

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΚΩΝ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

Συγγραφέας
ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΣΙΩΤΟΥ
ΑΜ: 21067

Επιβλέπουσα:
Δρ Ασπασία Β. Γούλα

Αθήνα, Φεβρουάριος 2023

UNIVERSITY OF West ATTICA



DEPARTMENT
BUSINESS ADMINISTRATION

DIVISION
SOCIAL POLICE



MSc in HEALTH AND SOCIAL CARE
MANAGEMENT

Diploma Thesis

THE MANAGEMENT OF LABOR CONFLICTS IN THE HOSPITAL ENVIRONMENT

AIKATERINI SIOTOU

R.N.: 21067

Supervisor:

Dr Aspasia Goula

Athens, February 2023

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΚΩΝ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

Α/α	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΑΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1	Ασπασία Γούλα	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια	
2	Γεώργιος Πιερράκος	Καθηγητής	
3	Αγγελική Σταμούλη	ΕΔΙΠ	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

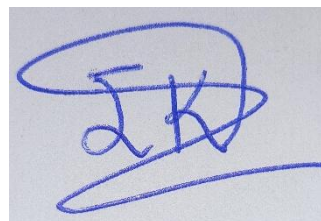
Ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η Αικατερίνη Σιώτου του Ευαγγέλου, με αριθμό μητρώου 21067 φοιτητής/τρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων της Σχολής Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

**Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι 30/6/2023 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.*

Ο/Η Δηλών/ούσα



*** Ονοματεπώνυμο /Ιδιότητα**

Ψηφιακή Υπογραφή Επιβλέποντα

** Εάν κάποιος επιθυμεί απαγόρευση πρόσβασης στην εργασία για χρονικό διάστημα 6-12 μηνών (embargo), θα πρέπει να υπογράψει ψηφιακά ο/η επιβλέπων/ούσα καθηγητής/τρια, για να γνωστοποιεί ότι είναι ενημερωμένος/η και συναινεί. Οι λόγοι χρονικού αποκλεισμού πρόσβασης περιγράφονται αναλυτικά στις πολιτικές του Ι.Α. (σελ. 6):*

https://www.uniwa.gr/wp-content/uploads/2021/01/%CE%A0%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%B5%CC%81%CF%82_%CE%99%CE%B4%CF%81%CF%85%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CF%85%CC%81_%CE%91%CF%80%CE%BF%CE%B8%CE%B5%CF%84%CE%B7%CF%81%CE%B9%CC%81%CE%BF%CF%85_final.pdf

Σύντομη Περίληψη

Τα νοσοκομεία είναι εξαιρετικά περίπλοκοι οργανισμοί οι οποίοι συνδυάζουν διάφορες ομάδες επαγγελματιών υγείας μέσα σε μια περίπλοκη οργανωτική δομή. Ως εκ τούτου, είναι αναμενόμενες οι συγκρούσεις μεταξύ ατόμων, ομάδων και τμημάτων. Δεν επιδιώκεται η αποτροπή των συγκρούσεων αλλά η διαχείρισή τους στοχεύει στην εξεύρεση επικοδομητικών λύσεων σε αυτές, ώστε να ωφελήσει τόσο το άτομο όσο και τον οργανισμό.

Η εκπαίδευση σε τεχνικές επίλυσης διαφορών είναι ζωτικής σημασίας. Ανάμεσα στις κύριες αιτίες των συγκρούσεων, εντοπίστηκαν οργανωτικά ζητήματα και επικοινωνιακές προκλήσεις. Ο χώρος εργασίας μπορεί να βελτιωθεί με την πρόληψη μεταβλητών που προκαλούν συγκρούσεις, όπως η μεγαλύτερη οριοθέτηση ρόλων και τα κανάλια επικοινωνίας.

Το μοντέλο της συμμετοχικής κουλτούρας προτείνεται ως μια τεχνική για την διαχείριση των συγκρούσεων στο χώρο εργασίας, ενώ ταυτόχρονα μετατρέπεται ο οργανισμός σε οργανισμό μάθησης για τη βελτίωση των κοινωνικών και επαγγελματικών ικανοτήτων με ενεργό και δυναμικό τον ρόλο του ηγέτη.

Λέξεις-Κλειδιά: Συγκρούσεις, Διαχείριση Συγκρούσεων, Επαγγελματίες Υγείας, Οργανωσιακή κουλτούρα, Συγκρούσεις και οργανισμοί υγείας

Abstract

Hospitals are highly complex organizations that combine diverse groups of health professionals within a complex organizational structure. Therefore, conflicts between individuals, groups and departments are to be expected. It is not intended to prevent conflicts, but their management aims to find constructive solutions to them, in order to benefit both the individual and the organization.

Training in dispute resolution techniques is vital. Among the main causes of conflicts, organizational issues and communication challenges were identified. The workplace can be improved by preventing variables that cause conflict, such as greater delineation of roles and communication channels.

The participative culture model is proposed as a technique for managing workplace conflicts, while at the same time transforming the organization into a learning organization for improving social and professional skills with an active and dynamic role of the leader.

Key words: Conflict, Conflict Management, Healthcare Professionals, Organizational Culture, Conflict and healthcare organizations

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη και την εκτίμησή μου για την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου κ. Ασπασία Γούλα, της οποίας η καθοδήγηση, η υποστήριξη και η ενθάρρυνση ήταν ανεκτίμητη στην ολοκλήρωση της διπλωματικής μου εργασίας.

Θα ήθελα να πω ένα ιδιαίτερο ευχαριστώ σε όλους τους εξαιρετικούς διδάσκοντες καθηγητές του Τμήματος Διοικητικών, Οικονομικών & Κοινωνικών Επιστημών και συγκεκριμένα του μεταπτυχιακού προγράμματος «Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας» για τη συμβολή τους στην επιστημονική και τεχνολογική μου συγκρότηση στα χρόνια της φοίτησής μου στο Τμήμα.

Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ στους γονείς μου για την στήριξή τους, την παρότρυνσή τους να ακολουθήσω τις φιλοδοξίες μου και για την οικονομική τους υποστήριξη, καθώς και τους συγγενείς και τους φίλους για την ηθική υποστήριξη σε όλο αυτό το διάστημα των σπουδών μου.

Πίνακας Περιεχομένων

Κατάλογος Εικόνων.....	2
Κατάλογος Πινάκων.....	3
Κατάλογος Σχημάτων.....	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	10
1.1: Εννοιολογική αποσαφήνιση του όρου οργάνωση και υγεία.....	10
1.2: Σύστημα υγείας.....	11
1.3: Τρία Επίπεδα Περίθαλψης.....	16
1.4: Τύποι ενός Νοσοκομείου.....	18
1.5: Οργανωτική Δομή ενός Νοσοκομείου.....	18
1.6: Συμμετοχικό μοντέλο και οργανισμός μάθησης.....	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΙΣ.....	24
2.1: Εννοιολογική αποσαφήνιση του όρου σύγκρουση.....	24
2.2: Στυλ Συγκρούσεων.....	26
2.3: Αιτίες Συγκρούσεων.....	28
2.4: Επιπτώσεις των συγκρούσεων.....	32
2.5: Τρόποι Αντιμετώπισης των συγκρούσεων.....	35
2.6: Κριτήρια και οφέλη για τη διαχείριση των συγκρούσεων.....	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ.....	47
3.1: Έννοια της οργανωσιακής κουλτούρας.....	47
3.2: Επίπεδα της οργανωσιακής κουλτούρας.....	50
3.3: Χαρακτηριστικά της οργανωσιακής κουλτούρας.....	55
3.4: Διαμόρφωση οργανωσιακής κουλτούρας μέσα στο χώρο της υγείας.....	56
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗΣ.....	60
ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ ΚΑΙ Η ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΩΝ.....	60
ΥΠΟΚΟΥΛΤΟΥΡΩΝ ΜΕΣΑ ΣΕ ΕΝΑΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ.....	60
ΥΓΕΙΑΣ.....	60
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΟΙ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΙΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ –.....	67
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ.....	67
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	67
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	75
ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	77
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	81
ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ.....	90

Κατάλογος Εικόνων

Εικόνα 1: Επισκόπηση των στυλ διαχείριση των συγκρούσεων όπως ορίζονται από τον Rahim 1983.....σελ.38

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1: Οι συνέπειες των συγκρούσεων στο ατομικό, κοινωνικό, ψυχολογικό, και επαγγελματικό επίπεδο των επαγγελματιών υγείας.....σελ.35

Πίνακας 2: Οι πέντε διαστάσεις της στρατηγικής επίλυσης των συγκρούσεων κατά του Thomas-Kilmann Conflict Model.....σελ.42

Κατάλογος Σχημάτων

Σχήμα 1: Η αναπαράσταση της οργανωσιακής κουλτούρας από τον Hofstede. Το σχήμα του κρεμμυδιού.....σελ.50

Σχήμα 2: Τα επίπεδα της οργανωσιακής κουλτούρας κατά το Schein Model.....σελ.53

Σχήμα 3: Τα επίπεδα της κουλτούρας, Denise Rousseau 1995.....σελ.54

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα συστήματα υγείας συνιστούν πολύπλοκες και διαρκώς μεταβαλλόμενες οντότητες. Η διαδικασία, η οργάνωση και ο τρόπος παροχής υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες καθορίζεται από το κοινωνικό, οικονομικό, πολιτικό, πολιτιστικό περιβάλλον και από τις κοινωνικές ανισότητες οι οποίες αναπτύσσονται. Το νομικό πλαίσιο που θεσπίστηκε από το καταστατικό του Εθνικού Συστήματος Υγείας, το οποίο συμβολικά απεικονίζεται ως η σημαντικότερη προσπάθεια μεταρρύθμισης της υγείας στην Ελλάδα μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, έχει επηρεάσει ουσιαστικά τον τρόπο οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας και τη δομή του συστήματος υγείας σήμερα. .

Είναι μόνο λογικό ότι οποιαδήποτε προσπάθεια εννοιολογικού ορισμού και περιορισμού του Συστήματος Υγείας προϋποθέτει θεωρητικά ότι η θεμελιώδης ιδέα του συστήματος έχει εμπλακεί, διευκρινιστεί και κατανοηθεί. Η κατανόηση της δομής και της λειτουργίας, η παροχή εξήγησης και ερμηνείας και η προβολή της εξέλιξης σύνθετων κοινωνικών φαινομένων όπως το σύστημα υγείας εξαρτώνται από την επιλογή της βασικής λέξης και ιδέας για το σύστημα. Όλες οι υπηρεσίες υγείας και τα αγαθά υγείας που είναι αποδεκτά για την υγεία πρέπει να δημιουργηθούν και να παρέχονται προκειμένου να ανταποκρίνονται σε όλο το φάσμα των απαιτήσεων υγείας όλων των ατόμων. (Μπουρσανίδης, 2020)

Ο κύριος στόχος του νοσοκομείου ως θεμελιώδους συστήματος για την παροχή ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών είναι η κάλυψη των δευτεροβάθμιων, τριτοβάθμιων και εξειδικευμένων απαιτήσεων της πρωτοβάθμιας υγείας. Η οργανωτική δομή κάθε ιατρικής, νοσηλευτικής, διοικητικής και τεχνικής υπηρεσίας, από τις οποίες αποτελείται κάθε νοσοκομειακή μονάδα, διαδραματίζει βασικό ρόλο στην παροχή εξαιρετικών υπηρεσιών και στην αντιμετώπιση των απαιτήσεων των αναγκών υγείας του πληθυσμού. (Γούλα, 2007)

Αυτή η ρεαλιστική ανασκόπηση, η οποία εστιάζει στα συμφραζόμενα στοιχεία που επηρεάζουν την οργανωσιακή μάθηση, τις μεθόδους με τις οποίες συμβαίνει και τα αποτελέσματα που συνδέονται με την οργανωσιακή μάθηση, συνθέτει την έρευνα για την οργανωσιακή μάθηση στα νοσοκομεία. Η οργανωσιακή μάθηση έχει συσχετιστεί με καλύτερα κλινικά και οικονομικά αποτελέσματα, ενδυναμωμένους υπαλλήλους, θετική κουλτούρα στο χώρο εργασίας, υψηλότερη ικανοποίηση του προσωπικού και οργανωσιακή δέσμευση στον κλάδο της υγειονομικής περίθαλψης. Εκτός από τους λόγους τους οποίους πρέπει να έχει κάποιος για να ενταχθεί σε μία ομάδα και τα χαρακτηριστικά τα οποία διέπουν τις ομάδες εργασίας, θα πρέπει και η ίδια η κουλτούρα

του οργανισμού να έχει μερικές αξίες για να μπορέσει το γραφειοκρατικό μοντέλο να αντικατασταθεί με το συμμετοχικό μοντέλο. Καθώς το κοινωνικό υπόβαθρο έχει αλλάξει τις τελευταίες δεκαετίες, η παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης έχει μετακινηθεί από μια στρατηγική με επίκεντρο τον ιατρό σε μια προσέγγιση ομαδικής εργασίας, ανάλογα με τη συνεργασία άλλων επαγγελματιών υγείας, συμπεριλαμβανομένων γιατρών, νοσηλευτών και παραϊατρικών και διοικητικών. Λόγω της ιδιαιτερότητας του συστήματος και του χώρου ενός νοσοκομείου, συνεχώς εμφανίζονται και προκύπτουν εσωτερικές συγκρούσεις μεταξύ των γιατρών, των προϊσταμένων, των βοηθών νοσηλευτών, των νοσηλευτών, των ειδικευόμενων ιατρών, των ασθενών, των διοικητικών υπαλλήλων αλλά και όλων των επαγγελματιών υγείας και αυτό επιδεινώνεται όταν μέσα στο χώρο αυτό συνυπάρχουν διαφορετικές υποκουλτούρες.

Σε ένα συνεχές μεταβαλλόμενο περιβάλλον εργασίας, όπως είναι τα νοσοκομεία, αναπτύσσονται και δημιουργούνται σχέσεις μεταξύ των διαφορετικών ατόμων που εργάζονται σε αυτό. Οι σχέσεις και η επιστημονική συνεργασία αυξάνουν το βαθμό αλληλεπίδρασης μεταξύ των ατόμων έτσι ώστε να επιτευχθούν οι σκοποί των νοσοκομείων. Όσο τα άτομα διαφορετικών ειδικοτήτων αλληλοεπιδρούν μεταξύ τους τόσο η πιθανότητα να δημιουργηθούν συγκρούσεις και προστριβές αυξάνονται. Επομένως όταν τα άτομα μοιράζονται τον ίδιο εργασιακό χώρο, οι συγκρούσεις είναι ένα σύνηθες και αναπόφευκτο μέρος της επαγγελματικής ζωής. (Σταθοπούλου, 2006)

Η συνεργασία μεταξύ μιας ομάδας υγείας είναι σημαντική. Σε ένα ιατρικό περιβάλλον, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να έχουν τις δεξιότητες για να μπορούν να εργάζονται συνεχώς με άλλα επαγγέλματα.

Οι συγκρούσεις έχουν γίνει αντικείμενο μελέτης αρκετών ερευνητών οι οποίοι έχουν διατυπώσει πολλούς και διαφορετικούς ορισμούς. Κάποιοι ερευνητές συνδέουν τις συγκρούσεις με τη θετική της πλευρά, ως προς την αλλαγή και τη συνεισφορά της στις σχέσεις μεταξύ των ατόμων και κάποιοι με την αρνητική της πλευρά που έχει ως συνέπεια την μη ομαλή συνοχή της ομάδας και την ενίσχυση των δυσλειτουργιών στα νοσοκομεία.

Σύμφωνα με τον Μπαμπινιώτη Γ. (2005), σύγκρουση είναι «η κατάσταση στην οποία συνυπάρχουν στοιχεία που αλληλοαναιρούνται ή που εμποδίζει το ένα την ύπαρξη του άλλου (συμφερόντων, νοοτροπιών, απόψεων, αρμοδιοτήτων), η έντονη αντιπαράθεση, ο έντονος ανταγωνισμός για την επικράτηση».

«Οι Putnam και Poole (1987), όπως αναφέρεται στη Miller, 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.» (Παπαδοπούλου, 2014)

Μέσα σε ένα νοσοκομείο κάθε άτομο είναι διαφορετικό, έχει τη δική του προσωπικότητα, διαφορετικά κίνητρα, αξίες, γνώσεις και συνεργάζεται με τα υπόλοιπα μέλη του οργανισμού. Για αυτούς τους λόγους οι συγκρούσεις είναι πολλές και σε κάθε περίπτωση οι αιτίες των συγκρούσεων ποικίλλουν. Οι διαφορετικές επαγγελματικές ομάδες, το οργανωσιακό περιβάλλον, η επικοινωνία, ο τρόπος και ο βαθμός συνεργασίας, η ασυμβατότητα των στόχων, οι πόροι και το επίπεδο εκπαίδευσης αποτελούν μερικές από τις αιτίες συγκρούσεων.

Ένα από τα βασικά στοιχεία του συστήματος υγείας που αντιμετωπίζει καθημερινά τις διαφορές είναι το νοσοκομείο. Τα νοσοκομεία είναι επιρρεπή σε συγκρούσεις λόγω της φύσης τους και του επείγοντος χαρακτήρα των υπηρεσιών που παρέχουν. Είναι αναμφισβήτητο ότι αυτές οι συγκρούσεις έχουν αρνητικό αντίκτυπο στις λειτουργίες των νοσοκομείων, δημιουργούν πιθανότητα απώλειας ειδικευμένου προσωπικού ή οδηγούν σε εντάσεις και συγκρούσεις που, εάν είναι σοβαρές και διάχυτες, μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο την υγεία των μελών του προσωπικού και τη φροντίδα των ασθενών. Ως αποτέλεσμα, θα μπορούσαν να δημιουργήσουν πρόβλημα. Η μακροχρόνια διαφωνία επηρεάζει την αποτελεσματικότητα του νοσοκομείου και καταναλώνει τον χρόνο των διευθυντών και των εργαζομένων. Ως αποτέλεσμα, θα είναι κρίσιμο για το εάν το νοσοκομείο θα πετύχει ή θα αποτύχει.

Αρκετά σημαντικό ρόλο έχει ο τρόπος που διαχειριζόμαστε μία σύγκρουση η οποία θα οδηγήσει είτε σε θετικές είτε σε αρνητικές επιπτώσεις. Ο τρόπος που ακολουθείται μπορεί να είναι αποφυγή ή αδιαφορία αλλά μπορεί να είναι και μια ολοκληρωμένη διαδικασία επίλυσης των συγκρούσεων. (Porter, 1996)

Ο Kurt Lewin, κοινωνικός ψυχολόγος, εφηύρε τη μέθοδο επίλυσης συγκρούσεων στο Πανεπιστήμιο Yale τη δεκαετία του 1940. Ωστόσο, μόλις τη δεκαετία του 1960 άρχισαν να χρησιμοποιούνται τεχνικές επίλυσης συγκρούσεων στο χώρο εργασίας. Η διαδικασία διαμεσολάβησης, η οποία βασίζεται στο πραγματικό ενδιαφέρον για το ζήτημα και στην προσπάθεια επίλυσής του, χρησιμοποιείται για την επίλυση διαφορών από τη δεκαετία του 1970. Η ίδια διαδικασία χρησιμοποιήθηκε προς δύο κατευθύνσεις τη δεκαετία του 1980. Τόσο ως στρατηγική αυτοβοήθειας για τους εργαζόμενους στο χώρο

εργασίας όσο και ως εργαλείο διαχείρισης για την επίλυση διαφορών εντός των επιχειρήσεων. Η στρατηγική διαχείριση των οργανωτικών διαφορών χρησιμοποιείται για την επίλυση συγκρούσεων εντός των οργανισμών. (Σπυράκη Γ. & Σπυράκη Χ., 2008)

Η κατανόηση των αξιών, των συμπεριφορών, των αντιλήψεων και των πράξεων των μελών ενός οργανισμού ή αλλιώς «οργανωσιακή κουλτούρα», είναι όρος ο οποίος εμφανίστηκε στο τέλος της δεκαετίας του 1970 και στις αρχές του 20ου αιώνα, ως τρόπος κατανόησης των ανθρώπινων συστημάτων.

Αρκετοί μελετητές και κοινωνιολόγοι προσπάθησαν να δώσουν έναν σαφή ορισμό του όρου οργανωσιακή κουλτούρα και ο Schein ήταν ένας από αυτούς. Κατά τον Schein λοιπόν «Κουλτούρα είναι ένα δομημένο σύνολο από βασικές παραδοχές, που έχουν ανακαλυφθεί από μια ομάδα καθώς αυτή μαθαίνει να αντιμετωπίζει προβλήματα εξωτερικής προσαρμογής ή εσωτερικής ολοκλήρωσης, οι οποίες έχουν αποδώσει ικανοποιητικά στο παρελθόν ώστε να θεωρούνται έγκυρες και επομένως μπορούν να διδαχθούν σε νέα μέλη ως ο σωστός τρόπος αντίληψης, σκέψης, αίσθησης σχετικά με τα προβλήματα αυτά».

Ο Schein κάνει αναφορά στα στοιχεία από τα οποία αποτελείται η κουλτούρα, τη δομική σταθερότητα, το βάθος, το εύρος και τη διαμόρφωση ή ολοκλήρωση. Ακόμα, θεωρεί ότι υπάρχουν τρία επίπεδα της κουλτούρας τα οποία είναι:

1. Τα επιφανειακά, όπως είναι ο τρόπος συμπεριφοράς, η υλική και τεχνολογική υποδομή
2. Οι αποδεκτές αξίες, όπως είναι το όραμα, οι στόχοι, η φιλοσοφία του οργανισμού
3. Οι βασικές βαθύτερες παραδοχές, όπως είναι οι αντιλήψεις, οι σκέψεις και τα συναισθήματα

Η διαμόρφωση της οργανωσιακής κουλτούρας, αντανακλά τον τρόπο δράσης ενός υγειονομικού σχηματισμού, εξελίσσεται και υποστηρίζεται από όλα τα μέλη της ομάδας, δίνει την αίσθηση της συνέχειας στα μέλη και διαιωνίζει τις αρχές του. Η κατάσταση στο τομέα της υγείας με την πολυπλοκότητα των συστημάτων υγείας σε συνδυασμό με την ανάπτυξη της τεχνολογίας και την εξέλιξη της εξειδίκευσης, ανέδειξε την ανάγκη για ευρύτερη και ουσιαστικότερη συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Η επιτυχή οργάνωση και λειτουργία μιας υγειονομικής δομής απαιτεί τη συνέργεια επαγγελματιών διαφορετικών κλάδων και ειδικοτήτων, ώστε να προκύψει ένα ικανοποιητικό αποτέλεσμα που να πληροί ποιοτικά και ποσοτικά κριτήρια. (Brown, 2011)

Οι ομάδες μέσα σε ένα νοσοκομείο μπορεί να αναπτύξουν κοινή κουλτούρα ή μπορεί να αναπτυχθούν διαφορετικές υποκουλτούρες. (Μπελιάς, 2015) Δηλαδή ομάδες ατόμων με κοινά χαρακτηριστικά ανεξάρτητα από τη κουλτούρα του οργανισμού. Η εναρμόνιση αυτών μεταξύ τους και με την επιθυμητή κουλτούρα του οργανισμού εξαρτάται από την ικανότητα της ηγεσίας να εμφορήσει τις επιθυμητές αξίες στους υπαλλήλους της και να εμπνεύσει ένα κοινό όραμα. (Γούλα, 2014)

Επομένως στη παρούσα διπλωματική εργασία τα κεφάλαια ταξινομούνται ως εξής:

Στο πρώτο κεφάλαιο, επιχειρείται η παρουσίαση όλου του συστήματος υγείας και ο διαχωρισμός των τριών επιπέδων της υγειονομικής περίθαλψης, την πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια. Αναλύεται η οργανωτική δομή ενός νοσοκομείου για τη κατανόηση της αλληλεξάρτησης της ιατρικής, νοσηλευτικής, διοικητικής και τεχνικής υπηρεσίας. Εν συνεχεία, επισημαίνεται το συμμετοχικό μοντέλο διοίκησης και υπογραμμίζεται η σημασία της οργανωσιακής αλλαγής των νοσοκομείων σε οργανισμούς μάθησης.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, επισημαίνεται η εννοιολογική προσέγγιση του όρου σύγκρουση, αναφέρονται τα στυλ, οι αιτίες και οι επιπτώσεις των συγκρούσεων σε ένα νοσοκομειακό περιβάλλον. Αναλύονται οι τρόποι και οι στρατηγικές της διαχείρισης των συγκρούσεων καθώς και τα κριτήρια και τα οφέλη από την αντιμετώπισή τους.

Στο τρίτο κεφάλαιο, επιχειρείται να σκιαγραφεί η έννοια της οργανωσιακής κουλτούρας, τα επίπεδα αυτής καθώς και το πώς διαμορφώνεται η οργανωσιακή κουλτούρα σε έναν οργανισμό υγείας. Εστιάζεται στην ανάδειξη των χαρακτηριστικών των εργασιακών συγκρούσεων τα οποία μπορούν να συμβάλλουν στην ανάπτυξη δεξιοτήτων και τεχνικών για αποτελεσματικότερη επικοινωνία στο πλαίσιο της οργανωσιακής κουλτούρας ενός νοσοκομείου.

Στο τέταρτο κεφάλαιο, αναπτύσσεται η σημασία της οργανωσιακής κουλτούρας σε ένα νοσοκομείο. Γίνεται αναφορά στην αντιμετώπιση των συγκρούσεων με την συμφιλίωση με τις υποκουλτούρες ως βασικά εργαλεία ανάπτυξης μιας κοινής οργανωσιακής κουλτούρας στα πλαίσια ενός νοσοκομείου.

Στο πέμπτο και τελευταίο κεφάλαιο της διπλωματικής εργασίας εξετάζεται βιβλιογραφικά και παρουσιάζονται οι σχετικές έρευνες αναφορικά με τις οργανωσιακές συγκρούσεις σε οργανισμούς υγείας στην Ελλάδα ώστε να γίνει κριτική προσέγγιση αυτών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

1.1: Εννοιολογική αποσαφήνιση του όρου οργάνωση και υγεία

Το προοίμιο του καταστατικού του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας περιέχει την τρέχουσα έννοια της υγείας. Εγκρίθηκε κατά τη διάρκεια της Διεθνούς Διάσκεψης Υγείας στη Νέα Υόρκη το 1946 και τέθηκε σε ισχύ στις 7 Απριλίου 1948 και εξακολουθεί να ισχύει μέχρι και σήμερα: «Υγεία είναι μια κατάσταση πλήρους σωματικής, νοητικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία νόσου ή αναπηρίας».

Η υγεία αποτελεί ένα από τα βασικότερα δικαιώματα κάθε πολίτη σύμφωνα με το Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Το Σύνταγμα της Ελλάδας ορίζει το δικαίωμα στην υγεία ως "απόλαυση του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας". Στο άρθρο 5 παράγραφος 5 του Συντάγματος της Ελλάδας υπογραμμίζεται ότι «Καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας. Νόμος ορίζει τα σχετικά με την προστασία κάθε προσώπου έναντι των βιοϊατρικών παρεμβάσεων.»

Το οικονομικό, κοινωνικό και πολιτιστικό δικαίωμα σε ένα βασικό επίπεδο υγείας που δικαιούται κάθε άτομο είναι γνωστό ως δικαίωμα στην υγεία. Διεθνείς συμφωνίες, όπως ο Χάρτης των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η Οικουμενική Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων αναφέρονται στο δικαίωμα στην υγεία.

Στο Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης στο άρθρο 35 γίνεται αναφορά για την Προστασία της Υγείας: «Κάθε πρόσωπο δικαιούται να έχει πρόσβαση στην πρόληψη σε θέματα υγείας και να απολαύει ιατρικής περίθαλψης, σύμφωνα με τις προϋποθέσεις που ορίζονται στις εθνικές νομοθεσίες και πρακτικές. Κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή όλων των πολιτικών και δράσεων της Ένωσης, εξασφαλίζεται υψηλό επίπεδο προστασίας της υγείας του ανθρώπου». (Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων, 2000)

Το άρθρο 25 της Οικουμενικής Διακήρυξης των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων των Ηνωμένων Εθνών του 1948 αναφέρει ότι «Ο καθένας έχει δικαίωμα σε ένα βιοτικό επίπεδο κατάλληλο για την υγεία και την ευημερία του ίδιου και της οικογένειάς του, συμπεριλαμβανομένων των τροφίμων, της ένδυσης, της στέγασης και της ιατρικής περίθαλψης αναγκαίες κοινωνικές υπηρεσίες.» (Οικουμενική Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων, 1948)

Ένα άτομο βρίσκεται σε υγιή κατάσταση όταν είναι σε θέση να αναπτύξει νέους κανόνες και αξίες, να ξεπεράσει τις κρίσεις και να αποκαταστήσει την ισορροπία του. Οι άνθρωποι πρέπει να δώσουν προτεραιότητα στην υγεία τους εάν θέλουν να βρίσκουν

συνεχώς νέες μεθόδους για να είναι υγιείς στο σπίτι, στο σχολείο και στη δουλειά. (Θεοδώρου, Σαρρής & Σούλης, 2001)

Η ιδέα της υγείας έχει αλλάξει κατά τη διάρκεια της ανθρώπινης ιστορίας ανάλογα με τον πολιτισμό, αλλά ως επί το πλείστον έχει θεωρηθεί ολιστικά ως μια μορφή αρμονίας μέσα στο άτομο και στο περιβάλλον το οποίο ζει.

Η κατάσταση της πλήρους υγείας μπορεί να θεωρηθεί ως μια δυναμική ισορροπία προσωπικών, ψυχολογικών και περιβαλλοντικών συστημάτων. Η κατανόηση της διασύνδεσης των βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικοοικονομικών στοιχείων που αλληλοεπιδρούν συνεχώς και επηρεάζουν το ένα το άλλο είναι ζωτικής σημασίας για τον καθορισμό της υγείας. Επειδή η υγεία δεν είναι μια στατική κατάσταση αλλά μάλλον εξελίσσεται με την πάροδο του χρόνου, η ισορροπία ταξινομείται ως δυναμική. Τα ταλέντα του ανθρώπου, η κοινωνική υποστήριξη και η πρόσβαση σε ιατρική περίθαλψη ενός ατόμου είναι συχνά αρκετά για να αποκαταστήσουν την κατάσταση της ισορροπίας ακόμη και μετά από μια σοβαρή κατάσταση. (Ζιώγα, 2014)

Η αλληλεπίδραση μεταξύ ενός ατόμου και της κοινωνίας είναι μια έκφραση της υγείας και της ασθένειάς του. Η ασθένεια αλλάζει και την κοινωνική λειτουργία ενός ατόμου εκτός από τη βιολογική του ισορροπία. Κάθε πολιτισμός επιλέγει τις αξίες, τους κανόνες και τους τύπους γνώσης τα οποία απαιτεί για να κατανοήσει, να θεραπεύσει την ασθένεια, να διατηρήσει το παρελθόν και να προωθήσει την υγεία από τις επιλογές οι οποίες διατίθενται από την χρονική περίοδο και το περιβάλλον του.

Επομένως, φαίνεται ότι η υγεία είναι μία έννοια η οποία επηρεάζεται από το φύλο, την οικογένεια, τη κουλτούρα, τη κοινωνική ζωή του, το εισόδημά του, την επαγγελματική του σταδιοδρομία, τις συνθήκες της εργασίας καθώς και τις υπηρεσίες υγείας. Οι αιτιολογικοί παράγοντες της υγείας εξαρτώνται από πολιτισμικούς, κοινωνικούς, περιβαλλοντικούς, βιολογικούς παράγοντες καθώς και από το τρόπο οργάνωσης του συστήματος υγείας. (Γούλα, 2014:181)

1.2: Σύστημα υγείας

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει ένα σύστημα υγείας ως: «Οι άνθρωποι, οι θεσμοί και οι πόροι, οργανωμένοι μαζί σύμφωνα με καθιερωμένες πολιτικές, για να βελτιώσουν την υγεία του πληθυσμού που εξυπηρετούν, ανταποκρινόμενοι στις θεμιτές προσδοκίες των ανθρώπων και προστατεύοντάς τους από το κόστος της κακής υγείας μέσω μιας ποικιλίας δραστηριοτήτων των οποίων η πρωταρχική πρόθεση είναι η βελτίωση της υγείας. Είναι ένα σύνολο στοιχείων και η σχέση τους σε ένα σύνθετο

σύνολο, σχεδιασμένο να εξυπηρετεί τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού. Τα συστήματα υγείας εκπληρώνουν τρεις κύριες λειτουργίες: την παροχή υγειονομικής περίθαλψης, δίκαιη μεταχείριση προς όλους και ικανοποίηση των προσδοκιών για την υγεία του πληθυσμού». Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας καλύπτει επίσης τα ακόλουθα έξι θεμελιώδη στοιχεία των συστημάτων υγείας: τη χρηματοδότηση, την ηγεσία και τη διακυβέρνηση, τις πληροφορίες, τα ιατρικά είδη, τα εμβόλια και τη τεχνολογία και την παροχή υπηρεσιών. Υπάρχει επίσης μια αυξανόμενη εστίαση στην καθολική πρόσβαση και στη μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας.

Ως αποτέλεσμα, εκτιμάται ότι το σύστημα υγείας περιέχει ένα ευρύ φάσμα παραγόντων και αποτελεί το πρωταρχικό αντικείμενο μελέτης για την οικονομία της υγείας. Η έννοια της πολυπλοκότητας και της ιδιαιτερότητας των συστημάτων υγείας από όλα τα συστήματα εισάγεται από το πολυπαραγοντικό σύστημα υγείας ή αλλιώς σύστημα υγείας πολλών μεταβλητών. Υπάρχουν τρεις μέθοδοι που είτε άμεσα είτε έμμεσα επηρεάζονται από εξωτερικές μεταβλητές οι οποίες προσδιορίζουν τον τρόπο λειτουργίας του συστήματος υγείας. Πρώτον, ως μηχανισμός προσδιορισμού των αιτιών που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Η κοινωνική δομή, οι δημογραφικές τάσεις, το οικολογικό περιβάλλον και τα πρότυπα συμπεριφοράς είναι μερικά από τα αιτιολογικά στοιχεία που την επηρεάζουν. Δεύτερον, ως μηχανισμός δημιουργίας και διανομής υπηρεσιών και αγαθών υγείας. Βασίζεται στην κατάσταση της οικονομίας, τον τύπο της τεχνολογίας η οποία χρησιμοποιείται, τη λειτουργία της κυβέρνησης και άλλους παράγοντες. Τρίτον, ως μηχανισμός κάλυψης των δαπανών υγείας. Επηρεάζεται από το επίπεδο εισοδήματος, την κατάσταση της οικονομίας, τον φορολογικό κώδικα και τη δομή των κοινωνικών και ασφαλιστικών συστημάτων. (Σούλης, 1999, Πιερράκος, 2008)

Ένας ακόμα ορισμός του συστήματος υγείας είναι η συλλογή των ανθρώπων, των πραγμάτων και των χρημάτων, καθώς και των οργανισμών, των ιδρυμάτων και των φορέων τα οποία εμπλέκονται στη χρηματοδότηση, τη ρύθμιση και την εκτέλεση δραστηριοτήτων με κύριο στόχο την ενίσχυση και τη διατήρηση της υγείας.

