιολόγητες απουσίες και την επιδίωξη ή πρόθεσή για αλλαγή θέσης εργασίας ή τμήματος εξαιτίας εργασιακών συγκρούσεων. Σχεδόν όλο το νοσηλευτικό προσωπικό (99,5%) δηλώνει ότι **δεν έχει κάνει ποτέ απουσίες που**

να οφείλονται σε συγκρούσεις. Στην πλειοψηφία του, δε φάνηκε να έχει ζητήσει αλλαγή θέσης εργασίας ή τμήματος εξαιτίας εργασιακών συγκρούσεων, παρά σε ένα μικρό ποσοστό (14%). Την πρόθεσή του για αλλαγή θέσης εργασίας ή τμήματος δείχνει μόνο ένα πολύ μικρό ποσοστό (6,6%), που απλά φαίνεται να το σκέφτεται ως πιθανή λύση. Αξίζει να επισημανθεί ότι ένα μεγάλο ποσοστό της παρούσας έρευνας (36,1%) είναι νοσηλευτικό προσωπικό με **μεγάλη προϋπηρεσία** (>21 έτη) και φαίνεται ότι είναι ικανοποιημένο από την εργασία σε αρκετά σημαντικό βαθμό. Αυτό το εύρημα, ίσως να οφείλεται στο γεγονός ότι, όσο αυξάνεται η ηλικία μειώνονται οι προσδοκίες του ανθρώπου. Και αυτό, γιατί πολύ πιθανόν να έχουν προσαρμόσει τις αξίες και τις φιλοδοξίες τους στην τρέχουσα θέση και τις δυνατότητές τους ως επαγγελματίες.

Σε άλλη έρευνα που έγινε στην Αμερική, Καναδά, Αγγλία, Σκωτία και Γερμανία φάνηκε ότι το 41% των νοσηλευτών που εργάζονται σε νοσοκομεία είναι **δυσανεστημένοι με την εργασία τους** και το 22% σχεδιάζει να την **εγκαταλείψει** σε λιγότερο από ένα χρόνο (το ποσοστό αυτό αυξάνει σε 33%, στις νοσηλεύτριες κάτω των 30 ετών). Στις αιτίες αυτής της κατάστασης, όπως αναφέρουν οι ίδιες οι νοσηλεύτριες, συμπεριλαμβάνονται ο φόρτος εργασίας, οι περικοπές προσωπικού, η προφορική κακομεταχείριση και η έλλειψη ενδιαφέροντος από τη διοίκηση (Rosenstein 2002). Σε άλλη έρευνα που έγινε στην Ιαπωνία, οι νοσηλευτές που είχαν συγκρούσεις με άλλους νοσηλευτές ήταν σχεδόν έτοιμοι να εγκαταλείψουν τη θέση εργασίας που κατείχαν μέχρι εκείνη τη στιγμή (Lambert et al. 2004 στην Almost 2006).

Η επικοινωνία της σύγκρουσης στους νοσηλευτές είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με πολύ σύγχρονα θέματα, όπως το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, η οριζόντια και κάθετη βία, η διαγενεαλογική σύγκρουση (μεταξύ διαφορετικών γενεών νοσηλευτών), η εγκατάλειψη του επαγγέλματος (turnover), η ποιότητα της φροντίδας υγείας, αλλά και οικονομικά ζητήματα (Brinkert 2010). Όπως αναφέρεται στη βιβλιογραφία, οι συγκρούσεις στη νοσηλευτική, έχουν κόστος που σχετίζεται με το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, τις απουσίες και την εγκατάλειψη του επαγγέλματος, όταν βέβαια δεν υπάρχει σωστή διαχείρισή τους (Brinkert 2010, Almost 2006).

3.5. Βοήθεια στην επίλυση των συγκρούσεων (τρίτο άτομο)

Ο Skjorshammer (2001) σε έρευνά του σε νοσοκομείο της Νορβηγίας βρήκε ότι σε περίπτωση σύγκρουσης ή διαφοράς, τα άτομα αναφέρονται στο άμεσο **προϊστάμενο** για βοήθεια στην επίλυση. Όμως, είναι αδύνατον να αναφερθούν σε αυτόν, όταν εμπλέκεται και ο ίδιος ο προϊστάμενος στη σύγκρουση ή έχει προσωπικές σχέσεις με άτομο που είναι μέρος της σύγκρουσης. Αναφέρεται στη βιβλιογραφία επίσης, ότι με την ύπαρξη συγκρούσεων, αλλά και τη συχνότητα απασχόλησης του προσωπικού που συνεπάγεται σε τέτοιες καταστάσεις, επηρεάζεται σημαντικά η φροντίδα των ασθενών και ο βαθμός ικανοποίησης των αναγκών των ασθενών (Cavanagh 1991).

Σε έρευνα που έγινε από τους Παυλάκη και συν. (2008) σε δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου βρέθηκε ότι προτιμούν να επιλέγουν ως **κριτή για επίλυση των συγκρούσεων** ως επί το πλείστον κάποιον **συνάδελφό** τους (41,9%) παρά τον **προϊστάμενο** ή κάποιο **ανώτερο στέλεχος** (39,1%). Σε άλλη έρευνα, βρέθηκε ότι το 38% του νοσηλευτικού προσωπικού επιλέγει ως κριτή για επίλυση συγκρούσεων κάποιον **συνάδελφό** του και αμέσως μετά τον **προϊστάμενό** τους (35%). Το **Διευθυντή της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας** επιλέγει μόνο το 16%, ενώ ακόμη λιγότεροι (4%) επιλέγουν το Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας για κριτή σε επίλυση σύγκρουσης (Κοντογιάννη 2007).

☞ **Στην παρούσα εργασία, φάνηκε ότι** το νοσηλευτικό προσωπικό προτιμά ως βοήθεια για την επίλυση των εργασιακών συγκρούσεων **μόνο άτομα που ανήκουν στην ίδια υπηρεσία**, είτε υψηλότερης βαθμίδας, δηλαδή **προϊστάμενο** τμήματος ή τομέα (37,9%) είτε ιεραρχικά ομοιόβαθμο, δηλαδή **συνάδελφο** (21,7%). Η επιλογή του νοσηλευτικού προσωπικού να μη ζητήσει **βοήθεια από κανένα**, φάνηκε να είναι δεύτερη στις προτιμήσεις του (36,9%). Τα ευρήματα της παρούσας εργασίας **δεν συγκλίνουν** με των προαναφερθέντων ερευνών (εκτός της νορβηγικής έρευνας), αρχικά γιατί η παρούσα έρευνα αναδεικνύει, ως πρώτη επιλογή για βοήθεια σε επίλυση εργασιακών συγκρούσεων, τον **προϊστάμενο** τμήματος ή τομέα, ενώ οι άλλες έρευνες, δίνουν πρωτεύοντα ρόλο κριτή στο **συνάδελφο** νοσηλευτή και δευτερευόντως στον προϊστάμενο. Τα ποσοστά όμως και των τριών ερευνών, όσον αφορά την επιλογή του προϊσταμένου, συγκλίνουν (37,9% έναντι 35% και 39,1% των άλλων). Στις άλλες έρευνες, αξίζει να αναφερθεί ότι δε δόθηκε έμφαση στην **επιλογή του «κανένα» για βοήθεια στην επίλυση**, που όπως φάνηκε από τα ευρήματα της παρούσας εργασίας, το ένα τρίτο και λίγο παραπάνω του νοσηλευτικού προσωπικού (36,9%) βρήκε σε αυτή

την επιλογή, ταύτιση στις απόψεις του. Ίσως ένα λόγος, που δεν προτιμούν κανέναν να επιλύσει τις εργασιακές συγκρούσεις τους, είναι η πεποίθηση ότι δεν υπάρχουν άτομα ουδέτερα, αλλά παράλληλα και εκπαιδευμένα στον εργασιακό χώρο, που να μπορούν να εμπιστευτούν για μία αποτελεσματική βοήθεια στην επίλυση των διαφορών τους.

Στη βιβλιογραφία έχει τονιστεί η **αναγκαιότητα της εκπαίδευσης στη διαχείριση των συγκρούσεων των τρίτων προσώπων**, δηλαδή μη εμπλεκομένων στη σύγκρουση με ρόλο **ουδέτερο**, που θα βοηθούν στην επίλυση των εργασιακών συγκρούσεων, όπως οι μάνατζερ και οι αρχηγοί των ομάδων (Lieberman 2009).

3.6. Γνωστοποίηση σύγκρουσης

Η κοινοποίηση της σύγκρουσης που συμβαίνει στο χώρο εργασίας, στον προϊστάμενο ή σε άτομα υψηλής διοικητικής ιεραρχίας εξαρτάται από τα **χαρακτηριστικά του οργανισμού**, αλλά και τη **θέση του υπαλλήλου στην ιεραρχία** (status). Όσο πιο *συντηρητικός, γραφειοκρατικός και αυταρχικός* είναι ένας οργανισμός, τόσο πιο *δύσκολα* λαμβάνεται η απόφαση να εξωτερικευτεί μία σύγκρουση στον εργασιακό χώρο. Αντίθετα, όσο πιο *δημοκρατικός και προσανατολισμένος* είναι στην ομάδα, τόσο πιο *εύκολα* παίρνει κάποιος μία ανάλογη απόφαση. Επίσης, όσο πιο *υψηλά στην ιεραρχία* βρίσκεται ο υπάλληλος και *έχει αυξημένη επιρροή και αναγνώριση*, αυξάνεται το status που έχει στον οργανισμό, οπότε μπορεί με *μεγαλύτερη ευκολία* να εξωτερικεύσει μία σύγκρουση, γιατί με το να είναι δυνατός και έχοντας μεγάλη επιρροή στον οργανισμό, ίσως δίνει μία ψευδή εικόνα ασφάλειας στον εργασιακό χώρο του (Lieberman 2009).

Στη βιβλιογραφία, αναφέρεται ότι **ποτέ δεν κοινοποιείται η σύγκρουση**, όταν ο εργαζόμενος είναι *πρεσβύτερος* και πιστεύει ότι θα χάσει παρά θα κερδίσει από την κοινοποίηση. Επίσης, δεν κοινοποιεί τη σύγκρουση στον εργασιακό χώρο, ο εργαζόμενος (χαμηλά ή υψηλά στη διοικητική ιεραρχία) που *είναι αρνητικός στο ενδεχόμενο σχολιασμού*, αλλά ούτε και ο *νεαρός εργαζόμενος* (κάτω των 30 ετών), γιατί δεν θέλει να διακινδυνέψει την καριέρα του στον οργανισμό και να χαρακτηριστεί ως άτομο που προκαλεί ή εμπλέκεται σε συγκρούσεις (Lieberman 2009).

Όπως φάνηκε από έρευνα της Rosenstein (2002), οι νοσηλεύτριες αναγνώρισαν θέματα, καταστάσεις ή γεγονότα που αποτελούν αίτια διασπαστικής συμπεριφοράς των ιατρών, τέτοια όπως: μετά από κλήσεις των νοσηλευτών σε ιατρούς για βοήθεια, κατόπιν

ερωτήματος ή αναζήτησης για διευκρινήσεις σε ιατρικές οδηγίες κ.λπ. **Όμως σχεδόν οι μισές νοσηλεύτριες (~50%) ανέφεραν φραγμούς ή διστακτικότητα** στο να αναφέρουν αυτού του είδους τη συμπεριφορά των ιατρών για λόγους όπως εκφοβισμός, φόβος για «αντίποινα», ανησυχία για την επίπτωση της αναφοράς τους στις μελλοντικές σχέσεις και η παγιωμένη άποψη ότι είναι κάτι αναπόφευκτο («τίποτα δεν αλλάζει»). Επίσης εξέφρασαν τις ανησυχίες τους για την ανεκτικότητα της διοίκησης απέναντι στη συμπεριφορά των ιατρών.

☞ **Στην παρούσα εργασία, φάνηκε αντίθετα, ότι σχεδόν τα τρία τέταρτα του νοσηλευτικού προσωπικού δεν έχουν δυσκολία να γνωστοποιήσουν μία ενδεχόμενη σύγκρουση** στον εργασιακό χώρο τους (74,9%). Ενώ το ένα τρίτο του νοσηλευτικού προσωπικού (25,1%) φάνηκε να διστάζει να γνωστοποιήσει τη σύγκρουση κυρίως λόγω *προσωπικότητας* (35%), *μη αποτελεσματικότητας της γνωστοποίησης* (35%) και *αποφυγής κλιμάκωσης της σύγκρουσης* (25%). Η ευκολία με την οποία φάνηκε να κοινοποιείται μια εργασιακή σύγκρουση στο χώρο του νοσοκομείου από την πλειοψηφία του νοσηλευτικού προσωπικού στην παρούσα εργασία, πιθανόν να σχετίζεται γενικότερα με τη **δημοκρατική φύση του δημόσιου νοσοκομείου ως οργανισμού.**

3.7. Συνέπειες συγκρούσεων

Καναδική έρευνα από τον Edmonton Organization Psychometrics Canada με δείγμα 350 επαγγελματίες HR κατέληξε ότι πάνω από 75% από αυτούς που είχαν βιώσει συγκρούσεις, δήλωσαν ότι η σύγκρουση τους οδήγησε σε **καλύτερη κατανόηση των άλλων**, περισσότεροι από τους μισούς κατέληξαν σε **καλύτερες λύσεις στα προβλήματά τους**, 40% περίπου σε **βελτιωμένη ομαδική απόδοση** και τέλος, 33% περίπου σε **αύξηση της υποκίνησης**. Αξίζει να σημειωθεί επίσης, ότι περισσότεροι από 20% ανέφεραν ότι - κατά καιρούς - η σύγκρουση τους βοήθησε να φτάσουν στην **καινοτομία**. Οι HR επίσης, δήλωσαν μέσα από την εμπειρία τους, ότι είχαν δει συγκρούσεις να **οδηγούν σε προσωπικές ύβρεις και προσβολές** (75%), σε **απόλυση** (40%), σε **παραίτηση** (>80%) και σε **ασθένειες ή απουσίες** (>75%) (Paton 2009).

☞ **Στην παρούσα εργασία**, η μειοψηφία του δείγματος θεωρεί ότι μία σύγκρουση μπορεί να οδηγήσει σε: **καινοτομία** (31,9% δήλωσαν συχνά ως σχεδόν πάντα), **καλύτερες λύσεις των προβλημάτων** (41,3%), **βελτίωση της ομαδικής απόδοσης** (42,6%) και **καλύτερη κατανόηση των άλλων** (45,7%). Ενώ η πλειοψηφία θεωρεί

ότι μία σύγκρουση μπορεί να οδηγήσει σε: *καταστροφικές συνέπειες στις εργασιακές σχέσεις* (57,1%) και *μείωση της παραγωγικότητας* (55%). Οι περισσότεροι θεωρούν ως συνέπειες της σύγκρουσης, *τις ύβρεις και τις προσβολές* (76%) και το *μειωμένο ενδιαφέρον για την εργασία* (67,3%). Τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας συγκλίνουν μερικώς με αυτά της προαναφερθείσας έρευνας, εκτός από τα διαφορετικά ευρήματα σε σχέση με τα αποτελέσματα των συγκρούσεων: «*καλύτερη κατανόηση των άλλων*» (45,7% έναντι 75% της άλλης έρευνας) και «*καινοτομία*» (31,9% έναντι 20% της άλλης έρευνας). Επίσης, αξίζει να αναφέρουμε και *τα χαμηλά ποσοστά των ασθενειών* (32,4%) *και των απουσιών* (47%) που βρέθηκαν στην παρούσα εργασία, ως συνέπειες των εργασιακών συγκρούσεων, σε σύγκριση με τα ευρήματα της καναδικής έρευνας, που ανέρχονται σε πάνω από 75% για ασθένειες/απουσίες. Δεν υπήρχε σχετική έρευνα με δείγμα νοσηλευτικό προσωπικό για να γίνει η αντίστοιχη σύγκριση ευρημάτων.

Στο **κόστος των ανεπίλυτων συγκρούσεων** για τον εργαζόμενο και τον οργανισμό, συμπεριλαμβάνονται η απώλεια χρόνου, η φτωχή λήψη απόφασης, η εγκατάλειψη του επαγγέλματος, οι ανεπιθύμητες αλλαγές σε διαχειριστικές διαδικασίες, το σαμποτάζ, ο βανδαλισμός, η κλοπή, η φθίνουσα τάση στην υποκίνηση και στην εργασιακή αποτελεσματικότητα, οι απουσίες, η δυσάρεστη ατμόσφαιρα, οι διαταραχές της κατάστασης υγείας και τα νομικά έξοδα (Lieberman 2009). Οι Danna & Griffin (1999) ισχυρίζονται ότι οι μακροχρόνιες συγκρούσεις στη δουλειά έχουν ως αποτέλεσμα στρες και ψυχοσωματικές εκδηλώσεις (επίμονοι πονοκέφαλοι, πόνος στο στομάχι, ανησυχία και κατάθλιψη) (Almost 2006).

Επίσης, οι συγκρούσεις στο χώρο της υγείας φάνηκε να έχουν **σημαντική επίδραση και στα αποτελέσματα που αφορούν τη φροντίδα των ασθενών**, σε μελέτη του Knaus et al (1986). Σε έρευνα που έγινε σε 5.020 ασθενείς από 13 νοσοκομεία βρέθηκε ότι ιδιαίτερα η αύξηση του επιπέδου των συγκρούσεων νοσηλευτών – ιατρών σχετίζεται με **αυξημένα ποσοστά θανάτων**. Το 2004, η Joint Commission ανέφερε ότι η πλειοψηφία των περιγεννητικών θανάτων και των τραυματισμών οφειλόταν σε *προβλήματα οργανωσιακής κουλτούρας και επικοινωνίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας*. Την ίδια χρονιά το Institute for Safe Medication Practices (ISMP) συνέδεσε τα *θεραπευτικά λάθη στους ασθενείς με τις εργασιακές συγκρούσεις* (Anonymous 2009).

Οι ανεπίλυτες συγκρούσεις έχουν τέτοια μεγάλη επίπτωση, τόσο στη φυσική και συναισθηματική υγεία των επαγγελματιών υγείας όσο και στις σχέσεις με την οικογένειά τους, που αναγνωρίζοντας αυτή τη διάσταση των επιπτώσεών τους, πολλοί διεθνείς επαγγελματικοί οργανισμοί [American Nurses Association (ANA), American Association of Colleges of Nursing (AACN), American Organization of Nurse Executives (AONE) και Accreditation Council for Graduate Medical Education] έχουν καθορίσει πρότυπα (standards) για εγκαθίδρυση ενός υγιούς εργασιακού περιβάλλοντος (Anonymous 2009).

Ακολουθεί ο συγκεντρωτικός Πίνακας 78 με τα κυριότερα σημεία της συζήτησης, σχετικά με τα θεματικά πεδία που αναπτύχθηκαν και αντιστοιχούν στα ερωτήματα του ερωτηματολογίου Α. Στις τρεις στήλες του Πίνακα 78, καταγράφονται, εκτός από τα θεματικά πεδία (πρώτη στήλη), τα ευρήματα της παρούσας έρευνας (δεύτερη στήλη) αλλά και τα ευρήματα άλλων ερευνών της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας (τρίτη στήλη), προς σύγκριση.

ΚΥΡΙΟΤΕΡΑ ΣΗΜΕΙΑ ΣΥΖΗΤΗΣΗΣ		
ΘΕΜΑΤΙΚΑ ΠΕΔΙΑ	ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΛΛΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ
Α. Από Ερωτηματολόγιο Α		
Αιτίες συγκρούσεων	<ul style="list-style-type: none"> ✓ διαφορετικές προσωπικότητες (69,6%) ✓ αναποτελεσματική ηγεσία (66,3%) ✓ στρες (89%) ✓ οργανωτικές ασάφειες (~80%) ✓ προβλήματα επικοινωνίας (~73%) ✓ οι περιορισμένοι πόροι (π.χ. η έλλειψη προσωπικού) (85,7%) ✓ εντολές από περισσότερους από έναν προϊσταμένους (62,1%) ✓ διαφορετικότητα των επιπέδων εκπαίδευσης (61,6%) ✓ φόρτος εργασίας (93%) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ διαφορετικότητα προσωπικοτήτων (>80%) ✓ αναποτελεσματική ηγεσία (~70%) <p>(Paton 2009)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ οργανωτικές ασάφειες (46,5%) ✓ προβλήματα στην οργανωσιακή δομή (45%) ✓ προβλήματα επικοινωνίας (36,4%) ✓ ύπαρξη αλληλεξαρτήσεων μεταξύ των τμημάτων (31,9%) ✓ φόρτος εργασίας (58,5%) <p>(Παυλάκης και συν. 2008)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ η έλλειψη προσωπικού (79,5%) <p>(Ogbimi & Adebamowo 2006)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ εντολές από περισσότερους από έναν προϊσταμένους (45%)

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ διαφορετικότητα των επιπέδων εκπαίδευσης (~50%) <p>(Κοντογιάννη 2007)</p>
Ενημέρωση για συγκρούσεις (εκπαίδευση)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ έχει ενημέρωση (7,9%) ✓ φορείς υλοποίησης: δημόσιοι φορείς (28,6%), επαγγελματικοί και επιστημονικοί φορείς των νοσηλευτών (~20%), προπτυχιακά (~20%) μεταπτυχιακά (14,3%) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ έχει ενημέρωση για θέματα διαχείρισης συγκρούσεων (~33%) ✓ φορείς υλοποίησης: προπτυχιακά (~50%) & μεταπτυχιακά (9,2%) <p>(Παυλάκης και συν. 2008)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ έχει ενημέρωση για θέματα διαχείρισης συγκρούσεων (22%) <p>(Κοντογιάννη 2007)</p>
Εμπλεκόμενα μέρη συγκρούσεων	<ul style="list-style-type: none"> ✓ με τους τραυματιοφορείς (42,7%) ✓ με το συγγενικό και φιλικό περιβάλλον των ασθενών (37,8%) ✓ με τους ιατρούς (34,5%) ✓ με το διοικητικό προσωπικό (28,4%) ✓ με τους νοσηλευτές (20,6%) ✓ με τους βοηθούς θαλάμου (19,5%) ✓ με τους ασθενείς (19,1%) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ με άμεσους συναδέλφους (56,39%) ✓ με τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας (17,3%) ✓ με το διοικητικό προσωπικό (26,4%) <p>(Κοντογιάννη 2007)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ με νοσηλευτές (43,7%) ✓ με ιατρούς (38%) ✓ με διοικητικά στελέχη (28,5%) και ✓ με βοηθούς θαλάμου (20,3%) <p>(Παυλάκης και συν. 2008)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ με ιατρούς (32,6%) και ✓ μεταξύ των νοσηλευτών (27,3%) <p>(Azoulay, Timsit, Sprung et al. 2009)</p>
Εμπλεκόμενα μέρη συγκρούσεων (Ιεραρχικά)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ με τους υφισταμένους (14,6%) ✓ με τους συναδέλφους της ίδιας ιεραρχικής κλίμακας (14%) ✓ με τους προϊσταμένους (10,9%) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ με τους προϊσταμένους τους (39,3%) ✓ με τους υφισταμένους τους (28,1%) και ✓ με τους συναδέλφους τους, που βρίσκονται στο ίδιο ιεραρχικό επίπεδο (27,8%) <p>(Παυλάκης και συν. 2008)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ με τους συναδέλφους (49,37%) <p>(Κοντογιάννη 2007)</p>
Εργασιακή ικανοποίηση-	<ul style="list-style-type: none"> ✓ αρκετά ως απόλυτα ικανοποιημένοι από την 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ δυσσαρεστημένοι από την εργασία τους (κυμαίνεται

<p>Αλλαγή θέσης εργασίας ή τμήματος – Πρόθεση αλλαγής</p>	<p>εργασία τους (92,2%)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ ζήτησε αλλαγή θέσης εργασίας ή τμήματος εξαιτίας εργασιακών συγκρούσεων (14%) 	<p>στις διάφορες χώρες από 17-40%)</p> <p>(Διαρόπουλος 2007)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ απόλυτα ή αρκετά ικανοποιημένοι από την εργασία (~50%) ✓ λίγο ή καθόλου ικανοποιημένοι (4,3%) ✓ σκέψη για παραίτηση (17,2%) ✓ αναζήτηση για εύρεση νέας εργασίας (3,2%) <p>(Παυλάκης και συν. 2008)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ δυσαρεστημένοι με την εργασία τους (41%) ✓ πρόθεση για παραίτηση (22%) <p>(Rosenstein 2002)</p>
<p>Βοήθεια στην επίλυση σύγκρουσης από τρίτο άτομο</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ στον προϊστάμενο τμήματος ή τομέα (37,9%), ✓ στο συνάδελφο (21,7%) ✓ από κανέναν (36,9%) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ κυρίως στον άμεσο προϊστάμενο <p>(Skjorshammer 2001)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ σε κάποιον συνάδελφο (41,9%) ✓ στον προϊστάμενο ή κάποιο ανώτερο στέλεχος (39,1%) <p>(Παυλάκης και συν. 2008)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ σε κάποιον συνάδελφο (38%) ✓ στον προϊστάμενο (35%) ✓ στο Διευθυντή της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας (16%) <p>(Κοντογιάννη 2007)</p>
<p>Γνωστοποίηση της σύγκρουσης</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ γνωστοποίηση μίας ενδεχόμενης σύγκρουσης στον εργασιακό χώρο (74,9%) ✓ δισταγμό γνωστοποίησης (25,1%) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ανέφεραν φραγμούς ή διστακτικότητα για γνωστοποίηση (~50%) <p>(Rosenstein 2002)</p>
<p>Αποτελέσματα συγκρούσεων</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ καταστροφικές συνέπειες στις εργασιακές σχέσεις (57,1%) ✓ μείωση της παραγωγικότητας (55%) ✓ καλύτερη κατανόηση των άλλων (45,7%) ✓ βελτίωση της ομαδικής απόδοσης (42,6%) ✓ καλύτερες λύσεις των 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ καλύτερη κατανόηση των άλλων (75%), ✓ καλύτερες λύσεις στα προβλήματά τους (~50%) ✓ βελτιωμένη ομαδική απόδοση(40%) ✓ καινοτομία (>20%) <p>(Paton 2009)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ προβλημάτων (41,3%) ✓ καινοτομία (31,9%) 	
Συνέπειες των συγκρούσεων	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ύβρεις και προσβολές (76%) ✓ μειωμένο ενδιαφέρον για την εργασία (67,3%) ✓ απουσίες (47%) ✓ ασθένειες (32,4%) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ προσωπικές ύβρεις και προσβολές (75%) ✓ απόλυση (40%), ✓ παραίτηση (>80%) και ✓ ασθένειες ή απουσίες (>75%) <p>(Paton 2009)</p>

ΠΙΝΑΚΑ 78. Τα κυριότερα σημεία της συζήτησης, σχετικά με τις συγκρούσεις ανά θεματική ενότητα.

3.8. Στυλ διαχείρισης συγκρούσεων των μάνατζερ νοσηλευτών

3.8.1. Επιλογή στυλ διαχείρισης συγκρούσεων

Σε έρευνα του Leadership Development Institute (Eckerd College), που πραγματοποιήθηκε διαδικτυακά το 2003 με δείγμα 52 μάνατζερ, φάνηκε ότι το φαινόμενο των συγκρούσεων είναι τόσο εκτεταμένο, που οι μισοί περίπου μάνατζερ του δείγματος χρειάζεται να καταναλώνουν από 10-30% του χρόνου τους για τη διαχείριση των συγκρούσεων. Αξιοσημείωτο είναι επίσης, ότι περίπου ένας στους πέντε (19%) αφιερώνει πάνω από το 30% του χρόνου του για να διαχειριστεί καταστάσεις, που αφορούν συγκρούσεις στον εργασιακό χώρο. **Συσχετίζοντας τη σύγκρουση με την ηγεσία** (δηλαδή, την ικανότητα των μάνατζερ για αποτελεσματική διαχείριση των συγκρούσεων με την αποτελεσματικότητά τους ως ηγέτη), βρέθηκε ότι **υπάρχει ισχυρή στατιστικά σχέση μεταξύ τους** (Runde 2003). Γίνεται εύκολα αντιληπτό από τα παραπάνω, πόσο μεγάλη βαρύτητα δίνεται στη διαχείριση συγκρούσεων, ως απαραίτητη δεξιότητα των μάνατζερ.

Όπως αναφέρεται στη βιβλιογραφία, στους παράγοντες που επιδρούν στον τρόπο που αντιδρά το άτομο στη σύγκρουση, συγκαταλέγονται: το **γένος**, η **αυτοαντίληψη**, οι **προσδοκίες**, η **κατάσταση** (πού συμβαίνει; γνωρίζουμε το εμπλεκόμενο πρόσωπο; είναι προσωπική ή επαγγελματική σύγκρουση;), η **θέση** (εξουσία μεγαλύτερη, μικρότερη ή ίση με το άτομο ή ομάδα που υπάρχει σύγκρουση;), η **πρακτική** (ικανότητα για χρήση όλων των μεθόδων και επιλογή της πιο αποτελεσματικής από αυτές για την περίπτωση), ο **καθορισμός του καλύτερου τρόπου διαχείρισης** (μέσα από τη γνώση και την πρακτική), οι **δεξιότητες επικοινωνίας** (μεγαλύτερη άνεση και επιτυχία στην επίλυση των συγκρούσεων έχουν τα άτομα που επικοινωνούν αποτελεσματικά) και οι **εμπειρίες**

της ζωής (προσωπικές και επαγγελματικές εμπειρίες μας οριοθετούν τη σύγκρουση ως θετική ή αρνητική εμπειρία) (www.foundationcoalition.org/teams).

