

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ  
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ  
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ  
(CONFLICT MANAGEMENT IN OPERATING ROOM)**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΖΑΦΕΙΡΑΚΗ Β. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ**

**ΜΗΤΡΑΚΗ Α. ΕΥΤΕΡΠΗ**

**ΕΠΙΒΛ.ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ : ΜΗΝΑΣΙΔΟΥ ΕΥΓΕΝΙΑ**

**ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2013**

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ  
ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ  
ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ  
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ  
(Conflict management in operating room)

**ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:**

Dr. Μηνασίδου Ευγενία, Καθηγήτρια Εφαρμογών (επιβλέπουσα)

Dr. Κουρκούτα Λαμπρινή, Καθηγήτρια

Dr. Λαβδανίτη Μαρία, Επίκουρος Καθηγήτρια

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Στην παρούσα πτυχιακή εργασία, λόγω της διαφορετικότητας και της δυσκολίας του θέματος, χρειάστηκε να αφιερώσουμε πολύ χρόνο, πολλές ώρες μελέτης και μεγάλη ποσότητα ψυχικής διάθεσης για τη σωστή διερεύνηση του θέματος.

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τη σύμβουλό μας σε αυτή τη προσπάθεια, την καθηγήτρια του Νοσηλευτικού τμήματος του ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης κ. Μηνασίδου, η οποία μας επέβλεπε και μας καθοδηγούσε ανάλογα όλο αυτό το διάστημα.

Τέλος, το μεγαλύτερο ευχαριστώ πηγαίνει στις οικογένειές μας, οι οποίες μας στήριξαν και μας στηρίζουν με κάθε δυνατό τρόπο, όλα αυτά τα χρόνια των σπουδών μας, αλλά και το δύσκολο αυτό διάστημα της πτυχιακής εργασίας. Χωρίς οποιαδήποτε από τις παραπάνω βοήθειες, η πραγμάτωση της εν λόγω πτυχιακής εργασίας θα κρινόταν εξαιρετικά δύσκολη.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες.....	3
Περιεχόμενα.....	4
Πρόλογος.....	6
Εισαγωγή.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ.....	9
1.1 Ορισμός της σύγκρουσης.....	9
1.2 Είδη συγκρούσεων.....	9
1.3 Αίτια των συγκρούσεων.....	10
1.3.1 Αίτια των συγκρούσεων μέσα στον οργανισμό.....	11
1.4 Ομάδες και συγκρούσεις.....	12
1.4.1 Παράγοντες απόδοσης της ομάδας.....	13
1.5 Σύνοψη πρώτου κεφαλαίου.....	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΣΥΓΚΡΟΥΣΗΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	16
2.1 Νοσηλευτής και σύγκρουση.....	16
2.2 Είδη συγκρούσεων στο χώρο της υγείας.....	17
2.3 Αίτια συγκρούσεων στο χώρο της υγείας.....	18
2.4 Στάδια των συγκρούσεων.....	20
2.5 Αποτελέσματα των συγκρούσεων στο χώρο της υγείας.....	20
2.6 Τρόποι εκδήλωσης της σύγκρουσης.....	21
2.7 Διαχείριση των συγκρούσεων.....	22
2.8 Σύνοψη δεύτερου κεφαλαίου.....	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ.....	27
3.1 Ιστορία του χειρουργείου.....	27
3.2 Χαρακτηριστικά του χειρουργείου.....	28
3.2.1 Λειτουργία του χειρουργείου.....	31
3.3 Διοικητική συγκρότηση του χειρουργείου.....	33
3.3.1 Προιστάμενος.....	34
3.4 Σύνοψη τρίτου κεφαλαίου.....	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ.....	35
4.1 Συστατικά στοιχεία της ομάδας.....	35
4.2 Νοσηλευτικό προσωπικό.....	36
4.2.1 Αρμοδιότητες νοσηλευτικής υπηρεσίας.....	37

4.3 Ιατρικό προσωπικό.....	38
4.3.1 Αρμοδιότητες χειρουργικής υπηρεσίας.....	38
4.3.2 Αρμοδιότητες αναισθησιολογικής υπηρεσίας.....	39
4.4 Τεχνικό προσωπικό.....	41
4.5 Γενικό/βοηθητικό προσωπικό.....	41
4.6 Η έννοια της ομάδας του χειρουργείου.....	42
4.7 Σύνοψη τέταρτου κεφαλαίου.....	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΗΓΕΣΙΑ.....	44
5.1 Θεωρίες περί ηγεσίας.....	44
5.2 Ηγεσία και διοίκηση.....	45
5.3 Ηγεσία και εξουσία.....	46
5.4 Μεταρρυθμιστική ηγεσία.....	48
5.5 Σύνοψη πέμπτου κεφαλαίου.....	50
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. Η ΣΥΓΚΡΟΥΣΗ ΣΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ.....	51
6.1 Πηγές συγκρούσεων στο χειρουργείο.....	51
6.1.1 Η επικοινωνία.....	52
6.1.2 Η καταμέτρηση υλικών χειρουργείου.....	56
6.1.3 Η προκλητική συμπεριφορά.....	56
6.1.4 Το στρες.....	57
6.1.5 Η εξουσία των γιατρών.....	58
6.1.6 Οι πεποιθήσεις, οι αξίες και οι στόχοι.....	58
6.1.7 Ο χώρος του χειρουργείου.....	58
6.2 Κακομεταχείριση, παρενόχληση και οριζόντια βία.....	59
6.2.1 Οριζόντια βία.....	60
6.2.2 Παρενόχληση.....	60
6.2.3 Αντιμετώπιση της κακομεταχείρισης και της παρενόχλησης.....	61
6.3 Επίλυση συγκρούσεων στο χειρουργείο.....	63
6.3.1 Αξιολόγηση των διαστάσεων της σύγκρουσης.....	67
6.4 Σύνοψη έκτου κεφαλαίου.....	78
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	70
Περίληψη.....	73
Βιβλιογραφία.....	74
Παραρτήματα.....	79

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Οι συγκρούσεις μεταξύ του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού είναι συχνό φαινόμενο στο χώρο της υγείας και όπως τα στοιχεία δείχνουν, το φαινόμενο αυτό όλο και αυξάνεται. Το φαινόμενο αυτό παρατηρείται σε χώρους όπου υπάρχει μεγάλη πίεση και στρες όπως οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, το τμήμα επειγόντων περιστατικών και τα χειρουργεία. Στη συγκεκριμένη βιβλιογραφική ανασκόπηση θα αναφερθούμε αναλυτικά στη διαχείριση συγκρούσεων ειδικά στο χειρουργείο. Οι συγκρούσεις μέσα στο χειρουργείο μπορεί να οδηγήσουν σε πολλά αρνητικά αποτελέσματα, κύρια για τον ασθενή, αλλά και για το νοσηλευτικό κυρίως προσωπικό.

Βέβαια, η διοίκηση στο χώρο της υγείας εξελίσσεται και έχουν βρεθεί τρόποι αντιμετώπισης και επίλυσης των συγκρούσεων στο χειρουργείο, καθώς και τρόποι συνεργασίας μεταξύ της ομάδας, η οποία προσπαθεί να εργαστεί κάτω από συνθήκες πίεσης χρόνου, στρες και άγχους.

Ο νοσηλευτικός ρόλος στο χειρουργείο δεν τελειώνει μόνο στις τεχνικές διαδικασίες, αλλά συνεχίζεται και στη ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς. Το μεγαλύτερο βάρος στις χειρουργικές επεμβάσεις πέφτει στους νοσηλευτές που συνήθως έχουν περισσότερους από έναν ρόλο μέσα στο χώρο. Όμως παρά την σημαντικότητα του ρόλου τους, οι νοσηλευτές γίνονται συχνά δέκτες απαράδεκτων συμπεριφορών, βίαιων καταστάσεων και δεν αναγνωρίζεται το έργο τους στο χώρο αυτό.

Η επιλογή του θέματος έγινε με σκοπό να ερευνηθούν οι συγκρούσεις στο χειρουργείο, πως δημιουργούνται και πως αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά. Ένας ακόμη λόγος είναι το ότι στην Ελλάδα, αλλά ακόμα και στο εξωτερικό δεν έχει διερευνηθεί πλήρως η σύγκρουση μέσα στο χειρουργείο. Τέλος θα θέλαμε μέσα από την εργασία μας να γίνει γνωστό στο ευρύ κοινό ότι οι νοσηλευτές μπορούν να ερευνήσουν εκτός των κλινικών θεμάτων και θέματα που αφορούν την διοίκηση και μάλιστα με επιτυχία. Οι νοσηλευτές μπορούν να υπάρξουν ικανοί ηγέτες και διευθυντές.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύγκρουση ορίζεται ως η συνέπεια των πραγματικών ή των αντιλαμβανόμενων διαφορών σε αμοιβαία αποκλειόμενους στόχους, αξίες, ιδέες, στάσεις, πεποιθήσεις, συναισθήματα ή ενέργειες.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να διερευνηθούν οι διάφορες πλευρές της σύγκρουσης και τα αποτελέσματά τους μέσα στο χώρο του χειρουργείου συγκεκριμένα, προκειμένου να διατυπωθούν τεκμηριωμένες προτάσεις αποτελεσματικότερης επικοινωνίας για την αποφυγή των διενέξεων που συνήθως οδηγούν σε λάθη.

Η παρούσα εργασία επιχειρεί:

- Να φέρει στην επιφάνεια τα αίτια που προκαλούν τη σύγκρουση, η οποία εμποδίζει την αποτελεσματική συνεργασία μεταξύ ατόμων και ομάδων στην κοινωνία, στο χώρο της υγείας και εν τέλει στο χώρο του χειρουργείου.
- Να απαριθμήσει τα είδη των συγκρούσεων γενικά, αλλά και στο χώρο της υγείας ειδικότερα.
- Να επισημάνει τους παράγοντες επιτυχίας και αποτυχίας μιας ομάδας, καθώς και τα χαρακτηριστικά που πρέπει να έχει μια ομάδα για να είναι αποδοτική.
- Να καταγράψει τις συνέπειες που έχει η σύγκρουση στο χώρο της υγείας,
- Να καταγράψει τους τρόπους διαχείρισης της σύγκρουσης.
- Να επισημάνει τα χαρακτηριστικά του χειρουργείου.
- Να αναλύσει τους ρόλους των μελών μέσα στο χειρουργείο.
- Να επισημάνει τη σημασία της ηγεσίας και τα χαρακτηριστικά του κατάλληλου ηγέτη.
- Να καταγράψει τις απαράδεκτες συμπεριφορές που αντιμετωπίζει ο νοσηλευτής.
- Να προτείνει τρόπους αντιμετώπισης και επίλυσης των συγκρούσεων που να επιτρέπουν τη σωστή λειτουργία του χειρουργείου.

Η εργασία χωρίζεται σε 7 κεφάλαια.

Στο *πρώτο κεφάλαιο* επιχειρείται μια θεωρητική προσέγγιση του ορισμού, των αιτιών και των ειδών της σύγκρουσης. Ακόμη, αναφέρονται τα χαρακτηριστικά της ομάδας και οι παράγοντες που επηρεάζουν την απόδοσή της.

Στο *δεύτερο κεφάλαιο* καταγράφονται τα αίτια και οι συνέπειες των συγκρούσεων στο χώρο της υγείας. Επιπλέον, περιγράφονται οι τρόποι εκδήλωσης μιας σύγκρουσης στο χώρο της υγείας και οι στρατηγικές επίλυσης των συγκρούσεων που πρέπει οι προϊστάμενοι να χρησιμοποιούν.



Στο *τρίτο* κεφάλαιο παραθέεται η ιστορική αναδρομή του χειρουργείου και αναλύονται τα χαρακτηριστικά, ο τρόπος λειτουργίας και η σχέση του χειρουργείου με άλλα τμήματα. Ακόμη, αναφέρεται η διοικητική συγκρότηση και ο ρόλος του προϊστάμενου του χειρουργείου.

Στο *τέταρτο* κεφάλαιο αναλύονται τα συστατικά στοιχεία της ομάδας του χειρουργείου και γίνεται εκτενής αναφορά στο προσωπικό που απαρτίζει το χειρουργείο, αλλά και στις αρμοδιότητες του καθενός. Επιπρόσθετα, περιγράφονται οι ιδιότητες που πρέπει να έχουν τα μέλη μιας ομάδας.

Στο *πέμπτο* κεφάλαιο καταγράφονται όλες οι θεωρίες περί ηγεσίας, οι διαφορές μεταξύ της ηγεσίας και της διοίκησης και η αλληλεξάρτηση της ηγεσίας με την εξουσία. Επιπλέον, αναφέρονται τα χαρακτηριστικά της μεταρρυθμιστικής ηγεσίας και του μεταρρυθμιστικού ηγέτη και πώς η συμπεριφορά του ηγέτη επιδρά στη συμπεριφορά της ομάδας.

Στο *έκτο* κεφάλαιο περιλαμβάνονται οι πηγές των συγκρούσεων στο χειρουργείο και γίνεται εκτενής ανάλυσή τους. Επίσης επισημαίνονται οι ορισμοί της οριζόντιας βίας, της σεξουαλικής παρενόχλησης και της κακομεταχείρισης των νοσηλευτών μέσα στο χειρουργείο. Τέλος, γίνεται ανάλυση των στρατηγικών διαχείρισης των συγκρούσεων και αναφέρονται προτάσεις για την αποτροπή των συμπεριφορών που αναφέρθηκαν.

Στο *έβδομο* κεφάλαιο παρατίθενται τα συμπεράσματα που προκύπτουν από την ανάλυση του θέματος, αναφέρονται οι επιπτώσεις των συγκρούσεων στο χειρουργείο, οι περιορισμοί της βιβλιογραφίας σχετικά με το θέμα και οι προτάσεις μας για μελλοντική έρευνα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ

#### 1.1 Ορισμός της Σύγκρουσης

Η σύγκρουση αποτελούσε και αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της κοινωνίας στη ζωή των ανθρώπων και ειδικά όταν υπάρχουν ταξικές διαφορές.

Σύμφωνα με τους *Sullivan και Decker (2005)*, η σύγκρουση (conflict) ορίζεται ως η συνέπεια των πραγματικών ή των αντιλαμβανόμενων διαφορών σε αμοιβαία αποκλειόμενους στόχους, αξίες, ιδέες, στάσεις, πεποιθήσεις, συναισθήματα ή ενέργειες.

Όπως ισχυρίζονται, ορισμένες συγκρούσεις θεωρούνται ωφέλιμες για τον οργανισμό και μπορούν να εξασφαλίσουν την αυξημένη ευαισθησία ορισμένων μελών του προσωπικού για ένα θέμα, προκαλώντας περισσότερο το ενδιαφέρον και την περιέργεια των υπολοίπων, Επίσης, η σύγκρουση μπορεί να αυξήσει τη δημιουργικότητα, ενεργώντας ως ερέθισμα για την ανάπτυξη νέων ιδεών ή την εξεύρεση μεθόδων για την επίλυση προβλημάτων.

Ένα άλλο όφελος που προκύπτει από τη δημιουργία μιας σύγκρουσης στον οργανισμό είναι ότι βοηθά τους εργαζόμενους να αναγνωρίσουν τις διαφορές της θέσης τους μέσα στον οργανισμό ή στον επαγγελματικό τους κλάδο και εξυπηρετεί ως ισχυρό κίνητρο για τη βελτίωση της απόδοσης και της αποτελεσματικότητας, αλλά και της ικανοποίησης από την εργασία.

#### 1.2 Είδη Συγκρούσεων

Όπως αναφέρουν οι *Marquis και Huston (1994)*, ανάλογα με το επίπεδο στο οποίο εκδηλώνεται η σύγκρουση, οι συγκρούσεις διακρίνονται σε :

- Οριζόντιες : Συγκρούσεις μεταξύ ατόμων ή τμημάτων που έχουν παρόμοια εξουσία μέσα στον οργανισμό.
- Κατακόρυφες : Συγκρούσεις μεταξύ εργαζομένων και διοίκησης.

Μια άλλη διάκριση των συγκρούσεων που κάνει ο *Porter (1996)*, μπορεί να γίνει με βάση τα εμπλεκόμενα μέρη. Διακρίνονται οι :

- Ενδοπροσωπικές συγκρούσεις : Ψυχολογικές συγκρούσεις που εκδηλώνονται μέσα στο ίδιο το άτομο και αφορούν κίνητρα, επιλογές και πιστεύω.
- Διαπροσωπικές συγκρούσεις : Μεταξύ δύο ή περισσότερων ατόμων.
- Ενδο-ομαδικές συγκρούσεις : Σχετίζονται με τη διάρθρωση των σχέσεων και την κατανομή των ρόλων μέσα στην ομάδα.
- Δια-ομαδικές συγκρούσεις : Συνήθως αφορούν ζητήματα κατανομής πόρων και οριοθέτησης ης περιοχής ελέγχου της κάθε ομάδας.

Επιπλέον, ο *Filley (1975)* όρισε ακόμη δύο κατηγορίες συγκρούσεων, την ανταγωνιστική σύγκρουση (*competitive conflict*) και τη διασπαστική σύγκρουση (*disruptive conflict*). Στην πρώτη παρατηρείται η νίκη της μιας πλευράς και η ήττα της άλλης. Η διαδικασία με την οποία επιλύεται η σύγκρουση καθορίζεται από ένα σύνολο κανόνων. Οι στόχοι κάθε πλευράς είναι αμοιβαία ασύμβατοι, αλλά η έμφαση δίνεται στη νίκη και όχι στην ήττα ή τη μείωση του αντιπάλου. Όταν μια πλευρά έχει σαφώς νικήσει, ο ανταγωνισμός τερματίζεται.

Αντίθετα, η διασπαστική σύγκρουση δεν ακολουθεί κανένα αμοιβαία αποδεκτό σύνολο κανόνων και δεν δίνει έμφαση στη νίκη. Οι εμπλεκόμενες πλευρές ασχολούνται με δραστηριότητες που στόχο έχουν να μειώσουν, να νικήσουν ή να εξουδετερώσουν τον αντίπαλο. Αυτό το είδος σύγκρουσης παρατηρείται σε ένα περιβάλλον φορτισμένο με φόβο, θυμό και στρες.

### 1.3 Αίτια των Συγκρούσεων

Οι πηγές των συγκρούσεων είναι σαφώς πάρα πολλές και σύμφωνα με τους *Sullivan & Decker (2005)*, διάφορα προγενέστερα γεγονότα και συνθήκες συνδέονται άρρηκτα με την εμφάνιση και την ένταση μιας σύγκρουσης. Οι προϋπάρχουσες συνθήκες συχνά ωθούν μια κατάσταση προς τη σύγκρουση, χωρίς να σημαίνει πάντα ότι αυτές είναι η αιτία. Τέτοιες συνθήκες, σύμφωνα με την *Singleton (1999)* μπορεί να είναι μεταξύ άλλων:

- Οι ασύμβατοι στόχοι
- Η διανομή των σπάνιων πόρων, όταν τα άτομα έχουν υψηλές προσδοκίες για ανταμοιβή.
- Οι ρυθμιστικοί μηχανισμοί, όταν οι ανάγκες των ατόμων για αυτονομία συγκρούονται με τις ανάγκες άλλων για ρυθμιστικούς μηχανισμούς.
- Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, οι στάσεις και οι συμπεριφορές.
- Το ενδιαφέρον για τα αποτελέσματα.
- Οι αξίες.

- Οι ρόλοι, όταν δύο άτομα έχουν ίδιες ευθύνες αλλά τα πραγματικά όρια είναι ασαφή ή όταν απαιτείται ταυτόχρονα να παίζουν δύο ή περισσότερους ρόλους που αντιπροσωπεύουν ασυμβίβαστες ή αντιφατικές προσδοκίες.
- Τα καθήκοντα, όταν το προϊόν που παράγει το άτομο ή μια ομάδα γίνεται εισροή για κάποιο άλλο άτομο ή ομάδα ή όταν η παραγωγή ανήκει σε πολλά άτομα ή ομάδες.

Επιπρόσθετες αιτίες που οδηγούν σε συγκρούσεις όπως τις αναφέρει ο *δρ. Γιάννης Χατζηκιάν (2006)*, είναι :

- Οι διαφορετικές ανάγκες των εργαζομένων .
- Οι διαφορετικές ικανότητες των εργαζομένων .
- Ο διαφορετικός τρόπος αντίληψης της πραγματικότητας
- Οι διαφορετικές απόψεις σε θέματα οργάνωσης της εργασίας .
- Αδυναμία συνεργασίας λόγω προσωπικών και χωροταξικών παραγόντων .
- Ασαφή όρια εξουσίας, ευθύνης και εξουσιοδότησης.
- Αντικρουόμενοι στόχοι μεταξύ τμημάτων ή ομάδων λόγω κακού συντονισμού .
- Διάσταση μεταξύ προσωπικών στόχων και στόχων της επιχείρησης .
- Προσωπικά προβλήματα.