Το εθνικό σύστημα υγείας ιδρύθηκε το 1983 με στόχο την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης υψηλής ποιότητας και την κάλυψη ολόκληρου του πληθυσμού. Το Ελληνικό Σύστημα περιγράφηκε ως μικτό. Τα νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας παρέχουν νοσοκομειακή περίθαλψη μέσω του δικτύου των κέντρων υγείας σε όλη την χώρα και το σύστημα είναι δομημένο από την πλευρά της προσφοράς σύμφωνα με το πρότυπο Beveridge. Από τη πλευρά της ζήτησης, το σύστημα εκτελείται από τα ταμεία

κοινωνικής ασφάλισης σύμφωνα με το πρότυπο Bismark. (Θεοδώρου, Σαρρής & Σούλης, 2001)

Βασικός στόχος κάθε συστήματος υγείας είναι η διατήρηση και η ανύψωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού με απώτερο σκοπό να έχει θετικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής και στον βαθμό ευημερίας των ανθρώπων ως βασικό θεσμό του κοινωνικού κράτους. Ο στόχος του συστήματος, που αφορά την παραγωγή υπηρεσιών και προϊόντων, επιτυγχάνεται, όπως προσδιορίζεται από την αξιολόγηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού. Κάθε σύστημα υγείας πρέπει να επαναξιολογήσει τους στόχους του και να αποφασίσει πώς θα προχωρήσει για την επίτευξή τους. Πρέπει να λαμβάνει υπόψη τις συνεχείς αλλαγές του περιβάλλοντος, τη σωστή κατανομή των πόρων, την οργανωτική δομή των υπηρεσιών και κάθε άλλο παράγοντα που θα διατηρήσει την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα και τη λειτουργία του συστήματος. (Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης, 2001:74-76)

Η δομή του συστήματος αποτελεί προϋπόθεση για τη βιωσιμότητα του τομέα υγείας δεδομένων των νέων τεχνικών προόδων, των απαιτήσεων για παροχή βελτιωμένων υπηρεσιών υγείας στους ασθενείς και των πόρων που είναι πλέον προσβάσιμοι αλλά περιορισμένοι. (Πολύζος, 2014:123-124) Στο δεύτερο μέρος του 19ου αιώνα, η Ελλάδα αρχίζει να δημιουργεί το σύστημα υγείας της. Από την άποψη της ιστορίας, μπορεί κανείς να διακρίνει μεταξύ των ετών 1910 και 1935, όταν θεμελιώθηκαν τα θεμέλια ενός σύγχρονου συστήματος υγείας, και της περιόδου οικονομικής ανοικοδόμησης μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, όταν έγιναν προσπάθειες για την καταπολέμηση των μολυσματικών ασθενειών. Επιπλέον, τα επόμενα χρόνια, χαρακτηρίζονται από τη δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, την ένταξη της χώρας στην Ευρωπαϊκή Ένωση και τη γρήγορη υιοθέτηση της νέας τεχνολογίας στην παροχή υπηρεσιών υγείας. (Βελονάκη & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2006)

Η ικανότητα ενός συστήματος υγείας να ανακάμπτει, δηλαδή να απορροφά κραδασμούς και να διατηρεί κέρδη, τα οποία συχνά αξιολογούνται μέσω των αποτελεσμάτων υγείας, έχει χαρακτηριστεί ως ανθεκτικότητα στο πλαίσιο των συστημάτων υγείας πιο συχνά. Ωστόσο, αυτός ο ορισμός δεν περιλαμβάνει τα πολλά εννοιολογικά θεμέλια της ανθεκτικότητας. Η ανθεκτικότητα ορίζεται από τις περιβαλλοντικές επιστήμες ως το μέγεθος της διαταραχής που μπορεί να αντέξει ένα οικοσύστημα ενώ παραμένει σταθερό. Η ψυχολογία στοχεύει να διασαφηνίσει την ανθεκτικότητα ως μια πολύπλευρη, έμφυτη δύναμη με διάφορες εισροές. Λόγω της διεπιστημονικής της ρύθμισης, η ανθεκτικότητα είναι μια φορτισμένη έννοια. Ως

αποτέλεσμα, η χρήση περιορισμένου ορισμού μπορεί να είναι δύσκολη. Η ιδέα της ανθεκτικότητας πρέπει να είναι αρκετά ευέλικτη ώστε να εξηγεί την πολυπλοκότητα και τις αλλαγές που είναι εγγενείς σε πολλά συστήματα υγείας, καθώς τα συστήματα υγείας του 21ου αιώνα θα αντιμετωπίσουν πολλές προκλήσεις.

Θα πρέπει να προωθήσουμε μια προοπτική για την ανθεκτικότητα των συστημάτων υγείας που να βασίζεται στη γνώση ότι κάθε σύστημα υγείας είναι ξεχωριστό και επηρεάζεται από το πλαίσιο και τις συνθήκες. Το πλαίσιο στο οποίο χρησιμοποιείται θα πρέπει στη συνέχεια να καθορίσει και να διαμορφώσει την έννοια της ανθεκτικότητας. (Haldane et al, 2017)

Οι ανισότητες στον τομέα της υγείας και οι αποτρέψιμες διακυμάνσεις στην κατάσταση της υγείας οι οποίες εντοπίζονται εντός και μεταξύ των χωρών, επηρεάζονται σημαντικά από τους προσδιοριστές της υγείας. Παραδείγματα των καθοριστικών παραγόντων της υγείας, που έχουν θετικές και αρνητικές επιπτώσεις στην ισότητα της υγείας, δίνονται παρακάτω. Οι παράγοντες χωρίζονται σε βιολογικούς, κοινωνικούς, οικονομικούς, πολιτικούς, περιβαλλοντικούς και πολιτιστικούς. Κάθε ένας από τους προσδιοριστές υγείας έχει αντίκτυπο στην κοινωνική, συναισθηματική και σωματική υγεία των ανθρώπων.

Η γενετική προδιάθεση ή αλλιώς κληρονομικότητα, η τάση του ατόμου για συγκεκριμένες ασθένειες και η δημογραφία θεωρούνται βιολογικοί παράγοντες που συνδέονται άμεσα με αυτό. Οι κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες έχουν να κάνουν με την ανεργία και την εργασιακή ανασφάλεια, την στέγαση, την κοινωνική ένταξη, τον τόπο εργασίας και το μορφωτικό επίπεδο του ατόμου, το εισόδημα και τον τρόπο με τον οποίο διανέμεται ενώ οι πολιτικοί έχουν αντίκτυπο στην υγεία μέσω των νόμων όπως αυτοί που απαγορεύουν το κάπνισμα σε δημόσιους χώρους. Τα περιβαλλοντικά ζητήματα ασχολούνται επίσης με το επίπεδο διαταραχής της οικολογικής ισορροπίας για παράδειγμα η μόλυνση του περιβάλλοντος έχει αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία. Ακόμα, τα πολιτιστικά θέματα αφορούν την ηθική και τον τρόπο ζωής των ανθρώπων για παράδειγμα τη χρήση αλκοόλ και καπνού αυξάνουν τη συχνότητα των τροχαίων, τις κακές διατροφικές συνήθειες και τη καθιστική ζωή τα οποία συμβάλλουν στην αύξηση των καρδιαγγειακών νοσημάτων. (Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης, 2001, Σούλης, 1999)

Η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας καθορίζεται από την υγεία του ασθενή από την ανάγκη για περίθαλψη αλλά και από άλλους καθοριστικούς παράγοντες. Για αυτούς τους λόγους, η οργάνωση παίζει σημαντικό ρόλο, δηλαδή πώς το κάθε σύστημα ή ο κάθε οργανισμός θα τακτοποιήσει ή διαχωρίσει τους διαθέσιμους πόρους, το ανθρώπινο

δυναμικό του καθώς και τους κανόνες για να επιτύχει την παροχή υπηρεσιών υγείας. (Πολύζος, 2014:123-124)

Το σύστημα υγείας προσεγγίζεται από αρκετές μεταβλητές και επηρεάζεται από προβλήματα τα οποία παίζουν καθοριστικό ρόλο στην παραγωγή και στην παροχή των υπηρεσιών υγείας. Τα προβλήματα μπορεί να είναι ένα ευρύ φάσμα οικονομικών, οργανωσιακών, λειτουργικών, διοικητικών και διαχειριστικών λειτουργιών. Το σύστημα υγείας ως παραγωγική διαδικασία είναι μία θεώρηση η οποία σχηματικά είναι σαν ένα κλασικό μοντέλο παραγωγής το οποίο περιλαμβάνει:

- Τις Εισροές οι οποίες είναι οι ανθρώπινοι πόροι, οι υλικές υποδομές και ο τεχνολογικός εξοπλισμός
- Τη Διαδικασία η οποία χρησιμοποιείται για το παραγωγικό μέρος του συστήματος υγείας και αφορά από τις ιατρικές εξετάσεις μέχρι τις οικονομικές πράξεις
- Τις Εκροές οι οποίες είναι η διάρκεια νοσηλείας, οι εξετάσεις του εργαστηριακού τομέα και με τη χρησιμοποίηση αυτών των στοιχείων διαπιστώνεται η ικανότητα του συστήματος να λειτουργεί σωστά και αποδοτικά
- Τα Αποτελέσματα τα οποία πρέπει να μειώνουν και να βελτιώνουν τους αρνητικούς δείκτες υγείας του πληθυσμού όπου αποτελούν το κύριο σκοπό ενός συστήματος υγείας όταν παράγει και παρέχει υπηρεσίες υγείας.

Με αυτή τη προσέγγιση το σύστημα υγείας όχι μόνο προοδεύει η παραγωγή των υπηρεσιών υγείας αλλά και βελτιώνει το επίπεδο ευημερίας και υγείας του πληθυσμού στον οποίο παρέχει το αγαθό της υγείας. (Πιερράκος, 2008, Θεοδώρου, Σαρρής & Σούλης, 1999)

Οι υπηρεσίες υγείας περιγράφονται ως εκείνες οι οποίες εστιάζουν στην πρόληψη, στη διάγνωση και στη θεραπεία ασθενειών, στην ανάρρωση του ασθενούς από ασθένεια και στη διαχείριση μιας χρόνιας κατάστασης ανικανότητας. Η διατήρηση ή η αύξηση του γενικού επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού είναι ο στόχος της υγειονομικής περίθαλψης. Η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας γίνεται με τρόπο τέτοιο ώστε να καθορίζονται όλοι οι απαιτούμενοι ανθρώπινοι και υλικοί πόροι με τους κανόνες και τις αξίες τις οποίες έχει θεσπίσει ο κάθε οργανισμός υγείας. Μέσα στον οργανισμό υγείας θα πρέπει οι επαγγελματίες υγείας και όλοι οι εργαζόμενοι να λειτουργούν και να συνεργάζονται

αρμονικά μεταξύ τους για να επιδιωχθούν οι στόχοι και οι σκοποί οι οποίοι έχουν καθοριστεί. (Γούλα, 2014: 125-126)

1.3: Τρία Επίπεδα Περίθαλψης

Με βάση την οικονομική ανάπτυξη της κάθε χώρας το σύστημα υγείας έχει διαφορετικά χαρακτηριστικά και εξαρτάται από τη κουλτούρα αλλά και από την νοοτροπία των πολιτών της. Με βάση δύο παράγοντες - το επίπεδο της παρεχόμενης θεραπείας και τη μέθοδο χρηματοδότησης - η οργανωτική δομή του ελληνικού συστήματος υγείας μπορεί να χωριστεί σε διαφορετικές κατηγορίες. Ανάλογα με το είδος της χρηματοδότησης το οποίο χρησιμοποιείται, μπορούμε να διακρίνουμε μεταξύ του δημόσιου τομέα, στο οποίο η κυβέρνηση διαδραματίζει σημαντικό ρόλο, και του ιδιωτικού τομέα, όπου κυριαρχεί ο κανόνας της ελεύθερης αγοράς. Ανάλογα με το μέγεθος της περίθαλψης, υπάρχουν τρεις κατηγορίες: πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια τριτοβάθμια αλλά μπορεί να προστεθεί και μία τέταρτη η αυτοφροντίδα.

Το πρώτο επίπεδο ήταν η πρωτοβάθμια περίθαλψη στην οποία ο ασθενής βρίσκεται για πρώτη φορά αντιμέτωπος με το σύστημα υγείας και τις υπηρεσίες υγείας οι οποίες παρέχονται. Ο ασθενής έρχεται σε πρώτη επαφή με έναν επαγγελματία υγείας ο οποίος θα του παρέχει τις πρώτες βοήθειες για την σωστή αντιμετώπιση ή και πρόληψη του προβλήματος υγείας. Ο τρόπος με τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη οργανώνονται και παρέχονται είναι μέσω του οικογενειακού γιατρού. Ο οικογενειακός γιατρός είναι ο επαγγελματίας υγείας ο οποίος εργάζεται στο ιδιωτικό του γραφείο και ο ασθενής-ασφαλισμένος τον επισκέπτεται. Εκτός τον οικογενειακό γιατρό, ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να είναι ο φαρμακοποιός της γειτονιάς, μπορεί να είναι ένας φυσικοθεραπευτής ή ένας παθολόγος. Επιπλέον, οι υπηρεσίες υγείας σε πρωτοβάθμιο επίπεδο παρέχονται από κέντρα υγείας, πολυιατρεία και κλινικές τα οποία έχουν ως στόχο την ιατρική περίθαλψη, τις ιατροπροληπτικές υπηρεσίες καθώς και την κοινωνική φροντίδα. Κριτήριο για την επιλογή του γιατρού από τον ασθενή είναι το πρόβλημα υγείας του αλλά και η τοποθεσία που διαμένει γιατί μπορεί να μην υπάρχει γιατρός και να πρέπει να απευθυνθεί στα επόμενα επίπεδα περίθαλψης. Η πρωτοβάθμια περίθαλψη καλύπτει 500 με 50.000 άτομα περίπου.

Στη δευτεροβάθμια περίθαλψη οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται από γιατρούς βασικών ειδικοτήτων οι οποίοι καλύπτουν βασικά προβλήματα υγείας τα οποία απαιτούν την ενδονοσοκομειακή περίθαλψη. Σε αυτό το επίπεδο τα προβλήματα των ασθενών συνήθως αντιμετωπίζονται στο τμήμα των επειγόντων περιστατικών, όταν πρόκειται για

έναν τραυματισμό ή και για μία παρακολούθηση σε μία θεραπεία. Το μέγεθος του πληθυσμού το οποίο καλύπτει είναι από 50.000 μέχρι 500.000 άτομα. Οι γιατροί αυτών των ειδικοτήτων εργάζονται σε γενικά νοσοκομεία της νομαρχίας ή τοπικά, έχουν χωρητικότητα από 100-600 κλίνες. Τα νοσοκομεία αυτά παρέχουν μία ειδικευμένη παρακολούθηση, έναν εργαστηριακό έλεγχο για την κάλυψη απαιτήσεων νοσηλείας αλλά και για γενικές επεμβάσεις όπως γενικές εγχειρήσεις στους πολίτες ασθενείς.

Στη τριτοβάθμια περίθαλψη, οι γιατροί πρέπει να αντιμετωπίσουν ασθενείς με σοβαρά και σύνθετα προβλήματα υγείας τα οποία θέλουν μεγάλη προσοχή και εξειδίκευση από τους επαγγελματίες υγείας. Αυτά τα προβλήματα μπορεί να είναι οποιαδήποτε μορφής καρκίνου, καρδιοχειρουργικά, νευρολογικά περιστατικά και άλλους είδους ιατρικές και χειρουργικές παρεμβάσεις οι οποίες είναι σοβαρές και εξειδικευμένες ως προς την αντιμετώπισή τους. Οι επαγγελματίες υγείας παρέχουν τις υπηρεσίες τους στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, το οποίο καλύπτει μεγάλο μέρος του πληθυσμού από 500.000 έως 1,5 εκατομμύρια. Το νοσοκομείο αυτό είναι στελεχωμένο από εξειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό και εξοπλισμένο με μηχανήματα σύγχρονης ιατρικής τεχνολογίας για να είναι ακριβέστερες οι εξετάσεις και οι εγχειρήσεις. Οι επαγγελματίες υγείας συνεργάζονται μεταξύ τους, μοιράζονται τις εξειδικευμένες γνώσεις και χειρίζονται τα σύγχρονα και ακριβά, σε λειτουργία και συντήρηση, μηχανήματα.

Σαν τέταρτη κατηγορία εντάσσεται η αυτοφροντίδα. Εντάσσεται η φροντίδα την οποία δέχεται ένας ασθενής μέσα από το οικογενειακό, συγγενικό, φιλικό, κοινωνικό περιβάλλον του. Κάθε ηλικιακή ομάδα ανθρώπων φιλοδοξεί να είναι ανεξάρτητη και να συμμετέχει ενεργά στη ζωή της. Υπάρχει όμως ένας πληθυσμός με πολυάριθμα λειτουργικά προβλήματα ακοής, όρασης και υγείας που τον καθιστά απαραίτητο να βασίζεται σε μέλη της οικογένειας ή σε έναν ανεπίσημο φροντιστή για τις καθημερινές του εργασίες. Είναι ιδιαίτερης σημασίας λοιπόν η παρουσία της οικογένειας σε προβλήματα υγείας ενός ασθενή για τη φροντίδα του. (Αδαμακίδου και συν, 2018, Πιερράκος, 2008, Γούλα, 2014, Θεοδώρου, Σαρρής & Σούλης, 2001)

Ένα σύστημα υγείας για να είναι σύγχρονο ως προς τη λειτουργία και τη δομή του πρέπει να οργανώνεται σε τρία κύρια επίπεδα στο πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και στο τριτοβάθμιο, μερικές φορές υπάρχει και ένα τέταρτο επίπεδο της αυτοφροντίδας. Η πρωτοβάθμια περίθαλψη θεωρείται ως ο κεντρικός πυλώνας του συστήματος υγείας με τον χρήστη-ασθενή να έρχεται σε πρώτη επαφή με αυτό και εν συνεχεία αν χρήζει νοσοκομειακής περίθαλψης, προωθείται στα επόμενα επίπεδα, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια. (Πιερράκος, 2008:32-36)

1.4: Τύποι ενός Νοσοκομείου

Το νοσοκομείο είναι ένα ίδρυμα υγειονομικής περίθαλψης, το οποίο προσφέρει υπηρεσίες με εκπαιδευμένο προσωπικό, σύγχρονα εργαλεία και περιστασιακά δυνατότητα μακροχρόνιας φροντίδας ασθενών. Σήμερα, τα νοσοκομεία συχνά χρηματοδοτούνται από την κυβέρνηση, τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, τους παρόχους ασφάλισης υγείας ή φιλανθρωπικές ομάδες. Ταυτόχρονα, οι επαγγελματίες γιατροί, οι χειρουργοί και οι νοσηλευτές αποτελούν την πλειοψηφία του εργατικού δυναμικού στα σύγχρονα νοσοκομεία. Ένα νοσοκομείο μπορεί να είναι μια αυτόνομη δομή ή στοιχείο ενός μεγαλύτερου συγκροτήματος. Τελευταίο αλλά εξίσου σημαντικό, ορισμένα νοσοκομεία συνεργάζονται με πανεπιστήμια για τη διεξαγωγή ιατρικής έρευνας και τη διδασκαλία του ιατρικού προσωπικού. Υπάρχουν τρεις τύποι νοσοκομείων τα Γενικά, τα Εξειδικευμένα, τα Πανεπιστημιακά και οι Κλινικές.

Τα Γενικά νοσοκομεία παρέχουν υπηρεσίες υγείας σε διάφορες ασθένειες και με το εκπαιδευμένο προσωπικό σε διαφορετικές και πολλές ειδικότητες τις αντιμετωπίζουν, σε αντίθεση με τα εξειδικευμένα. Τα εξειδικευμένα νοσοκομεία παρέχουν υπηρεσίες για συγκεκριμένες ασθένειες όπως είναι για παράδειγμα τα νοσοκομεία για παιδιά, τα ψυχιατρεία αλλά και τα αντικαρκινικά. Τα Πανεπιστημιακά νοσοκομεία είναι εκείνοι οι οργανισμοί οι οποίοι παρέχουν υπηρεσίες περίθαλψης στους ασθενείς και ταυτόχρονα φοιτητές της ιατρικής πραγματοποιούν τις διαλέξεις τους σε πρακτικό επίπεδο αλλά και σε επίπεδο ερευνητικό. Τέλος, οι κλινικές είναι μικρότερες από τα νοσοκομεία παρόλα αυτά οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται εξίσου ίδια και μπορεί να είναι η κατοχή κάποιου ιδιώτη με τις απαραίτητες προϋποθέσεις αλλά και από κάποιο κυβερνητικό οργανισμό υγείας. (Πιερράκος, 2008)

Επομένως είναι σημαντικό να υπογραμμιστεί ότι η λειτουργία κάθε νοσοκομείου θα πρέπει να υποστηρίζεται από κατάλληλες εγκαταστάσεις που να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις κάθε τμήματος, καθώς και φυσικά, από προσωπικό κατάλληλα εξειδικευμένο.

1.5: Οργανωτική Δομή ενός Νοσοκομείου

Όλες οι νοσοκομειακές υπηρεσίες είναι ίσες σε ιεραρχία μεταξύ τους και συνεργάζονται αποτελεσματικά για να παρέχουν τα μέγιστα δυνατά αποτελέσματα, τα οποία περιλαμβάνουν ακριβείς διαγνώσεις ασθενών και άμεση, αποτελεσματική φροντίδα των ασθενών. Κάθε νοσοκομειακή λειτουργία είναι οργανωμένη και ιεραρχικά δομημένη διαφορετικά. Τέσσερις υπηρεσίες απαρτίζουν κάθε περιφερειακό γενικό

νοσοκομείο και κάθε νοσοκομείο ειδικότητας: ιατρική, νοσηλευτική, διοικητική και τεχνική.

Σύμφωνα με το νόμο 2889/2001 παράγραφος 4 η ιατρική υπηρεσία διαρθρώνεται από τους εξής βασικούς τομείς:

- Παθολογικός Τομέας
- Χειρουργικός Τομέας
- Ψυχιατρικός Τομέας
- Εργαστηριακός Τομέας

Ανάλογα το μέγεθος του κάθε νοσοκομείου στους βασικούς τομείς προστίθενται και Παιδιατρικός τομέας, Τομέας Απεικόνισης, Επείγουσας Ιατρικής, Εντατικής Ιατρικής, Κοινωνικής Ιατρικής ή και άλλοι ειδικοί τομείς.

Στη νοσηλευτική υπηρεσία ανήκουν οι βασικοί τομείς της ιατρικής υπηρεσίας εκτός του Εργαστηριακού τομέα. Διαρθρώνεται δηλαδή από νοσηλευτικούς τομείς, καθένας από αυτούς αποτελείται από τμήματα νοσηλευτικής και αυτοτελείς μονάδες. Ενδεικτικά θα αναλυθεί ο Β΄ Νοσηλευτικός Τομέας ο οποίος μπορεί να έχει τα εξής τμήματα:

- Παθολογικό
- Καρδιολογικό
- Πνευμονολογικό
- Ογκολογικό
- Παιδιατρικό
- Μονάδα Τεχνητού Νεφρού

Στη διοικητική υπηρεσία στην οποία ανήκουν όλες οι διαδικασίες οι οποίες αφορούν τη διοικητική και την οικονομική λειτουργία ενός νοσοκομείου. Η διάρθρωση της συγκεκριμένης υπηρεσίας γίνεται σε δύο υποδιευθύνσεις. Την πρώτη υποδιεύθυνση η οποία είναι του Διοικητικού στην οποία ανήκουν το τμήμα Προσωπικού, το τμήμα Γραμματείας, το τμήμα του Πρωτοκόλλου, το γραφείο Δακτυλογράφων, το γραφείο Εισαγωγής Ασθενών, το τμήμα Παρακολούθησης Ασθενών και το γραφείο Εισιτηρίων-Εξιτηρίων. Η δεύτερη υποδιεύθυνση είναι αυτή του Οικονομικού όπου ανήκουν το τμήμα Λογιστηρίου, το τμήμα Προμηθειών, το τμήμα Διαχείρισης, το Ταμείο και το τμήμα Διατροφής.

Τέλος, η τεχνική υποστήριξη του ιατρικού εξοπλισμού και των αναλωσίμων του νοσοκομείου χρησιμοποιείται με σύνεση και χωρίς διακοπή, διατηρώντας την ποιότητα των υπηρεσιών σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα και κανονισμούς ασφαλείας και

διασφαλίζοντας την εφαρμογή των διεθνών κανονισμών ασφάλειας. Επομένως η Τεχνική Υπηρεσία αποτελείται από το Τμήμα Βιοιατρικής Τεχνολογίας και το Τμήμα του Τεχνικού. (Γούλα, 2007:31-41, Νόμος 2889/2001)

1.6: Συμμετοχικό μοντέλο και οργανισμός μάθησης

Στην τρέχουσα περίοδο της παγκοσμιοποίησης, πρέπει να γίνουν ιδιαίτερες τροποποιήσεις στις κοινωνικές δομές τόσο σε παγκόσμιο όσο και σε εθνικό επίπεδο προκειμένου να επιβιώσουν οι οργανισμοί. Προκειμένου να επιτευχθεί η αναμενόμενη αύξηση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας στην εργασία, οι οργανισμοί σήμερα εφαρμόζουν οργανωτικές αλλαγές με απώτερο στόχο να μάθουν νέους και πιο εξελιγμένους τρόπους διαχείρισης οικονομικών πόρων και δυνατοτήτων. (Θανασιάς & Χαραλάμπους, 2016)

Τα δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα λειτουργούν με ένα γραφειοκρατικό σύστημα το οποίο παρουσιάζει αρκετές αστάθειες, λάθη ως προς την γραφειοκρατική νοοτροπία αλλά και ένα αρκετά μεγάλο εμπόδιο του κατακερματισμού. Αυτοί είναι μερικοί από τους λόγους οι οποίοι χρησιμεύουν σε ένα νοσοκομείο ως κύριο εγχείρημα για το γιατί απαιτείται μία διαφορετική και νέα προσέγγιση στο σύστημα διαχείρισής του. Έτσι λοιπόν η εισαγωγή του συμμετοχικού μοντέλου στα νοσοκομεία του δημοσίου είναι ένα μεγάλο επίτευγμα αλλά ταυτόχρονα κάτι δύσκολο και χρονοβόρο. Η απόκτηση του συμμετοχικού μοντέλου στα δημόσια νοσοκομεία έχουν σκοπό να βελτιώσουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και ως επακόλουθο τη βελτίωση της υγείας και της ασφάλειας των ασθενών.

Για να λειτουργήσει, κάθε οργανισμός χρειάζεται ανθρώπινο δυναμικό. Η αξία των ομάδων και της ομαδικής εργασίας δεν μπορεί να υπερεκτιμηθεί. Όταν δύο ή περισσότερα άτομα ενώνονται για να εργαστούν προς έναν κοινό στόχο, δημιουργείται μια ομάδα. Η ομάδα μπορεί να σχηματιστεί φυσικά λόγω απλώς μιας αλληλεπίδρασης ή επίσημα μέσω διαδικασιών που έχουν σχεδιαστεί για να βοηθήσουν τον οργανισμό να αντιμετωπίσει τα ζητήματά του ή να πραγματοποιήσει τις δραστηριότητές του. Για απόδοση και αποτελεσματικότητα, ο οργανισμός στον οποίο ανήκουν οι ομάδες πρέπει να μπορεί να αντιμετωπίζει σοβαρά τα φαινόμενα και τους παράγοντες που επηρεάζουν την επιτυχημένη συνεργασία.

Ακολουθούν ορισμένοι τυπικοί λόγοι για τη συμμετοχή σε ομάδες. Η συνεργασία είναι η πιο συχνή δικαιολογία για ένταξη σε μια άτυπη ομάδα. Οι άνθρωποι εγγράφονται λόγω σχετικών καταβολών, φιλιών, χόμπι και ενδιαφερόντων. Η δεύτερη πιο συχνή αιτιολόγηση για την ένταξη σε μια ομάδα είναι η ασφάλεια. Στην παρέα με ομοϊδεάτες, οι

άνθρωποι νιώθουν ασφάλεια. Τους κάνει να αισθάνονται πιο δυνατοί και μειώνει την αίσθηση της ευαλωτότητάς τους. Η σύνδεση με άλλα ισχυρά άτομα μέσα σε έναν οργανισμό είναι ο τρίτος λόγος, καθίσταται δυνατή με την ένταξη σε μια ομάδα. Προωθεί περισσότερη αυτοεκτίμηση. Τέλος, ο τέταρτος λόγος η ιδιότητα μέλους σε μια αποκλειστική ομάδα παρέχει στα μέλη εξουσία. Αυτή η εξουσία μπορεί να είναι επίσημη ή ανεπίσημη.

Οι αποτελεσματικές συνεργατικές ομάδες έχουν τα ακόλουθα χαρακτηριστικά. Ένα περιβάλλον το οποίο δημιουργείται χαλαρό και περιστασιακό χωρίς εμφανείς εντάσεις. Τα μέλη αναπτύσσουν κοινούς στόχους, ασχολούνται και ενδιαφέρονται χωρίς να προσβάλλουν, βοηθούν τους οργανισμούς να επιτύχουν τους στόχους τους και βοηθούν στην επίλυση οργανωσιακών προβλημάτων. Παρέχουν θετική ατμόσφαιρα εργασίας, βοηθούν τους εργαζόμενους να εκφράζουν ανησυχίες, ενθαρρύνουν τη βελτίωση της απόδοσης και επιτρέπουν την ελεύθερη έκφραση σκέψεων και συναισθημάτων.

Εκτός από τους λόγους τους οποίους πρέπει να έχει κάποιος για να ενταχθεί σε μία ομάδα και τα χαρακτηριστικά τα οποία διέπουν τις ομάδες εργασίας, θα πρέπει και η ίδια η κουλτούρα του οργανισμού να έχει μερικές αξίες για να μπορέσει το γραφειοκρατικό μοντέλο να αντικατασταθεί με το συμμετοχικό μοντέλο. Αξίες όπως η εμπιστοσύνη, η συστηματική εκπαίδευση και ενδυνάμωση του προσωπικού, τα υψηλά κίνητρα, το υψηλό επίπεδο δημιουργίας και συνεργασίας των μελών μιας ομάδας και κυρίως η ανάθεση των καθηκόντων και των ευθυνών δίκαια στα μέλη της ομάδας. Επομένως, κάθε κουλτούρα των οργανισμών πρέπει να είναι κατάλληλα δομημένη για να μπορέσει να υποστηρίξει το συμμετοχικό μοντέλο το οποίο είναι σύστημα αυτοελέγχου και ατομικής ευθύνης. (Γούλα, 2014: 272-290)

Ο στόχος του κλάδου της υγείας είναι να παρέχει με συνέπεια ποιοτικές υπηρεσίες υγείας μέσω της αξιόπιστης φροντίδας. Για να επιτευχθεί αυτός ο υψηλός στόχος της υψηλής αξιοπιστίας, η οργανωσιακή μάθηση πρέπει να επιδιώκεται συνεχώς. Η ικανότητα ενός οργανισμού να επιτύχει τους επιθυμητούς στόχους του βελτιώνεται μέσω της διαδικασίας οργανωσιακής μάθησης, η οποία περιλαμβάνει μια θετική αλλαγή στη συλλογική γνώση, τη γνώση και τη συμπεριφορά του οργανισμού.

Καλύτερα αποτελέσματα ασθενών, μεγαλύτερη ικανοποίηση από την εργασία, χαμηλότερο κόστος και άλλα πλεονεκτήματα συνδέονται με την οργανωσιακή μάθηση. Η οργανωσιακή μάθηση έχει συσχετιστεί με καλύτερα κλινικά και οικονομικά αποτελέσματα, ενδυναμωμένους υπαλλήλους, θετική κουλτούρα στο χώρο εργασίας,

υψηλότερη ικανοποίηση του προσωπικού και οργανωσιακή δέσμευση στον κλάδο της υγειονομικής περίθαλψης.

Αν και τα πλεονεκτήματα της οργανωσιακής μάθησης έχουν καθιερωθεί καλά, οι θεμελιώδεις μηχανισμοί της παραμένουν ελάχιστα κατανοητοί. Το θεωρητικό πλαίσιο που απαιτείται για την κατεύθυνση της έρευνας και των παρεμβάσεων που διεγείρουν, επιταχύνουν και διατηρούν την αλλαγή στην υγειονομική περίθαλψη μπορεί να αναπτυχθεί μελετώντας πρώτα τα φαινόμενα της οργανωσιακής μάθησης στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης. Ωστόσο, επειδή δεν υπάρχει μια θεωρία μεσαίου εύρους οργανωσιακής μάθησης στα νοσοκομεία, οι ακαδημαϊκοί και οι κλινικοί ηγέτες μένουν χωρίς καμία κατεύθυνση για να επεκτείνουν το έργο τους σε αυτόν τον τομέα. Μια θεωρία μεσαίου εύρους θα επέτρεπε μια πιο μεθοδική, λογική και πρακτική στρατηγική για την ανάπτυξη της θεωρίας και της πρακτικής της οργανωσιακής μάθησης στον κλάδο της υγειονομικής περίθαλψης.

Μια τεχνική η οποία υπόσχεται τη συνεχή παροχή κορυφαίας φροντίδας ασθενών είναι η οργανωσιακή μάθηση. Αυτή η ρεαλιστική ανασκόπηση, η οποία εστιάζει στα συμφραζόμενα στοιχεία που επηρεάζουν την οργανωσιακή μάθηση, τις μεθόδους με τις οποίες συμβαίνει και τα αποτελέσματα που συνδέονται με την οργανωσιακή μάθηση, συνθέτει την έρευνα για την οργανωσιακή μάθηση στα νοσοκομεία. Παρέχει επίσης μια βασική θεωρία μεσαίου εύρους που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για μεταγενέστερες εξελίξεις στη μελέτη, τη θεωρία και την εφαρμογή της οργανωσιακής μάθησης στα νοσοκομεία.

Για να επιτευχθεί αυτή η αλλαγή του γραφειοκρατικού μοντέλου σε συμμετοχικό μοντέλο, είναι καθήκον της ηγεσίας να κατανοήσει τη διασύνδεση των πολυάριθμων τμημάτων του νοσοκομείου. Η ειρηνική συμβίωση των πολλών επαγγελματικών ομάδων του νοσοκομείου και τα διάφορα πολιτισμικά τους γνωρίσματα είναι ένα από τα κύρια εμπόδια και απαιτήσεις για τη μετάβαση από το ένα μοντέλο πολιτισμού στο άλλο. Ο ηγέτης είναι υποχρεωμένος να έχει συστημική σκέψη και συναισθηματική νοημοσύνη για να μπορέσει να δημιουργήσει τον οργανισμό μάθησης τον οποίο στοχεύει ο κάθε οργανισμός. Όταν ένα νοσοκομείο μετατραπεί σε οργανισμό μάθησης θα μπορέσει σε μεγαλύτερο βαθμό να ικανοποιήσει τους ασθενείς με τις παρεχόμενες υπηρεσίες και να αυξήσει την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Ο ηγέτης πρέπει να είναι σε θέση να μπορεί να διαχειρίζεται τις συγκρούσεις μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των επαγγελματιών ομάδων τα οποία συνυπάρχουν μέσα σε ένα νοσοκομείο. (Γούλα, 2014)

Τα νοσοκομεία είναι απαραίτητα για την επίτευξη των στόχων των συστημάτων υγείας, γεγονός που τα ξεχωρίζει από άλλες οντότητες στον τομέα της ιατρικής. Καθώς το κοινωνικό υπόβαθρο έχει αλλάξει τις τελευταίες δεκαετίες, η παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης έχει μετακινηθεί από μια στρατηγική με επίκεντρο τον ιατρό σε μια προσέγγιση ομαδικής εργασίας, ανάλογα με τη συνεργασία άλλων επαγγελματιών υγείας, συμπεριλαμβανομένων γιατρών, νοσηλευτών και παραϊατρικών και διοικητικών. Λόγω της ιδιαιτερότητας του συστήματος και του χώρου ενός νοσοκομείου, συνεχώς εμφανίζονται και προκύπτουν εσωτερικές συγκρούσεις μεταξύ των γιατρών, των προϊσταμένων, των βοηθών νοσηλευτών, των νοσηλευτών, των ειδικευόμενων ιατρών, των ασθενών, των διοικητικών υπαλλήλων αλλά και όλων των επαγγελματιών υγείας και αυτό επιδεινώνεται όταν μέσα στο χώρο αυτό συνυπάρχουν διαφορετικές υποκουλτούρες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΙΣ

2.1: Εννοιολογική αποσαφήνιση του όρου σύγκρουση

Η σύγκρουση είναι σύνθετη λέξη η οποία αποτελείται από το συνθετικό «συν» και το ουσιαστικό «κρούση». Το ουσιαστικό «κρούση» παράγεται από το ρήμα κρούω που σημαίνει χτυπώ. Επομένως η σύγκρουση αποτελεί το γινόμενο του συνθετικού «συν» και του ουσιαστικού «κρούση». Είναι το ουσιαστικό του ρήματος συγκρούομαι το οποίο σημαίνει συμπλέκομαι ή συνάπτω μάχη.