Η Vivar (2006) υποστηρίζει ότι δεν υπάρχει **κατάλληλη ή ακατάλληλη στρατηγική διαχείρισης συγκρούσεων**, αλλά πρέπει να λαμβάνονται υπόψη παράγοντες όπως: ο *διαθέσιμος χρόνος, η κουλτούρα, το γενικό πλαίσιο και ο τύπος της προσωπικότητας* των εμπλεκομένων. Πολύ συχνά, δεν είναι η σύγκρουση αυτή καθαυτή το θέμα που δημιουργεί τη μεγαλύτερη ένταση σε μία κατάσταση σύγκρουσης, αλλά **οι διαφορές στο στυλ διαχείρισης συγκρούσεων των εμπλεκομένων πλευρών**, όπως αναφέρεται από τους Ting-Toomen et al. (2000) σε άρθρο των Al-Hamdan et al. (2011).

Σε έρευνα που έγινε από τους Παυλάκη και συν. (2008), φάνηκε ότι οι *επαγγελματίες υγείας* γενικά, χρησιμοποιούν περισσότερο τη **συνεργασία** (ή διαπραγμάτευση για αμοιβαίο όφελος), ως στρατηγική διαχείρισης των συγκρούσεων (37,5%) και την **αποφυγή** (36,6%), ενώ πολύ λιγότερο τον **ανταγωνισμό** (ή διεκδίκηση) (8,1%) και την **εξυπηρέτηση** ή αποδοχή της θέλησης της άλλης πλευράς (1,2%).

Σε έρευνα της Κοντογιάννη (2007) φάνηκε ότι το *νοσηλευτικό προσωπικό* χρησιμοποιεί στην πλειοψηφία του (62%) την **αποφυγή**, ως μέθοδο διαχείρισης των συγκρούσεων και ακολούθως τη συνεργασία (34%), τον ανταγωνισμό (19%), το συμβιβασμό (12%), τη διαμεσολάβηση (10%). Τέλος, φάνηκε να χρησιμοποιεί λιγότερο την **εξυπηρέτηση** (6,7%). Ειδικά για τους **μάνατζερ νοσηλευτές**, η προσφιλέστερη μέθοδος διαχείρισης συγκρούσεων φάνηκε επίσης να είναι η **αποφυγή (70%)**. Ακολουθούν η συνεργασία (44%), ο ανταγωνισμός (20%) ο συμβιβασμός (20%), η διαμεσολάβηση (11%) και η λιγότερο χρησιμοποιούμενη μέθοδος ήταν η **εξυπηρέτηση** (9%).

Σε έρευνα που έγινε **στο Σουλτανάτο του Ομάν** με δείγμα 271 νοσηλεύτριες από όλα τα ιεραρχικά επίπεδα του μάνατζμεντ σε 9 νοσοκομεία, φάνηκε - από τις επιλογές τους στο στυλ διαχείρισης συγκρούσεων των προϊστάμενων - ότι χρησιμοποιούν και τα πέντε στυλ διαχείρισης, με επικρατέστερη όμως επιλογή, τη **συνεργασία**. Ακολουθούν το στυλ του συμβιβασμού, της εξυπηρέτησης, του ανταγωνισμού και τέλος, λιγότερο χρησιμοποιούμενο στυλ φάνηκε να είναι το στυλ της **αποφυγής** (Al-Hamdan et al. 2011).

Οι Prescott and Bowen (1985), όπως αναφέρεται στους Tabak & Orit (2007), βρήκαν ότι το κυρίαρχο στυλ των νοσηλευτών είναι ο **ανταγωνισμός** και ακολουθεί η **εξυπηρέτηση** (ευρήματα που έρχονται σε αντίθεση με πολλές αντίστοιχες έρευνες). Το αξιοσημείωτο είναι ότι εξερεύνησαν και τρόπους διαχείρισης συγκρούσεων, που χρησιμοποιούν οι νοσηλευτές, αλλά δεν ανήκουν στις πέντε γνωστές στρατηγικές

διαχείρισης των συγκρούσεων. Φάνηκε λοιπόν, να χρησιμοποιούν και άλλες μεθόδους επίλυσης της κατάστασης, αρκετά «πονηρές», όπως να αρνηθούν ή να μην μεταφέρουν μία οδηγία, να ζητήσουν τη βοήθεια του ασθενούς και της οικογένειάς του κ.λπ.

Η Cavanagh (1991) βρήκε την **αποφυγή**, ως το πλέον προτιμώμενο στυλ διαχείρισης συγκρούσεων των νοσηλευτών (προϊσταμένων και μη) και τον **ανταγωνισμό** ως τελευταία επιλογή. Οι Sportsman & Hamilton (2007) σε έρευνα τους αντίθετα, βρήκαν ότι το πλέον προτιμώμενο στυλ διαχείρισης συγκρούσεων από τους σπουδαστές νοσηλευτικής είναι ο **συμβιβασμός** και ακολουθεί στις προτιμήσεις η **αποφυγή**, με τον **ανταγωνισμό** ως το λιγότερο χρησιμοποιούμενο στυλ διαχείρισης συγκρούσεων.

Στην Hendel et al. (2005) αναφέρονται τα ευρήματα των ερευνών των Booth (1978) και Bartol (από Booth 1982), Marriner (1982), Hightower (1986), Woodliti (1987) και Barton (1991), που σχετίζονται με το στυλ διαχείρισης συγκρούσεων των νοσηλευτών. Τα ευρήματα των ερευνών των Marriner (1982), Woodliti (1987) και Barton (1991) **ταυτίζονται** (τέταρτη στήλη του **Πίνακα 79**). Στον **Πίνακα 79**, που **κατασκευάστηκε** στο πλαίσιο της παρούσας έρευνας **για την καλύτερη κατανόηση της συζήτησης**, αποτυπώνονται συγκεντρωτικά, οι προτιμήσεις του στυλ διαχείρισης συγκρούσεων του νοσηλευτικού προσωπικού, με στοιχεία τα οποία βρέθηκαν κατά την επισκόπηση των σχετικών ερευνών στην ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία.

Οι Tabak & Orit (2007) συνδύασαν τις στρατηγικές διαχείρισης συγκρούσεων σε **διχοτόμηση των στυλ**, δηλαδή **κατηγορηματικό στυλ** (*assertive*), που περιλαμβάνει τη **συνεργασία και τον ανταγωνισμό** και **μη κατηγορηματικό στυλ** (*non assertive*) διαχείρισης συγκρούσεων, που περιλαμβάνει την **αποφυγή και την εξυπηρέτηση** (όπως ακριβώς έγινε η **ομαδοποίηση των στρατηγικών διαχείρισης συγκρούσεων και στην παρούσα εργασία**). Από τα αποτελέσματα της έρευνάς τους, φάνηκε ότι το πλέον προτιμώμενο στυλ είναι το **κατηγορηματικό** και το λιγότερο χρησιμοποιούμενο το **μη κατηγορηματικό**. Οι Tabak & Orit (2007) συσχετίζοντας το στυλ διαχείρισης συγκρούσεων με το στρες και την εργασιακή ικανοποίηση, βρήκαν ότι οι νοσηλευτές που προτιμούν στυλ διαχείρισης συγκρούσεων **συνεργασίας και ανταγωνισμού** (εξαιτίας του ότι αυτές οι τακτικές διαχείρισης συγκρούσεων συνδέονται με αυξημένο ενδιαφέρον για τις ανάγκες του εαυτού – self concern) έχουν **μειωμένα επίπεδα στρες και εργασιακή ικανοποίηση σε υψηλό βαθμό**, αντίθετα αυτοί που χρησιμοποιούν στυλ **αποφυγής και εξυπηρέτησης** (εξαιτίας του ότι αυτές οι τακτικές διαχείρισης συγκρούσεων συνδέονται με αυξημένο ενδιαφέρον για τους άλλους) έχουν **αυξημένα επίπεδα στρες και εργασιακή ικανοποίηση σε χαμηλό βαθμό**.

A/α επιλογής στυλ	Booth (1978) Kunaviktikul et al. (2000)	Bartol *	Marriner (1982) Woodtli (1987) Barton(1991)	Hightower (1986)	Cavanagh (1988 & 1991)	Cavanagh (1991) Eason (1999) Valentine (2001) Kelly (2006) Vivar (2006)	Hendel et al.(2005)	Tabak & Orit (2007)	Al-Hamdan et al. (2011)	Κοντογιάννη Α. (2007)
1 ^η	ΕΞ	ΣΥ	ΣΥΜΒ	ΑΠ	ΑΠ	ΑΠ	ΣΥΜΒ	ΣΥ	ΣΥ	ΑΠ
2 ^η	ΣΥΜΒ	ΣΥΜΒ	ΣΥ	ΣΥΜΒ	ΣΥΜΒ	ΕΞ	ΣΥ	ΑΝ	ΣΥΜΒ	ΣΥ
3 ^η	ΑΠ	ΑΝ	ΑΠ	ΣΥ	ΕΞ	ΣΥΜΒ	ΑΝ	ΣΥΜΒ	ΕΞ	ΑΝ
4 ^η	ΣΥ	ΕΞ	ΕΞ	ΕΞ	ΣΥ	ΣΥ	ΑΠ	ΕΞ	ΑΝ	ΣΥΜΒ
5 ^η	ΑΝ	ΑΠ	ΑΝ	ΑΝ	ΑΝ	ΑΝ	ΕΞ	ΑΠ	ΑΠ	Δ
6 ^η										ΕΞ

ΠΙΝΑΚΑΣ 79. Στυλ Διαχείρισης συγκρούσεων του νοσηλευτικού προσωπικού (Ελληνικές και διεθνείς μελέτες).

Σύμβολα Πίνακα: Αποφυγή (ΑΠ), Συνεργασία (ΣΥ), Ανταγωνισμός(ΑΝ), Εξυπηρέτηση (ΕΞ), Συμβιβασμός (ΣΥΜΒ) Διαμεσολάβηση (Δ).

Επεξηγήσεις: 1. Η αρίθμηση που χρησιμοποιείται στην πρώτη στήλη δείχνει τη σειρά επιλογής του στυλ διαχείρισης συγκρούσεων και είναι σύμφωνα με τις επιλογές των υποκειμένων της έρευνας (1= η πρώτη σε συχνότητα επιλογή, ..., 5= η τελευταία σε συχνότητα επιλογή). 2. Λόγω του πλήθους των μελετών, στις στήλες που υπάρχουν δύο ή περισσότεροι ερευνητές των οποίων τα ευρήματα ταυτίζονται, έχουν ενταχθεί σε μία στήλη για εξοικονόμηση χώρου στον πίνακα.

* **Bartol** in Booth 1982 in Hendel et al.2005, δεν βρέθηκε. στο άρθρο των Hendel et al. η χρονολογία, για το λόγο αυτό και παραλείπεται.

☞ **Αντίθετα, στην παρούσα εργασία,** το πλέον προτιμώμενο στυλ διαχείρισης συγκρούσεων για πάνω από τις μισές μάνατζερ νοσηλεύτριες αποτελεί το **μη κατηγορηματικό στυλ ή διαλλακτικό**, δηλαδή της **αποφυγής και εξυπηρέτησης** (55,9%). Ακολουθεί το στυλ του **συμβιβασμού** (32,4%) και τέλος, το λιγότερο χρησιμοποιούμενο στυλ (11,8%) είναι το **κατηγορηματικό στυλ**, δηλαδή του **ανταγωνισμού και της συνεργασίας**.

Στον **Πίνακα 80** που ακολουθεί, δίνονται συγκεντρωτικά τα κυριότερα σημεία της συζήτησης, σχετικά με την επιλογή του στυλ διαχείρισης συγκρούσεων του νοσηλευτικού προσωπικού. Για περισσότερα ευρήματα προς σύγκριση υπάρχει διαθέσιμος και ο **Πίνακας 79**.

ΚΥΡΙΟΤΕΡΑ ΣΗΜΕΙΑ ΣΥΖΗΤΗΣΗΣ		
Επιλογή στυλ διαχείρισης συγκρούσεων του νοσηλευτικού προσωπικού		
B. Από Ερωτηματολόγιο B		
ΘΕΜΑΤΙΚΑ ΠΕΔΙΑ	ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΛΛΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ
Στυλ Διαχείρισης Συγκρούσεων	<p><i>Το πλέον προτιμώμενο στυλ των μάνατζερ νοσηλευτών:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>το μη κατηγορηματικό στυλ, δηλαδή της <u>αποφυγής και εξυπηρέτησης</u> (55,9%)</i> ✓ <i>ακολουθεί το στυλ του <u>συμβιβασμού</u> (32,4%)</i> <p><i>Το λιγότερο χρησιμοποιούμενο στυλ είναι:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>το <u>κατηγορηματικό στυλ</u>, δηλαδή του <u>ανταγωνισμού</u> και της <u>συνεργασίας</u> (11,8%)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>συνεργασία (37,5%)</i> ✓ <i>αποφυγή (36,6%)</i> ✓ <i>ανταγωνισμό (8,1%)</i> ✓ <i>εξυπηρέτηση (1,2%)</i> <p>(Παυλάκης και συν. 2008)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>αποφυγή (70%)</i> ✓ <i>συνεργασία (44%)</i> ✓ <i>ανταγωνισμός (20%)</i> ✓ <i>συμβιβασμός (20%)</i> ✓ <i>διαμεσολάβηση (11%)</i> ✓ <i>εξυπηρέτηση (9%).</i> <p>(Κοντογιάννη 2007)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>συνεργασία</i> ✓ <i>συμβιβασμός</i> ✓ <i>εξυπηρέτηση</i> ✓ <i>ανταγωνισμός</i> ✓ <i>αποφυγής</i> <p>(Al-Hamdan et al. 2011)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>ανταγωνισμός</i> ✓ <i>εξυπηρέτηση</i> <p>(Prescott and Bowen 1985), όπως αναφέρεται στους (Tabak & Orit 2007)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>αποφυγή (πλέον προτιμώμενο)</i> ✓ <i>ανταγωνισμός(τελευταία επιλογή)</i> <p>(Cavanagh 1991)</p>

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ συμβιβασμός ✓ αποφυγή ✓ ανταγωνισμό (ως το λιγότερο προτιμώμενο) <p>(Sportsman & Hamilton 2007)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ το κατηγορηματικό (το πλέον προτιμώμενο στυλ) ✓ το μη κατηγορηματικό (το λιγότερο) <p>(Tabak & Orit 2007)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ συμβιβασμός ✓ συνεργασία ✓ ανταγωνισμός ✓ αποφυγή ✓ εξυπηρέτηση <p>(Hendel et al. 2005)</p>
--	--	---

ΠΙΝΑΚΑΣ 80. Τα κυριότερα σημεία της συζήτησης, σχετικά με την επιλογή του στυλ διαχείρισης συγκρούσεων του νοσηλευτικού προσωπικού.

3.8.2. Δημογραφικά στοιχεία και στυλ διαχείρισης συγκρούσεων

Το φύλο, το γένος και η εθνικότητα, η ηλικία και η εξουσία φαίνεται να επηρεάζουν τον τρόπο που τα άτομα σκέφτονται και αποκρίνονται στις συγκρούσεις, όπως υποστηρίζει ο Cox (2003). Οι παράγοντες που επηρεάζουν πιο συγκεκριμένα τις συγκρούσεις στη νοσηλευτική είναι η **κουλτούρα**, η **ηλικία**, η **θέση στην οργανωσιακή ιεραρχία**, το **φύλο** και άλλοι **εργασιακοί παράγοντες**, όπως τα *προγράμματα εργασίας* και ο *φόρτος εργασίας*. Φαίνεται ότι οι θεωρίες της διαχείρισης των συγκρούσεων βοηθούν ως ένα βαθμό, αλλά είναι εξίσου σημαντική και η γνώση της κουλτούρας των εμπλεκομένων και των κοινών εμπειριών για την επίτευξη μακροπρόθεσμων αποτελεσμάτων (Anonymous 2009). Ο ρόλος της κουλτούρας και της προσωπικότητας έχει μελετηθεί αρκετά και έχει βρεθεί ότι η **κουλτούρα του ατόμου και τα κοινωνικά «πιστεύω»** επηρεάζουν σημαντικά την επιλογή της στρατηγικής που θα ακολουθήσει σχετικά με την επίλυση των συγκρούσεων (Kaushal & Kwantes 2006).

3.8.2.1. Σε σχέση με το Φύλο

Σε έρευνα της Valentine (1995) βρέθηκε ότι οι *γυναίκες νοσηλεύτριες* προτιμούν, ως τακτική διαχείρισης των συγκρούσεων, τον **συμβιβασμό**. Σε αντίθεση με τους *άντρες νοσηλευτές*, που επιλέγουν το **ανταγωνιστικό** στυλ διαχείρισης συγκρούσεων και γενικά πιο ανένδοτες και επιθετικές στρατηγικές. Οι Sportsman & Hamilton (2007) σε έρευνα τους, βρήκαν ότι οι *γυναίκες* χρησιμοποιούν ως πρώτη επιλογή μεθόδου διαχείρισης των

συγκρούσεων, το **συμβιβασμό** και ως δεύτερο, την αποφυγή. Σε αντίθεση, οι *άντρες* έδειξαν εμφανώς την προτίμησή τους στην **αποφυγή** και δευτερευόντως στο συμβιβασμό. Οι Rossi & Todd-Mansillas (1990), όπως αναφέρεται στην Almost (2006), υποστηρίζουν, σχετικά με το στυλ διαχείρισης συγκρούσεων και το φύλο, ότι οι *άντρες* τείνουν να χρησιμοποιούν τακτικές εξουσίας, όπως το **ανταγωνιστικό** στυλ, σε αντίθεση με τις *γυναίκες*, που προτιμούν την **εξυπηρέτηση**. Σε έρευνα των Green et al. (2002) φάνηκε ότι οι *γυναίκες* προτιμούν το στυλ **της αποφυγής** σε αντίθεση με τους *άντρες* συναδέλφους τους, που επιλέγουν να χρησιμοποιούν το **ανταγωνιστικό** στυλ διαχείρισης συγκρούσεων. Η Valentine (2001) βρήκε σε έρευνά της, σχετικά με το φύλο και το στυλ διαχείρισης συγκρούσεων, ότι οι γυναίκες νοσηλεύτριες χρησιμοποιούν κυρίως το στυλ της **αποφυγής** και της εξυπηρέτησης και ακολούθως το συνεργατικό και λιγότερο το ανταγωνιστικό.

Από τις παραπάνω έρευνες συμπεραίνουμε, ότι **σε σχέση με το φύλο**, το επικρατέστερο στυλ των *γυναικών* νοσηλευτριών είναι ο **συμβιβασμός** και η **αποφυγή**, ενώ των *αντρών* νοσηλευτών αντίστοιχα ο **ανταγωνισμός**.

☞ Στην παρούσα εργασία δεν ήταν εφικτό να γίνει **συσχέτιση του στυλ διαχείρισης συγκρούσεων των μάντζερ νοσηλευτών με τη μεταβλητή φύλο**, γιατί όλο το δείγμα ήταν γυναίκες προϊστάμενες και δεν υπήρχαν καθόλου άντρες προϊστάμενοι στο δείγμα. Ως εκ τούτου, δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία (και για τα δύο φύλα) για σύγκριση με τα ευρήματα των άλλων ερευνών. Όμως, το στυλ που προτιμήθηκε από τις προϊστάμενες νοσηλεύτριες στην παρούσα εργασία, είναι στην πραγματικότητα, **κατεξοχήν γυναικείο στυλ** και με βάση αυτό, θα σχολιαστεί. Αξίζει να αναφερθεί στο σημείο αυτό, ότι οι γυναίκες πιστεύεται ότι λαμβάνουν περισσότερο υπόψη τα ενδιαφέροντα των άλλων, για το λόγο αυτό είναι λογικό να τείνουν να προτιμούν ως τακτική διαχείρισης των συγκρούσεων γενικά πιο διαλλακτικές στρατηγικές σε σχέση με τους άντρες. Ίσως αυτή η αντίληψη, δίνει μια εξήγηση σχετικά με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, ως προς τα πλέον προτιμώμενα στυλ διαχείρισης συγκρούσεων των προϊσταμένων νοσηλευτριών, που είναι το **μη κατηγορηματικό στυλ** (55,9%), δηλαδή της αποφυγής και της εξυπηρέτησης και ο **συμβιβασμός** (32,4%), που συμφωνούν με τα ευρήματα των άλλων ερευνών ως προς το ένα μέρος (δηλαδή σχετικά με τις γυναικείες επιλογές).

3.8.2.2. Σε σχέση με την Ηλικία & τη Θέση στην Ιεραρχία

Σε έρευνα της Cavanagh (1988) οι νεαρές νοσηλεύτριες, δηλαδή χαμηλής ιεραρχικής κλίμακας, ανέφεραν ως πιο κοινό στυλ διαχείρισης συγκρούσεων την **αποφυγή**, ενώ σε έρευνα των Hendel et al. (2005) βρέθηκε ότι οι *προϊστάμενες νοσηλεύτριες* έδειξαν προτίμηση στο **συμβιβασμό** και τη **συνεργασία** και λιγότερο **στην αποφυγή** (Al-Hamdan et al. 2011). Σε έρευνα των Tabak & Orit (2007), φάνηκε ότι η «αρχαιότητα», αλλά και η θέση των νοσηλευτών στην ιεραρχία επηρεάζουν την επιλογή τακτικής επίλυσης συγκρούσεων. Το status και η εξουσία που απορρέει από τη θέση στην ιεραρχία, φαίνεται να επηρεάζουν το στυλ διαχείρισης συγκρούσεων που επιλέγουν. Οι νεώτερες νοσηλεύτριες επιλέγουν την **αποφυγή**, ενώ οι αρχαιότερες το **συμβιβασμό**. Το ίδιο βρέθηκε και σε έρευνα που έγινε από τη Woodtli (1987), δηλαδή ότι οι *χαμηλόβαθμες κλινικές νοσηλεύτριες (staff nurses)* επιλέγουν την **αποφυγή**, ως στυλ διαχείρισης των συγκρούσεων, ενώ όσες κατέχουν *θέση επόπτη*, έχουν δηλαδή υψηλότερη θέση στη νοσηλευτική ιεραρχία, προτιμούν το στυλ του **συμβιβασμού** (Sportsman & Hamilton 2007).

Σε έρευνα που έγινε στο **Σουλτανάτο του Ομάν** με δείγμα 271 νοσηλεύτριες από όλα τα ιεραρχικά επίπεδα του μανάτζμεντ σε 9 νοσοκομεία, βρέθηκε ότι οι *τομεάρχες και οι διευθυντές νοσηλευτές* είχαν, ως πρώτη επιλογή τους, το στυλ της **συνεργασίας** και, ως τελευταία επιλογή τους, το στυλ του **ανταγωνισμού** (Al-Hamdan et al. 2011). Σε έρευνα της Valentine (1995), φάνηκε ότι οι *προϊστάμενες νοσηλεύτριες* χρησιμοποιούν περισσότερο το **συμβιβασμό**, ως στυλ διαχείρισης των συγκρούσεων, ενώ οι *χαμηλότερης ιεραρχικής κλίμακας (staff nurses)* χρησιμοποιούν την **αποφυγή**, ως πρωτεύων στυλ.

Όπως αναφέρει η Vivar (2006), ο Rahim (1985) βρήκε ότι οι *ανώτεροι* χρησιμοποιούν συχνά τον **ανταγωνισμό**, το **συμβιβασμό** και τη **συνεργασία**, ενώ οι *υφιστάμενοι* προτιμούν τη **συνεργασία**, την **αποφυγή** και τον **ανταγωνισμό**. Η ηλικία και η θέση στην ιεραρχία, όπως αναφέρεται στη βιβλιογραφία, μπορεί να επηρεάσουν το στυλ διαχείρισης των συγκρούσεων, ειδικά όταν βλέπουν διαφορετικά το ρόλο των νεώτερων συναδέλφων ή υφισταμένων (Anonymous 2009). Σε έρευνα των Green et al. (2002) φάνηκε ότι τα *ανώτατα στελέχη* (ιεραρχικά) προτιμούν το στυλ **συνεργασίας** κι όχι της **αποφυγής και εξυπηρέτησης** που χρησιμοποιούν οι *χαμηλόβαθμοι* (ιεραρχικά) στον οργανισμό. Η Valentine (2001) βρήκε ότι στις νοσηλεύτριες *χαμηλής ιεραρχικής βαθμίδας (staff nurses)* κυριαρχεί η **αποφυγή**, ως στρατηγική διαχείρισης των

συγκρούσεων στις επιλογές τους, ενώ οι *προϊστάμενες (nurses leaders)* μοιράζονται ανάμεσα στην **αποφυγή** και το **συμβιβασμό**.

Από τις παραπάνω έρευνες, συμπεραίνουμε ότι **σε σχέση με την ηλικία και τη θέση στην ιεραρχία**, το επικρατέστερο στυλ των *νεαρών ή χαμηλόβαθμων νοσηλευτριών* είναι η **αποφυγή**, ενώ των *αρχαιότερων ή μάνατζερ νοσηλευτριών* μοιράζεται ανάμεσα στο **συμβιβασμό** και τη **συνεργασία**.

☞ Στην παρούσα εργασία, όσον αφορά την επιλογή στο στυλ διαχείρισης συγκρούσεων **σε σχέση με την ηλικία και τη θέση στην ιεραρχία**, φάνηκε ότι οι μεγαλύτερες σε ηλικία (33-55 ετών), στις οποίες συμπεριλαμβάνονται οι προϊστάμενες Διεύθυνσης ή Τομέα, αλλά και οι προϊστάμενες Τμημάτων, προτιμούν κυρίως το **μη κατηγορηματικό στυλ** (δηλαδή της αποφυγής και της εξυπηρέτησης) και ακολούθως το **συμβιβαστικό**, ενώ οι νεώτερες (έως 32 ετών) ή *χαμηλής βαθμίδας*, που αντικαθιστούν τις προϊστάμενες Τμήματος, προτιμούν κυρίως το **κατηγορηματικό στυλ**. Σε αντίθεση δηλαδή, με τα βιβλιογραφικά ευρήματα, στην παρούσα εργασία φάνηκε ότι οι νεαρές προϊστάμενες δε χρησιμοποιούν την αποφυγή, αλλά χρησιμοποιούν πιο δυναμικές μεθόδους διαχείρισης συγκρούσεων, υιοθετούν δηλαδή το κατηγορηματικό στυλ. Σε αντίφαση με τις νεαρές προϊστάμενες, οι αρχαιότερες φάνηκε να υιοθετούν πιο διαλλακτικές και ήπιες μεθόδους διαχείρισης συγκρούσεων (μη κατηγορηματικό και συμβιβαστικό στυλ).

3.8.2.3. Σε σχέση με την Προϋπηρεσία – Εκπαίδευση – Χρόνο στη διοικητική θέση

Οι Hendel et al. (2005) βρήκαν ότι *όσο πιο πολύ χρόνο είναι μια προϊσταμένη στη θέση της και ασκεί τα καθήκοντά της*, τόσο πιο συχνά χρησιμοποιεί το στυλ της **συνεργασίας** ($p=0,032$). Σε έρευνα της σε 60 Ισραηλινές *προϊστάμενες νοσηλεύτριες* πέντε νοσοκομείων, βρήκε ότι οι στρατηγικές που χρησιμοποιούσαν ήταν με σειρά προτίμησης: ο **συμβιβασμός** (αποτελούσε την πρώτη επιλογή των συμμετεχόντων), η **συνεργασία**, ο **ανταγωνισμός**, η **αποφυγή** και τέλος, η λιγότερο προτιμώμενη στρατηγική φάνηκε να είναι η **εξυπηρέτηση**.

Σύμφωνα με ευρήματα έρευνας των Al-Hamdan et al. (2011), βρέθηκε ότι οι *δημογραφικές μεταβλητές επηρεάζουν όλα τα στυλ διαχείρισης συγκρούσεων*, ως ένα βαθμό. Αυτοί που έχουν *μεγαλύτερη προϋπηρεσία και είναι αρχαιότεροι* τείνουν να χρησιμοποιούν περισσότερο το στυλ της **συνεργασίας** και λιγότερο της **εξυπηρέτησης**

και της αποφυγής. Οι προϊστάμενες νοσηλεύτριες, που έχουν **υψηλότερη εκπαίδευση** χρησιμοποιούν **λιγότερο το στυλ του ανταγωνισμού**. Επίσης, εκείνες που ασκούν **περισσότερο χρόνο διοικητικά καθήκοντα**, επιλέγουν **λιγότερο το στυλ της συνεργασίας**. Άσχετα από φύλο, θέση, εθνικότητα και εκπαίδευση, οι μάνατζερ νοσηλευτές στην παραπάνω έρευνα φαίνεται να προτιμούν, ως πρώτη επιλογή τους, το στυλ της **συνεργασίας** και δεύτερο, το στυλ του **συμβιβασμού**. Αντίθετα, στην Αμερική δεν έχει φανεί το στυλ της συνεργασίας να έχει προτιμηθεί από καμία έρευνα, ως πρώτη επιλογή.

Οι Tabak & Orit (2007), βρήκαν ότι όσο **αυξάνεται η ηλικία, η προϋπηρεσία και η αρχαιότητα των νοσηλευτών** τόσο αυξάνεται η **χρησιμοποίηση του κατηγορηματικού στυλ** από μέρους τους και παράλληλα **αυξάνεται η εργασιακή ικανοποίηση και μειώνεται το στρες**. Θα περίμενε κανείς βέβαια, ότι όσο μεγαλώνει η «αρχαιότητα» μίας νοσηλεύτριας και αυξάνει ο χρόνος της επαγγελματικής εμπειρίας, της οργανωσιακής εξουσίας και του επιπέδου εκπαίδευσης της, να είναι ικανή και να θέλει επίσης, να χρησιμοποιεί περισσότερο το κατηγορηματικό στυλ στη διαχείριση των συγκρούσεων, αλλά και γενικά στις εργασιακές σχέσεις της. Μια τέτοια συμπεριφορά θα ήταν απολύτως κατανοητή λόγω της εξουσίας της, αλλά και της γνώσης και εμπειρίας της. Σύμφωνα με τον Kunaviktikul (1994), όπως αναφέρεται στους Tabak & Orit (2007), φαίνεται ότι οι νοσηλεύτριες, που έχουν ευρύτερο γνωστικό επίπεδο στην κλινική πρακτική, υιοθετούν τις **πιο κατηγορηματικές** προσεγγίσεις, σχετικά με τη διαχείριση των συγκρούσεων και μπορούν και εκφράζονται με μεγαλύτερη ευκολία από εκείνες, που δεν μπορούν να στηρίξουν τις θέσεις τους με επιχειρηματολογία. Οι Tabak & Orit (2007) επίσης, *συσχετίζοντας τα στυλ διαχείρισης συγκρούσεων με το στρες*, βρήκαν ότι υπάρχει **στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση** μεταξύ **κατηγορηματικού στυλ και στρες**, ενώ αντίθετα υπάρχει **στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση** μεταξύ **μη κατηγορηματικού στυλ διαχείρισης συγκρούσεων και στρες**.