### 1.3.1 Αίτια συγκρούσεων μέσα στον οργανισμό

Σύμφωνα με τον *Barker (1990)*, η «σύγκρουση μέσα στον οργανισμό προκύπτει λόγω των γρήγορων και απρόβλεπτων ρυθμών αλλαγής, των νέων τεχνολογικών εξελίξεων, του ανταγωνισμού για τους σπάνιους πόρους και των διαφορετικών τύπων ανθρώπινης προσωπικότητας».

Ο *Bennis (1990)* υποστηρίζει ότι η σύγκρουση μέσα στους οργανισμούς είναι αναπόφευκτη. Η σύγκρουση μπορεί να είναι καταστροφική ή χρήσιμη και εξαρτάται από τους χειρισμούς κάθε ηγέτη. Η σύγκρουση προκύπτει από την κακή πληροφόρηση και την κακή αντίληψη των πραγμάτων. Μια ομάδα έχει πληροφορίες που δεν έχει κάποια άλλη ή κάθε ομάδα έχει διαφορετικές πληροφορίες. Ο *Bennis (1990)* αναφέρει ότι «οι ηγέτες δεν αποφεύγουν, δεν καταστέλλουν, ούτε αρνούνται τη σύγκρουση, αλλά μάλλον τη βλέπουν ως μια ευκαιρία».

Ο *Stevens (1985)* υποστηρίζει ότι οι τρεις πιο συχνά προβαλλόμενοι πιθανοί λόγοι σύγκρουσης είναι «τα ανθρώπινα ελαττώματα, η αποτυχία στις διαπροσωπικές σχέσεις και η φύση του οργανισμού (και όχι των ατόμων που ανήκουν σε αυτόν)». Επιπλέον, τα άτομα καθώς και τα τμήματα συχνά αντιτίθενται το ένα στο άλλο για να αποκτήσουν κύρος, δύναμη ή πόρους ή για να δείξουν την υπεροχή τους.

Η *Marriner-Tomey (1996)* υποστηρίζει ότι η σύγκρουση ανακλύπτει επειδή τα άτομα έχουν διαφορετικές απόψεις για τη δύναμή τους και την εξουσία, καθώς και αμφισβητούμενες δικαιοδοσίες. Η σύγκρουση αυξάνεται ανάλογα με την ανάγκη για ομοφωνία, με τον αριθμό των επιπέδων του οργανισμού και με τον αριθμό των ειδικοτήτων. Όταν υπάρχει διαχωρισμός στο χρόνο και το χώρο, ενθαρρύνεται η δημιουργία φατριών και τα εμπόδια στην επικοινωνία δυσκολεύουν την κατανόηση. Παρόλο που οι πολιτικές, οι διαδικασίες και οι κανονισμοί ρυθμίζουν τη συμπεριφορά, οι σχέσεις γίνονται πιο προβλέψιμες και μειώνουν τις αυθαίρετες αποφάσεις ενώ επιβάλλουν ελέγχους επί των ατόμων που είναι πιθανό να συναντήσουν αντίδραση από αυτούς που εκτιμούν την αυτονομία.

#### 1.4 Ομάδες και συγκρούσεις

Καθώς το προσωπικό του χειρουργείου αποτελεί μια ομάδα, θα πρέπει να αναλύσουμε τις ιδιότητες και τους παράγοντες απόδοσης και αποτελεσματικότητας της ομάδας γενικότερα.

Ο *Χατζηκιάν (2006)* αναφέρει ότι ομάδα είναι μια κατάσταση στην οποία τα μέλη έχουν συμπληρωματικές ικανότητες, γνώσεις, ταλέντα και είναι δεσμευμένα για την επίτευξη ενός κοινού σκοπού, για τον οποίο είναι συλλογικά υπεύθυνα.

Οι ομάδες σύμφωνα με τον *Βαγιάτη (2002)*, διακρίνονται σε τυπικές και άτυπες και δημιουργούνται για διάφορους λόγους, όπως για την κατανομή εργασίας και τη συγκέντρωση ικανοτήτων, για τον έλεγχο των εργασιών, για την αποδοχή των αποφάσεων, για την επεξεργασία πληροφοριών, αλλά και για να υπάρχει εντονότερη δέσμευση σε ορισμένα κρίσιμα για την οργάνωση θέματα. Η ομάδα αποτελείται από μέλη μιας οργάνωσης. Η φύση της ομάδας και οι σταθερές (νόρμες) που αναδεικνύονται μέσα από τη λειτουργία τους επηρεάζουν την παραγωγικότητα των μελών τους στην εργασία, αλλά και τις διαπροσωπικές σχέσεις τους εκτός της οργάνωσης. Μία νόρμα είναι μία ομοιομορφία στάσεων, γνωμών, αισθημάτων ή και ενεργειών που τις συμμερίζονται δύο ή περισσότερα άτομα. Οι ομάδες χαρακτηρίζονται από τις νόρμες που δέχονται όλα τα μέλη της, όπως, παραδόσεις, συνήθειες, κανόνες.

Πιο συγκεκριμένα, κατά τον *Daft (2002)*, η ομάδα είναι ένα σύνολο δύο ή περισσότερων ατόμων, τα οποία:

- Αλληλεπιδρούν το ένα με το άλλο.
- Ψυχολογικά έχουν συνείδηση το ένα του άλλου.
- Θεωρούν τους εαυτούς του μέλη του γκρουπ.
- Έχουν ένα κοινό σκοπό.

Ειδικότερα για τις ομάδες, σύμφωνα με τον *Μπουραντά (2002)* μπορούμε να διακρίνουμε τρεις κύριους λόγους δημιουργίας τους:

- Καλύτερη χρησιμοποίηση των ανθρώπινων πόρων.
- Για να επωφεληθεί η οργάνωση από τη συνεργεία της ομάδας.
- Για να διασφαλισθεί η ύπαρξη συνεχούς βελτίωσης.

#### 1.4.1 Παράγοντες απόδοσης της ομάδας

Οι συγκρούσεις σε μεγάλο ποσοστό εμφανίζονται μεταξύ των μελών της ομάδας. Στην ομάδα πρέπει να υπάρχει συνοχή, καθώς και απόδοση στο χώρο της εργασίας. Παρακάτω αναφέρονται οι παράγοντες που επηρεάζουν την απόδοση της ομάδας, τους ρόλους που πρέπει να υιοθετούν τα άτομα σε μια ομάδα, τα χαρακτηριστικά της λειτουργικής και της μη λειτουργικής ομάδας και τέλος τους τρόπους με τους οποίους ο ηγέτης μπορεί να αυξήσει την αποτελεσματικότητα της ομάδας.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την απόδοση της ομάδας, σύμφωνα με τον *Daft (2002)*, είναι:

- Το μέγεθος
- Η συνοχή
- Η αλληλοϋποστήριξη
- Η κατανομή ρόλων

Οι ρόλοι που μπορεί να υιοθετηθούν από τα άτομα σε μία ομάδα, όπως τους αναφέρει ο *Βαγιάτης (2002)* είναι:

- Ο πρόεδρος
- Το μέλος
- Ο καινοτόμος
- Το «αναλυτικό μυαλό»
- Το «κοινωνικό και δημοφιλές» άτομο
- Ο καλός διαχειριστής
- Η «ψυχή» της ομάδας
- Αυτός που κυνηγά τους άλλους να τηρούν τις προθεσμίες και ελέγχει τις λεπτομέρειες.

Αν μια ομάδα λειτουργεί καλά έχει τα εξής χαρακτηριστικά, σύμφωνα με τον *Μπουραντά (2002)*:

- Σαφείς στόχους.
- Το μέλη της έχουν παρακίνηση.

- Ανοικτή επικοινωνία με πολλή αναπληροφόρηση.
- Καλή ηγεσία.
- Οι ρόλοι είναι σαφείς.
- Συμμετέχουν όλοι.
- Δεν υπάρχουν συχνές απουσίες.
- Η παραγωγικότητα είναι σε ψηλά επίπεδα.

Αντίθετα σε ομάδες που τα πράγματα δεν πάνε καλά έχουμε τα εξής συμπτώματα:

- Ασαφείς στόχους.
- Διακοπές στην εργασία.
- Πολλά παράπονα από πελάτες.
- Συχνές άδειες ασθενείας.
- Χαμηλή παραγωγή.
- Χαμηλό ηθικό.
- Αρνητικές στάσεις και απάθεια.

Ο *Χατζηκιάν (2006)* προσθέτει ότι για την αποτελεσματικότητα της ομάδας είναι απαραίτητα τα εξής:

- Το μέγεθος (το βέλτιστο φαίνεται να είναι 5 – 7 μέλη).
- Η συνοχή.
- Η αλληλοϋποστήριξη.
- Οι κατανεμημένοι ρόλοι
  - Ηγέτης, συντονιστής, καινοτόμος, αναλυτής, διαχειριστής, «πρεσβευτής προς τα έξω», «ψυχή της ομάδας».
- Οι παράγοντες επιτυχίας
  - Σαφείς στόχοι, παρακίνηση, ανοικτή επικοινωνία, ηγεσία, συμμετοχή, σαφείς ρόλοι.
- Η ηγεσία: πρέπει να διασφαλίζει
  - Καθορισμό στόχων, παρακίνηση, προγραμματισμό, στήριξη των μελών, επαναπληροφόρηση, διασφάλιση των αναγκαίων πόρων.

Τέλος, σύμφωνα με τον *Μπουραντά (2002)*, ο ηγέτης μιας ομάδας μπορεί να διευκολύνει την αποτελεσματικότητα με τους παρακάτω τρόπους:

- Καθορισμός στόχων για την ομάδα και τα μέλη.
- Παρακίνηση του προσωπικού.
- Προγραμματισμός και καθορισμός των ενδιάμεσων στόχων.
- Στηρίζοντας και συμβουλεύοντας τα υπόλοιπα μέρη.
- Επαναπληροφώντας την ομάδα ώστε τα μέλη του να γνωρίζουν που βρίσκονται.
- Διασφαλίζοντας ότι είναι στη διάθεση της ομάδας οι απαραίτητοι πόροι, φυσικοί και οικονομικοί.

## 1.5 Σύνοψη πρώτου κεφαλαίου

Η σύγκρουση είναι ένα φαινόμενο πολύ συχνό και παρατηρείται ευρέως σε οργανισμούς, τόπους δουλειάς και κοινωνικές ομάδες ανθρώπων. Πολλοί ισχυρίζονται ότι μια σύγκρουση σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να είναι ωφέλιμη και να αυξήσει τη δημιουργικότητα και την παραγωγή ιδεών. Τα είδη των συγκρούσεων χωρίζονται ανάλογα με τα εμπλεκόμενα μέρη και τα αίτια οφείλονται σχεδόν πάντα σε προγενέστερες συνθήκες μεταξύ ατόμων ή ομάδων αλλά και σε πεποιθήσεις, αξίες, στόχους, ιδανικά και προσωπικότητες. Στην ομάδα (όπως είναι αυτή του χειρουργείου), τα μέλη πρέπει να λειτουργούν συλλογικά και να τους ενώνει ο σκοπός τους. Ο καθένας θα πρέπει να συμπληρώνει τον άλλο και να υπάρχει αλληλεγγύη. Όταν δεν υπάρχει λοιπόν αυτή η αλληλεγγύη και η συνοχή, τότε θα δημιουργηθούν συγκρούσεις και η ομάδα δεν θα έχει πια αποτέλεσμα. Υπάρχουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, από τα οποία φαίνεται αν η ομάδα είναι επιτυχής ή όχι. Φυσικά σε αυτό παίζει σημαντικό ρόλο και ο ηγέτης, ο οποίος πρέπει να παρακινεί και να συμβουλεύει τους υπόλοιπους για την επίτευξη του στόχου.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΣΥΓΚΡΟΥΣΗΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

#### 2.1 Νοσηλευτής και σύγκρουση

Στην σημερινή εποχή με τον κατακερματισμό του νοσηλευτικού επαγγέλματος και την ύπαρξη νοσηλευτών διαφορετικών επιπέδων εκπαίδευσης παρατηρείται έντονος ανταγωνισμός με κύριο στόχο το κύρος, την αυτοδυναμία και την αμοιβή. Όπως αναφέρει η *Singleton (2000)*, σύγκρουση σύννηθως προκύπτει μεταξύ:

- Του νοσηλευτή και του νοσοκομείου ως εργοδότη : Όπως αποδεικνύεται απ τους νοσηλευτές που απεργούν .
- Των νοσηλευτών και των γιατρών : Λόγω επικάλυψης των ρόλων και την επιθυμία που εκφράζουν οι νοσηλευτές για συναδελφική αλληλεγγύη και επίσης λόγω της αλλαγής των σχέσεων των ρόλων καθώς οι νοσηλευτές επιτυγχάνουν υψηλά επίπεδα εκπαίδευσης .
- Νοσηλευτών και δικηγόρων : Διότι οι νοσηλευτές διενεργούν ως ειδικοί μάρτυρες και αναλαμβάνουν συχνότερα ρόλο μάρτυρα υπεράσπισης σε δικαστικές αντιπαραθέσεις .
- Των νοσηλευτών και των ασθενών .
- Των νοσηλευτών των οικογενειών των ασθενών .
- Των νοσηλευτών και άλλων ειδικοτήτων.
- Των νοσηλευτών και του βοηθητικού προσωπικού.
- Νοσηλευτών με νοσηλευτές .

Πιο συγκεκριμένα η σύγκρουση μεταξύ νοσηλευτών προκύπτει από τους βασικούς τρόπους αξιολόγησης των γνώσεων τους, δηλαδή τον εμπειρικό τρόπο που χρησιμοποιεί τις αισθήσεις και την επαγωγική λογική, τον νοητικό τρόπο που χρησιμοποιεί την διαίσθηση και την αφαιρετική λογική και το λογικό τρόπο που χρησιμοποιεί καθορισμένα πρότυπα ή κανόνες και επαγωγική λογική. Κάθε άτομο έχει προδιάθεση να χρησιμοποιήσει έναν ιδιαίτερο τύπο από τους παραπάνω. Σύμφωνα με την *Singleton (2000)*, η ανόμοια ερμηνεία της πραγματικότητας μπορεί να οδηγήσει σε σύγκρουση μεταξύ μάνατζερ νοσηλευτών και κλινικών νοσηλευτών.

Οι *Noble & Rancourt (1991)*, υπογράμμισαν ότι η αδυναμία επίλυσης της ενδοεπιστημονικής σύγκρουσης στη νοσηλευτική θα εξουθενώσει τους επαγγελματίες υγείας και τους ασθενείς. Οι νοσηλευτές αναμένεται να δοκιμάσουν διαπροσωπική σύγκρουση καθώς τα συστήματα παροχής αναδιαρθρώνονται .Οι εμπειρίες από την εκπαίδευση ή την

απασχόληση που έχουν, μπορεί να τους κάνουν να θέλουν να χρησιμοποιούν ένα συγκριμένο τύπο παροχής νοσηλευτικών υπηρεσιών. Η στροφή προς τη χρήση κάποιου άλλου τρόπου αποτελεί πρόκληση για τις αξίες και την άνεση τους. Σύμφωνα με τους *Anderson & Hughes (1993)*, μελέτες που έγιναν για να αξιολογηθούν τα αποτελέσματα από τη χρήση λειτουργικών, ομαδικών, βασικών και άλλων μοντέλων, δεν οδήγησε σε συγκεκριμένο συμπέρασμα και συχνά κατέληξαν σε αντιφάσεις.

Οι νοσηλευτές συχνά συγκρούονται και με άλλους επιστημονικούς κλάδους. Σύμφωνα με τον *Sands (1990)*, τα μέλη των διεπιστημονικών ομάδων βλέπουν τους εαυτούς τους ως κύριους εκπροσώπους της επιστήμης τους παρά ως μέλη ενός συνόλου στο οποίο δεν υπάρχουν όρια ανάμεσα στις διάφορες επιστήμες.

Οι *Abramson et al (1993)*, συζήτησαν το θέμα της σύγκρουσης που μπορεί να προκύψει ανάμεσα στις οικογένειες και τους νοσηλευτές κατά τη διάρκεια του σχεδιασμού για την έξοδο του ασθενούς. Σύμφωνα με τους *Lowenstein & Hoff (1994)*, οι διευθυντές νοσηλευτικής υπηρεσίας αντιμετωπίζουν σημαντικές προκλήσεις στην καθιέρωση των συστημάτων φροντίδας υγείας, τα οποία τονίζουν και ενθαρρύνουν τις δημιουργικές προσεγγίσεις της νοσηλευτικής στο σχεδιασμό εξόδου. Σε μια μελέτη τους σχετικά με την ανάμιξη δυο διπλωματούχων νοσηλευτών στο θέμα του σχεδιασμού της εξόδου των ασθενών, οι απόψεις των νοσηλευτών ήταν μοιρασμένες όσον αφορά το αν οι νοσηλευτές ή οι κοινωνικοί λειτουργοί είχαν την ευθύνη σχεδιασμού της εξόδου. Μονό το 39% των νοσηλευτών είχαν πάρει μέρος στην διεπιστημονική ομαδική σύσκεψη. Έμφυτη σε αυτή την περίπτωση είναι η δυνατότητα για σύγκρουση μεταξύ νοσηλευτών και άλλων επιστημών υγείας (*Singleton, 2000*).

## 2.2 Είδη συγκρούσεων στο χώρο της υγείας

Οι συγκρούσεις αποτελούν συχνό φαινόμενο στο χώρο της Νοσηλευτικής και γενικά στο χώρο της υγείας και η επίλυσή τους, σε πολλές περιπτώσεις απαιτεί σημαντικό μέρος του χρόνου του προϊστάμενου. Συνήθως οι προϊστάμενοι/ηγέτες δεν καταστέλλουν ούτε αρνούνται την σύγκρουση, αλλά την βλέπουν ως μια ευκαιρία και δεν αισθάνονται ότι απειλούνται αλλά ότι δέχονται κάποια πρόκληση (*Bennis, 1990*).

Οι συγκρούσεις δημιουργούνται σε περιπτώσεις όπου υπάρχει ασυμφωνία απόψεων και αξιών και ασυμβατότητα αναγκών και στόχων. Σε σύνθετους οργανισμούς, όπως τα νοσοκομεία, η ανάγκη για αποκέντρωση της λήψης αποφάσεων και η διεπιστημονική συνεργασία αυξάνουν το βαθμό αλληλεπίδρασης μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, ώστε να επιτευχθούν κλινικοί και διοικητικοί στόχοι. Ο *Thomas (1992)*, χαρακτήρισε τις συγκρούσεις ως ένα φαινόμενο που οδηγεί σε αρνητικά αποτελέσματα. Καθώς οι αλληλεπιδράσεις αυξάνονται, η πιθανότητα δημιουργίας συγκρούσεων πολλαπλασιάζεται.

Σύμφωνα με την Σταθοπούλου (2006) , η έννοια της σύγκρουσης αναφέρεται στην εκδήλωση ασυμφωνίας. Ανάλογα με το επίπεδο στο οποίο εκδηλώνεται η σύγκρουση , οι συγκρούσεις στο χώρο της υγείας διακρίνονται σε :

- Οριζόντιες : Συγκρούσεις μεταξύ ατόμων ή τμημάτων που έχουν παρόμοια εξουσία με τον οργανισμό.
- Κατακόρυφες : Συγκρούσεις μεταξύ εργαζομένων και διοίκησης.

Μια άλλη διάκριση των συγκρούσεων μπορεί να γίνει με βάση τα εμπλεκόμενα μέλη. Διακρίνονται οι :

- Ενδοπροσωπικές συγκρούσεις: Είναι ψυχολογικές συγκρούσεις που εκδηλώνονται μέσα στο ίδιο το άτομο και αφορούν κίνητρα , πιστεύω και επιλογές .
- Διαπροσωπικές συγκρούσεις: Μεταξύ δυο ή περισσότερων ατόμων.
- Συγκρούσεις στο εσωτερικό μιας ομάδας : Σχετίζεται με την κατανομή των ρόλων μέσα στην ομάδα και την διάθρωση των σχέσεων .
- Συγκρούσεις μεταξύ ομάδων: Αφορά ζητήματα κατανομής πόρων και οριοθέτησης της περιοχής ελέγχου της κάθε ομάδας (Swansburg, 2003).