Οι συγκρούσεις αποτελούν συχνό φαινόμενο το οποίο λαμβάνει χώρα στην επαγγελματική, προσωπική αλλά και στην κοινωνική ζωή των ανθρώπων. Σε όλους τους οργανισμούς υγείας, οι συγκρούσεις επηρεάζουν, και μπορούν να λάβουν πολλές και διάφορες μορφές. (Mbegu 2018:2-12)

Αρχικά είναι απαραίτητο να γίνει ανάλυση της σύγκρουσης. Σύμφωνα με τον Μπαμπινιώτη Γ., η σύγκρουση είναι «το ισχυρό χτύπημα κινούμενου αντικειμένου σε άλλο, η βίαιη συμπλοκή, η ένοπλη αντιπαράθεση, η έκφραση εσωτερικών ψυχικών τάσεων, κινήτρων ή απαιτήσεων, που έρχονται σε αντίθεση, δεν συμβιβάζονται ή λειτουργούν ανταγωνιστικά, η κατάσταση στην οποία συνυπάρχουν στοιχεία που αλληλοαναιρούνται ή που εμποδίζει το ένα την ύπαρξη ή λειτουργία τού άλλου: ~ συμφερόντων / νοοτροπιών / απόψεων / αρμοδιοτήτων». (Μπαμπινιώτης, 2005)

Παρά το γεγονός ότι δεν υπάρχει αναγνωρισμένος ορισμός της σύγκρουσης, αρκετοί επιστήμονες έχουν δώσει ορισμούς οι οποίοι ποικίλλουν μεταξύ τους.

Σύμφωνα με τον Raymond W. Mack, Αμερικανό κοινωνιολόγο και με τον Snyder C. Richard, Αμερικανό πολιτικό επιστήμονα με ειδίκευση στην εξωτερική πολιτική, προσεγγίζουν τη σύγκρουση «ως ένα σύνολο χαρακτηριστικών τα οποία θα χρησιμεύσουν ως πρότυπο για την αναγνώριση και την ταξινόμηση των γεγονότων των συγκρούσεων». Ειδικότερα, επισημαίνουν ότι η σύγκρουση απαιτεί τουλάχιστον δύο μέρη ή δύο οντότητες και μεταξύ αυτών αλληλεπίδραση, και προκύπτει από τη έλλειψη των πόρων. Οι συγκρουσιακές συμπεριφορές είναι εκείνες που έχουν σκοπό να καταστρέψουν, να εμποδίσουν ή με τρόπο να ελέγξουν ένα άλλο μέρος ή άλλα μέρη. Επιπλέον, μία σχέση σύγκρουσης είναι εκείνη στην οποία τα μέρη μπορούν να κερδίσουν εις βάρος του άλλου μέρους. Επομένως, μία σχέση σύγκρουσης αποτελούν μία θεμελιώδη διαδικασία κοινωνικής αλληλεπίδρασης με σημαντικές συνέπειες. (Mack 1957:217-219)

«Ο Rubin et al 1994, όρισαν τη σύγκρουση ως μια αντιληπτή απόκλιση συμφερόντων ή μια πεποίθηση ότι οι τρέχουσες φιλοδοξίες των μερών δεν μπορούν να επιτευχθούν ταυτόχρονα». (Tjosvold 2006:89)

Ο Μπουραντάς Δ. (2001,σελ.423) ορίζει «τις συγκρούσεις ως μια κατάσταση ανταγωνισμού, όπου η συμπεριφορά ενός ατόμου ή ομάδας σκόπιμα επιδιώκει να εμποδίσει την επίτευξη των στόχων ενός άλλου ατόμου ή ομάδας».

Η Miller το 2006, αναφέρει ότι οι Putnam και Poole ορίζουν τη σύγκρουση ως «τη διάδραση αλληλεξαρτώμενων ατόμων, που συνειδητοποιούν την αντίθεση των στόχων, σκοπών και αξιών τους και που θεωρούν ότι το αντίπαλο μέρος μπορεί να παρέμβει στην πραγμάτωση των στόχων αυτών». Με τον ορισμό αυτό δίνεται έμφαση σε τρία σημαντικά στοιχεία της σύγκρουσης που αφορούν στους ασυμβίβαστους στόχους, στην αλληλεξάρτηση και στη διάδραση. (Κεραμιδά 2016:12)

Τρεις λέξεις είναι αυτές που χρησιμοποιούνται για να περιγράψουν τη σύγκρουση: το άγχος, η καταπόνηση και η πίεση. Αποτέλεσμα της σύγκρουσης στο χώρο εργασίας είναι συχνά το υπερβολικό άγχος των εργαζομένων. (Pathak, 2010)

Ο Coleman εξιστορώντας ιστορίες όπως η ιστορία ενός ζευγαριού Κολομβιανών μεταναστών οι οποίοι πήγαν να ζήσουν στις Ηνωμένες Πολιτείες για να αναζητήσουν εργασία και να εξασφαλίσουν μία καλή ποιότητα ζωής για εκείνους και το παιδί τους. Η γυναίκα επειδή γνώριζε καλύτερα την αγγλική γλώσσα άρχισε να εργάζεται και εξελισσότανε ώσπου ίδρυσε μία επιχείρηση μαζί με το Καθολικό ιερέα για να καλύψει τις κοινωνικές ανάγκες των Κολομβιανών μεταναστών. Ο άντρας της πιεζότανε συνεχώς με την εξέλιξη της γυναίκας του, δικαιολογώντας το ότι παραμελεί την οικογένειά τους. Ένα βράδυ ο άντρας μεθυσμένος, την χτύπησε και πήρε το παιδί και εξαφανίστηκε. Η γυναίκα ήταν φοβισμένη και αν ζητούσε διαζύγιο, ο άντρας θα έπρεπε να απελαθεί. Αυτό όμως δε ήθελε να το κάνει για το παιδί της και έτσι ζούσε για πάνω από δέκα χρόνια με το τρόμο και το φόβο. (Peter T. Coleman, 2003)

Αυτό λοιπόν είναι ένα παράδειγμα σύνθετης κατάστασης όπου διαφορετικές ανθρώπινες, νομικές, ηθικές και πολιτικές καταστάσεις συγκρούονται. Έτσι ο Coleman συμπεραίνει ότι η σύγκρουση είναι παρόν σε κάθε τομέα της ζωής κάποιου ανθρώπου και φέρνει δυσκολίες στην καθημερινότητά του. (Jehn, K. A., & Bendersky, C., 2003)

Ωστόσο, η σύγκρουση εντός του εργασιακού χώρου έχει δημιουργήσει ιστορικά δυσμενή συναισθήματα. Έχει γίνει αντιληπτό ότι εξαντλεί την ενέργεια, μειώνει την προσοχή και προκαλεί εχθρότητα. Βιβλιογραφικά υποστηρίζεται ότι η εμφάνιση μιας διαφωνίας υποδηλώνει την ύπαρξη δύο ή και περισσότερων μερών. Οι δραστηριότητες

του ενός ατόμου αλληλοεξαρτώνται και επηρεάζονται από τους άλλους για αυτό το λόγο ενδέχεται να αναπτύσσονται συγκρούσεις. (Βασιλείου & Κεχάογλου, 2015)

2.2: Στυλ Συγκρούσεων

Σε όλους τους οργανισμούς υγείας υπάρχουν αναπόφευκτα συγκρούσεις μεταξύ των επαγγελματιών υγείας ωστόσο δείχνει ακόμα ότι η ομάδα δεν λειτουργεί και δεν αναπτύσσεται όταν οι υπάρχουσες συγκρούσεις δεν παρουσιάζονται. Οι αντιθέσεις αντιμετωπίζονται αλλά μπορούν να αποτελέσουν θετικές ή καταστροφικές για τον οργανισμό. Τα νοσοκομεία ως οργανισμοί είναι περίπλοκοι και ιδιαίτεροι, στοιχεία τα οποία τα διαφοροποιούν από άλλους οργανισμούς. Κάθε μονάδα υγείας χρησιμοποιεί μεθόδους για να λειτουργήσει και είναι προσαρμοσμένες στα διαφορετικά και πολλά ανθρώπινα σύνολα.

Ανάλογα με τον βαθμό, τα άτομα που εμπλέκονται και τις επιπτώσεις που έχουν οι συγκρούσεις στον οργανισμό, οι συγκρούσεις μπορούν να κατηγοριοποιηθούν με μεγάλη ποικιλία τρόπων.

Ανάλογα με το επίπεδο που εκδηλώνονται, οι συγκρούσεις διακρίνονται σε οριζόντιες και κατακόρυφες ή κάθετες. Οι οριζόντιες συγκρούσεις είναι αυτές οι οποίες αναπτύσσονται ανάμεσα σε άτομα ή τμήματα τα οποία έχουν παρόμοια επίπεδα εξουσίας μέσα σε κάποιον οργανισμό ενώ οι κατακόρυφες είναι μεταξύ των εργαζομένων και της διοίκησης, δηλαδή ατόμων όπου διαφέρουν στα επίπεδα ιεραρχίας.

Στις υπηρεσίες υγείας επικρατούν εργασιακές σχέσεις μεταξύ του προσωπικού υγείας οι οποίες μπορεί να είναι σχέσεις γιατρών με προϊσταμένη, σχέσεις ειδικευόμενων ιατρών με νοσηλευτές, σχέσεις βοηθών νοσηλευτών με βοηθούς θαλάμων. Επομένως, ένας διαχωρισμός των συγκρούσεων είναι με βάση τα άτομα που εμπλέκονται και των εργασιακών τους σχέσεων. Χωρίζονται στις ακόλουθες τέσσερις ομάδες, οι οποίες είναι οι ενδοπροσωπικές, οι διαπροσωπικές, οι ενδο-ομαδικές και οι διαομαδικές συγκρούσεις.

Στην πρώτη κατηγορία, οι ενδοπροσωπικές είναι οι συγκρούσεις που βιώνει ένα μεμονωμένο άτομο και συνήθως αφορούν ψυχολογικές συγκρούσεις, κίνητρα, αξίες, συναισθήματα τα οποία έρχονται σε αντιπαράθεση μεταξύ τους καθώς και όταν οι ατομικοί του στόχοι διαφέρουν.

Στην δεύτερη κατηγορία, οι διαπροσωπικές είναι συγκρούσεις λόγω διαφορών στους στόχους, την αξία και τα στυλ μεταξύ δύο ή περισσότερων ατόμων που απαιτείται να αλληλοεπιδράσουν. Προκύπτουν αρκετές φορές ανάμεσα στις εργασιακές σχέσεις μεταξύ γιατρών και προϊσταμένων. Αλλά είναι ένα είδος συγκρούσεων το οποίο μπορεί

να αναπτυχθεί μέσα στο οικογενειακό ή και το φιλικό περιβάλλον. Οι αιτίες που εκδηλώνονται τέτοιου είδους συγκρούσεις μπορεί να είναι η έλλειψη συνεργασίας, η κακή επικοινωνία μεταξύ των ατόμων, οι διαφορετικές πεποιθήσεις και αξίες καθώς και τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας του κάθε ατόμου.

Στην τρίτη κατηγορία είναι οι ενδο-ομαδικές συγκρούσεις που δημιουργούνται εντός μίας ομάδας. Δηλαδή, έρχονται σε αντιπαράθεση τα μέλη μίας ομάδας μεταξύ τους και σχετίζονται κυρίως για τις σχέσεις και τους ρόλους τους οποίους έχουν τα άτομα μέσα στην ομάδα.

Στην τέταρτη κατηγορία, είναι οι διαομαδικές συγκρούσεις, μεταξύ δύο ή περισσότερων ομάδων ή και τμημάτων ενός οργανισμού. Τα μέλη διαφορετικών ομάδων συγκρούονται για την κατανομή των πόρων και για τους ρόλους και τους ελέγχους τους οποίους έχουν και θέλουν να τους οριοθετούν.

Και στις δύο τελευταίες κατηγορίες, ενδο-ομαδικές και διαομαδικές αντίστοιχα, οι συγκρούσεις αυτές εκδηλώνονται λόγω συγκρουόμενων στόχων ή και διαφορετικών τρόπων διοίκησης της κάθε ομάδας για τη σωστή λειτουργία του οργανισμού υγείας.

Μέσα σε ένα επάγγελμα μπορεί επίσης να συμβούν προβλήματα επικοινωνίας. Η βιβλιογραφία για τα επαγγέλματα υγείας έχει επικεντρωθεί ως επί το πλείστον στις διεπαγγελματικές συγκρούσεις αλλά είναι γνωστές και οι συγκρούσεις οι οποίες μπορεί να προκύψουν εντός των ενδοεπαγγελματικών ομάδων. Μια προκλητική συνάντηση μεταξύ μελών της ίδιας επαγγελματικής ομάδας, όπως ένας γιατρός και ένας γιατρός ή ένας νοσηλευτής με έναν νοσηλευτή είναι αυτό που αποκαλούμε ενδοεπαγγελματική σύγκρουση. Αναφέρεται σε ασυμβατότητες ή ασυμφωνίες μεταξύ των μελών της ομάδας, με την προέλευση της σύγκρουσης να αναφέρεται ότι συνδέεται με αλληλεπιδράσεις, δραστηριότητες ή διαδικασίες. Όταν ορισμένα μέλη μιας επαγγελματικής οργάνωσης έχουν μεγαλύτερη επιρροή από άλλα, μπορεί να οδηγήσει σε ενδοεπαγγελματικές διαμάχες. Η διαφορά στην εξουσία μπορεί επίσης να αποθαρρύνει το αίτημα για βοήθεια και να ενθαρρύνει τον ανταγωνισμό που αναζητά εξουσία μεταξύ των μελών της ομάδας.

Εκτός από το επίπεδο και τα εμπλεκόμενα μέρη, οι συγκρούσεις διακρίνονται και με βάση τις συνέπειες που επιφέρουν στον οργανισμό, είτε θετικές είτε αρνητικές, σε λειτουργικές και μη λειτουργικές. Οι λειτουργικές συγκρούσεις είναι οι διαφωνίες μεταξύ δύο ή περισσότερων ατόμων και είναι εποικοδομητικές για έναν οργανισμό. Μέσα από αυτές τις θετικές συγκρούσεις παράγονται νέες ιδέες και δημιουργίες για τον οργανισμό και είναι μια διαδικασία η οποία βελτιώνει την απόδοσή του. Αντίθετα, οι μη

λειτουργικές συγκρούσεις ή αλλιώς καταστρεπτικές, δημιουργούν αρνητικό κλίμα και η ομάδα μέσα στον οργανισμό διαλύεται και μειώνεται η απόδοση μίας μονάδας υγείας.

Συμπερασματικά, τα νοσοκομεία χαρακτηρίζονται από ένα αρκετά περίπλοκο διοικητικό σύστημα, το οποίο συνεχώς δημιουργεί αντιπαραθέσεις μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Οι γιατροί, οι νοσηλευτές, οι διοικητικοί καθώς και όλοι οι εργαζόμενοι μίας μονάδας υγείας βρίσκονται σε ένταση και σε μία ατμόσφαιρα αρκετά αγχώδης και πιεστική. Έτσι, η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα του οργανισμού μειώνονται με τις αιτίες και τις αρνητικές συνέπειες των συγκρούσεων.

2.3: Αιτίες Συγκρούσεων

Η παροχή υπηρεσιών υγείας έχει αλλάξει από μια ιατροκεντρική προσέγγιση σε μια ομαδική εργασία ως αποτέλεσμα των αλλαγών στο κοινωνικό περιβάλλον τις τελευταίες δεκαετίες, εξαρτώμενη περισσότερο από τη συνεργασία διαφόρων επαγγελματιών υγείας, συμπεριλαμβανομένων των γιατρών, των νοσηλευτών και του παραϊατρικού και του διοικητικού προσωπικού. Επομένως, η ομάδα υγείας περιλαμβάνει άτομα διαφόρων ηλικιών, φύλων, εισοδημάτων, εθνοτήτων, μορφωτικού επιπέδου, τρόπου ζωής και επαγγελματικών ειδικοτήτων. Παρά το γεγονός ότι τα μέλη της ομάδας μπορεί να προέρχονται από διαφορετικά υπόβαθρα, δεν πρέπει να προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι η παροχή υψηλής ποιότητας υγειονομικής περίθαλψης απαιτεί συνεργασία και αρμονία. Διαφορετικά, αυτές οι διαφωνίες μπορεί να οδηγήσουν σε συγκρούσεις.

Σε ένα νοσοκομείο οι συγκρούσεις είναι πολλές και συχνές. Προκαλούνται από πολλούς και διαφορετικούς παράγοντες ιδίως όταν συνυπάρχουν πολλοί επαγγελματίες υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων. Ο τομέας της νοσηλευτικής θεωρείται γενικά εξαιρετικά αγχωτικός. Σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό οι νοσηλευτές πρέπει καθημερινά να αντιμετωπίζουν τις σχέσεις μεταξύ των συναδέλφων νοσηλευτών, με τους προϊσταμένους, με τους ασθενείς, με το διοικητικό προσωπικό, με τους γιατρούς και με άλλους επαγγελματίες υγείας οι οποίοι απαρτίζουν την διεπιστημονική ομάδα.

Ως αποτέλεσμα, είναι σημαντικό να δίνεται προσοχή και να καταγράφεται κάθε περίπτωση που οδηγεί σε συγκρούσεις και διαφωνίες σε έναν εργασιακό χώρο και κυρίως σε έναν οργανισμό υγείας. Μερικές πιθανές αιτίες των συγκρούσεων μπορεί να είναι:

🚩 Η οργανωτική αστοχία στη δομή

Μία από τις κύριες αιτίες των συγκρούσεων είναι η οργανωτική αστοχία στη δομή. Η αλλαγή στη δομή μιας υγειονομικής μονάδας στο υπάρχον προσωπικό που θίγει

θέματα μετακίνησης, εκπαίδευσης και η έλλειψη του προσωπικού για να στελεχώσουν επαρκώς ένα νοσοκομείο, όλα αυτά είναι στοιχεία της περίπλοκης οργάνωσης. Σύμφωνα με τον Μπουραντά (2002), οι σημαντικότερες οργανωτικές αδυναμίες σε μία οργάνωση είναι «η μη σαφής κατανόηση της ανάλυσης των συνολικών στόχων της, ο μη σαφής καθορισμός των καθηκόντων και των ρόλων, η έλλειψη διαδικασιών συντονισμού και πληροφόρησης». (Μπουραντάς 2002,σελ 422)

✚ Τα προβλήματα επικοινωνίας

Η πιθανότητα συγκρούσεων αυξάνεται ανάλογα το μέγεθος της μονάδας υγείας. Όσο μεγαλύτερη η μονάδα υγείας τόσο το προσωπικό έρχεται σε συνεχείς διαφωνίες και συγκρούσεις και επομένως υπάρχει κακή επικοινωνία μεταξύ των εργαζομένων. Η εμφάνιση ανεπαρκούς επικοινωνίας είναι ακόμη μία κρίσιμη αιτία και αυτό μπορεί να οφείλεται στην παροχή ελλιπών πληροφοριών, στις διαφορετικές απόψεις των μελών του προσωπικού της μονάδας υγείας καθώς επίσης και στην διαφορετική εκπαιδευτική κατάρτιση που έχει το κάθε άτομο που εργάζεται.

✚ Οι διαφορετικές απόψεις, αξίες και προσδοκίες

Κάθε άτομο είναι ξεχωριστό και έχει το δικό του σύνολο χαρακτηριστικών προσωπικότητας. Ενεργεί για τον εαυτό του, αδιαφορώντας για το γενικό όφελος. Ο καθένας έχει τις δικές του μοναδικές προσδοκίες για το εργασιακό χώρο στον οποίο βρίσκεται. Οι προσωπικές προσδοκίες βασίζονται στην ιδιοσυγκρασία του καθενός ενώ οι απαιτούμενες προσδοκίες καθορίζονται από την ομάδα διεύθυνσης του προσωπικού, η οποία έχει αναθέσει ευθύνες στο ανθρώπινο δυναμικό. Επομένως δημιουργούνται προστριβές μεταξύ των εργαζομένων.

✚ Οι διακρίσεις στον εργασιακό χώρο

Σε περίπτωση που οι εργαζόμενοι αισθάνονται ότι δεν αντιμετωπίζονται δίκαια στην εργασία τους, ενδέχεται να προκύψουν συγκρούσεις. Μια συνηθισμένη περίπτωση εργασιακών διακρίσεων που μπορεί να προκαλέσει σύγκρουση είναι η άνιση κατανομή των αμοιβών μεταξύ προσώπων ή τμημάτων. Εξαιτίας αυτών των διακρίσεων, ορισμένοι άνθρωποι ερμηνεύουν ορισμένα ζητήματα ως υπονόμηση των πεποιθήσεών τους.

✚ Το επίπεδο εκπαίδευσης

Στην Ελλάδα υπάρχουν διαφορετικού επιπέδου σχολές για την εκπαίδευση των νοσηλευτών. Για να γίνει κάποιος νοσηλευτής μπορεί να φοιτήσει σε κάποιο δημόσιο πανεπιστήμιο ή σε σχολές διετούς επαγγελματικής κατάρτισης, ενώ παλαιότερα υπήρχε και η επιλογή του ατόμου να φοιτήσει σε τεχνολογικό εκπαιδευτικό ίδρυμα. Κάνοντας

ανασκόπηση σε αρκετές έρευνες διαπιστώνουμε ότι οι νοσηλευτές πανεπιστημιακού επιπέδου είχαν αρκετές προστριβές μεταξύ των συναδέλφων τους τεχνολογικού επιπέδου.

✚ Ο φόρτος εργασίας

Ο υπερβολικός φόρτος εργασίας είναι ένας άλλος παράγοντας που προκαλεί συχνά διαφωνίες μεταξύ συναδέλφων και με τους προϊσταμένους. Ως αποτέλεσμα, τα άτομα θυμώνουν και είναι δυσαρεστημένοι μεταξύ τους και με τους συναδέλφους τους ενώ προσπαθούν να χειριστούν την αυξανόμενη πίεση. Δέχονται συνεχώς πίεση να εκπληρώσουν τις δεσμεύσεις τους με επίσημο τρόπο, επειδή οποιοδήποτε λάθος ή καθυστέρηση μπορεί να είναι μια σοβαρή οπισθοδρόμηση για τον οργανισμό.

✚ Οι περιορισμένοι πόροι

Οι συνθήκες εργασίας για τους νοσηλευτές είναι συνήθως ανθυγιεινές. Το νοσηλευτικό προσωπικό αντιμετωπίζει προκλήσεις στην καθημερινή του εργασία όπως για παράδειγμα την έλλειψη του ιατρικού εξοπλισμού. Ο εξοπλισμός που απαιτείται σε φαρμακευτικά προϊόντα, σε αναλώσιμα είδη, σε μηχανήματα υποστήριξης είναι ελλιπή σχετικά με την σημαντική ζήτηση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας σε ένα νοσοκομείο. Επιπλέον μέσα σε ένα περιβάλλον εργασίας πρέπει να δίνει έμφαση στον ανθρώπινο δυναμικό. Όταν το προσωπικό που εργάζεται είναι λιγότερο από τις ανάγκες που πρέπει να καλυφθούν, τότε το ενδεχόμενο της σύγκρουσης εντείνεται περισσότερο.

✚ Ο τρόπος διοίκησης

Το ακατάλληλο στυλ διαχείρισης στους οργανισμούς υπηρεσιών υγείας είναι ένας από τους κυριότερους λόγους σύγκρουσης. Οι προϊστάμενοι λόγω πιθανών λαθών και τρόπων ηγεσίας στους υπαλλήλους του, προκαλεί κάποιου είδους σύγκρουση σε μεγάλο βαθμό με το τρόπο τους. Ακόμα, η σύγκρουση μεταξύ της διοίκησης και των υφιστάμενων θα προέλθει από την αδιαφορία της διοίκησης για τις ανάγκες των εργαζομένων. Επομένως, οι εργαζόμενοι αποδίδουν είτε θετικά όταν υπάρχει ο κατάλληλος τρόπος διοίκησης, είτε αρνητικά ως αποτέλεσμα του καταπιεστικού στυλ διαχείρισης από τους προϊσταμένους. Όταν πρόκειται για τη διαχείριση των ομάδων τους, ο κάθε αρχηγός ομάδας έχει τον δικό του μοναδικό τρόπο. Οι συγκρούσεις για την ηγεσία στον εργασιακό χώρο προκύπτουν συνήθως μετά από αλλαγές στη διοίκηση ή όταν νέοι ηγέτες προσχωρούν σε μια ομάδα. Μέσα σε έναν οργανισμό, η συνεργασία σε πολλά τμήματα είναι αναπόφευκτη. Ωστόσο, οι αντικρουόμενες φιλοσοφίες ηγεσίας μπορούν να μπερδέψουν τους εργαζόμενους και να πυροδοτήσουν διάφορες μορφές σύγκρουσης στην εργασία, ιδιαίτερα σε περιόδους άγχους.

Λόγω της έντονης καταπόνησης στην εργασία και της ποικιλομορφίας μεταξύ των διαφόρων τμημάτων, οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας αντιμετωπίζουν συχνά συγκρούσεις. «Ως αποτέλεσμα, είναι αναμενόμενες συγκρούσεις μεταξύ των ανθρώπων και των τμημάτων. Οι διοικητές των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να αξιολογούν τακτικά τις αιτίες αυτών των συγκρούσεων.» (Tengilimoglu,2005)

Αντίσταση στην αλλαγή

Οι άνθρωποι διατηρούν τις ρουτίνες τους επειδή είναι άνετες και απλές. Η αλλαγή φέρνει μαζί της έναν τρόπο για το άγνωστο, τον οποίο δεν είναι όλοι έτοιμοι να αντιμετωπίσουν. Η σύγκρουση μεταξύ ενός μέλους της ομάδας και της διοίκησης είναι συνηθισμένη σε περιόδους αλλαγής και μπορεί να είναι δυσάρεστη. Είναι χρήσιμο να έχετε κατά νου ότι ορισμένοι υπάλληλοι μπορεί αναπόφευκτα να βιώσουν άρνηση, οργή και αβειαιότητα πριν συμβιβαστούν με την αλλαγή. Οι άνθρωποι συνήθως αντιτίθενται στο άγνωστο, και δεν είναι ασυνήθιστο αυτή η αντίσταση να εξελιχθεί σε εχθρότητα.

Έλλειψη εμπιστοσύνης

Ένας ακόμα από τους λόγους για τις συγκρούσεις μέσα σε έναν οργανισμό είναι η έλλειψη εμπιστοσύνης. Για την επίτευξη κοινών στόχων, τα μέλη της ομάδας πρέπει να έχουν αμοιβαία εμπιστοσύνη μεταξύ τους. Πρέπει να συμμετέχουν σε δραστηριότητες οι οποίες βασίζονται στην υποστήριξη και τη συνεργασία μεταξύ τους. Η σύγκρουση προκύπτει όταν τα μέλη της ομάδας δεν σέβονται το ένα το άλλο. Προκαλεί εμπόδια στην επίτευξη του στόχου.

Ωστόσο, σε έναν οργανισμό υγείας οι εργασιακές σχέσεις των επαγγελματιών υγείας συχνά αποτελούν αιτία προστριβής και σύγκρουσης μεταξύ τους. Οι εργασιακές σχέσεις του προσωπικού υγείας μπορεί να είναι σχέσεις γιατρών-προϊσταμένης, σχέσεις βοηθών νοσηλευτών–βοηθών θαλάμων, σχέσεις ειδικευόμενων γιατρών-νοσηλευτών.

Οι σχέσεις των γιατρών με τους προϊσταμένους είναι ιδιαίτερη. Οι προϊστάμενοι είναι εκεί για να γνωρίζει καλά όλες τις λειτουργικές δυνατότητες του τμήματος και οι γιατροί μέσω των επαγγελματικών δεξιοτήτων και ικανοτήτων τους να προσφέρουν απλόχερα τις υπηρεσίες υγείας. Αρκετές φορές υπάρχει σύγκρουση μεταξύ τους ως προς την σωστή διατύπωση και τον στοχευμένο καθορισμό τον ρόλο και των καθηκόντων των γιατρών από τους προϊσταμένους αλλά ακόμα και στο διαχωρισμό των αδειών και των αμοιβών.

Οι βοηθοί των νοσηλευτών και των βοηθών θαλάμων, παρόλο την συνεχή και καθημερινή συνεργασία, χαρακτηρίζονται από μία σχέση κατανόησης. Οι βοηθοί νοσηλευτών μπορεί να εκτελούν κάποιες εργασίες οι οποίες είναι των βοηθών θαλάμων

για να τους διευκολύνουν, να τους εξυπηρετήσουν και να μην επιβαρύνονται εκείνοι περισσότερο.

Αν και θεραπεύουν ασθενείς μαζί, οι ειδικευόμενοι γιατροί και οι νοσηλευτές έχουν συχνά εντελώς ξεχωριστά επαγγέλματα. Εκτός από την αρχική ανισορροπία, οι νοσηλευτές μπορεί να εστιάζουν περισσότερο στον ασθενή ως σύνολο, ενώ οι ειδικευόμενοι γιατροί δίνουν προτεραιότητα στην επιστήμη της ιατρικής. Οι ειδικευόμενοι γιατροί συχνά έχουν την εντύπωση ότι οι νοσηλευτές είναι προέκτασή τους, αλλά οι νοσηλευτές θέλουν να χρησιμοποιήσουν την πείρα τους για να βοηθήσουν στη διαχείριση της φροντίδας των ασθενών. Οι προοπτικές των νοσηλευτών και των ειδικευόμενων γιατρών μπορεί να διαφέρουν λόγω των διαφοροποιήσεων στα εργασιακά τους καθήκοντα, την κατάταξη, το φύλο ή το επίπεδο εκπαίδευσης. (Σαρρής, 2001)

2.4: Επιπτώσεις των συγκρούσεων

Οι υπηρεσίες υγείας στελεχώνονται από αρκετούς επιστήμονες και επαγγελματίες υγείας. Η πολυπλοκότητα των συστημάτων υγείας καθώς και η ανάπτυξη της τεχνολογίας οδήγησαν τα νοσοκομεία για να παρέχουν ποιοτικές υπηρεσίες υγείας και να υπάρχει η συνεργασία των επαγγελματιών υγείας. Το εργασιακό περιβάλλον για τους γιατρούς, τους νοσηλευτές και το λοιπό προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης πρώτης γραμμής είναι αγχωτικό και επιρρεπές σε συγκρούσεις.

Αν και πιστεύεται ότι ορισμένες από αυτές τις αντιπαραθέσεις μπορεί να οδηγήσουν σε ευνοϊκά αποτελέσματα, η πλειοψηφία τους θα έχει αρνητικές επιπτώσεις. Η σύγκρουση μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών έχει τα ακόλουθα επιζήμια αποτελέσματα:

- ❖ Εμπόδια σε αποτελεσματικά κλινικά αποτελέσματα.
- ❖ Το παρατεταμένο άγχος προκαλεί απώλεια μνήμης, ψυχοσωματικές ασθένειες, φόβο, ευερεθιστότητα, μειωμένη αυτοεκτίμηση και απομόνωση.
- ❖ Η μειωμένη εργασιακή ικανοποίηση μεταξύ των νοσηλευτών έχει ως αποτέλεσμα μειωμένη δέσμευση, απουσία, αυξημένη συχνότητα παραπόνων, αυξημένα ποσοστά εναλλαγής εργασίας, συνεχή προσανατολισμό του νοσηλευτικού προσωπικού, ακόμη και αυξημένη εμφάνιση σκέψεων να εγκαταλείψουν το επάγγελμα.
- ❖ Η κακή ή απουσία συνεργασίας έχει ως αποτέλεσμα μειωμένη παραγωγικότητα, μειωμένη αποδοτικότητα,
- ❖ Αναποτελεσματική ή ανύπαρκτη ομαδική εργασία που μειώνει την απόδοση, την αποτελεσματικότητα και αυξάνει τη συχνότητα ιατρικών λαθών

❖ Υψηλότερα έξοδα για δικαστικές διαφορές, αντικατάσταση νοσοκόμων λόγω εναλλαγής εργασίας και χαμένο χρόνο για την αντιμετώπιση της τριβής στο χώρο εργασίας.

Το προσωπικό των νοσοκομείων απαιτείται να έχει άριστη συνεργασία με τους νοσηλευτές, με τους γιατρούς, τους ασθενείς, τις οικογένειες των ασθενών και με κάθε άτομο το οποίο συναναστρέφεται για να παρέχει πληροφορίες και υπηρεσίες υγείας. Η διεπιστημονική συνεργασία η οποία είναι ζωτικής σημασίας, αυξάνει τις πιθανότητες αλληλεπίδρασης των επαγγελματιών υγείας μεταξύ τους και έτσι αυξάνονται οι προστριβές και οι συγκρούσεις. Οι συγκρούσεις, λοιπόν, είναι αναπόφευκτο φαινόμενο μεταξύ του προσωπικού των νοσοκομείων, και επιφέρουν είτε αρνητικές είτε θετικές συνέπειες.

Οι συγκρούσεις μπορεί σίγουρα να έχουν ουσιαστικές επιπτώσεις στους οργανισμούς υγείας και μπορεί επίσης να οδηγήσουν σε περιπτώσεις όπου ένα σημαντικό μέρος της παραγωγικής ομάδας ενός οργανισμού υγείας αποχωρεί. Αυτές οι περιστάσεις οδηγούν σε κατώτερη απόδοση και υπερβολική ένταση, τα οποία έχουν επιζήμιο αντίκτυπο στο ηθικό του προσωπικού και στη φροντίδα των ασθενών σε πιο ακραίες καταστάσεις. Όλοι οι άνθρωποι συνδέουν την έννοια της σύγκρουσης με τον αρνητικό αντίκτυπο της στο ατομικό και κοινωνικό επίπεδο. Πράγματι, οι συγκρούσεις επηρεάζουν τους επαγγελματίες υγείας σε ψυχολογικό, συναισθηματικό, επαγγελματικό αλλά και οικονομικό επίπεδο.

Σε ατομικό επίπεδο, οι προστριβές οδηγούν τους εργαζόμενους στη μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης με ιδιαίτερο αντίκτυπο την έλλειψη επιθυμίας να εργαστεί και να συμμετέχει στη λήψη των αποφάσεων. Σε πολλές περιπτώσεις, επηρεάζουν τη συμπεριφορά του ατόμου αναπτύσσοντας αρνητικότητα, εχθρότητα και λεκτική βία απέναντι στους συναδέλφους του. Πρέπει να επισημανθεί ότι ένας επαγγελματίας υγείας μπορεί να ενοχλεί σε προσωπικό επίπεδο, το οποίο να το μεταφέρει στο οικογενειακό περιβάλλον, στο σύζυγο, στα παιδιά, στους γονείς και να επηρεάσει την καλή σχέση και την επικοινωνία και να διαταράξει την ανατροφή των παιδιών.

Επίσης δημιουργεί άγχος, ψυχοσωματικές ασθένειες όπως ναυτία και κεφαλαλγία, αλλά και αυξάνει σε υπερβολικό βαθμό την επαγγελματική εξουθένωση. Η παραγωγικότητα και η αποτελεσματικότητα των εργαζομένων στην επίτευξη των στόχων του οργανισμού επηρεάζονται σημαντικά και μειώνονται από την επαγγελματική εξουθένωση. Ειδικότερα, λόγω της εμφάνισης συγκρούσεων, έχει ως αποτέλεσμα την

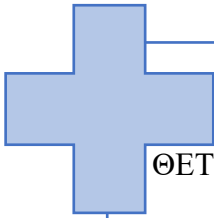

απώλεια της ενσυναίσθησης του επαγγελματία υγείας προς το χρήστη των υπηρεσιών υγείας, βλάπτοντας έτσι την ποιότητα της φροντίδας που του προσφέρουν.