☞ **Από τα ευρήματα της παρούσας εργασίας** φάνηκε ότι οι νεώτερες προϊστάμενες (έως 32 ετών), προτιμούν κυρίως το **κατηγορηματικό στυλ** και αντίθετα οι μεγαλύτερες σε ηλικία (33-55 ετών) το **μη κατηγορηματικό στυλ** και το **συμβιβαστικό**. Επίσης, οι προϊστάμενες με *προϋπηρεσία έως 20 έτη (δηλαδή νεώτερες σε προϋπηρεσία)*, προτιμούν κυρίως το **κατηγορηματικό στυλ**, και οι *αρχαιότερες (πάνω από 21 έτη)* το **μη κατηγορηματικό στυλ** και το **συμβιβαστικό**. Οι νεώτερες προϊστάμενες, λόγω του αυξημένου στρες που

βιώνουν εξαιτίας του μικρότερου χρόνου άσκησης των διοικητικών καθηκόντων στη θέση, θα περίμενε κανείς να χρησιμοποιούν το μη κατηγορηματικό στυλ, σύμφωνα με τα ευρήματα της παραπάνω έρευνας. Αντίστοιχα, στις μεγαλύτερες σε ηλικία προϊστάμενες (33-55 ετών), ενώ αναμενόταν το κατηγορηματικό στυλ, λόγω εξουσίας και «αρχαιότητας», φάνηκε να χρησιμοποιούν το μη κατηγορηματικό στυλ και το συμβιβαστικό. Επίσης, άλλη μία ερμηνεία που θα μπορούσε να δοθεί σχετικά με την προτίμηση των πεπειραμένων προϊσταμένων στο μη κατηγορηματικό και συμβιβαστικό στυλ διαχείρισης των συγκρούσεων, είναι η ακόλουθη. Συχνά *οι έμπειρες προϊστάμενες τείνουν να προτιμούν στρατηγικές, που θα τους επιτρέψουν να διατηρήσουν μακροχρόνιες σχέσεις και δεν θα βλάψουν ή δεν θα διακινδυνέψουν σχέσεις με άλλα μέλη, τα οποία εμπλέκονται στη λήψη αποφάσεων*. Είναι δυνατόν με την πάροδο των χρόνων, να έχουν μία υποτακτική προσέγγιση στα άτομα εκείνα, στα οποία παραδοσιακά ανήκει ο έλεγχος του οργανισμού. Η αντίληψη αυτή, ερμηνεύει σε μεγάλο βαθμό τη στάση των αρχαιότερων προϊσταμένων να υιοθετούν μη κατηγορηματικό και συμβιβαστικό στυλ διαχείρισης συγκρούσεων.

3.8.2.4. Σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση

☞ Στην παρούσα εργασία, τα περισσότερα δημογραφικά στοιχεία δεν συσχετίζονται με την επιλογή της στρατηγικής διαχείρισης συγκρούσεων, **εκτός από την οικογενειακή κατάσταση ($p = 0,008$)**. Οι άγαμες προϊστάμενες φάνηκε να προτιμούν κυρίως το **κατηγορηματικό στυλ**, δηλαδή του ανταγωνισμού και της συνεργασίας, οι έγγαμες κυρίως το **μη κατηγορηματικό στυλ**, δηλαδή της αποφυγής και εξυπηρέτησης και όλες οι διαζευγμένες επίσης το **μη κατηγορηματικό στυλ**. Σχετικά με τη συσχέτιση των μεταβλητών «στυλ διαχείρισης συγκρούσεων» και «οικογενειακής κατάστασης» *δεν μπορεί να γίνει σύγκριση με άλλα ερευνητικά δεδομένα*, γιατί κατά την επισκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας *δεν βρέθηκαν διαθέσιμα στοιχεία* που να υποδηλώνουν ότι έχει διερευνηθεί αυτή η παράμετρος σε σχέση με το στυλ διαχείρισης συγκρούσεων.

Στον **Πίνακα 81** που ακολουθεί, δίνονται συγκεντρωτικά τα κυριότερα σημεία της συζήτησης, που αφορούν τη συσχέτιση μεταξύ των δημογραφικών στοιχείων και του στυλ διαχείρισης των συγκρούσεων.

ΚΥΡΙΟΤΕΡΑ ΣΗΜΕΙΑ ΣΥΖΗΤΗΣΗΣ	
Δημογραφικά στοιχεία και στυλ διαχείρισης συγκρούσεων	
B. Από Ερωτηματολόγιο B	
✚ Ως προς το ΦΥΛΟ	
ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΛΛΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ
<p>Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας είναι <u>μόνο από γυναίκες</u> και <u>συνοψίζονται στις εξής επιλογές:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ το <u>μη κατηγορηματικό στυλ</u> (της <u>αποφυγής</u> και <u>εξυπηρέτησης</u>) ✓ του <u>συμβιβασμού</u> ✓ το <u>κατηγορηματικό στυλ</u> (του <u>ανταγωνισμού</u> και της <u>συνεργασίας</u>) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <u>συμβιβασμό</u> (γυναίκες) ✓ <u>ανταγωνισμό</u> (άντρες) <p>(Valentine 1995)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <u>συμβιβασμό & αποφυγή</u> (γυναίκες) ✓ <u>αποφυγή & συμβιβασμό</u> (άντρες) <p>(Sportsman & Hamilton 2007)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <u>εξυπηρέτηση</u> (γυναίκες) ✓ <u>ανταγωνισμός</u> (άντρες) <p>(Rossi & Todd-Mansillas 1990), όπως αναφέρεται στην (Almost 2006)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <u>αποφυγή</u> (γυναίκες) ✓ <u>ανταγωνισμός</u> (άντρες) <p>(Green et al. 2002)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <u>αποφυγή</u> (γυναίκες) ✓ <u>εξυπηρέτησης</u> ✓ <u>συνεργατικό</u> ✓ <u>ανταγωνιστικό</u> <p>(Valentine 2001)</p>
<p>Επικρατεί:</p> <p>α) το μη κατηγορηματικό στυλ β) απουσία ευρημάτων για άντρες</p>	<p>α) η αποφυγή & ο συμβιβασμός (σε γυναίκες) β) ο ανταγωνισμός (σε άντρες)</p>
✚ Ως προς την ΗΛΙΚΙΑ και τη ΘΕΣΗ ΣΤΗΝ ΙΕΡΑΡΧΙΑ	
<p>Από τα ευρήματα της παρούσας έρευνας φαίνεται ότι <u>επιλέγουν:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ το <u>μη κατηγορηματικό στυλ & το συμβιβαστικό</u> (οι <u>μεγαλύτερες</u> σε ηλικία, δηλ. 33-55 ετών - που είναι <u>προϊστάμενες Διεύθυνσης, Τομέα, Τμημάτων</u>) ✓ το <u>κατηγορηματικό στυλ</u> (οι <u>νεώτερες</u> σε ηλικία, δηλ. <u>έως 32 ετών ή χαμηλής βαθμίδας</u> που <u>αντικαθιστούν τις προϊστάμενες Τμήματος</u>) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <u>αποφυγή</u> (σε <u>νεαρές νοσηλεύτριες, δηλαδή χαμηλής ιεραρχικής κλίμακας</u>) <p>(Cavanagh 1988) όπως αναφέρεται στους (Al-Hamdan et al. 2011)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <u>συμβιβασμό και συνεργασία</u> (προτίμηση σε <u>προϊστάμενες νοσηλεύτριες</u>) ✓ <u>αποφυγή</u> (λιγότερο) <p>(Hendel et al. 2005)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <u>αποφυγή</u> (<u>νεώτερες νοσηλεύτριες</u>) ✓ <u>συμβιβασμό</u> (<u>αρχαιότερες</u>) <p>(Tabak & Orit 2007)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <u>αποφυγή</u> (<u>νεώτερες νοσηλεύτριες</u>) ✓ <u>συμβιβασμό</u> (<u>αρχαιότερες</u>) <p>(Woodtli 1987) όπως αναφέρεται στους (Sportsman & Hamilton 2007)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>συνεργασία</i> (πρώτη επιλογή- μάνατζερ νοσηλεύτριες) ✓ <i>ανταγωνισμός</i>(τελευταία επιλογή) <p><u>(Al-Hamdan et al. 2011)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>συμβιβασμό</i>(προϊστάμενες νοσηλεύτριες) ✓ <i>αποφυγή</i> (χαμηλότερης ιεραρχικής κλίμακας - staff nurses) <p><u>(Valentine 1995)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>ανταγωνισμό, συμβιβασμό και συνεργασία</i> (μάνατζερ) ✓ <i>συνεργασία, αποφυγή ανταγωνισμός</i> (υφιστάμενοι) <p><u>(Rahim 1985) όπως αναφέρεται στη (Vivar 2006)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>συνεργασία</i> (ανώτατα στελέχη) ✓ <i>αποφυγή και εξυπηρέτηση</i> (χαμηλόβαθμοι ιεραρχικά) <p><u>(Green et al. 2002)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>αποφυγή</i> (χαμηλής ιεραρχικής βαθμίδας - staff nurses) ✓ <i>αποφυγή και συμβιβασμός</i> (προϊστάμενες - nurses leaders) <p><u>(Valentine 2001)</u></p>
<p>Επικρατεί:</p> <p>α) το κατηγορηματικό στυλ (νεώτερες -χαμηλόβαθμες)</p> <p>β) το συμβιβαστικό & το μη κατηγορηματικό στυλ (αρχαιότερες ή μάνατζερ)</p>	<p>α) αποφυγή (νεαρές ή χαμηλόβαθμες νοσηλεύτριες)</p> <p>β) συμβιβασμό και συνεργασία (αρχαιότερες ή μάνατζερ)</p>
<p>✚ Ως προς την ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ - ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ - ΧΡΟΝΟ ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΘΕΣΗ</p>	
<p>Από τα ευρήματα της παρούσας έρευνας φαίνεται ότι επιλέγουν:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>το κατηγορηματικό στυλ</i> (προϊστάμενες με προϋπηρεσία έως 20 έτη, δηλαδή νεώτερες σε προϋπηρεσία) ✓ <i>το μη κατηγορηματικό στυλ και το συμβιβαστικό</i> (οι αρχαιότερες δηλαδή πάνω από 21 έτη) <p>Δεν έγινε συσχέτιση του στυλ διαχείρισης συγκρούσεων με την εκπαίδευση, γιατί όλες οι προϊστάμενες ήταν Τεχνολογικής Εκπαίδευσης.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>όσο πιο πολύ χρόνο μια προϊσταμένη είναι στη θέση της και ασκεί τα καθήκοντά της, τόσο πιο συχνά χρησιμοποιεί το στυλ της συνεργασίας</i> (p=0,032) <p><u>(Hendel et al. 2005)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>συνεργασία</i> (μεγαλύτερη προϋπηρεσία και αρχαιότεροι) ✓ <i>οι προϊστάμενες νοσηλεύτριες, που έχουν υψηλότερη εκπαίδευση χρησιμοποιούν λιγότερο το στυλ του ανταγωνισμού</i> ✓ <i>εκείνες που ασκούν περισσότερο χρόνο διοικητικά καθήκοντα, επιλέγουν λιγότερο το στυλ της συνεργασίας</i> <p><u>(Al-Hamdan et al. 2011)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>όσο αυξάνεται η ηλικία, η προϋπηρεσία και η αρχαιότητα των νοσηλευτών,</i>

		τόσο αυξάνεται η χρησιμοποίηση του κατηγορηματικού στυλ (Tabak & Orit 2007)
Ως προς την ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ		
	Φαίνεται να υπάρχει μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ στυλ διαχείρισης συγκρούσεων που επιλέγουν οι προϊστάμενες νοσηλεύτριες και οικογενειακής κατάστασης ($p=0,008<0,05$).	Μη διαθέσιμα στοιχεία στη βιβλιογραφία για σύγκριση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 81. Τα κυριότερα σημεία της συζήτησης, που αφορούν τη συσχέτιση μεταξύ των δημογραφικών στοιχείων και του στυλ διαχείρισης των συγκρούσεων.

3.8.3. Γενικά σχόλια:

Ένα ενδιαφέρον στοιχείο σχετικά με τον τρόπο διαχείρισης των συγκρούσεων, έρχεται να προσθέσει η έρευνα του Morrison (2008) που αναφέρεται στους Al-Hamdan et al. (2011), με δείγμα αμερικανίδες νοσηλεύτριες. Βρέθηκε λοιπόν, ότι το στυλ της **συνεργασίας** συνδέεται με **υψηλά επίπεδα συναισθηματικής νοημοσύνης** και έτσι ενισχύεται η πεποίθηση ότι αποτελεί την **ιδανική στρατηγική διαχείρισης των συγκρούσεων**.

☞ **Στην παρούσα εργασία** φάνηκε ότι η **συνεργασία** (που εντάσσεται στο μη κατηγορηματικό στυλ) ήταν το λιγότερο χρησιμοποιούμενο στυλ διαχείρισης των συγκρούσεων από τους μάνατζερ νοσηλευτές. Κι αυτό δικαιολογείται, ως ένα βαθμό, γιατί η μέθοδος της συνεργασίας αποδεδειγμένα απαιτεί χρόνο και κατανάλωση ενέργειας από μέρους των εμπλεκομένων. Και από ό,τι φαίνεται, οι νοσηλεύτριες δεν έχουν τόσο χρόνο, γιατί είναι συχνά πολύ απασχολημένες με τη φροντίδα των ασθενών, αλλά και με αρκετά άλλα καθήκοντα λόγω της έλλειψης σαφώς καθορισμένων καθηκόντων και αρμοδιοτήτων (έλλειψη καθηκοντολογίου) αλλά και των περιορισμένων πόρων (ελλείψεις σε προσωπικό).

Μέσα από τη μελέτη του συνόλου των ερευνών, που σχετίζονται με την επιλογή του στυλ διαχείρισης συγκρούσεων από τους νοσηλευτές (όπως φαίνονται στον **Πίνακα 79**), θα μπορούσαμε να καταλήξουμε στα εξής:

- Η **πρώτη** επιλογή του νοσηλευτικού προσωπικού στην πλειοψηφία των ερευνών, σχετικά με το στυλ διαχείρισης συγκρούσεων, είναι η **αποφυγή** (9 στις 18 έρευνες) και ακολουθεί ο συμβιβασμός (4 στις 18 έρευνες).

- Η *δεύτερη* επιλογή τους σχεδόν *διχάζεται* ανάμεσα στο **συμβιβασμό** (6 στις 18 έρευνες) και στη **συνεργασία** (5 στις 18 έρευνες).
- Η συντριπτική πλειοψηφία των ερευνών συγκλίνει σχετικά με το λιγότερο χρησιμοποιούμενο στυλ διαχείρισης συγκρούσεων, δηλαδή στο **ανταγωνιστικό** (13 στις 18 έρευνες, δηλαδή τα δύο τρίτα των ερευνών).

Το **επικρατέστερο στυλ διαχείρισης συγκρούσεων** φάνηκε να είναι η **αποφυγή**. Η αποφυγή, που εντάσσεται στο μη κατηγορηματικό στυλ, ήταν η κύρια επιλογή των περισσότερων προϊσταμένων νοσηλευτών (55,9%) **και στην παρούσα εργασία**. Η έρευνα και οι προσωπικές εμπειρίες μας έχουν δείξει ότι **όταν αποφεύγει κάποιος τη σύγκρουση**, στην πραγματικότητα, αυτή κλιμακώνεται και οι σκέψεις και τα συναισθήματα γίνονται περισσότερο αρνητικά.

Στην **πλειονότητα των ερευνών φάνηκε ότι** το νοσηλευτικό προσωπικό προτιμά να χρησιμοποιεί περισσότερο την **αποφυγή**, γιατί ίσως: α) οι νοσηλευτές θέλουν να καταναλώνουν περισσότερο χρόνο με τους ασθενείς, παρά στην επίλυση των διαφορών τους, β) αυτή η συμπεριφορά τους είναι επακόλουθο της παραδοσιακής κυριαρχίας των ιατρών και της παράλληλης άμυνας των νοσηλευτών, γ) είναι πολύ απασχολημένοι, λόγω φόρτου εργασίας και έλλειψης προσωπικού και δ) δεν έχουν επαρκείς γνώσεις (μέσα από κατάλληλη εκπαίδευση στη χρήση των τεχνικών διαχείρισης των συγκρούσεων) ή αυτή η γνώση που έχουν πιθανόν δεν είναι αρκετά ικανοποιητική για την αποτελεσματική διαχείριση των συγκρούσεων. Επίσης, την αποφυγή προτιμούν συνήθως οι *λιγότερο έμπειρες νοσηλεύτριες*, γιατί αισθάνονται δυσφορία να εκφράζουν τα συναισθήματα και τις διαφωνίες τους, αλλά παράλληλα έχουν και εξάρτηση από τον προϊστάμενό τους.

Αξίζει να τονιστεί ότι οι έρευνες των Tabak & Orit (2007) και των Al-Hamdan et al. (2011) - που βρίσκονται στην ένατη και δέκατη στήλη του **Πίνακα 79** - έχουν αναδείξει, ως πρώτη επιλογή στο στυλ διαχείρισης συγκρούσεων των νοσηλευτών, τη **συνεργασία** και ως **λιγότερο χρησιμοποιούμενο την αποφυγή**, στοιχεία που διαφοροποιούνται σημαντικά από τα ευρήματα του συνόλου των υπόλοιπων ερευνών. Τα ευρήματα αυτά (από τις δύο προαναφερθείσες έρευνες) είναι κατανοητό που διαφοροποιούνται, λόγω του ότι προέρχονται από δείγμα νοσηλευτών που ζουν και εργάζονται σε **αραβικές χώρες**, με μία κουλτούρα πολύ διαφορετική από αυτή που χαρακτηρίζει τους νοσηλευτές από τις δυτικές χώρες (που σχετίζονται οι υπόλοιπες έρευνες).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Στο προηγούμενο κεφάλαιο, έγινε σύγκριση των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας με ευρήματα άλλων ερευνών της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας και σχολιασμός τους. Στο κεφάλαιο αυτό, καταγράφονται τα **συμπεράσματα**, με βάση τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας και γίνονται **προτάσεις** για τον τρόπο που μπορούν τα αποτελέσματα αυτά να χρησιμοποιηθούν, συμβάλλοντας στην επίλυση του ερευνητικού προβλήματος. Επιπροσθέτως, αναγνωρίζονται και καταγράφονται παράγοντες που δρουν ως **περιορισμοί** στην παρούσα έρευνα και τέλος, δίνονται κατευθύνσεις με σκοπό να επιτευχθεί **επέκταση της γνώσης, μέσω περαιτέρω έρευνας** στο μέλλον.

4.1. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

4.1.1. Αιτίες συγκρούσεων

Οι **σημαντικότεροι παράγοντες, που θεωρούνται ως αιτίες συγκρούσεων** μεταξύ των επαγγελματιών υγείας από την πλειοψηφία του νοσηλευτικού προσωπικού που συμμετείχε στην παρούσα έρευνα είναι, κατά σειρά μεγαλύτερης συχνότητας εμφάνισης, οι ακόλουθοι:

- *Ο φόρτος εργασίας* (περίπου 93% δήλωσαν από συχνά ως σχεδόν πάντα)
- *Το στρες* (89% δήλωσαν από συχνά ως σχεδόν πάντα)
- *Οι περιορισμένοι πόροι, π.χ. έλλειψη προσωπικού, έλλειψη υλικών* (85,7% δήλωσαν από συχνά ως σχεδόν πάντα)
- *Η έλλειψη πρωτοκόλλων* (περίπου 80% δήλωσαν από συχνά ως σχεδόν πάντα)
- *Η έλλειψη γραπτού καθηκοντολογίου* (περίπου 80% δήλωσαν από συχνά ως σχεδόν πάντα)
- *Η προκλητική συμπεριφορά* (περίπου 80% δήλωσαν από συχνά ως σχεδόν πάντα)

Αντίθετα, στους παράγοντες που θεωρήθηκαν ότι **λιγότερο συχνά αποτελούν αιτίες συγκρούσεων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας**, συγκαταλέγονται οι ακόλουθοι:

- *Το χάσμα γενεών, δηλαδή συνεργασία μεταξύ νεότερων και αρχαιότερων ηλικιακά και ιεραρχικά συναδέλφων* (52,3% δήλωσαν από σπάνια ως ποτέ)

- Τα διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης (38,4% δήλωσαν από σπάνια ως ποτέ)
- Οι εντολές από περισσότερους από έναν προϊστάμενους (37,9% δήλωσαν από σπάνια ως ποτέ)

Ήταν αναμενόμενο να βρεθούν ως σημαντικότερες αιτίες συγκρούσεων ο φόρτος εργασίας, το στρες, οι περιορισμένοι πόροι (έλλειψη προσωπικού, έλλειψη υλικών), η έλλειψη πρωτοκόλλων, η έλλειψη καθηκοντολογίου και η προκλητική συμπεριφορά. Δικαιολογούνται τόσο από τη φύση του επαγγέλματος του νοσηλευτικού προσωπικού όσο και από τις υπάρχουσες εργασιακές και κοινωνικές συνθήκες.

4.1.2. Ύπαρξη και πηγές ενημέρωσης για μεσολάβηση ή συγκρούσεις από εκπαιδευτικά προγράμματα – Επιθυμία παρακολούθησης

Η συντριπτική πλειοψηφία του νοσηλευτικού προσωπικού (92,1%) φάνηκε να μην έχει ενημερωθεί για ένα τόσο σημαντικό αντικείμενο από κανένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα (προπτυχιακό, μεταπτυχιακό, συνεχιζόμενης ενδονοσοκομειακής επιμόρφωσης κ.λπ). Το γεγονός αυτό, δείχνει την υποτίμηση του συγκεκριμένου θέματος, ως γνωστικού αντικειμένου, και της σημασίας του, ως απαραίτητη δεξιότητα του νοσηλευτικού προσωπικού, από το εκπαιδευτικό σύστημα της νοσηλευτικής επιστήμης. Φαίνεται όμως, από τη δήλωση της επιθυμίας τους να παρακολουθήσουν συγκεκριμένα εκπαιδευτικά προγράμματα στο χώρο εργασίας τους (94%), ότι ίσως βιώνουν το πρόβλημα των συγκρούσεων σε τέτοιο βαθμό, που πιστεύουν ότι η επιμόρφωσή τους πάνω στο θέμα, θα δρούσε υποβοηθητικά στην αποτελεσματική διαχείρισή του. Θα υπήρχε μεγάλη συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού σε σεμινάρια με αντικείμενο τις συγκρούσεις ή τη μεσολάβηση, όπως φαίνεται από μια αδρή εκτίμηση των εκπαιδευτικών αναγκών τους.

4.1.3. Εμπλεκόμενα μέρη συγκρούσεων

Το νοσηλευτικό προσωπικό φαίνεται να εμπλέκεται σε περισσότερες συγκρούσεις με:

- τους τραυματιοφορείς (42,7% δήλωσαν από συχνά ως σχεδόν πάντα),
- το συγγενικό και φιλικό περιβάλλον των ασθενών (37,8% δήλωσαν από συχνά ως σχεδόν πάντα) και
- τους ιατρούς (34,5% δήλωσαν από συχνά ως σχεδόν πάντα),

Αντίθετα, φαίνεται να εμπλέκεται σε λιγότερες συγκρούσεις με:

- τους ασθενείς (80,9% δήλωσαν από σπάνια ως ποτέ)

- τους **βοηθούς θαλάμου** (80,5% δήλωσαν από σπάνια ως ποτέ)
- τους **νοσηλευτές** (79,4% δήλωσαν από σπάνια ως ποτέ)

Είναι γεγονός ότι οι **περισσότερες συγκρούσεις με τους τραυματιοφορείς** είναι εύρημα που δικαιολογείται, τόσο από την μεγάλη έλλειψη της συγκεκριμένης κατηγορίας εργαζομένων στο χώρο του νοσοκομείου όσο και από τις αυξημένες, αλλά παράλληλα και επείγουσες καταστάσεις, στις οποίες τις περισσότερες φορές καλούνται οι τραυματιοφορείς να ανταπεξέλθουν, χωρίς - τις περισσότερες φορές - να έχουν λάβει την απαιτούμενη εκπαίδευση. Στο σημείο αυτό, δεν πρέπει να ξεχνάμε βέβαια και την συνεχή επαφή και αλληλεξάρτηση των εργασιών του νοσηλευτικού προσωπικού με την εν λόγω κατηγορία εργαζομένων.

Στη συνέχεια, οι **συγγενείς και οι φίλοι των ασθενών** είναι κι αυτοί συχνά εμπλεκόμενοι σε συγκρούσεις με το νοσηλευτικό προσωπικό, γιατί από τη μία, διακατέχονται από το άγχος και την αγωνία για την έκβαση της πορείας της υγείας του ασθενούς τους και από την άλλη, ο περιορισμός των ωρών του επισκεπτηρίου και οι ελλείψεις σε προσωπικό ή και υλικά, προκαλούν εκνευρισμό και αυξημένη δυσαρέσκεια, που εκφράζεται μέσα από τη σύγκρουση.

Με **τους ιατρούς επίσης**, λόγω της αλληλεξάρτησης των εργασιών τους, της έντασης της εργασίας και της δεδομένης κυριαρχίας αυτής της επαγγελματικής ομάδας πάνω στο νοσηλευτικό προσωπικό, αναμένονταν αρκετές συγκρούσεις, ίσως και περισσότερες από αυτές που φάνηκαν. Αντίθετα, το νοσηλευτικό προσωπικό έχει λιγότερες συγκρούσεις με **τους ασθενείς**, γιατί ο νοσηλευτής αποτελεί παραδοσιακά το συνήγορό τους, προασπίζοντας πάντα το δίκιο τους και φροντίζοντας να καλύπτονται, όσο το δυνατόν περισσότερο, οι ανάγκες τους.

Τέλος, η **οριζόντια σύγκρουση μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού** είναι σε χαμηλά επίπεδα, πιθανόν λόγω της αύξησης της συνεκτικότητάς τους, ως επαγγελματικής ομάδας, μέσα από τις δυσκολίες και τις απαιτήσεις των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών.

Αν θελήσουμε να δούμε το θέμα των **εμπλεκόμενων μερών των συγκρούσεων με βάση το επίπεδο τους στην ιεραρχία**, θα λέγαμε ότι υπάρχουν **λιγότερες** συγκρούσεις του νοσηλευτικού προσωπικού με τους **προϊσταμένους** (10,9% δήλωσαν από συχνά ως σχεδόν πάντα) και **περισσότερες** με τους **υφισταμένους** (14,6% δήλωσαν από συχνά ως σχεδόν πάντα). Ίσως, ως καταπιεσμένη ομάδα (λόγω της εξουσίας των ιατρών), το νοσηλευτικό προσωπικό να θέλει να δείξει με τη σειρά του, την κυριαρχία του σε

κάποιους άλλους επαγγελματίες, που έχουν λιγότερη εξουσία στο νοσοκομείο, αλλά πιθανόν να οφείλεται στο αποκαλούμενο «διοικητικό σάντουιτς», που σχετίζεται με τη μεταφορά πιέσεων που δέχεται κάποιος από τους ανωτέρους του (π.χ. προϊστάμενο) σε άτομα που είναι χαμηλότερα από αυτόν στην ιεραρχία (π.χ. υφισταμένους).

4.1.4. Συγγνότητα συγκρούσεων στον εργασιακό χώρο

Σε ένα γενικό πλαίσιο, φαίνεται να μην υπάρχουν τόσες πολλές συγκρούσεις στον εργασιακό χώρο του νοσοκομείου ή σύμφωνα με μία άλλη θεώρηση, να μην εκλαμβάνονται ως συγκρούσεις, αλλά να θεωρούνται ως ένα φυσιολογικό μέρος της ρουτίνας της εργασίας. Αυτό, συμπεραίνεται από το γεγονός, ότι οι απόψεις του νοσηλευτικού προσωπικού **δίστανται**, με τους μισούς ερωτώμενους να αναφέρουν ότι γίνονται συχνά ως σχεδόν πάντα και τους άλλους μισούς ότι γίνονται σπάνια ή και ποτέ.

4.1.5. Απουσίες που οφείλονται σε συγκρούσεις

Σχεδόν όλο το νοσηλευτικό προσωπικό (99,5%) δηλώνει ότι **δεν έχει κάνει ποτέ απουσίες που να οφείλονται σε συγκρούσεις**. Είναι σίγουρο, ότι αυτό θα αποτελούσε «πολυτέλεια» στις δεδομένες συνθήκες, αφού η αυταπάρνηση με την οποία εργάζεται το νοσηλευτικό προσωπικό σε ιδιαίτερα δύσκολες και επικίνδυνες συνθήκες εργασίας, δεν τους δίνει το «δικαίωμα» πολλές φορές, ούτε σε αναρρωτικές άδειες. Λόγω των μεγάλων ελλειμμάτων σε νοσηλευτικό προσωπικό, αναγκάζονται να εργάζονται σε συνθήκες - τις περισσότερες φορές - κοντά στα όρια του προσωπικού ασφαλείας (δηλαδή του χαμηλότερου ποσοστού κάλυψης σε προσωπικό, ώστε να επιτυγχάνεται η διατήρηση ασφαλών συνθηκών νοσηλείας των ασθενών).