Τέλος, οι συγκρούσεις ταξινομούνται σε ψυχρές και θερμές. Οι θερμές λειτουργούν αποδοτικά και αυξάνουν την δημιουργικότητα της ομάδας ενώ οι ψυχρές παρεμποδίζουν την επικοινωνία και συνήθως δε γίνονται αντιληπτές (Fritchie, 1995).

### 2.3 Αίτια των συγκρούσεων στο χώρο της υγείας

Στο χώρο της υγείας, υπάρχει πληθώρα παραγόντων οι οποίοι μπορούν να προκαλέσουν συγκρούσεις. Οι κυριότερες πηγές συγκρούσεων όπως αναφέρουν οι Σταθοπούλου (2006), Sullivan & Decker (2005) και Swansburg, C., & Swansburg, J. (1999), είναι:

- Η οργανωτική δομή του οργανισμού : Σε οργανισμούς με σύνθετη ιεραρχική δομή και πολλά επίπεδα εξουσίας είναι εύκολο να προκύψουν συγκρούσεις λόγω διαστρέβλωσης της επικοινωνίας και αποκλίσεων των στόχων ανάμεσα στα διάφορα τμήματα του οργανισμού.
- Ασάφεια σχετικά με δικαιοδοσίες και αρμοδιότητες.
- Διαφορετικές προσδοκίες : Οι προσδοκίες, όπως και οι εσφαλμένες αντιλήψεις, επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την επεξεργασία των πληροφοριών και τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις.
- Οι διαφορές ανάμεσα στην προσδοκώμενη και στην πραγματική συμπεριφορά ενός εργαζομένου μπορούν να οδηγήσουν σε σύγκρουση.

- Διαφορές προσωπικότητας ή ασύμβατοι χαρακτήρες και συχνά αντιπαράθεση ισχυρών χαρακτήρων.
- Έλλειψη κοινών δεδομένων, η οποία οδηγεί στο σχηματισμό διαφορετικών απόψεων.
- Διαφορές στην επαγγελματική κοινωνικοποίηση μεταξύ των διαφόρων λειτουργιών υγείας, που οδηγούν σε διαφορετικές αντιλήψεις σχετικά με τους ρόλους και τις προσδοκίες καθημιάς.
- Ανταγωνισμός
- Ύπαρξη προηγούμενων ανεπίλυτων συγκρούσεων
- Σεξουαλική παρενόχληση
- Προκλητική συμπεριφορά
- Τα προβλήματα που δεν έχουν σχέση με το χώρο εργασίας όπως , τα συζυγικά προβλήματα , χρήση ναρκωτικών , αλκοολισμός και τα οικονομικά προβλήματα.<sup>22</sup>
- Προκαταλήψεις και διακρίσεις : φυλετικές μειονότητες ευαίσθητοποιημένες σε πραγματικές ή πραγματικές προσβολές.
- Αβεβαιότητα ενόψει επερχόμενης αλλαγής
- Ηλικία : οι μεγάλοι σε ηλικία νοσηλευτές μπορεί να φοβούνται ότι δεν θα είναι σε θέση να ανταγωνιστούν τους νεότερους συναδέλφους τους και να νιώθουν μνησικακία για αυτούς.

Όσον αφορά στις συγκρούσεις μεταξύ ομάδων τα αίτια μπορεί να είναι :

- Σύγκρουση μέσα στην ομάδα μπορεί να επιφέρει η εξάρτηση μιας ομάδας από μια άλλη για την εκτέλεση κάποιας εργασίας ή για τη διαχείριση πόρων.
- Η ανάπτυξη σε κάθε ομάδα αξιών, προτιμήσεων και στόχων, που έχουν προτεραιότητα σε σχέση με τις αξίες, προτιμήσεις και στόχους άλλων ομάδων.
- Η ταύτιση με την ομάδα στην οποία ανήκει ένα άτομο, με αποτέλεσμα την ανάπτυξη εχθρικής στάσης απέναντι σε άλλες ομάδες.

Σημαντικό ρόλο στη δημιουργία συγκρούσεων παίζουν και οι υποκείμενες ανάγκες και τα κίνητρα των εμπλεκόμενων μερών. Οι ανάγκες οι οποίες αν παραμείνουν ανικανοποίητες μπορούν να αποτελέσουν βάση για συγκρούσεις, είναι : ανάγκη για πόρους (χρόνο, χώρο χρήμα εξοπλισμό), ψυχολογικές ανάγκες (ανάγκη για σεβασμό, έλεγχο, εξουσία, επιτυχία, προβολή επίτευξη στόχων), συναισθηματικές ανάγκες (αγάπη, υποστήριξη)(Gerardi, 2004).

## 2.4 Στάδια των συγκρούσεων

Όπως περιγράφουν εισηγητές από το σεμινάριο του Εθνικού Κέντρου Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης σχετικά με την επιλύση των συγκρούσεων στο χώρο της υγείας, μια σύγκρουση μπορεί να υποδιαιρεθεί στα παρακάτω στάδια :

- Λανθάνουσα κατάσταση : Δημιουργείται λόγω σημαντικών διαφορών ή όταν η μια πλευρά αισθάνεται ότι έχει αδικηθεί.
- Ανάδυση : Εμφανίζεται μετά από ένα μεγάλο διάστημα με αφορμή κάποια κατάσταση η κάποιο γεγονός .
- Κλιμάκωση και περιχαράκωση : Δημιουργούνται εντάσεις και προκλήσεις .
- Αποτυχία αρχικών διευθετήσεων.
- Αδιέξοδο : Κανείς δε νικά ούτε όμως υποχωρεί.
- Αποκλιμάκωση : Σε αυτό το στάδιο έχουμε αλλαγή πορείας , μειώνεται η ένταση και έχουμε λύση.
- Διαπραγμάτευση : Αναζήτηση αμοιβαίων οφειλών.
- Διευθέτηση : Σηματοδότηση του τέλους της σύγκρουσης.
- Ειρήνευση -Συμφιλίωση : Περιφρούρηση συμφωνίας και ιάση των «πληγών» που δημιούργησε η σύγκρουση (ΕΚΔΔΑ , 2009-2010).

## 2.5 Αποτελέσματα των συγκρούσεων στο χώρο της υγείας

Η εκδηλωθείσα συμπεριφορά είναι το πρώτο αποτέλεσμα της διαφωνίας. Οι συμπεριφορές μπορεί να είναι φανερές η συγκαλυμμένες. Οι εμφανείς τρόποι συμπεριφοράς μπορεί να περιλαμβάνουν επιθετικότητα, έντονη λογομαχία, ανταγωνισμό. Η συγκαλυμμένη συμπεριφορά μπορεί να εκφραστεί με ένα πλήθος από άμεσες τακτικές, π.χ.: εξεύρεση του «του αποδιοπομπαίου τράγου», της αποφυγής ή της απάθειας και της αποστασιοποίησης (Sullivan et al, 2005).

Η σύγκρουση συνήθως, καταστέλλεται ή βρίσκεται λύση μέσω μιας κοινά αποδεκτής απόφασης. Σε μερικές περιπτώσεις υπάρχει και άριστη λύση της σύγκρουσης. Εδώ και οι δυο ομάδες βλέπουν τους εαυτούς τους ως οι νικητές και θεωρούν ότι το πρόβλημα έχει λυθεί. Αυτό αφήνει ένα θετικό «απόηχο» που θα επηρεάσει τις μελλοντικές σχέσεις (Sullivan et al, 2005).

Η Σταθοπούλου (2006), αναφέρει ότι οι συγκρούσεις μπορούν να αποτελέσουν διασπαστική δύναμη στο χώρο της εργασίας και να έχουν καταστροφικά αποτελέσματα όταν το αντικείμενο της σύγκρουσης διευρύνεται και η σύγκρουση κλιμακώνεται παίρνοντας

ανεξέλεγκτες διαστάσεις. Οι αρνητικές συνέπειες όπως αναφέρονται στην βιβλιογραφία είναι οι παρακάτω :

- Αύξηση των περιστατικών απαράδεκτης συμπεριφοράς από επαγγελματίες υγείας.
- Μείωση της παραγωγικότητας του προϊστάμενου καθώς αφιερώνει χρόνο στην επίλυση των συγκρούσεων και αποσπάται απ τα διοικητικά του καθήκοντα.
- Μείωση της παραγωγικότητας των εργαζομένων και ανασταλτική δράση στην επίτευξη των στόχων.
- Μειωμένο ηθικό των εργαζομένων.
- Αύξηση του στρες των εργαζομένων .
- Διάσπαση των εργασιακών σχέσεων και δημιουργία έντασης η οποία μπορεί να οδηγήσει σε μελλοντικές συγκρούσεις.

Απ' την άλλη πλευρά, οι συγκρούσεις μπορούν να αποβούν εποικοδομητικές και μπορεί να αποτελέσουν ισχυρό κίνητρο για την βελτίωση της απόδοσης και της αποτελεσματικότητας. Επίσης μπορεί να είναι ερέθισμα για την ανάπτυξη νέων ιδεών η την εξεύρεση μεθόδων για την επίλυση προβλημάτων (*Sullivan et al, 2005*).

## 2.6 Τρόποι εκδήλωσης της σύγκρουσης

Η σύγκρουση μπορεί να εκδηλωθεί με ποικίλους τρόπους και τις περισσότερες φορές υπάρχει αντιπαράθεση των εμπλεκόμενων μερών. Είναι δυνατόν όμως να εκδηλωθεί και με άλλους τρόπους, οι οποίοι σύμφωνα με τους *Gerardi (2004)*, *Porter (1996)* και *Consantino (1996)* είναι :

- Απαράδεκτη συμπεριφορά , π.χ. ξεσπάσματα θυμού , επιθετικές πράξεις .
- Αρνητική γλώσσα του σώματος : Αποφυγή οπτικής επαφής, εκφράσεις του προσώπου που δείχνουν θυμό.
- Διενέξεις : Εκδήλωση παραπόνων, απειλή για λήψη νομικών μέτρων .
- Απόσυρση : Άρνηση οποιασδήποτε συνεργασίας .
- Ανεξέλεγκτος και επιθετικός ανταγωνισμός .
- Δολιοφθορά : Παραπληροφόρηση , άρνηση παροχή βοήθειας σε στιγμή ανάγκης.
- Μείωση παραγωγικότητας και συμπεριφορές αποφυγής : Για παράδειγμα τα άτομα καθυστερούν σκόπιμα την εργασία τους, δηλώνουν ασθένεια συχνά ή και μειώνουν το ρυθμό εργασίας τους .
- Απογοήτευση , απάθεια , χαμηλό ηθικό : Δημιουργείται απογοήτευση στο άτομο προσπαθώντας να αποφύγει τη σύγκρουση.

## 2.7 Διαχείριση των συγκρούσεων

Η διαχείριση των συγκρούσεων είναι μια πολύ σημαντική διαδικασία που περιλαμβάνεται στα εργασιακά καθήκοντα ενός προϊστάμενου. Πολλές φορές οι προϊστάμενοι πρέπει να προκαλούν μια σύγκρουση όταν συμβαίνει ένα πρόβλημα στο τμήμα τους και καλούνται να αποδώσουν ευθύνες στο υπαίτιο άτομο. Μπορεί επίσης, να παίζουν ρόλο διαμεσολαβητή ή κριτή ανάμεσα σε δυο πλευρές που διαφωνούν. Οι προϊστάμενοι θα πρέπει να είναι ρεαλιστές όσον αφορά το αποτέλεσμα. Συχνά αυτοί που δε διαθέτουν εμπειρία στη διευθέτηση διαφωνιών αναμένουν μη ρεαλιστικά αποτελέσματα. Η διαχείριση μιας σύγκρουσης ξεκινά με την απόφαση εάν και πότε θα παρέμβει κάποιος για την επίλυση της. Αυτό συμβαίνει όταν οι διαφωνίες είναι ασήμαντες ειδικότερα όταν εμφανίζονται ανάμεσα σε δύο άτομα που είναι καλύτερα να διευθετηθεί απ' τις δυο εμπλεκόμενες πλευρές. Αν επιτραπεί στις δυο πλευρές να επιλύσουν μόνες τους τη διαφωνία τους αυτό μπορεί να αποτελέσει μία εμπειρία ανάπτυξης και βελτίωσης των ικανοτήτων τους για επίλυση διαφορών στο μέλλον. Όμως όταν η διαφωνία μπορεί να οδηγήσει σε σημαντικές αρνητικές επιπτώσεις, τότε ο προϊστάμενος θα πρέπει άμεσα να παρέμβει. Μερικές φορές μπορεί να αναβάλει σκόπιμα την παρέμβαση, έτσι ώστε να αφήσει τη διαφωνία να κλιμακωθεί, γιατί η αύξηση της έντασης μπορεί να παρακινήσει τους συμμετέχοντες να αναζητήσουν από κοινού μια αποδεκτή απόφαση. Επίσης, αυτό που μπορεί να βοηθήσει σε μια σύγκρουση είναι η ανάθεση στις δυο πλευρές ενός κοινού καθήκοντος που δε σχετίζεται άμεσα με τη διαφωνία και μπορεί να βοηθήσει τη μια πλευρά να καταλάβει την άλλη (Σταθοπούλου, 2006).

Αν ένας προϊστάμενος αποφασίσει να παρέμβει σε μια διαφωνία ανάμεσα σε δυο ή περισσότερα μέρη, μπορεί να εφαρμόσει τεχνικές διαμεσολάβησης και να αποφασίσει πότε, που και πώς πρέπει να γίνει η παρέμβαση. Τα συνήθη προβλήματα διευθετούνται στο γραφείο του προϊστάμενου ή του υφιστάμενου, αλλά οι σοβαρές αντιπαραθέσεις πρέπει να εξετάζονται σε ουδέτερο έδαφος, εκτός και αν οι δυο πλευρές έχουν διαφορετικό βαθμό εξουσίας. Σ' αυτήν την περίπτωση το περιβάλλον πρέπει να ευνοεί τη μειονεκτούσα πλευρά για να υπάρξει εξισορρόπηση δυνάμεων. Ο χώρος δεν πρέπει να αποσπά την προσοχή, ενώ πρέπει να υπάρχει επαρκής χρόνος. Επειδή η διαχείριση συγκρούσεων απαιτεί χρόνο, ο προϊστάμενος θα πρέπει είναι προετοιμασμένος να διαθέσει επαρκή χρόνο ώστε να εξηγήσουν και οι δυο πλευρές τις απόψεις τους και να οδηγηθούν σε μια κοινά αποδεκτή λύση. Μια βιαστική ενέργεια, στην οποία καταφεύγουν συχνά οι άπειροι προϊστάμενοι, είναι να επιβάλλουν την εξουσία που τους δίνει η θέση τους, τη δική τους προσωπική λύση στη διαφωνία. Αυτό οδηγεί στην έκβαση «νικητής -ηττημένος», με αποτέλεσμα ο πρώτος να νιώσει ενθουσιασμό και αυταρέσκεια, ενώ ο δεύτερος απογοήτευση και θυμό (Sullivan et al, 2005).

Η διαχείριση της σύγκρουσης είναι μια διαδικασία που απαιτεί χρόνο κι ενέργεια. Τα διοικητικά στελέχη των οργανισμών υγείας θα πρέπει να ενδιαφερθούν και να δεσμευτούν για την επίλυση οποιασδήποτε διαφωνίας, δείχνοντας προθυμία να ακούσουν

τις θέσεις όλων των πλευρών, έτσι ώστε να βρεθούν από κοινού αποδεκτές λύσεις (*Sullivan et al, 2005*).

Υπάρχουν τρεις βασικές στρατηγικές για την διαχείριση των συγκρούσεων που εστιάζουν στο αποτέλεσμα (*Sullivan 2005, Κοντογιάννη και συν, 2011*). Αυτές είναι :

- Στα στρατηγική « κερδίζω- χάνεις», η μία πλευρά έχει υπεροχή, συνήθως λόγω της δύναμης από την ιεραρχική θέση της και η άλλη υποκύπτει και χάνει. Οι τεχνικές που αξιοποιούνται στη στρατηγική αυτή, είναι η άσκηση πίεσης, η αναμέτρηση/ανταγωνισμός και η διαπραγμάτευση. Ο κανόνας της «πλειοψηφίας» είναι μια άλλη τεχνική που εφαρμόζεται κυρίως στο πλαίσιο ομάδων. Αυτή μπορεί να είναι μια ικανοποιητική μέθοδος διαχείρισης των συγκρούσεων, εάν οι διάφορες πλευρές ψηφίζουν διαφορετικά επί διάφορων θεμάτων και αν η ομάδα λειτουργεί διαχρονικά κατά τέτοιο τρόπο, ώστε κάποια μέλη άλλοτε να κερδίζουν και άλλοτε να χάνουν. Οι συχνές ήττες της μιας μόνο πλευράς, μπορεί να οδηγήσουν στην απώλεια της συνοχής μέσα στην ομάδα και στη μείωση της «αυθεντίας» ή του κύρους του ηγέτη της ομάδας.
- Στη στρατηγική «χάνω-χάνεις» καμία πλευρά δεν είναι νικήτρια. Η ρύθμιση που επιτυγχάνεται είναι μη ικανοποιητική και για τις δυο πλευρές. Η αποφυγή, η απομάκρυνση, η εξομάλυνση και ο συμβιβασμός αποτελούν τις βασικές τεχνικές αυτής της στρατηγικής. Μια τεχνική συμβιβασμού είναι να χρησιμοποιήσεις τη δωροδοκία για να εξασφαλίσεις τη συνεργασία κάποιου, προκειμένου να κάνει κάτι που δε του αρέσει. Επίσης, η χρησιμοποίηση μιας τρίτης πλευράς ως διαμεσολαβητή, μπορεί να οδηγήσει στο αποτέλεσμα με δυο ηττημένους. Επειδή το τρίτο άτομο μπορεί να θέλει να δώσει κάτι σε κάθε πλευρά, καμία από τις δυο πλευρές τελικά δε παίρνει αυτό ακριβώς που επιθυμεί και το αποτέλεσμα είναι να προκύψουν δυο ηττημένοι.
- Η στρατηγική «κερδίζω-κερδίζω» εστιάζεται σε στόχους και επιχειρεί να καλύψουν τις ανάγκες και των δυο πλευρών. Δυο χαρακτηριστικές τεχνικές αυτής της στρατηγικής είναι η ομοφωνία και η συνθετική λήψη αποφάσεων. Η ομοφωνία προϋποθέτει ότι θα ληφθούν υπόψη τα γεγονότα και η θέση της άλλης πλευράς, ενώ επιδιώκεται να αποφεύγονται οι συμψηφισμοί, οι ψηφοφορίες ή η εξεύρεση μιας μέσης λύσης, όπου κάθε πλευρά κάτι χάνει. Η ομόφωνη απόφαση είναι συχνά ανώτερη ακόμη και από την καλύτερη μεμονωμένη απόφαση. Αυτή η τεχνική είναι πολύ χρήσιμη σε ένα πλαίσιο ομάδας γιατί αποφεύγονται τα αρνητικά χαρακτηριστικά της έκβασης με έναν νικητή και έναν ηττημένο και της έκβασης με δυο ηττημένους. Η πραγματική ομοφωνία, επιτυγχάνεται όταν διερευνηθεί πλήρως το πρόβλημα, όταν γίνουν κατανοητές οι ανάγκες και οι στόχοι όλων των εμπλεκόμενων πλευρών και όταν επιτευχτεί συμφωνία για μια λύση που ικανοποιεί αυτές τις ανάγκες.
- Η «συνθετική λήψη αποφάσεων» εστιάζεται στα μέσα και στη διαδικασία επίλυσης ενός προβλήματος, παρά στο αποτελέσματα και είναι πιο χρήσιμη όταν οι ανάγκες των πλευρών είναι «πολωμένες». Η συνθετική λήψη αποφάσεων είναι μια εποικοδομητική διαδικασία , στην οποία οι εμπλεκόμενες πλευρές εντοπίζουν



από κοινού το πρόβλημα και τις ανάγκες τους. Διευρύνουν μια σειρά από εναλλακτικές λύσεις και καταλήγουν με ομοφωνία σχετικά με μια λύση. Στόχος αυτής της ομαδικής δραστηριότητας είναι να λύσει το πρόβλημα και όχι να πιέσει, να επικρατήσει, να καταπιέσει ή να οδηγήσει σε συμβιβασμό. Η ομάδα εργάζεται προς τη επίτευξη ενός κοινού στόχου μέσα σ'ένα κλίμα, το οποίο ενθαρρύνει την ελεύθερη ανταλλαγή ιδεών και συναισθημάτων. Χρησιμοποιώντας την τεχνική αυτή οι εμπλεκόμενες πλευρές εντοπίζουν από κοινού τις ανάγκες τις καθεμίας, διεξάγουν εκτενή έρευνα για εναλλακτικές λύσεις που θα μπορούσαν να ικανοποιήσουν αυτές τις ανάγκες και στην συνέχεια επιλέγουν την καλύτερη εναλλακτική λύση (Filley, 1975).