Στο τομέα της υγείας, εκτός τις αρνητικές συνέπειες τις οποίες επιφέρουν οι συγκρούσεις, υπάρχουν και θετικοί παράγοντες. Αυτή η αναπόφευκτη κατάσταση της σύγκρουσης στους επαγγελματίες υγείας, έχει και το θετικό αποτέλεσμα της ενδυνάμωσης των ατόμων που εργάζονται και προσφέρουν υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας καθώς και της ανάπτυξης του οργανισμού υγείας. Οι συγκρούσεις αποτελούν το κύριο μοχλό για την οργανωτική αλλαγή και την αποφυγή της στασιμότητας, της αδράνειας.

Επιπλέον, το προσωπικό εξελίσσεται, προοδεύει, γίνεται πιο παραγωγικό και συμμετέχει ενεργά στην λήψη των αποφάσεων ενός οργανισμού. Λόγω της σύγκρουσης, αρκετές φορές το προσωπικό αντιλαμβάνεται με μεγαλύτερη ευκολία, κατόπιν συζήτησης, τα προβλήματα, τα λάθη και τις ελλείψεις. Έτσι τα άτομα είναι σε θέση να μπορούν να τα δουν από διαφορετικές οπτικές γωνίες και να βρουν έξυπνους τρόπους και μηχανισμούς επίλυσης αυτών των μειονεκτημάτων του οργανισμού υγείας. Όλα αυτά οδηγούν τους επαγγελματίες υγείας να συνεργάζονται, να υπάρχει αλληλεγγύη μεταξύ τους και να συσπειρώνονται ως ομάδα για την εύρυθμη λειτουργία του οργανισμού.

Επομένως, οι συγκρούσεις σε έναν οργανισμό υγείας φέρνουν θετικά αποτελέσματα και στο κάθε άτομο ξεχωριστά αλλά και στον ίδιο τον οργανισμό, όταν είναι σε θέση τα μέλη του οργανισμού να επικεντρωθούν στο αντικείμενο της σύγκρουσης και όχι στο να επιλυθεί με γρήγορες ενέργειες.

Συμπερασματικά, πρέπει να υπογραμμιστεί ότι σε κάθε είδους σύγκρουση, πρέπει οι επαγγελματίες υγείας καθώς και το διοικητικό προσωπικό των νοσοκομείων να είναι σε θέση να αντιλαμβάνονται το μέγεθος της κατάστασης και να μπορούν να το επιλύσουν με τρόπο ώστε να μην ξανά προκύψει κάτι αντίστοιχο. Η σύγκρουση, λοιπόν, δεν αποτελεί κατά κύριο λόγο αρνητικό στοιχείο για τα νοσοκομεία αλλά και ένα επικοινωνιακό στοιχείο για την αλλαγή του οργανισμού με νέους στόχους και με καινούργιες συνθήκες οι οποίες θα αποτρέπουν προστριβές.

 <p>ΘΕΤΙΚΕΣ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ενδυνάμωση των εργαζομένων • Ανάπτυξη του οργανισμού υγείας • Κύριος μοχλός για την οργανωτική αλλαγή • Αποφυγή στασιμότητας και αδράνειας • Αύξηση της παραγωγικότητας • Συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων • Επίλυση με νέους μηχανισμούς • Ανάπτυξη συνεργασίας, αλληλεγγύης και συσπείρωσης της ομάδας 	 <p>ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης • Επαγγελματική εξουθένωση • Απώλεια μνήμης • Άγχος, κατάθλιψη, ψυχοσωματικές ασθένειες • Ανεργία • Υψηλό κόστος ως προς τα δικαστικά έξοδα • Μείωση παραγωγικότητας και αποτελεσματικότητας • Απώλεια ενσυναίσθησης για το χρήστη των υπηρεσιών υγείας • Έλλειψη επιθυμίας για εργασία
---	---

ΠΙΝΑΚΑΣ 1:

Οι συνέπειες των συγκρούσεων στο ατομικό, κοινωνικό, ψυχολογικό, και επαγγελματικό επίπεδο των επαγγελματιών υγείας

2.5: Τρόποι Αντιμετώπισης των συγκρούσεων

Η κατοχή δεξιοτήτων διαχείρισης των συγκρούσεων επιτρέπει να επιλυθούν οι συγκρούσεις και να καταλήξουν σε συμφωνίες. Η σύγκρουση μεταξύ των εργαζομένων μπορεί να προκύψει στον εργασιακό χώρο σε διάφορες καταστάσεις και όταν συμβεί, είναι σημαντικό να αντιμετωπιστεί το ζήτημα προτού επιδεινωθεί. Για μια μεγάλη ποικιλία επαγγελμάτων σε διάφορους κλάδους, είναι απαραίτητες οι δεξιότητες επίλυσης των συγκρούσεων. Αυτό το κριτήριο βασίζεται στην παρατήρηση ότι η διαφωνία τείνει να μειώσει την παραγωγικότητα, να δημιουργήσει ένα απαιτητικό εργασιακό περιβάλλον

και να οδηγήσει σε ανεπιθύμητη εναλλαγή προσωπικού και μειωμένο ηθικό. Η διαδικασία ειρηνικής επίλυσης μιας σύγκρουσης μεταξύ δύο ή περισσότερων μερών είναι γνωστή ως επίλυση συγκρούσεων.

Η σύγκρουση μπορεί περιστασιακά να προκύψει από την ανθρώπινη σύνδεση, επομένως η αντιμετώπισή της απαιτεί λύσεις για την επίλυση των συγκρούσεων. Είναι δυνατό για τα αντίπαλα μέρη να επιλύσουν τη σύγκρουσή τους μέσω διαπραγματεύσεων ή επίλυσης συγκρούσεων, αφήνοντας τους πάντες να νιώθουν κάπως ικανοποιημένοι. Μερικές φορές το άτομο που επιλύει μια διαφωνία είναι τρίτο μέρος ή διαμεσολαβητής, ενώ άλλες φορές μπορεί να είναι ένας συμμετέχων στη προστριβή ο οποίος χρησιμοποιεί αντικειμενικό μάτι για να βρει μια λύση.

Οι δεξιότητες επίλυσης των συγκρούσεων θεωρούνται συχνά ως ηγετικές ιδιότητες. Πολλοί οργανισμοί εκτιμούν τη συμβολή εκείνων οι οποίοι μπορούν να αντιληφθούν τη σύγκρουση, να διακρίνουν τις αντίθετες απόψεις και να σφυρηλατήσουν συμβιβασμούς. Αυξάνουν την πιθανότητα να παραμεριστούν οι διαφορές απόψεων ώστε να προχωρήσει η εργασία.

Οι συγκρούσεις μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την παραγωγικότητα και τη λήψη αποφάσεων. Επιλύοντας τις διενέξεις πιο αποτελεσματικά, ενισχύεται ο οργανισμός.

Υπάρχει πλήθος στρατηγικών αντιμετώπισης των συγκρούσεων στον εργασιακό χώρο. Βέβαια η επιλογή της στρατηγικής εξαρτάται από το βαθμό και τη σημαντικότητα της σύγκρουσης, αν τα ίδια τα άτομα που εμπλέκονται είναι σε θέση να διευκολύνουν και να επιλύσουν μία τέτοιους είδους κατάσταση καθώς να εξεταστούν οι συνθήκες κάτω από τις οποίες διαδραματίζεται μία σύγκρουση μέσα σε ένα νοσοκομειακό χώρο. Ακόμα, σημαντικό ρόλο για την επίλυση μίας σύγκρουσης έχει η θέση του ατόμου στο νοσοκομείο, εάν είναι προϊστάμενος, υφιστάμενος και ανάλογα πράττει και κρίνει με διαφορετικό μοντέλο για την κάθε περίπτωση ξεχωριστά.

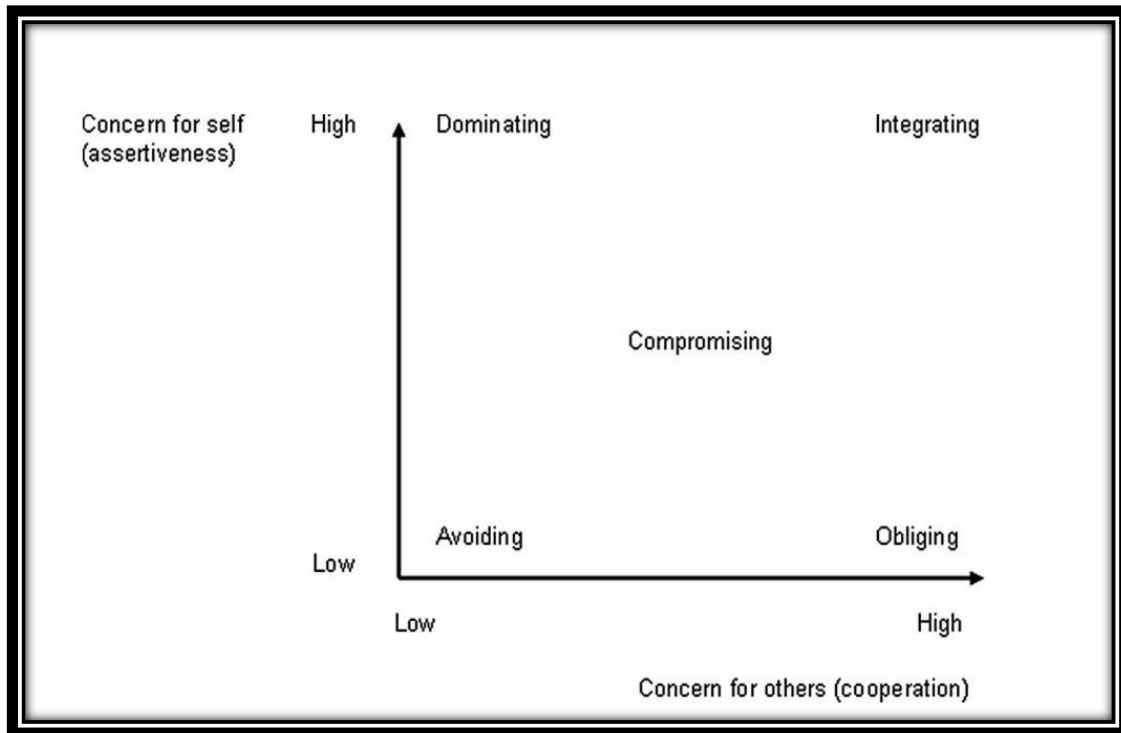
Οι ακόλουθες διαδικασίες χρησιμοποιούνται συχνά στο χώρο της εργασίας για την επίλυση συγκρούσεων:

1. Αναγνώριση του θέματος από τα ενδιαφερόμενα μέρη.
2. Αμοιβαία συναίνεση για συζήτηση του θέματος και επίτευξη λύσης.
3. Προσπάθεια κατανόησης των ανησυχιών και των απόψεων του αντίπαλου ατόμου ή ομάδας.
4. Καθορισμός προσαρμογών στις στάσεις, τις συμπεριφορές και τις μεθόδους εργασίας και των δύο μερών που θα μειώσουν τα άβολα συναισθήματα.

5. Αναγνωρίζοντας τι προκαλεί την έκρηξη της σύγκρουσης.
6. Παρεμβάσεις τρίτων μεσολαβητών, όπως αυτές που γίνονται από το ανθρώπινο δυναμικό ή τα ανώτερα στελέχη.
7. Η ετοιμότητα του ενός ή και των δύο μερών να κάνουν παραχωρήσεις.
8. Συναίνεση για στρατηγική επίλυσης διαφορών.
9. Ανάλυση των επιπτώσεων τυχόν συμφωνιών αλλαγής.
10. Τιμωρία ή απόλυση εργαζομένων οι οποίοι αντιστέκονται στις προσπάθειες επίλυση των προστριβών.

Οι στρατηγικές οι οποίες και τα δύο μέρη μπορούν ή δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν για την επίλυση μιας διαφοράς αναφέρονται ως διαχείριση συγκρούσεων. Ένα εκτενές και διεξοδικά δοκιμασμένο παράδειγμα διαχείρισης συγκρούσεων βασίζεται σε ένα δισδιάστατο πλαίσιο. Το πόσο καλά αντιμετωπίζει ένα άτομο τα προσωπικά του προβλήματα σε ένα σενάριο σύγκρουσης αποτελεί την πρώτη διάσταση. Ο δεύτερος παράγοντας είναι το πόσο καλά αντιμετωπίζει κάποιος τις ανησυχίες του άλλου. Πέντε διακριτές τεχνικές διαχείρισης των συγκρούσεων παράγονται όταν αυτά τα δύο στοιχεία συνδυάζονται: η ενσωμάτωση, η υποχρέωση, η κυριαρχία ή ο αναγκασμός, η αποφυγή και ο συμβιβασμός. (Rahim, 2002)

Όπως φαίνεται και στην Εικόνα 1, η ενσωμάτωση απαιτεί μεγάλο βαθμό αυτογνωσίας και προσοχής για τα συμφέροντα του άλλου ατόμου. Η υποχρέωση υποδηλώνει λίγη ανησυχία για τον ίδιο του τον εαυτό και ισχυρή φροντίδα του άλλου μέρους. Το να κυριαρχείς δείχνει έντονο προσωπικό συμφέρον και λίγο ενδιαφέρον για τους άλλους. Οι άνθρωποι που αποφεύγουν την αντιπαράθεση δεν ενδιαφέρονται ούτε για τα δικά τους συμφέροντα ούτε για τα συμφέροντα του αντιπάλου. Ένα ενδιάμεσο έδαφος που δείχνει λίγη ανησυχία και στις δύο πλευρές είναι ο συμβιβασμός. (Leever, A. M. et al., 2010)



EIKONA 1:

*Επισκόπηση των στυλ διαχείριση των συγκρούσεων όπως ορίζονται από τον Rahim 1983
Πηγή: Leever et al. 2010,σελ. 614*

Οι περισσότερες διαπραγματεύσεις δύο μερών τελειώνουν σε μια κατάσταση κερδίζω-χάνεις, όπου το ένα μέρος κερδίζει σε βάρος του άλλου, μια κατάσταση χάνω-χάνεις όπου και οι δύο πλευρές υποφέρουν ως αποτέλεσμα της διαπραγμάτευσης ή μια κατάσταση κερδίζω-κερδίζεις, και τα δύο μέρη βγαίνουν εμπρός. Εάν οι συνομιλίες δεν καταλήξουν σε συμφωνία, τα μέρη αναγκάζονται να αναζητήσουν άλλες επιλογές.

Και τα δύο μέρη προσπάθησαν συχνά να κερδίσουν σε καταστάσεις κερδίζω-χάνεις, δίνοντας λίγη προσοχή στο αποτέλεσμα της άλλης πλευράς. Σε μια κατάσταση κερδίζω-χάνεις, το ένα μέρος επιτυγχάνει το εύρος του στόχου του, ενώ το άλλο μέρος υπολείπεται του εύρους στόχου του. Αυτό μπορεί να συμβεί όταν το ηττημένο μέρος διαπραγματεύεται ενάντια στα δικά του συμφέροντα ή όταν δεν γνωρίζει ποια είναι η καλύτερη εναλλακτική λύση για την επίτευξη λύσης. Τα αποτελέσματα κερδίζω-χάνεις μπορούν επίσης να προκληθούν από μια ποικιλία πρόσθετων στοιχείων, όπως ο εξαναγκασμός και η ασύμμετρη γνώση.

Εάν και οι δύο πλευρές χάσουν, θα αποδώσουν και οι δύο θέσεις διαπραγμάτευσης που είναι εκτός των αντικειμενικών τους στόχων. Και οι δύο πλευρές θα πρέπει να αντιμετωπίσουν τα αρνητικά αποτελέσματα της αποτυχίας επίτευξης

συμφωνίας, εάν το ένα ή και τα δύο μέρη δεν είναι σε θέση να αποχωρήσουν από τη συζήτηση αλλά είναι απρόθυμα να κάνουν συμβιβασμούς. Μια λογική συμφωνία που δεν είναι ευνοϊκή και για τις δύο πλευρές μπορεί επίσης να επιτευχθεί εάν και τα δύο μέρη ήταν υπερβολικά πρόθυμα να κάνουν παραχωρήσεις. Ομοίως, εάν και οι δύο πλευρές πιστεύουν ότι αυτό που προτείνει η άλλη πλευρά θα ήταν επωφελές, θα μπορούσαν να καταλήξουν σε μια απόφαση για την οποία αργότερα θα μετανιώσουν.

Σε μια κατάσταση win-win, και οι δύο πλευρές φτάνουν, τουλάχιστον, στα επιθυμητά αποτελέσματα. Αυτό μπορεί απλώς να συνεπάγεται την εύρεση μιας λογικής λύσης η οποία να ωφελεί και τις δύο πλευρές ή θα μπορούσε να συνεπάγεται την εξεύρεση μιας νέας λύσης που ενισχύει τις θέσεις και των δύο μερών. Υπάρχει μεγάλη πιθανότητα η διαπραγμάτευση να καταλήξει σε νίκη και για τα δύο μέρη, εάν και τα δύο μέρη έρθουν στο τραπέζι με στόχους που είναι αποδεκτοί μεταξύ τους. Τα πιο αξιόπιστα αποτελέσματα των συνομιλιών είναι τα win-win αποτελέσματα. Εάν και οι δύο πλευρές είναι ικανοποιημένες με τη συμφωνία, είναι λιγότερο πιθανό να αποσυρθούν σε μεταγενέστερη ημερομηνία. Χτίζοντας τη βάση για μια συνεργασία συνεργασίας, και οι δύο πλευρές έχουν κίνητρο να συμμετάσχουν σε περαιτέρω διαπραγματεύσεις.

Οι καθηγητές μανάτζμεντ, από το Πανεπιστήμιο του Pittsburgh, Kenneth W. Thomas και ο Ralph H. Kilmann δημιούργησαν το Thomas – Kilmann Mode Instrument (TKI) στις αρχές της δεκαετίας του 1970. Βασίζεται στις θεωρητικές επεξεργασίες του Kenneth Thomas σχετικά με ένα μοντέλο στυλ διοικητικών συγκρούσεων το οποίο εμπνεύστηκαν από τους Robert Blake και Jane Mouton τη δεκαετία του 1960. Το Thomas – Kilmann Mode Instrument δημιουργήθηκε αρχικά από τους Thomas και Kilmann ως ερευνητικό όργανο. Χρησιμοποιείται ως μετρητής για τις πέντε τεχνικές χειρισμού των συγκρούσεων: αποφυγή, συμβιβασμός, συνεργασία, προσαρμογή και ανταγωνισμός ώστε να αντιμετωπίζονται γρήγορα και αποτελεσματικά οι συγκρούσεις.

Για περισσότερα από 40 χρόνια, το όργανο Thomas-Kilmann ήταν το «κλειδί» για την αξιολόγηση της επίλυσης των συγκρούσεων. Από το 1974 που εκδόθηκε, το μοντέλο έχει τυπωθεί σε περισσότερα από 8.000.000 αντίτυπα. Είναι διαθέσιμο σε αρκετές διαφορετικές γλώσσες εκτός τα πρωτότυπα αγγλικά όπως γαλλικά, γερμανικά, ισπανικά, ρωσικά και πολλές άλλες γλώσσες.

Οι σύμβουλοι οργανωσιακής ανάπτυξης και ανθρώπινου δυναμικού το χρησιμοποιούν ως αρχή συζήτησης για να αναδείξουν απαιτητικά θέματα και να βοηθήσουν τους ανθρώπους να κατανοήσουν πώς οι διαφορετικές φιλοσοφίες

διαχείρισης συγκρούσεων επηρεάζουν τη διαπροσωπική, ομαδική και οργανωτική δυναμική.

Στο μοντέλο αυτό υπάρχουν λοιπόν πέντε στρατηγικές χειρισμού των συγκρούσεων, αλλά προτού ξεκινήσουμε με την ανάλυσή τους, θα πρέπει να κατηγοριοποιήσουμε τη συμπεριφορά του ατόμου σε δύο διαστάσεις. Ο πρώτος παράγοντας είναι η αυτοπεποίθηση, η οποία μετρά στο κατά πόσο το άτομο προσπαθεί να χειριστεί τα δικά του ζητήματα και τις δικές του ανησυχίες. Η δεύτερη διάσταση είναι η συνεργατικότητα, η οποία αναφέρεται στο κατά πόσο το άτομο προσπαθεί να ανταποκριθεί στα ζητήματα των άλλων ανθρώπων.

Σύμφωνα με το μοντέλο Thomas-Kilmann Conflict, αυτές οι δύο διαστάσεις κατηγοριοποίησης της συμπεριφοράς του ατόμου δημιουργούν πέντε στρατηγικές επίλυσης των διαφορών οι οποίες είναι οι εξής:

- **Ανταγωνισμός (competing):** Στο σχήμα 1 βρίσκεται στη πάνω αριστερή γωνία. Αυτή η στρατηγική δεν έχει ως στόχο τη συνεργασία των δύο πλευρών αλλά εις βάρος της άλλης, η μία πλευρά τα καταφέρνει. Όταν δύο πλευρές συγκρούονται, η μία πλευρά προσπαθεί να βγει υπεράνω της άλλης και δεν υπάρχει περίπτωση να δημιουργηθεί ένα κλίμα συζήτησης μεταξύ τους. Επιλέγεται συνήθως ως μια γρήγορη επιλογή σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης κάθε φορά που δεν υπάρχει χρόνος για συζήτηση και τεχνικές συνεργασίας. Συνήθως χρησιμοποιείται όταν τα εμπλεκόμενα μέρη είναι διαφορετικού επιπέδου και έχουν σχέση υφιστάμενου - προϊσταμένου. Αποτέλεσμα σε αυτή τη στρατηγική είναι η μία πλευρά να επικρατεί και η άλλη να αποτυγχάνει, «κερδίζω-χάνεις».

- **Συνεργασία (collaborating):** Στο σχήμα 1 βρίσκεται πάνω δεξιά. Αυτή η στρατηγική έχει ως στόχο την ικανοποίηση και των δύο εμπλεκόμενων πλευρών. Και οι δύο πλευρές προσπαθούν να συνεργαστούν μεταξύ τους για να βρεθεί από κοινού μια ευεργετική λύση στη σύγκρουσή τους για να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους και τις ανησυχίες τους. Είναι η καλύτερη στρατηγική επίλυσης διότι χαρακτηρίζεται διεκδικητική, παραγωγική και πλήρως ευεργετική στην αντιμετώπιση σοβαρών προβλημάτων, ικανοποιώντας όμως και τις δύο πλευρές που εμπλέκονται. Επιπλέον, οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να πετύχουν και τους ατομικούς στόχους τους ο καθένας ξεχωριστά αλλά και κοινούς στόχους για το κλάδο στον οποίο εργάζονται. Αποτέλεσμα αυτής είναι και η μία πλευρά και η άλλη να κερδίζει, «κερδίζω-κερδίζεις».

- **Συμβιβασμός (compromising):** Στο σχήμα 1 βρίσκεται στο μέσον. Αυτού του είδους η μέθοδος διαχείρισης λύσεων είναι η μέση λύση μεταξύ του ανταγωνισμού και του

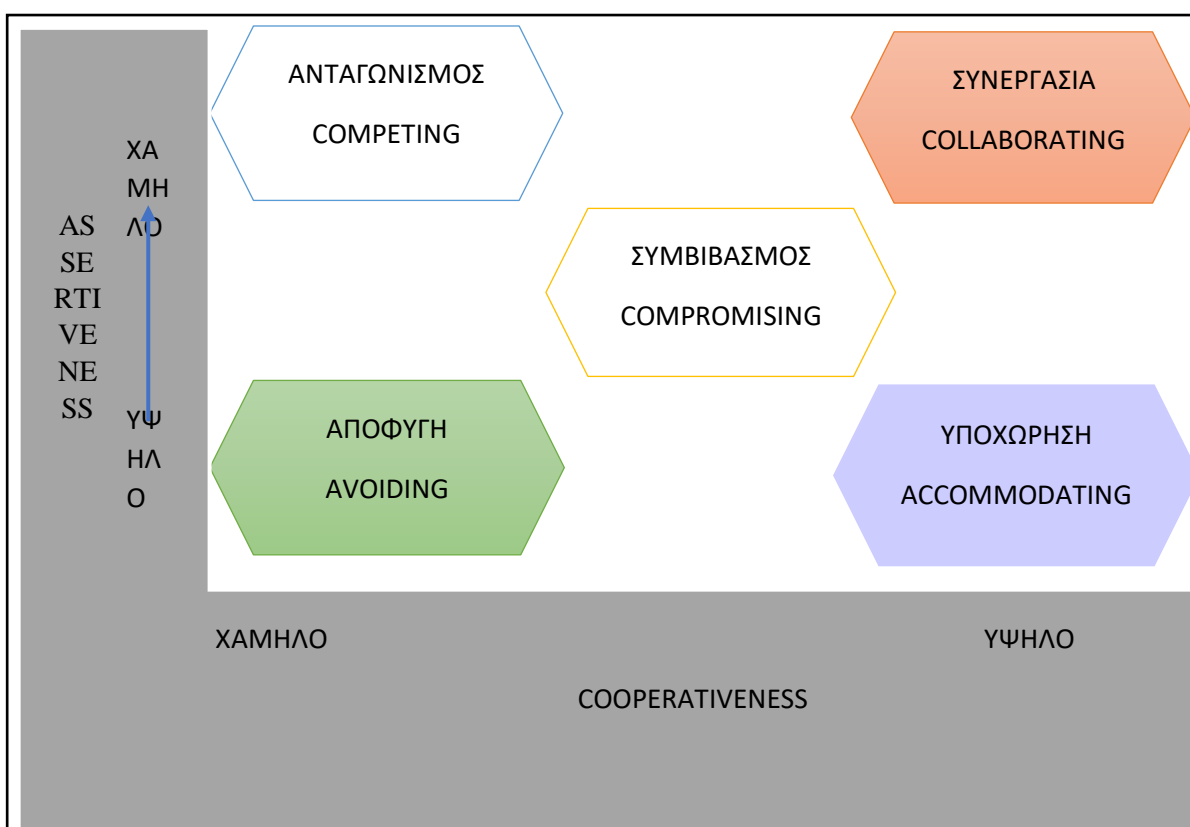
συμβιβασμού. Στοχεύει σε μία αποδεκτή και γρήγορη λύση η οποία ικανοποιεί εν μέρει και τα δύο μέρη. Αντιμετωπίζει το πρόβλημα της σύγκρουσης πολύ γρήγορα και δεν αναλύει το πρόβλημα λεπτομερώς όπως κάνει η στρατηγική μέσω της συνεργασίας. Ακόμα ο συμβιβασμός αποτελεί και την επίτευξη της συμφωνίας μεταξύ των δύο πλευρών. Αποτέλεσμα αυτής της στρατηγικής είναι «κερδίζω-χάνεις» και «χάνω - κερδίζεις». Επομένως, όταν υπάρχει έλλειψη χρόνου και όταν τα ενδιαφερόμενα μέρη έχουν ίση εξουσία, είναι μια βιώσιμη τεχνική να βρεθεί μια προσωρινή λύση.

▪ Αποφυγή (avoiding): Στο σχήμα 1 βρίσκεται στη κάτω αριστερά γωνία. Αυτή η μέθοδος διαχείρισης των λύσεων τα εμπλεκόμενα μέρη δεν θέλουν να δεχθούν ότι υπάρχει διαφωνία, την αγνοούν και αποφεύγουν εντελώς τη σύγκρουση. Επιλέγουν να μην κάνουν τίποτα, την αδράνεια. Τα άτομα αυτά που επιλέγουν τη συγκεκριμένη στρατηγική έχουν ελάχιστο ενδιαφέρον για να επιτύχουν τους δικούς τους στόχους αλλά και των άλλων. Ως αποτέλεσμα αυτής της μεθόδου είναι «χάνω - χάνεις».

▪ Υποχώρηση (accommodating): Στο σχήμα 1 βρίσκεται κάτω δεξιά. Αυτή η τεχνική χρησιμοποιείται όταν η μία πλευρά υποχωρεί για να ικανοποιηθεί η άλλη πλευρά. Η μία πλευρά υποχωρεί, παραμελεί το άτομο τις δικές του ανησυχίες και θυσιάζεται για να αντιμετωπιστούν θέματα της άλλης πλευράς. Επομένως είναι μία πράξη συμφιλίωσης και αυτοθυσίας και μπορεί η μέθοδος αυτή να βοηθήσει στη διατήρηση των διαπροσωπικών σχέσεων. Σε ακραίες περιπτώσεις το συμφιλιωτικό άτομο θα λάβει μία στάση να απολογηθεί για να μη διαταραχθούν σε μεγάλο βαθμό οι σχέσεις. Η επίλυση των συγκρούσεων χρησιμοποιώντας αυτή τη προσέγγιση της υποχώρησης, δεν είναι διεκδικητική και συνήθως είναι χρήσιμη όταν οι περιπτώσεις των συγκρούσεων εκφέρουν μία ατμόσφαιρα ειρηνική. Το μειονέκτημα αυτής της προσέγγισης είναι ότι μπορεί να χαρακτηριστεί και συγκάλυψη. Δηλαδή να κυριαρχούν στην επιφάνεια αρμονικές σχέσεις αλλά κάτω από την επιφάνεια και σε διάφορες χρονικές στιγμές να εκδηλώνονται συγκρούσεις. Αποτέλεσμα αυτή της στρατηγικής είναι «χάνω-κερδίζεις».

Όταν προκύψει μία διαφωνία μεταξύ των εργαζομένων, η βοήθεια του προϊσταμένου δεν πρέπει να επικεντρώνεται μόνο στην επίλυση του ζητήματος αλλά και στην ενίσχυση της παραγωγικότητας. Η διαχείριση των συγκρούσεων διευκολύνεται από την ατμόσφαιρα σεβασμού, εμπιστοσύνης και συνεργασίας της διοίκησης και από την ενθάρρυνση της ανάπτυξης των εργαζομένων. Ακολουθούν ορισμένες στρατηγικές με τις οποίες ο διευθυντής μπορεί να βοηθήσει τους εργαζόμενους του να επιλύσουν τις διαφορές. Αρχικά αποσαφηνίζοντας τους λόγους και τις αιτίες που δημιουργείται η σύγκρουση και εξασφαλίζοντας ένα ήσυχο περιβάλλον εργασίας. Στο ήσυχο αυτό

περιβάλλον ο προϊστάμενος καλεί τα εμπλεκόμενα μέρη της σύγκρουσης και κάνουν συζήτηση εκφράζοντας σκέψεις και συναισθήματα, ενθαρρύνοντας έτσι την ανοικτή επικοινωνία των εργαζομένων. Εστιάζοντας στην ίδια την διαφορά, ο προϊστάμενος πρέπει να μπορεί να βοηθήσει στην ανακάλυψη εναλλακτικών λύσεων. Η σωστή χρονική στιγμή στην οποία θα παρέμβει ο προϊστάμενος, πρέπει να είναι του ίδιου και να επιλεγεί με μεγάλη προσοχή. Ο προϊστάμενος λοιπόν συμβάλλει ώστε να διαμορφώνεται ένα καλό εργασιακό κλίμα με επίλυση των προστριβών.



ΠΙΝΑΚΑΣ 2:

Οι πέντε διαστάσεις της στρατηγικής επίλυσης των συγκρούσεων κατά του Thomas-Kilmann Conflict Model (Thomas Kilmann 1992, ίδια επεξεργασία)

Η ικανότητα του νοσηλευτή να επικοινωνεί αποτελεσματικά με την πολυεπιστημονική ομάδα του ασθενούς, η οποία περιλαμβάνει τον γιατρό, ενισχύει τα αποτελέσματα των ασθενών και καλλιεργεί μια επαγγελματική ατμόσφαιρα. Σύγκρουση ή ένταση αυτής της φύσης μπορεί να ξεκινήσει οπουδήποτε, για παράδειγμα μια νοσηλεύτρια διορθώνει έναν γιατρό ή ένας γιατρός θα μπορούσε επίσης να κάνει μια νοσηλεύτρια να φαίνεται ανίκανη μπροστά σε έναν ασθενή ή ένας γιατρός φωνάζει σε μια νοσηλεύτρια. Δεν υπάρχει μεγάλη διαφορά μεταξύ της επίλυσης συγκρούσεων στους

επαγγελματίες υγείας και της επίλυσης διαφωνιών σε σχέσεις μεταξύ των νοσηλευτών και νοσηλευτριών. Ακολουθούν τέσσερις τεχνικές για να βελτιωθεί η εργασιακή εμπειρία και οι επικοινωνιακές δεξιότητες, να απαιτηθεί σεβασμός, να αντιμετωπιστεί ο εκφοβισμός και να αποφευχθεί η σύγκρουση με έναν γιατρό.

1. Δυναμική και ξεκάθαρη επικοινωνία

Ο χρόνος των γιατρών είναι πολύτιμος αφού επισκέπτονται πολλούς ασθενείς και είναι συχνά απασχολημένοι. Για να προστατεύσει ο νοσηλευτής τον εαυτό του και την ασφάλεια του ασθενούς, πρέπει να βεβαιωθεί ότι ο πάροχος είναι ενήμερος για τυχόν σχετικά γεγονότα και ότι γνωρίζει τυχόν ανησυχίες που μπορεί να έχετε για τον ασθενή. Ο νοσηλευτής πρέπει να υπενθυμίζει στον γιατρό ότι οι αξιολογήσεις, οι ανακαλύψεις και οι ανησυχίες του είναι σημαντικές αφού είναι μέλος της ομάδας υγειονομικής περίθαλψης του ασθενούς. Έχετε σημαντικό ρόλο στη θεραπεία του ασθενούς με οποιοδήποτε άλλο μέλος της ομάδας. Όπως οι γιατροί, έτσι και οι νοσηλευτές έχετε την άδεια να υποστηρίζετε και την εξουσία να περιμένετε σεβασμό.

2. Απλά πες το

Μερικές φορές ο γιατρός δεν γνωρίζει ότι οι αλληλεπιδράσεις τους με άλλους εκλαμβάνονται ως προκλητικές. Ο νοσηλευτής πρέπει να ενημερώσει τον γιατρό ότι αισθάνθηκε ασέβεια και να δώσει συγκεκριμένα παραδείγματα για να αποδείξει την άποψή του. Η γνώση του πότε πρέπει να επιλυθεί ένα πρόβλημα είναι βασικό συστατικό της επίλυσης συγκρούσεων στη νοσηλευτική. Για να ελαχιστοποιηθούν οι περισσότερες συγκρούσεις, ίσως είναι σκόπιμο να επιλυθεί η κατάσταση αθόρυβα.

3. Για την αναφορά συμβάντων, ο νοσηλευτής να είναι εξοικειωμένος με τη αλυσίδα της διοίκησης.

Η γνώση της αλυσίδας διοίκησης είναι ζωτικής σημασίας κατά την αναφορά περιστατικών, επειδή υπάρχει στους περισσότερους οργανισμούς. Η υπεύθυνη νοσοκόμα είναι η πρώτη της αλυσίδας της διοίκησης, μετά ο διευθυντής της μονάδας ή ο διευθυντής της νοσηλευτικής. Ωστόσο, τα περισσότερα ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης διαθέτουν έναν υπεύθυνο ασφάλειας ή συμμόρφωσης με τον οποίο ο νοσηλευτής μπορεί να επικοινωνήσει εάν δεν επιλύσουν το πρόβλημα. Ωστόσο, μετά πρέπει να απευθυνθεί και να μιλήσει με τον επικεφαλής του τμήματος ανθρώπινου δυναμικού.

4. Αναφερθείτε σε καταχρηστική και ενοχλητική συμπεριφορά

Ο εκφοβισμός των νοσηλευτών είναι ένα πρόβλημα που μαστίζει τον τομέα της υγείας. Ωστόσο, θα πρέπει ο νοσηλευτής να το αναφέρει αμέσως εάν πιστεύει ότι ένας

γιατρός του έχει επιτεθεί ή τον εκφοβίζει. Είναι ζωτικής σημασίας να καταβάλλει προσπάθειες για την επίλυση των διαφορών το συντομότερο δυνατό, κάτι που συχνά συμβαίνει αμέσως μετά το περιστατικό. Αυτά τα περιστατικά δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν εάν δεν αναφερθούν. Πρέπει να αναφέρετε με συνέπεια την επίθεση ή την σεξουαλική παρενόχληση, τις απειλές για βλάβη του ατόμου, την σωματική επίθεση ή και οποιεσδήποτε προσβολές σε σχέση με το φύλο, τη θρησκεία, την εθνική καταγωγή, την ηλικία ή την αναπηρία.