4.1.6. Εργασιακή ικανοποίηση

Το νοσηλευτικό προσωπικό δείχνει ότι **στο μεγαλύτερο μέρος του (92,2%) είναι αρκετά ως απόλυτα ικανοποιημένο από την εργασία του** και μόνο ένα μικρό ποσοστό δηλώνει περίτρανα τη δυσαρέσκειά του (7,8% καθόλου ικανοποιημένο). Ήταν πραγματικά μη αναμενόμενο, να δηλώνουν εργασιακή ικανοποίηση σε τόσο μεγάλο βαθμό, λόγω των εργασιακών συνθηκών, των μη ικανοποιητικών αμοιβών και της μειωμένης επαγγελματικής, αλλά και κοινωνικής αναγνώρισης για το έργο που επιτελείται από το νοσηλευτικό προσωπικό.

4.1.7. Αλλαγή θέσης εργασίας ή τμήματος – Πρόθεση αλλαγής

Το νοσηλευτικό προσωπικό, στην πλειοψηφία του, **δε φάνηκε να έχει ζητήσει αλλαγή θέσης εργασίας ή τμήματος εξαιτίας εργασιακών συγκρούσεων**, παρά σε ένα αρκετά μικρό ποσοστό (14%). Επίσης, την πρόθεσή του για αλλαγή θέσης εργασίας ή τμήματος, δείχνει μόνο ένα πολύ μικρό ποσοστό (6,6%), που φαίνεται απλά να το σκέφτεται ως πιθανή λύση. Τα προαναφερθέντα αποτελούν συνέχεια του προηγούμενου συμπεράσματος, που αφορούσε την εργασιακή ικανοποίηση. Δηλαδή, εφόσον το νοσηλευτικό προσωπικό είναι, στο μεγαλύτερο μέρος του, από αρκετά ως απόλυτα ικανοποιημένο από την εργασία του, δεν επιζητά, αλλά ούτε και έχει πρόθεση να ζητήσει κάποια αλλαγή.

4.1.8. Βοήθεια στην επίλυση σύγκρουσης από τρίτο άτομο

Το νοσηλευτικό προσωπικό φαίνεται να προτιμά να ζητήσει βοήθεια για να επιλύσει μία εργασιακή σύγκρουση (όταν πλέον αποφασίσει να ζητήσει βοήθεια), αρχικά **μόνο από άτομα που ανήκουν στην ίδια υπηρεσία**, είτε υψηλότερης βαθμίδας, δηλαδή **προϊστάμενο** τμήματος ή τομέα (37,9%), είτε ιεραρχικά ομοιόβαθμο, δηλαδή **συνάδελφο** (21,7%). Η επιλογή του να μη ζητήσει **βοήθεια από κανένα**, φάνηκε να είναι δεύτερη στις προτιμήσεις του (36,9%), γεγονός που δείχνει ίσως ότι έχει βαθιά πίστη ότι μπορεί να ανταπεξέλθει μόνο του στη συγκρουσιακή κατάσταση ή από την άλλη, ότι δε θεωρεί κάποιο άτομο στο εργασιακό περιβάλλον του, τόσο άξιο σε αυτό το ρόλο, ώστε να το εμπιστευθεί (για τις ικανότητες αλλά και την εχεμύθειά του). Και σε αυτό το σημείο, γίνεται αντιληπτή η απουσία ενός ουδέτερου και ικανού ατόμου, σε ρόλο εσωτερικού μεσολαβητή στο χώρο του νοσοκομείου.

4.1.9. Γνωστοποίηση της σύγκρουσης

Σχεδόν τα τρία τέταρτα του νοσηλευτικού προσωπικού φαίνεται ότι **δεν έχουν δυσκολία να γνωστοποιήσουν μία ενδεχόμενη σύγκρουση** στον εργασιακό χώρο. Στην παρούσα εργασία, γίνεται λόγος για συγκρούσεις σε δημόσιο νοσοκομείο, οπότε γίνεται σαφές ότι υπάρχει μεγαλύτερη ευκολία στη γνωστοποίηση, γιατί οι συνέπειες, πιθανότατα για τον εργαζόμενο που γνωστοποιεί τη σύγκρουση, είναι από ελάχιστες έως ασήμαντες. Αξίζει να αναφερθεί το γεγονός, ότι το ένα τέταρτο από αυτούς που είναι κάθετοι στη γνωστοποίηση μιας σύγκρουσης, το κάνουν από πεποίθηση ότι θα κλιμακώσουν τη σύγκρουση με αυτόν τον τρόπο.

4.1.10. Αποτελέσματα συγκρούσεων

Οι επιλογές της πλειοψηφίας, φανερόνουν σε ένα γενικότερο πλαίσιο, την «κακή εικόνα» που έχει το νοσηλευτικό προσωπικό για την έννοια της σύγκρουσης. Δηλαδή δείχνουν την τάση να βλέπουν, με βάση τα αποτελέσματα που θεωρούν ότι επιφέρει, κυρίως τη δυσλειτουργική πλευρά της σύγκρουσης. **Υποβαθμίζοντας τα θετικά αποτελέσματα της σύγκρουσης**, θεωρούν ότι μία σύγκρουση δεν μπορεί να οδηγήσει σε *καινοτομία* (68,1% δήλωσαν σπάνια ως ποτέ), *καλύτερες λύσεις των προβλημάτων* (58,7% δήλωσαν σπάνια ως ποτέ), *βελτίωση της ομαδικής απόδοσης* (57,4% δήλωσαν σπάνια ως ποτέ) και *καλύτερη κατανόηση των άλλων* (54,3% δήλωσαν σπάνια ως ποτέ). Αντίθετα, **υπερτονίζουν τα αρνητικά αποτελέσματα** της σύγκρουσης, θεωρώντας ότι μπορεί να έχει *καταστροφικές συνέπειες στις εργασιακές σχέσεις* (57,1% δήλωσαν από συχνά ως σχεδόν πάντα) και *μείωση της παραγωγικότητας* (55% δήλωσαν από συχνά ως σχεδόν πάντα).

4.1.11. Συνέπειες των συγκρούσεων

Η πλειοψηφία του νοσηλευτικού προσωπικού δε θεωρεί ότι μία σύγκρουση συνεπάγεται *σωματική βία* (74,7% δήλωσαν σπάνια ως ποτέ), *εγκατάλειψη της εργασίας* (69,2% δήλωσαν σπάνια ως ποτέ), *ασθένεια* (66,7% δήλωσαν σπάνια ως ποτέ), *κακομεταχείριση* (60,5% δήλωσαν σπάνια ως ποτέ) και *απουσία* (53% δήλωσαν σπάνια ως ποτέ). Αντίθετα, οι περισσότεροι θεωρούν ως συνέπειες της σύγκρουσης, *τις ύβρεις και τις προσβολές* (76% δήλωσαν από συχνά ως σχεδόν πάντα), *αλλά και το μειωμένο ενδιαφέρον για την εργασία* (67,3% δήλωσαν από συχνά ως σχεδόν πάντα). Είναι φυσικό, η λεκτική κακομεταχείριση να θεωρείται από τους περισσότερους, ότι επικρατεί στο χώρο της υγείας, γιατί δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις εκφοβισμού και απειλών, όταν υπάρχουν σαφείς διαχωρισμοί εξουσιών στο χώρο και κατεστημένα. Το νοσηλευτικό προσωπικό, ως συνέπεια των συγκρούσεων, δείχνει να χάνει το ενδιαφέρον για την άσκηση των καθηκόντων του, αλλά φαίνεται ότι δεν εγκαταλείπει την εργασία του και συνεχίζει να προσφέρει στον άνθρωπο στις μεγαλύτερες στιγμές αδυναμίας του, στον πόνο και στην ασθένεια.

4.1.12. Διαπραγμάτευση ως ηγετική δεξιότητα

Είναι πολύ ενδιαφέρον και αναμενόμενο, η πλειοψηφία του νοσηλευτικού προσωπικού να θεωρεί την ικανότητα διαπραγμάτευσης ως **μία απολύτως σημαντική**

ηγετική δεξιότητα. Έχει γίνει συνείδηση πλέον από όλο το νοσηλευτικό προσωπικό ότι η διαπραγμάτευση, η διαδικασία εκείνη που μας βοηθάει να φτάσουμε σε αμοιβαίο όφελος όταν επιλύουμε προβλήματα, είναι ένα προσόν απολύτως αναγκαίο για την νοσηλευτική ηγεσία. Διαφαίνεται στο σημείο αυτό, το πρόσφορο έδαφος για συμμετοχή σε ανάλογα εκπαιδευτικά προγράμματα θεωρητικής κατάρτισης και πρακτικής άσκησης σε όλα τα επίπεδα ιεραρχίας της νοσηλευτικής υπηρεσίας.

4.1.13. Μέθοδοι διαχείρισης συγκρούσεων

Φαίνεται ότι η **πλέον προτιμώμενη επιλογή** του νοσηλευτικού προσωπικού (όλων των ιεραρχικών βαθμίδων κι όχι μόνο των μάνατζερ νοσηλευτών), σχετικά με τις μεθόδους που χρησιμοποιεί για τη διαχείριση των συγκρούσεων, είναι ο **συμβιβασμός**, που χαρακτηρίζεται από αμοιβαία υποχώρηση (75% δήλωσαν ότι χρησιμοποιούν αυτή τη μέθοδο από συχνά ως πολύ συχνά). Στη συνέχεια, ακολουθούν με σειρά προτίμησης, η **διαπραγμάτευση** (71,9%), η **αποφυγή** (32,6%) και η **υποχώρηση** (23%). Ως **λιγότερο προτιμώμενη μέθοδος** στις επιλογές του νοσηλευτικού προσωπικού, φάνηκε να είναι ο **ανταγωνισμός ή διεκδίκηση** (16,4%).

4.1.14. Κύριο πρόβλημα στο τμήμα ή μονάδα που οδηγεί σε συγκρούσεις

Το μεγαλύτερο μέρος του νοσηλευτικού προσωπικού έδειξε να το απασχολεί η **απουσία πρωτοκόλλων** (θεραπευτικών και διαγνωστικών) για πράξεις και διαδικασίες, που αφορούν κυρίως τη φροντίδα του ασθενούς. Η επικρατούσα άποψη δικαιολογείται απόλυτα, αν σκεφτεί κανείς, ότι για την παροχή φροντίδας υγείας καλούνται να συνεργαστούν ένα «μωσαϊκό» επαγγελματιών υγείας, που διαφέρει ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο, την ηλικία, την ιεραρχία, την προϋπηρεσία και τις εργασιακές εμπειρίες. Οπότε καθίσταται αναγκαίο, ένα κοινό πλαίσιο αναφοράς και κατεύθυνσης των δράσεων, για να επιτευχθεί - με συνεργατικό και τεκμηριωμένο τρόπο - ένα κοινό αποτέλεσμα, θετικό για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας στον άρρωστο. Η ανάπτυξη και εφαρμογή πρωτοκόλλων στο χώρο της υγείας, θα συμβάλει πέρα από την εξάλειψη των ασαφειών και παρερμηνειών, στην τυποποίηση της φροντίδας και στη μείωση του κόστους.

4.1.15. Στυλ Διαχείρισης Συγκρούσεων (Conflict Management Style)

Προϊστάμενων Νοσηλευτών

1. Το πλέον προτιμώμενο στυλ διαχείρισης συγκρούσεων, για πάνω από τις μισές μάνατζερ νοσηλεύτριες, αποτελεί το **μη κατηγορηματικό στυλ ή διαλλακτικό**, δηλαδή της **αποφυγής και της εξυπηρέτησης** (55,9%). Ακολουθεί το στυλ του *συμβιβασμού* (32,4%) και τέλος, το λιγότερο χρησιμοποιούμενο στυλ από τις προϊστάμενες νοσηλεύτριες (11,8%) αποτελεί το *κατηγορηματικό* στυλ, δηλαδή του ανταγωνισμού και της συνεργασίας.

2. Δεν ήταν εφικτό να γίνει συσχέτιση με τη μεταβλητή *φύλο*, γιατί όλο το δείγμα ήταν γυναίκες προϊστάμενες και δεν υπήρχαν άντρες στο δείγμα. Αντίστοιχα, δεν ήταν εφικτό να γίνει συσχέτιση με τη μεταβλητή *επίπεδο εκπαίδευσης*, γιατί όλες οι προϊστάμενες ήταν μόνο Τεχνολογικής Εκπαίδευσης (Τ.Ε.).

3. Σχετικά με τα ευρήματα της έρευνας, που αφορούν την επιλογή του στυλ διαχείρισης συγκρούσεων σε **σχέση με τα δημογραφικά στοιχεία**, φαίνεται ότι:

- Οι *άγαμες* προϊστάμενες προτιμούν κυρίως το **κατηγορηματικό στυλ**, δηλαδή του ανταγωνισμού και της συνεργασίας, οι *έγγαμες* το **μη κατηγορηματικό στυλ**, δηλαδή της αποφυγής και εξυπηρέτησης και όλες οι *διαζευγμένες* επίσης το **μη κατηγορηματικό στυλ**.
- Οι *νεώτερες* σε ηλικία (έως 32 ετών) προτιμούν κυρίως το **κατηγορηματικό στυλ**, ενώ οι *μεγαλύτερες* σε ηλικία (33-55 ετών) το **μη κατηγορηματικό στυλ** και το **συμβιβαστικό**.
- Όσες εργάζονται σε *νοσηλευτικά τμήματα* προτιμούν κυρίως το **μη κατηγορηματικό στυλ** και το **συμβιβαστικό** και όσες εργάζονται σε *μονάδες ή ειδικά τμήματα* το **μη κατηγορηματικό**.
- Όσες προϊστάμενες έχουν *προϋπηρεσία έως 20 έτη* προτιμούν κυρίως το **κατηγορηματικό στυλ**, και οι *αρχαιότερες (πάνω από 21 έτη)* το **μη κατηγορηματικό στυλ** και το **συμβιβαστικό**.
- Οι προϊστάμενες *Διεύθυνσης ή Τομέα* αλλά και οι προϊστάμενες *Τμήματος* προτιμούν κυρίως το **μη κατηγορηματικό στυλ** και το **συμβιβαστικό**, ενώ οι χαμηλής βαθμίδας νοσηλεύτριες, που αντικαθιστούν τις προϊστάμενες *Τμήματος* προτιμούν κυρίως το **κατηγορηματικό στυλ**.

- Όσες προϊστάμενες κάνουν λίγες βάρδιες (έως 4 μηνιαίως) προτιμούν κυρίως το **μη κατηγορηματικό στυλ** και το **συμβιβαστικό**, ενώ αυτές που κάνουν πολλές βάρδιες (πάνω από 8 μηνιαίως) επιλέγουν εξίσου το **κατηγορηματικό** και το **μη κατηγορηματικό στυλ**.

4. Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ στυλ διαχείρισης συγκρούσεων που επιλέγουν οι προϊστάμενες νοσηλεύτριες και:

- α) ηλικίας ($X^2=8,555$, $df=4$, $p=0,073$)
- β) χώρου εργασίας ($X^2=1,45$, $df=2$, $p=0,485$)
- γ) προϋπηρεσίας ($X^2=2,47$, $df=2$, $p=0,291$)
- δ) θέσης στην ιεραρχία ($X^2=7,097$, $df=4$, $p=0,131$)
- ε) βαρδιών ($X^2=4,708$, $df=4$, $p=0,319$)

5. Φαίνεται να υπάρχει μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ στυλ διαχείρισης συγκρούσεων που επιλέγουν οι προϊστάμενες νοσηλεύτριες και οικογενειακής κατάστασης ($X^2=13,67$, $df=4$, $p=0,008<0,05$).

6. Συνεπώς τα περισσότερα δημογραφικά στοιχεία δεν σχετίζονται με την επιλογή της στρατηγικής διαχείρισης συγκρούσεων των μανάτζερ νοσηλευτών, εκτός από την οικογενειακή κατάσταση ($p=0.008$).

Στη συνέχεια, ακολουθεί ο Πίνακας 82, στον οποίο βρίσκονται συγκεντρωτικά, όλα τα συμπεράσματα της παρούσας έρευνας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ (ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΑ)	
A. Από Ερωτηματολόγιο A	
Αιτίες συγκρούσεων	Σημαντικότερες αιτίες αποτελούν: ⇒ Ο φόρτος εργασίας ⇒ Το στρες ⇒ Οι περιορισμένοι πόροι ⇒ Η έλλειψη πρωτοκόλλων ⇒ Η έλλειψη γραπτού καθηκοντολογίου ⇒ Η προκλητική συμπεριφορά
Ενημέρωση για συγκρούσεις από εκπαιδ. προγράμματα – Επιθυμία παρακολούθησης	Έλλειψη ενημέρωσης του νοσηλευτικού προσωπικού στην πλειοψηφία του (92,1%) – Δήλωση επιθυμίας για παρακολούθηση συγκεκριμένων εκπαιδευτικών προγραμμάτων στο χώρο εργασίας τους (94%).
Εμπλεκόμενα μέρη συγκρούσεων	Περισσότερες συγκρούσεις με: τους τραυματιοφορείς, το συγγενικό και φιλικό περιβάλλον των ασθενών και τους ιατρούς. Λιγότερες συγκρούσεις με: τους ασθενείς, τους βοηθούς θαλάμου και τους νοσηλευτές. <u>Ιεραρχικά:</u> ⇒ έχουν λιγότερες συγκρούσεις με τους προϊστάμενους και τους συναδέλφους τους νοσηλευτές (χαμηλά επίπεδα οριζόντιας βίας) και ⇒ περισσότερες με τους υφισταμένους τους.
Συχνότητα συγκρούσεων στον εργασιακό χώρο	Οι μισοί σχεδόν πιστεύουν ότι υπάρχει έντονο φαινόμενο συγκρούσεων και οι υπόλοιποι διαφωνούν, δηλαδή δίστανται οι απόψεις του νοσηλευτικού προσωπικού.
Απουσίες που οφείλονται σε συγκρούσεις	Σχεδόν όλο το νοσηλευτικό προσωπικό (99,5%) δηλώνει ότι δεν έχει κάνει ποτέ απουσίες , που να οφείλονται σε συγκρούσεις.
Εργασιακή ικανοποίηση	Το μεγαλύτερο μέρος του νοσηλευτικού προσωπικού δηλώνει αρκετά ως απόλυτα ικανοποιημένο από την εργασία του (92,2%).
Αλλαγή θέσης εργασίας ή τμήματος – Πρόθεση αλλαγής	Αλλαγή θέσης εργασίας ή τμήματος εξαιτίας εργασιακών συγκρούσεων , έχουν ζητήσει πολλοί λίγοι (14%) και έχουν πρόθεση να το κάνουν μόνο ένα πολύ μικρό ποσοστό (6,6%).
Βοήθεια στην επίλυση σύγκρουσης από τρίτο άτομο	Μόνο από άτομα που ανήκουν στην ίδια υπηρεσία , είτε υψηλότερης βαθμίδας, δηλαδή προϊστάμενο τμήματος ή τομέα (37,9%), είτε ιεραρχικά ομοιόβαθμο, δηλαδή συνάδελφο (21,7%). Περίπου ένας στους τρεις δε ζητά βοήθεια από κανένα (36,9%).

Γνωστοποίηση της σύγκρουσης	Τρεις στους τέσσερις φαίνεται ότι δεν έχουν δυσκολία να γνωστοποιήσουν μία ενδεχόμενη σύγκρουση στον εργασιακό χώρο.
Αποτελέσματα συγκρούσεων	Υπερτονίζουν τα αρνητικά αποτελέσματα της σύγκρουσης: ⇒ καταστροφικές συνέπειες στις εργασιακές σχέσεις (57,1%) και ⇒ μείωση της παραγωγικότητας (55%).
Συνέπειες των συγκρούσεων	Οι περισσότεροι θεωρούν ως συνέπειες: ⇒ τις ύβρεις και τις προσβολές (76%) και ⇒ το μειωμένο ενδιαφέρον για την εργασία (67,3%).
Διαπραγμάτευση	Σχεδόν καθολικά, η διαπραγμάτευση θεωρείται ως: ⇒ μία απολύτως σημαντική ηγετική δεξιότητα.
Μέθοδοι διαχείρισης συγκρούσεων	Η πλέον προτιμώμενη επιλογή του νοσηλευτικού προσωπικού (όλων των ιεραρχικών επιπέδων) είναι: ⇒ ο συμβιβασμός (75%) και Η λιγότερο προτιμώμενη μέθοδος είναι: ⇒ ο ανταγωνισμός ή διεκδίκηση (16,4%)
Κύριο πρόβλημα στο τμήμα ή μονάδα που οδηγεί σε συγκρούσεις	Για το μεγαλύτερο μέρος του νοσηλευτικού προσωπικού είναι: ⇒ η απουσία πρωτοκόλλων (θεραπευτικών και διαγνωστικών) για πράξεις και διαδικασίες, που αφορούν κυρίως τη φροντίδα του ασθενούς.
B. Από Ερωτηματολόγιο B	
Στυλ Διαχείρισης Συγκρούσεων των Προϊσταμένων Νοσηλευτών-τριών	Το πλέον προτιμώμενο στυλ των μάντζερ νοσηλευτών: ⇒ το μη κατηγορηματικό στυλ, δηλαδή της αποφυγής και εξυπηρέτησης (55,9%) και ⇒ το στυλ του συμβιβασμού (32,4%) Το λιγότερο χρησιμοποιούμενο στυλ: ⇒ το κατηγορηματικό στυλ, δηλαδή του ανταγωνισμού και της συνεργασίας (11,8%)
	⇒ Φαίνεται να υπάρχει μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ στυλ διαχείρισης συγκρούσεων που επιλέγουν οι προϊστάμενες νοσηλεύτριες και οικογενειακής κατάστασης ($p=0,008<0,05$).
	Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ στυλ διαχείρισης συγκρούσεων και: α) ηλικίας ($p=0,073$), β) χώρου εργασίας ($p=0,485$), γ) προϋπηρεσίας ($p=0,291$), δ) θέσης στην ιεραρχία ($p=0,131$) και ε) βαρδιών ($p=0,319$).

ΠΙΝΑΚΑΣ 82. Συμπεράσματα έρευνας (συγκεντρωτικά).

4.2. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας, έχουν επίδραση στους ανθρώπους που εργάζονται στο χώρο του νοσοκομείου, στους ασθενείς, αλλά και στον ίδιο τον οργανισμό και μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να βελτιωθούν οι εργασιακές σχέσεις των επαγγελματιών υγείας και κατ' επέκταση η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Η γνώση σε βάθος των αιτίων που προκαλούν τις συγκρούσεις μέσα στο νοσηλευτικό περιβάλλον, θα συνέβαλε ουσιαστικά στην πρόληψη ή την αποτελεσματική διαχείρισή τους. Με αυτά ως γνώμονα, προτείνονται οι ακόλουθες ενέργειες (συγκεντρωτικά) και στη συνέχεια δίνονται περισσότερες λεπτομέρειες:

- 1. Βελτίωση της επικοινωνίας**
- 2. Ενδυνάμωση της διεπαγγελματικής συνεργασίας**
- 3. Αλλαγή της κουλτούρας του οργανισμού**
- 4. Θέσπιση καθηκοντολογίου**
- 5. Μείωση του επαγγελματικού στρες**
- 6. Εκπαίδευση**
- 7. Αμεροληψία στην άσκηση διοίκησης**
- 8. Σχεδιασμός συστήματος επίλυσης συγκρούσεων**
- 9. Δημιουργία και καθιέρωση πρωτοκόλλων**

1. Βελτίωση της επικοινωνίας.

Όπως αναφέρεται στη βιβλιογραφία «η επικοινωνία είναι η καρδιά της σύγκρουσης και της επίλυσης» (Marshall & Robson 2005). Η ελλιπής προφορική επικοινωνία είναι παράγοντας, που πολλές φορές ευθύνεται για συχνές διενέξεις μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Σε έρευνα που έγινε στην Κύπρο, έχει προταθεί και από τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας, η βελτίωση της επικοινωνίας ως μέσο πρόληψης δημιουργίας συγκρούσεων (Παυλάκης & συν. 2008).

2. Ενδυνάμωση της διεπαγγελματικής συνεργασίας.

Η βέλτιστη λειτουργία ενός οργανισμού παροχής υπηρεσιών υγείας βασίζεται όχι μόνο στο επίπεδο επικοινωνίας, αλλά και στο βαθμό συνεργασίας των επιμέρους επαγγελματιών υγείας, δηλαδή από την διεπαγγελματική συνεργασία τους. Η αλληλεξάρτηση είναι το κλειδί της διεπιστημονικής ομάδας εργασίας στο χώρο της

υγείας. Επίσης, είναι αδιαμφισβήτητο, ότι όσο αυξάνονται τα επίπεδα της αλληλεξάρτησης μεταξύ των επαγγελματιών υγείας τόσο περισσότερο αυξάνονται και οι συγκρούσεις στον εργασιακό χώρο.

Από έρευνα στον ελληνικό χώρο των Φουντούκη & συν. (2009) βρέθηκε, ότι στα πλεονεκτήματα της διεπαγγελματικής συνεργασίας συγκαταλέγονται ο σωστός καταμερισμός της εργασίας (96,37%), η καλύτερη ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας (86,73%) και η ταχύτερη διεκπεραίωση των εργασιών (82,83%). Όπως αναφέρεται σε άρθρο των Sportsman & Hamilton (2007), οι ηγέτες στο χώρο της υγείας σήμερα, συνηγορούν περισσότερο από ποτέ, στη χρήση της συνεργασίας των επαγγελματιών υγείας κατά την άσκηση των καθηκόντων τους (η διεπαγγελματική συνεργασία διασφαλίζεται μέσα από τις οδηγίες που εκδόθηκαν το 2005 από τον AACN - American Association of Critical Nurses).

Ένα μέτρο για την ενδυνάμωση της συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, είναι η εφαρμογή της κυκλικής εργασίας ή της προσωρινής ανάθεσης έργων. Η έλλειψη κατανόησης από τα μέλη ενός οργανισμού, όσον αφορά τις δραστηριότητες και τις απαιτήσεις που αντιμετωπίζουν άλλα μέλη του οργανισμού, πολλές φορές αποτελεί πηγή σύγκρουσης. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η κυκλική μετακίνηση των μελών σε διάφορα τμήματα και η προσωρινή ανάθεση έργων, διευρύνει τη γνώση μεταξύ των μελών και αυξάνει την εκτίμηση για το έργο που επιτελείται από άλλα τμήματα, με αποτέλεσμα καλύτερες μελλοντικές συνεργασίες (Θεοδοσίου 2007). Το νοσοκομείο είναι ένας χώρος, που απαιτείται να γίνονται κυκλικές μετακινήσεις του προσωπικού, τόσο στην αρχή της καριέρας όσο και στην πορεία της, ώστε να εκτιμάται το έργο συναδέλφων άλλων νοσηλευτικών τμημάτων ή μονάδων και να διευρύνονται οι γνώσεις και οι δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας.

3. Αλλαγή της κουλτούρας του οργανισμού.

Η επικοινωνία και η συνεργασία είναι ένα σημαντικό κομμάτι της κουλτούρας του οργανισμού. Αν η κουλτούρα του οργανισμού είναι τέτοια, που συντηρείται η ιεραρχία και η εξουσία και δεν αναγνωρίζονται οι συγκρούσεις, αλλά ούτε και επιλύονται, δεν θα βοηθήσουν οι δεξιότητες επικοινωνίας (Marshall & Robson 2005). Ο ρόλος της οργανωτικής κουλτούρας είναι πολύ σημαντικός στη διαχείριση των συγκρούσεων. Η δέσμευση από μέρους της διοίκησης δίνεται, όχι μόνο μέσα από την προσωπική δέσμευση της «ηγείας με παραδειγματισμό», αλλά και μέσα από

εκπαιδευτικά προγράμματα στην διαχείριση των συγκρούσεων και τη μεσολάβηση, όπως θα αναφερθεί στη συνέχεια (με περιοδική αξιολόγηση και προσαρμογή τους) (Goodyear 2006).

4. Θέσπιση καθηκοντολογίου.

Η ασάφεια που επικρατεί σχετικά με τις ευθύνες και τις αρμοδιότητες των επαγγελματιών στο χώρο της υγείας, αποτελεί τη ρίζα μιας πλειάδας αιτιών για συγκρούσεις που χρειάζεται να καταπολεμηθούν (Goodyear 2006). Στην ελληνική πραγματικότητα ιδιαίτερα, υπάρχει ανάγκη άμεσης καθιέρωσης και πιστής εφαρμογής ξεκάθαρα και αντικειμενικού, επαγγελματικού καθηκοντολογίου, δηλαδή καθορισμός και τήρηση αρμοδιοτήτων που επηρεάζουν σημαντικά τη διεπαγγελματική συνεργασία.

Σε έρευνα που έγινε στην Κύπρο, φάνηκε μέσα από τις προτάσεις που έγιναν από τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας ότι είναι πλέον αναγκαιότητα, η σαφής κατανομή αρμοδιοτήτων, υποχρεώσεων και δικαιωμάτων, ως μέσο πρόληψης δημιουργίας συγκρούσεων (Παυλάκης & συν 2008). Παράλληλα, σε έρευνα της Κοντογιάννη (2007) στα ελληνικά δημόσια παιδιατρικά νοσοκομεία φάνηκε ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που συμμετείχε σε αυτήν, έθεσε - ως πρώτη επιλογή στις προτάσεις του για να μην υπάρχει αλληλοκάλυψη των ρόλων των επαγγελματιών υγείας - τη σαφή κατανομή των αρμοδιοτήτων (23,9%). Στην ίδια έρευνα, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, στη συντριπτική πλειοψηφία του (95,75%), έδειξε να πιστεύει ότι οι θεσμοθετημένοι κανονισμοί δεν καθορίζουν σαφώς τα καθήκοντα, με αποτέλεσμα να μην μπορούν οι εργαζόμενοι να είναι αποδοτικοί στην εργασία τους.