Παρακάτω αναφέρονται άλλες τεχνικές διαχείρισης των συγκρούσεων σύμφωνα με τους Thomas & Killman, (2001) :

- Αποφυγή : Τα εμπλεκόμενα μέρη αποφεύγουν να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα που οδηγεί στη σύγκρουση. Η τεχνική αυτή είναι κατάλληλη σε περιπτώσεις όπου:
  - Ένα από τα εμπλεκόμενα μέρη είναι πιο ισχυρό.
  - Το πρόβλημα πρέπει να επιλυθεί από κάποιον άλλον.
  - Το θέμα της σύγκρουσης είναι ασήμαντο.
- Υποχώρηση : Όταν ακολουθείται αυτή η στρατηγική, η μια πλευρά υποχωρεί ώστε να ικανοποιηθεί η άλλη. Η στρατηγική αυτή προσφέρεται για περιπτώσεις όπου:
  - Η διατήρηση καλών σχέσεων θεωρείται σημαντικότερη από το θέμα της σύγκρουσης.
- Συμβιβασμός : Και οι δύο πλευρές θυσιάζουν κάτι, ώστε να επιτευχθεί συμφωνία. Είναι κατάλληλη στρατηγική όταν:
  - Χρειάζεται να δοθεί μια προσωρινή λύση σε σύντομο χρονικό διάστημα.
  - Τα άτομα που εμπλέκονται στη σύγκρουση έχουν ίση εξουσία.
  - Τα εμπλεκόμενα μέρη έχουν έντονο ενδιαφέρον καθένα για διαφορετική όψη του προβλήματος.
- Ανταγωνισμός : Επιθετική και ασυμβίβαστη τεχνική που αφορά στην προσπάθεια κάθε πλευράς για νίκη, ανεξάρτητα απ' το κόστος. Η τεχνική αυτή χρησιμοποιείται:
  - Σε καταστάσεις που απαιτούν τη λήψη μη δημοφιλών ή πολύ κρίσιμων αποφάσεων.
  - Σε περιπτώσεις όπου τα χρονικά περιθώρια δεν επιτρέπουν τη χρήση συνεργατικών τεχνικών.

- Συνεργασία : Οι δύο πλευρές συνεργάζονται, ώστε να βρεθεί μια λύση ικανοποιητική και για τις δύο πλευρές. Η διαδικασία αυτή απαιτεί πολύ χρόνο και πολλή ενέργεια, επομένως είναι προτιμότερο να χρησιμοποιείται σε σημαντικά ζητήματα, τα οποία αξίζουν την καταβολή όλης αυτής της προσπάθειας.
- Καταστολή : Τεχνική που περιλαμβάνει ακόμη και την λήξη της συνεργασίας με μια απ τις αντιμαχόμενες πλευρές προκειμένου να πάψει να υπάρχει η σύγκρουση. Χρησιμοποιείται σε καταστάσεις όπου δεν ευνοείται η εκδήλωση συγκρούσεων.
- Εξομάλυνση : Διαχείριση της σύγκρουσης με την διατύπωση φιλοφρονήσεων προς ένα αντίπαλο, την υποβάθμιση των διαφορών και την εστίαση της προσοχής σε ασήμαντους τομείς, στους οποίους όμως οι δυο πλευρές θα μπορούσαν να συμφωνήσουν. Χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση μικρών προβλημάτων.
- Απόσυρση : Τεχνική στην οποία απομακρύνεται τουλάχιστον η μια απ' τις αντιμαχόμενες πλευρές, καθιστώντας αδύνατη τη διαχείριση της σύγκρουσης.
- Επιβολή : Η τεχνική αυτή οδηγεί σε άμεση λήξη της σύγκρουσης, αφήνοντας όμως άλυτη την αιτία της διαφωνίας. Γίνεται χρήση αυτής της τεχνικής όταν κάποιος καλείται να αντιμετωπίσει μια κατάσταση « ζώης και θανάτου », άλλα κάτω από άλλες συνθήκες θεωρείται ακατάλληλη.
- Αντιπαράθεση : Είναι η πιο αποτελεσματική διαχείριση των συγκρούσεων, η οποία είναι προσανατολισμένη στο πρόβλημα. Η σύγκρουση έρχεται ανοιχτά στην επιφάνεια και καταβάλλονται προσπάθειες για επίλυση της μέσω των γνώσεων και τις λογικής.
- Διαπραγματεύση : Είναι η τεχνική διαχείρισης των συγκρούσεων που βασίζεται στην δοσοληψία και έχει ως σκοπό την επίτευξη συμφωνίας ανάμεσα στις δυο πλευρές, ακόμη και αν δεν επιτευχθεί ποτέ ομοφωνία.
- Συμφιλίωση /διευκόλυνση : Συνεργατική, μη επιβλητική που χρησιμοποιείται όταν η μια πλευρά υποχωρεί για να ικανοποιηθεί η άλλη. Συνήθως χρησιμοποιείται για να διατηρηθεί αρμονία στην ομάδα (Sullivan et al, 2005).

Η επιλογή της στρατηγικής που θα χρησιμοποιηθεί για την επίλυση της σύγκρουσης εξαρτάται σύμφωνα με τους Constantino (1996), Porter (1996) και Lemieux-Charles (1994) από παράγοντες όπως:

- Το διαθέσιμο χρόνο.
- Την ικανότητα του προϊσταμένου να διευκολύνει την επίλυση της σύγκρουσης.
- Τη σοβαρότητα της σύγκρουσης και τη σημασία που αποδίδεται στο θέμα της σύγκρουσης.
- Τη φύση της ιεραρχικής σχέσης μεταξύ των εμπλεκόμενων μερών και τη σχετική ισορροπία ισχύος.
- Τις συνθήκες υπό τις οποίες διαδραματίζεται η σύγκρουση, καθώς επίσης και από τα άτομα που συμμετέχουν σε αυτή.
- Την κουλτούρα του χώρου εργασίας.

Εκτός από από τις στρατηγικές διαχείρισης των συγκρούσεων , χρήσιμο θα ήταν να να αλλάξουν κάποιες καταστάσεις . Θα πρέπει να υπάρχει στενότερη συνεργασία σε θέματα εκπαίδευσης και επιστημονικής ερευνας. Να γίνεται σαφής κατανομή αρμοδιοτήτων και καθηκόντων , να καθορίζονται συγκεκριμένοι και κοινοί στόχοι. Οι συγκρούσεις πρέπει να επιλύονται υπό ορισμένες προϋποθέσεις και όσο το δυνατόν πιο κοντά στους αντιδικούντες και στο προϊστάμενο (*Κοντογιάννη,2007*).

## 2.8 Σύνοψη δεύτερου κεφαλαίου

Η υγεία είναι ένας σημαντικός τομέας σε κάθε κράτος , όμως από τα παραπάνω γίνεται εμφανές ότι στον τομέα αυτόν που είναι τόσο ζωτικός για ένα κράτος δημιουργούνται συγκρούσεις μέσα στους οργανισμούς που εκπροσωπούν την υγεία. Οι συγκρούσεις αυτές , αποδυναμώνουν το σύστημα υγείας και μειώνουν τη λειτουργικότητά του. Η σύγκρουση συνήθως αναφέρεται σαν εκδήλωση διαφωνίας. Σίγουρα τα μέλη των οργανισμών στα οποία εκδηλώνεται η σύγκρουση οδηγούνται σε αυτήν για κάποιες αιτίες και οι ηγέτες έχουν την ευθύνη στην αντιμετώπιση και στην πρόληψη, ανευρίσκοντας τις αιτίες που οδηγούν σε αυτήν. Τέλος, έχουν την ευθύνη για την ορθή χρησιμοποίηση των τεχνικών επίλυσης των συγκρούσεων .

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ

#### 3.1 Ιστορία του χειρουργείου

Σύμφωνα με τους *Gabel et al (2001)*, παρά το γεγονός ότι η ιστορία του χειρουργείου είναι επαρκώς καταγεγραμμένη και τεκμηριωμένη, η ιστορία του ως χώρο για την διεξαγωγή των χειρουργικών επεμβάσεων είναι λιγότερη κατανοητή. Οι ιστορικοί πίνακες αναπαριστούν τον παραδοσιακό χώρο του χειρουργείου –το αμφιθέατρο, ο οποίος αρχικά προοριζόταν για το κοινό. Τα χειρουργεία του 18<sup>ου</sup> αιώνα ήταν αίθουσες διαλέξεων οι οποίες χρησιμοποιούνταν για την επίδειξη τομής των πτωμάτων. Ζώντες ασθενείς πείθονταν να υποβληθούν σε χειρουργικές επεμβάσεις, πράγμα που αποτελούσε χρήσιμη εμπειρία για το κοινό. Οι περισσότερες χειρουργικές επεμβάσεις ήταν σύντομες και εκτελούνταν συνήθως σε βολικούς τόπους για τον ίδιο τον ασθενή.

Ο ρόλος των παθογόνων μικροοργανισμών στην πρόκληση των μετεγχειρητικών λοιμώξεων δεν είχε διευκρινιστεί ακόμα και τους είχε δοθεί μικρή σημασία, όπως και σε άλλα στοιχεία που αφορούν το χώρο του χειρουργείου. Ακόμη, η εισαγωγή της αναισθησίας περίπου το 1840 επηρέασε ελάχιστα τον τόπο διεξαγωγής των επεμβάσεων. Στα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα όμως, όταν ο Joseph Lister ανακάλυψε την αναγκαιότητα της αντισηψίας, ήταν αναγκαίο να βρεθεί χώρος που θα στεγαζόταν το χειρουργείο. Με βάση την τεχνική της αντισηψίας του Lister, οτιδήποτε ερχόταν σε επαφή με τον ασθενή έπρεπε να απολυμανθεί με καρβολικό οξύ. Εξαιτίας του οξέως αυτού, οι χειρουργοί αναγκάστηκαν να φορέσουν ποδιές για προστατεύσουν τα ρούχα τους και ελαστικά γάντια για να προστατεύουν τα χέρια τους. Ο ρόλος του νοσηλευτή κινήσεως ήταν να περνάει γύρω απ το χειρουργικό τραπέζι και να ψεκάζει τον αέρα με το οξύ αυτό για να απολυμανθεί η σκόνη από τα ξύλινα πατώματα. Αυτές οι ειδικές απαιτήσεις σταμάτησαν τη χρήση των αμφιθεάτρων ως χειρουργεία (*Λάμπρου, 2001*).

Στο τέλος του 19<sup>ου</sup> αιώνα, ο Gustav Neuber, ήταν ο πρωτοπόρος στη χρήση ειδικών χώρων που προορίζονταν αποκλειστικά για την εκτέλεση χειρουργικών επεμβάσεων. Οι Lister και Neuber αντιμετώπισαν αντιδράσεις απ' το χειρουργικό κατεστημένο. Ο Neuber έφτασε στο σημείο να δημιουργήσει ιδιωτικό νοσοκομείο με χειρουργεία σχεδιασμένα με τέτοιο τρόπο, ώστε να περιορίζεται η μετάδοση των λοιμώξεων. Στη Βαλτιμόρη ο Halsted εισήγαγε παρόμοιες έννοιες ασηψίας και αντισηψίας το 1890. Στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αι. τα περισσότερα μεγάλα νοσοκομεία είχαν τρία χειρουργεία : ένα για γενικές, ένα για ορθοπεδικές και ένα για γυναικολογικές επεμβάσεις. Αυτή η πρόωρη εξιδανικευμένη χρήση

του χώρου για τα χειρουργεία προέκυψε για λόγους διευκόλυνσης των γιατρών και όχι για την εγκατάσταση ειδικού εξοπλισμού ή λόγω των διαφορετικών αναγκών σε στελέχωση.

Ο τομέας της χειρουργικής αναπτύχθηκε ραγδαία κατά τη διάρκεια και αμέσως μετά το 2<sup>ο</sup> Παγκόσμιο Πόλεμο. Η εξέλιξη των χειρουργικών τεχνικών στο πεδίο της μάχης δε συνδυασμό με την εμφάνιση των αντιβιοτικών, δημιούργησε μια ατμόσφαιρα, στην οποία οι εξελίξεις της χειρουργικής λάμβαναν χώρα σχεδόν σε καθημερινή βάση. Η εξέλιξεις στην αναισθησιολογία συμβάδιζαν με τα παραπάνω, καθιστώντας δυνατή την επιβίωση εξαιρετικά βαρέα ασθενών οι οποίοι υφίσταντο περίπλοκες επεμβάσεις. Αν και τα χειρουργεία των δεκαετιών του '50 και του '60 δε διέφεραν ουσιαστικά από τα αντίστοιχα των αρχών του 20<sup>ου</sup> αι., η ανάπτυξη της τεχνολογίας δημιούργησε την ανάγκη για χρήση περισσότερων τμημάτων ιατρικού εξοπλισμού στις πολύπλοκες χειρουργικές επεμβάσεις (Λάμπρου, 2001).

Τέλος, οι επεμβάσεις ημερήσιας νοσηλείας (ambulatory surgery ) άρχισαν να λαμβάνουν χώρα στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αι. Ο Nicoll το 1909, ανέφερε στο Βρετανικό ιατρικό σύλλογο της εμπειρίες τους από τα χειρουργεία ημερήσιας νοσηλείας σε 8.988 παιδιά. Το 1916 ο Ralph Waters ίδρυσε μια κλινική για οδοντιατρικές επεμβάσεις ημέρας. Δεν είχε μεγάλη επιτυχία μέχρι που ο Wallace Reed, αναισθησιολόγος, δημιούργησε ένα 'χειρουργικό κέντρο το 1970. Παρόμοια κέντρα παρόλο που αντιμετωπίστηκαν με δυσπιστία αποδείχτηκαν ασφαλή και λιγότερα δαπανηρά από τα χειρουργεία των νοσοκομείων. Τα νοσοκομεία ανταποκρίθηκαν στην ανάγκη αυτή αναπτύσσοντας είτε ξεχωριστά χειρουργικά κέντρα ημερήσιας νοσηλείας, είτε αφιερώνοντας τμήμα των χειρουργικών αιθουσών αποκλειστικά σε χειρουργεία ημερήσιας νοσηλείας (Gabel et al, 2001).

### 3.2 Χαρακτηριστικά του χειρουργείου

Οι ομάδες στα χειρουργεία εκτελούν συχνά δύσκολες επεμβάσεις κάτω από δυσμενείς συνθήκες. Τα προβλήματα στη χειρουργική δεν είναι δυνατόν να αποφευχθούν αφού απορρέουν από διάφορες πηγές. Οι ασθενείς αλλά και οι παθήσεις τους παρουσιάζουν διαφοροποιήσεις. Οι χειρουργοί δε γνωρίζουν από την αρχή τι θα αντιμετωπίσουν. Από τη στιγμή που η χειρουργική επέμβαση αρχίζει, η όλη διαδικασία δεν είναι αναστρέψιμη. Πολλές φορές δεν υπάρχει τρόπος να βοηθηθεί ένας χειρουργός από κάποιον άλλον πιο έμπειρο. Επίσης υπάρχουν σοβαρές χρονικές πιέσεις, κάποια επιπλοκή μπορεί να παρατείνει το χρόνο της επέμβασης και της αναισθησίας, να αυξήσει την απώλεια αίματος και να παρατείνει το διάστημα υποκατάστασης της λειτουργίας ενός οργάνου (Λάμπρου, 2001).

Τόσο η χειρουργική όσο και η αναισθησία έχουν κάποιο βαθμό κινδύνου. Σε κάθε ασθενή που συναινεί, πρέπει να αναφέρεται ένας από τους κινδύνους που είναι ο θάνατος. Απρόβλεπτα συμβάντα μπορούν να συμβούν σε όλες τις επεμβάσεις ακόμη και των πιο έμπειρων επιστημόνων, οι οποίοι είναι και αυτοί άνθρωποι και φυσικά δεν είναι αλάθητοι.

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, γίνεται αντιληπτό ότι οι επαγγελματίες που εργάζονται στα χειρουργεία γίνονται συχνά απαιτητικοί και τελειομανείς. Δεν ανέχονται στην χρονοτριβή ανεξάρτητα απ' το αίτιο που την προκαλεί. Δεδομένου λοιπόν των υψηλών απαιτήσεων και των δύσκολων καταστάσεων, δεν δημιουργεί έκπληξη το γεγονός ότι δημιουργούνται σοβαρές διαπροσωπικές διενέξεις στο χειρουργείο. Η επικοινωνία είναι συχνά δύσκολη και δεν γίνεται η παραμικρή σκέψη για την ευαισθησία του συνομιλητή. Το προσωπικό που δεν ανέχεται το επίπεδο αγένειας αναζητά εργασία σε άλλα τμήματα (*Gabel et al, 2001*).

Αυτός ο τρόπος συμπεριφοράς μεταφέρεται και εκτός χειρουργείου και σε άλλες εκδηλώσεις ζωής με αποτέλεσμα αυτοί που δεν ανήκουν στις χειρουργικές ειδικότητες να σχολιάζουν την αγένεια και την υπεροψία του προσωπικού του χειρουργείου. Το διοικητικό προσωπικό που είναι συνηθισμένο στη λεπτότητα και στην υποχωρητική συμπεριφορά, συχνά βρίσκουν δυσκολία στην αντιμετώπιση ενός χειρουργού που επιδεικνύει αγένεια η διάθεση αντιπαράθεσης. Εντός του χειρουργείου όμως αυτός ο τρόπος θεωρείται ξεκάθαρος, σαφής και ενθαρρυντικός.

Από την άλλη πλευρά, παρά το ότι αυτό το είδος συμπεριφοράς είναι πραγματικότητα σε πολλά χειρουργεία, ο αμοιβαίος σεβασμός και η ευγένεια μπορούν να δράσουν καταλυτικά στη συνεργασία και την ομαλή διεξαγωγή των εργασιών του χειρουργείου.

Παρ' όλο που η συνεργασία και η υιοθέτηση της ποιότητας στη φροντίδα των ασθενών πρέπει να είναι ο πρωτεύων στόχος του χειρουργείου, οι τριβές μεταξύ των τριών κυριών επαγγελματικών ομάδων του χειρουργείου, δηλαδή των αναισθησιολόγων, των νοσηλευτών και των χειρουργών, δε λείπουν ποτέ. Ένας από τους βασικούς ρόλους των νοσηλευτών χειρουργείου είναι να αποτελούν βασικούς εκπροσώπους των ασθενών κατά την διεξαγωγή της επέμβασης. Εκτός ότι παρακολουθεί τις πολλαπλές ανάγκες του χειρουργικού ασθενούς, επιβάλλει και καθορίζει την πολιτική και τις διαδικασίες του χειρουργείου. Αυτό κάποιες φορές έρχεται σε αντίθεση με τις προθέσεις και τις πράξεις του εκάστοτε χειρουργού. Για παράδειγμα, ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος να διασφαλίζει ότι οι προδιαγραφές για την αποστείρωση πληρούνται και αυτό σημαίνει ότι θα διορθώσει το γιατρό ο οποίος παραβιάζει τις αρχές ασηψίας-αντισηψίας σε μια άσηπτη χειρουργική τεχνική. Όταν συμβεί αυτό, η εκτόνωση της σύγκρουσης αναμένεται να λάβει χώρα μέσα σε μια ατμόσφαιρα επαγγελματισμού και συναδελφικότητας, θέτοντας την υγεία του ασθενούς σε προτεραιότητα (*Gabel et al, 2001*).