Προκειμένου να διατηρηθεί η μέγιστη παραγωγικότητα και μια φιλόξενη και ασφαλής ατμόσφαιρα, η επίλυση συγκρούσεων είναι σημαντική στη νοσηλευτική. Είναι αναμφισβήτητο ότι μια καλή ομάδα υγειονομικής περίθαλψης θα είναι σε θέση να χειριστεί τις συγκρούσεις αποτελεσματικά, και με τον τρόπο αυτό, θα ενισχύσει την απόδοση και την ασφάλεια των ασθενών αλλά και των ίδιων επαγγελματιών υγείας που εργάζονται εκεί.

Θα γίνονται λιγότερα λάθη, θα βελτιωθεί η ομαδική εργασία και συνεργασία και των νοσηλευτών και όλων των εργαζομένων του οργανισμού υγείας. (Aspen University)

2.6: Κριτήρια και οφέλη για τη διαχείριση των συγκρούσεων

Καθημερινά, οι επαγγελματίες υγείας αλληλοεπιδρούν με συναδέλφους, με τους ασθενείς και με τις οικογένειες από ποικίλα υπόβαθρα. Επειδή περιλαμβάνει διάφορες απόψεις, αξίες, πρακτικές και θρησκείες, η ποικιλία αυτή αυξάνει την πιθανότητα της σύγκρουσης. Η ενισχυμένη πολιτιστική ικανότητα μπορεί να βελτιώσει την επικοινωνία και τη διαχείριση των συγκρούσεων. Κάθε κατάσταση σύγκρουσης απαιτεί μια διαφορετική προσέγγιση διαχείρισης συγκρούσεων. Η πιο επιτυχημένη προσέγγιση απαιτεί γνώση της σχέσης μεταξύ των εμπλεκόμενων μερών, της σημασίας του ζητήματος και του διαθέσιμου χρόνου για την επίλυση της σύγκρουσης.

Οι τεχνικές διαχείρισης συγκρούσεων πρέπει να πληρούν ορισμένες απαιτήσεις για να είναι αποτελεσματικές. Τα ακόλουθα κριτήρια μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη λήψη αποφάσεων στη διοίκηση γενικά, αλλά είναι ιδιαίτερα χρήσιμα και για τη διαχείριση των συγκρούσεων:

1. Αποτελεσματικότητα και μάθηση μέσα στον οργανισμό: Ο στόχος των τεχνικών διαχείρισης των συγκρούσεων πρέπει να είναι η βελτίωση της οργανωσιακής μάθησης. Η οργανωσιακή μάθηση αναμένεται να οδηγήσει σε μακροπρόθεσμη αποτελεσματικότητα. Θα πρέπει να αναπτυχθούν τεχνικές διαχείρισης συγκρούσεων για τη βελτίωση της κριτικής και δημιουργικής σκέψης, ώστε οι άνθρωποι να μπορούν να

μάθουν πώς να διαγιγνώσκουν τα σωστά προβλήματα και να παρεμβαίνουν κατάλληλα για την επίτευξη αυτού του στόχου. Οι περισσότεροι ακαδημαϊκοί συνδέουν την οργανωτική μάθηση με την απόκτηση γνώσης και τη βελτιωμένη απόδοση ως μια διαδικασία που αναπτύσσεται και εξελίσσεται με το χρόνο.

Για παράδειγμα, κάποιιοι ισχυρίζονται ότι η αλλαγή της συμπεριφοράς είναι απαραίτητη για τη μάθηση, ενώ άλλοι υποστηρίζουν ότι αρκεί απλώς η υιοθέτηση νέων τρόπων σκέψης. Κάποιοι ισχυρίζονται ότι η μέθοδος με την οποία λαμβάνει χώρα η μάθηση είναι η επεξεργασία πληροφοριών, ενώ άλλοι προτείνουν κοινές ιδέες, οργανωτικά πρότυπα ή ακόμα και μνήμη. Και παρόλο που μερικοί άνθρωποι πιστεύουν ότι η οργανωτική μάθηση είναι τυπική, άλλοι πιστεύουν ότι οι ανακριβείς ερμηνείες που εξυπηρετούν τον εαυτό τους είναι πιο χαρακτηριστικές.

Ένας οργανισμός ο οποίος μπορεί να δημιουργήσει, να αποκτήσει γνώση καθώς και να αλλάξει συμπεριφορά για να λαμβάνει υπόψη φρέσκες πληροφορίες και ιδέες, λέγεται ότι είναι ένας οργανισμός μάθησης.

2. Ανάγκες των ενδιαφερομένων: Οι στόχοι των στρατηγικών διαχείρισης των συγκρούσεων πρέπει να είναι η εξισορρόπηση των συμφερόντων των στρατηγικών ενδιαφερομένων και η ικανοποίηση των απαιτήσεων και των προσδοκιών τους. Πρέπει να επισημανθεί ότι είναι σημαντική η επιλογή των κατάλληλων ενδιαφερομένων για την αντιμετώπιση των κατάλληλων ζητημάτων. Η δυσκολία της διαχείρισης των συγκρούσεων θα ήταν να συμπεριληφθούν αυτά τα μέρη σε μια διαδικασία επίλυσης προβλημάτων η οποία θα προάγει τη συλλογική μάθηση και την οργανωσιακή επιτυχία όταν υπάρχουν πολλά μέρη που συμμετέχουν σε μια σύγκρουση σε έναν οργανισμό. Οι σχετικοί ενδιαφερόμενοι θα πρέπει να είναι ικανοποιημένοι ως αποτέλεσμα αυτής της προσέγγισης.

3. Ηθική: Ένας έξυπνος ηγέτης πρέπει να συμπεριφέρεται ηθικά και για να το κάνει αυτό, ο ηγέτης πρέπει να είναι ευέλικτος και δεκτικός στη νέα γνώση. Ομοίως, οι υφιστάμενοι και οι άλλοι ενδιαφερόμενοι έχουν την ευθύνη να μιλήσουν εναντίον του προϊσταμένου, όταν οι συνέπειες της επιλογής ενός επόπτη είναι πιθανό να έχουν σημαντικές επιπτώσεις. Για την αποτελεσματική διευθέτηση των συγκρούσεων, οι οργανισμοί θα πρέπει να θεσμοθετήσουν τις θέσεις του εκπροσώπου των εργαζομένων, του εκπροσώπου των πελατών και των προμηθευτών και του εκπροσώπου των μετόχων. Επομένως, υπάρχει ελπίδα για ένα καλύτερο ιστορικό των οργανωσιακών συγκρούσεων οι οποίες αντιμετωπίζονται με ηθικό τρόπο μόνο αν τυχόν αυτοί οι υπεύθυνοι λήψης αποφάσεων των εταιρειών και των οργανισμών δώσουν προσοχή στους υποστηρικτές.

Επομένως, για να επιτύχουν τους στόχους τους, οι επαγγελματίες υγείας στους οργανισμούς πρέπει να συνεργαστούν για να ξεπεράσουν τις δυσκολίες. Δίνοντας έμφαση στις βασικές αρχές που είναι απαραίτητες τόσο για την ατομική όσο και για την οργανωσιακή απόδοση, η δημιουργία της οργανωσιακής κουλτούρας είναι ένα σημαντικό εργαλείο για τη βελτίωση του εργασιακού περιβάλλοντος. Οι τυπικές συμπεριφορές καθορίζονται από την οργανωσιακή κουλτούρα, η οποία έχει επίσης αντίκτυπο στον τρόπο με τον οποίο τα άτομα ενός νοσοκομείου αλληλοεπιδρούν μεταξύ τους. Μία ισχυρή οργανωσιακή κουλτούρα πρέπει να ανταποκρίνεται σε ένα δυναμικό περιβάλλον στο οποίο πρέπει να προσαρμοστεί προκειμένου να διατηρήσει τις παραγωγικές και επιτυχημένες εργασιακές σχέσεις των μελών της. Για την προώθηση του ομαδικού πνεύματος, είναι σημαντικό τα μέλη του οργανισμού να κατανοήσουν και να εφαρμόσουν τις διαδικασίες επίλυσης των διαφορών. Η προσέγγιση η οποία επιλύει καλύτερα τη διαφωνία εξαρτάται από τις περιστάσεις. Οι διαχειριστές των έργων θα είναι πιο παραγωγικοί στην εργασία τους εάν έχουν βασική γνώση των τεχνικών επίλυσης διαφορών. Η οικοδόμηση εμπιστοσύνης στο χώρο εργασίας είναι απαραίτητη για την αποφυγή των διαφορών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ

3.1: Έννοια της οργανωσιακής κουλτούρας

Η ανθρωπολογική βιβλιογραφία έχει μακρά ιστορία και περιέχει πολυάριθμες αναφορές σε έννοιες όπως η κουλτούρα. Ο όρος κουλτούρα προέρχεται από το γερμανικό ρήμα Kultur και από τη λατινική λέξη cultura, η οποία σημαίνει η καλλιέργεια της γης και του πνεύματος. Μια δομημένη κοινωνική ομάδα ορίζεται από μια συλλογή γνώσεων, τεχνολογικών προόδων, παραδόσεων, εθίμων και προτύπων συμπεριφοράς. Στον ευρύτερο ορισμό της λέξης, ο όρος αναφέρεται στην ανάπτυξη του μυαλού και της ψυχής ενός ατόμου κατά τη διάρκεια μιας παρατεταμένης περιόδου εκπαίδευσης και μάθησης.

Στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, η εφαρμογή αυτών των εννοιών σε οργανισμούς ξεκίνησε στην πρώιμη μεταπολεμική περίοδο, αλλά απέκτησε ευρεία προβολή στη δεκαετία του 1980. Την τελευταία δεκαετία το ενδιαφέρον για την οργανωσιακή κουλτούρα έχει αυξηθεί ραγδαία και έχει λάβει εκτενή μελέτη σε πολλά περιβάλλοντα του κλάδου, συμπεριλαμβανομένων των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης. (Davies HTO, 2000)

Ο Young (1994) υπογραμμίζει την κουλτούρα της σύγχρονης υγειονομικής περίθαλψης σε μια λίστα πιέσεων που αντιμετωπίζουν οι διευθυντές νοσηλευτών. (Hewison, 1996)

Ο ορισμός της οργανωσιακής κουλτούρας αποτελεί αντικείμενο μελέτης αρκετών θεωρητικών από διαφορετικά επιστημονικά πεδία της κοινωνιολογίας, της ανθρωπολογίας αλλά και της εθνολογίας. Σύμφωνα με τους Allaire και Firsirotu (1984), «η υιοθέτηση ενός συγκεκριμένου ορισμού της κουλτούρας είναι μια δέσμευση σε συγκεκριμένες εννοιολογικές παραδοχές και τρόπους μελέτης της κουλτούρας». (Hewison, 1996)

Ωστόσο, μερικοί από τους πιο αντιπροσωπευτικούς ορισμούς οι οποίοι χρησιμοποιούνται μέσα στη βιβλιογραφία θα αναλυθούν παρακάτω.

Ο Schein Edgar, θεωρείται από τους πιο κορυφαίους μελετητές της έννοιας της οργανωσιακής κουλτούρας και έδωσε ένα γνωστό και τον πληρέστερο ορισμό. Θεωρεί ότι η «κουλτούρα είναι ένα δομημένο σύνολο από βασικές παραδοχές που έχουν ανακαλυφθεί από μια ομάδα καθώς αυτή μαθαίνει να αντιμετωπίζει προβλήματα εξωτερικής προσαρμογής ή εσωτερικής ολοκλήρωσης, οι οποίες έχουν αποδώσει ικανοποιητικά στο παρελθόν ώστε να θεωρούνται έγκυρες και επομένως μπορούν να

διδαχθούν σε νέα μέλη ως ο σωστός τρόπος αντίληψης, σκέψης, αίσθησης σχετικά με τα προβλήματα αυτά». (Γούλα, 2014:34)

Κάθε οργανισμός έχει ένα ξεχωριστό στυλ εργασίας το οποίο επηρεάζει την κουλτούρα του. Η κουλτούρα ενός οργανισμού διαμορφώνεται από τις πεποιθήσεις, τις ιδεολογίες, τις αρχές και τις αξίες του. Στα μέλη της οργάνωσης δίνονται οι κώδικες συμπεριφοράς τους από αυτό το πρότυπο κοινών ιδεών, απόψεων και ιδανικών. Η κουλτούρα του χώρου εργασίας διέπει τον τρόπο με τον οποίο οι εργαζόμενοι αλληλοεπιδρούν μεταξύ τους τόσο εντός του οργανισμού καθώς και με άτομα εκτός του οργανισμού.

«Η γνωστική προοπτική για την κουλτούρα βασίζεται στην προϋπόθεση ότι η κουλτούρα δεν μπορεί να επιβληθεί στο κοινωνικό περιβάλλον αλλά αναδύεται μέσα από την κοινωνική αλληλεπίδραση (Morgan,1986)». (Hewison, 1996:6) «Αυτή η προσέγγιση βλέπει την οργανωσιακή κουλτούρα ως μια ανθρωπολογική μεταφορά ή παράδειγμα για την ανάλυση των οργανισμών ως μικροκοινωνιών». (Scott,2003)

Ακόμα, η Smirich (1983) θεωρεί την κουλτούρα ως ένα σύνολο σκέψεων και γνωστικών γνώσεων που παράγονται στο μυαλό των ανθρώπων και αποτελούν δίκτυα κοινών υποκειμένων νοημάτων ή πλαισίων αναφοράς, τα οποία φαίνεται να λειτουργούν με παρόμοιο τρόπο. «Σε αυτή τη προοπτική έρχεται να συμπληρώσει η προσέγγιση των Allaire & Firsirotu (1984) οι οποίοι υποστηρίζουν ότι η οργανωσιακή κουλτούρα μπορεί να θεωρηθεί ως ένα σύστημα γνώσης και μαθημένων προτύπων αντίληψης, πιστεύοντας, αξιολογώντας και ενεργώντας». (Hewison, 1996:7)

Ο Barley (1983) επεσήμανε ότι όλες οι μελέτες για την κουλτούρα, ανεξάρτητα από τη θεωρητική τους προέλευση, χρησιμοποιούν εύλογα παρόμοιους όρους και κατασκευές. Υπάρχουν διαφορές μεταξύ των ερευνητών ως προς το πόσο αντικειμενική ή υποκειμενική, συνειδητή ή ασυνείδητη είναι η χρήση αυτών των όρων και δομών και ως προς τα στοιχεία που θεωρούν κατάλληλα προς μελέτη. Συνήθως, οι ερευνητές έχουν συμφωνήσει ότι η κουλτούρα μπορεί να θεωρηθεί ως ένα σύνολο γνωστικών γνώσεων που μοιράζονται τα μέλη μιας κοινωνικής μονάδας. (O'Reilly, C. A., Chatman, J., & Caldwell, D. F., 1991)

Σύμφωνα με τον Wright (1994), ο όρος οργανωσιακή κουλτούρα χρησιμοποιείται συνήθως σε μελέτες οργάνωσης για να περιγράψει τέσσερα διαφορετικά πράγματα: (1)την ταυτότητα, τις άτυπες έννοιες, τις στάσεις και τις αξίες ενός εργατικού δυναμικού, (2)την ταυτότητα ενός εργατικού δυναμικού, (3) την επίσημη οργανωτική δομή και (4) τα προβλήματα διαχείρισης εταιρειών με διαδικασίες παραγωγής ή σημεία εξυπηρέτησης σε

πολλές χώρες, η καθεμία με διαφορετική εθνική κουλτούρα. Οι επιλογές 1 και 3 είναι αυτές που χρησιμοποιούνται συχνότερα στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης. (Hewison, 1996)

Η οργανωσιακή κουλτούρα είναι απλώς ο έλεγχος της διοίκησης με μια νέα μορφή, υποστηρίζει ο Willmott (1983). Είναι ένα εργαλείο το οποίο χρησιμοποιείται για τη συστηματοποίηση και τη νομιμοποίηση ενός τρόπου ελέγχου που διαμορφώνει και ρυθμίζει την πρακτική συνείδηση κατά των ασυνείδητων προσπαθειών των εργαζομένων. Οι Linstead και Grafton-Small (1992), χρησιμοποιώντας μία μεταμοντερνιστική προοπτική, υποστηρίζουν ότι η κουλτούρα στους οργανισμούς πρέπει να διαβαστεί ως ένα κείμενο για να κατανοηθεί το νόημά της. Η ερμηνευτική προσέγγιση περιλαμβάνει την ανάλυση των δικτύων, των συμβόλων, των νοημάτων, των μορφών και την μετάδοση του οργανωτικού περιβάλλοντος. (Hewison, 1996)

Σύμφωνα με τους Kreitner και Kinicki (2008), ένας ορισμός της οργανωσιακής κουλτούρας είναι «το σύνολο των κοινών, θεωρούμενων ως δεδομένων, σιωπηρών υποθέσεων που κρατά μια ομάδα και που καθορίζουν πώς αντιλαμβάνεται, σκέφτεται και αντιδρά στα διάφορα περιβάλλοντά της». (Zhou, P., Bundorf, K., Le Chang, J., Huang, J.X. and Xue, D., 2011:2140) Επιπλέον, ένας πυρήνας θεμελιωδών τεκμηρίων αποτελεί την κουλτούρα, σύμφωνα με τους Hatch και Cunliffe (2006). Αυτά τα τεκμήρια εμφανίζονται σε κανόνες και σε αξίες συμπεριφοράς, οι οποίες με τη σειρά τους ενθαρρύνουν συμπεριφορές οι οποίες αντικατοπτρίζουν την οργανωσιακή κουλτούρα. (Zhou, P., Bundorf, K., Le Chang, J., Huang, J.X. and Xue, D., 2011)

Σύμφωνα με τον Chu (2003), η οργανωσιακή κουλτούρα αντιπροσωπεύει τις αξίες, τις πεποιθήσεις και τις πράξεις ενός ατόμου, εκτός από την ασυνείδητη κοινή αίσθηση του τι είναι καλό και κακό, επιθυμητό και ανεπιθύμητο. Θεωρεί ότι η κουλτούρα είναι μέρος των κανονισμών, οποίοι ρυθμίζουν τα καθήκοντα και τις πράξεις με τις οποίες λειτουργούν οι εργαζόμενοι. (Κουλούρη, 2019)

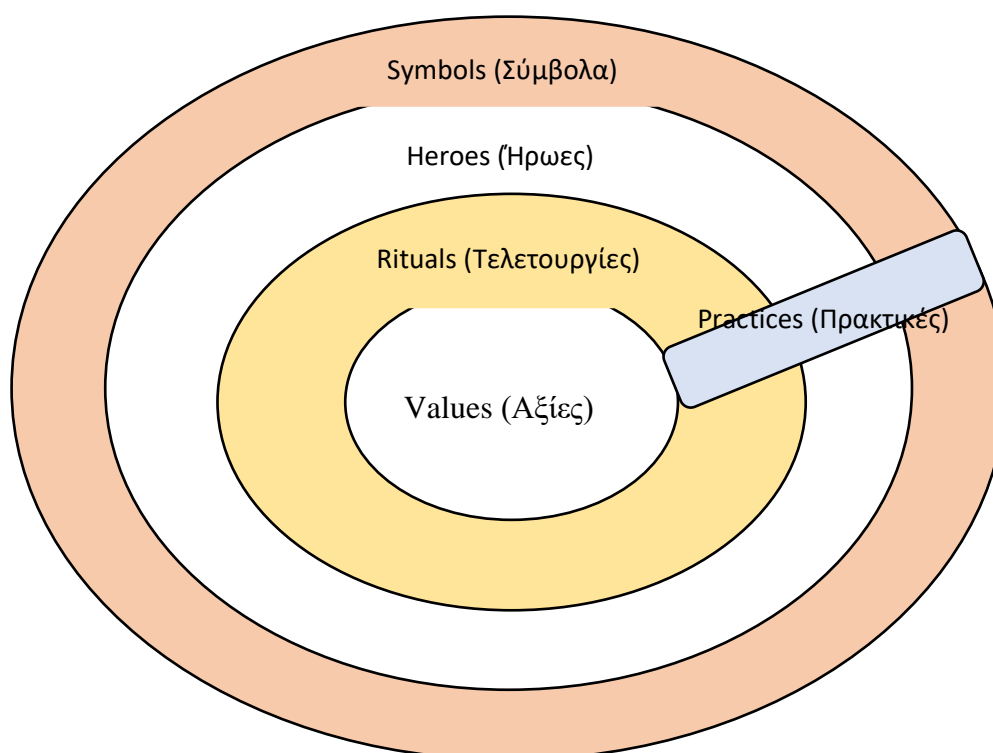
Ένας οργανισμός στον κλάδο της υγειονομικής περίθαλψης ορίζεται από την οργανωσιακή του κουλτούρα. Η οργανωσιακή κουλτούρα είναι η θεμελιώδης προϋπόθεση για την επιτυχία ενός οργανισμού. Η οργανωσιακή κουλτούρα αποτελεί την προσωπικότητα του. Όλοι οι άνθρωποι που καλούνται να την υπηρετήσουν έχουν την δυνατότητα να συνεισφέρουν σε αυτόν τον οργανισμό και να την σχηματίσουν και αποτελούν τη δύναμη ζωής του οργανισμού. Η οργανωσιακή κουλτούρα η οποία αναπτύσσεται μέσα σε έναν οργανισμό είναι εκείνη με την οποία λειτουργεί ο

οργανισμός και τον ξεχωρίζει από άλλους. Η οργανωσιακή κουλτούρα συνδέεται με τις αξίες, τις προσωπικές πεποιθήσεις και το οργανωτικό όραμα του οργανισμού.

3.2: Επίπεδα της οργανωσιακής κουλτούρας

Η οργανωσιακή κουλτούρα προωθεί την ιδέα ότι η κουλτούρα επικεντρώνεται στην επιβίωση της ομάδας, μικρό-κουλτούρα, σε συνδυασμό με τις απαιτήσεις και τους περιορισμούς που του θέτει το περιβάλλον του, μακρό-κουλτούρα. Η οργανωσιακή κουλτούρα μπορεί επίσης να θεωρηθεί ως ένα νοητικό λογισμικό, αποτυπωμένο στα μέλη του οργανισμού. Αυτή η προσέγγιση έχει υιοθετηθεί από τους Hofstede et al. οι οποίοι ορίζουν την οργανωσιακή κουλτούρα ως «συλλογικό νοητικό προγραμματισμό που διακρίνει τα μέλη μίας εταιρείας από μία άλλη». Αντιπροσωπεύουν την οργανωσιακή κουλτούρα χρησιμοποιώντας ένα μοντέλο κρεμμυδιού.

Στον πυρήνα του βρίσκονται οι αξίες, οι άγραφοι κώδικες και οι πεποιθήσεις που έχουν τα μέλη του οργανισμού. Αυτά τα άυλα στοιχεία στη συνέχεια στρώνονται από τις ορατές πρακτικές: τις τελετουργίες (συλλογικές δραστηριότητες οι οποίες θεωρούνται κοινωνικά απαραίτητες), τους ήρωες (άτομα τα οποία διαθέτουν σημαντικά χαρακτηριστικά) και τα σύμβολα. Τα σύμβολα είναι το πιο εξωτερικά ορατό συστατικό το οποίο ενσωματώνει τις χειρονομίες, τα αντικείμενα, τα λόγια και τις πράξεις των μελών ενός οργανισμού από άλλους. (Γούλα, 2014)



ΣΧΗΜΑ 1

Η αναπαράσταση της οργανωσιακής κουλτούρας από τον Hofstede. Το σχήμα του κρεμμυδιού. Πηγή: Bono et al 2014 (σελίδα 2), ίδια επεξεργασία quality improvement» οι συγγραφείς Mannion R. και Davies H. ανέλυσαν και υπογράμμισαν τα τρία στρώματα κατηγοριοποίησης της κουλτούρας, τα οποία είναι τα παρακάτω.

Η κατανομή των υπηρεσιών και των ρόλων μεταξύ των οργανισμών παροχής υπηρεσιών, η φυσική διάταξη των εγκαταστάσεων, ο διαχωρισμός μεταξύ των ομάδων προσωπικού στις δραστηριότητες που εκτελούνται, οι κώδικες ενδυμασίας, τα συστήματα ανταμοιβής (μισθοί και συντάξεις), η διαχείριση του κινδύνου, τα σχόλια και τα παράπονα των ασθενών και οι μέθοδοι για την αντιμετώπιση της βελτίωσης της ποιότητας και της ασφάλειας των ασθενών είναι μερικά παραδείγματα. Αυτά τα παραδείγματα εντάσσονται στο πρώτο στρώμα το οποίο είναι οι ορατές εκδηλώσεις της κουλτούρας της υγειονομικής περίθαλψης.

Στο δεύτερο επίπεδο, οι αξίες και οι ιδέες που στηρίζουν και υποστηρίζουν τις συμπεριφορές που συμβαδίζουν με τις προαναφερθείσες ορατές εκδηλώσεις είναι παραδείγματα κοινών τρόπων σκέψης. Όπως και οι δικαιολογίες που προσφέρονται για να κάνουμε τα πράγματα με διαφορετικό τρόπο. Τυπικές απόψεις σχετικά με τις ανάγκες των ασθενών, την αυτονομία και την αξιοπρέπεια καθώς και τις προσδοκίες για ασφάλεια, ποιότητα, κλινική απόδοση και βελτίωση των υπηρεσιών είναι μερικά παραδείγματα.

Στο τρίτο στρώμα, ανήκουν τα θεμέλια της καθημερινής πρακτικής τα οποία είναι οι βαθύτερες κοινές υποθέσεις. Αυτά μπορεί να περιλαμβάνουν αντιλήψεις για τις κατάλληλες επαγγελματικές ευθύνες, όρια, προσδοκίες σχετικά με τη γνώση και τον χαρακτήρα των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης.

Σε κάθε οργανισμό υγειονομικής περίθαλψης, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να έχουν πλήρη επίγνωση της κοινωνικής δυναμικής και των κοινών νοητικών μοντέλων τα οποία υποστηρίζουν και ενισχύουν τις τρέχουσες πρακτικές. Η πιθανότητα οι κοινές νοητικές έννοιες να περιορίζονται σε ορισμένες υποομάδες υπηρεσιών φροντίδας προσθέτει σημαντικό βαθμό πολυπλοκότητας, με σημαντικές συνέπειες για την εμπειρία του ασθενούς και την παροχή υπηρεσιών. (Mannion & Davies, 2018)

Στον ορισμό της οργανωσιακής κουλτούρας ο Schein αναφέρεται στις βασικές παραδοχές οι οποίες, κατά τον ίδιο, είναι α) η δομική σταθερότητα, β) το βάθος, γ) το εύρος και δ) η διαμόρφωση ή ολοκλήρωση.

A) Δομική σταθερότητα: τα μέλη μιας ομάδας αναμένεται να έχουν κάποιο βαθμό δομικής σταθερότητας, πράγμα που σημαίνει ότι η κουλτούρα δεν πρέπει μόνο να μοιράζεται αλλά και να λειτουργεί ως αξιόπιστο σημείο αναφοράς για τον οργανισμό. Μόλις αναγνωριστεί η ταυτότητα της ομάδας, η δυναμική της κουλτούρας σταθεροποιείται και γίνεται πιο δύσκολο να διαταραχθεί. Ακόμη και όταν ορισμένοι εργαζόμενοι εγκατέλειψαν τον οργανισμό, αυτή παραμένει στη θέση της. Η κουλτούρα είναι δύσκολο να αλλάξει, επειδή τα μέλη της ομάδας εκτιμούν τη σταθερότητα.

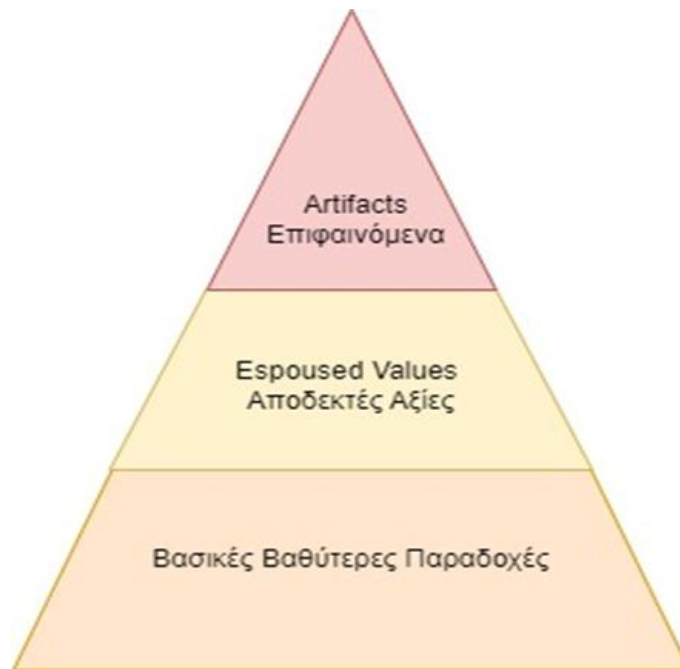
B) Βάθος: η κουλτούρα είναι η πιο θεμελιώδης και συχνά ασυνείδητη πτυχή μιας ομάδας, καθιστώντας την λιγότερο απτή και προφανή από άλλες πτυχές. Επιτυγχάνει σταθερότητα σε μεγαλύτερο βαθμό όσο περισσότερο βυθίζεται στον οργανισμό.

Γ) Εύρος: μόλις εδραιωθεί μια κουλτούρα, διαπερνά κάθε πτυχή των λειτουργιών της ομάδας. Είναι διάχυτο και έχει αντίκτυπο σε κάθε τομέα του οργανισμού, συμπεριλαμβανομένου του τρόπου με τον οποίο λαμβάνονται υπόψη οι βασικοί στόχοι του, καθώς και τα διαφορετικά περιβάλλοντα και οι εσωτερικές διαδικασίες του.

Δ) Διαμόρφωση ή Ολοκλήρωση: Η τέταρτη πτυχή της κουλτούρας, η οποία είναι παρούσα και διατηρεί περαιτέρω σταθερότητα, είναι η κατασκευή των στοιχείων της και οι βαθύτερες συνδέσεις της. Η κουλτούρα του χώρου εργασίας, τα οργανωτικά ιδανικά και οι συμπεριφορές των μελών συνδέονται όλα με την κουλτούρα και διαμορφώνονται σε ένα συνεκτικό σύνολο. Μια τέτοια ανάπτυξη ή ολοκλήρωση προκύπτει τελικά από την ανθρώπινη επιθυμία να δημιουργήσει ένα περιβάλλον το οποίο να είναι λογικό και χωρίς προβλήματα όσο είναι εφικτό. (Γούλα, 2014: 34-35)

Επιπλέον ο Schein αναφέρεται στο πολυεπίπεδο μοντέλο της οργανωσιακής κουλτούρας. Τονίζει τη σημασία της εξέτασης και της διαφοροποίησης μεταξύ πολλών επιπέδων κουλτούρας. Ισχυρίζεται ότι η αποτυχία διάκρισης μεταξύ των επιπέδων στα οποία η οργανωσιακή κουλτούρα εμφανίζεται, είναι η ασάφεια στους ορισμούς της κουλτούρας. Όπως φαίνεται στο σχήμα 2, οι αξίες υποστηρίζουν τους κανόνες και τα τεχνουργήματα και καθορίζουν τα πρότυπα συμπεριφοράς που φαίνονται.

Τα οργανωτικά πρότυπα εκφράζονται σε τεχνουργήματα και προέρχονται από αξίες. Οι αξίες είναι το επίπεδο της οργανωσιακής κουλτούρας που είναι λιγότερο προφανές. Τα τεχνουργήματα είναι το πιο προφανές επίπεδο και είναι εμφανή στα οργανωτικά σύμβολα, τα τελετουργικά και τη γλώσσα. (Schein, 1992).



ΣΧΗΜΑ 2:

Τα επίπεδα της οργανωσιακής κουλτούρας κατά το Schein Model

Πηγή: <https://www.tutor2u.net/business/reference/models-of-organisational-culture-schein> , ίδια επεξεργασία

Σύμφωνα με το σχήμα 2, υπάρχουν τρία επίπεδα της οργανωσιακής κουλτούρας. Το πρώτο επίπεδο είναι τα επιφαινόμενα ή αλλιώς artifacts. Με άλλα λόγια είναι τεχνουργήματα τα οποία είναι ο τρόπος συμπεριφοράς, η υλική και η τεχνολογική υποδομή, ο ενδυματολογικός κώδικας για τους υπαλλήλους, τα έπιπλα γραφείου, οι ανέσεις, η συμπεριφορά των εργαζομένων. Όλα τα προηγούμενα καθορίζουν τη κουλτούρα του χώρου εργασίας.

Στο δεύτερο επίπεδο είναι οι αποδεκτές αξίες. Αποτελεί το όραμα, τους στόχους και τη φιλοσοφία του οργανισμού. Η οργανωσιακή κουλτούρα επηρεάζεται σημαντικά από τις αξίες των ανθρώπων οι οποίοι εργάζονται μέσα σε αυτόν τον οργανισμό. Ο τρόπος σκέψης και το πώς συμπεριφέρονται οι εργαζόμενοι επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την κουλτούρα του οργανισμού.

Στο τρίτο και τελευταίο επίπεδο είναι οι βασικές βαθύτερες παραδοχές. Οι παραδοχές αυτές συνήθως είναι αόρατες και δεν είναι γραμμένες. Στο επίπεδο αυτό ανήκουν οι αντιλήψεις, οι σκέψεις, τα συναισθήματα και οι αξίες των εργαζομένων, τα οποία δεν μπορούν να μετρηθούν. (Wandary, W. & Anisah, H., 2015)

Ακολουθούν ορισμένες πτυχές της οργανωσιακής κουλτούρας της υγειονομικής περίθαλψης, όπως ορίζεται από τους Hodgetts και Luthans (2013):

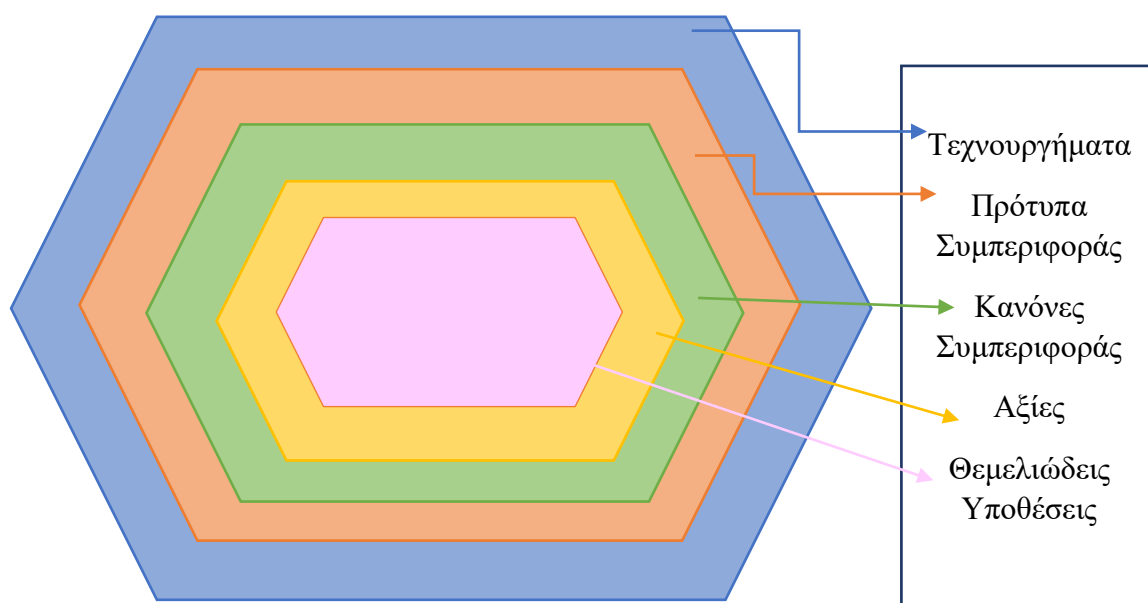
α) Οι κανόνες αξιολογούνται από πράγματα όπως η απόδοση της εργασίας και ο βαθμός συνεργασίας εργαζομένων και διοίκησης.