5. Μείωση του επαγγελματικού στρες.

Η προβληματική επικοινωνία, ο φόρτος εργασίας, η έλλειψη προσωπικού και η μη αποσαφήνιση των αρμοδιοτήτων οδηγεί σε μία συνεχή ένταση στο χώρο του νοσοκομείου που διαταράσσει τη διεπιστημονική συνεργασία. Ο χώρος της υγείας έχει χαρακτηριστεί ως «εντάσεως εργασίας» και λόγω του στρες που προκαλείται από τις ιδιαίτερες εργασιακές συνθήκες. Μετά από εκτεταμένη διερεύνηση του φαινομένου της επαγγελματικής κόπωσης στους νοσηλευτές, οι ερευνητές βρήκαν ότι η κόπωση προέρχεται μέσα από συνδυασμό παραγόντων, που αφορούν το ίδιο το άτομο (χαμηλή αυτοεκτίμηση, χαμηλό επίπεδο ψυχικού σθένους κ.λπ), αλλά και το περιβάλλον του (υποστελέχωση, φροντίδα βαρέως πασχόντων, συγκρούσεις με ιατρούς, προϊστάμενους

κ.λπ.) (Πλατή 1998). Είναι λοιπόν αναγκαίο, οι εργαζόμενοι μέσα από συγκεκριμένες τεχνικές χαλάρωσης και συμβουλευτική υποστήριξη από ειδικούς, να αποφορτίζονται από όλο αυτό το στρες, ώστε να μην υπάρχει από τη μία, το ενδεχόμενο εμφάνισης συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης (burn out) και από την άλλη, να αποτρέπονται φαινόμενα συγκρουσιακών καταστάσεων με καταστροφικές συνέπειες για τους επαγγελματίες υγείας, για τον οργανισμό αλλά κυρίως για τους ασθενείς.

6. Εκπαίδευση.

Η εκπαίδευση αποτελεί θεμέλιο λίθο κάθε ουσιαστικής προσπάθειας για επίλυση ζητημάτων, για το λόγο αυτό δίνεται και μεγαλύτερη έκταση κατά την ανάλυση της σε σχέση με τις υπόλοιπες προτάσεις της παρούσας εργασίας. Όταν οι επαγγελματίες υγείας γνωρίζουν τον ορθό τρόπο προσέγγισης των καταστάσεων, υπάρχει ταυτόχρονα και μία πιο αποτελεσματική αντιμετώπισή τους. Στη συνέχεια, θα δοθούν λεπτομέρειες που αφορούν κυρίως το περιεχόμενο των εκπαιδευτικών προγραμμάτων που απαιτείται να πραγματοποιούνται, αλλά και σε ποιους απευθύνονται, κάνοντας παράλληλα σαφείς τους λόγους για τους οποίους προτείνονται οι συγκεκριμένες ενέργειες.

Η *ανάγκη ευαισθητοποίησης των Διοικήσεων των Νοσοκομείων*, αλλά και της *κεντρικής ηγεσίας του Υπουργείου*, προκειμένου να δοθεί έμφαση στην εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, τόσο στην αποτελεσματική επικοινωνία όσο και τη διαχείριση των συγκρούσεων, είναι υπαρκτή. Πρέπει στα *προπτυχιακά προγράμματα σπουδών* να δοθεί έμφαση στη σημαντικότητα της συνεργασίας κυρίως μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών (ενδυνάμωση ρόλου διεπαγγελματικής συνεργασίας) και στις μεθόδους επικοινωνιακής διαχείρισης των συγκρούσεων. Να εστιάσουν δηλαδή, οι φοιτητές της νοσηλευτικής και γενικότερα των επαγγελμάτων υγείας, περισσότερο στη μελέτη και εμπειρία της Οργανωσιακής Θεωρίας, στην κατηγορηματική συμπεριφορά (assertive behavior), στη μεθοδολογία επίλυσης προβλήματος (problem solving), στη διαχείριση συγκρούσεων και στη δημιουργία και διατήρηση υγιών επαγγελματικών σχέσεων με συναδέλφους και συνεργάτες.

Όπως υποστηρίζει η Forte (1997) και αναφέρεται σε άρθρο των Al-Hamdan et al. (2011), *όλοι οι νοσηλευτές, άσχετα από τη θέση που κατέχουν στην ιεραρχία*, πρέπει να διαχειρίζονται αποτελεσματικά τις συγκρούσεις, έτσι ώστε να δημιουργείται ένα περιβάλλον που δίνει ερεθίσματα για προσωπική ανάπτυξη, αλλά παράλληλα διασφαλίζεται και η ποιότητα της φροντίδας υγείας του ασθενούς. Επίσης, θεωρεί ότι τα

εκπαιδευτικά προγράμματα που αφορούν τη διαχείριση συγκρούσεων θα πρέπει να είναι *προσπαιτούμενα για την επιλογή των προϊσταμένων νοσηλευτών*. Αρχικά, θα πρέπει να ενταχθούν στα προγράμματα σπουδών, αλλά ακολούθως στο εργασιακό περιβάλλον (*ενδοϋπηρεσιακή επιμόρφωση*) με χρήση παραδειγμάτων μέσα από την εμπειρία και παίξιμο ρόλων (playing roles), ώστε να προλαμβάνονται οι καταστροφικές εκείνες συνέπειες των συγκρούσεων, που θα έβλαπταν ταυτόχρονα εργαζόμενους και οργανισμό.

Η **εκπαίδευση ευαισθησίας** είναι μια από τις μεθόδους, με τις οποίες ένα άτομο μπορεί να κατανοήσει καλύτερα, τις δυνατότητες με τις οποίες μπορεί να ασκήσει επίδραση σε άλλα άτομα και τον τρόπο με τον οποίο οι άλλοι ακούν όσα έχει να τους πει. Η εκπαίδευση ευαισθησίας, όπως υποδηλώνει και το όνομά της, αυξάνει την ευαισθησία των ατόμων, όσον αφορά την επίδραση που ασκούν επάνω σε άλλα άτομα και ταυτόχρονα τους προσφέρει εργαλεία για να αναλύσουν τις αλληλεπιδράσεις που αναπτύσσονται, όταν τα άτομα εργάζονται συλλογικά (Παφτούνου 2007). Γίνεται εύκολα αντιληπτό, πως η εκμάθηση μίας τέτοιας δεξιότητας - μέσα από εκπαιδευτικά προγράμματα για μάνατζερ σε όλα τα επίπεδα - θα συνέβαλε σε μεγάλο βαθμό, ώστε να μειωθούν τα λάθη στην επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, που έχουν ως αποτέλεσμα τη δημιουργία συγκρούσεων.

Σε έρευνα που έγινε από Rusell & Scoble (2003), όπως αναφέρουν οι Hendel et al (2005), οι προϊστάμενες νοσηλεύτριες αναγνώρισαν τις **μελλοντικές ανάγκες για εκπαίδευση**, δηλαδή αναγνώρισαν τα ελλείμματα σε γνώσεις και δεξιότητες, που αφορούσαν τη διαχείριση ανθρωπίνων πόρων, στην οποία συμπεριλαμβάνεται και η επίλυση των συγκρούσεων (Hendel et al 2005).

Τα *οφέλη της εκπαίδευσης των στελεχών*, που βρίσκονται υψηλά στην ιεραρχία, όπως είναι οι προϊστάμενες, είναι ευρέως γνωστά στη βιβλιογραφία. Οι Haraway & Haraway (2005) υποστηρίζουν ότι η διδασκαλία των τεχνικών διαχείρισης συγκρούσεων σε ανώτερα και ανώτατα στελέχη μπορεί να μειώσει σημαντικά το εργασιακό στρες που βιώνουν (Brinkert 2010). Επίσης, η εκπαίδευση στη διαχείριση συγκρούσεων έχει βρεθεί ότι μειώνει τη βία, τους βανδαλισμούς, τη χρόνια απουσία και τις παραιτήσεις. Αυξάνει τη δεξιότητα των συμμετεχόντων στην ακρόαση, την κριτική σκέψη, αλλά και τη δεξιότητα στην επίλυση προβλήματος. Δίνει έμφαση στο να μπορεί να βλέπει κανείς τα πράγματα κι από άλλες «οπτικές γωνίες» και συμβάλλει στη διατήρηση ομαλών σχέσεων σε ένα πολυπολιτισμικό περιβάλλον (Muníwa & Adevemi 2010).

Τα εκπαιδευτικά προγράμματα που σχεδιάζονται για τις συγκρούσεις στο χώρο της υγείας, πρέπει να συμπεριλαμβάνουν απαραίτητα **τεχνικές μεσολάβησης** (mediation)

και **δεξιότητες συναισθηματικής νοημοσύνης** (emotional intelligence skills) (Brinkert 2010). Κι αυτό γιατί, όπως υποστηρίζει η Gerardi (2004), οι δεξιότητες και οι τεχνικές αυτές, μπορούν να βοηθήσουν στη βελτίωση των σχέσεων των επαγγελματιών υγείας.

Εκτός από τους προϊστάμενους, και όλα τα υπόλοιπα μέλη του οργανισμού πρέπει να ενσωματώσουν στις δεξιότητές τους την ουσιαστική ικανότητα για πρόληψη ή αποτελεσματική διαχείριση των συγκρούσεων. Όπως υποστηρίζεται και στη βιβλιογραφία, ο οργανισμός θα πρέπει να κάνει σαφή τη δέσμευσή του για αποτελεσματική διαχείριση των συγκρούσεων, *μέσα από ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων*, τόσο στη **διαχείριση συγκρούσεων**, όσο και στη διαδικασία της **μεσολάβησης**, ως ένα αναπόσπαστο μέρος της εργασιακής δομής σε κάθε ιεραρχικό επίπεδο μέσα στο σύστημα (Porter-O'Grady (a) 2004).

Οι **τεχνικές**, που χρησιμοποιούν αυτοί που ασκούν το **ρόλο του μεσολαβητή**, είναι αποτελεσματικές στη επίλυση συγκρούσεων, αλλά και στη διατήρηση ομαλών εργασιακών σχέσεων. Η πρακτική σε αυτές τις τεχνικές μεσολάβησης - όπως η ενεργητική ακρόαση για πλήρη κατανόηση, ο επαναπροσδιορισμός του ζητήματος (που βοηθά στον καθορισμό του προβλήματος στις σωστές διαστάσεις) και η σαφήνεια στη σύναψη συμφωνιών - είναι δυνατόν να ενδυναμώσουν τις εργασιακές σχέσεις, να μειώσουν το επίπεδο συγκρούσεων και να δημιουργήσουν ένα ασφαλές εργασιακό περιβάλλον, με όφελος για τους επαγγελματίες και τους ασθενείς.

Οι ερευνητές Fisher & Brown, ως μέρος του *Harvard Negotiation Project*, υποστήριξαν μέσα από την έρευνά τους, ότι για να διασφαλιστούν οι καλές εργασιακές σχέσεις θα πρέπει να υπάρχει **η ικανότητα διαχείρισης της διαφορετικότητας**. Δηλαδή, εξαρτάται από την εξισορρόπηση της αιτίας και του συναισθήματος, την κατανόηση των αναγκών και των ενδιαφερόντων των άλλων και την ενθάρρυνση της αποτελεσματικής επικοινωνίας, της αξιοπιστίας, της χρήσης πειθούς (παρά του εξαναγκασμού) και της αμοιβαίας αποδοχής. Αυτά είναι τα θεμέλια για να μπορούν να ανταποκριθούν οι επαγγελματίες υγείας σε δύσκολες συγκρούσεις, αλλά και για την αποκλιμάκωση τους με μακροχρόνια αποτελέσματα. Οι τεχνικές αυτές, μπορούν επίσης να ενσωματωθούν και στην κλινική φροντίδα του ασθενούς, ώστε να βοηθήσουν τις νοσηλεύτριες να αναγνωρίζουν τα προβλήματα και τις ανάγκες των ασθενών και των οικογενειών τους, αλλά και των συνεργατών τους, να προλαμβάνουν την κλιμάκωση των συγκρούσεων και να εξοικονομούν χρόνο και πόρους, επιλύοντας αποτελεσματικά τα προβλήματα που προκύπτουν (Gerardi 2004).

Αρκετά μεγάλα νοσοκομεία έχουν ενσωματώσει τη μεσολάβηση θεσμικά, έχοντας προσλάβει ένα ουδέτερο παράγοντα εσωτερικό, που μπορεί να βοηθάει στην επίλυση των συγκρούσεων χωρίς να καταφεύγουν οι εμπλεκόμενοι σε εξωτερική βοήθεια. Έτσι, ο εσωτερικός μεσολαβητής λειτουργεί καθημερινά στους οργανισμούς αποτρέποντας τις συγκρούσεις με τεχνικές αποκλιμάκωσης και επίλυσης προβλήματος. Σε αρκετούς οργανισμούς, υπάρχουν πολλά εκπαιδευτικά προγράμματα που έχουν τις τεχνικές διαχείρισης συγκρούσεων ως υποενότητά τους, όπως το εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τη βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων, την εργασιακή βία κ.ά.

Εκτός από τις διοικήσεις των νοσοκομείων, και οι επαγγελματικές ενώσεις συμπεριλαμβάνουν - ολοένα και περισσότερο - τη μεσολάβηση και τη διαχείριση συγκρούσεων στα εκπαιδευτικά προγράμματά τους, για ανάπτυξη των ηγετικών δεξιοτήτων των επαγγελματιών τους (Hayes et al. 2010). Η διαχείριση της σύγκρουσης είναι προτιμότερο να είναι **προληπτική** και όχι **παρεμβατική** (αντίδραση στη σύγκρουση). Για το λόγο αυτό, οι τεχνικές μεσολάβησης πρέπει να γίνονται εκ των προτέρων, όπως υποστηρίζει ο Goodyear (2006).

Το *Harvard School of Public Health*, έχοντας αναγνωρίσει τη σημασία της διαχείρισης των συγκρούσεων στους οργανισμούς, έχει δημιουργήσει ήδη ένα ετήσιο πρόγραμμα για άτομα που διαχειρίζονται οργανισμούς υγείας (managers) και εστιάζεται στην **εισαγωγή αρχών για εναλλακτικούς τρόπους επίλυσης συγκρούσεων (ADR)**, στη **διαπραγμάτευση** και στη **διοίκηση**, όπως αναφέρει ο Lovern (2001) στη Hayes et al. (2010).

Όπως αναφέρεται στη βιβλιογραφία, οι έξι *διαπροσωπικές δεξιότητες* που έχουν αναγνωριστεί για τη διαχείριση των συγκρούσεων είναι: η ενεργητική ακρόαση (active listening), η ενσυναίσθηση (empathy), ο ισχυρισμός (assertion), η αποφυγή απόδοσης κατηγοριών, η δημιουργική ανατροφοδότηση (constructive feedback) και τέλος η επίλυση προβλήματος (problem solving) Η εκπαίδευση στις παραπάνω δεξιότητες καθιστά ικανά τα εμπλεκόμενα μέρη, να περιορίσουν, επιλύσουν και γενικά να κάνουν ό,τι καλύτερο μπορούν για να μετατρέψουν τη σύγκρουση σε μία εποικοδομητική και δημιουργική διαδικασία (Kardoutis 2004).

Η υιοθέτηση **ρόλου μοντέλου (role modeling)** – **μέντορα** από τους προϊστάμενους, είναι μία αποτελεσματική στρατηγική μάθησης που παρέχει στους προϊστάμενους τις δεξιότητες και ικανότητες που απαιτούνται για να διευκολύνουν και να διαχειρίζονται αποτελεσματικά τις συγκρούσεις μεταξύ ατόμων ή ομάδων, οι ίδιοι αλλά και οι υφιστάμενοί τους. Με την περιορισμένη εκπαίδευση και την ελάχιστη

προτεραιότητα στη σημασία της ανάπτυξης εργασιακών σχέσεων που στηρίζονται στη συνεργασία, θα υπάρχουν ελάχιστοι μέντορες στους οργανισμούς και το γεγονός αυτό λειτουργεί ως εμπόδιο στην αποτελεσματική διαχείριση των συγκρούσεων (Porter-O'Grady (a) 2004).

Συμπερασματικά, η οργάνωση εκπαιδευτικών σεμιναρίων ή εργαστηρίων, με στόχο την επίλυση της σύγκρουσης, αποτελεί αναγκαιότητα, όπως φάνηκε από τη μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας, αλλά και από τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας.

7. Αμεροληψία στην άσκηση διοίκησης.

Οι ανισότητες που δημιουργούνται από την άδικη κατανομή ευθυνών, αμοιβών και προαγωγών - πολλές φορές - οδηγεί σε συγκρούσεις. Η αμεροληψία στην άσκηση διοίκησης, ως μέσο πρόληψης δημιουργίας συγκρούσεων, έχει προταθεί και από τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας, σε έρευνα που έγινε σε νοσοκομεία της Κύπρου (Παυλάκης και συν. 2008). Πρέπει να καθιερωθούν **αντικειμενικά κριτήρια για την επιλογή προϊσταμένων νοσηλευτών**, που δεν θα βασίζονται στα χρόνια εμπειρίας μόνο, αλλά κυρίως στην προσωπικότητα και στις δεξιότητες μανατζμεντ (κριτική σκέψη, συναισθηματική νοημοσύνη, διαχείριση συγκρούσεων, δημιουργική επίλυση προβλήματος, διαπραγμάτευση κ.λπ.). Ένα μικρό ποσοστό του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού (13,9%) που συμμετείχε σε πρόσφατη έρευνα της Κοντογιάννη (2007), μεταξύ άλλων, πρότεινε ότι θα βοηθούσε στην κατεύθυνση αυτή (δηλαδή στην αμεροληψία κατά την άσκηση της διοίκησης) και η **ύπαρξη όσο το δυνατόν λιγότερων πολιτικών σκοπιμοτήτων στο χώρο εργασίας**.

8. Σχεδιασμός συστήματος επίλυσης συγκρούσεων.

Η Συστημική προσέγγιση του δεύτερου μισού του 20^{ου} αιώνα, αναγνωρίζει τις συγκρούσεις ως κάτι που είναι αναπόφευκτο στους οργανισμούς, αλλά ταυτόχρονα και ως ένα ουσιώδες μέσο αναγνώρισης προβλημάτων που εμποδίζουν την επίτευξη των οργανωσιακών σκοπών. Οι υποστηρικτές της παραπάνω άποψης είναι αναμενόμενο να δείχνουν έντονο ενδιαφέρον στην επίλυση των εργασιακών συγκρούσεων με συστηματικό και οργανωμένο τρόπο, δηλαδή μέσα από τον σχεδιασμό και την εφαρμογή ενός συστήματος επίλυσης των συγκρούσεων που συμβαίνουν μέσα στον οργανισμό. Η εκτίμηση των αναγκών, που είναι απαραίτητη προϋπόθεση του σχεδιασμού ενός τέτοιου συστήματος, λαμβάνει υπόψη την κουλτούρα του οργανισμού, τους τύπους και πηγές των

συγκρούσεων, τα ενδιαφέροντα των εμπλεκόμενων πλευρών, αλλά και τις υπάρχουσες μεθόδους επίλυσης συγκρούσεων, με σκοπό τη μελέτη πιθανών μέτρων επίλυσης συγκρούσεων, που θα ικανοποιούν αυτές τις πλευρές. Η φιλοσοφία αυτών των συστημάτων διαχείρισης συγκρούσεων στρέφεται όχι μόνο στη διαχείριση και επίλυση των συγκρούσεων, αλλά και στην πρόληψή τους ενδεχομένως - όπου απαιτείται - για να υπάρχει ένα υγιές εργασιακό περιβάλλον (Lieberman 2009).

Το νοσοκομείο, ως οργανισμός, έχει ανάγκη από τη δημιουργία μηχανισμών τέτοιων για τη διαχείριση και διαπραγμάτευση προβλημάτων συντονισμού και συνεργασίας των επαγγελματιών υγείας, ώστε οι ενδεχόμενες αντιπαραθέσεις και συγκρούσεις που απορρέουν από την ένταση της εργασίας να επιλύονται δημιουργικά, με όφελος στην ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών, αλλά και στη μείωση του κόστους. Σε μία εμπειρική μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε ένα *Νορβηγικό νοσοκομείο* περιγράφεται λεπτομερώς η μεθοδολογία διαχείρισης των συγκρούσεων (case study) προτείνοντας και εφαρμόζοντας τις αναγκαίες αλλαγές. Εστιάζεται από τη μία πλευρά, στη *βελτίωση των οργανωσιακών διαδικασιών και δομών* και από την άλλη, στην *ενθάρρυνση των επαγγελματιών και των κλινικών μάντζερ σε δεξιότητες*, όπως η διαπραγμάτευση, η μεσολάβηση και η χρήση τεχνικών δημιουργικής επίλυσης προβλημάτων (Skjørshammer 2001).

Ο Porter-O'Grady (2004) στο άρθρο του "*Constructing a Conflict Resolution Program for Health care*" εστίασε σε μία συστηματική προσέγγιση στην επικοινωνία των συγκρούσεων εντός του χώρου της υγείας, μέσα από μία προσπάθεια σχεδιασμού ενός συστήματος επίλυσης συγκρούσεων. Αυτές οι υποστηρικτικές προσπάθειες είχαν ως αποτέλεσμα πιο συνεργάσιμο εργασιακό κλίμα, μείωση του χρόνου, αλλά και του κόστους που αποτελούν συνέπειες των συγκρούσεων (Porter-O'Grady (b) 2004).

Στο *τιμήμα επειγόντων περιστατικών* ενός επαρχιακού νοσοκομείου, που έγινε προσπάθεια να επιλυθούν συγκρούσεις μέσα από μια προσέγγιση συνεργασίας και διευκόλυνσης των εμπλεκόμενων πλευρών, με τη βοήθεια ενός ουδέτερου τρίτου μέρους της σύγκρουσης (μεσολαβητή ή διαιτητή), φάνηκε ότι τα αποτελέσματα αυτής της διεργασίας διευκόλυνσης (facilitation process) ήταν εντυπωσιακά μετά από μία περίοδο 6 μηνών. Η πρόοδος που σημειώθηκε, τόσο στις εργασιακές σχέσεις, όσο και στη μείωση του κόστους που συνεπάγονται οι συγκρούσεις, ήταν αξιοσημείωτη (Ahuja & Marshall 2003).

Οι περισσότεροι οργανισμοί όμως, δεν έχουν ακόμη ανεπτυγμένα συστήματα διαχείρισης συγκρούσεων, αν και αναγνωρίζουν ότι η διαχείριση συγκρούσεων είναι

απαραίτητη στη βελτίωση της κουλτούρας των οργανισμών, ιδιαίτερα στο χώρο της υγείας. Πρέπει να γίνουν **αλλαγές στις δομές του οργανισμού** και από ιεραρχικές, μυστικοπαθείς και «εστιασμένες στην κατηγορία», να γίνουν «ανοικτές» με επίκεντρο τη μάθηση. Σε αντίθεση, οι *οργανισμοί υψηλής αξιοπιστίας* έχουν ενσωματώσει αποτελεσματικές διαδικασίες διαχείρισης συγκρούσεων στην κουλτούρα τους και αυτό - στο χώρο της υγείας - έχει θετικό αποτέλεσμα που εκτείνεται και στην ασφάλεια του ασθενούς (Marshall & Robson 2005).

Στη βιβλιογραφία, αναφέρεται ένα πλαίσιο εκτίμησης της σύγκρουσης, που μπορεί να συμβάλλει στην αναγνώριση σημαντικών παραγόντων που επηρεάζουν τη σύγκρουση και την επίλυσή της και ως εκ τούτου, να αποτελούν απαραίτητα στοιχεία για το σχεδιασμό ενός συστήματος επίλυσης των συγκρούσεων. Η Sportsman (2005) κάνει εκτενή αναφορά στο άρθρο της «*Build a framework for conflict assessment*», σχετικά με τον τρόπο εκτίμησης της σύγκρουσης, που το έχει προσαρμόσει από το *Weber's Conflict Map* και *Wilmot-Hocker Conflict Assessment Guide* για να μπορεί να εκτιμήσει συγκρούσεις, ιδιαίτερα μέσα στο περιβάλλον της φροντίδας υγείας. Επιγραμματικά, τα συστατικά στοιχεία αυτού του πλαισίου εκτίμησης της σύγκρουσης είναι το ακρωνύμιο **PEPRS** [(P) - **P**arties involved, (E) - **E**vents/issues, (P) - **P**ower, (R) - **R**egulation of conflict, (S) - **S**tyle of Conflict]. Δηλαδή περιλαμβάνει αναγνώριση: όλων των εμπλεκόμενων μερών, των γεγονότων που πυροδοτούν τις συγκρούσεις, της επίδρασης της εξουσίας που έχουν οι εμπλεκόμενοι, των πόρων που είναι διαθέσιμοι ενδεχομένως για ρύθμιση της σύγκρουσης (εξωτερικοί και εσωτερικοί παράγοντες που ίσως περιορίσουν τη διαφωνία) και του στυλ διαχείρισης των συγκρούσεων.

Όπως υποστηρίζουν οι Constantino & Merchant (1996) οι πολιτικές και οι οικονομικές δυνάμεις συνεχίζουν να πιέζουν τη βιομηχανία της υγείας και συνεχώς αυξάνεται η ανάγκη να διευθετηθούν οι συγκρούσεις που υπάρχουν ή θα προκύπτουν, με ένα περισσότερο συστηματικό μοντέλο διαχείρισης συγκρούσεων, που θα περιλαμβάνει και αυξημένη συμμετοχικότητα στο σύστημα υγείας (Hayes et al. 2010). Στις μέρες μας, καθίσταται αναγκαιότητα, αυτή η συστηματική διαχείριση των συγκρούσεων, λόγω των πολλαπλών και ριζικών αλλαγών στο χώρο της υγείας, που αναπόφευκτα θα δημιουργήσουν αυξημένο επίπεδο συγκρούσεων στους οργανισμούς παροχής φροντίδας υγείας.

Έρευνες που έγιναν σχετικά με τις επιπτώσεις και τα αποτελέσματα καλά οργανωμένων προγραμμάτων διαχείρισης συγκρούσεων από οργανισμούς, όπως της

Αμερικανικής Ένωσης Διαιτησίας (American Arbitration Association) έδειξαν πολύ θετικά αποτελέσματα, τόσο για τα άτομα όσο και για τους οργανισμούς (Goodyear 2006).

Το **benchmarking** (συγκριτική προτυποποίηση) δεν είναι μία άγνωστη έννοια στις μέρες μας. Είναι βέβαιο ότι υπάρχει ανάγκη να ενημερωνόμαστε και να παίρνουμε ερεθίσματα και ιδέες για καλύτερες πρακτικές, μέσα από την παγκόσμια κοινότητα που ζούμε, αλλά και να αποφεύγουμε λάθη ή κινδύνους που έγιναν, μέσα από τις εμπειρίες των άλλων, που ήδη τα έχουν επιχειρήσει και τα έχουν αξιολογήσει.

9. Δημιουργία και καθιέρωση πρωτοκόλλων.

Τα διαγνωστικά και θεραπευτικά πρωτόκολλα, που *βασίζονται σε τεκμηριωμένη γνώση (evidence based)* είναι αναγκαία σήμερα, περισσότερο από ποτέ. Η θέσπιση συνεργατικών πρωτοκόλλων για επίτευξη καλύτερου συντονισμού και ενδυνάμωση της διεπαγγελματικής συνεργασίας φαίνεται να αποτελεί αναγκαιότητα για πολλούς λόγους. Αν δεν υπάρχει συντονισμός μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, κατά τη διενέργεια θεραπευτικών ή διαγνωστικών διαδικασιών, είναι δυνατόν με ευκολία, λόγω της έντασης της εργασίας, αλλά και λόγω του επείγοντος, να ξεσπάσει σύγκρουση με ανεπιθύμητες συνέπειες για την πορεία της υγείας του αρρώστου.

Τα πρωτόκολλα συνεργασίας είναι μια **μορφή νοσηλευτικής τεκμηρίωσης**. Τεκμηρίωση είναι η γραπτή, νόμιμη καταγραφή όλων των παρεμβάσεων που αφορούν τον ασθενή (Παπαδοπούλου 2005). Το πλάνο διαχείρισης της φροντίδας είναι ένα λεπτομερές σχέδιο φροντίδας, που αναπτύσσεται για πληθυσμό ασθενών με μία καθορισμένη διάγνωση και περιλαμβάνει τις αναμενόμενες εκβάσεις, τη σειρά των παρεμβάσεων που πρέπει να διενεργηθούν καθώς και το χρονοδιάγραμμα υλοποίησής τους (Taylor, Lillis & LeMone 2002).

Επιπρόσθετα, η τυποποίηση των ενεργειών μιας οργάνωσης, όπως η θέσπιση κανόνων και κανονισμών, η ύπαρξη εγκυκλίων, κατευθυντήριων οδηγιών και πρωτοκόλλων, οδηγεί βέβαια από τη μια πλευρά σε περισσότερη γραφειοκρατία, αλλά από την άλλη, λειτουργεί ως ανασταλτικός παράγοντας της σύγκρουσης. Αφού, με τον τρόπο αυτό, η επίλυση των διαφορών βασίζεται στις προδιαγεγραμμένες τυπικές οδηγίες, χωρίς να υπάρχουν πολλά περιθώρια για προσωπικές ερμηνείες, παρερμηνείες και ασάφειες (Θεοδοσίου 2007).

Ολοκληρώνοντας μια σειρά από προτάσεις, που έχουν ως σκοπό τη βελτίωση της υπάρχουσας κατάστασης, έτσι όπως αυτή περιγράφηκε από τα αποτελέσματα και τα

συμπεράσματα της παρούσας εργασίας, κρίνεται σκόπιμο να κλείσει αυτή η ενότητα με την ακόλουθη σκέψη.