Συγκρούσεις μπορεί να δημιουργηθούν μεταξύ αναισθησιολόγων. Βασικό καθήκον του αναισθησιολόγου είναι να εξασφαλίσει ότι η κατάσταση του ασθενούς είναι ικανοποιητική για να υποστεί χειρουργική επέμβαση. Αυτό σημαίνει ότι ο αναισθησιολόγος πρέπει να αξιολογεί την δυνατότητα προεγχειρητικής εκτίμησης του χειρουργού. Εάν κριθεί ανεπαρκής, η επέμβαση ακυρώνεται. Η επιλογή της αναισθησίας είναι μια δεύτερη πηγή συγκρούσεων. Ορισμένοι χειρουργοί προτιμούν ένα συγκεκριμένο είδος αναισθησίας για όλους τους ασθενείς ενώ οι αναισθησιολόγοι έχουν καθήκον να επιλέγουν την κατάλληλη αναισθησία με βάση τις ανάγκες του ασθενούς και της επέμβασης. Τελικά αποδεικνύεται ότι

στο χειρουργείο κανένας δεν αποτελεί το μοναδικό «καπετάνιο του πλοίου». Οι χειρουργοί, οι αναισθησιολόγοι και οι νοσηλευτές διαθέτουν δίκες τους αρμοδιότητες και ευθύνες. Όλα τα μέλη του χειρουργείου πρέπει να είναι έτοιμα να δώσουν τον πρώτο λόγο σε αυτόν που διαθέτει περισσότερες γνώσεις και δεξιότητες, κατά περίπτωση (*Gabel et al, 2001*).

Η οργανωτική δομή του χειρουργείου, ως λειτουργικού τμήματος του νοσοκομείου, είναι εξαιρετικά πολύπλοκη καθώς μέσα στα πλαίσιά της, συνυπάρχουν επαγγελματίες υγείας των οποίων οι επαγγελματικοί στόχοι είναι όχι μόνο διαφορετικοί αλλά συχνά αντικρουόμενοι. Είναι λοιπόν εξαιρετικά δύσκολο οι διαφορετικές αυτές επιδιώξεις κάθε επαγγελματία να συμβαδίσουν με τους «επιχειρησιακούς» στόχους του νοσοκομείου όπως είναι η διατήρηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, η μεγαλύτερη δυνατή ικανοποίηση του ασθενούς σε συνδυασμό με την συγκράτηση του κόστους.

Το περιβάλλον του χειρουργείου εκτός από εξαιρετικά πολύπλοκο ξεχωρίζει και για την ευαισθησία και τους λεπτούς χειρισμούς που απαιτεί η αντιμετώπιση κάθε ασθενούς. Όσοι ασχολούνται με τον προγραμματισμό και τη διαχείριση της λειτουργίας των χειρουργείων αντιμετωπίζουν καθημερινά πολλαπλά προβλήματα τα οποία είναι εφικτό να μειωθούν μέσω της σύνταξης προγραμμάτων και της ορθής κατανομής του χειρουργικού χρόνου, της διαχείρισης της ροής των ασθενών και της εφαρμογής πρωτοκόλλων χειρουργείου αλλά και μέσω της τυποποίησης των προμηθειών και της ορθολογικής διαχείρισης εργαλείων και υλικών. Η ανάπτυξη των ανωτέρω τεχνικών θα οδηγήσει αναμφισβήτητα σε μείωση των προβλημάτων όχι όμως και στην εξάλειψή τους καθώς αυτά απορρέουν από διάφορες πηγές (*Λάμπρου, 2001*).

Εάν μια χειρουργική επέμβαση ξεκινήσει, η όλη διαδικασία δεν είναι αναστρέψιμη. Αυτό σημαίνει ότι εάν για οποιοδήποτε λόγο η επέμβαση διαρκέσει πολύ περισσότερο από το προγραμματισμένο ή εάν δεν ολοκληρωθεί και ο ασθενής απαιτείται να επιστρέψει την επόμενη μέρα, η τελική έκβαση δεν είναι ίδια όπως στην περίπτωση που η επέμβαση ολοκληρωνόταν με βάση το πρόγραμμα. Τρίτον, η παροχή βοήθειας προς τους ιατρούς δεν είναι πάντοτε δυνατή χωρίς έγκαιρη προειδοποίηση καθώς δεν είναι πάντα διαθέσιμος κάποιος άλλος χειρουργός για συμβουλευτική υποστήριξη ή παροχή βοήθειας και η αναμονή μπορεί να καθυστερήσει την διεξαγωγή της επέμβασης δημιουργώντας προβλήματα στη ροή του προγράμματος. Τέταρτον, μέσα στο χειρουργείο υπάρχουν σοβαρές χρονικές πιέσεις. Μια χειρουργική επέμβαση μπορεί να διαρκέσει ώρες και μια σοβαρή επιπλοκή μπορεί να παρατείνει την διάρκεια της επέμβασης και της αναισθησίας γεγονός που δεν μπορεί να προβλεφθεί αλλά εάν συμβεί πρέπει να αντιμετωπιστεί κατά τον δέοντα τρόπο.

Στο χειρουργείο λοιπόν δεν μπορεί ποτέ κανείς να μιλά με ασφάλεια για πλήρη εφαρμογή και τήρηση των προγραμμάτων αφού κάθε στιγμή μπορούν να λάβουν χώρα απρόβλεπτα συμβάντα ικανά να ανατρέψουν τον όλο προγραμματισμό. Επιπλέον παρά το γεγονός ότι η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, ο σεβασμός και η καλύτερη εξυπηρέτηση του ασθενούς αποτελούν κοινό στόχο όλων των επαγγελματιών του χειρουργείου δεν λείπουν οι διενέξεις μεταξύ των τριών κύριων επαγγελματικών ομάδων του

χειρουργείου -χειρουργών, αναισθησιολόγων και νοσηλευτών- οι οποίες έχουν συχνά αρνητικές επιπτώσεις στην ομαλή διεξαγωγή των εργασιών του χειρουργείου.

Τα προβλήματα και τα απρόοπτα που χαρακτηρίζουν το περιβάλλον του χειρουργείου και τους επαγγελματίες που ασχολούνται σε αυτό δεν θα εκλείψουν ποτέ. Οι σύγχρονοι όμως τρόποι διοίκησης και οργάνωσης του χειρουργείου οφείλουν να τα ελαχιστοποιούν εκμεταλλευόμενοι με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τον χρόνο μέσα στο χειρουργείο έτσι ώστε αν όχι να εξαλείφονται τουλάχιστον να μειώνονται στο ελάχιστο οι «νεκροί χρόνοι» και αξιοποιώντας ταυτόχρονα το διαθέσιμο ανθρώπινο δυναμικό, τα υπάρχοντα υλικά και τον εξοπλισμό καθώς και τους χώρους στους οποίους πραγματοποιούνται οι επεμβάσεις. Μέσω της ποιοτικής διαχείρισης των πόρων του χειρουργείου είναι δυνατό όχι μόνο να μειωθεί το κόστος αλλά και να αυξηθεί η ικανοποίηση τόσο των «εξωτερικών» πελατών του χειρουργείου, δηλαδή των ασθενών, όσο και των «εσωτερικών» πελατών, χειρουργών, αναισθησιολόγων, νοσηλευτών, τεχνικού και διοικητικού προσωπικού και να βελτιωθεί η ποιότητα του παραγόμενου προϊόντος. Οι σύγχρονες τάσεις του management στο χειρουργείο απαιτούν κατευθύνσεις προς σύγχρονους στόχους, όπως είναι η βελτίωση της ποιότητας, η αύξηση της παραγωγικότητας, η αύξηση της ικανοποίησης του ασθενούς και κατά συνέπεια ο περιορισμός του κόστους (*Gabel et al, 2001*).

### 3.2.1 Λειτουργία του χειρουργείου

Το χειρουργείο αποτελεί ένα από τα πιο δυναμικά και απαιτητικά τμήματα του νοσοκομείου. Στο εσωτερικό του περιβάλλον η δράση του είναι αυτόνομη και η εύρυθμη λειτουργία του δεν εξαρτάται από άλλα τμήματα παρά μόνο από την σωστή οργάνωση και των συντονισμό των εργασιών του. Μέχρι το χρονικό σημείο όμως όπου θα ξεκινήσει η διαδικασία, στο εσωτερικό περιβάλλον του χειρουργείου έχουν προηγηθεί πολλές ενέργειες οι οποίες σχετίζονται με το εξωτερικό περιβάλλον του χειρουργείου και έχουν την μορφή ενός συστήματος. Στο εξωτερικό του περιβάλλον (σχήμα 1) η λειτουργία του χειρουργείου είναι συνδεδεμένη με τη λειτουργία και άλλων τμημάτων τα οποία προσφέρουν στο χειρουργείο τις υπηρεσίες τους και το υποστηρίζουν στην πραγματοποίηση των εργασιών του. Έτσι, το χειρουργείο συνδέεται με τα εργαστήρια του νοσοκομείου τα οποία πραγματοποιούν όλες τις εξετάσεις στις οποίες υποβάλλονται οι ασθενείς, το τμήμα αιμοδοσίας το οποίο προμηθεύει το χειρουργείο με τις απαραίτητες για κάθε χειρουργική επέμβαση φιάλες αίματος, τις διοικητικές υπηρεσίες του νοσοκομείου-γραφείο κίνησης ασθενών, φαρμακείο, τμήμα προμηθειών-, οι οποίες ανάλογα με το αντικείμενο της ενασχόλησής τους προσφέρουν στο χειρουργείο τις ανάλογες υπηρεσίες ή παροχές π.χ εφοδιασμός υλικού, τα κλινικά χειρουργικά τμήματα στα οποία νοσηλεύονται οι ασθενείς, τα εξωτερικά συνεργαζόμενα εργαστήρια στα οποία «στέλνει» το νοσοκομείο τις εξετάσεις που δεν μπορούν να πραγματοποιηθούν στα εργαστήριά του και τέλος τα τμήματα τεχνικής υποστήριξης στα



οποία ανατίθεται η επισκευή και η συντήρηση των μηχανημάτων του χειρουργείου (*Gabel et al, 2001*).

Σχήμα 1. Αλληλεπίδραση του χειρουργείου με άλλα τμήματα (Παράρτημα Ι)



Από τα ανωτέρω καθίσταται σαφές ότι η σχέση του χειρουργείου με τα τμήματα του εξωτερικού του περιβάλλοντος είναι καθοριστικής σημασίας καθώς η διαδικασία του χειρουργείου δεν είναι δυνατόν να ολοκληρωθεί χωρίς την σύμπραξη με κάποιο άλλο ή άλλα τμήματα τα οποία είναι υπεύθυνα για την διεξαγωγή των επιμέρους διαδικασιών. Καθίσταται έτσι σαφές ότι και η διαδικασία του χειρουργείου αποτελεί ένα σύστημα αφού για την ολοκλήρωσή της απαιτείται η συνεργασία περισσότερων από δύο τμήματα.

Η λειτουργία του χειρουργείου κατά τρόπο αποτελεσματικό και αποδοτικό εξαρτάται από τις επιμέρους δραστηριότητες ομάδων εργαζομένων διαφορετικών ειδικοτήτων οι οποίες συγκροτούν ανεξάρτητες ενότητες με διακριτή αρχή και τέλος. Η σωστή οργάνωση και ο συντονισμός των εργασιών της πρώτης ομάδας αποτελούν προϋπόθεση για την πραγματοποίηση των εργασιών της επόμενης και ούτω καθεξής. Μπορούμε έτσι να κάνουμε λόγο για μια σειρά αλληλοσυνδεόμενων διαδικασιών παρομοιάζοντάς τις με μια αλυσίδα της

οποίας κάθε κρίκος συνδέεται με τον επόμενο και εάν σπάσει ένας από αυτούς καταστρέφεται η διαδικασία στο σύνολό της.

Επιπλέον, η διαδικασία του χειρουργείου αποτελεί και αυτή σύστημα καθώς σε αυτήν εμπλέκονται πολλά και διαφορετικών ειδικοτήτων τμήματα και κάθε μέλος του προσωπικού που συμβάλλει στην περάτωσή της έχει πολλαπλούς επαγγελματικούς στόχους και διαφορετική επαγγελματική κουλτούρα. Τέλος, δεν θα πρέπει να παραβλέψουμε το γεγονός ότι όπως κάθε άλλη διαδικασία έτσι και η διαδικασία του χειρουργείου έχει σαν στόχο να αποτιμηθεί το έργο της ομάδας - στην προκειμένη περίπτωση της χειρουργικής η οποία απαρτίζεται από χειρουργούς, αναισθησιολόγους, νοσηλεύτες, τεχνικό και διοικητικό προσωπικό - όχι από την ποιότητα των εισροών αλλά από την ποιότητα των εκροών ή του αποτελέσματος. Αυτό σημαίνει δηλαδή ότι η διαδικασία του χειρουργείου στο σύνολό της στοχεύει στην επιτυχή έκβαση της επέμβασης και στην όσο το δυνατόν καλύτερη θεραπεία και εξυπηρέτηση του ασθενούς.

Στις μέρες μας, τα χειρουργικά περιστατικά συχνά αυξάνονται με ρυθμούς ταχύτερους από την αύξηση του πληθυσμού, γεγονός που φανερώνει τις αυξημένες ανάγκες για φροντίδα υγείας ενός γηράσκοντος πληθυσμού. Η γήρανση του πληθυσμού όμως δεν είναι ο μοναδικός παράγοντας αύξησης των χειρουργικών επεμβάσεων καθώς αυτές οφείλονται και στις τεχνολογικές εξελίξεις των τελευταίων δεκαετιών οι οποίες επιτρέπουν σε χειρουργικές ειδικότητες να παρέχουν πιο ασφαλή χειρουργική θεραπεία σε μεγάλα τμήματα του πληθυσμού αλλά και στην εισαγωγή νέων χειρουργικών μεθόδων και τεχνικών για την αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας που στο παρελθόν θεωρούνταν ανίατα. Η αλληλεπίδραση των παραγόντων όπως η τεχνολογία, η εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης, η αύξηση αλλά και η γήρανση του πληθυσμού έχουν αναδείξει τα τελευταία χρόνια το χειρουργείο σε πηγή γοήτρου και τεχνολογικό σύνορο που κατέχει μοναδικό κύρος στη σύγχρονη ιατρική. Το περιβάλλον του χειρουργείου απαιτεί διακλαδική συνεργασία και διεπιστημονική προσέγγιση προκειμένου να ανταποκριθεί στις ανάγκες επιβίωσης και εξέλιξης του τομέα υγείας.

Το χειρουργείο αντιπροσωπεύει ένα εξαιρετικά περίπλοκο κλινικό και διοικητικό περιβάλλον. Οι διάφορες απαιτήσεις και οι πολλαπλές πλευρές της οργάνωσης και διοίκησης του χειρουργείου καθιστούν απαραίτητη τη συμμετοχή σε αυτό νοσηλευτών, αναισθησιολόγων, χειρουργών, διοικητικών και λοιπών επαγγελματιών οι οποίοι διαθέτουν εξειδικευμένη γνώση (*Gabel et al, 2001*).

### 3.3 Διοικητική συγκρότηση του χειρουργείου

Η διαχείριση του χειρουργείου είναι πολύ δύσκολη, γιατί αφορά ένα πολύπλοκο περιβάλλον, στο οποίο συχνά δημιουργούνται εντάσεις και τριβές. Πολλές κατηγορίες προσωπικού, πολλές φορές ξεφεύγουν απ' τον έλεγχο του προϊστάμενου. Ο Προϊστάμενος

χειρουργείου είναι διαχειριστής και ηγέτης. Ως διαχειριστής είναι υπεύθυνος για την αποδοτική λειτουργία του χειρουργείου. Ως ηγέτης έχει καθήκον να μεριμνά για την υλοποίηση των στόχων του χειρουργείου και να διασφαλίζει τη συμβατότητα αυτών με τους επιχειρησιακούς στόχους του οργανισμού. Ο προϊστάμενος πρέπει να αναπτύσσει δεξιότητες στη λήψη αποφάσεων και στην διαχείριση των συγκρούσεων. Τα μέλη της ομάδας που βρίσκονται κοντά στα προβλήματα και συμμετέχουν στην επίλυση τους πρέπει να λαμβάνουν ενεργά μέρος στη λήψη αποφάσεων (Gabel et al, 2001).

### 3.3.1 Προϊστάμενος του χειρουργείου

Ο προϊστάμενος του χειρουργείου πρέπει να διαθέτει τα κατάλληλα προσόντα για την συγκεκριμένη θέση ως προς την εκπαίδευση την κατάρτιση και την εξειδίκευση. Είναι σημαντικό το άτομο αυτό να έχει μια σειρά δεξιοτήτων αλλά και προσωπικών χαρακτηριστικών οι οποίες έχουν καλλιεργηθεί με τη μακροχρόνια εξοικείωση του ατόμου στο χειρουργείο. Ο προϊστάμενος χειρουργείου πρέπει να αφοσιώνεται στην ποιοτική εξασφάλιση φροντίδας στον ασθενή και στην ικανότητα καλλιέργειας πνεύματος ομαδικής εργασίας σε περιβάλλον υψηλών εντάσεων. Η πειθώ και η ικανότητα για διαπραγμάτευση και για επίλυση προβλημάτων μέσα σε ομαδικό πνεύμα αποτελούν πολύτιμα εφόδια του προϊστάμενου στην προσπάθεια να επιτύχει επιθυμητές αλλαγές στο χειρουργείο (Gabel et al, 2001).

## 3.4 Σύνοψη τρίτου κεφαλαίου

Όσον αφορά την ιστορία του χειρουργείου, βλέπουμε το χώρο από τον οποίο ξεκίνησε το χειρουργείο τον 18<sup>ο</sup> αιώνα, ο οποίος ήταν αμφιθέατρο για την ανατομία των πτωμάτων. Στα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα άρχισαν να γίνονται γνωστές και οι έννοιες της αποστείρωσης και της ανισθησίας και αργότερα, ο πρωτοπόρος Gustav Neuber, άρχισε να φτιάχνει τους πρώτους ειδικούς χώρους που ήταν αποκλειστικά χειρουργεία. Το χειρουργείο άρχισε να εξελίσσεται όμως μετά το τέλος του δεύτερου παγκοσμίου πολέμου. Το χειρουργείο σήμερα είναι ένας ιδιαίτερος χώρος στον οποίο οι συνθήκες είναι δύσκολες και υπάρχει μεγάλη πίεση χρόνου. Οι χειρουργοί είναι απαιτητικοί, δεν ανέχονται λάθη από άλλους και η επικοινωνία είναι πολύ δύσκολη, γι' αυτό και δημιουργούνται πολύ συχνά έντονες διενέξεις μέσα στο χειρουργείο. Το χειρουργείο απαιτεί συνεργασία με άλλα τμήματα του νοσοκομείου, αλλιώς δεν μπορεί να λειτουργήσει σωστά. Τέλος, για την ομαλή λειτουργία του χειρουργείου, είναι απαραίτητος ένας προϊστάμενος χειρουργείου με κατάλληλα προσόντα και δεξιότητες, ο οποίος θα πρέπει να συνδυάζει την ηγεσία με τη διαχείριση.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ

#### 4.1 Συστατικά στοιχεία της ομάδας

Στο χειρουργείο υπάρχουν διάφορες κατηγορίες επαγγελματιών υγείας και άλλου προσωπικού, καθώς και ποικίλες ειδικότητες. Αυτό περιλαμβάνει το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, τους τεχνικούς, το βοηθητικό προσωπικό, διάφορες κατηγορίες τεχνικών υγείας και σχετικών επαγγελματιών υγείας, όπως οι τεχνικοί του ακτινολογικού. Η πολυπλοκότητα και ο καθαρά τεχνικός χαρακτήρας της δουλειάς του χειρουργικού τμήματος απαιτεί περισσότερο από ποτέ ένα μεγαλύτερο εύρος, ποικιλομορφία και συνδυασμό δεξιοτήτων του προσωπικού (*Woodhead 2007*). Η απαιτούμενη σύνθεση της ομάδας καθορίζεται από:

- Τις διαστάσεις και τη χωροταξική διάταξη του χειρουργείου.
- Το φόρτο εργασίας (όγκος περιστατικών)
- Το χαρακτήρα και την πολυπλοκότητα της διεξαγόμενης χειρουργικής επέμβασης.
- Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του τοπικού πληθυσμού
- Εάν είναι ιδιωτικό ή δημόσιο νοσοκομείο.
- Το βαθμό συμμετοχής στην εκπαίδευση των διαφόρων κατηγοριών του προσωπικού.

Μεγάλο μέρος του προσωπικού του χειρουργείου, όπως το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό, θα έχουν εργασθεί και σε άλλους τομείς του νοσοκομείου πριν δουλέψουν στο χειρουργείο. Για όλους αυτό μπορεί να μην ισχύει. Αυτό που είναι ασυνήθιστο όσον αφορά τη διεπιστημονική ομάδα του χειρουργείου είναι ότι συνεργάζονται για να σχηματίσουν μια πολύ συνεκτική και επικεντρωμένη ομάδα για την πραγματοποίηση των χειρουργικών επεμβάσεων.