β) Η συμπεριφορά των εργαζομένων που σχετίζεται με την παραγωγικότητα, τη διαομαδική συνεργασία και τις σχέσεις με τους πελάτες προσδιορίζεται σαφώς από κανονισμούς.

γ) Παρατηρημένα πρότυπα συμπεριφοράς, όπως κοινή γλώσσα και τυπικές διαδικασίες.

δ) Συντονισμός και ενοποίηση μεταξύ των οργανωτικών μονάδων για την ανάπτυξη της παραγωγικότητας στην εργασία, της ποιότητας των προϊόντων και της ταχύτητας παραγωγής.

Ο Rousseau (1995) παρείχε μια εξαιρετική περιγραφή των κοινών στοιχείων σε τέτοια σύνολα και πρότεινε ένα πλαίσιο που περιλαμβάνει θεμελιώδεις υποθέσεις, αξίες, κανόνες συμπεριφοράς και προσδοκίες και μεγαλύτερα πρότυπα συμπεριφοράς.



ΣΧΗΜΑ 3:

Τα επίπεδα της κουλτούρας, Denise Rousseau 1995

Πηγή:

https://www.researchgate.net/publication/320957197_Dimitrov_K_Mapping_organization_culture_with_complex_multi-level_models_Vanguard_scientific_instruments_in_management_journal_VSIM_Volume_1

3.3: Χαρακτηριστικά της οργανωσιακής κουλτούρας

Ο Himmer (2013) έκανε την υπόθεση ότι οι πολιτισμοί παράγονται από ομάδες ανθρώπων και όχι από ένα μεμονωμένο άτομο. Ισχυρίστηκε ότι οι οργανωτικές κουλτούρες στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης μοιράζονται ορισμένα χαρακτηριστικά:

α) Συναισθηματικά: Επειδή οι μορφές και το περιεχόμενο της κουλτούρας είναι πλούσια τόσο σε συναισθήματα όσο και σε νοήματα, βοηθούν στη διαχείριση και την υπέρβαση του άγχους. Τα μέλη μιας ομάδας σπάνια έχουν αμφιβολίες σχετικά με τις κατευθυντήριες αρχές και τη συμπεριφορά της κουλτούρας στο χώρο εργασίας.

β) Ιστορικά: Τα πολιτιστικά φαινόμενα είναι συνυφασμένα με την ιστορία και τις παραδόσεις ενός οργανισμού και δεν μπορούν να αλλοιωθούν γρήγορα.

γ) Συμβολικά: Ενώ τα σύμβολα είναι ένα συγκεκριμένο είδος πολιτισμικής μορφής, είναι επίσης το πιο διάχυτο και συναρπαστικό είδος πολιτισμού. Επιπλέον, τα σύμβολα απαιτούν ερμηνεία για να γίνουν κατανοητά επειδή δεν είναι άμεσα μετρήσιμα.

δ) Δυναμική: Ακόμα κι αν η κουλτούρα ενός οργανισμού είναι συνδεδεμένη με το παρελθόν του, είναι ακόμα ζωντανή και αλλάζει. Πολλές μεταβλητές συμβάλλουν στη συνεχή πολιτιστική ανάπτυξη.

ε) Διάχυτη: Τα στοιχεία της εταιρικής κουλτούρας θα διασπείρονται ολόενα και περισσότερο καθώς οι περιστάσεις γίνονται πιο περίπλοκες.

Ο οικονομολόγος Kilmann διενέργησε αρκετές μελέτες με θέμα την οργανωσιακή κουλτούρα υπογραμμίζοντας τα τρία χαρακτηριστικά που την διαφοροποιούν. Το πρώτο χαρακτηριστικό είναι η διεύθυνση. Η διεύθυνση η οποία δείχνει με ποιες ενέργειες γίνονται και πως διαμορφώνεται η στρατηγική ενός οργανισμού. Το δεύτερο είναι η έκταση. Αυτό το χαρακτηριστικό είναι κατά πόσο οι εργαζόμενοι ενός οργανισμού γνωρίζουν για τις αξίες, τα πιστεύω, τους στόχους και τις συμπεριφορές και πόσο αφοσιωμένοι είναι σε αυτά. Το τρίτο και τελευταίο χαρακτηριστικό είναι η ένταση. Με τον όρο της έντασης διαφαίνεται η πίεση που ασκεί η κουλτούρα στα μέλη ενός οργανισμού και κατά πόσο οι αποκλίσεις είναι αποδεκτές.

Ο Guldenmund στο άρθρο του επισημαίνει ανάμεσα από αρκετά χαρακτηριστικά της οργανωσιακής κουλτούρας τα εξής. Η οργανωσιακή κουλτούρα είναι μία κατασκευή. Στην ουσία, αυτό υποδηλώνει ότι η κουλτούρα είναι μία ιδέα και όχι ένα φυσικό πράγμα. Επειδή αυτό το χαρακτηριστικό δίνει στον ερευνητή μεγάλο περιθώριο στον καθορισμό και τη λειτουργικότητα της κουλτούρας, δημιουργεί ήδη τη δυνατότητα για ουσιαστική διαφωνία. Συνήθως θεωρείται ότι υπάρχουν πολλές μεταβλητές που συνδυάζονται ή

ταιριάζουν μεταξύ τους για να σχηματίσουν ένα συνεκτικό σύνολο κατά τη λειτουργία μίας έννοιας. (Guldenmund,2000)

Στο βιβλίο «Essentials of Organizational Behavior», ο Robbins παρουσιάζει τα δέκα χαρακτηριστικά που αποδίδει στην κουλτούρα, τα οποία είναι:

✚ Έμφαση στην ομάδα: ο βαθμός στον οποίο τα μέλη της ομάδας είναι συντονισμένα και οργανωμένα.

✚ Ολοκλήρωση των ομάδων: πόσο αλληλοεξαρτημένα λειτουργούν τα τμήματα του οργανισμού.

✚ Εστίαση στους ανθρώπους: ο βαθμός στον οποίο οι υπεύθυνοι λήψης αποφάσεων λαμβάνουν υπόψη τον αντίκτυπο του αποτελέσματος.

✚ Ταυτότητα του μέλους: είναι ο βαθμός στον οποίο τα μέλη ταυτίζονται με τον οργανισμό ως σύνολο και όχι απλώς με τη συγκεκριμένη εργασία τους.

✚ Έλεγχος: πόσο οι κανονισμοί χρησιμεύουν στον έλεγχο και τη ρύθμιση της συμπεριφοράς.

✚ Κριτήρια αμοιβών: πόσο το σύστημα ενθαρρύνει έναν εργαζόμενο να εργαστεί πιο σκληρά και πόσο βασίζει τις ανταμοιβές στην απόδοση ενός εργαζόμενου.

✚ Ανοχή στο κίνδυνο: είναι ένα μέτρο του κατά πόσο ευφάνταστα, εμπνευσμένα και καινοτόμα είναι τα άτομα καθώς και πόσο πιστεύουν ότι ο χώρος εργασίας τους είναι ασφαλής.

✚ Ανοχή στη διαφωνία: πως τα μέλη της ομάδας ανταποκρίνονται στη κριτική και αντιμετωπίζουν τη διαφωνία.

✚ Προσανατολισμός στο στόχο: το επίπεδο συγκέντρωσης στα αποτελέσματα και την επίτευξη της στρατηγικής ή του σχεδίου.

✚ Εστίαση στο ανοιχτό σύστημα: πόσο καλά ανταποκρίνεται ο οργανισμός στις μεταβολές του εξωτερικού περιβάλλοντος. (Κουλούρη, 2019)

3.4: Διαμόρφωση οργανωσιακής κουλτούρας μέσα στο χώρο της υγείας

Ένας από τους βασικότερους στόχους του συστήματος υγείας είναι η διασφάλιση και η βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Ένα ολοκληρωμένο σύστημα για να ανταπεξέλθει στο μέγιστο, χρειάζεται να επανακαθορίζει τους στόχους του αλλά και να διαμορφώνει τις σχέσεις και τη νοοτροπία των επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι είναι αυτοί που βοηθούν να επιτευχθούν οι στόχοι του κάθε οργανισμού υγείας. (Θεοδώρου, Σαρρής & Σούλης, 2001)

Ο κάθε οργανισμός έχει μία ξεχωριστή κουλτούρα και μέσω αυτής διαμορφώνει τη ατομική της προσωπικότητα. Μπορεί επίσης να δημιουργηθεί ένα σημαντικό πλεονέκτημα, το οποίο θα επιτρέψει στον οργανισμό να κυριαρχήσει τον κλάδο της υγείας. Η κουλτούρα ενός οργανισμού δεν εδραιώνεται μόνο από τα μέλη του, αλλά έχει επίσης αντίκτυπο στο πώς αισθάνονται, ενεργούν και σκέφτονται αυτά τα άτομα. Οι αρχές, οι αξίες, οι πεποιθήσεις, οι παραδόσεις, οι πρακτικές του προσωπικού και τα έθιμα ενός οργανισμού και των μελών του είναι όλα σταθερά και συνυφασμένα στην καθημερινή ζωή του οργανισμού και των μελών του. Αυτά τα χαρακτηριστικά αντικατοπτρίζονται στην οργανωσιακή κουλτούρα.

Η οργανωσιακή κουλτούρα και συμπεριφορά μπορούν επομένως να θεωρηθούν ως ένα διαμορφωμένο σύστημα αντίληψης, νοημάτων και πεποιθήσεων σχετικά με τον οργανισμό, το οποίο διευκολύνει τη δημιουργία νοημάτων μεταξύ μιας ομάδας ανθρώπων που μοιράζονται κοινές εμπειρίες και το οποίο καθοδηγεί την ατομική συμπεριφορά στην εργασία.

Όταν αλλάζει η κουλτούρα ενός οργανισμού υγείας, η ηγεσία πρέπει να επικεντρωθεί στην τροποποίηση αυτών των χαρακτηριστικών που αντικατοπτρίζονται. Μετά την υγειονομική κρίση και τη κρίση των συστημάτων υγείας, προκάλεσαν αρκετές δυσκολίες στην οργανωσιακή κουλτούρα των οργανισμών και έτσι έφεραν στο προσκήνιο το ρόλο της ηγεσίας να γίνεται καθοριστικός. Το εύρος και το βάθος της πολιτιστικής σύνθεσης ενός οργανισμού συμβάλλουν σε αυτές και σε άλλες δυσκολίες.

Ο ηγέτης για να αναπτύξει τον οργανισμό μέσα από τις σχέσεις των επαγγελματιών υγείας, λειτουργεί ως διευκολυντής και διαμεσολαβητής της διεργασίας ανάμεσα στα μέλη της ομάδας. Προκειμένου να ιεραρχήσει τις απαιτήσεις όσων λαμβάνουν υγειονομική περίθαλψη, χρησιμοποιεί μία ποικιλία εργαλείων και τεχνικών που επιτρέπουν τη σύνθεση απόψεων, δηλαδή μία ολιστική προσέγγιση και ένα σύνθετο μοντέλο διαχείρισης. Επιπλέον, επιτρέπει τον καθορισμό στόχων μέσω του στοχασμού, της ενεργού συμμετοχής των μελών στη λήψη αποφάσεων και της κυκλικής επικοινωνίας.

Ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα που έχουν οι μάνατζερ και οι ηγέτες σήμερα είναι η επικοινωνία. Για να είναι ένας οργανισμός παραγωγικός και διαρκής, είναι απαραίτητο να κοινοποιούνται ιδέες και προσδοκίες στο προσωπικό του με σαφή και συνοπτικό τρόπο. Επιπλέον, ο τρόπος με τον οποίο μεταδίδεται ένα μήνυμα επηρεάζει το πόσο ικανοποιημένα είναι τα άτομα στην εργασία. Υπάρχουν πολλοί διάφοροι τρόποι με τους οποίους ένας ηγέτης μπορεί να αλληλοεπιδράσει με την ομάδα του. Το καλύτερο

στυλ για χρήση σε μια συγκεκριμένη κατάσταση μπορεί να προσδιοριστεί χρησιμοποιώντας διάφορους τρόπους που έχουν αναπτυχθεί. (Hicks, 2011)

Η διαχείριση των σχέσεων είναι μια από τις πιο σημαντικές εφαρμογές άριστης επικοινωνίας σε έναν οργανισμό υγείας. Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να σχηματίσουν συγκεκριμένες προσδοκίες για τη ποιότητα των σχέσεων τους χρησιμοποιώντας σκόπιμες και συγκεκριμένες τεχνικές επικοινωνίας. Η οικοδόμηση δεσμών μέσω της οργανωσιακής κουλτούρας πρέπει να είναι ένας από τους στόχους της εσωτερικής επικοινωνίας.

Η υποστηρικτική επικοινωνία είναι ο όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει την επικοινωνία που έχει σχεδιαστεί για να βελτιώσει τις σχέσεις μεταξύ διευθυντών και υφισταμένων. Είναι ζωτικής σημασίας για τη διοίκηση να προσφέρει ένα αποτελεσματικό σύστημα υποστήριξης για τους εργαζομένους της με τη διάδοση των σχετικών δεδομένων. Οι συνδέσεις υψηλής ποιότητας μεταξύ ηγετών και εργαζομένων είναι το αποτέλεσμα αυτού του μηχανισμού ανταλλαγής πληροφοριών.

Η απόδοση ενός οργανισμού συσχετίζεται άμεσα με τον βαθμό εμπιστοσύνης που υπάρχει μέσα του. Οι επαγγελματίες υγείας είναι πιο διατεθειμένοι να αποδέχονται οργανωσιακές επιλογές όταν εμπιστεύονται τους ηγέτες του οργανισμού. Αρκετές μεταβλητές, όπως η ανοιχτή επικοινωνία και η ανταλλαγή πληροφοριών, συμβάλλουν στην ανάπτυξη εμπιστοσύνης μέσα σε έναν οργανισμό. Η χρήση στρατηγικών όπως η ενεργή ακρόαση και η ανταλλαγή πληροφοριών με τα μέλη του προσωπικού βοηθά τον χώρο εργασίας να γίνει πιο αξιόπιστος.

Ο τρόπος και η αποτελεσματικότητα με την οποία ένας διευθυντής αλληλοεπιδρά με έναν υφιστάμενο επηρεάζει άμεσα τον τρόπο και την αποτελεσματικότητα με τον οποίο ηγείται ο διευθυντής. Προκειμένου να ενισχύσουν τις ηγετικές τους ικανότητες, οι ηγέτες πρέπει να εργαστούν για να διευκρινίσουν και να βελτιώσουν τις επικοινωνίες τους. Για να είναι αποτελεσματικοί στο στυλ ηγεσίας τους, οι διευθυντές πρέπει επίσης να είναι σε θέση να διατυπώνουν τις εταιρικές αρχές και, με τη σειρά τους, να ανταποκρίνονται στις ανησυχίες των εργαζομένων.

Ο μετασχηματιστικός ηγέτης είναι ένα παράδειγμα στυλ ηγεσίας με ισχυρό στοιχείο επικοινωνίας. Η ικανότητα να σκιαγραφούνται με σαφήνεια οι στόχοι του οργανισμού και να πείθονται οι άλλοι να ακολουθήσουν το παράδειγμά τους ορίζει έναν μετασχηματιστικό ηγέτη. Επιπλέον, οι μετασχηματιστικοί ηγέτες μπορεί να εμπνεύσουν το εργατικό δυναμικό τους προκαλώντας το μυαλό τους. Μεταξύ άλλων, μία από τις καλύτερες μεθόδους για τους ηγέτες να εμπνεύσουν και να επηρεάσουν τους

επαγγελματίες υγείας είναι να κάνουν προφανείς τις προσδοκίες τους. Η επικοινωνία πρέπει να εδραιωθεί και οι ηγέτες πρέπει συχνά να διασφαλίζουν ότι τα μηνύματα γίνονται κατανοητά.

Μια άλλη προσέγγιση ηγεσίας που εξαρτάται από την αποτελεσματική επικοινωνία είναι η συναλλακτική ηγεσία. Οι συναλλακτικοί ηγέτες, σε αντίθεση με τους μετασχηματιστικούς ηγέτες, χρησιμοποιούν μια δομή ενδεχόμενης ανταμοιβής για να ενθαρρύνουν τους εργαζόμενους. Οι εργαζόμενοι που τα καταφέρνουν καλύτερα ανταμείβονται με έπαινο ή προαγωγές. Ωστόσο, όπως και ένας μετασχηματιστικός ηγέτης, ένας ηγέτης συναλλαγών πρέπει να είναι σε θέση να επικοινωνεί σωστά τις προσδοκίες στο προσωπικό και να διασφαλίζει ότι γίνονται κατανοητές.

Η κουλτούρα ενός οργανισμού επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό και διατηρείται από τους διευθυντές του. Η ηγεσία ενός οργανισμού επηρεάζει τις στάσεις, τις αξίες και την εμπιστοσύνη των εργαζομένων. Η αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας των ηγετών μέσα στον οργανισμό επηρεάζει με τη σειρά της την ηγεσία. Τα μέλη της ομάδας μπορούν να συνδεθούν με τους ηγέτες τους και να απορροφήσουν τις πεποιθήσεις και τις υποθέσεις τους χάρη στο όραμα και τα πρότυπα που προωθούνται. Η δομή και η διοίκηση της ομάδας αποφασίζονται από τον ηγέτη υπό το φως των ιδανικών και των απόψεών του. (Σιλιόγκας και συν, 2021, Παπαστεριάδη και συν, 2022, Μεντής, 2021, Αγγελή & Καπάκη, 2020)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ ΚΑΙ Η ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΩΝ ΥΠΟΚΟΥΛΤΟΥΡΩΝ ΜΕΣΑ ΣΕ ΕΝΑΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ ΥΓΕΙΑΣ

Στον κλάδο της υγείας, η ύπαρξη και η σημασία της οργανωσιακής κουλτούρας για τα νοσοκομεία και όλους τους οργανισμούς υγείας είναι πολύ σημαντική. Οι υποθέσεις σχετικά με τους πελάτες, τους εργαζόμενους, τον σκοπό, τους στόχους και τα αγαθά αντικατοπτρίζονται στην οργανωσιακή κουλτούρα. Αυτές οι υποθέσεις έχουν αποδειχθεί αληθινές στο παρελθόν, οδηγώντας σε πρότυπα συμπεριφοράς και προσδοκίες για το τι είναι αποδεκτοί, επιθυμητοί τρόποι σκέψης και πράξης.

Η οργανωσιακή κουλτούρα είναι εξαιρετικά περίπλοκη αφού αποτελείται από κοινές και όχι μεμονωμένες-ατομικές αξίες. Η ανάπτυξη της οργανωσιακής κουλτούρας στοχεύει να αντιμετωπίσει και το πάντα μεταβαλλόμενο εξωτερικό περιβάλλον στο οποίο πρέπει να ανταποκριθεί ο οργανισμός και στη διατήρηση των παραγωγικών και επιτυχημένων εργασιακών σχέσεων των μελών του οργανισμού. Η ιδανική προσέγγιση για την ανάπτυξη της κουλτούρας ενός οργανισμού είναι όταν τα μέλη του μοιράζονται τις ίδιες γνώσεις και τεκμήρια και αγωνίζονται με την εσωτερική και εξωτερική ολοκλήρωση.

Ως εκ τούτου, το κεντρικό στοιχείο της επιτυχίας για κάθε οργανισμό είναι η εστίαση στην οικοδόμηση και τη διαμόρφωση μιας ανθεκτικής κουλτούρας όπου υπάρχουν στρατηγικές δέσμευσης και η συνεχής βελτίωση είναι τα εργαλεία για την επίτευξη ανώτερης απόδοσης. Με έμφαση στις θεμελιώδεις αρχές που απαιτούνται τόσο για την ατομική όσο και για την οργανωσιακή απόδοση, η ανάπτυξη της οργανωσιακής κουλτούρας είναι ένα κρίσιμο εργαλείο για τη βελτίωση του χώρου εργασίας.

Όσον αφορά τις υπηρεσίες υγείας, οι πολυάριθμες δυσκολίες που συναντήθηκαν τα τελευταία χρόνια έχουν επικεντρώσει τις πολιτικές προσπάθειες στην αλλαγή της κουλτούρας των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης και στον επανασχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας. Όταν πρόκειται για τον καθορισμό, την εμπέδωση και την επικοινωνία της οργανωσιακής κουλτούρας στους ανθρώπους της, η ανώτατη διοίκηση είναι ζωτικής σημασίας. (Κουράκος & Κανκιά, 2019)

Για τους περισσότερους, πιθανόν και όλους τους οργανισμούς, η ηγεσία είναι ένα ενδιαφέρον ζήτημα. Είναι το ένα και μοναδικό και το πιο σημαντικό ζήτημα που

καθορίζει εάν οι οργανισμοί θα επιβιώσουν και θα ευημερήσουν, θα συρρικνωθούν και θα συγχωνευθούν με άλλους ή θα συνεχίσουν απλώς να αποδίδουν σε χαμηλό επίπεδο. Η οργανωσιακή κουλτούρα διαμορφώνεται κυρίως από την ηγεσία ενός οργανισμού και τις βασικές λειτουργίες του τα οποία είναι πρωταρχικής σημασίας. Η ηγεσία και η οργανωσιακή κουλτούρα είναι άρρηκτα συνυφασμένες. Στην σημερινή εποχή είναι ακόμη πιο σημαντικό να γίνει διάκριση μεταξύ του τρόπου με τον οποίο οι ηγέτες χτίζουν κουλτούρα και του τρόπου με τον οποίο η κουλτούρα ορίζει και δημιουργεί ηγέτες, στην οποία η ηγεσία τονίζεται ως κρίσιμος παράγοντας για τον καθορισμό της επιτυχίας ή της αποτυχίας των επιχειρήσεων. Έτσι, η ηγεσία πρέπει να είναι σε θέση να αναπτύξει μια κουλτούρα που να εστιάζει στους ασθενείς, να μισεί τη σπατάλη και να λατρεύει τη βιωσιμότητα, να χρησιμοποιεί την τεχνολογία με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, να εκτιμά τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης υψηλότερα από τις γραφειοκρατίες της υγειονομικής περίθαλψης, να εκτιμά τα δίκτυα υγειονομικής περίθαλψης και να είναι έτοιμοι να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις του 21ου αιώνα.

Εάν οι ηγέτες θέλουν να ανταποκριθούν σε αυτήν την πρόκληση, πρέπει πρώτα να κατανοήσουν τη δυναμική της κουλτούρας. Τα θεμέλια του οργανισμού τα θέτει ο ιδρυτής του και κάθε μέλος του οργανισμού μαθαίνει τους κανόνες και τις αξίες από την καθημερινή του εργασία. Οι ηγέτες ενσωματώνουν και μεταδίδουν την οργανωσιακή κουλτούρα με πρωταρχική συμπεριφορά αλλά και χρησιμοποιώντας δευτερεύοντες μηχανισμούς. Τα σωστά κριτήρια επιλογής του προσωπικού βοηθούν να συντηρήσουν την οργανωσιακή κουλτούρα του οργανισμού. Η τεχνική απόφασης κοινωνικοποίησης της διοίκησης και η αντιστοιχία μεταξύ των αξιών των νέων προσλήψεων και των αξιών του οργανισμού καθορίζουν εάν η κοινωνικοποίηση των εργαζομένων είναι επιτυχής ή όχι.

Ο Edgar Schein τονίζει ότι η διαχείριση της κουλτούρας είναι πρωταρχική ευθύνη ενός ηγέτη. Είναι αυτονόητο ότι είναι υπεύθυνοι για τη διαμόρφωση και την προώθηση της κουλτούρας του οργανισμού καθ' όλη τη διάρκεια της ύπαρξής του, προκειμένου να προωθήσουν την επέκτασή του και την ικανότητά του να προσαρμόζεται στο περιβάλλον του. Η ατμόσφαιρα που προωθούν θα πρέπει να είναι φιλόξενη για να ανθίσουν τα μέλη του προσωπικού στον εθισμό. Στην πραγματικότητα, αυτό επηρεάζει το πόσο παραγωγικοί και καθοδηγούμενοι είναι επίσης.

Επομένως, μια οργανωσιακή κουλτούρα εστιασμένη στις σχέσεις δίνει στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης ανταγωνιστικό πλεονέκτημα. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης με μια τέτοια κουλτούρα

επιτυγχάνουν μια ισορροπία μεταξύ της ικανοποίησης των αναγκών των ασθενών και του προσωπικού τους, ενώ παράλληλα επιτυγχάνουν οργανωτικούς στόχους. (Prodromou & Papageorgiou, 2021)

Σε ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης με αρκετά προβλήματα και μειονεκτήματα, οι ηγέτες πρέπει να είναι σε θέση να αναζητούν λύσεις. Η σημασία των οργανωσιακών στοιχείων, όπως η οργανωσιακή κουλτούρα και το κλίμα, για την ενίσχυση του εργατικού δυναμικού και την ανύψωση του επιπέδου της υγειονομικής περίθαλψης αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο. Η άποψη της κουλτούρας του οργανισμού και του πώς αυτή επηρεάζει τη λειτουργία και την ευημερία των ανθρώπων είναι γνωστή ως «οργανωσιακό κλίμα».

Το κλίμα και η οργανωσιακή κουλτούρα είναι αλληλένδετα. Η κουλτούρα ενός οργανισμού, οι πεποιθήσεις και οι αξίες του, καθορίζει πώς αντιμετωπίζονται οι άνθρωποι του, δηλαδή το κλίμα. Η κουλτούρα και το κλίμα ενός οργανισμού σχετίζονται με το πώς τα μέλη του αντιλαμβάνονται, βιώνουν και ερμηνεύουν το εργασιακό τους περιβάλλον. Συνεργάζονται για να δημιουργήσουν την αίσθηση ενός οργανισμού. Οι δυσμενείς οργανωσιακές κουλτούρες έχουν συνδεθεί με χειρότερα αποτελέσματα, συμπεριλαμβανομένης της αυξημένης εξουθένωσης των παρόχων, όπως αυτές που χαρακτηρίζονται από χαοτικές συνθήκες εργασίας, χρονικούς περιορισμούς και έλλειψη ελέγχου. (Hsiung, K.S., Colditz, J.B., McGuier, E.A. et al, 2021)

Η αποτελεσματική οργανωτική διαχείριση μπορεί να επηρεαστεί από μια ευνοϊκή και υγιή αλληλεπίδραση μεταξύ της οργανωσιακής κουλτούρας και του κλίματος. Η κουλτούρα συμβάλλει στον ορισμό της γιατί συμβαίνουν τα πράγματα, ενώ το κλίμα σχετίζεται με περιγραφές εμπειριών ή αντιλήψεις περιστατικών. Ο πολιτισμός είναι ένα προηγμένο πλαίσιο που είναι ριζωμένο στα συστήματα. Έχει βαθύτερες ιστορικές ρίζες, διατηρείται συλλογικά, είναι πιο σταθερό από το κλίμα και είναι αδιαπέραστο από χειραγώγηση. (Mutonyi, B.R., Slåtten, T., Lien, G. et al., 2022)

Το κλίμα βασίζεται στο πώς βλέπει κάθε άτομο το οργανωσιακό περιβάλλον και όταν διαφορετικοί άνθρωποι έχουν τις ίδιες πεποιθήσεις, δημιουργείται μια κοινωνική κατασκευή υψηλότερου επιπέδου. Ο πολιτισμός, από την άλλη πλευρά, είναι ένα κοινωνικό φαινόμενο που αντανακλά βαθύτερα φαινόμενα που βασίζονται σε κοινά συμβολικά νοήματα σχετικά με θεμελιώδεις αξίες, πεποιθήσεις και υποκείμενες ιδεολογίες και τεκμήρια. (Mutonyi, B.R., Slåtten, T., Lien, G. et al., 2022)

Επιπλέον, σε πολύπλοκα οργανωτικά συστήματα όπως τα νοσοκομεία και τα ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης, όπου συνυπάρχουν πολλές επαγγελματικές

κατηγορίες, μπορεί τελικά να αναπτυχθούν πολλές υποκουλτούρες. Μια υποκουλτούρα είναι εννοιολογικά ένα υποσύνολο μιας κουλτούρας. Οι υποκουλτούρες μπορεί να είναι συνέχεια της κυρίαρχης κουλτούρας. Σε μεγάλους και περίπλοκους οργανισμούς, οι υποκουλτούρες μπορούν επίσης να εμφανιστούν ως αποτέλεσμα διαφόρων οργανωτικών πρακτικών, περιβαλλοντικών αλλαγών και ελλείψεων πόρων.

Οι υποκουλτούρες είναι ομάδες οργανωτικών μελών που αλληλοεπιδρούν τακτικά μεταξύ τους, προσδιορίζονται ως ξεχωριστή ομάδα μέσα σε αυτόν τον οργανισμό, έχουν παρόμοια ζητήματα και ενεργούν σύμφωνα με μια κοινή νοοτροπία που είναι αποκλειστική για την ομάδα, σύμφωνα με τον van Maanen and Barley. (Bellou, 2008)

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι η κουλτούρα και η υποκουλτούρα έχουν μία σημαντική διαφορά. Η κουλτούρα αναφέρεται στη συνολική οργάνωση ενώ η υποκουλτούρα σε πολλαπλούς μικρούς πολιτισμούς που υπάρχουν μέσα σε αυτόν τον οργανισμό. Οι υποκουλτούρες περιλαμβάνουν στοιχεία της κύριας κουλτούρας, όπως βασικές αξίες, τις πρακτικές και τις συμπεριφορές, αλλά έχουν επίσης διακριτικά χαρακτηριστικά, που αντικατοπτρίζουν τις ιδιαίτερες αξίες της υπομονάδας.

Στην πραγματικότητα, οι συγκρούσεις μεταξύ της κουλτούρας και των υποκουλτούρων ή μεταξύ των υποκουλτούρων μπορεί να εμποδίσουν την αποτελεσματική διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού καθώς και την εκτέλεση στρατηγικών. Αυτά θα μπορούσαν να έχουν παρόμοιες αξίες και προσανατολισμούς. Ωστόσο, είναι επίσης πιθανό να υπάρχουν ανόμοιες υποκουλτούρες που είτε συγκρούονται ανοιχτά είτε συνυπάρχουν με άβολο τρόπο.

Μια υπόθεση είναι ότι μια υποκουλτούρα και μια οργανωσιακή κουλτούρα δεν είναι απαραίτητα το ίδιο πράγμα, καθώς διαφορετικές υποκουλτούρες μπορούν να ευδοκιμήσουν σε διάφορους χώρους εργασίας, όπως ομάδες εργασίας, παρόλο που οι συνθήκες εργασίας είναι ίδιες. Είναι ευρέως αναγνωρισμένο ότι οι υποκουλτούρες μπορεί περιστασιακά να ασκούν μεγαλύτερο αντίκτυπο από την κυρίαρχη κουλτούρα, επηρεάζοντας τις συμπεριφορές, τις αντιλήψεις και τις ενέργειες σε ξεχωριστούς τομείς ενός οργανισμού. Εμπόδια στην ενσωμάτωση οτιδήποτε καινούργιου μπορεί να προκύψουν από συγκρούσεις μεταξύ των υποκουλτούρων. (Carlstrom, E. & Olsson, L.E., 2014)

Αυτές οι υποκουλτούρες μπορούν να ταξινομηθούν σε (α)κουλτούρες ενίσχυσης, οι οποίες λειτουργούν ως οργανωσιακός θύλακας στον οποίο τα μέλη υποστηρίζουν τις βασικές αξίες, σε (β) ορθογώνιες κουλτούρες, οι οποίες αποδέχονται σιωπηρά την

κυρίαρχη κουλτούρα του οργανισμού ενώ παράλληλα προωθούν τις δικές τους παραδοσιακές αξίες και σε (γ) αντικουλτούρες, οι οποίες προωθούν ενεργά αξίες που αντιτίθενται άμεσα στην κυρίαρχη κουλτούρα.

Ο ερευνητής Schein υπογραμμίζει ακόμα ότι η υποκουλτούρα διαμορφώνεται ως υποσύνολο της κουλτούρας του οργανισμού και εξαρτάται από την επαγγελματική κατηγορία στην οποία ανήκει το προσωπικό του. Έτσι υπάρχουν τρεις υποκουλτούρες οι οποίες είναι:

- η λειτουργική κουλτούρα (operator culture) την οποία μοιράζονται τα μέλη της πρώτης γραμμής (αυτοί που έχουν άμεση επαφή με τους πελάτες ή αυτοί που εκτελούν τις εντολές υλοποίησης των αποφάσεων του οργανισμού)
- η μηχανική – τεχνοκρατική (engineering culture) στην οποία ανήκουν τα μέλη που σχεδιάζουν προϊόντα ή διαδικασίες, που ενδιαφέρονται κυρίως για τη βελτίωση, την καινοτομία και τον επανασχεδιασμό και
- η διευθυντική κουλτούρα (executive culture), στην οποία ανήκουν τα άτομα που κυρίως ασχολούνται με οικονομικής φύσεως θέματα ή θέματα ανάπτυξης του οργανισμού. (Γούλα, 2014)

Οι οργανισμοί αποτελούνται από πολλές, αλληλοκαλυπτόμενες υποκουλτούρες που έχουν μεγάλο αντίκτυπο στο πόσο καλά αρέσει στους εργαζόμενους στη δουλειά και στο πόσο καλά αποδίδει ο οργανισμός. Σύμφωνα με αρκετές μελέτες σχετικά με τους νοσηλευτές, οι υποκουλτούρες υπάρχουν στα νοσοκομεία. Οι επαγγελματικές υποκουλτούρες όπως είναι οι νοσηλευτές, οι γιατροί, οι υπάλληλοι αλλά και το προσωπικό καθαριότητας και άλλες υποκουλτούρες που αλληλοεπικαλύπτονται υπάρχουν σε κάθε νοσηλευτική μονάδα. Υπάρχουν πολλές νοσηλευτικές υποκουλτούρες, η καθεμία με το δικό της σύνολο στόχων, εντάσεων αλλά και κινήτρων. Οι αποκλίσεις τους υποδηλώνουν πολυάριθμες αλλαγές στην πολιτική υγείας και μια σειρά από τακτικές ανάπτυξης προσωπικού, οργανωσιακών αλλαγών και επίλυσης συγκρούσεων στα αποτελέσματα των νοσηλευτών και των ασθενών. (Mallidou, Cummings, Estabrooks, & Giovannetti, 2011).

Όταν τα διάφορα επίπεδα οργανωτικής ιεραρχίας μέσα σε ένα νοσοκομείο - επαγγελματικά, διοικητικά και τεχνικά - εξετάζονται χωριστά, η μελέτη της οργανωσιακής κουλτούρας γίνεται πιο δύσκολη. Οι γιατροί, οι νοσηλευτές και άλλοι επαγγελματίες του τομέα της υγείας είναι παραδείγματα παραδοσιακών επαγγελμάτων που έχουν κερδίσει επαγγελματική θέση με την πάροδο του χρόνου. Μέσα στον οργανισμό, συχνά αναπτύσσουν τη δική τους κουλτούρα και μια σειρά από υποκουλτούρες. Τα μέλη αυτών των πολυάριθμων επαγγελματικών ομάδων το κάνουν αυτό σε μια προσπάθεια να έχουν περισσότερο έλεγχο στην πορεία των οργανισμών τους. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε ένα σύμπλεγμα ανωτερότητας που δικαιολογείται από

το να παίζει κυρίαρχο ρόλο σε σύγκριση με άλλες πτυχές των λειτουργιών του οργανισμού. Επιπλέον, φαίνεται ότι οι επαγγελματικές υποκουλτούρες είναι συχνά πιο ισχυρές από άλλες ομάδες μέσα σε έναν οργανισμό.