Στον τομέα της φροντίδας υγείας, έχει αρχίσει να διαφαίνεται μία τάση για αλλαγή κουλτούρας, αφού το σύστημα υγείας στρέφεται ολοένα και περισσότερο σε τρόπους για παροχή καλύτερης φροντίδας υγείας με λιγότερους πόρους, αλλά και βελτίωση της ασφάλειας, μέσα από ενδυνάμωση της διεπαγγελματικής συνεργασίας και τη δημιουργία καλύτερων συστημάτων. Όμως, για να πετύχουν οι αλλαγές που απαιτούνται προς αυτή την κατεύθυνση, οι οργανισμοί υγείας έχουν ανάγκη από επαγγελματίες με αναπτυγμένες δεξιότητες στη διαχείριση των συγκρούσεων και από ένα μέσο για να ενσωματώσουν στις καθημερινές πρακτικές φροντίδας τη διαδικασία της συνεργασίας. Τότε μόνο θα υπάρχουν δημιουργικές λύσεις για δύσκολα και σύνθετα προβλήματα στον εργασιακό χώρο της υγείας.

4.3. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η αναζήτηση ερευνητικών εργασιών για μελέτη, σχετικά με το θέμα **από ελληνικές πηγές, απέφερε ελάχιστα αποτελέσματα**. Τα ευρήματα από έρευνες που έχουν γίνει από ξένους συναδέλφους ήταν πολλά, αλλά πιθανόν να διαφοροποιούνται στον Ελλαδικό χώρο, λόγω της διαφορετικότητας της ελληνικής κουλτούρας, των πεποιθήσεων, των αντιλήψεων, των αξιών και της ιδιοσυγκρασίας του ελληνικού λαού.

Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν, σχετικά με τη χρήση του στυλ διαχείρισης συγκρούσεων των μάντζερ νοσηλευτών με εργαλείο συλλογής το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο, που είναι αυτο-αναφορές (self-reported), είναι *ανεπιβεβαίωτα με τη μέθοδο της παρατήρησης* και ως εκ τούτου επισφαλή τα ευρήματα. Δεν παρατηρήθηκε, σύμφωνα με τα προαναφερόμενα η ενεργός συμπεριφορά των συμμετεχόντων, αλλά δόθηκε έμφαση στο τι ακριβώς τείνουν να κάνουν τα άτομα σε καθορισμένες καταστάσεις.

Υπάρχουν σημαντικοί περιορισμοί σε αυτή την έρευνα, που πρέπει να ληφθούν υπόψη, προκειμένου να αξιολογηθεί η ισχύς των αποτελεσμάτων. Το ερωτηματολόγιο του ερευνητή Robert Mark (όπως και το ερωτηματολόγιο των Thomas-Kilmann) αποτελείται από *βεβιασμένες απαντήσεις σε καταστάσεις σύγκρουσης*.

Στην παρούσα έρευνα, δεν έγιναν συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών «*φύλο*» και «*εκπαιδευτικό επίπεδο*» με τη μεταβλητή «*στυλ διαχείρισης συγκρούσεων*», λόγω της απουσίας αντρών νοσηλευτών στο δείγμα των προϊσταμένων και λόγω της καθολικής επικράτησης των προϊσταμένων νοσηλευτριών τεχνολογικής εκπαίδευσης αντίστοιχα.

Επίσης, όταν γίνεται εκτίμηση του στυλ διαχείρισης συγκρούσεων, είναι προτιμότερο να εξετάζονται και άλλοι παράγοντες, όπως για παράδειγμα τα χαρακτηριστικά της οργανωσιακής δομής και το οργανωσιακό κλίμα, για να υπάρχει μία πιο σφαιρική αντίληψη του ερευνητικού θέματος.

Το δείγμα των Προϊσταμένων Νοσηλευτριών ίσως να θεωρηθεί μικρό για γενίκευση των ευρημάτων στον πληθυσμό, αλλά - ως μελέτη περίπτωσης - ήταν πολύ ικανοποιητικό, γιατί είχε καθολική συμμετοχή των μάνατζερ νοσηλευτών του Γ. Ν. Πειραιά «Γζάνειο».

4.4. ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Για να επικυρωθούν τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, είναι αναγκαίο να επαναληφθεί με μεγαλύτερο δείγμα προϊσταμένων νοσηλευτών από περισσότερα γενικά νοσοκομεία εντός της Αττικής ή ακόμη και με πανελλαδική συμμετοχή. Πολύ ενδιαφέρουσα ερευνητική προσέγγιση θα αποτελούσε, η μέτρηση της επίπτωσης των συγκρούσεων στους ασθενείς (λάθη, παραλείψεις, επιπλοκές, παράταση νοσηλείας κ.λπ.). Επίσης, θα μπορούσαν να μελετηθούν :

- η επιλογή του στυλ διαχείρισης των συγκρούσεων των νοσηλευτών σε σχέση με το στρες και την επαγγελματική ικανοποίηση,
- η επιλογή του στυλ διαχείρισης των συγκρούσεων των νοσηλευτών σε σχέση με το χώρο εργασίας τους (νοσηλευτικό τμήμα ή μονάδα, γενικό νοσοκομείο ή ειδικό, παιδών ή ενηλίκων),
- η επιλογή του στυλ διαχείρισης των συγκρούσεων των νοσηλευτών σε σχέση με το στυλ ηγεσίας (leadership style),
- ο ρόλος της προσωπικότητας και των χαρακτηριστικών του οργανωσιακού περιβάλλοντος στη διαχείριση των συγκρούσεων,
- αν οι στρατηγικές διαχείρισης συγκρούσεων διαφοροποιούνται όταν υπάρχουν συγκρούσεις με ανώτερους, με υφιστάμενους ή με συναδέλφους
- η επίδραση ενός συστήματος επίλυσης συγκρούσεων στο χώρο του νοσοκομείου στη μεταβολή του επιπέδου της απόδοσης του οργανισμού και τέλος
- η αποτελεσματικότητα ενός εκπαιδευτικού προγράμματος για τους μάνατζερ νοσηλευτές στην αλλαγή του επιπέδου των συγκρούσεων του οργανισμού.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Είναι σχετικά **συχνό φαινόμενο, οι συνεργάτες σε έναν οργανισμό, να διαφωνούν**. Και αυτό συμβαίνει, γιατί υπάρχουν άνθρωποι με διαφορετικές προσωπικότητες, διαφορετικές αντιλήψεις, πεποιθήσεις, εμπειρίες και αξίες, που καλούνται να συνεργαστούν σε έναν οργανισμό για την επίτευξη κοινών στόχων (Argyris 1957). Είναι γνωστό, ότι οι **συγκρούσεις** είναι σύμφυτες με τις υπηρεσίες υγείας. Τα **σημεία – κλειδιά στις συγκρούσεις, που συμβαίνουν στο χώρο της υγείας**, είναι η ποικιλία των ρόλων και των λειτουργιών, αλλά και τα υψηλά επίπεδα του εργασιακού στρες. Η σύγκρουση γενικότερα είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο, με **δημιουργικές αλλά και καταστροφικές συνέπειες**, που εξαρτώνται από τον τύπο της σύγκρουσης, αλλά και από τον τρόπο διαχείρισής της.

Η **διαχείριση των συγκρούσεων** έχει αναπτυχθεί σε μία μεγάλη υποενοότητα της **οργανωσιακής συμπεριφοράς**. Η ικανότητα για διαχείριση των εσωτερικών συγκρούσεων στον οργανισμό με δημιουργικό τρόπο, είναι **απαραίτητη προϋπόθεση για την επίτευξη των στόχων του οργανισμού**. Οι οργανισμοί τείνουν να διατηρούν διαδικασίες εσωτερικής συνοχής και προόδου. Αυτό ισχύει, όταν ένας οργανισμός είναι σε θέση να χρησιμοποιεί πιο αποτελεσματικά την οργανωσιακή θεωρία και τα συστήματα που θα συντελέσουν στη βελτίωση και επίλυση των συγκρούσεων. Η διαχείριση των συγκρούσεων είναι **μια από τις μέγιστες λειτουργίες κάθε οργανισμού**. Κάθε σύστημα διοίκησης ή ανθρώπινης οργάνωσης μπορεί να μετρηθεί και να περιγραφεί σε όρους σαφώς καθορισμένων μεταβλητών. Το συνολικό αποτέλεσμα (score) του οργανισμού, σχετίζεται με τις μετρήσεις αυτών των μεταβλητών που αφορούν: α) την αποδοτικότητά του, β) την επιτυχία στην επίτευξη των στόχων του και γ) την ικανότητά του να επιλύει δημιουργικά τις συγκρούσεις (Likert & Likert 1976). Η αναγκαιότητα της αποτελεσματικής διαχείρισης των συγκρούσεων από έναν σύνθετο οργανισμό, όπως είναι το νοσοκομείο, γίνεται σαφώς κατανοητή μέσα από αυτό το πρίσμα θεώρησης.

Η **αποτελεσματική διαχείριση της σύγκρουσης**, όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Goodyear (2006), είναι *«το κλειδί της ανθρώπινης αλληλεπίδρασης, της επικοινωνίας και της στρατηγικής λήψης απόφασης»*. Η εποικοδομητική χρήση των αντιθέσεων και των συγκρούσεων είναι μια από τις βασικές προϋποθέσεις για τη λήψη αποφάσεων με αποτελεσματικό τρόπο μέσα σε οποιαδήποτε ομάδα (Bateman & Snell 2004).

Οι αποτελεσματικοί ηγέτες απαιτείται να **έχουν πολύ ικανοποιητικές δεξιότητες στη διαχείριση των συγκρούσεων** και αντίληψη της ματαιότητας της εξάλειψης των

συγκρούσεων, όχι μόνο γιατί δεν είναι εφικτό να επιτευχθεί, αλλά και γιατί δεν πρέπει να είναι επιθυμητό. Οι ηγέτες δημιουργούν το **πλαίσιο για την οργανωσιακή συμπεριφορά και τις διαδικασίες του οργανισμού**. Για το λόγο αυτό, είναι πολύ σημαντική η αντίδρασή τους (στυλ) σχετικά με τη σύγκρουση και τη διαχείρισή της. Έχουν ευθύνη να διασφαλίσουν μία **οργανωσιακή κουλτούρα** που δεν θα υποεκτιμά τη σύγκρουση, αλλά ούτε και θα είναι εναντίον της.

Η Joint Commission το 2009, όπως αναφέρει ο Kandell (2010), εγκαθίδρυσε ένα **νέο πρότυπο ηγεσίας σχετικά με τη διαχείριση συγκρούσεων**, που απαιτεί από το Νοσοκομείο να διαχειρίζεται τις συγκρούσεις μεταξύ των ηγετικών ομάδων, με σκοπό κυρίως την **ποιότητα της φροντίδας και την ασφάλεια του ασθενούς**. Η σημασία της διαχείρισης των συγκρούσεων φαίνεται να είναι ένα πολύ σημαντικό θέμα για τη Διοίκηση ενός Νοσοκομείου.

Μπορούμε να ισχυριστούμε με βεβαιότητα ότι **δεν υπάρχει μία και μοναδική μέθοδος, που να επιλύει όλες τις καταστάσεις**. Η επιλογή της **κατάλληλης στρατηγικής διευθέτησης μιας σύγκρουσης**, θα εξαρτάται πάντα από την προέλευση και τη φύση της συγκεκριμένης σύγκρουσης. Ανάλογα με τις διάφορες συνθήκες, ίσως είναι πιο ωφέλιμο οι συγκρούσεις να αποφεύγονται, να καταστέλλονται ή να αντιμετωπίζονται με δημιουργικό τρόπο επίλυσης, μέσα από συνεργασία και ομαδική εργασία. Ο μάνατζερ, ή γενικότερα αυτός που διαχειρίζεται μια σύγκρουση, πρέπει να μπορεί να εφαρμόζει πολλαπλές μεθόδους αντιμετώπισης και να επιλέγει την κατάλληλη μέθοδο, με βάση την εκτίμηση της κατάστασης της σύγκρουσης και την κατανόηση των παραγόντων που επιδρούν στη διαχείρισή της. Δεν είναι πάντα εφικτό να ικανοποιούνται και οι δύο αντιτιθέμενες πλευρές της σύγκρουσης. Κάποιο άτομο ή ομάδα θα είναι λιγότερο ή περισσότερο ευχαριστημένο κάθε φορά.

Όμως, ο **προσεκτικός χειρισμός των συγκρούσεων** από μέρους του μάνατζερ είναι ουσιώδης και μπορεί να συμβάλλει στη **συνοχή και ενότητα της ομάδας**, αλλά και στην **αποτελεσματικότητα του οργανισμού** και τη **μείωση του κόστους** που συνεπάγονται οι συγκρούσεις. Υπολογίστηκε, από έρευνα του C.I.P.D. (Chartered Institute of Personnel and Deployment), ότι το κόστος της διαχείρισης των συγκρούσεων στον εργασιακό χώρο στη Βρετανία, για 4 εκ. εργαζομένους σε 1.200 οργανισμούς είναι περίπου 450 ημέρες χρόνου, που δαπανάται για μάνατζμεντ ετησίως. Χωρίς να έχει υπολογιστεί στο κόστος αυτό, η απώλεια παραγωγικότητας, οι απουσίες για ασθένειες και η μεγαλύτερη - από ό,τι αναμενόταν - αντικατάσταση εργαζομένων από εγκατάλειψη της θέσης εργασίας τους (Amble 2004).

Μέσα από έρευνες στη διοίκηση των νοσοκομείων, υποστηρίζεται ότι η **καλή συνεργασία**, είναι ένας ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει το **κόστος**, αλλά και την **ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας** του ασθενούς. Για το λόγο αυτό, ένα βήμα για τη βελτίωση αυτής της συνεργασίας είναι η **δημιουργία διεπιστημονικών ομάδων φροντίδας** (ιατροί, νοσηλευτές, υποστηρικτικό προσωπικό) με κοινό σκοπό την διατήρηση ή αποκατάσταση της υγείας του ασθενούς (Likert & Likert 1976).

Η **ανάγκη για ευρύτερη και πιο ουσιαστική συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας** είναι επακόλουθο της πολυπλοκότητας των συστημάτων υγείας και πρόνοιας, αλλά και της ραγδαίας τεχνολογικής εξέλιξης. Δεν αποτελεί βέβαια κάτι νέο στη διεθνή βιβλιογραφία, αφού από τη δεκαετία του '80 παρατηρείται μια στροφή του ενδιαφέροντος της διεθνούς κοινότητας στο θέμα της **διεπαγγελματικής συνεργασίας**, τόσο στον τομέα παροχής των υπηρεσιών υγείας, όσο και στο κεφάλαιο της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας. Στη δεκαετία του '90 όμως, η σκοπιμότητα της επικέντρωσης του ενδιαφέροντος δίνει μια άλλη διάσταση του θέματος, αυτής της **εξοικονόμησης πόρων και της βελτίωσης της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας**. Η πολυπλοκότητα των σημερινών συστημάτων υγείας και οι αυξανόμενες δαπάνες για την υγεία, αναδεικνύουν σαφώς την σημαντικότητα της διεπιστημονικής συνεργασίας, ως μιας αναγκαίας μορφής επαγγελματικών συμμαχιών, που είναι δυνατόν να προσφέρει ευελιξία και προσαρμοστικότητα στα συστήματα υγείας (Σαπουντζή- Κρέπια 2001).

Η **δημιουργία συγκρούσεων** αποτελεί μία από τις **κυριότερες επιπτώσεις της αναποτελεσματικής επικοινωνίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας**, τόσο στην οριζόντια μορφή της επικοινωνίας (ανάμεσα σε συναδέλφους του ίδιου ιεραρχικού επιπέδου), όσο και στην κάθετη μορφή της (μεταξύ επαγγελματιών διαφορετικών ιεραρχικών επιπέδων). Η **εκπαίδευση και η επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας** σε γνωστικά αντικείμενα, όπως οι τρόποι αποτελεσματικής επικοινωνίας και διαχείρισης συγκρούσεων είναι ένας βασικός και αποτελεσματικός τρόπος, που θα συμβάλλει στην επίλυση του προβλήματος. Πέρα από τα παραδοσιακά μαθήματα, θα πρέπει να δοθεί έμφαση στις ομαδικές ασκήσεις και στο παίξιμο ρόλων, ώστε να μπορέσουν τα άτομα να εξασκηθούν και να αναπτύξουν ικανότητες δημιουργικής επίλυσης των συγκρούσεων.

Είναι αρκετά σημαντικό, να μπορεί κανείς να αναπτύσσει μια βαθιά κατανόηση των καταστάσεων που έχει να αντιμετωπίσει. Η **διαδικασία της ανάγνωσης και επανα-ανάγνωσης** είναι προϊόν μάθησης και δεξιοτήτων, οι οποίες παίρνουν συνήθως τη μορφή διαισθητικής διεργασίας και οφείλονται στις εμπειρίες και τη φυσική ικανότητα του

ατόμου. Οι αποτελεσματικοί μάνατζερ και επαγγελματίες στο χώρο της υγείας, πρέπει οπωσδήποτε να αποκτήσουν τις απαιτούμενες δεξιότητες στην τέχνη της «ανάγνωσης» των καταστάσεων, τις οποίες επιχειρούν να οργανώσουν ή να διαχειριστούν. Θα πρέπει να γνωρίζουν, ότι συνήθως προκύπτουν νέες ιδέες, όταν προσεγγίζει κάποιος μια κατάσταση από πολλές «οπτικές γωνίες» και ότι μια **ευρεία και πολύμορφη ανάγνωση** μπορεί να δημιουργήσει ένα **ευρύ και πολύμορφο φάσμα δυνατοτήτων δράσης**.

Ζούμε σε μια **εποχή αλλαγών**, που δεν έχουν προηγούμενο και οι οποίες έχουν **σημαντικότερες επιπτώσεις** σε ολόκληρο το πεδίο της οργάνωσης και διοίκησης. Οι μάνατζερ πρέπει να αναγνωρίζουν πόσα διαφορετικά φαινόμενα αποτελούν στην πραγματικότητα, μέρος ενός «συνεκτικού όλου». Η ουσιαστική κατανόηση διαπερνά την επιφανειακή πολυπλοκότητα και αποκαλύπτεται η ουσία των καταστάσεων, που είναι και απαραίτητη προϋπόθεση της ορθούς διαχείρισης.

Είναι ανάγκη να γίνει αντιληπτό, ότι οι ολοένα **αυξανόμενες απαιτήσεις της σύγχρονης αγοράς**, θα δημιουργούν **διαρκώς περισσότερες και πιο σύνθετες συγκρούσεις μέσα στον εργασιακό χώρο των μονάδων υγείας**. Σύμφωνα με τα νέα δεδομένα που διαμορφώνονται μέσα από τη δυναμική της σύγκρουσης και της αντιπαράθεσης, επιβάλλεται ένας διεπιστημονικός τρόπος προσέγγισης των προβλημάτων, που αναγνωρίζονται στο οργανωσιακό περιβάλλον, με τη συνεργασία τόσο της Διοικητικής Επιστήμης (Μάνατζμεντ) όσο και των Κοινωνικών Επιστημών.

ΠΗΓΕΣ ΚΑΙ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- AGARWAL, RD. (1982). Organization and Management, New Delhi, McGraw-Hill.
- AHUJA, J., MARSHALL P. (2003). “Conflict in the emergency department: Retreat in order to advance”, CJEM, 5(6), p.429-433. Διαθέσιμο και στο διαδίκτυο: www.cjem-online.ca/v5/n6/p429. Ανακτήθηκε στις 30/11/2010.
- AL-HAMDAN, Z., SHUKRI, R., ANTHONY, D. (2011). “Conflict Management Styles used by nurse managers In the Sultanate of Oman”, Journal of Clinical Nursing, 20, p. 571-580.
- ALMOST, J. (2006). “Conflict within nursing work environments: concept analysis”, Journal of Advanced Nursing, 53(4), p.444-453.
- AMBLE, B. (2004). *The cost of managing conflict*, Διαθέσιμο στο: www.management-issues.com . Ανακτήθηκε στις 29/8/2010
- ANONYMOUS. (2009). “Job focus”, AJN, 109(6). Διαθέσιμο στο διαδίκτυο: www.nursingcenter.com/library/JournalArticle.asp?Article_ID=863750. Ανακτήθηκε στις 30/8/2010.
- ARGYRIS, C. (1957). Personality and Organization. The conflict between System and the individual, N. York, Harper & Brothers.
- ARMSTRONG, M. (2003). Managing Activities. Chartered Institute of Personnel and Development (CIPD), 5th edition.
- ARNOLD, H., FELDMAN, D. (1986). Organizational Behavior, USA, McGraw-Hill.
- AZOULAY, E., TIMSIT, JF., SPRUNG, C., ET AL. (2009). “ Prelevance and factors of Intensive Care Units Conflicts. The Conflicus study”, American Journal of Resperatory and Critical Care Medicine, 180, p.853-860.
- BARON, RA., BYRNE, D., JOHNSON, BT. (1998). Exploring Social Psychology, 4th Edition, America, Allyn and Bacon, p. 276-280.
- BARTON, A. (1991). “Conflict resolution by nurse managers”. Nursing Management (2), p. 83-86.
- BATEMAN, T., SNELL S. (2004). Management The new Competitive landscape, 6th Edition, New York, McGraw-Hill/ Irwin.

- BLAKE, RR., MOUTON J.S. (1964). The Managerial grid, Houston, Gulf Publishing Co.
- BRESLIN, W., RUBIN, J. (1999). “Negotiation theory and practice.” The program on Negotiation at Harvard Law School, 5th edition, Cambridge, Massachusetts.
- BRINKERT, R. (2010). “A literature review of conflict communication causes, costs, benefits and interventions in nursing”, Journal of Nursing Management (18), p.145-156.
- BROWN, LD. (1983). Managing conflict at Organizational Interfaces, Massachusetts, Addition-Wesley.
- CAVANAGH, SJ. (1991). “The conflict management style of staff nurses and nurse managers”, Journal of Advanced Nursing, V.16(10), p.1254–1260.
- Charge Nurse Leadership Development Program, “Teamwork, Communications and Conflict Management”, Charge Nurse Development Day, March 26-27, 2008.
- CHERRINGTON D. (1989). Organizational Behavior, Massachusetts, Simon & Schuster Inc.
- DAFT, R. (1991). Management, 2nd edition, U.S.A., The Dryden Press.
- DAVIS, K., NEWSTROM, J. (1989). Human Behavior at work. Organizational Behavior at work, 5th Edition, USA, McGraw-Hill, p. 256-259.
- DOVE, MA. (1998). “Conflict. Process and resolution”, Nursing Management, 29(4), p.30-32.
- GARMAN, A.N., LEACH, D.C., SPECTOR, N. (2006). “Worldviews in collision: Conflict and collaboration across professional lines”, Journal of Organizational Behavior, (27), p.829-849.
- GEORGES, P., ΕΥΘΥΜΙΑΔΟΥ, Α., ΤΣΙΤΟΣ, Δ. (1998). Τέχνη και τεχνική των διαπραγματεύσεων. Β΄ έκδοση, Αθήνα, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- GERARDI, D. (2004). “Using mediation techniques to manage conflict and create health work environments”, AACN, 15(2), p. 182-195.
- GOODYEAR, M. (2006). “Conflict Management in Health care teams: a new paradigm-safer care: Saving costs”. Department of Medicine, Dalhousie University.
- GREEN, B., BREWER, N., MITCHELL, P., WEBER, N. (2002). “Gender role, organizational status and conflict management styles”, The International Journal of Conflict Management, 13(1), p.78-94.

- HARVARD BUSINESS ESSENTIALS (2009). Η Τέχνη των Διαπραγματεύσεων, Αθήνα, Εκδόσεις Μοντέρνοι Καιροί, Τόμος 5ος.
- HARVARD BUSINESS REVIEW (2004). “Διαπραγματεύσεις και διευθέτηση διενέξεων”, Αθήνα, Εκδόσεις Κλειδάριθμος.
- HAYES, L.S., HETZLER, D.C., MORRISON, V.L., GERARDI, D. (2010). “Curing conflict: A prescription for ADR in Healthcare”. Διαθέσιμο στο: www.docstoc.com/docs/40681800 Ανακτήθηκε στις 30/7/2010.
- HENDEL, T., FISH, M., GALON, V. (2005). “Leadership style and choice of strategy in conflict management among Israeli nurse managers in general hospitals”. Journal of Nursing Management, Volume 13, Issue 2, p.137–146.
- KANDELL, E. (2010). “Conflict in the Healthcare Arena: What physicians can do about it?”, Doctor Perspectives.
- KARDOUTIS, PS. (2004). “Interpersonal conflict”, Encyclopedia of Applied Psychology, V.X.
- KAUSHAL, R., KWANTES, CT. (2006). “The role of culture and personality in choice of conflict management strategy”, International Journal of Intercultural Relations, Vol 30(5), p. 579-603.
- RUNDE, C. (2003). Leadership Development Institute at Eckerd College. Director of the Conflict Dynamic Profile (CDP): “Survey of Conflict in the workplace”, Διαθέσιμο στο: www.leadershipdevelopmentinstitute.eckerdcollege Ανακτήθηκε 25/8/2010
- LEWICKI, R., SAUNDERS, D., MINTON, J. (2004). Η φύση των Διαπραγματεύσεων, Μετάφραση: Παπαμιχαήλ Κ. Επιστημονική Επιμέλεια: Μίνογλου Θ., 2^η έκδοση, Αθήνα, Εκδόσεις Κριτική, σελ. 42-57.
- LIBERMAN E., LEVY Y.F., SEGAL P., (2009), “Designing an internal organizational system for conflict management: Based on a needs assessment”, Dispute Resolution Journal, 64(2), p. 62-74.
- LIKERT, R., LIKERT, J.G. (1976). New ways of managing conflict, USA, McGraw-Hill.
- MARSHALL, P., ROBSON, R. (2005). “Preventing and managing Conflict: Vital pieces in the patient safety puzzle”, Health Quarterly, 8(Sp), p. 39-44. Διαθέσιμο και στο διαδίκτυο: www.longwoods.com/content/17660. Ανακτήθηκε στις 30/11/2010.

- MILLER, K. (2006). Διαχείριση συγκρουσιακών Διαδικασιών στο: Οργάνωση και Επικοινωνία Προσεγγίσεις και Διαδικασίες. Μετάφραση Κωνσταντοπούλου Μ., Αθήνα, Εκδόσεις Δίαυλος.
- MONTANA, P.J., CHARNOV, B.H. (2002). Συγκρούσεις: Οργανωτική και προσωπική διάσταση στο : Μάνατζμεντ, Αθήνα, Εκδόσεις Κλειδάριθμος.
- MUVIWA, ADEVEMI (2011). “Managing Conflict in Organization. An Overview”. Διαθέσιμο: www.academicleadership.org/article/download/842. Ανακτήθηκε στις 12/9/2011
- OGBIMI, R.I., ADEBAMOWO, C.A. (2006). “Questionnaire survey of working relationships between nurses and doctors in University Teaching Hospitals in Southern Nigeria”, BMC Nursing, 5(2). Διαθέσιμο και στο διαδίκτυο: www.biomedcentral.com/1472-6955-5-2. Ανακτήθηκε στις 30/11/2010.
- PAPE, T. (1999). “A System Approach to resolving OR conflict”. AORN J., 69(3), p. 551-566.
- PATON, N. (2009). “Conflict can be a force for good”. Διαθέσιμο στο: www.management-issues.com . Ανακτήθηκε στις 29/8/2010
- POLIT, D.F., BECK, C.T., HUNGLER, B.P. (2001). Essentials of Nursing Research. Methods, Appraisal and Utilization, 5th Edition, Lippincott, p.266-269.
- (a) PORTER-O’GRADY, T. (2004) “Embracing Conflict: Building a Healthy Community”, Health Care Management Review, 29(3), p. 181-187.
- (b)PORTER-O’GRADY, T. (2004). “Constructing a Conflict Resolution Program for Health care”, Health Care Management Review, 29 (4), p. 278-283.
- ROSENSTEIN, A.H. (2002). “Nurse-Physician relationships: Impact on nurse satisfaction and retention”, American Journal of Nursing, 102(6), p. 26-34.
- SKJØRSHAMMER, M. (2001). “Conflict management in a hospital. Designing processing structures and intervention methods”, Journal of Management in Medicine, 15(2), p. 156-166.
- SPORTSMAN, S. (2005). “Build a framework for conflict assessment”, Nursing Management , 36(4), p. 32-40.
- SPORTSMAN, S., HAMILTON, P. (2007). “Conflict management styles in the health professions”, Journal of professional Nursing, 23(3), p.157-166.
- STRELITZ, P., WATSON, K. (2009). “Achieving high performance through organizational culture transformation: Key Concepts and Best Practices, Part 1”, Radiology Management, p. 28-33.

- SWANSBURG, R.C., SWANSBURG, R.J. (1999). Εισαγωγή στη νοσηλευτική Διοίκηση και ηγεσία, 2^η Έκδοση, Αθήνα, Εκδόσεις Λαγός, Επιστημονική Επιμέλεια: Αποστολοπούλου Ε.
- TABAK, N., ORIT, K. (2007). “Relationship between how nurses resolve their conflicts with doctors, their stress and job satisfaction”, Journal of Nursing management , 15(3), p. 321-331.
- TAYLOR, C., LILLIS, C., LEMONE, P. (2002). Θεμελιώδεις Αρχές της Νοσηλευτικής Η Επιστήμη και η Τέχνη της Νοσηλευτικής Φροντίδας, 3η έκδοση, Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδη, Επιμέλεια: Λεμονίδου Χ, Πατηράκη-Κουρμπάνη Ε.
- THE FOUNDATION COALITION. “Understanding conflict and conflict management”. Διαθέσιμο στο : www.foundationcoalition.org/teams. Ανακτήθηκε στις 22/11/2010.
- TORRINGTON, D., HALL, L., TAYLOR, S. (2005). Human Resource Management. 6th Edition, Pearson Prentice Hall, p. 669-685.
- URY, W., BRETT, J., GOLDBERG, S. (1993). Getting disputes resolved. Designing systems to cut the costs of conflict. The program of Negotiation at Harvard Law School, Cambridge, 2nd edition, Massachusetts, Jossey-Bass.
- VALENTINE, P. (2001). “A gender perspective on conflict management strategies of nurses”, J Nurs Scholarship, 31(1), p. 69-74.
- VALENTINE, P. (1995). “Management of conflict: Do nurses/women handle it differently”, Journal of Advanced Nursing, 22, p. 142-149.
- VIVAR, C.G. (2006). “Putting conflict management into practice: A nursing case study”, Journal of Nursing Management, 14(3), p. 201-206.
- YING PANG, YING CHAIR. (2010). “Using conflict resolution as a strategy within the clinical setting”. Διαθέσιμο στο: www.findarticles.com. Ανακτήθηκε στις 16/9/2010.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ΓΑΛΑΝΗΣ, Π. (2011). “Διαχείριση μεταβλητών και δεδομένων στις επιδημιολογικές μελέτες”, Νοσηλευτική, 50(2), σ. 132-146.
- ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ, Ε. (2010). Στατιστικές Εφαρμογές με SPSS 17.0 Lisrel 8.7. Αθήνα, Εκδόσεις Κριτική, σ. 66-74, 85-94.

- ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΟΥ-ΠΑΝΤΕΚΑ, Α., ΦΟΥΝΤΟΥΚΗ, Α., ΘΕΟΦΑΝΙΔΗΣ, Δ., (2010), «Διερεύνηση Νοσηλευτικού Εργασιακού κλίματος με χρήση δεικτών ομοιο- και ετερο-επαγγελματικής συνεργασίας», Νοσηλευτική, 49(1), σ. 91-100.
- ΖΑΒΛΑΝΟΣ, Μ. (2002). Οργανωτική συμπεριφορά, Αθήνα, Εκδόσεις Σταμούλη, σελ. 355-375.
- ΘΕΟΔΟΣΙΟΥ, Μ. (2007). Συγκρούσεις: Η οργανωτική τους διάσταση, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Μεταπτυχιακό Τμήμα: Οργανωτική και Οικονομική Ψυχολογία (Διπλωματική εργασία).
- ΚΑΪΤΑΝΙΔΗ, Μ. «Σχέδιο Καλλικράτης και στο ΕΣΥ», ΗΜΕΡΗΣΙΟΣ ΤΥΠΟΣ ΤΑ ΝΕΑ, 22-7-2011, σ.15.
- ΚΕΧΑΓΙΑ, Β., ΜΟΥΤΟΥΣΗ, Ν. «Στο τραπέζι και απολύσεις στο δημόσιο», ΗΜΕΡΗΣΙΟΣ ΤΥΠΟΣ ΤΑ ΝΕΑ, 30-9-2011, σ.8-9.
- ΚΟΝΤΟΓΙΑΝΝΗ, Α. (2007). Η διαχείριση των συγκρούσεων στο νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό στα Δημόσια Παιδιατρικά Νοσοκομεία, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα: Νοσηλευτικής (Διπλωματική εργασία).
- ΛΙΑΡΟΠΟΥΛΟΣ, Α. (2007). Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας και Συστημάτων Υγείας, Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα, Α΄ Τόμος.
- ΛΙΑΡΟΠΟΥΛΟΣ, Α. (2010). Διεθνή Συστήματα Υγείας. Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας και Συστημάτων Υγείας, Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα, Β΄ Τόμος.
- ΜΑΝΑΡΑΚΗΣ, Μ. (2006). Επιτυχημένες Διαπραγματεύσεις που διαφυλάσσουν τη σχέση, (Μετάφραση - Τίτλος πρωτοτύπου: Winning Negotiations that preserve Relationships), Αθήνα, Εκδόσεις Κλειδάριθμος.
- ΜΠΑΜΠΙΝΙΩΤΗΣ, Γ. (2005). Λεξικό της νέας ελληνικής γλώσσας, Β΄ Έκδοση, Αθήνα, Εκδόσεις Κέντρο Λεξικολογίας.
- ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ, Δ. (2005). «Τεκμηρίωση και Νοσηλευτική Διεργασία», Πρακτικά 8ης Ημερίδας του Τομέα Διοίκησης Νοσηλευτικών Υπηρεσιών του Εθνικού Συνδέσμου Νοσηλευτών Ελλάδας, Αμφιθέατρο του Νοσοκομείου «Ερρίκος Ντυνάν», 11/3/2005.
- ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ, Δ. (2009). «Βία στο χώρο εργασίας των νοσηλευτών», Νοσηλευτική, 48(4), σ. 379-387.
- ΠΑΥΛΑΚΗΣ, Α., ΘΕΟΔΩΡΟΥ, Μ., ΚΑΪΤΕΛΙΔΟΥ, Δ. (2008). «Επαγγελματίες υγείας και αντιπαραθέσεις», Πρακτικά 5ου Πανελληνίου Συνεδρίου Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, 12-13 Δεκεμβρίου 2008.

- ΠΑΦΤΟΥΝΟΥ, Π. (2007). Η επικοινωνία στις σύγχρονες οργανώσεις, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Μεταπτυχιακό Τμήμα: Οργανωτική και Οικονομική Ψυχολογία (Διπλωματική εργασία).
- ΠΛΑΤΗ, Χ. (1998). Stress: Τρόποι αντιμετώπισης στο: Ειδικά Κλινικά προβλήματα. Νοσηλευτική προσέγγιση, Αθήνα.
- ΣΑΠΟΥΤΖΗ-ΚΡΕΠΙΑ, Δ. (2001). «Ομάδα Υγείας: Διεπαγγελματική συνεργασία, συγκρούσεις και διαχείριση συγκρούσεων», Νοσηλευτική, 40(1), σ. 75-81.
- ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ, Α. (1997). Μεθοδολογία της Έρευνας. Εφαρμογές στο χώρο της υγείας, 3η έκδοση, Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα.
- ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΥ, Χ. (2006). «Επίλυση συγκρούσεων σε νοσοκομειακό περιβάλλον», Νοσηλευτική, 45(1), σ. 50-58.
- ΦΟΥΝΤΟΥΚΗ, Α., ΓΚΑΤΖΕΛΗΣ, Θ., ΠΑΝΤΑΣ, Δ., ΘΕΟΦΑΝΙΔΗΣ, Δ. (2009). «Η διεπαγγελματική συνεργασία του νοσηλευτή στο εργασιακό περιβάλλον ενός επαρχιακού νοσοκομείου», Το Βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 8ος, Τεύχος 4ο, σ. 336-352.

ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

- http://www.conflictdynamics.org/images/feedback_report.pdf ή www.conflictdynamics.org/getting_certified.shtml (CDP-360) (ερωτηματολόγιο Conflict Dynamics Profile-CDP)
- <http://www.qedservices.co.nz/Questionnaires/ConflictManagementStyleSurvey.htm> Ανακτήθηκε στις 22/11/2010 (ερωτηματολόγιο Robert Mark)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ Α

Η συμπλήρωση του παρόντος ερωτηματολογίου γίνεται **ανώνυμα** και θα χρησιμοποιηθεί με σκοπό την εκπόνηση της διπλωματικής εργασίας με θέμα: «*Διαχείριση συγκρούσεων του νοσηλευτικού προσωπικού στο εργασιακό περιβάλλον των Δημόσιων Γενικών Νοσοκομείων: μελέτη περίπτωσης του Γ.Ν. «Τζάνειο» Πειραιά*». Θα γίνει από την νοσηλεύτρια Δέσποινα Παπαδοπούλου για την απόκτηση μεταπτυχιακού διπλώματος εξειδίκευσης, στο μεταπτυχιακό εκπαιδευτικό πρόγραμμα «Διοίκηση της Υγείας» του Οικονομικού Τμήματος του Πανεπιστημίου Πειραιά.

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

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

A. Δημογραφικά στοιχεία

Φύλο: Άντρας Γυναίκα

Ηλικία: έως 32 33-45 46-55 56 και άνω

Οικογενειακή κατάσταση: Άγαμος-η Έγγαμος-η Διαζευγμένος-η Χήρος-α

Επίπεδο εκπαίδευσης: ΔΕ ΤΕ ΠΕ Μεταπτυχιακές σπουδές

Χώρος εργασίας: Νοσηλευτικό Τμήμα Μονάδα ή ειδικό τμήμα(ΤΕΠ)

Προϋπηρεσία σε έτη: έως 8 9-20 21 και άνω

Θέση ιεραρχίας στην εργασία: Προϊστάμενος-η διεύθυνσης υπηρεσίας ή τομέα

Προϊστάμενος-η τμήματος/μονάδας

Υπάλληλος χαμηλής ιεραρχικής βαθμίδας

Πόσες βάρδιες ή εφημερίες κάνετε περίπου μηνιαίως; έως 4 5-8 8 και άνω

B. Ερωτήσεις σχετικά με Συγκρούσεις στο Νοσοκομείο

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

	ΠΟΤΕ	ΣΠΑΝΙΑ	ΣΥΧΝΑ	ΑΡΚΕΤΑ ΣΥΧΝΑ	ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ
Οι μη ακολουθούμενες διαδικασίες (έλλειψη πρωτοκόλλων)					
Η απουσία ή οι καθυστερήσεις ανταπόκρισης σε κλήσεις για υποστήριξη					
Οι εντολές που προέρχονται από <u>περισσότερους από έναν</u> προϊσταμένους					
Η αλληλοκάλυψη ρόλων και αρμοδιοτήτων (έλλειψη γραπτού καθηκοντολογίου)					
Το χάσμα γενεών (νεώτεροι εργαζόμενοι συνεργάζονται με αρχαιότερους ηλικιακά ή και ιεραρχικά συναδέλφους)					
Οι διαφορετικές προσωπικότητες, αξίες, πεποιθήσεις, κουλτούρες					
Η αναποτελεσματική ηγεσία					
Το στρες					
Η προκλητική συμπεριφορά					
Η αλληλεξάρτηση των επαγγελματιών υγείας					
Τα προβλήματα στην επικοινωνία					
Τα διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης					
Οι διαφορές στόχων και επιδιώξεων					
Οι περιορισμένοι πόροι (π.χ. έλλειψη προσωπικού, έλλειψη υλικών)					
Ο φόρτος εργασίας					

2. Έχετε ενημερωθεί ποτέ σχετικά με τη μεσολάβηση ή γενικότερα τις συγκρούσεις από κάποιο **εκπαιδευτικό πρόγραμμα**;

ΝΑΙ ΟΧΙ

- Αν απαντήσατε ΝΑΙ,

από ποιον φορέα υλοποιήθηκε το συγκεκριμένο εκπαιδευτικό πρόγραμμα;

.....

- Αν απαντήσατε ΟΧΙ,

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

3. Σε ποιο βαθμό έχετε συγκρούσεις με:

	ΠΟΤΕ	ΣΠΑΝΙΑ	ΣΥΧΝΑ	ΑΡΚΕΤΑ ΣΥΧΝΑ	ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ
Ιατρούς					
Νοσηλευτές					
Διοικητικούς υπαλλήλους					
Βοηθούς θαλάμου					
Τραυματιοφορείς					
Ασθενείς					
Συγγενικό και φιλικό περιβάλλον των ασθενών					

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

ποτέ σπάνια συχνά αρκετά συχνά σχεδόν πάντα

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

ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν απαντήσατε ΟΧΙ:

Έχετε ποτέ σκεφτεί ή σκοπεύετε να ζητήσετε κάτι τέτοιο;

ποτέ σπάνια συχνά αρκετά συχνά σχεδόν πάντα

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

Κάποιον συνάδελφό σας: ιεραρχικά ομοιόβαθμο ή υψηλότερης βαθμίδας
 Κάποιο άτομο από άλλη υπηρεσία: ομοιόβαθμο ή υψηλότερης βαθμίδας
 Δικηγόρο Κανένα Άλλον.....

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

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

.....

8. Πιστεύετε ότι μια σύγκρουση μπορεί να οδηγήσει σε:

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

9. Ως συνέπειες των συγκρούσεων μπορείτε να θεωρήσετε:

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

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

καθόλου αρκετά πολύ πάρα πολύ απόλυτα

11. Πόσο συχνά υπάρχουν συγκρούσεις στον εργασιακό σας χώρο;

ποτέ σπάνια συχνά αρκετά συχνά σχεδόν πάντα

12. Πιο συχνά έρχεσθε σε σύγκρουση με:

	ΠΟΤΕ	ΣΠΑΝΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ ΣΥΧΝΑ	ΣΥΧΝΑ	ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ
Υφισταμένους					
Συναδέλφους ή ίδιας ιεραρχικής κλίμακας					
Προϊσταμένους					

13. Σε ποιο βαθμό χρησιμοποιείται την καθεμιά από τις παρακάτω μέθόδους διαχείρισης των συγκρούσεων;

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

14. Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εργασία σας;

καθόλου αρκετά πολύ πάρα πολύ απόλυτα

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

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

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

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β΄

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ Β

Το ερωτηματολόγιο αυτό είναι ένα εργαλείο αναγνώρισης του στυλ διαχείρισης των συγκρούσεων. Μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε από το ερωτηματολόγιο του ερευνητή Mark Robert και περιλαμβάνει 15 ερωτήσεις. Απαντήστε ειλικρινώς έχοντας στο νου σας περιπτώσεις εργασιακών συγκρούσεων. Για τη συμπλήρωση χρειάζεστε μόνο 3-5 λεπτά.

Θα πρέπει να **κατανείμετε 10 βαθμούς** ανάμεσα στις τέσσερις διαφορετικές εναλλακτικές επιλογές που σας δίνονται ως απάντηση, ανάλογα με το πόσο σας εκφράζουν. Αν κάποια δεν σας εκφράζει **καθόλου** μπορείτε να δώσετε **0 βαθμούς**, ενώ αντίθετα αν σας εκφράζει **απόλυτα** μια και μοναδική επιλογή μπορείτε να δώσετε σε αυτήν και τους **10 βαθμούς**.

ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ: Όταν οι άνθρωποι που έχεις υπό την επίβλεψή σου ως προϊστάμενος, εμπλέκονται σε προσωπική σύγκρουση, τι κάνεις συνήθως;

Παρεμβαίνεις για να διευθετήσεις τη διαφωνία;	Καλείς σε συνάντηση για να συζητήσετε και να επιλύσετε το πρόβλημα;	Προσφέρεις να βοηθήσεις αν μπορείς;	Αγνοείς το πρόβλημα;
3	6	1	0

Σιγουρευτείτε ότι το **σύνολο των βαθμών που κατανεμήθηκαν είναι 10 (3+6+1+0=10)**

1. Όταν κάποιος για τον οποίον νοιάζεσαι, είναι ενεργά εχθρικός προς εσένα, π.χ., φωνάζοντας δυνατά, απειλώντας κ.λπ., έχεις την τάση να:

Ανταποκρίνεσαι με έναν εχθρικό τρόπο;	Προσπαθείς να πείσεις το άτομο να σταματήσει την ενεργά επιθετική συμπεριφορά του;	Μένεις και ακούς όσο γίνεται περισσότερο;	Απομακρύνεσαι;

2. Όταν κάποιος, που είναι σχετικά ασήμαντος σε σένα, είναι ενεργά εχθρικός προς εσένα, π.χ., φωνάζοντας δυνατά, απειλώντας κ.λπ., έχεις την τάση να:

Ανταποκρίνεσαι με έναν εχθρικό τρόπο;	Προσπαθείς να πείσεις το άτομο να σταματήσει την ενεργά επιθετική συμπεριφορά του;	Μένεις και ακούς όσο γίνεται περισσότερο;	Απομακρύνεσαι;

3. Όταν παρατηρείς ανθρώπους που συγκρούονται και υπάρχει θυμός, απειλές, εχθρικότητα και ισχυρές απόψεις, έχεις την τάση να:

Εμπλέκεσαι και να παίρνεις θέση;	Προσπαθείς να μεσολαβήσεις;	Παρατηρείς τι θα συμβεί;	Αποχωρείς όσο πιο γρήγορα μπορείς;

4. Όταν αντιλαμβάνεσαι ότι κάποιο άλλο άτομο θέλει να ικανοποιήσει τις ανάγκες του σε βάρος σου, είσαι ικανός/ή να:

Προσπαθήσεις να κάνεις ο,τιδήποτε μπορείς για να το αλλάξεις;	Βασιστείς στην πειθώ αλλά και στα γεγονότα, όταν θα προσπαθήσεις να το κάνεις να αλλάξει;	Προσπαθήσεις σκληρά να αλλάξεις τον τρόπο που σχετίζεσαι με αυτό το άτομο;	Αποδεχτείς την κατάσταση όπως ακριβώς είναι;

5. Όταν εμπλέκεσαι σε μια διαπροσωπική διαφωνία, το γενικό πλάνο σου είναι να:

Κάνεις το άλλο άτομο να δει το πρόβλημα όπως το βλέπεις εσύ;	Εξετάσεις τα θέματα μεταξύ σας όσο πιο λογικά γίνεται;	Ψάξεις για μια εφικτή συμβιβαστική λύση;	Αφήσεις το χρόνο να περάσει και να επιλυθεί το πρόβλημα μόνο του;

6. Αυτό που θα εκτιμούσες περισσότερο στη διαχείριση των συγκρούσεων θα ήταν:

Συναισθηματική δύναμη και ασφάλεια;	Νοημοσύνη;	Αγάπη και διάθεση να ανοιχτείς;	Υπομονή;

7. Μετά από μια φιλονικία με κάποιον που νοιάζεσαι πραγματικά:

Επιθυμείς έντονα να επιστρέψεις και να βάλεις τα πράγματα στη θέση τους, όπως τα θέλεις;	Θέλεις να επιστρέψεις και να δουλέψεις πάνω στο πρόβλημα ό,τι κι αν απαιτείται;	Ανησυχείς πολύ για αυτό, αλλά δεν σχεδιάζεις να πάρεις πρωτοβουλία για περαιτέρω επαφή;	Αφήνεις τα πράγματα όπως είναι και δεν σχεδιάζεις να πάρεις πρωτοβουλία για μια περαιτέρω επαφή;

8. Όταν βλέπεις να εξελίσσεται μια σοβαρή σύγκρουση ανάμεσα σε δύο ανθρώπους που νοιάζεσαι, έχεις την τάση να:

Εκφράζεις την απογοήτευσή σου για αυτό που συνέβη;	Προσπαθείς να τους πείσεις να επιλύσουν τις διαφορές τους;	Παρακολουθείς για να δεις τι εξέλιξη θα έχει;	Αποχωρείς;

9. Όταν βλέπεις να εξελίσσεται μια σοβαρή σύγκρουση ανάμεσα σε δύο ανθρώπους που είναι σχετικά ασήμαντοι για σένα, έχεις την τάση να:

Εκφράζεις την απογοήτευσή σου για αυτό που συνέβη;	Προσπαθείς να τους πείσεις να επιλύσουν τις διαφορές τους;	Παρακολουθείς για να δεις τι εξέλιξη θα έχει η σύγκρουση;	Αποχωρείς;

10. Η ανατροφοδότηση που παίρνεις από τους περισσότερους ανθρώπους για τον τρόπο που συμπεριφέρεσαι όταν έρχεσαι σε σύγκρουση και αντιπαράθεση, δείχνει ότι:

Προσπαθείς σκληρά για να γίνει το δικό σου;	Προσπαθείς να αναλύσεις τις διαφορές μέσα από συνεργασία;	Είσαι βολικός και υιοθετείς μια ήπια ή συμβιβαστική θέση;	Συνήθως αποφεύγεις τη σύγκρουση;

11. Όταν επικοινωνείς με κάποιον που έχεις μια σοβαρή σύγκρουση:

Προσπαθείς να υπερισχύσεις με τα λόγια σου πάνω στον άλλον;	Μιλάς λίγο παραπάνω από όσο ακούς;	Είσαι ένας ενεργός ακροατής (επιστρέφοντας στον συνομιλητή σου λόγια και συναισθήματα);	Είσαι ένας παθητικός ακροατής (συμφωνώντας και ζητώντας συγγνώμη όταν χρειάζεται);

12. Όταν εμπλέκεσαι σε μια δυσάρεστη σύγκρουση:

Κάνεις χιούμορ με την άλλη πλευρά;	Κάνεις ένα περιστασιακό πείραγμα ή αστείο σχετικά με την κατάσταση ή την σχέση;	Κάνεις χιούμορ αλλά μόνο σε βάρος σου;	Καταπνίγεις όλες τις προσπάθειες για χιούμορ;

13. Όταν κάποιος κάνει κάτι που σε ενοχλεί (π.χ., καπνίζει σε χώρο μη-καπνιστών ή κάποιος στριμώνχεται στη σειρά μπροστά σου), έχεις την τάση να:

Επιμένεις να σε κοιτάξει το άτομο στα μάτια;	Κοιτάς το άτομο μέσα στα μάτια και διατηρείς την επαφή αυτή;	Διατηρείς μια επαφή με τα μάτια κατά διαστήματα;	Αποφεύγεις να κοιτάξεις το άτομο απευθείας στα μάτια;
14. Στέκεσαι κοντά του και δημιουργείς φυσική επαφή;	Χρησιμοποιείς τα χέρια σου και το σώμα σου για να εκφράσεις καλύτερα τις θέσεις σου;	Στέκεσαι κοντά στο άτομο χωρίς όμως να τον ή την αγγίζεις;	Στέκεσαι πίσω άπραγος;
15. Χρησιμοποιείς σκληρή γλώσσα και λες στο άτομο να σταματήσει άμεσα;	Προσπαθείς να πείσεις το άτομο να σταματήσει;	Μιλάς ευγενικά και εκφράζεις στο άτομο αυτά που αισθάνεσαι;	Ούτε λες, αλλά ούτε και κάνεις κάτι;

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

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ΄

ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Για την μέτρηση των μεταβλητών της παρούσας έρευνας, έγινε κωδικοποίηση των απαντήσεων των ερωτηματολογίων Α και Β. Αρχικά πρέπει να διευκρινιστεί ότι η **μεταβλητή ID** καθορίστηκε με σκοπό να υπάρξει **ταυτοποίηση** των ερωτηματολογίων, για έλεγχο και αποφυγή λαθών κωδικοποίησης. Στη συνέχεια, ακολουθεί η κωδικοποίηση των δεδομένων που συλλέχθηκαν με τη χρήση ερωτηματολογίων. Οι **απούσες τιμές** (missing values) καθορίστηκαν με τον κωδικό 99 για να αναγνωρίζονται από το πρόγραμμα και να μετρώνται: οι μη απαντημένες ερωτήσεις (κενά) και οι λανθασμένες απαντήσεις (π.χ. οι περισσότερες από μία απαντήσεις σε ερωτήσεις που ζητούνταν μόνο μία επιλογή)

Α. Σχετικά με το **ερωτηματολόγιο Α**, καθορίστηκαν **71 μεταβλητές**, όπως ακριβώς καταγράφονται στον πίνακα που ακολουθεί:

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ (<i>variables</i>)		ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗ (<i>Value</i>) (απάντηση & κωδικός)
ΕΤΙΚΕΤΑ (<i>label</i>)	ΟΝΟΜΑ (<i>name</i>)	
1. ID	ID	A/A
2. Φύλο	Φύλο	Άνδρας = 0 Γυναίκα = 1
3. Ηλικία	Ηλικία	έως 32=1 33-45=2 46-55=3 56 και άνω=4
4. Οικογενειακή κατάσταση	Οικογενειακή	Άγαμος-η=1 Έγγαμος-η=2 Διαζευγμένος=3 Χήρος-α=4
5. Επίπεδο εκπαίδευσης	Εκπαίδευση	ΔΕ=1 ΤΕ=2 ΠΕ=3 Μεταπτυχιακές σπουδές=4
6. Χώρος εργασίας	Εργασία	Νοσηλευτικό τμήμα=1 Μονάδα ή ειδικό τμήμα=2
7. Προϋπηρεσία σε έτη	Προϋπηρεσία	έως 8=1 9-20=2 21 και άνω=3
8. Θέση ιεραρχίας στην εργασία	Ιεραρχία	Προϊστάμενος-η διεύθυνσης υπηρεσίας ή τομέα=1 Προϊστάμενος-η τμήματος/μονάδας=2 Υπάλληλος χαμηλής ιεραρχικής βαθμίδας=3

9. Συχνότητα σε βάρδιες/εφημερίες μηνιαίως	Βάρδιες	έως 4=1 5-8=2 8 και άνω=3
10. Αιτίες συγκρούσεων: Οι μη ακολουθούμενες διαδικασίες (έλλειψη πρωτοκόλλων)	Αιτίες1	Ποτέ=1 Σπάνια=2 Συχνά=3 Αρκετά συχνά=4 Σχεδόν πάντα=5
11. Αιτίες συγκρούσεων: Η απουσία ή οι καθυστερήσεις ανταπόκρισης σε κλήσεις για υποστήριξη	Αιτίες2	Ποτέ=1 Σπάνια=2 Συχνά=3 Αρκετά συχνά=4 Σχεδόν πάντα=5
12. Αιτίες συγκρούσεων: Οι εντολές που προέρχονται από περισσότερους από έναν προϊσταμένους	Αιτίες3	Ποτέ=1 Σπάνια=2 Συχνά=3 Αρκετά συχνά=4 Σχεδόν πάντα=5
13. Αιτίες συγκρούσεων: Η αλληλοκάλυψη ρόλων και αρμοδιοτήτων (έλλειψη γραπτού καθηκοντολογίου)	Αιτίες4	Ποτέ=1 Σπάνια=2 Συχνά=3 Αρκετά συχνά=4 Σχεδόν πάντα=5
14. Αιτίες συγκρούσεων: Το χάσμα γενεών (νεώτεροι εργαζόμενοι συνεργάζονται με αρχαιότερους ηλικιακά ή και ιεραρχικά συναδέλφους)	Αιτίες5	Ποτέ=1 Σπάνια=2 Συχνά=3 Αρκετά συχνά=4 Σχεδόν πάντα=5
15. Αιτίες συγκρούσεων: Οι διαφορετικές προσωπικότητες, αξίες, πεποιθήσεις, κουλτούρες	Αιτίες6	Ποτέ=1 Σπάνια=2 Συχνά=3 Αρκετά συχνά=4 Σχεδόν πάντα=5
16. Αιτίες συγκρούσεων: Η αναποτελεσματική ηγεσία	Αιτίες7	Ποτέ=1 Σπάνια=2 Συχνά=3 Αρκετά συχνά=4 Σχεδόν πάντα=5
17. Αιτίες συγκρούσεων: Το στρες	Αιτίες8	Ποτέ=1 Σπάνια=2 Συχνά=3 Αρκετά συχνά=4 Σχεδόν πάντα=5
18. Αιτίες συγκρούσεων: Η προκλητική συμπεριφορά	Αιτίες9	Ποτέ=1 Σπάνια=2 Συχνά=3 Αρκετά συχνά=4 Σχεδόν πάντα=5
19. Αιτίες συγκρούσεων: Η αλληλεξάρτηση των επαγγελματιών υγείας	Αιτίες10	Ποτέ=1 Σπάνια=2 Συχνά=3

		Αρκετά συχνά=4 Σχεδόν πάντα=5
20. Αιτίες συγκρούσεων: Τα προβλήματα στην επικοινωνία	Αιτίες11	Ποτέ=1 Σπάνια=2 Συχνά=3 Αρκετά συχνά=4 Σχεδόν πάντα=5
21. Αιτίες συγκρούσεων: Τα διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης	Αιτίες12	Ποτέ=1 Σπάνια=2 Συχνά=3 Αρκετά συχνά=4 Σχεδόν πάντα=5
22. Αιτίες συγκρούσεων: Οι διαφορές στόχων και επιδιώξεων	Αιτίες13	Ποτέ=1 Σπάνια=2 Συχνά=3 Αρκετά συχνά=4 Σχεδόν πάντα=5
23. Αιτίες συγκρούσεων: Οι περιορισμένοι πόροι	Αιτίες14	Ποτέ=1 Σπάνια=2 Συχνά=3 Αρκετά συχνά=4 Σχεδόν πάντα=5
24. Αιτίες συγκρούσεων: Ο φόρτος εργασίας	Αιτίες15	Ποτέ=1 Σπάνια=2 Συχνά=3 Αρκετά συχνά=4 Σχεδόν πάντα=5
25. Εκπαιδευτικό πρόγραμμα	Ενημέρωση	Ναι=1 Όχι=2
26. Φορέας υλοποίησης εκπαιδευτικού προγράμματος	ΕνημΝΑΙ (ανοικτή ερώτηση - έγινε ομαδοποίηση των δεδομένων ανάλογα με τις απαντήσεις)	Ε.Ν.Ε & Ε.Σ.Ν.Ε.=1 Κ.Ε.Κ=2 Προπτυχιακά=3 Μεταπτυχιακά=4 Ιδιωτικός=5 Δημόσιος=6
27. Επιθυμία παρακολούθησης εξειδικευμένου εκπαιδευτικού προγράμματος	ΕνημΟΧΙ	Ναι=1 Όχι=2
28. Βαθμός συγκρούσεων με: Ιατρούς	Εμπλεκόμενοι1	Ποτέ=1 Σπάνια=2 Συχνά=3 Αρκετά συχνά=4 Σχεδόν πάντα=5
29. Βαθμός συγκρούσεων με: Νοσηλευτές	Εμπλεκόμενοι2	Ποτέ=1 Σπάνια=2 Συχνά=3 Αρκετά συχνά=4 Σχεδόν πάντα=5
30. Βαθμός συγκρούσεων με: Διοικητικούς υπαλλήλους	Εμπλεκόμενοι3	Ποτέ=1 Σπάνια=2 Συχνά=3