Στο χειρουργείο, συνυπάρχουν τρεις ομάδες επαγγελματιών, οι χειρουργοί, οι αναισθησιολόγοι και οι νοσηλεύτες οι οποίοι οφείλουν να συνεργάζονται αρμονικά προκειμένου να επιτελέσουν το έργο τους κατά τρόπο αποτελεσματικό. Οι επαγγελματίες αυτοί υποστηρίζονται κατά την εκτέλεση της εργασίας τους και από άλλες ομάδες νοσηλευτικού, τεχνικού και βοηθητικού προσωπικού. Οι επαγγελματικές ομάδες που συγκροτούν το χειρουργείο διαθέτουν κοινά στοιχεία, όπως η αγάπη και η πίστη στα επαγγέλματά τους και η αφοσίωσή τους στη φροντίδα του ασθενούς. Επιπλέον, το γεγονός ότι όλοι ανήκουν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας και διέπονται από το ίδιο εργασιακό καθεστώς προσδίδει σε όλους τους επαγγελματίες σιγουριά και ασφάλεια προσφέροντάς τους την δυνατότητα να επιτελούν την εργασία τους κατά τον δέοντα τρόπο χωρίς να έχουν ως

μοναδικό τους κίνητρο οικονομικά οφέλη. Εκτός από όμως από τα κοινά τους στοιχεία οι ομάδες αυτές χαρακτηρίζονται και από διαφορές που εστιάζονται κατά κύριο λόγο στο εκπαιδευτικό τους υπόβαθρο, τις εργασιακές τους δραστηριότητες και την επαγγελματική προσέγγιση των θεμάτων που τους αφορούν (*Hamlin, 2007*).

Στα νοσοκομεία όπου υπάρχει κανονισμός χειρουργείου ο οποίος δεσμεύει όλες τις εμπλεκόμενες επαγγελματικές ομάδες δεν υπάρχει κίνδυνος σύγχυσης των ρόλων και διαπλοκής μεταξύ των διαφόρων ειδικοτήτων. Στα νοσοκομεία που, αν και θα έπρεπε, δεν έχει θεσμοθετηθεί κανονισμός χειρουργείου, εναπόκειται στην καλή θέληση των εργαζομένων να αποδέχονται και να σέβονται κάποιους κανόνες υπό μορφή «άγραφου νόμου». Η σαφής γνώση των αρμοδιοτήτων της κάθε επαγγελματικής ειδικότητας και ο σεβασμός τους από την πλευρά των εμπλεκομένων αποτελεί στοιχείο παιδείας και αυτογνωσίας απαραίτητα για την εύρυθμη λειτουργία όχι μόνο του χειρουργείου αλλά οποιασδήποτε δραστηριότητας που απαιτεί τη σύμπραξη και την συνεργασία πολλών και διαφορετικών ειδικοτήτων επαγγελματικών ομάδων (*Woodhead, 2007*).

## 4.2 Νοσηλευτικό προσωπικό

Η πλειονότητα των νοσηλευτών έχει ολοκληρώσει ένα ευρείας βάσης και περιεκτικό πρόγραμμα θεωρητικής εκπαίδευσης και κλινικής πρακτικής πάνω στη νοσοκομειακή και κοινοτική νοσηλευτική πριν την απόκτηση της επαγγελματικής άδειας. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει εξάσκηση στο χώρο του χειρουργείου. Στη συνέχεια, πολλοί νοσηλευτές χειρουργείου εξειδικεύονται περισσότερο μετά την απόκτηση της άδειας ασκήσεως του επαγγέλματος. Οι νοσηλευτές επιτελούν διάφορα καθήκοντα στο χειρουργείο, ανάλογα με τη βαρύτητα και το χαρακτήρα της χειρουργικής επέμβασης. Οι διευθυντές του χειρουργείου είναι συνήθως ανώτεροι ως προς την ιεραρχία νοσηλευτές, οι οποίοι επιτηρούν τις δραστηριότητες ποιότητας και διαχείρισης κινδύνου στο χώρο αυτό και συνεργάζονται στενά με τη χειρουργική κλινική, το αναισθησιολογικό τμήμα, το γραφείο κίνησης των ασθενών, το τμήμα ελέγχου λοιμώξεων και την υπηρεσία αποστείρωσης για την παροχή της βέλτιστης παροχής φροντίδας στον ασθενή. Είναι επίσης επιφορτισμένοι με την τήρηση των πολιτικών του οργανισμού, καθώς και να εξασφαλίσουν ότι οι πολιτικές και διαδικασίες του τμήματος, καθώς και τα εγχειρίδια λειτουργίας, είναι σύγχρονα, βασισμένα, όταν είναι εφικτό, σε ενδείξεις και ενσωματώνουν τις σχετικές επαγγελματικές προδιαγραφές, υπερλαμβανομένων και αυτών που εκδίδονται από τον Εθνικό Σύλλογο Νοσηλευτών Χειρουργείου (*Hamlin, 2007*).

#### 4.2.1 Αρμοδιότητες νοσηλευτικής υπηρεσίας

Οι νοσηλευτές αποτελούν μια πολύ ισχυρή ομάδα στο χώρο του χειρουργείου καθώς εμπλέκονται σε όλες τις λειτουργίες του τόσο πριν από την εκτέλεση της επέμβασης όσο και κατά το στάδιο της μετεγχειρητικής παρακολούθησης. Οι νοσηλευτές γνωρίζοντας το ιστορικό του κάθε ασθενούς είναι υπεύθυνοι για την προεγχειρητική προετοιμασία του, βοηθούν στο στάδιο της προνάρκωσης, συμμετέχουν ενεργά καθ' όλη τη διάρκεια της επέμβασης και φροντίζουν τον ασθενή κατά την ανάνηψη και σε όλο το χρονικό διάστημα που χρήζει μετεγχειρητικής παρακολούθησης (*Gabel et al, 2001*).

Ακόμη, το χειρουργικό νοσηλευτικό προσωπικό των κεντρικών χειρουργείων στελεχώνεται από νοσηλευτές χειρουργείου οι οποίοι εκτός από την φροντίδα του ασθενούς προετοιμάζουν και όλα τα απαραίτητα εργαλεία και υλικά για την επιτυχή εκτέλεση της χειρουργικής επέμβασης. Μετά την έναρξη της επέμβασης υποστηρίζουν το έργο των αναισθησιολόγων και των χειρουργών παρέχοντάς τους όλα τα απαραίτητα εργαλεία, φάρμακα, υποστηρικτικά μηχανήματα και μεριμνώντας κατά τρόπο ώστε να διασφαλίζεται η εύρυθμη λειτουργία του εξοπλισμού προκειμένου να ολοκληρωθεί επιτυχώς και με πλήρη ασφάλεια η επέμβαση.

Σύμφωνα με τον *Κωσταγιόλα (2003)*, αναφορικά με τα διοικητικά της καθήκοντα η προϊσταμένη καταρτίζει σε συνεργασία με τους ιατρούς και τα τμήματα το πρόγραμμα του χειρουργείου και μεριμνά για την αποστολή του και την ενημέρωση όλων των ενδιαφερομένων. Επιπλέον, είναι υπεύθυνη για την ενημέρωση των αρμόδιων γραφείων - προμηθειών, αποθήκη, φαρμακείο - προκειμένου να εφοδιάζεται πάντα έγκαιρα το χειρουργείο με τα απαραίτητα υλικά και αναλώσιμα. Τα διοικητικά καθήκοντα τα οποία εκτελεί απορροφούν ένα πολύ σημαντικό τμήμα του χρόνου της και για το λόγο αυτό θεωρείται μεγάλης σπουδαιότητας η στελέχωση του χειρουργείου με γραμματέα η οποία θα είναι υπεύθυνη για την κατάρτιση του προγράμματος, την καταγραφή του υλικού σε σχέση με τα τμήματα με τη βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή και την πραγματοποίηση των απαραίτητων ενεργειών προκειμένου να εκτελούνται έγκαιρα οι προμήθειες.

Αναφορικά με τα νοσηλευτικά της καθήκοντα η προϊσταμένη μετά την άφιξη του ασθενούς από το θάλαμο νοσηλείας στο χειρουργείο προβαίνει στην αναγνώριση της ταυτότητάς του ρωτώντας τον για τα στοιχεία του και διασταυρώνοντάς τα από τον ατομικό του φάκελο και την ταυτότητα που φορά στο χέρι του. Στην συνέχεια επιβεβαιώνει την επέμβαση που έχει προγραμματιστεί, το ανατομικό σημείο και την πλευρά που θα πραγματοποιηθεί. Τέλος, προβαίνει στο έλεγχο του εντύπου συναίνεσης του ασθενούς για να επιβεβαιώσει ότι αυτό είναι συμπληρωμένο κατά τον δέοντα τρόπο. Η προϊσταμένη του χειρουργείου αν και δεν παρευρίσκεται, λόγω φόρτου εργασίας, σε όλες τις επεμβάσεις γνωρίζει ωστόσο με λεπτομέρεια την έκβαση της κάθε μίας από αυτές και έχει πλήρη εποπτεία του χώρου του χειρουργείου.

Τέλος, η προϊσταμένη της νοσηλευτικής υπηρεσίας εποπτεύει την τήρηση πλήρους αρχείου της κάθε επέμβασης. Ελέγχει αν στο ειδικό βιβλίο το οποίο βρίσκεται επάνω στο γραφείο της εγγράφονται για κάθε επέμβαση χωριστά τα στοιχεία που αφορούν στην ταυτότητα και την κλινική κατάσταση του ασθενούς, τα ονόματα των παρευρισκομένων, το είδος της επέμβασης καθώς και όλοι οι σχετικοί χρόνοι όπως ο χρόνος εισόδου του ασθενούς στο χειρουργείο, η διάρκεια της νάρκωσης, ο χρόνος εξόδου.

### 4.3 Ιατρικό προσωπικό

Διάφορες κατηγορίες ιατρικού προσωπικού εργάζονται στο χειρουργείο. Οι διευθυντές ή άλλοι ειδικοί χειρουργοί και αναισθησιολόγοι είναι συνήθως συμβεβλημένοι με το νοσοκομείο, με το χειρουργό να ηγείται συνήθως της χειρουργικής ομάδας. Ανάλογα με τη βαρύτητα και το χαρακτήρα της χειρουργικής επέμβασης που διεξάγεται, μπορεί να υπάρχει στο τμήμα και άλλο ιατρικό προσωπικό, όπως ειδικευόμενοι χειρουργοί. Σήμερα, όπως συμβαίνει και σε άλλες ανεπτυγμένες χώρες, οι νεαροί ιατροί δεν συμμετέχουν στη χειρουργική ομάδα ή η συμμετοχή τους στο χειρουργείο είναι περιορισμένη. Αυτό εν μέρει συνεπάγεται μεγαλύτερες ευκαιρίες για περισσότερο διεγυμένο ρόλο του επαγγελματία υγείας που εργάζεται στο χειρουργείο (*Hamlin, 2007*).

#### 4.3.1 Αρμοδιότητες χειρουργικής υπηρεσίας

Σύμφωνα με τους *Gabel et al (2001)*, η γενική χειρουργική ανέκαθεν αποτελούσε και αποτελεί την σπουδαιότερη χειρουργική ειδικότητα. Οι γενικοί χειρουργοί αποτελούν πάντα τον μεγαλύτερο αριθμό χειρουργών, εκτελούν τις περισσότερες χειρουργικές επεμβάσεις και αντιμετωπίζουν την μεγαλύτερη ποικιλία περιστατικών. Η άσκηση του χειρουργικού έργου περιλαμβάνει μια σειρά διαφορετικών δραστηριοτήτων που σχετίζονται μεταξύ τους. Πριν την εισαγωγή του ασθενούς στο χειρουργείο είναι υπεύθυνοι για τον προεγχειρητικό έλεγχο και την παρακολούθηση του ασθενούς. Προκειμένου ο χρόνος των χειρουργών να αξιοποιείται αποδοτικά και να μην υπάρχουν κενά μεταξύ των επεμβάσεων που πραγματοποιούν, καταβάλλονται προσπάθειες έτσι ώστε να πραγματοποιούνται διαδοχικά οι επεμβάσεις κάθε χειρουργού για κάθε μέρα χειρουργείου. Οι χειρουργικές επεμβάσεις παρουσιάζουν διαφοροποιήσεις τόσο ως προς το χρόνο που διαρκούν όσο και ως προς τα εργαλεία και τον εξοπλισμό που απαιτούνται για κάθε μία από αυτές. Ακόμη η πραγματοποιούμενη εγχείρηση ενδέχεται να διαφέρει από αυτή που είχε σχεδιαστεί αρχικά λόγω των νέων ευρημάτων που ίσως προκύψουν κατά τη διάρκεια της επέμβασης ή των

επιπλοκών που ενδέχεται να παρατηρηθούν. Τέλος, ο χειρουργός αναλαμβάνει και την ευθύνη για την μετεγχειρητική παρακολούθηση του ασθενούς και υπάρχουν χειρουργοί που καταναλώνουν μεγαλύτερο χρόνο για την προεγχειρητική και μετεγχειρητική παρακολούθηση των ασθενών, παρά για την επέμβαση αυτή καθ' εαυτή.

Για την παροχή κατάλληλης, αποτελεσματικής και ολοκληρωμένης χειρουργικής φροντίδας στους ασθενείς, οι χειρουργοί οφείλουν όχι μόνο να χρησιμοποιούν κατά άριστο τρόπο τις ιατρικές τους γνώσεις αλλά και να μεριμνούν για την εξασφάλιση της ποιότητας της ιατρικής φροντίδας. Αυτό επιτυγχάνεται όχι μόνο μέσω της εφαρμογής ολοκληρωμένων συστημάτων διασφάλισης ποιότητας αλλά και με προσπάθεια του κάθε χειρουργού ατομικά. Τα τελευταία χρόνια, επιστήμη και βιβλιογραφία, συγκλίνουν όλο και περισσότερο στην άποψη ότι «καλός» χειρουργός είναι αυτός που όχι μόνο πραγματοποιεί επιτυχώς τις επεμβάσεις που αναλαμβάνει αλλά και που συνεχώς μειώνει τον χρόνο απόδοσής του έτσι ώστε να υποβληθεί ο ασθενής στην κατά το δυνατόν μικρότερη νάρκωση, να χρησιμοποιηθεί μικρότερη ποσότητα αίματος, και να μειωθεί η ταλαιπωρία του ασθενούς και η επιβάρυνση του οργανισμού του που επέρχεται με το χρόνο. Στη διεργασία βελτίωσης της ποιότητας ανήκουν και ορισμένες μικρές και καθημερινές ενέργειες που ενώ πολλές φορές φαντάζονται ως ασήμαντες λεπτομέρειες προκαλούν συχνά δυσλειτουργίες και προβλήματα. Αναφέρουμε ενδεικτικά ζητήματα που αφορούν στην αργοπορία των ιατρών, στην ελλιπή συμπλήρωση των ιατρικών φακέλων των ασθενών, στις δυσχερείς διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ των επαγγελματιών και άλλα ζητήματα που πρέπει αν δεν είναι δυνατό να αποφευχθούν τουλάχιστον να επιλύονται άμεσα (*Κωσταγιόλας, 2003*).

Ο ρόλος του Διευθυντού είναι ιδιαίτερα απαιτητικός και επιβάλλει επαγγελματική αφοσίωση και προσήλωση στα ανατιθέμενα καθήκοντα. Είναι το πρόσωπο το οποίο καταρτίζει το πρόγραμμα χειρουργείου- σε συνεργασία με τον Διευθυντή του αναισθησιολογικού και την προϊσταμένη της νοσηλευτικής υπηρεσίας – καθώς οι γνώσεις και η μακρόχρονη εμπειρία του του επιτρέπουν να γνωρίζει με σαφήνεια την βαρύτητα της κάθε επέμβασης, τον χρόνο που απαιτείται για να ολοκληρωθεί και τις ικανότητες του χειρουργού που θα την αναλάβει. Επιπλέον είναι υπεύθυνος για τον έλεγχο των χειρουργικών περιστατικών και για τον καθορισμό των υπηρεσιών των χειρουργών του νοσοκομείου. Ο Διευθυντής της χειρουργικής υπηρεσίας, ως ο ιεραρχικός προϊστάμενος του συνόλου των χειρουργών, είναι ο τελικός αποδέκτης οποιουδήποτε θετικού ή αρνητικού σχολίου αφορά στην διαχείριση του χειρουργείου και προέρχεται τόσο από τους εξωτερικούς όσο και τους εσωτερικούς πελάτες του νοσοκομείου (*Gabel et al, 2001*).

#### 4.3.2 Αρμοδιότητες αναισθησιολογικής υπηρεσίας

Ο ρόλος του αναισθησιολόγου σε ένα χειρουργείο είναι σαφής. Ο αναισθησιολόγος εκτιμά προεγχειρητικά τους ασθενείς, ενημερώνεται για την προεγχειρητική τους κατάσταση



και το είδος της επέμβασης στην οποία πρόκειται να υποβληθούν και αποφασίζει για την αναισθησιολογική φροντίδα που θα τους παρέχει λαμβάνοντας πάντα υπόψη τόσο τις προτιμήσεις των χειρουργών όσο και των ίδιων των ασθενών. Για το λόγο αυτό ο αναισθησιολόγος οφείλει να ενημερώσει τον ασθενή για τις μεθόδους νάρκωσης που ενδείκνυνται στην περίπτωσή του και κατόπιν συζητήσεως να λάβει την γραπτή συναίνεση για την χορήγηση της νάρκωσης. Επιπλέον, ο αναισθησιολόγος με τη βοήθεια των αναισθησιολογικών νοσηλευτών πραγματοποιεί το σχέδιο της αναισθησιολογικής φροντίδας που περιλαμβάνει την προεγχειρητική εκτίμηση του ασθενούς. Σε περιπτώσεις όπου πραγματοποιείται μεγάλος αριθμός επεμβάσεων σε ημερήσια βάση και ο φόρτος εργασίας των αναισθησιολόγων είναι μεγάλος η πρώτη συνάντηση μεταξύ αναισθησιολόγου και ασθενούς γίνεται λίγο πριν την έναρξη του χειρουργείου (*Gabel et al, 2001*).

Η νάρκωση διακρίνεται σε τρία είδη. Πρώτον, η ολική νάρκωση η οποία οδηγεί τον ασθενή σε πλήρη καταστολή και πλήρη αναλγησία. Δεύτερον, η τοπική αναισθησία με την οποία αποκλείεται η λειτουργία των νεύρων στην περιοχή όπου θα γίνει η επέμβαση. Τρίτον, η αποκαλούμενη ελεγχόμενη αναισθησία ή συνδυασμοί καταστολής αναλγησίας ή βαθιά καταστολή. Το είδος αυτό νάρκωσης χορηγείται στις περιπτώσεις όπου δεν απαιτείται μεν ολική αναισθησία αλλά η επέμβαση είναι τέτοιας μορφής ώστε ο ασθενής θα υπέφερε εάν δεν βρισκόταν σε καταστολή.

Μετά την ολοκλήρωση της επέμβασης, ο ασθενής μεταφέρεται στη μονάδα ανάνηψης μέχρις ότου υποχωρήσει το αναισθητικό και αποκτήσει ξανά φυσιολογικά επίπεδα συνείδησης και στη συνέχεια επιστρέφει στο δωμάτιο στο οποίο νοσηλεύεται. Οι ασθενείς οι οποίοι υποβάλλονται σε επεμβάσεις στο τμήμα βραχείας νοσηλείας παραμένουν στη μονάδα ανάνηψης μέχρις ότου αναρρώσουν πλήρως και στη συνέχεια μπορούν να αποχωρήσουν από το νοσοκομείο. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις όπου ο ασθενής δεν συνέρχεται πλήρως μετά τη νάρκωση μεταφέρεται στη μονάδα εντατικής παρακολούθησης όπου η φροντίδα του ανατίθεται πλέον σε ειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό (*Gabel et al, 2001*).

Οι αναισθησιολόγοι καταναλώνουν τον περισσότερο χρόνο της εργασίας τους μέσα στο χειρουργείο γι' αυτό και υπάρχουν περιορισμοί στο χρόνο εργασίας τους καθώς δεν μπορούν να παραμένουν για μεγάλα χρονικά διαστήματα μέσα στο χειρουργείο αναπνέοντας αναισθησιολογικά αέρια. Δεδομένου ότι οι αναισθησιολογικές υποειδικότητες δεν είναι ευρέως διαδεδομένες οι περισσότεροι αναισθησιολόγοι χορηγούν αναισθησία σε ένα μεγάλο φάσμα χειρουργικών επεμβάσεων.