Εξαιτίας αυτού, αυτές οι επαγγελματικές ομάδες έχουν συχνά ομάδες και άτομα εκτός των οργανώσεων τους για να τους βοηθήσουν στον καθορισμό νέων πολιτισμών, πεποιθήσεων και πρακτικών. Σε δύσκολους καιρούς, η ιδιαίτερη λειτουργία της οργανωσιακής κουλτούρας είναι ιδιαίτερα σημαντική. Η ιδεολογία έχει μεγάλο αντίκτυπο στον τρόπο λειτουργίας των οργανισμών καθώς περνούν από τον μετασχηματισμό. Τα μέλη που είναι πιθανό να ωφεληθούν από τη διατήρηση των υαρχόντων πολιτιστικών μορφών μπορεί να προσπαθήσουν να δικαιολογήσουν τις δραστηριότητές τους και τη θέση τους στον οργανισμό, ενώ άτομα και ομάδες που αντιλαμβάνονται τις αλλαγές ως επικίνδυνες μπορεί να αμφισβητήσουν την ιδεολογική βάση του τρέχοντος συστήματος. Σε αυτές τις περιπτώσεις, οι επαγγελματικές ομάδες ενδέχεται να καταβάλουν προσπάθειες για να διασφαλίσουν ότι τα ομαδικά συμφέροντα εκπροσωπούνται καλά ανά πάσα στιγμή.

Προκειμένου να επιτευχθεί συμπεριφορά συλλογικού συμφέροντος, υπάρχει μια επίμονη σύγκρουση σε κάθε οργανισμό μεταξύ ατομικών και οργανωτικών στόχων. Σύμφωνα με το «παράδοξο των κοινών», οι άνθρωποι συνήθως δίνουν προτεραιότητα στα δικά τους συμφέροντα έναντι των συμφερόντων της ομάδας. Η ιδιωτικοποίηση και η ρύθμιση είναι οι δύο επιλογές για τη διαχείριση αυτών των κοινών. (De Bono et al., 2014)

Σύμφωνα με την έρευνα του Degeling et al., το ιατρικό, το νοσηλευτικό και το διευθυντικό προσωπικό ανήκουν όλα σε ξεχωριστές υποκουλτούρες που βασίζονται στα επαγγέλματά τους. Αυτές οι υποκουλτούρες είναι κοινότητες ανθρώπων που μοιράζονται παρόμοιες στάσεις, κοσμοθεωρίες και ηθικές αρχές. Κάθε υποκουλτούρα έχει ιδέες για το πώς πρέπει να γίνει η εργασία, καθώς και ιδέες για το τι αντιπροσωπεύουν όροι όπως η λογοδοσία. (Horsburgh, M., Perkins, R., Coyle, B. & Degeling, P., 2006)

Επομένως, η ύπαρξη μιας ενιαίας κουλτούρας μέσα σε έναν οργανισμό προσφέρει πολλά οφέλη τόσο για τα άτομα τα οποία εργάζονται όσο και για τον οργανισμό ως σύνολο. Τα μέλη του οργανισμού έχουν μια αίσθηση κοινής ταυτότητας λόγω της συνεκτικής κουλτούρας, η οποία καθιστά δυνατή την επιτυχημένη ομαδική εργασία μεταξύ τους. Μπορούν να αναπτύξουν και να διατηρήσουν ανταγωνιστικά πλεονεκτήματα έχοντας ισχυρή κουλτούρα με την οποία να υποστηρίζουν και να προωθούν την επιχειρηματική δραστηριότητα. Σε αντίθεση με τις αδύναμες κουλτούρες

και την ύπαρξη υποκουλτούρων, είναι δύσκολο για τους οργανισμούς να αλλάξουν και να προσαρμοστούν στις ανάγκες της αγοράς.. Εξαιτίας αυτού, η οργανωσιακή κουλτούρα παίζει καθοριστική επιρροή στο πόσο καλά αποδίδει ένας οργανισμός και είναι ο μόνος παράγοντας που μπορεί να το εγγυηθεί. Το επόμενο κεφάλαιο εξετάζει, με βάση την ελληνική βιβλιογραφία, τη σχέση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας με τις αδυναμίες που παρουσιάζονται και δημιουργείται αρνητικό κλίμα το οποίο οδηγεί τα μέλη του να έρχονται συνεχώς σε προστριβές και συγκρούσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΟΙ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΙΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ – ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αυτή η ενότητα παρέχει μια βιβλιογραφική επισκόπηση μελετών που χρησιμοποιούν διάφορες μεθοδολογικές προσεγγίσεις που έχουν γίνει στο αντικείμενο της υγειονομικής περίθαλψης, ιδιαίτερα σε ελληνικά νοσοκομεία. Οι επαγγελματίες υγείας αλλά και όλοι οι ερευνητές είχαν ως επί το πλείστον θεωρητικό ενδιαφέρον για το ζήτημα της διαχείρισης των συγκρούσεων στην Ελλάδα.

Οι Κεραμιδά Λ., Κουλούρη Α., Ιωαννίδου Σ. & Ρούπα Ζ. (2020, σελ. 20-30) πραγματοποίησαν έρευνα με θέμα ‘Διαχείριση συγκρούσεων επαγγελματιών υγείας σε δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Νομού Θεσσαλονίκης’. Συγκεκριμένα πραγματοποίησαν μελέτη στα Κέντρα Υγείας του νομού Θεσσαλονίκης, τους πρώτους τρεις μήνες του 2016. Στην έρευνα συμμετείχαν 220 επαγγελματίες υγείας, ιατροί, νοσηλευτές, μαίες, επισκέπτες υγείας και βοηθοί νοσηλευτών από το συνολικό αριθμό των 290 επαγγελματιών υγείας. Το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 75,8%.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, οι άντρες αποτελούσαν το 19% ενώ οι γυναίκες το 81%. Το 77,4% των συμμετεχόντων εργαζόταν πάνω από 10 χρόνια και οι 197 συμμετέχοντες είχαν πτυχίο, οι 18 συμμετέχοντες είχαν αποκτήσει μεταπτυχιακό τίτλο και οι άλλοι 5 συμμετέχοντες είχαν διδακτορικό τίτλο.

Τα άτομα που εμπλέκονταν στις συγκρούσεις στις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ήταν μεταξύ των συναδέλφων και με άλλες επαγγελματικές ομάδες. Οι συγκρούσεις αναπτύσσονταν κυρίως με τους Προϊσταμένους και με τους ιατρούς. Η αποφυγή (67,3%), η διαπραγμάτευση με αμοιβαίο όφελος (43,6%) και η «διαιτησία» (18,2%) ήταν οι πιο συχνοί τρόποι διαχείρισης των συγκρούσεων ενώ ο «συμβιβασμός» αναφέρθηκε ως η προτιμητέα επιλογή από το 15% των συμμετεχόντων. Αρκετοί από τους συμμετέχοντες δεν είχαν λάβει κάποιας μορφής επιμόρφωσης ως προς την αντιμετώπιση των εντάσεων. Με δεδομένα τα παραπάνω δεν εκπλήσσει το γεγονός ότι οι εντάσεις μεταξύ των επαγγελματιών υγείας ήταν αυξημένες και συχνές και αφορούσαν κυρίως ιατρούς και νοσηλευτές. Αξίζει να σημειωθεί ότι το φύλο, τα έτη υπηρεσίας αλλά και το επίπεδο εκπαίδευσης ήταν μερικά από τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων τα οποία φαίνεται ότι είχαν μεγάλη επιρροή στο θέμα της διαχείρισης των εντάσεων.

Τα αποτελέσματα αυτά έκαναν επιτακτική την ανάγκη για τη πρόληψη των συγκρούσεων και στο να βρεθούν πρακτικές επίλυσης οι οποίες θα βοηθούσαν στη ριζική

αντιμετώπιση αυτών. Σημαντική επισήμανση γίνεται στο ότι η διαρκής επιμόρφωση, κατάρτιση και εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας θεωρούνται αναγκαίες με σωστούς και νέους τρόπους συνεργασίας αλλά και επικοινωνίας.

Επιπλέον μία ακόμη έρευνα που έγινε στους γιατρούς και στο νοσηλευτικό προσωπικό του Γενικού Νοσοκομείου Δράμας υπήρχαν 371 μέλη του προσωπικού συνολικά από τα οποία τα 102 συμμετείχαν. Λόγω των περιορισμών που σχετίζονται με την πανδημία, η διάδοση των ερευνών έγινε ηλεκτρονικά χρησιμοποιώντας Φόρμες Google. Πραγματοποιήθηκε μεταξύ 15 Απριλίου 2020 και 30 Μαΐου 2020. Χρησιμοποιήθηκε η ελληνική μετάφραση του ερωτηματολογίου Kisa & Tengilimonlu, που δημιουργήθηκε το 2005 από τους Κοντογιάννη, Γαλάνη, Σίσκο, Τσαβαλιά, Μάτζιου και άλλους.

Υπήρχαν 5 μέρη στο ερωτηματολόγιο, τα οποία περιείχαν όλα ερωτήματα κλειστού τύπου. Το τελευταίο μέρος περιλάμβανε μια ενότητα με συμβουλές επίλυσης συγκρούσεων και μια ανοιχτή έρευνα σχετικά με τις στρατηγικές επίλυσης συγκρούσεων. Οι άνδρες συμμετείχαν σε ποσοστό 11,8%, ενώ οι γυναίκες σε ποσοστό 88,2%, σύμφωνα με τις δημογραφικές παραμέτρους της δημοσκόπησης. Η πλειοψηφία τους ήταν νοσηλευτές με τεχνολογική κατάρτιση. Ως προς την ενημέρωση για θέματα διαχείρισης οι λιγότεροι απάντησαν ναι και είχαν ενημερωθεί κάποια στιγμή σε ποσοστό 22,5% στο πανεπιστήμιο.

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (75,3%) στην ερώτηση «Με ποιους αντιμετωπίζετε συχνά προβλήματα;» ανέφερε ότι είχε διαφωνίες με συναδέλφους. Η αποφυγή των συγκρούσεων είναι η πλειοψηφία της στάσης των εργαζομένων. Με ποσοστό 69,3%, ακολουθεί η διαπραγμάτευση και μετά η διαμεσολάβηση τρίτων, η οποία έχει αναλογία 48,5%. Όταν πρόκειται για διαφωνίες για οργανωτικά αίτια, ο ορισμός των ευθυνών, κατά τη γνώμη του προσωπικού, είναι αρκετά σαφής. Ωστόσο, η διεπαγγελματική συνεργασία οδηγεί συχνά σε σύγκρουση, ειδικά μεταξύ των ανδρών που είναι πιο πιθανό από τις γυναίκες να συμμετάσχουν σε επιθετικό ανταγωνισμό. Παρόλου που οι μισθοί θεωρούνταν αναποτελεσματικοί στην παρακίνηση των εργαζομένων, έτειναν να είναι ικανοποιημένοι με το εισόδημά τους, οι εργαζόμενοι που παρακολουθούσαν εκπαίδευση επίλυσης συγκρούσεων. Η σχέση τους με την ιατρική ομάδα φαίνεται να παρεμποδίζεται από εκπαιδευτικές διαφορές. Επιπλέον, τα επίπεδα επικοινωνίας περιγράφονται σχετικά καλά, καθώς το προσωπικό είπε ότι τα μηνύματα ακούγονται ξεκάθαρα στους συναδέλφους τους. Η πλειονότητα των μελών του

προσωπικού επέλεξε να εξετάσει τις προοπτικές όλων των μερών κατά τη διερεύνηση των λόγων των διαφωνιών και των εντάσεων.

Μία παλαιότερη ερευνητική εργασία που πραγματοποιήθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου από τις Μάστακα και Φραγκάκη, τους μήνες Μάρτιο και Απρίλιο του 2007. Στόχος της έρευνας ήταν η αποτύπωση των στάσεων και των αντιλήψεων των νοσηλευτών για τις διαπροσωπικές συγκρούσεις που εκδηλώνονται κατά την καθημερινή άσκηση των καθηκόντων τους.

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 114 νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών. Από τους 114 συμμετέχοντες, οι 100 ήταν γυναίκες και οι 12 άντρες. Οι περισσότεροι ήταν ηλικίας μεταξύ 31-40 με ποσοστό 57,9%. Η μέθοδος συλλογής των δεδομένων έγινε ανώνυμα και εθελοντικά με ένα ερωτηματολόγιο. Στο πρώτο μέρος είχα τα δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως το φύλο, την ηλικία, την εκπαίδευση, την επαγγελματική εμπειρία, τη τρέχουσα θέση εργασίας αλλά και το τμήμα εργασίας. Το δεύτερο μέρος περιελάμβανε δέκα ερωτήσεις, οι οποίες αφορούσαν την ικανοποίηση από τη θέση εργασίας τους και αν έχουν επιτευχθεί οι στόχοι, τις συγκρούσεις και στο τέλος υπήρχε μία ερώτηση στην οποία συμπλήρωναν τις παρεμβάσεις και τους τρόπους επίλυσης των συγκρούσεων.

Σύμφωνα με τη μελέτη, ως κύριες αιτίες των συγκρούσεων ήταν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, η προσωπικότητα του ατόμου και η κακή επικοινωνία μεταξύ μίας ομάδας. Χρησιμοποιώντας την μέθοδο του Thomas and Kilmann με τις πέντε στρατηγικές διαχείρισης των συγκρούσεων, η μέθοδος της αποφυγής ήταν αυτή η οποία χρησιμοποιήθηκε περισσότερο για την αντιμετώπιση των προστριβών μεταξύ των νοσηλευτών και ακολουθεί η υποχώρηση. Ο ανταγωνισμός είναι η μέθοδος η οποία επιλέγεται από τους προϊσταμένους νοσηλευτές περισσότερο σε αντίθεση με τους νοσηλευτές οι οποίοι επιλέγουν την αποφυγή.

Ανακεφαλαιώνοντας για αυτό το λόγο, είναι σημαντικό οι νοσηλευτές και ειδικότερα οι προϊστάμενοι νοσηλευτές, να λαμβάνουν εκπαίδευση και να κατανοούν τις αιτίες των διαφορών και να έχουν επίγνωση των τακτικών επίλυσης των συγκρούσεων για την επιτυχή διαχείριση των συγκρούσεων. Ακόμα, η συνεχής ολοκληρωμένη μελέτη έχει ως αποτέλεσμα και κρίνεται απαραίτητη για τη διαχείριση και την επίλυση των συγκρούσεων συμβάλλοντας στη ανύψωση του επιπέδου των προσφερόμενων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

Και η έρευνα των Λαχανά και συν (2018) είχε σκοπό να διερευνήσει τις αιτίες των συγκρούσεων, τα χαρακτηριστικά τους και τις προτάσεις για την επίλυση τους.

Συμμετείχαν 100 νοσηλευτές ενός δημοσίου νοσοκομείου της Θεσσαλονίκης και με ποσοστό 79% να είναι γυναίκες. Στην έρευνα αυτή υποστηρίζεται από τους νοσηλευτές ότι ο φόρτος εργασίας τους ήταν υψηλότερος από των άλλων επαγγελματιών υγείας και ένα μεγάλο ποσοστό της τάξης των 73% πίστευε ότι οι μισθοί δεν αντιστοιχούσαν στο φόρτο εργασίας τους. Είναι απαραίτητο να επισημανθεί ότι όλα αυτά υπογραμμίζονται ως τις κυριότερες αιτίες των διενέξεων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και κυρίως των νοσηλευτών. Ο βαθμός εκπαίδευσης και η εργασιακή εμπειρία συγκαταλέγονται στους παραπάνω παράγοντες των συγκρούσεων. Επιπλέον, η πλειονότητα των συμμετεχόντων ισχυρίστηκε ότι τα βραβεία και οι ανταμοιβές κατανεμήθηκαν άδικα μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Τέλος, ο βελτιωμένος καθορισμός των ρόλων και των καθηκόντων, η έγκαιρη ανακάλυψη της προέλευσης των συγκρούσεων, η εφαρμογή καλύτερης επικοινωνίας και ο τρόπος αντιμετώπισης και δίκαιης κατανομής των ανταμοιβών από τη διοίκηση αναφέρθηκαν ως τις πιο αποτελεσματικές μεθόδους αντιμετώπισης των συγκρούσεων.

Το άρθρο του Τασιόπουλου και συν (2019) μελετά το πολυσυζητημένο θέμα της διαχείρισης των συγκρούσεων με τον προϊστάμενο και της επαγγελματικής ικανοποίησης των 107 εργαζομένων στον Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων της Αθήνας, οι οποίοι συμμετείχαν. Το δείγμα της μελέτης ήταν 38 άνδρες και 69 γυναίκες με το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών να απασχολούνται ως διοικητικό προσωπικό. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν ηλικίας 40-49, είχαν μεταπτυχιακές σπουδές και οι αποδοχές του μήνα τους ήταν μεταξύ 801 έως 1.000 ευρώ. Όσον αφορά την εργασιακή ικανοποίηση ένας μικρός αριθμός εξέφρασε την ικανοποίηση του ενώ η πλειοψηφία των εργαζομένων δήλωσε τη δυσαρέσκεια του με ποσοστό 48,6% και αμέσως μετά τη ουδετερότητα 44,9%. Ακόμα, οι παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με τα χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από την εργασία είναι ο μισθός, η πιθανότητα ανέλιξης και οι πρόσθετες παροχές. Σε αντίθεση με την επίβλεψη, τις σχέσεις με τους συναδέλφους και τη φύση της εργασίας τους τα οποία αποτελούν τα υψηλότερα επίπεδα καλής επαγγελματικής ικανοποίησης.

Σύμφωνα με τα ευρήματα της τρέχουσας μελέτης, η ενσωμάτωση και ο συμβιβασμός είναι οι στρατηγικές διαχείρισης συγκρούσεων με το μεγαλύτερο κόστος ενώ η επιβολή ήταν η στρατηγική με το χαμηλότερο κόστος. Η ικανοποίηση των εργαζομένων από την επίβλεψη συσχετίζεται θετικά με τη διαχείριση συγκρούσεων με τον προϊστάμενο να εφαρμόζει στρατηγικές όπως η ενσωμάτωση και ο συμβιβασμός. Η πολυπλοκότητα της συνολικής εργασιακής ικανοποίησης επηρεάζεται από πολλά

πράγματα. Το συγκεκριμένο συμπέρασμα δεν είναι συγκρίσιμο με παρόμοιες έρευνες που έχουν διεξαχθεί στην Ελλάδα, οι οποίες απέδειξαν ότι η αποφυγή των συγκρούσεων είναι η πιο κοινή μέθοδος διαχείρισης συγκρούσεων στην υγεία του προσωπικού των υπηρεσιών υγείας.

Έρευνα η οποία διεξήχθη στα δύο δημόσια παιδιατρικά νοσοκομεία και στα παιδιατρικά τμήματα Γενικών Νοσοκομείων της Ελλάδας το 2007 σε πλήθος 286 επαγγελματίες υγείας. Το δείγμα αποτελούνταν από 37% γιατρούς, 47% νοσηλευτές καθώς και 16% βοηθούς νοσηλευτές. Στόχος της έρευνας ήταν ο προσδιορισμός των πρωταρχικών αιτιών των εντάσεων στο εργασιακό περιβάλλον του νοσοκομείου και ο εντοπισμός των μεθόδων επίλυσης τέτοιων συγκρούσεων.

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι είχαν διαφωνίες με τους συναδέλφους του θαλάμου τους, ενώ μόλις το ποσοστό μικρότερο του 20% είπε ότι είχε διαφωνίες με άτομα άλλων επαγγελματικών ομάδων. Περισσότερες διαφωνίες με συναδέλφους αναφέρθηκαν από τους γιατρούς (73,3%). Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό δήλωσε ότι η αποδοχή ήταν η λιγότερο χρησιμοποιούμενη μέθοδος για τη διαχείριση των συγκρούσεων, ενώ η αποφυγή ήταν η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη από τους γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό. Το νοσηλευτικό προσωπικό ανέφερε ότι υιοθέτησε τη συνεργασία ως δευτερεύον μέσο επίλυσης διαφορών, επιδεικνύοντας καλύτερες δεξιότητες διαχείρισης συγκρούσεων. Οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας που γνώριζαν αυτά τα προβλήματα ανέφεραν τα υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από την εργασία.

Η πλειοψηφία του νοσηλευτικού προσωπικού ανέφερε ότι τα εκπαιδευτικά κενά μεταξύ των διαφόρων επαγγελματικών ομάδων αποτελούν εμπόδιο στην επικοινωνία πιο συχνά από τους γιατρούς. Αυτό οφείλεται στο ότι αρκετοί από τους συμμετέχοντες δεν είχαν λάβει εκπαίδευση για τη διαχείριση των συγκρούσεων. Για τους παραπάνω λόγους, προκύπτει ότι οι διοικητές των νοσοκομείων θα πρέπει να δίνουν μεγάλη προσοχή στην επίλυση των συγκρούσεων, καθώς η επαγγελματική διαφωνία έχει πολλές επιζήμιες συνέπειες και στους ασθενείς, στους γιατρούς, στους διοικητές αλλά κυρίως και στον ίδιο τον οργανισμό υγείας. (Κοντογιάννη και συν, 2011)

Οι Λατσού και συν (2022) πραγματοποίησαν έρευνα με θέμα «Συγκρούσεις και συναισθηματική νοημοσύνη σε νοσοκομειακό εργασιακό περιβάλλον» στο Γενικό Νοσοκομείο Αργολίδας και συγκεκριμένα στη Νοσηλευτική Μονάδα του Άργους τους μήνες Σεπτέμβριο-Νοέμβριο 2019. Στόχος της έρευνας ήταν να διερευνήσει τη διαχείριση των συγκρούσεων μεταξύ των νοσηλευτών, των γιατρών, του διοικητικού

αλλά και του τεχνικού προσωπικού οι οποίοι εργάζονται εκεί και τον ρόλο της συναισθηματικής νοημοσύνης σε αυτές τις συγκρούσεις. Η στρατηγική του δείγματος που χρησιμοποιήθηκε για τη μελέτη ήταν η απλή τυχαία δειγματοληψία. Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο των Pavlakis και συν (2011) για τη διερεύνηση των συγκρούσεων και η ελληνική έκδοση της κλίμακας της συναισθηματικής νοημοσύνης «Wong Law Emotional Intelligence Scale», για τη μέτρηση του συναισθηματικής νοημοσύνης των ιατρών, των νοσηλευτών και του διοικητικό-τεχνικού προσωπικού. Το στατιστικό πρόγραμμα «Statistical Package for Social Sciences 25» χρησιμοποιήθηκε για τη διεξαγωγή της στατιστικής ανάλυσης.

Στη μονάδα αυτή εργάζονταν συνολικά 220 άτομα αλλά το δείγμα της έρευνας ήταν μόλις 153, περίπου το 70% των εργαζομένων συμμετείχε και ανταποκρίθηκε. Στη διαμόρφωση αυτού του αρνητικού παράγοντα της σύγκρουσης σημαντικό ρόλο διαδραμάτισε η μειωμένη ικανοποίηση από την εργασία. Στη μελέτη αυτή η μείωση της ικανοποίησης από την εργασία φαίνεται να έχει έμμεση αιτιολογική επίδραση στις συγκρούσεις και τις διαφωνίες μέσω της αύξησης του φόρτου εργασίας και της δυσαρέσκειας των επαγγελματιών υγείας με την ανταπόκριση και την ενθάρρυνση της διοίκησης. Στις θετικές επιπτώσεις πρέπει να υπογραμμιστεί η βελτίωση των αποδοχών, η δικαιοσύνη αλλά και η αξιοκρατία, τρόποι με τους οποίους αυξάνεται η επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων. Το 20% των επαγγελματιών γιατρών και του διοικητικού προσωπικού είπε ότι πρέπει να αναπτυχθεί η ομαδική εργασία και η επικοινωνία. Επιτακτική προβάλλεται η ανάγκη της άμεσης δραστηριοποίησης των πολλών επαγγελματικών ομάδων, οι οποίες απαρτίζουν το ανθρώπινο δυναμικό ενός νοσοκομείου και δεν διαφέρουν ως προς τις τακτικές διαχείρισης των συγκρούσεων. Το 60% των συμμετεχόντων της μελέτης αποφασίζει να αποφύγει τις συγκρούσεις και το 50% διαπραγματεύεται. Ανάλογα με την επαγγελματική κατηγορία στην οποία ανήκουν, τα ευρήματα της ανίχνευσης του ρόλου της συναισθηματικής νοημοσύνης στην επίλυση των συγκρούσεων αποκάλυψαν ότι οι επαγγελματίες υγείας είχαν μέτρια συναισθηματική νοημοσύνη. Η ικανοποίηση από τη δουλειά, οι ευθύνες τους και τα καθήκοντα των επαγγελματιών υγείας αυξάνονται μαζί με τη συναισθηματική νοημοσύνη των νοσηλευτών.

Επομένως, λόγω της πολυπλοκότητας των οργανισμών υγείας η έρευνα υπογραμμίζει ότι είναι αναπόφευκτες οι συγκρούσεις μεταξύ των γιατρών, των νοσηλευτών, του διοικητικού προσωπικού και του τεχνικού προσωπικού. Θετικά

αντανακλά η ύπαρξη και η ανάπτυξη του παράγοντα της συναισθηματικής νοημοσύνης στην επίλυση και στην διαχείριση των συγκρούσεων στα νοσοκομεία.

Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα είναι αρκετά περίπλοκο και επηρεάζεται και μεταβάλλεται εξαιτίας πολλών παραγόντων. Οι μηχανισμοί του συστήματος υγείας επηρεάζονται από πολλές εξωτερικές οικονομικές, κοινωνικές, πολιτικές και πολιτιστικές μεταβλητές. Για αυτούς τους λόγους το επίπεδο υγείας του πληθυσμού εξαρτάται από τη διανομή του εισοδήματος, από τη κοινωνική διαστρωμάτωση, από τα πρότυπα συμπεριφοράς, τα ήθη και τα έθιμα αλλά κυρίως από το Σύνταγμα. Αυτοί είναι μερικοί ενδεικτικοί παράγοντες.

Η αυξανόμενη ζήτηση για υγειονομική περίθαλψη, το αυξανόμενο κόστος και οι περιορισμένοι πόροι έχουν αυξήσει το ενδιαφέρον για τη μέτρηση και τη βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης σε πολλές χώρες του κόσμου ακόμα και στην Ελλάδα. Όλοι οι οργανισμοί υγείας πρέπει να είναι σε θέση να βελτιώνουν την ποιότητα η οποία παρέχεται από κάθε επαγγελματία υγείας ο οποίος εργάζεται σε αυτούς. Η ύπαρξη αποτελεσματικών και υψηλής ποιότητας ομάδων υγείας στα νοσοκομεία θεωρείται προϋπόθεση για ένα σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας. Κάθε επαγγελματίας υγείας ο οποίος εντάσσεται σε μία ομάδα παρέχει υψηλού επιπέδου υπηρεσίες στον ασθενή ο οποίος είναι το επίκεντρο. Από την πρόληψη της ασθένειας, τη διάγνωση και τη θεραπεία αυτής μέχρι και την αποκατάσταση της υγείας του ασθενή. Όλοι οι εργαζόμενοι στην υγεία πρέπει να έχουν μάθει με το καλύτερο τρόπο να επικοινωνούν, να συνεργάζονται, να έχουν ενσυναίσθηση, να λαμβάνουν από κοινού αποφάσεις και να παρέχουν κάθε είδους φροντίδα στους πολίτες.

Μέσα σε κάθε οργανισμό στον οποίο συνυπάρχουν όλες αυτές οι σχέσεις μεταξύ των επαγγελματιών υγείας είναι φανερό ότι προκαλούν προστριβές, εντάσεις και κάθε είδους δυσκολίες και στις μεταξύ τους σχέσεις, επικοινωνίες και συνεργασίες αλλά αυτό μεταφέρεται και στους ασθενείς. Οι συγκρούσεις αυτές μπορεί να είναι μεταξύ των συναδέλφων, των προϊσταμένων, των επαγγελματιών υγείας γενικότερα αλλά και μεταξύ διαφορετικών ή ίδιων τμημάτων.

Μετά από αυτή τη βιβλιογραφική ανασκόπηση οι έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα με θέμα τις συγκρούσεις καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι κύριοι παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν και αυξάνουν τις εντάσεις είναι το φύλο, οι μισθοί, η διεπιστημονική συνεργασία, ο φόρτος εργασίας, το επίπεδο εκπαίδευσης αλλά και η κακή επικοινωνία. Όσον αφορά τις συγκρούσεις είναι αναπόφευκτες όταν ειδικά άτομα με διαφορετικά γνώρισμα πρέπει να συνεργαστούν για να πετύχουν τους

στόχους του οργανισμού. Λόγω του φύλου και της κοινωνικοποίησής, ορισμένοι από τους επαγγελματίες υγείας υιοθετούν δυναμικές στρατηγικές συγκρούσεων. Μερικοί άνθρωποι εκπαιδεύτηκαν με τρόπο διαφορετικό. Κάποιος που ανατράφηκε με τέτοιο τρόπο θα είναι πιο διατεθειμένος να χρησιμοποιεί βίαιους τρόπους σύγκρουσης σε αντίθεση με τους συνεργατικούς.

Επιπλέον, όταν άτομα με διαφορετικό επίπεδο εκπαίδευσης, γνώσεις και εμπειρίες πρόκειται αναγκαστικά να συνεργαστούν αυτό οδηγεί σε μία κακή επικοινωνία και συνεννόηση μεταξύ τους και συνήθως οδηγεί τους οργανισμούς χωρίς συμπεράσματα, χωρίς να πετυχαίνουν τους στόχους τους και οι επαγγελματίες υγείας να βρίσκονται συνεχώς σε προστριβές. Η επικοινωνία μεταξύ των συναδέλφων, μεταξύ των εργαζομένων και των διευθυντών τους. Οι εργοδότες θα πρέπει να είναι δεκτικοί στα σχόλια των εργαζομένων, ιδιαίτερα για την κούραση, τους πόρους που απαιτούνται για την εκπλήρωση των καθηκόντων και τυχόν προβλήματα που μπορεί να προκύψουν από μια δυσλειτουργική εταιρική κουλτούρα. Η μη σωστή κατανομή των εργασιών και των διαδικασιών οδηγούν τους επαγγελματίες υγείας να υπερφορτώνονται με αυτές και να μη αποδίδουν στην εργασία τους. Ένα από τα πιο σημαντικά στοιχεία που επηρεάζουν τις συγκρούσεις στην εργασία είναι η ασάφεια της εργασίας, η οποία εδώ και πολύ καιρό συμβάλλει σημαντικά στο άγχος στο χώρο της εργασίας. Οι εργαζόμενοι μπορεί να βιώσουν πιο εύκολα άγχος και όταν αναλαμβάνουν πολλές εργασίες ως αποτέλεσμα οργανωτικών αλλαγών ή όταν οι προσδοκίες δεν είναι ξεκάθαρες. Θα μπορούσαν να είναι αβέβαιοι για το αν κάνουν αρκετά, τότε να προσλάβουν κάποιον άλλο ή να ζητήσουν βοήθεια ή τι θα συνέβαινε αν αποτύγχανε να ολοκληρώσουν την αποστολή. Αυτή η αβεβαιότητα μπορεί να μειώσει την ευαισθησία των εργαζομένων και να αποφευχθεί εύκολα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Κάθε οργανισμός είναι ο χώρος ο οποίος πολλά άτομα με διάφορα χαρακτηριστικά ενώνονται για να επιτύχουν έναν κοινό στόχο. Οι σχέσεις των ανθρώπων μπορεί να γίνουν αμφιλεγόμενες λόγω πιθανών διαφορών στις απόψεις. Η οργανωσιακή σύγκρουση, γνωστή και ως σύγκρουση στο χώρο εργασίας, είναι αποτέλεσμα αυτών των διαφορετικών απόψεων και είναι αναπόφευκτο να μην συμβεί πουθενά όταν υπάρχουν τόσες πολλές διαφορετικές απόψεις μεταξύ των συμμετεχόντων. Μπορεί να προκύψει σύγκρουση μεταξύ των συναδέλφων, μεταξύ των προϊσταμένων, μεταξύ των ανθρώπων ή μεταξύ των ομάδων ή των τμημάτων ενός οργανισμού.

Επιπλέον, η ατμόσφαιρα αβεβαιότητας η οποία διαπερνά τα διάφορα νοσοκομεία ως αποτέλεσμα των συνεχιζόμενων αλλαγών στους ρόλους, των σχέσεων μεταξύ των ρόλων και της εισαγωγής των νέων ειδικοτήτων στον τομέα συμβάλλει επίσης στην ανάπτυξη μιας αντίστοιχης φορτισμένης ατμόσφαιρας. Οι νοσηλευτές είναι εκείνοι οι οποίοι αντιμετωπίζουν συχνά σύγκρουση στην εργασία και σχετίζεται στενά με τη φύση της δουλειάς τους. Οι συγκρούσεις ως αναπόφευκτο φαινόμενο στους οργανισμούς, αποτελούν πρόκληση, τόσο σε επίπεδο ατόμων, όσο και σε επίπεδο ομάδας.

Το συμμετοχικό μοντέλο κουλτούρας προτείνεται ως εργαλείο εξάλειψης των εργασιακών συγκρούσεων με την παράλληλη μετατροπή του οργανισμού σε οργανισμό μάθησης για την ενδυνάμωση των επαγγελματικών και των κοινωνικών δεξιοτήτων. Εφόδια τα οποία θα αποτελέσουν κινητήριο μοχλό ατομικής εξέλιξης και ανάπτυξης του οργανισμού καθώς η επίτευξη των προσωπικών προσδοκιών, συμπλέουν με τη στοχοθεσία και το όραμα του οργανισμού. Ο δυναμικός ρόλος του ηγέτη θα αναπτυχθεί και θα διαδραματίσει τον καθοριστικό παράγοντα αντίληψης ενδογενών κινήτρων και προσδοκιών των υφισταμένων του, ώστε να ευαισθητοποιήσει τον εσωτερικό μηχανισμό παράωθησης του λοιπού προσωπικού.

Μια εχθρική ατμόσφαιρα εργασίας που θα επηρεάσει τον οργανισμό δεν πρέπει να αγνοηθεί αλλά αντίθετα, ο ηγέτης θα πρέπει να ανησυχεί περισσότερο για αυτό. Η θέση του ηγέτη είναι απαραίτητη για την επίλυση διαφορών στην εργασία. Σε έναν οργανισμό υγείας, απαιτείται από τον ηγέτη να έχει ισορροπία και να διαφοροποιεί τη συμπεριφορά του ανάλογα με τις καταστάσεις που πρέπει να ανταπεξέλθει. Θα πρέπει να εκπέμπει εμπιστοσύνη στα μέλη του υπόλοιπου οργανισμού και να τους ενεργοποιεί με την ικανότητα του για περισσότερο έμπνευση και δημιουργία. Ο ηγέτης πρέπει να είναι αρμονικός δηλαδή να βασίζεται στις αξίες του, να συναισθάνεται τους επαγγελματίες

υγείας και να εναρμονίζεται με αυτούς όταν το κλίμα είναι φορτισμένο από τις συγκρούσεις. Στις καταστάσεις των συγκρούσεων, ο ηγέτης θα πρέπει να ξέρει το σωστό τρόπο να επιλύσει τη καθεμιά με ξεχωριστή δεξιότητα και να δημιουργήσει την αρμονία μέσα στην ομάδα εργασίας. Η κύρια ευθύνη του είναι να δημιουργήσει το ιδανικό περιβάλλον ώστε όλοι να μπορούν να συνεργάζονται γύρω από τις κοινές αξίες του οργανισμού. Θα πρέπει να είναι και δημοκρατικός όπου με τον τρόπο του και τις δεξιότητες της συναισθηματικής νοημοσύνης θα προσφέρει ομαδικότητα, συνεργασία και διαχείριση συγκρούσεων με στόχο της ένταξη όλων των επαγγελματιών υγείας του οργανισμού στην οργανωσιακή αλλαγή. Συνεπώς, η ηγετική συμπεριφορά η οποία είναι αποτελεσματική, οδηγεί στην αλλαγή του οργανισμού και στη μείωση των νοσοκομειακών συγκρούσεων με ιδιαίτερη την επισήμανση της ανάπτυξης της συναισθηματικής νοημοσύνης η οποία θα βοηθά τον ηγέτη να αντιμετωπίσει οποιαδήποτε αλλαγή και σύγκρουση προκύψει με τα κατάλληλα εφόδια της αυτογνωσίας.