		Αρκετά συχνά=4 Σχεδόν πάντα=5
31. Βαθμός συγκρούσεων με: Βοηθούς θαλάμου	Εμπλεκόμενοι4	Ποτέ=1 Σπάνια=2 Συχνά=3 Αρκετά συχνά=4 Σχεδόν πάντα=5
32. Βαθμός συγκρούσεων με: Τραυματιοφορείς	Εμπλεκόμενοι5	Ποτέ=1 Σπάνια=2 Συχνά=3 Αρκετά συχνά=4 Σχεδόν πάντα=5
33. Βαθμός συγκρούσεων με: Ασθενείς	Εμπλεκόμενοι6	Ποτέ=1 Σπάνια=2 Συχνά=3 Αρκετά συχνά=4 Σχεδόν πάντα=5
34. Βαθμός συγκρούσεων με: Συγγενικό και φιλικό περιβάλλον	Εμπλεκόμενοι7	Ποτέ=1 Σπάνια=2 Συχνά=3 Αρκετά συχνά=4 Σχεδόν πάντα=5
35. Απουσίες	Απουσίες	Ποτέ=1 Σπάνια=2 Συχνά=3 Αρκετά συχνά=4 Σχεδόν πάντα=5
36. Αλλαγή θέσης εργασίας ή τμήματος	Αλλαγή	Ναι=1 Όχι=2
37. Πρόθεση αλλαγής	ΑλλαγήΟΧΙ	Ποτέ=1 Σπάνια=2 Συχνά=3 Αρκετά συχνά=4 Σχεδόν πάντα=5
38. Βοήθεια στην επίλυση εργασιακών διαφορών	Βοήθεια1 (όλες οι απαντήσεις από βοήθεια 1 έως 7 ορίστηκαν ως σετ απαντήσεων για να υπάρχει η δυνατότητα πολλαπλών επιλογών)	Συνάδελφος ιεραρχικά ομοιόβαθμος=1 Συνάδελφος υψηλότερης βαθμίδας=2 Άτομο από άλλη υπηρεσία ομοιόβαθμο=3 Άτομο από άλλη υπηρεσία υψηλότερης βαθμίδας=4 Δικηγόρος=5 Κανένας=6 Άλλος=7
39. Βοήθεια στην επίλυση εργασιακών διαφορών	Βοήθεια2	»
40. Βοήθεια στην επίλυση εργασιακών διαφορών	Βοήθεια3	»
41. Βοήθεια στην επίλυση εργασιακών διαφορών	Βοήθεια4	»

42. Βοήθεια στην επίλυση εργασιακών διαφορών	Βοήθεια5	»
43. Βοήθεια στην επίλυση εργασιακών διαφορών	Βοήθεια6	»
44. Βοήθεια στην επίλυση εργασιακών διαφορών	Βοήθεια7	»
45. Πρόθεση γνωστοποίησης	Γνωστοποίηση	Ναι=1 Όχι=2
46. Αιτία μη γνωστοποίησης	ΓνωστοποίησηΟΧΙ (ανοικτή ερώτηση - έγινε ομαδοποίηση των δεδομένων ανάλογα με τις απαντήσεις)	Προσωπικότητα=1 Αποφυγή κλιμάκωσης=2 Μη αποτελεσματικός=3 Εργασιακό στρες=4
47. Αποτελέσματα σύγκρουσης: Καλύτερες λύσεις των προβλημάτων	Αποτέλεσμα1	Ποτέ=1 Σπάνια=2 Συχνά=3 Αρκετά συχνά=4 Σχεδόν πάντα=5
48. Αποτελέσματα σύγκρουσης: Βελτίωση της ομαδικής απόδοσης	Αποτέλεσμα2	Ποτέ=1 Σπάνια=2 Συχνά=3 Αρκετά συχνά=4 Σχεδόν πάντα=5
49. Αποτελέσματα σύγκρουσης: Καταστροφικές συνέπειες στις εργασιακές σχέσεις	Αποτέλεσμα3	Ποτέ=1 Σπάνια=2 Συχνά=3 Αρκετά συχνά=4 Σχεδόν πάντα=5
50. Αποτελέσματα σύγκρουσης: Καινοτομία	Αποτέλεσμα4	Ποτέ=1 Σπάνια=2 Συχνά=3 Αρκετά συχνά=4 Σχεδόν πάντα=5
51. Αποτελέσματα σύγκρουσης: Καλύτερη κατανόηση των άλλων	Αποτέλεσμα5	Ποτέ=1 Σπάνια=2 Συχνά=3 Αρκετά συχνά=4 Σχεδόν πάντα=5
52. Αποτελέσματα σύγκρουσης: Μείωση της παραγωγικότητας	Αποτέλεσμα6	Ποτέ=1 Σπάνια=2 Συχνά=3 Αρκετά συχνά=4 Σχεδόν πάντα=5
53. Συνέπειες συγκρούσεων: Ύβρεις, προσβολές	Συνέπεια1	Ποτέ=1 Σπάνια=2 Συχνά=3 Αρκετά συχνά=4 Σχεδόν πάντα=5
54. Συνέπειες συγκρούσεων: Εγκατάλειψη εργασίας	Συνέπεια2	Ποτέ=1 Σπάνια=2

		Συχνά=3 Αρκετά συχνά=4 Σχεδόν πάντα=5
55. Συνέπειες συγκρούσεων: Ασθένεια	Συνέπεια3	Ποτέ=1 Σπάνια=2 Συχνά=3 Αρκετά συχνά=4 Σχεδόν πάντα=5
56. Συνέπειες συγκρούσεων: Αδικαιολόγητη απουσία	Συνέπεια4	Ποτέ=1 Σπάνια=2 Συχνά=3 Αρκετά συχνά=4 Σχεδόν πάντα=5
57. Συνέπειες συγκρούσεων: Σωματική βία	Συνέπεια5	Ποτέ=1 Σπάνια=2 Συχνά=3 Αρκετά συχνά=4 Σχεδόν πάντα=5
58. Συνέπειες συγκρούσεων: Κακομεταχείριση	Συνέπεια6	Ποτέ=1 Σπάνια=2 Συχνά=3 Αρκετά συχνά=4 Σχεδόν πάντα=5
59. Συνέπειες συγκρούσεων: Μειωμένο ενδιαφέρον για την εργασία	Συνέπεια7	Ποτέ=1 Σπάνια=2 Συχνά=3 Αρκετά συχνά=4 Σχεδόν πάντα=5
60. Αξιολόγηση της σημαντικότητας της ικανότητας διαπραγμάτευσης	Διαπραγμάτευση	Καθόλου=1 Αρκετά=2 Πολύ=3 Πάρα πολύ=4 Απόλυτα=5
61. Συχνότητα συγκρούσεων	Συχνότητα	Ποτέ=1 Σπάνια=2 Συχνά=3 Αρκετά συχνά=4 Σχεδόν πάντα=5
62. Συχνότητα εμφάνισης συγκρούσεων με: Υφισταμένους	Συχνότερα1	Ποτέ=1 Σπάνια=2 Συχνά=3 Αρκετά συχνά=4 Σχεδόν πάντα=5
63. Συχνότητα εμφάνισης συγκρούσεων με: Συναδέλφους ή ίδιας ιεραρχικής κλίμακας	Συχνότερα2	Ποτέ=1 Σπάνια=2 Συχνά=3 Αρκετά συχνά=4 Σχεδόν πάντα=5
64. Συχνότητα εμφάνισης συγκρούσεων με: Προϊσταμένους	Συχνότερα3	Ποτέ=1 Σπάνια=2 Συχνά=3

		Αρκετά συχνά=4 Σχεδόν πάντα=5
65. Χρησιμοποίηση μεθόδων διαχείρισης συγκρούσεων: Διαπραγμάτευση	Μέθοδος1	Ποτέ=1 Σπάνια=2 Συχνά=3 Αρκετά συχνά=4 Σχεδόν πάντα=5
66. Χρησιμοποίηση μεθόδων διαχείρισης συγκρούσεων: Αποφυγή	Μέθοδος2	Ποτέ=1 Σπάνια=2 Συχνά=3 Αρκετά συχνά=4 Σχεδόν πάντα=5
67. Χρησιμοποίηση μεθόδων διαχείρισης συγκρούσεων: Συμβιβασμός	Μέθοδος3	Ποτέ=1 Σπάνια=2 Συχνά=3 Αρκετά συχνά=4 Σχεδόν πάντα=5
68. Χρησιμοποίηση μεθόδων διαχείρισης συγκρούσεων: Διεκδίκηση	Μέθοδος4	Ποτέ=1 Σπάνια=2 Συχνά=3 Αρκετά συχνά=4 Σχεδόν πάντα=5
69. Χρησιμοποίηση μεθόδων διαχείρισης συγκρούσεων: Υποχώρηση	Μέθοδος5	Ποτέ=1 Σπάνια=2 Συχνά=3 Αρκετά συχνά=4 Σχεδόν πάντα=5
70. Επαγγελματική ικανοποίηση	Ικανοποίηση	Καθόλου=1 Αρκετά=2 Πολύ=3 Πάρα πολύ=4 Απόλυτα=5
71. Κυριότερο πρόβλημα στο τμήμα/μονάδα που οδηγεί σε συγκρούσεις	Πρόβλημα	Διαπροσωπικές σχέσεις εντός του τμήματος/μονάδας=1 Τρόπος παροχής φροντίδας υγείας=2 Απουσία πρωτοκόλλων=3 Διατμηματικές σχέσεις=4

Β. Σχετικά με το ερωτηματολόγιο Β, καθορίστηκαν 60 μεταβλητές (72η-131η μεταβλητή) και άλλες 23 νέες μεταβλητές (132η-154η), συνολικά δηλαδή αποτελείται από 83 μεταβλητές, που διαμορφώθηκαν από τις ήδη υπάρχουσες για καλύτερη ανάλυση των δεδομένων. Στον πίνακα που ακολουθεί καταγράφονται με λεπτομέρεια η κωδικοποίηση, η δημιουργία νέων μεταβλητών και η επανακωδικοποίηση σε μία μεταβλητή:

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ (<i>variables</i>)	ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗ (<i>Value</i>) (απάντηση & κωδικός)	
ΕΤΙΚΕΤΑ (<i>label</i>)	Αριθμ. ρ.	
Q1α: Όταν κάποιος για τον οποίον νοιάζεσαι, είναι ενεργά εχθρικός προς εσένα έχεις την τάση να: Ανταποκρίνεσαι με εχθρικό τρόπο	1η	Τιμές από 0-10
Q1β: Όταν κάποιος για τον οποίον νοιάζεσαι, είναι ενεργά εχθρικός προς εσένα έχεις την τάση να: Προσπαθείς να πείσεις το άτομο να σταματήσει την ενεργά επιθετική συμπεριφορά του		
Q1γ: Όταν κάποιος για τον οποίον νοιάζεσαι, είναι ενεργά εχθρικός προς εσένα έχεις την τάση να: Μένεις και ακούς όσο γίνεται περισσότερο		
Q1δ: Όταν κάποιος για τον οποίον νοιάζεσαι, είναι ενεργά εχθρικός προς εσένα έχεις την τάση να: Απομακρύνεσαι		
Q2α: Όταν κάποιος, που είναι σχετικά ασήμαντος σε σένα, είναι ενεργά εχθρικός προς εσένα, έχεις την τάση να: Ανταποκρίνεσαι με έναν εχθρικό τρόπο	2η	
Q2β: Όταν κάποιος, που είναι σχετικά ασήμαντος σε σένα, είναι ενεργά εχθρικός προς εσένα, έχεις την τάση να: Προσπαθείς να πείσεις το άτομο να σταματήσει την ενεργά επιθετική συμπεριφορά του		
Q2γ: Όταν κάποιος, που είναι σχετικά ασήμαντος σε σένα, είναι ενεργά εχθρικός προς εσένα, έχεις την τάση να: Μένεις και ακούς όσο γίνεται περισσότερο		
Q2δ: Όταν κάποιος, που είναι σχετικά ασήμαντος σε σένα, είναι ενεργά εχθρικός προς εσένα, έχεις την τάση να: Απομακρύνεσαι		
Q3α: Όταν παρατηρείς ανθρώπους που συγκρούονται και υπάρχει θυμός, απειλές, εχθρικότητα και ισχυρές απόψεις, έχεις την τάση να: Εμπλέκεσαι και να παίρνεις θέση	3η	
Q3β: Όταν παρατηρείς ανθρώπους που συγκρούονται και υπάρχει θυμός, απειλές, εχθρικότητα και ισχυρές απόψεις, έχεις την τάση να: Προσπαθείς να μεσολαβήσεις		
Q3γ: Όταν παρατηρείς ανθρώπους που συγκρούονται και υπάρχει θυμός, απειλές, εχθρικότητα και ισχυρές απόψεις, έχεις την τάση να: Παρατηρείς τι θα συμβεί		
Q3δ: Όταν παρατηρείς ανθρώπους που συγκρούονται και υπάρχει θυμός, απειλές, εχθρικότητα και ισχυρές απόψεις, έχεις την τάση να: Αποχωρείς όσο πιο γρήγορα μπορείς		
Q4α: Όταν αντιλαμβάνεσαι ότι κάποιο άλλο άτομο θέλει να ικανοποιήσει τις ανάγκες του σε βάρος σου, είσαι ικανός/ή να: Προσπαθήσεις να κάνεις ο,τιδήποτε μπορείς για να το αλλάξεις	4η	
Q4β: Όταν αντιλαμβάνεσαι ότι κάποιο άλλο άτομο θέλει να ικανοποιήσει τις ανάγκες του σε βάρος σου, είσαι ικανός/ή να: Βασιστείς στην πειθώ αλλά και στα γεγονότα, όταν θα προσπαθήσεις να το κάνεις να αλλάξει		
Q4γ: Όταν αντιλαμβάνεσαι ότι κάποιο άλλο άτομο θέλει να		

ικανοποιήσει τις ανάγκες του σε βάρος σου, είσαι ικανός/ή να: Προσπαθήσεις σκληρά να αλλάξεις τον τρόπο που σχετίζεσαι με αυτό το άτομο		
Q4δ: Όταν αντιλαμβάνεσαι ότι κάποιος άλλο άτομο θέλει να ικανοποιήσει τις ανάγκες του σε βάρος σου, είσαι ικανός/ή να: Αποδεχτείς την κατάσταση όπως ακριβώς είναι		
Q5α: Όταν εμπλέκεσαι σε μια διαπροσωπική διαφωνία, το γενικό πλάνο σου είναι να: Κάνεις το άλλο άτομο να δει το πρόβλημα όπως το βλέπεις εσύ	5η	
Q5β: Όταν εμπλέκεσαι σε μια διαπροσωπική διαφωνία, το γενικό πλάνο σου είναι να: Εξετάσεις τα θέματα μεταξύ σας όσο πιο λογικά γίνεται		
Q5γ: Όταν εμπλέκεσαι σε μια διαπροσωπική διαφωνία, το γενικό πλάνο σου είναι να: Ψάξεις για μια εφικτή συμβιβαστική λύση		
Q5δ: Όταν εμπλέκεσαι σε μια διαπροσωπική διαφωνία, το γενικό πλάνο σου είναι να: Αφήσεις το χρόνο να περάσει και να επιλυθεί το πρόβλημα μόνο του		
Q6α: Αυτό που θα εκτιμούσες περισσότερο στη διαχείριση των συγκρούσεων θα ήταν: Συναισθηματική δύναμη και ασφάλεια	6η	
Q6β: Αυτό που θα εκτιμούσες περισσότερο στη διαχείριση των συγκρούσεων θα ήταν: Νοημοσύνη		
Q6γ: Αυτό που θα εκτιμούσες περισσότερο στη διαχείριση των συγκρούσεων θα ήταν: Αγάπη και διάθεση να ανοιχτείς		
Q6δ: Αυτό που θα εκτιμούσες περισσότερο στη διαχείριση των συγκρούσεων θα ήταν: Υπομονή		
Q7α: Μετά από μια φιλονικία με κάποιον που νοιάζεσαι πραγματικά: Επιθυμείς έντονα να επιστρέψεις και να βάλεις τα πράγματα στη θέση τους, όπως τα θέλεις	7η	
Q7β: Μετά από μια φιλονικία με κάποιον που νοιάζεσαι πραγματικά: Θέλεις να επιστρέψεις και να δουλέψεις πάνω στο πρόβλημα ό,τι κι αν απαιτείται		
Q7γ: Μετά από μια φιλονικία με κάποιον που νοιάζεσαι πραγματικά: Ανησυχείς πολύ για αυτό, αλλά δεν σχεδιάζεις να πάρεις πρωτοβουλία για περαιτέρω επαφή		
Q7δ: Μετά από μια φιλονικία με κάποιον που νοιάζεσαι πραγματικά: Αφήνεις τα πράγματα όπως είναι και δεν σχεδιάζεις να πάρεις πρωτοβουλία για μια περαιτέρω επαφή		
Q8α: Όταν βλέπεις να εξελίσσεται μια σοβαρή σύγκρουση ανάμεσα σε δύο ανθρώπους που νοιάζεσαι, έχεις την τάση να: Εκφράζεις την απογοήτευσή σου για αυτό που συνέβη	8η	
Q8β: Όταν βλέπεις να εξελίσσεται μια σοβαρή σύγκρουση ανάμεσα σε δύο ανθρώπους που νοιάζεσαι, έχεις την τάση να: Προσπαθείς να τους πείσεις να επιλύσουν τις διαφορές τους		
Q8γ: Όταν βλέπεις να εξελίσσεται μια σοβαρή σύγκρουση ανάμεσα σε δύο ανθρώπους που νοιάζεσαι, έχεις την τάση να: Παρακολουθείς για να δεις τι εξέλιξη θα έχει		
Q8δ: Όταν βλέπεις να εξελίσσεται μια σοβαρή σύγκρουση ανάμεσα σε δύο ανθρώπους που νοιάζεσαι, έχεις την τάση		

να: Αποχωρείς		
Q9α: Όταν βλέπεις να εξελίσσεται μια σοβαρή σύγκρουση ανάμεσα σε δύο ανθρώπους που είναι σχετικά ασήμαντοι για σένα, έχεις την τάση να: Εκφράζεις την απογοήτευσή σου για αυτό που συνέβη	9η	
Q9β: Όταν βλέπεις να εξελίσσεται μια σοβαρή σύγκρουση ανάμεσα σε δύο ανθρώπους που είναι σχετικά ασήμαντοι για σένα, έχεις την τάση να: Προσπαθείς να τους πείσεις να επιλύσουν τις διαφορές τους		
Q9γ: Όταν βλέπεις να εξελίσσεται μια σοβαρή σύγκρουση ανάμεσα σε δύο ανθρώπους που είναι σχετικά ασήμαντοι για σένα, έχεις την τάση να: Παρακολουθείς για να δεις τι εξέλιξη θα έχει η σύγκρουση		
Q9δ: Όταν βλέπεις να εξελίσσεται μια σοβαρή σύγκρουση ανάμεσα σε δύο ανθρώπους που είναι σχετικά ασήμαντοι για σένα, έχεις την τάση να: Αποχωρείς		
Q10α: Η ανατροφοδότηση που παίρνεις από τους περισσότερους ανθρώπους για τον τρόπο που συμπεριφέρεσαι όταν έρχεσαι σε σύγκρουση και αντιπαράθεση, δείχνει ότι: Προσπαθείς σκληρά για να γίνει το δικό σου	10η	
Q10β: Η ανατροφοδότηση που παίρνεις από τους περισσότερους ανθρώπους για τον τρόπο που συμπεριφέρεσαι όταν έρχεσαι σε σύγκρουση και αντιπαράθεση, δείχνει ότι: Προσπαθείς να αναλύσεις τις διαφορές μέσα από συνεργασία		
Q10γ: Η ανατροφοδότηση που παίρνεις από τους περισσότερους ανθρώπους για τον τρόπο που συμπεριφέρεσαι όταν έρχεσαι σε σύγκρουση και αντιπαράθεση, δείχνει ότι: Είσαι βολικός και υιοθετείς μια ήπια ή συμβιβαστική θέση		
Q10δ: Η ανατροφοδότηση που παίρνεις από τους περισσότερους ανθρώπους για τον τρόπο που συμπεριφέρεσαι όταν έρχεσαι σε σύγκρουση και αντιπαράθεση, δείχνει ότι: Συνήθως αποφεύγεις τη σύγκρουση		
Q11α: Όταν επικοινωνείς με κάποιον που έχεις μια σοβαρή σύγκρουση: Προσπαθείς να υπερισχύσεις με τα λόγια σου πάνω στον άλλον	11η	
Q11β: Όταν επικοινωνείς με κάποιον που έχεις μια σοβαρή σύγκρουση: Μιλάς λίγο παραπάνω από όσο ακούς		
Q11γ: Όταν επικοινωνείς με κάποιον που έχεις μια σοβαρή σύγκρουση: Είσαι ένας ενεργός ακροατής (επιστρέφοντας στον συνομιλητή σου λόγια και συναισθήματα)		
Q11δ: Όταν επικοινωνείς με κάποιον που έχεις μια σοβαρή σύγκρουση: Είσαι ένας παθητικός ακροατής (συμφωνώντας και ζητώντας συγγνώμη όταν χρειάζεται)		
Q12α: Όταν εμπλέκεσαι σε μια δυσάρεστη σύγκρουση: Κάνεις χιούμορ με την άλλη πλευρά	12η	
Q12β: Όταν εμπλέκεσαι σε μια δυσάρεστη σύγκρουση: Κάνεις ένα περιστασιακό πείραγμα ή αστείο σχετικά με την		

κατάσταση ή την σχέση		
Q12γ: Όταν εμπλέκεσαι σε μια δυσάρεστη σύγκρουση: Κάνεις χιούμορ αλλά μόνο σε βάρος σου		
Q12δ: Όταν εμπλέκεσαι σε μια δυσάρεστη σύγκρουση: Καταπνίγεις όλες τις προσπάθειες για χιούμορ		
Q13α: Όταν κάποιος κάνει κάτι που σε ενοχλεί, έχεις την τάση να: Επιμένεις να σε κοιτάξει το άτομο στα μάτια		13η
Q13β: Όταν κάποιος κάνει κάτι που σε ενοχλεί, έχεις την τάση να: Κοιτάς το άτομο μέσα στα μάτια και διατηρείς την επαφή αυτή		
Q13γ: Όταν κάποιος κάνει κάτι που σε ενοχλεί, έχεις την τάση να: Διατηρείς μια επαφή με τα μάτια κατά διαστήματα		
Q13δ: Όταν κάποιος κάνει κάτι που σε ενοχλεί, έχεις την τάση να: Αποφεύγεις να κοιτάξεις το άτομο απευθείας στα μάτια		
Q14α: Όταν κάποιος κάνει κάτι που σε ενοχλεί, έχεις την τάση να: Στέκεσαι κοντά του και δημιουργείς φυσική επαφή		14η
Q14β: Όταν κάποιος κάνει κάτι που σε ενοχλεί, έχεις την τάση να: Χρησιμοποιείς τα χέρια σου και το σώμα σου για να εκφράσεις καλύτερα τις θέσεις σου		
Q14γ: Όταν κάποιος κάνει κάτι που σε ενοχλεί, έχεις την τάση να: Στέκεσαι κοντά στο άτομο χωρίς όμως να τον ή την αγγίζεις		
Q14δ: Όταν κάποιος κάνει κάτι που σε ενοχλεί, έχεις την τάση να: Στέκεσαι πίσω άπραγος		
Q15α: Όταν κάποιος κάνει κάτι που σε ενοχλεί, έχεις την τάση να: Χρησιμοποιείς σκληρή γλώσσα και λες στο άτομο να σταματήσει άμεσα		15η
Q15β: Όταν κάποιος κάνει κάτι που σε ενοχλεί, έχεις την τάση να: Προσπαθείς να πείσεις το άτομο να σταματήσει		
Q15γ: Όταν κάποιος κάνει κάτι που σε ενοχλεί, έχεις την τάση να: Μιλάς ευγενικά και εκφράζεις στο άτομο αυτά που αισθάνεσαι		
Q15δ: Όταν κάποιος κάνει κάτι που σε ενοχλεί, έχεις την τάση να: Ούτε λες, αλλά ούτε και κάνεις κάτι		
ΝΕΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ (variables)		ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗ (Value) (απάντηση & κωδικός)
ΕΤΙΚΕΤΑ (label)	ΟΝΟΜΑ (name)	
ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΜΟΣ	ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΜΟΣ	Προέκυψαν από το άθροισμα των αντίστοιχων μεταβλητών (Compute Variables), δηλαδή των Q1α, Q2α, Q3α, ..., Q15α (1 ^η στήλη του ερωτηματολογίου)
ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ	ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ	Προέκυψαν από το άθροισμα των αντίστοιχων μεταβλητών

		(Compute Variables), δηλαδή των Q1β,Q2β,Q3β,...,Q15β (2 ^η στήλη του ερωτηματολογίου)
ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ	ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ	Προέκυψαν από το άθροισμα των αντίστοιχων μεταβλητών (Compute Variables), δηλαδή των Q1γ,Q2γ,Q3γ,...,Q15γ (3 ^η στήλη του ερωτηματολογίου)
ΑΠΟΦΥΓΗ	ΑΠΟΦΥΓΗ	Προέκυψαν από το άθροισμα των αντίστοιχων μεταβλητών (Compute Variables), δηλαδή των Q1δ,Q2δ,Q3δ,...,Q15δ (4 ^η στήλη του ερωτηματολογίου)
ΣΤΗΛΗ Α (ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΜΟΣ & ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ)	A	Προέκυψαν από το άθροισμα των αντίστοιχων μεταβλητών (Compute Variables), δηλαδή ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΜΟΣ & ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ
ΣΤΗΛΗ Β (ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ & ΑΠΟΦΥΓΗ)	B	Προέκυψαν από το άθροισμα των αντίστοιχων μεταβλητών (Compute Variables), δηλαδή ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ & ΑΠΟΦΥΓΗ
ΣΤΥΛ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ	ΣΤΥΛ	Προέκυψαν από τη διαφορά των αντίστοιχων μεταβλητών, δηλαδή A - B.
1η ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΗ	ΑΣΥΝΘ	Προέκυψαν από το άθροισμα των 4 αντίστοιχων μεταβλητών (Compute Variables), ώστε να εξασφαλιστεί ότι έχουν διανείμει σωστά τη βαθμολογία στις 4 επιλογές τους οι ερωτώμενοι (πχ. η ΑΣΥΝΘ προέκυψε από την ένωση των Q1α, Q1β,Q1γ,Q1δ), η ΒΣΥΝΘ προέκυψε από την
2η ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΗ	ΒΣΥΝΘ	
3η ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΗ	ΓΣΥΝΘ	
4η ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΗ	ΔΣΥΝΘ	
5η ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΗ	ΕΣΥΝΘ	
6η ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΗ	ΣΤΣΥΝΘ	
7η ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΗ	ΖΣΥΝΘ	
8η ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΗ	ΗΣΥΝΘ	
9η ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΗ	ΘΣΥΝΘ	
10η ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΗ	ΙΣΥΝΘ	
11η ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΗ	ΙΑΣΥΝΘ	
12η ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΗ	ΙΒΣΥΝΘ	
13η ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΗ	ΙΓΣΥΝΘ	

14η ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΗ	ΙΔΣΥΝΘ	ένωση των Q2α, Q2β,Q2γ,Q2δ) κ.ο.κ..
15η ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΗ	ΙΕΣΥΝΘ	
ΝΕΟΣΤΥΛ	ΝΕΟΣΤΥΛ	Έγινε επανακωδικοποίηση της μεταβλητής ΣΤΥΛ (RECODE), σε τρεις νέες AC (κατηγορηματικός τύπος), AA (διαλλακτικός) και Compro (συμβιβαστικός).

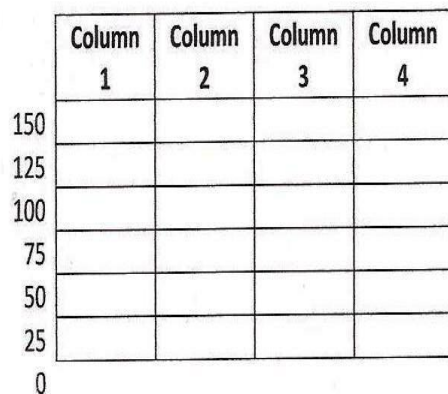
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ'

Scoring Instructions

Step	Action
1	Add your scores vertically, resulting in 4 column totals. Fill in the column totals in the chart below
2	Total your scores for column 1 and 2 and fill in total for Score A. Total your scores for column 3 and 4 and fill in total for Score B.
3	Darken in the bar graph to reflect your totals for each column.

Total Column 1	Total Column 2	Total Column 3	Total Column 4
Score A	Score B		

Bar Graph of Total Scores for Each Column



Interpretation

Column	Description
1	<p>Aggressive/Confrontive (Competing) High scores indicate a tendency toward “taking the bull by the horns” and a strong need to control situations and people. Those who use this style are often directive and judgmental.</p> <p>The opposite of accommodating: One uses whatever seems appropriate to win one’s own position.</p>
2	<p>Assertive/Persuasive (Collaborating) High scores indicate a tendency to stand up for oneself without being pushy, a proactive approach to conflict, and a willingness to collaborate. People who use this style depend heavily on their verbal skills.</p> <p>The opposite of avoiding: One works with the other person to find a solution that fully satisfies both one’s own concerns and those of the other.</p>
3	<p>Observant/Introspective (Accommodating) High scores indicate a tendency to observe others and examine oneself analytically in response to conflict situations as well as a need to adopt counseling and listening modes of behavior. Those who use this style are likely to be cooperative, even conciliatory.</p> <p>One seeks to satisfy the other person’s concerns at the expense of one’s own.</p>
4	<p>Avoiding/Reactive (Avoiding) High scores indicate a tendency toward passivity or withdrawal in conflict situations and a need to avoid confrontation. Those who use this style are usually accepting and patient, often suppressing their strong feelings.</p> <p>A person neglects his or her own concerns as well as those of the other person by not raising or addressing the conflict issue.</p>
	<p>Compromising (intermediate in cooperativeness and assertiveness) One seeks an expedient middle-ground position that provides partial satisfaction for both parties.</p>

Score	Description
A	If significantly higher than Score B (25 points or more), may indicate a tendency toward aggressive/assertive conflict management.
B	If significantly higher than Score A (25 points or more), may indicate a more conciliatory approach.