Η οργάνωση του αναισθησιολογικού τμήματος είναι όμοια με αυτή του χειρουργικού συμπεριλαμβανομένου του εργασιακού καθεστώτος των ιατρών, της αξιολόγησης της απόδοσής τους, της λήψης μέτρων για την διασφάλιση της ποιότητας. Ο Διευθυντής αναισθησιολογικού βρίσκεται σε διαρκή συνεργασία με τον Διευθυντή της ιατρικής υπηρεσίας καθώς και με την προϊσταμένη της νοσηλευτικής υπηρεσίας προκειμένου να καταρτισθεί το ημερήσιο πρόγραμμα του χειρουργείου και να εξασφαλιστεί η εύρυθμη και ομαλή διεξαγωγή του προγράμματος. Είναι επίσης υπεύθυνος για τον καθορισμό των υπηρεσιών των αναισθησιολόγων που υπηρετούν στο νοσοκομείο, για τον έλεγχο των

ιατρικών περιστατικών όσον αφορά το στάδιο της αναισθησίας και τέλος είναι υπεύθυνος για τον προγραμματισμό των προμηθειών και των υλικών συντηρήσεως που χρειάζεται η αναισθησιολογική υπηρεσία (*Gabel et al, 2001*).

#### 4.4 Τεχνικό προσωπικό

Σύμφωνα με την διάφοροι τεχνικοί χρησιμοποιούνται κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης. Οι επαγγελματίες του χειρουργείου στο Ην. Βασίλειο παρακολουθούν ένα διετές εκπαιδευτικό πρόγραμμα με θεωρητική και πρακτική εξάσκηση για την απόκτηση πτυχίου ή Κρατικών Επαγγελματικών Προσόντων (National Vocational Qualifications) επιπέδου 3 για επαγγελματίες χειρουργείου (Operating Department Practice) ή βοηθοί χειρουργείου (Operating Department Assistant). Άλλο τεχνικό προσωπικό που μπορεί να απαιτείται είναι οι ειδικοί εξωσωματικής κυκλοφορίας (perfusionists) που διαχειρίζονται το μηχάνημα καρδιοπνευμονικής παράκαμψης σε εγχειρήσεις ανοικτής καρδιάς και οι τεχνικοί ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος που μπορεί να χρησιμοποιούνται κατά τη διάρκεια πολύπλοκων μευροχειρουργικών επεμβάσεων. Αναμφίβολα, θα αναδυθούν και άλλες κατηγορίες προσωπικού και ρόλων καθώς διευρύνεται και μεταβάλλεται ο χειρουργικός τομέας (*Woodhead, 2007*).

#### 4.5 Γενικό/βοηθητικό προσωπικό

Άλλες κατηγορίες βοηθητικού προσωπικού. Με διάφορους τίτλους, όπως βοηθητικό νοσηλευτικό προσωπικό (nursing auxiliaries) ή βοηθοί φροντίδας (care assistants), εργάζονται επίσης στο χειρουργείο. Πολλοί από αυτούς έχουν παρακολουθήσει νοσοκομειακά προγράμματα ή προγράμματα Κρατικών Επαγγελματικών Προσόντων (NVQ). Απαιτείται επίσης και άλλο προσωπικό στο χειρουργείο, όπως ο γενικός διευθυντής του χειρουργείου, άλλοι κλινικοί διευθυντές, υπαλληλικό προσωπικό όπως χειριστές υπολογιστών (για εισαγωγή στοιχείων), τραυματιοφορείς και άλλοι, όπως εργαζόμενοι που βοηθούν στην προετοιμασία και προμήθεια των αποστειρωμένων υλικών. Όλο αυτό το προσωπικό μαζί αποτελεί την ευρύτερη ομάδα περιεγχειρητικής φροντίδας (*Woodhead, 2007*).

## 4.6 Η έννοια της ομάδας του χειρουργείου

Ομάδα ορίζεται ένα σύνολο ανθρώπων με συμπληρωματικές δεξιότητες που εργάζονται για την επίτευξη κοινού στόχου και για τον οποίο θεωρούν τον εαυτό τους συλλογικά υπεύθυνο (*Wood et al, 1998*). Δεν ορίζονται ως ομάδα όλα τα σύνολα των εργαζομένων. Η ομάδα διαφοροποιείται από το σύνολο ως προς τα εξής :

- Έχει κοινό σκοπό η λόγω συνεργασίας
- Υπάρχει αλληλεξάρτηση , κάθε μέλος χρειάζεται την εμπειρία , την ικανότητα και τη δέσμευση του άλλου για την επίτευξη του στόχου.
- Υπάρχει δέσμευση για συνεργασία
- Ο καθένας είναι υπόλογος και αναλαμβάνει την ευθύνη του

Όπως είχε πει και ο *Senge (1992)* «δείξε μου μια ομάδα και θα σου δείξω , αίμα δάκρυα και ιδρώτα » κάτι που αφορά ιδιαίτερα την χειρουργική ομάδα. Παλαιότερες θεωρίες περιγράφουν την ανάπτυξη της ομάδα μέσα από τα στάδια του σχηματισμού των εσωτερικών ζυμώσεων , της ομαλοποίησης , της απόδοσης , και της διάλυσης.

Είναι γνωστό ότι όλα τα μέλη της ομάδας δεν εντάσσονται εκούσια σε στην ομάδα αν και αυτό θα έπρεπε να επιδιώκουν οι ηγέτες των χειρουργικών τμημάτων. Η δουλειά του χειρουργείου δε μπορεί να επιτελεσθεί αν τα μέλη με τις διαφορετικές τους ειδικότητες δε μπορούν να συνεργαστούν για ένα σκοπό. Για να επιτευχθεί καλή συνεργασία πρέπει να υπάρχει αμοιβαία κατανόηση και ένα συμφωνημένο πλαίσιο αναφοράς . Επίσης , θα πρέπει όλα τα μέλη της ομάδας να συμμετέχουν σε στρατηγικές αποφάσεις και λειτουργίες που αφορούν την λειτουργία της , να ενθαρρύνεται η έκφραση των απόψεων και η παραχώρηση του δικαιώματος για λήψη πρωτοβουλίας (*Woodhead & Wicker 2007*).

Για είναι αποτελεσματικές οι ομάδες πρέπει να στοχεύουν στη μάθηση. Οι ηγέτες πρέπει να διαμορφώνουν τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν με τέτοιο τρόπο ,ώστε τα μέλη της ομάδας να παρακινούνται για μάθηση. Επιπρόσθετα , οι διοικητές θα πρέπει να δημιουργούν ένα περιβάλλον ψυχικής ηρεμίας που θα καλλιεργείται η επικοινωνία , χωρίς αυτό η μάθηση καταπνίγεται . Δεδομένου ότι η τεχνολογία εξελίσσεται , είναι σημαντικό οι ομάδες του χειρουργείου να υιοθετούν και να χρησιμοποιούν νέες τεχνολογίες που εμφανίζονται στο προσκήνιο .Οι ομάδες πρέπει επίσης να είναι ημιαυτόνομες π.χ. να τους επιτρέπεται να καταρτίζουν μόνοι τους το υπερεσιολογίο τους , να έχουν ελαστικό ωράριο και να ικανοποιούν πέρα απ τις ανάγκες του χειρουργείου και τις προσωπικές του ανάγκες (*Tanner et al, 2001*).

Η μοναδικότητα του χειρουργείου έγκειται στο γεγονός ότι όλες οι δραστηριότητες επιτελούνται από αλληλοεξαρτώμενες ομάδες , σε μεγαλύτερο βαθμό από οποιονδήποτε τομέα της υγείας. Γι'αυτό είναι ζωτικής σημασίας οι διοικητές των χειρουργείων να είναι ευέλικτοι και να επιδεικνύουν χαρακτηριστικά ηγέτη (*Woodhead & Wicker 2007*).

#### 4.7 Σύνοψη τέταρτου κεφαλαίου

Στο κεφάλαιο έγινε αναφορά της ζωτικότητας της ομάδας στο χειρουργείο. Η ομάδα του χειρουργείου αποτελείται από μεγάλο αριθμό ατόμων διαφορετικών ειδικοτήτων και με ανόμοιες προσωπικότητες, αξίες, στόχους και εκπαίδευση. Παρά το γεγονός ότι οι γιατροί, οι νοσηλευτές, οι αναισθησιολόγοι και οι προϊστάμενοι έχουν διαφορετικές αρμοδιότητες, πρέπει να έχουν έναν κοινό στόχο, κάτι που θα τους ενώνει και θα τους παροτρύνει να προσπαθούν για τη βέλτιστη απόδοση και αυτός ο στόχος είναι η ασφάλεια του ασθενούς. Βέβαια, λόγω όλων αυτών των διαφορών μεταξύ των μελών, πρέπει να καταβάλλεται μεγάλη προσπάθεια από όλους για συνεργασία καθώς και σωστή καθοδήγηση από τον ηγέτη.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### ΗΓΕΣΙΑ

#### 5.1 Θεωρίες περί ηγεσίας

Δεν μπορεί να δοθεί υπερβολική έμφαση στη σημασία της καλής ηγεσίας. Η παρουσία ή απουσία αποτελεσματικής ηγεσίας θα έχει σημαντική επίδραση στη συνολική λειτουργία του χειρουργικού τμήματος. Κείμενα για την ηγεσία γράφονται από το 16<sup>ο</sup> αιώνα και συζητήσεις περί ηγεσίας γίνονται από την εποχή του Πλάτωνα, όπως αναφέρουν οι *Goffee και Jones (2000)*. Είναι μία από τις καλύτερα μελετημένες και λιγότερο κατανοητές, πολυδιάστατες έννοιες της κοινωνικής επιστήμης. Παρά την πολυπλοκότητα του θέματος και την πληθώρα θεωριών γι' αυτή και το δυσνόητο χαρακτήρα της, η ηγεσία περιγράφεται συνήθως απλά ως η ικανότητα άσκησης επιρροής στους άλλους. Ενίοτε αντιμετωπίζεται όπως λέει ο *Grohar-Murray (1997)*, ως αφηρημένη έννοια ή διεργασία και περιστασιακά θεωρείται ως υπαγόμενη στις δραστηριότητες της διοίκησης. Μπορεί να υπάρχουν ηθικές ή ευεργετικές πλευρές σε αυτή και έννοιες της ηγεσίας μπορεί να αποτελεί χαρακτηριστικό, όχι μόνο ατόμων, αλλά και οργανώσεων. Ένα παράδειγμα ηγετικής οργάνωσης είναι ο Εθνικός Σύλλογος Νοσηλευτών Χειρουργείου (National Association of Theatre Nurses – NATN) που καθοδηγεί την περιεγχειρητική νοσηλευτική στο Ηνωμένο Βασίλειο. Πρέπει να σημειωθεί ότι η ηγεσία (leadership) διαφέρει από τη διοίκηση (management). Παραδείγματα ηγετών στο χειρουργικό τμήμα που δεν είναι απαραίτητα και διευθυντές είναι οι επαγγελματίες υγείας που μπορούν να λειτουργούν ως καθοδηγητές για το νέο προσωπικό.

Η *Girvin (1998)*, σημειώνει ότι οι πρώτες θεωρίες περί ηγεσίας ασχολούταν με τον ηγέτη ως ήρωα και μεγάλο άντρα (προορισμένος να ηγείται). Βαθμιαία, μετά την αρχική έρευνα στις αρχές και προς τα μέσα του 20ου αιώνα, αναπτύχθηκε η θεωρία των χαρακτηριστικών (trait theory). Εντούτοις, δεν υπάρχει πλήρης ή έγκυρος κατάλογος για τα σωματικά, ψυχικά ή συναισθηματικά χαρίσματα των ηγετών. Η δεύτερη σημαντική θεωρία που υιοθετήθηκε ήταν η θεωρία της συμπεριφοράς (behavioral or style theory), η οποία επικεντρώνεται σε αυτό που κάνουν οι ηγέτες σε σχέση με τους άλλους και με βάση τις εκάστοτε συνθήκες. Στα πλαίσια της προσέγγισης αυτής, έχουν περιγραφεί και διάφοροι τρόποι άσκησης ηγεσίας, όπως με αυταρχισμό (autocratic), με δημοκρατικό τρόπο (democratic) και με στάση laissez faire (απόλυτος φιλελευθερισμός και διοίκηση με ελάχιστες λειτουργικές παρεμβάσεις που επιτρέπει στους υφισταμένους να αναπτύξουν πρωτοβουλίες). Μετά τη συμπεριφορική προσέγγιση αναπτύχθηκε η θεωρία του νόμου των περιστάσεων (contingency theory). Αυτή η προσέγγιση έδωσε έμφαση στο γεγονός ότι απαιτούνται διαφορετικά ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά και συμπεριφορές ανάλογα με τις επικρατούσες συνθήκες στις οποίες βρίσκονται και λειτουργούν οι ηγέτες. Η θεωρία αυτή

ήταν σημαντική και για έναν ακόμη λόγο, καθότι για πρώτη φορά έδωσε έμφαση τόσο στους οπαδούς (followers) όσο και στους ηγέτες και κατέστη εμφανής η σημασία των σχέσεων για τον αποτελεσματικό ηγέτη.

Πιο πρόσφατα αναπτύχθηκε η μεταρρυθμιστική θεωρία (transformational theory) (ή ενοποιητική προσέγγιση – integrative approach) που επικεντρώνεται στις σχέσεις μεταξύ ηγετών και οπαδών. Αυτή η σχέση εστιάζεται στο όραμα και στις αξίες, με αλληλεπιδράσεις μεταξύ ηγετών και οπαδών που τους οδηγούν σε υψηλά επίπεδα κινητοποίησης (motivation) και ηθικής, όπως εξηγεί ο *Burns (1978)*.

Αυτή η συγκεκριμένη θεωρία περί ηγεσίας είναι χρήσιμη για τους επαγγελματίες περιεχειρητικής φροντίδας, με δεδομένη τη φύση της δουλειάς τους και την εστίαση της προσοχής τους στην ποιοτική φροντίδα και τις θετικές εκβάσεις για τον ασθενή. Επιπρόσθετα, ο *Parry (1996)* τονίζει ότι είναι μια σημαντική από ηθική άποψη προσέγγιση στο θέμα της ηγεσίας. Η μεταρρυθμιστική θεωρία αναπτύχθηκε στα τέλη του 20<sup>ου</sup> αιώνα και το νοσηλευτικό επάγγελμα την ενστερνίστηκε με ενθουσιασμό. Οι *Clinton & Hendricks (1998)* επισημαίνουν ότι αυτό δεν εκπλήσσει, δεδομένης της επείγουσας ανάγκης για αποτελεσματική ηγεσία στη νοσηλευτική, σε συνδυασμό με την ανάγκη για ένα διαφορετικό είδος ηγεσίας.

Οι ηγέτες – μεταρρυθμιστές έχουν αρκετά σημαντικά χαρίσματα, όπως για παράδειγμα, είναι οραματιστές, εμπνέουν τους γύρω τους και τους κεντρίζουν το πνευματικό ενδιαφέρον. Όπως αναφέρει ο *Burns (1978)* λειτουργούν επίσης οι ίδιοι ως παραδείγματα (role models). Η σημασία αυτών των χαρισμάτων δεν μπορεί να υπερτονιστεί και γι' αυτό θα διερευνηθούν λεπτομερώς. Πριν προχωρήσουμε είναι σημαντικό να προβούμε στη διάκριση μεταξύ των εννοιών της ηγεσίας και της διοίκησης και να διερευνήσουμε τη σημασία της εξουσίας για τους διευθυντές των χειρουργικών τμημάτων και τα τμήματά τους.

## 5.2 Ηγεσία και διοίκηση

Μολονότι στη βιβλιογραφία οι όροι ηγεσία και διοίκηση χρησιμοποιούνται ως ταυτόσημοι, οι δύο αυτές έννοιες διαφέρουν, επισημαίνουν οι *Bennis (1978)* και *Kotter (1990)*. Αξίζει να γίνει η διάκριση μεταξύ αυτών των δύο εννοιών, αν και συχνά υπάρχει σημαντική ληλοκάλυψη και διαμάχη γύρω από τα ακριβή τους όρια. Η ηγεσία μπορεί να θεωρηθεί ότι βρίσκεται σε υψηλότερο σκαλί από τη διοίκηση σύμφωνα με τον *Parry (1996)*, καθώς απαιτεί περισσότερα χαρίσματα από την τελευταία. Έτσι πέρα από τις δεξιότητες διαπροσωπικών σχέσεων, επικοινωνίας και λήψης αποφάσεων που διαθέτουν οι διοικητές (managers), οι ηγέτες χρειάζονται και άλλα χαρίσματα. Η ηγεσία, συνεχίζει ο *Parry (1996)*, είναι κάτι το οποίο μπορεί ο καθένας να αναλάβει, ανεξάρτητα αν κατέχει ή όχι επίσημη διοικητική ή διευθυντική θέση. Εξετάζοντας το ρόλο των διευθυντών, οι δραστηριότητές

τους εντάσσονται γενικά σε τέσσερις βασικές κατηγορίες : χειρισμός ζητημάτων ανθρώπινων πόρων (human resources), επικοινωνία μέσω της ανταλλαγής πληροφοριών (communication), δικτύωση (networking) και παραδοσιακές διοικητικές λειτουργίες, όπως οργάνωση (organizing), σχεδιασμός (planning), έλεγχος (controlling), παρακολούθηση (monitoring) και λήψη αποφάσεων (decision making). Αυτές θεωρούνται τυπικά προσόντα για κάθε διοίκηση σύμφωνα με τους *Grihar – Murray (1997)*, *Bleich (1999)* και *Vecchio, Hearn, Southey (1996)* και πολλά κείμενα απαριθμούν τα χαρακτηριστικά αυτά.

Εντούτοις, σε αντίθεση με την ιδανική εικόνα που παρουσιάζεται στα κείμενα περί διοίκησης, η ανασκόπηση από τον *Yukl (1998)* της έρευνας σχετικά με τη φύση της διοίκησης δείχνει ότι οι ενέργειες των διοικητών είναι συχνά αποσπασματικές, απροσχεδιάστες και αντανakλαστικές ως προς τη φύση τους. Επιπλέον, πολλοί διοικητές ούτε παίρνουν αποφάσεις ούτε ηγούνται, όπως ισχύριζεται ο *Drucker (1989)*. Αυτό μπορεί να είναι ακόμη και αναπόφευκτο.

Μολονότι πολλοί ηγέτες αναλαμβάνουν διοικητικές δραστηριότητες και αναμφισβήτητα το να είναι κάποιος καλός διοικητής είναι σημαντική πτυχή της ηγεσίας, η ηγεσία παρόλα αυτά απαιτεί κάτι περισσότερο. Βασικά χαρίσματα και δραστηριότητες των ηγετών σύμφωνα με τους *Parry (1996)*, *Yukl (1998)*, *Dixon (1999)* και *Valadez (1999)*, είναι η λειτουργία ως πρότυπο (role modeling), η ικανότητα έμπνευσης (inspiration) και κινητοποίησης (motivation), η διατύπωση και μετάδοση οραμάτων (vision relaying), ο σεβασμός και το κέντρισμα του πνευματικού ενδιαφέροντος (intellectual stimulation) των οπαδών.

### 5.3 Ηγεσία και εξουσία

Οποιαδήποτε ανασκόπηση της ηγεσίας (leadership) οφείλει να εξετάσει και την έννοια της εξουσίας/ισχύος (power). Χωρίς την εξουσία δεν μπορεί να ασκηθεί επιρροή και η ουσία της ηγεσίας είναι η επιρροή (influence).

Ο *Yukl (1998)* περιγράφει την εξουσία με διάφορους τρόπους. Για μεγαλύτερη σαφήνεια και ακρίβεια θα χρησιμοποιηθεί ένας χρήσιμος οδηγός που διακρίνει την προσωπική (personal) και την από θέση (positional) εξουσία. Υποκατηγορίες της προσωπικής εξουσίας είναι η χαρισματική εξουσία (charismatic power) ή referent (η επίδραση που ασκεί ο προιστάμενος στους υφιστάμενους του οι οποίοι προσπαθούν να ταυτιστούν με αυτόν), η εξουσία από εμπειρία (expert power) και η εξουσία από διασυνδέσεις (power by association).