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αγράφγελου, Ο., (2021). *Η διαχείριση συγκρούσεων στο χώρο εργασίας. Η ελληνική πραγματικότητα*. Μεταπτυχιακή Εργασία. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.
2. Αδαμακίδου Θ., Βελονάκη Β.Σ., & Καλοκαιρινού Α., (2018). *Σύγχρονα τεχνολογικά επιτεύγματα για την υποστήριξη του ηλικιωμένου στο σπίτι και ηθικοί προβληματισμοί*, Ιατρική, 107(4-6):117-131. Διαθέσιμο στο: https://www.eis-iatriki.gr/wpcontent/uploads/2019/07/%CE%99%CE%B1%CF%84%CF%81%CE%B9%CE%BA%CE%AE_4%CE%BF_6%CE%BF_2018_%CE%BA%CE%BF%CF%82%CE%9A%CE%B1%CF%81%CE%B1%CF%8A%CF%84%CE%B9%CE%B1%CE%BD%CF%8C%CF%82_%CE%9F%CE%9B%CE%9F.pdf
3. Βασιλείου, Α. & Κεχάογλου, Ν. (2015). *Διαχείριση Συγκρούσεων και Επικοινωνία*. Εκπαιδευτικό Υλικό, Αθήνα: Κέντρο Ανάπτυξης Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Γενική Συνομοσπονδία Εργατών Ελλάδας. Διαθέσιμο στο: <https://www.openbook.gr/diaxeirisi-syngkrousewnkai-epikoinwnia/> [Ημερομηνία Πρόσβασης στις 12/12/2022]
4. Βελονάκη, Β.-Σ. & Καλοκαιρινού- Αναγνωστοπούλου, Α., (2006). *Ιστορική εξέλιξη υγειονομικού συστήματος και Νοσηλευτική στην Ελλάδα, Νοσηλευτική*, 45(4):491-499. Διαθέσιμο στο: <https://www.hjn.gr/index.php/el/2006/tomos-45-teyxos-4/etos-2006/tomos-45-teyxos-4/301-2006408>
5. Γαμβρούλη, Μ., Πέτσιος, Κ., Πλατής, Χ., (2022). *Πώς η Διαχείριση των Συγκρούσεων Επηρεάζει την Ποιότητα και την Οργάνωση της Παρεχόμενης Φροντίδας*, Νοσηλευτική, 61(2):127-140. Διαθέσιμο στο: <https://www.hjn.gr/index.php/el/2022/tomos-61-teyxos-2/etos-2022/tomos-61-teyxos-2/1276-pos-i-diaxeirisi-ton-syngkroyseon-epireazei-tin-poiotita-kai-tin-organosi-tis-parexomenis-frontidas>
6. Γεωργούλια, Ε., 2019. *Διαχείριση των συγκρούσεων στις μονάδες υγείας: Η περίπτωση ενός δημόσιου γενικού νοσοκομείου της Πελοποννήσου*. Μεταπτυχιακή Εργασία. Αθήνα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο
7. Γούλα, Α. (2007). *Διοίκηση και Διαχείριση Νοσοκομείου, Ελληνική Πραγματικότητα και Πρακτική*, Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
8. Γούλα, Α. (2014). *Οργανωσιακή Κουλτούρα Υπηρεσιών Υγείας*, Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

9. Ζερβέα, Ε., Αποστολάκης, Ι., Μαλλιαρού, Μ., Σαράφης Π., (2021). *Οργανωσιακή κουλτούρα και αντίσταση στην αλλαγή στο Γενικό Νοσοκομείο Χανίων. Αναβάθμιση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών*, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, 38(5):624-634. Διαθέσιμο στο: <https://www.mednet.gr/archives/2021-5/pdf/624.pdf> [Ημερομηνία Πρόσβασης 15/12/2022]
10. Ζιώγα Μ.-Α., (2014). Ποιότητα στο χώρο υγείας. Διπλωματική Εργασία [online]. Πειραιάς: Πανεπιστήμιο Πειραιώς. Διαθέσιμο στο: <https://dione.lib.unipi.gr/xmlui/bitstream/handle/unipi/6561/DY1211.pdf?sequence=1>
11. Θανασάς Ι., & Χαραλάμπους Μ., (2016). *Βασικές αρχές διοίκησης των σύγχρονων δημοσίων νοσοκομείων στην Ελλάδα*, Επιστημονικά Χρονικά, 21(2), σελ. 158-170. Διαθέσιμο στο: http://www.tzaneio.gr/wp-content/uploads/epistimonika_xronika/p16-2-6.pdf
12. Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ. & Σούλης Σ. (2001). *Συστήματα Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση
13. Καρρά, Β., Καλαφάτη, Μ., Ξυθάλης, Δ. & Αλεξιάς, Γ., (2016). *Το Οργανωσιακό Κλίμα των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας στα Ελληνικά Δημόσια Νοσοκομεία: Πόσο Υποστηρικτικό είναι για τους Νοσηλευτές*, Νοσηλευτική, 55(2):177-187. Διαθέσιμο στο: <https://www.hjn.gr/index.php/el/2016/tomos-55-teyxos-2/etos-2016/tomos-55-teyxos-2/239-2016207>
14. Κεραμιδά Λ., (2016). *Διαχείριση συγκρούσεων επαγγελματιών υγείας σε δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του νομού Θεσσαλονίκης*. Μεταπτυχιακή Εργασία. Λάρισα: Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.
15. Κεραμιδά Λ., Κουλούρη Α., Ιωαννίδου Σ. & Ρούπα Ζ., (2020). *Διαχείριση συγκρούσεων επαγγελματιών υγείας σε δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Νομού Θεσσαλονίκης*. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης, 13(2): 20-30. Διαθέσιμο στο: <http://journal-ene.gr/%E2%88%86%CE%B9%CE%B1%CF%87%CE%B5%CE%B9%CF%81%CE%B9%CF%83%CE%B7%CF%83%CF%85%CE%B3%CE%BA%CF%81%CE%BF%CF%85%CF%83%CE%B5%CF%89%CE%BD%CE%B5%CF%80%CE%B1%CE%B3%CE%B3%CE%B5%CE%BB%CE%BC%CE%B1/>
16. Κοντογιάννη, Α., Γαλάνης, Π., Σίσκου, Ο., Τσαβαλιάς, Κ., Κούλη, Ε., Μάτζιου, Β. & Καιτελίδου, Δ., (2011), *Διαχείριση Συγκρούσεων στο Ιατρονοσηλευτικό Προσωπικό Παιδιατρικών Τμημάτων*, Νοσηλευτική, 50(3):320-331. Διαθέσιμο στο:

<https://www.hjn.gr/index.php/el/2011/tomos-50-teyxos-3/etos-2011/tomos-50-teyxos-3/475-2011308>

17. Κουλούρη Α., (2019), *Οργανωσιακή κουλτούρα στις υπηρεσίες υγείας: χαρακτηριστικά, πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα*, Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης, 12(1):5-12. Διαθέσιμο στο: <http://journal-ene.gr/%ce%bf%cf%81%ce%b3%ce%b1%ce%bd%cf%89%cf%83%ce%b9%ce%b1%ce%ba%ce%b7%ce%ba%ce%bf%cf%85%ce%bb%cf%84%ce%bf%cf%85%cf%81%ce%b1-%cf%83%cf%84%ce%b9%cf%82%cf%85%cf%80%ce%b7%cf%81%ce%b5%cf%83/>
[Ημερομηνία Πρόσβασης 17/11/2022]

18. Κουράκος, Μ., Καυκιά, Θ., (2019). *Οργανωσιακή Κουλτούρα. Η σημασία της για τους παρόχους και τους λήπτες των υπηρεσιών υγείας.*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 36(3): 312-319. Διαθέσιμο στο: <https://www.mednet.gr/archives/2019-3/pdf/312.pdf>
[Ημερομηνία Πρόσβασης 17/11/2022]

19. Κουσίδου Ε., (2014). *Διαχείριση συγκρούσεων από το νοσηλευτικό προσωπικό στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και στο Τμήμα των Επειγόντων Περιστατικών*. Μεταπτυχιακή Εργασία. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

20. Κουτσούκη, Σ. & Κοσμίδης, Δ., (2012). *Το Φαινόμενο των Ηθικών Εσωτερικών Συγκρούσεων στη Νοσηλευτική Πρακτική*, Νοσηλευτική, 51(4), σελ. 354-363. Διαθέσιμο στο: <https://www.hjn.gr/index.php/el/2012/tomos-51-teyxos-4/etos-2012/tomos-51-teyxos-4/517-2012402>

21. Λατσού, Δ., Τόσκα, Α., Σαρίδη, Μ., Αλμπάνη, Ε., Γεωργίου, Κ. & Γείτονα, Μ., (2022). *Συγκρούσεις και συναισθηματική νοημοσύνη σε νοσοκομειακό εργασιακό περιβάλλον*, Το Βήμα του Ασκληπιού, 21(4), σελ. 634-653. Διαθέσιμο στο: <https://www.vima-asklipiou.gr/articles/771/>

22. Μαθαιάκη, Μ., (2022). *Οι συγκρούσεις στον εργασιακό χώρο ως εμπόδιο στην λειτουργία της δημόσιας διοίκησης και των εγχειρημάτων Κοινωνικής και Αλληλέγγυας Οικονομίας*. Μεταπτυχιακή Εργασία. Άγιος Νικόλαος: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο

23. Μάστακα, Α. & Φραγκάκη, Μ., (2008). *Στάσεις και αντιλήψεις του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με τις διαπροσωπικές συγκρούσεις στο χώρο του Νοσοκομείου*, Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική, 1, σελ. 51-62. Διαθέσιμο στο: <https://hospitaldentistry.gr/journal.php>

24. Μεντής ΑΦ.Α., (2021). *Θεωρίες ηγεσίας και management. Το εννοιολογικό πλαίσιο και οι εφαρμογές στις υπηρεσίες υγείας*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 38(2):268-

275. Διαθέσιμο στο: <https://www.mednet.gr/archives/2021-2/pdf/268.pdf> [Ημερομηνία Πρόσβασης 10/12/2022]
25. Μητροσύλη Μ. (2009). *Δίκαιο της Υγείας. Μονάδες Υγείας, Επαγγελματίες Υγείας, Ασθενείς*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση
26. Μπακαλάκη, Α., Αποστολάκης, Ι., Μαλλιαρού, Μ., Σαράφης, Π., (2021). *Διερεύνηση της διαχείρισης συγκρούσεων του προσωπικού σε δημόσιο ελληνικό νοσοκομείο.*, *Επιστημονικά Χρονικά* , 26(2): σελ. 309-321. Διαθέσιμο στο: http://www.tzaneio.gr/wp-content/uploads/epistimonika_xronika/p21-2-9.pdf [Ημερομηνία Πρόσβασης 17/11/2022]
27. Μπελιάς Δ., (2015). *Ηγεσία, οργανωσιακή κουλτούρα και επαγγελματική ικανοποίηση εργαζομένων σε τραπεζικό οργανισμό*, Διδακτορική διατριβή, Τρίκαλα: Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
28. Μπουραντάς, Δ. (2001). *Μάνατζμεντ: Θεωρητικό υπόβαθρο, σύγχρονες πρακτικές*, Αθήνα: Εκδόσεις Μπένοσ.
29. Μπουρσανίδης Χ. (2020). *Συστήματα Υγείας & Συγκριτική Πολιτική Υγείας*. Διδακτικό Υλικό. Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης & Αυτοδιοίκησης
30. Παπαδοπούλου, Δ., (2014). *Συγκρούσεις του νοσηλευτικού προσωπικού στις υπηρεσίες υγείας.*, *Επιστημονικά Χρονικά* , 19(4), σελ. 332-344. Διαθέσιμο στο: http://www.tzaneio.gr/wp-content/uploads/epistimonika_xronika/p14-4-1.pdf
31. Πεερράκος Γ., (2008). *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας & Τοπική Κοινωνία*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση
32. Πεερράκος Γ., (2013). *Μοντέλα Διοίκησης Μακροχρόνιας Φροντίδας Υγείας στην Τοπική Κοινωνία*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση
33. Πέτσιος, Κ., Γαμβρούλη, Μ. & Πλατής, Χ., (2022). *Συγκρούσεις Μεταξύ Νοσηλευτών στο Χώρο Εργασίας: Θεωρητικό Πλαίσιο Προσδιοριστικών Παραγόντων*, *Νοσηλευτική*, 61(2), σελ. 141-149. Διαθέσιμο στο: <https://www.hjn.gr/index.php/el/2022/tomos-61-teyxos-2/etos-2022/tomos-61-teyxos-2/1278-syngkroyseis-metaksy-nosilefton-ston-xoro-ergasias-theoritiko-plaisio-prosdioristikon-paragonton>
34. Πολύζος, Ν. (2014) . *Διοίκηση και Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας*, Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική
35. Σαπουτζή-Κρέπια Δ., (2001). *Ομάδα υγείας: διεπαγγελματική συνεργασία , συγκρούσεις και διαχείριση συγκρούσεων* , *Νοσηλευτική*, 40(1), σελ. 75-81. Διαθέσιμο στο:

<http://ejournals.uniwa.gr/index.php/NOS/article/view/2535> [Ημερομηνία Πρόσβασης 17/11/2022]

36. Σαρρής Μ., (2001). *Κοινωνιολογία της Υγείας και Ποιότητας Ζωής*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση

37. Σούλης Σ., (1999). *Η Οικονομική της Υγείας*, Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση

38. Σούλης Σ., (2015). *Εφαρμοσμένη Κοινωνική Πολιτική. Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Προστασίας*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση

39. Σπυράκη, Γ., Σπυράκη, Χ., (2008). *Αντιμετώπιση των Συγκρούσεων στους Οργανισμούς: Από την Επίλυση Συγκρούσεων στη Διαχείριση Συγκρούσεων*, Διοικητική Ενημέρωση, σελ.32-50. Διαθέσιμο στο:

<https://www.researchgate.net/publication/282442364> [Ημερομηνία Πρόσβασης 17/11/2022]

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

<https://www.hjn.gr/index.php/el/2006/tomos-45-teychos-1/etos-2006/tomos-45-teychos-1/264-2006106>

41. Τασιόπουλος, Θ., Τσουνής, Α., Τούντας, Γ., Καντζανού, Μ., & Σαράφης, Π. (2019). *Διαχείριση συγκρούσεων με τον προϊστάμενο και επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων στο Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ)*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 36(6), σελ. 763-770. Διαθέσιμο στο: <https://www.mednet.gr/archives/2019-6/pdf/763.pdf>

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

42. Aiken, L. H., Clarke, S. P., & Sloane, D. M. (2002). *Hospital staffing, organization, and quality of care: Cross-national findings*. Nursing outlook, 50(5): 187–194. <https://doi.org/10.1067/mno.2002.126696>

43. Allaire, Y., Firsirotu, M. E., (1984). *Theories of Organizational Culture, Organization Studies*, 5(30): 193-226. Διαθέσιμο στο: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/017084068400500301> [Ημερομηνία Πρόσβασης 17/11/2022]

44. Asad, A., L., & Tamara K., (2015). *Toward a Multidimensional Understanding of Culture for Health Interventions*. Social Science & Medicine, 144: 79-87. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.09.013>

45. Azzolini, E., Ricciardi, W., & Gray, M. (2018). *Healthcare organizational performance: why changing the culture really matters. Commentary*. *Annali dell'Istituto superiore di sanita*, 54(1): 6–8. https://doi.org/10.4415/ANN_18_01_03
46. Bate, P., (1984). *The Impact of Organizational Culture on Approaches to Organizational Problem-Solving*, *Organization Studies*, 5(1): 43–66. <https://doi.org/10.1177/017084068400500103>
47. Bellou, V., (2008). *Identifying organizational culture and subcultures within Greek public hospitals*, *Journal of Health Organization and Management*, [e-journal] 22(5):496 – 509. <https://doi.org/10.1108/14777260810898714>
48. Bernardes, A., Gabriel, C. S., Cummings, G. G., Zanetti, A. C. B., Leoneti, A. B., Caldana, G., & Maziero, V. G. (2020). *Organizational culture, authentic leadership and quality improvement in Canadian healthcare facilities*. *Revista brasileira de enfermagem*, 73(5): 1-7. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0732>
49. Beugelsdijk, S., Koen, C. I., & Noorderhaven, N. G., (2006). *Organizational Culture and Relationship Skills*. *Organization Studies*, [e-journal] 27(6): 833–854. <https://doi.org/10.1177/0170840606064099>
50. Blackwell, C. W. & Faraci, N. (2021) *Conflict resolution between physicians and nurse practitioners*. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 33(11): 931-937. Διαθέσιμο στο: https://journals.lww.com/jaanp/Abstract/2021/11000/Conflict_resolution_between_physicians_and_nurse.14.aspx
51. Bourn, M. and Ezzamel, M., (1986). *Organizational culture in hospitals in the national health service*, *Financial Accountability & Management*, 2:203-225. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0408.1986.tb00265.x>
52. Brown, J., Lewis, L., Ellis, K., Stewart, M., Freeman, T. R., & Kasperski, M. J., (2011). *Conflict on interprofessional primary health care teams--can it be resolved?*, *Journal of interprofessional care*, 25(1):4–10. <https://doi.org/10.3109/13561820.2010.497750>
53. Callen, J., Braithwaite, J., & Westbrook, J. I., (2009). *The importance of medical and nursing sub-cultures in the implementation of clinical information systems*, *Methods of information in medicine*, 48(2): 196–202. Διαθέσιμο στο : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19283319/>

54. Carlstrom, E. & Olsson, L.E., (2014). *The association between subcultures and resistance to change – in a Swedish hospital clinic*, Journal of Health Organization and Management, 28(4): 458 – 476 doi: 10.1108/JHOM-09-2012-0184
55. Coleman, P. T., (2003). *Characteristics of Protracted, Intractable Conflict: Toward the Development of a Metaframework-I*, Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology, 9(1): 1-37. Διαθέσιμο στο: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1475-6773.00154>
56. Danielsson, M., Nilsen, P., Ohrn, A., Rutberg, H., Fock, J., & Carlford, S. (2014). *Patient safety subcultures among registered nurses and nurse assistants in Swedish hospital care: a qualitative study*. BMC nursing, 13(1): 39. <https://doi.org/10.1186/s12912-014-0039-5>
57. Davies, H.T.O., Nutley, S.M., Mannion, R., (2000). *Organisational culture and quality of health care*, BMJ Quality & Safety, 9: 111-119. Διαθέσιμο στο: <https://qualitysafety.bmj.com/content/9/2/111.info>
58. De Bono, S., Heling, G., & Borg, M. A., (2014). *Organizational culture and its implications for infection prevention and control in healthcare institutions*. The Journal of hospital infection, [e-journal] 86(1):1–6. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2013.10>
59. De Church, L. A., & Marks, M. A., (2001). *Maximizing the benefits of task conflict: The role of conflict management*, International Journal of Conflict Management, 12:4 –22. Διαθέσιμο στο: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/eb022847/full/html> [Ημερομηνία Πρόσβασης 17/11/2022]
60. Di Pietro, L. & Di Virgilio, F., (2013). *The Role of Organizational Culture on Informal Conflict Management*, International Journal of Public Administration, 36(13):910-921, <https://doi.org/10.1080/01900692.2012.701150>
61. Eason, F. R., & Brown, S. T., (1999). *Conflict management: assessing educational needs*. Journal for nurses in staff development, 15(3): 92–96. <https://doi.org/10.1097/00124645-199905000-00001>
62. El Dahshan, M. E. A. & Moussa, R. I., (2019). *Levels and Types of Conflict Experienced by Nurses in the Hospital Settings: A Comparative Study*, American Journal of Nursing Research, 7(3): 301-309. Διαθέσιμο στο: <http://pubs.sciepub.com/ajnr/7/3/10/index.html> [Ημερομηνία Πρόσβασης 17/11/2022]

63. Evans, J. M., Baker, G. R., Berta, W., & Barnsley, J. (2015). *Culture and cognition in health systems change*. Journal of health organization and management, [e-journal], 29(7):874–892. doi: <https://doi.org/10.1108/JHOM-06-2014-0101>
64. Garner, A. (1996). *Using organizational culture as an agent of change*. Seminars in perioperative nursing, 5(3): 180–185. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8718414/>
65. Gifford, B. D., Zammuto, R. F., & Goodman, E. A., (2002). *The relationship between hospital unit culture and nurses' quality of work life*, Journal of healthcare management, 47(1): 13–26. Διαθέσιμο στο: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11836962/> [Ημερομηνία Πρόσβασης 17/11/2022]
66. Gordon, G.G. and DiTomaso, N., (1992). *PREDICTING CORPORATE PERFORMANCE FROM ORGANIZATIONAL CULTURE*. Journal of Management Studies, 29(6): 783-798. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6486.1992.tb00689.x>
67. Haldane, V., Ong, S.-E., Chuah, F. L.-H., Legido-Quigley, H. (2017). *Health systems resilience: meaningful construct or catchphrase?*, The Lancet, [e-journal] 389(10078):1513. Διαθέσιμο στο: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673617309467>
68. Harhash, D.E., Ahmed, M.Z., & Elshereif, H.A., (2020). *Healthcare Organizational Culture: A Concept Analysis*., Menoufia Nursing Journal, [e-journal] 5(1):65-77. Doi: 10.21608/menj.2020.123846
69. Hewison, A., (1996). *Organizational culture: a useful concept for nurse managers?*, Journal of Nursing Management, [e-journal] 4:3-9. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.1996.tb00021.x>
70. Hofstede, G., (1998). *Attitudes, Values and Organizational Culture: Disentangling the Concepts*, Organization Studies, [e-journal] 19(3): 477–493. <https://doi.org/10.1177/017084069801900305>
71. Hofstede, G., (2011). *Dimensionalizing Cultures: The Hofstede Model in Context*. Online Readings in Psychology and Culture, [e-journal] 2(1). <http://dx.doi.org/10.9707/2307-0919.1014>
72. Horsburgh, M., Perkins, R., Coyle, B. & Degeling, P. (2006) *The professional subcultures of students entering medicine, nursing and pharmacy programmes*, Journal of Interprofessional Care, 20(4): 425-431, doi: 10.1080/13561820600805233
73. Hsiung, K.S., Colditz, J.B., McGuier, E.A., Switzer, G.E., VonVille, H.M., Folb, B.L. & Kolko, D.J., (2021). *Measures of Organizational Culture and Climate in Primary*

Care: a Systematic Review. *Journal of General Internal Medicine*, 36(2):487–499
<https://doi.org/10.1007/s11606-020-06262-7>

74. Jehn, K. A., & Bendersky, C., (2003). *Intragroup Conflict in Organizations: A Contingency Perspective on the Conflict- Outcome Relationship*. *Research in Organizational Behavior*, [e-journal], 25: 187-242. [http://dx.doi.org/10.1016/S0191-3085\(03\)25005-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0191-3085(03)25005-X)

75. Katz J. D., (2007). *Conflict and its resolution in the operating room*, *Journal of clinical anesthesia*, 19(2): 152–158. <https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2006.07.007>

76. Kim, S., Bochatay, N., Relyea-Chew, A., Buttrick, E., Amdahl, C., Kim, L., Frans, E., Mossanen, M., Khandekar, A. & Lee, Y.-M. (2017). *Individual, interpersonal, and organisational factors of healthcare conflict: A scoping review*. *Journal of Interprofessional Care*, 31(3):282–290. doi:10.1080/13561820.2016.1272558

77. Kinnunen, J., (1988). *Impact of Organisational Culture on Use of Scientific Knowledge in Nursing Practice*, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, [e-journal] 2:123-128. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.1988.tb00358.x>

78. Labrague, L. J, Al Hamdan, Z., McEnroe– Petite, D.M. (2018) *An integrative review on conflict management styles among nursing professionals: implications for nursing management*. *Journal of Nursing Management*. 26: 902–917. doi: <https://doi.org/10.1111/jonm.12626>

79. Lahana, E., Tsaras, K., Kalaitzidou, A., Galanis, P., Kaitelidou, D. & Sarafis, P. (2017). *Conflicts management in public sector nursing*, *International Journal of Healthcare Management*, 12(4):1-7. <https://doi.org/10.1080/20479700.2017.1353787>

80. Leever, A. M., Hulst, M. V. D., Berendsen, A. J., Boendemaker, P. M., Roodenburg, J. L. N., & Pols, J. (2010). *Conflicts and conflict management in the collaboration between nurses and physicians – A qualitative study*. *Journal of Interprofessional Care*, 24(6):612–624. doi:10.3109/13561820903550762

81. Levinger, G., (1957). *Kurt Lewin's approach to conflict and its resolution A review with some extensions*. *Conflict Resolution*, 1(4):329–339. <https://doi.org/10.1177/002200275700100402>

82. Linstead, S., & Grafton-Small, R., (1992). *On Reading Organizational Culture*, *Organization Studies*, 13(3): 331–355. <https://doi.org/10.1177/017084069201300302>

83. Litterer, J., (1966). *Conflict in Organization: A Re-Examination.*, *Academy of Management Journal*, 9 (3):178-186. <https://doi.org/10.5465/255117>

84. Lok, P., Rhodes, J., & Westwood, B., (2011). *The mediating role of organizational subcultures in health care organizations*. *Journal of health organization and management*, [e-journal] 25(5):506–525. <https://doi.org/10.1108/14777261111161860>
85. Lund, D. B., (2003). *Organizational Culture and Job Satisfaction*. *Journal of Business & Industrial Marketing*, [e-journal] 18:219-236. <https://doi.org/10.1108/0885862031047313>
86. Mack, R. W., & Snyder, R. C. (1957) *The analysis of social conflict—toward an overview and synthesis*. *Conflict Resolution*, 1(2): 212–248. doi: <https://doi.org/10.1177/002200275700100208>
87. Mallidou, A. A., Cummings, G. G., Estabrooks, C. A., & Giovannetti, P. B. (2011). *Nurse specialty subcultures and patient outcomes in acute care hospitals: A multiple-group structural equation modeling*. *International Journal of Nursing Studies*, 48(1): 81–93. doi:10.1016/j.ijnurstu.2010.06.002
88. Mannion R, Davies H., (2018). *Understanding organisational culture for healthcare quality improvement*, *BMJ*, 36(3): 1-4. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.k4907>
89. Martin, J. & Siehl, C., (1990). *Organizational culture and counter-culture*, *Organizational Dynamics*, [e-journal]12:52-64. [http://dx.doi.org/10.1016/0090-2616\(83\)90033-5](http://dx.doi.org/10.1016/0090-2616(83)90033-5)
90. Martinussen, P. E., & Magnussen, J. (2011). *Resisting market-inspired reform in healthcare: The role of professional subcultures in medicine*. *Social Science & Medicine*, 73(2):193–200. doi:10.1016/j.socscimed.2011.04.025
91. Marzec M., (2018). *Measuring Subcultures and Leveraging Data to Optimize Well-being Initiatives*. *American Journal of Health Promotion*, 32(8):1817-1820. doi:10.1177/0890117118804149b
92. Mbegu, S., (2018). *The Role Professionalism in Managing Conflict at Work Place*. *Open Access Library Journal*, 5:1-5. doi: <https://doi.org/10.4236/oalib.1105014>
93. McCabe, R. and Healey, P.G.T. (2018), *Miscommunication in Doctor–Patient Communication*. *Topics in cognitive science*, 10(2): 409-424. <https://doi.org/10.1111/tops.12337>
94. Meek, V. L., (1988). *Organizational Culture: Origins and Weaknesses.*, *Organization Studies*, [e-journal] 9(4):453–473. <https://doi.org/10.1177/017084068800900401>

95. Mills, A.E., Spencer, E.M., (2005). *Values based decision making: a tool for achieving the goals of healthcare*. HealthCare Ethics Committee Forum: An Interprofessional Journal on Healthcare Institutions' Ethical and Legal Issues, [e-journal], 17(1):18–32. doi: <https://doi.org/10.1007/s10730-005-4948-2>
96. Mutonyi, B.R., Slåtten, T., Lien, G. & González-Piñero, M., (2022) *The impact of organizational culture and leadership climate on organizational attractiveness and innovative behavior: a study of Norwegian hospital employees*. BMC Health Services Research, 22(637):1-19 <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08042-x>
97. Nelson, W. A., Taylor, E., & Walsh, T., (2020). *Building an Ethical Organizational Culture*. The Health Care Manager, [e-journal] 39(4):168–174. <https://doi.org/10.1097/HCM.0000000000000304>
98. O'Reilly, C. A., Chatman, J., & Caldwell, D. F., (1991). *People and Organizational Culture: A Profile Comparison Approach to Assessing Person-Organization Fit*. The Academy of Management Journal, 34(3):487–516. <https://doi.org/10.2307/256404>
99. Pathak, M., (2010). *Managing Organizational Conflict*, Oeconomics of Knowledge, 2(4):2-12. Διαθέσιμο στο: https://www.researchgate.net/publication/49607478_Managing_Organizational_Conflict [Ημερομηνία Πρόσβασης 11/10/2022]
100. Patton, C., (2014). *Conflict in healthcare: A literature review*, The Internet Journal of Healthcare Administration, 9(1): 1-11. Διαθέσιμο στο: https://www.researchgate.net/publication/330967993_Conflict_in_healthcare_A_literature_review [Ημερομηνία Πρόσβασης 18/12/2022]
101. Pellegrin, K. L., & Currey, H. S. (2011). *Demystifying and improving organizational culture in health-care*. Advances in health care management, 10: 3–23. [https://doi.org/10.1108/s1474-8231\(2011\)0000010007](https://doi.org/10.1108/s1474-8231(2011)0000010007)
102. Pettigrew, A. M., (1979). *On Studying Organizational Cultures*, Administrative Science Quarterly, 24(4):570–581. <https://doi.org/10.2307/2392363>
103. Porter L., (1996). *Conflict*, Seminars in perioperative nursing, 5(3):119–126. Διαθέσιμο στο: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8718405/> [Ημερομηνία Πρόσβασης 20/12/2022]
104. Prodromou, M., & Papageorgiou, G. (2021). *Assessing organizational culture in public mental healthcare service organizations*. Journal of health organization and management, 36(1): 24-37. <https://doi.org/10.1108/JHOM-06-2020-0230>

105. Rahim, MA, (2002). *Toward a Theory of Managing Organizational Conflict*. The International Journal of Conflict Management,13(3):206-235. Διαθέσιμο στο: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/eb022874/full/html> [Ημερομηνία Πρόσβασης 18/12/2022]
106. Riad, S., (2005). *The Power of “Organizational Culture” as a Discursive Formation in Merger Integration*, Organization Studies, [e-journal] 26(10):1529–1554. <https://doi.org/10.1177/0170840605057072>
107. Rodarte, P., Kammire, M. S., Israel, H., Poon, S. C. & Cannada, L. K., (2023). *The other side of conflict: Examining the challenges of female orthopaedic surgeons in the workplace*, The American Journal of Surgery, 225(1): 46-52. Διαθέσιμο στο: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002961022005748> [Ημερομηνία Πρόσβασης 10/01/2023]
108. Rovithis, M., (2019). *The importance of management culture in Health Services*. Health & Research Journal, [e-journal] 4(1): 1–3. <https://doi.org/10.12681/healthresj.19632>
109. Schneider, B., Ehrhart, M. G., & Macey, W. H., (2013). *Organizational climate and culture*. Annual review of psychology, [e-journal] 64:361–388. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143809>
110. Sinskey, J. L., Chang, J. M. , Shibata, G. S. , Infosino, A. J., Rouine-Rapp, K., (2019). *Applying Conflict Management Strategies to the Pediatric Operating Room.*, Anesthesia & Analgesia, 129(4): 1109-1117. DOI: 10.1213/ANE.0000000000003991
111. Scott-Findlay, S., & Estabrooks, C. A., (2006). *Mapping the organizational culture research in nursing: a literature review*. Journal of advanced nursing, [e-journal], 56(5):498–513. Διαθέσιμο στο: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17078826/> [Ημερομηνία Πρόσβασης 11/10/2022]
112. Scott, T., Mannion, R., Davies, H. and Marshall, M., (2003). *The Quantitative Measurement of Organizational Culture in Health Care: A Review of the Available Instruments*, Health Services Research, [e-journal] 38:923-945. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.00154>
113. Sirriyeh, R., Lawton, R., Armitage, G., Gardner, P., & Ferguson, S. (2012). *Safety subcultures in health-care organizations and managing medical error*. Health Services Management Research, 25(1):16–23. doi:10.1258/hsmr.2011.011018
114. Sportsman S., (2005). *Build a framework for conflict assessment*, Nursing management, 36(4):32-40. <https://doi.org/10.1097/00006247-200504000-00011>

115. Suc, J., Prokosch, H. U., & Ganslandt, T., (2009). *Applicability of Lewin's change management model in a hospital setting*. *Methods of information in medicine*, 48(5):419–428. <https://doi.org/10.3414/ME9235>
116. Tengilimoglu D., & Kisa A., (2005). *Conflict Management in Public University Hospitals in Turkey. A Pilot Study.*, *The Health Care Manager*, 24(1):55-60. doi: 10.1097/00126450-200501000-00009
117. Thomas, K.W., (1992). *Conflict and conflict management: Reflections and update.* *Journal of Organizational Behavior*, 13:265-274. <https://doi.org/10.1002/job.4030130307>
118. Tjosvold D., (2006). *Defining conflict and making choices about its management. Lighting the dark side of organizational life*, *International Journal of Conflict Management*, 17(2):87-95. DOI: 10.1108/10444060610736585
119. Tzeng, H. (2002). *The Influence of Nurses' Working Motivation and Job Satisfaction on Intention to Quit: An Empirical Investigation in Taiwan.* *International Journal of Nursing Studies*, 39:867-878. [http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7489\(02\)00027-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7489(02)00027-5)
120. Wagner, C., Mannion, R., Hammer, A., Groene, O., Arah, O. A., Dersarkissian, M., Suñol, R., & DUQuE Project Consortium, (2014). *The associations between organizational culture, organizational structure and quality management in European hospitals.* *Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 26:74–80. Διαθέσιμο στο: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24671119/> [Ημερομηνία Πρόσβασης 20/11/2022]
121. Wandary, W. & Anisah, H. (2015). *Organizational Culture Values Influences to Lecturer's Organizational Citizenship Behavior at Economics and Business Faculty*, *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 6(5): 236-242. DOI: 10.5901/mjss.2015.v6n5s5p236
122. Willis, CD., Saul, J. , Bevan, H. , Scheirer, MA , Best, A. , Greenhalgh, T. , Mannion, R. , Cornelissen, E. , Howland, D. , Jenkins, E. and Bitz, J. (2016). *Sustaining Organizational Culture change in health systems*, *Journal of Health Organization and Management* , 30(1):2-30. <https://doi.org/10.1108/JHOM-07-2014-0117>
123. Yeun, Y.R., (2014). *Job Stress, Burnout, Nursing Organizational Culture and Turnover Intention among Nurses.* *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*, 15(8):4981-4986. DOI:10.5762/KAIS.2014.15.8.4981

124. Zakari, N.M., Al Khamis, N.I. and Hamadi, H.Y., (2010). *Conflict and professionalism: perceptions among nurses in Saudi Arabia*. International Nursing Review, 57(3):297-304. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2009.00764.x>
125. Zhou, P., Bundorf, K., Le Chang, J., Huang, J.X. and Xue, D., (2011). *Organizational Culture and Its Relationship with Hospital Performance in Public Hospitals in China*. Health Services Research, 46(6):2139-2160. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2011.01336.x>

ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

126. Βουλή των Ελλήνων, Το Σύνταγμα της Ελλάδας. <https://www.hellenicparliament.gr/Vouli-ton-Ellinon/To-Politevma/Syntagma/>
127. Νόμος 2889/2001, Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις, ΦΕΚ 37/τ. Α/2/3/2001
128. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας <https://www.who.int/europe/home?v=welcome>
129. Οικουμενική Διακήρυξη Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων 10/12/1948 https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/grk.pdf
130. Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης 07/12/2000 https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_el.pdf
131. Aspen University <https://www.aspen.edu/altitude/conflict-resolution-in-nursing/>