Σύμφωνα με τον *Yukl (1998)*, η χαρισματική εξουσία συνδέεται με άτομα που μπορούν να ασκήσουν επιρροή μέσω της συμπεριφοράς που επιδεικνύουν (την οποία οι άλλοι θέλουν

να μιμηθούν) και των οραμάτων και ιδεών που προβάλλουν και τα οποία εμπνέουν τους άλλους. Αυτή η αντίληψη περί εξουσίας εξηγεί πώς τα άτομα που δεν κατέχουν επίσημες διοικητικές ή ηγετικές θέσεις μπορούν να ασκήσουν εξουσία.

Η εξουσία από εμπειρία (*expert power*) είναι η ικανότητα επηρεασμού που βασίζεται στη γνώση, την πείρα ή την κρίση. Προσδίδει σε αυτούς που την κατέχουν αξιοπιστία και είναι σημαντική. Η εμπειρία που αποκτάται με το χρόνο στο ρόλο του επαγγελματία του χειρουργείου είναι συχνά, και ορθά, βασική προϋπόθεση για εκείνους που επιθυμούν να επηρεάσουν ή/και να αναλάβουν τη διεύθυνση του χειρουργικού τμήματος.

Η εξουσία από διασυνδέσεις (*power by association*) είναι κάπως αμφιλεγόμενη, αλλά είναι σημαντική πηγή ισχύος. Περιλαμβάνει σύμφωνα με τον *Westwood (2001)*, τη δικτύωση και τη διατήρηση διασυνδέσεων με ισχυρά πρόσωπα και μπορεί να εμπεριέχει στοιχεία φιλίας και αφοσίωσης, καθώς και ικανότητα σύναψης συμφωνιών.

Αντίθετα, η εξουσία/ισχύς από θέση (*positional power*) προέρχεται από το αξίωμα ή τη θέση ενός ατόμου σε μια οργάνωση. Ένας τύπος ισχύος από θέση είναι η επίσημη αρχή/δικαιοδοσία (*formal authority*) που πηγάζει από συγκεκριμένη θέση. Επίσης αποκαλείται νόμιμη εξουσία (*legitimate power*). Ο *Parry (1996)* ισχυρίζεται ότι είναι περισσότερο αποδεκτή και ευκολότερη στη χρήση συγκριτικά με άλλες μορφές εξουσίας, ιδιαίτερα αν θεωρείται ότι το εν λόγω άτομο κατέχει δίκαια τη συγκεκριμένη ηγετική/διοικητική θέση. Οι διευθυντές των χειρουργικών τμημάτων ασκούν συνήθως αυτή την εξουσία λόγω της θέσης που κατέχουν. Έχει όμως τεράστια σημασία και το πως χρησιμοποιούν την εξουσία αυτή. Η στάση τους πρέπει να είναι κατά βάση δημοκρατική. Οι δημοκρατικοί διευθυντές επιτρέπουν τη συμμετοχή των υφισταμένων τους στη λήψη αποφάσεων, πιστεύουν ότι όλα τα μέλη της ομάδας θέλουν να αναπτυχθούν και να αναλάβουν ευθύνες, ενθαρρύνουν την επικοινωνία και ανταμείβουν την προσπάθεια. Η κατάχρηση της εξουσίας από θέση, όταν δεν ακολουθείται μια δημοκρατική προσέγγιση, οδηγεί σε μια αυταρχική και δυνητικά καταπιεστική μορφή εξουσίας (*Woodhead, 2001*).

Σύμφωνα με τον *Hamlin (2001)*, ένας άλλος τρόπος ισχύος/εξουσίας από θέση είναι η ικανότητα ανταμοιβής (*reward power*) – δηλαδή η δυνατότητα ελέγχου των πόρων και παροχής ανταμοιβών – και απορρέει εν μέρει από την επίσημη εξουσία. Εντούτοις, ορισμένες μορφές ανταμοιβής, όπως ο έπαινος, η αναγνώριση και η συνεργασία μπορούν να δοθούν από οποιονδήποτε σε μια οργάνωση, ανεξαρτήτως θέσης. Η καταναγκαστική, καταπιεστική εξουσία (*coercive power*) είναι εναλλακτική της ικανότητας ανταμοιβής. Είναι μια μορφή εξουσίας που χαρακτηρίζεται από την μη παροχή ανταμοιβής ή την επιβολή κυρώσεων και γενικά θεωρείται ότι έχει περιοριστικό χαρακτήρα.

Τα παραπάνω αποτελούν μια σύντομη ανασκόπηση της έννοιας της εξουσίας. Αυτή ήταν επιβεβλημένο να γίνει, καθόσον η επιρροή που ασκούν οι ηγέτες συνδέεται με την εξουσία που κατέχουν και χρησιμοποιούν και οι διευθυντές των χειρουργικών τμημάτων.



## 5.4 Μεταρρυθμιστική ηγεσία

Η καταλληλότητα και ελκυστικότητα της θεωρίας περί μεταρρυθμιστικής ηγεσίας (transformational leadership theory) για τους διευθυντές των χειρουργικών τμημάτων σχετίζεται με τη φύση της νοσηλευτικής και τον τρόπο λειτουργίας του χειρουργικού τμήματος. Η μεταρρυθμιστική θεωρία αναπτύχθηκε κατά τις δεκαετίες του 1970 και 1980. Οι βασικοί συγγραφείς και θεωρητικοί της ήταν ο *Burns (1978)*, οι *Bennis και Nanus (1985)*, ο *Bass (1985)* και οι *Tichy και Devanna (1986)*. Στην Αυστραλία, ο *Parry (1996)* έχει γράψει για το θέμα. Το νοσηλευτικό επάγγελμα φαίνεται να έχει ενστερνιστεί την ιδέα με ενθουσιασμό. Αυτό δεν θα πρέπει να εκπλήσσει, εξηγούν οι *Girvin (1998)*, *Grohar-Murray (2000)* και *Clinton and Hendricks (1998)*, με δεδομένη την επείγουσα ανάγκη για αποτελεσματική ηγεσία στη νοσηλευτική, που συνεχώς προβάλλεται τα τελευταία χρόνια, σε συνδυασμό με την ανάγκη για ένα διαφορετικό είδος ηγεσίας.

Πρέπει να σημειωθεί ότι οι παραλλαγές και οι έντονα προσωπικές ερμηνείες είναι εμφανείς στο μεγαλύτερο μέρος της βιβλιογραφίας για τη μεταρρυθμιστική ηγεσία, γεγονός που καθιστά ζωτικής σημασίας την επιστροφή στις αρχικές πηγές και τα πρώτα έργα.

Οι ηγέτες - μεταρρυθμιστές (transformational leaders) επιδεικνύουν διάφορα σημαντικά χαρακτηριστικά, όπως το ότι λειτουργούν ως πρότυπο, οραματίζονται, εμπνέουν και κεντρίζουν το πνευματικό ενδιαφέρον των συνεργατών τους. Πρώτον, δίνουν το σωστό παράδειγμα, κάνοντας σωστά τη δουλειά τους και όντας σεβαστοί από τους γύρω τους. Ο *Burns (1978)*, περιέγραψε τη μεταρρυθμιστική ηγεσία ως μια διεργασία κατά την οποία «οι ηγέτες και οι οπαδοί ανυψώνουν ο ένας τον άλλον σε υψηλότερα επίπεδα ηθικής και όρεξης για εργασία». Οι ηγέτες - μεταρρυθμιστές δε χρησιμοποιούν τη θέση που κατέχουν για προσωπικό κέρδος, αλλά για να ωφελήσουν τους συνεργάτες τους και τον χώρο όπου εργάζονται. Επιδεικνύουν υψηλό επίπεδο αισιοδοξίας και ενθουσιασμού και ενθαρρύνουν τη δημιουργικότητα των οπαδών τους. Τους εμπνέουν. Οι οπαδοί τους θέλουν να τους μιμηθούν, μια έννοια την οποία οι *Bass και Avolio (1985)* αποκαλούν επιρροή λόγω εξιδανίκευσης. Πιστεύουν βαθιά και ακλόνητα στον εαυτό τους και στους οπαδούς τους. Αυτό είναι εξαιρετικά σημαντικό σε ένα δυναμικό χώρο όπως το χειρουργικό τμήμα. Η ανάγκη παροχής φροντίδας υψηλού επιπέδου απαιτεί ικανούς επαγγελματίες που λειτουργούν αποτελεσματικά κάτω από οποιεσδήποτε συνθήκες, όσο επίπονο και δύσκολο εάν είναι. Αυτό με τη σειρά του απαιτεί ένα ιδιαίτερο είδος ηγεσίας. Αν και οι ενέργειές τους είναι κατά κύριο λόγο μια σειρά εκμαθημένων συμπεριφορών, ένας συνδυασμός συγκεκριμένων ενεργειών και στόχων, οι ηγέτες - μεταρρυθμιστές διαθέτουν κάτι παραπάνω, κάτι ακαθόριστο και εμπνευσμένο, το οποίο εξυψώνει ηθικά και πνευματικά τους γύρω τους. Εν συντομία, παρουσιάζουν ένα συνδυασμό ρητορικής και ρεαλισμού. Επικοινωνούν θετικά και έχουν μεγάλη αυτοπεποίθηση. Έχουν ισχυρές πεποιθήσεις και είναι συχνά εντυπωσιακοί και εκφραστικοί, οδηγώντας μέσω του παραδείγματος που δίνουν.

Επιπλέον, οι μεταρρυθμιστικοί ηγέτες είναι οραματιστές και μπορούν με σαφήνεια να διατυπώνουν το όραμά τους, κάτι το οποίο και συχνά κάνουν. Οι οπαδοί τους αφοσιώνονται ισχυρά σε αυτό το όραμα, το οποίο επεκτείνει τους ορίζοντες των δικών τους πεποιθήσεων και φιλοδοξιών. Οι ηγέτες – μεταρρυθμιστές δίνουν έμφαση στις θετικές εκβάσεις και στόχους και συνεχώς επαναλαμβάνουν το μήνυμά τους. Είναι αληθινοί ως προς τις πεποιθήσεις τους και εργάζονται συνεχώς προς την κατεύθυνση της υλοποίησής τους. Όσον αφορά το διευθυντή του χειρουργείου, αυτό σημαίνει να στοχεύει συνεχώς στην ποιοτική και επικεντρωμένη στον ασθενή φροντίδα (patient-centered), η οποία να φτάνει στο επιθυμητό επίπεδο (Hamlin, 2001).

Ακόμη, οι ηγέτες – μεταρρυθμιστές με τη συμπεριφορά και το λόγο τους εμπνέουν και ενθουσιάζουν τους άλλους. Παρέχουν επίσης νόημα και προκλήσεις τόσο στην επαγγελματική ζωή όσο και στην προσωπική ζωή των οπαδών τους. Τέταρτον, επικεντρώνονται και πιστεύουν στους οπαδούς τους (στην περίπτωση αυτή στον κάθε επαγγελματία περιεγχειρητικής φροντίδας) χωρίς να ξεχνούν τη γενικότερη κατάσταση ή τις τελικές επιδιώξεις τους. Γνωρίζουν και αφουγκράζονται τους οπαδούς τους, τους ενδιαφέρουν τόσο οι ίδιοι όσο και οι ανάγκες τους και το σημαντικότερο, στέκονται δίπλα τους και τους ενδυναμώνουν. Για παράδειγμα, οι διευθυντές των χειρουργικών τμημάτων μπορεί να επικεντρώνονται στην επαγγελματική ανάπτυξη των επαγγελματιών υγείας του χειρουργείου τους και να στηρίζουν τις προσπάθειές τους (Hamlin, 2001).

Επιπλέον, δημιουργούν πνευματικά ερεθίσματα και στρατολογούν τους άλλους στο όραμά τους, πείθοντας τους οπαδούς τους να σκέπτονται τα προβλήματα με νέους τρόπους. Επιθυμούν να είναι δέκτες πληροφοριών και ιδεών: δεν επικρίνουν τις διαφορετικές ιδέες ούτε επιβάλλουν τις δικές τους λύσεις στους οπαδούς τους, ανεξάρτητα από το υφιστάμενο πρόβλημα. Ωθούν τους οπαδούς τους στην αυτοπραγμάτωση (self actualization). Έτσι, η μεταρρυθμιστική ηγεσία είναι μια αμφίδρομη, κοινωνική και διαπροσωπική διεργασία. Εστιάζεται στην ενίσχυση της ιδιότητας του οπαδού (followership) και στην εδραίωση των αισθημάτων εμπιστοσύνης και πίστης για την επίτευξη των στόχων του ηγέτη και του τμήματος υπεράνω του προσωπικού συμφέροντος. Επίσης, η μεταρρυθμιστική ηγεσία μεταβάλλει συνήθως την κουλτούρα των οργανισμών. Αυτό, σύμφωνα με τον Dixon (1999) οφείλεται στο γεγονός ότι οι ηγέτες – μεταρρυθμιστές αναγνωρίζουν την ανάγκη για αλλαγή και είναι παράγοντες αλλαγής. Η ανάγκη για αλλαγή, για παράδειγμα η αντιμετώπιση ζητημάτων κουλτούρας, όπως η κακαομεταχείριση και η παρενόχληση, είναι ζωτική για τη βιωσιμότητά τους. Οι ηγέτες αυτοί είναι επίσης ευέλικτοι και μαθαίνουν από τις εμπειρίες τους. Είναι πειθαρχημένοι στοχαστές και προσεχτικοί αναλυτές, αλλά, ως οραματιστές, εμπιστεύονται και τη δική τους διαίσθηση (Goffee, 2000).

Τέλος, σύμφωνα με τους Parry (1996) και Girvin (1998) οι δεξιότητες του ηγέτη – μεταρρυθμιστή είναι εκμαθημένες συμπεριφορές και ορισμένες πλευρές, όπως π.χ η διατύπωση οραμάτων και η ικανότητα έμπνευσης των άλλων μπορεί να καταστούν άνευ αξίας εάν η ακολουθούμενη συμπεριφορά διαφοροποιείται από τις διατυπώμενες αξίες. Λίγοι συγγραφείς ασχολούνται εκτενώς με τα μειονεκτήματα της μεταρρυθμιστικής ηγεσίας. Εντούτοις, ο Dixon (1999) υποστηρίζει ότι οι ηγέτες πρέπει να εναλλάσσουν την ελευθερία

κινήσεων και πρωτοβουλιών που χαρακτηρίζει τη μεταρρυθμιστική ηγεσία, με την επιβολή της θέλησής τους (εφαρμογή δηλαδή της προσέγγισης «εντολή και έλεγχος» που χαρακτηρίζει την εξουσία από θέση) όταν απαιτείται. Αυτό φαίνεται να αντιβαίνει την έννοια της ενδυνάμωσης (empowerment), που αποτελεί σημαντική πλευρά του ηγέτη – μεταρρυθμιστή, δίνει όμως μια ιδέα των δυνητικών μειονεκτημάτων της θεωρίας περί ηγεσίας. Αυτό σημαίνει ότι δεν μπορούν να επιτευχθούν όλοι οι στόχοι του ηγέτη χρησιμοποιώντας μόνο την προσέγγιση της ενδυνάμωσης και έμπνευσης που χαρακτηρίζει τη μεταρρυθμιστική ηγεσία. Συνεπώς, φαίνεται η αναγκαιότητα ύπαρξης ευελιξίας από τους διοικητές/ηγέτες του χειρουργικού τμήματος στις προσεγγίσεις τους, δίνοντας μεγαλύτερη βέβαια έμφαση στη μεταρρυθμιστική πτυχή της ηγετικής συμπεριφοράς.

## 5.5 Σύνοψη πέμπτου κεφαλαίου

Η παρουσία ηγεσίας παίζει σημαντικό ρόλο στη σωστή λειτουργία του χειρουργείου. Υπάρχουν πολλές θεωρίες περί ηγεσίας, αλλά την μεταρρυθμιστική ηγεσία που αναπτύχθηκε στα τέλη του 20<sup>ου</sup> αιώνα, οι νοσηλευτές την ενστερνίστηκαν, αφού είχαν ανάγκη για αποτελεσματική ηγεσία. Αυτή η θεωρία εστιάζει στη σχέση του ηγέτη με τους «οπαδούς», η οποία επικεντρώνεται στο όραμα και τις αξίες που οδηγούν σε υψηλά επίπεδα κινητοποίησης. Η κινητοποίηση αυτή είναι σημαντική για το προσωπικό του χειρουργείου που έχει σαν στόχο την ποιοτική φροντίδα και τη θετική έκβαση του ασθενή. Οι μεταρρυθμιστές-ηγέτες πρέπει να είναι οραματιστές, να εμπνέουν τους άλλους και να είναι παραδείγματα. Οι όροι ηγεσία και διοίκηση όμως δεν είναι ταυτόσημοι, έτσι πέρα από τις δεξιότητες που διαθέτουν οι διοικητές, οι ηγέτες πρέπει να είναι πρότυπα, να εμπνέουν, να κινητοποιούν, να μεταδίδουν το όραμα και να προκαλούν πνευματικό ενδιαφέρον. Η ηγεσία όμως είναι συνδεδεμένη με την εξουσία, γιατί χωρίς την εξουσία δεν μπορεί να ασκηθεί επιρροή και η ουσία της ηγεσίας είναι η επιρροή. Η εξουσία χωρίζεται σε κατηγορίες, ανάλογα αν είναι προσωπική ή από θέση.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### Η ΣΥΓΚΡΟΥΣΗ ΣΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ

#### 6.1 Πηγές συγκρούσεων στο χειρουργείο

Οι συγκρούσεις στο χειρουργείο συμβαίνουν με μια συνέχεια και κατηγοριοποιούνται ως μικρές συγκρούσεις, συγκρούσεις για διαφορετικές απόψεις, συγκρούσεις προσωπικοτήτων και συγκρούσεις από εμφανή εχθρότητα. Επίσης μπορεί να ταξινομηθούν σε οξείες, υποξίες, χρόνιες και ατελείωτες.

Οι διαφορετικές απόψεις είναι κοινές σε τμήματα με υψηλή εργασιακή πίεση, όπως οι μονάδες εντατικής θεραπείας, το χειρουργείο και τα επείγοντα (*Breen et al 2001, Studdert et al 2003, Burns, et al 2002*). Σε αυτά τα τμήματα που επικρατεί πίεση, άγχος και μεγάλος φόρτος εργασίας, οι διαπροσωπικές συγκρούσεις μπορεί να προκύψουν από διαφορετικές πληροφορίες, αξίες, πιστεύω, εμπειρίες, ρόλους, ενδιαφέροντα και στόχους (*Lipcamon & Mainwaring, 2004*).

Συγκρούσεις που προκύπτουν από τις προσδοκίες των ρόλων, εμφανίζονται συχνά στο χειρουργείο. Στα περισσότερα τμήματα υπάρχει ιεραρχία η οποία τοποθετεί τους γιατρούς στη κορυφή, αλλά αυτό δε συμβαίνει στο χειρουργείο και αφήνεται να εννοηθεί ότι η ιεραρχία είναι θολή στο συγκεκριμένο χώρο. Εκεί κάθε μέλος της ομάδας μπορεί να ενεργεί σαν είναι υπεύθυνος για τη λήψη αποφάσεων σε διάφορες καταστάσεις (*Frederich et al, 2002*). Οι *Thomas et al (2003)* ανέφεραν ότι οι συγκρούσεις οφείλονται στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, που είναι κοινά στους χειρουργούς και στους αναισθησιολόγους, όπως η τελειομανία, η εξάρτηση από τα επιστημονικά στοιχεία και η ορμητικότητα. Έτσι είναι δύσκολο για τους γιατρούς να μην μπορούν να αναγνωρίσουν την πείρα του συνεργάτη και να μην παραιτούνται απ' τον έλεγχο.

Τέλος, η σύγκρουση συμφερόντων είναι μια ειδική κατηγορία στην οποία η έρευνα, το οικονομικό θέμα και άλλα κίνητρα ανταγωνίζονται την υποχρέωση για φροντίδα του ασθενούς (*Puttagunta et al, 2002*). Ένα σύννηθες παράδειγμα, είναι όταν οι γιατροί πληρώνονται ώστε να «προσλάβουν» ασθενείς για την συμμετοχή τους στη μελέτη ενός προϊόντος ή μιας ιατρικής συσκευής. Οι *Friedberg et al (1999)* υποστηρίζουν ότι, όταν υπάρχει μια χρηματοοικονομική σχέση ενός γιατρού με μια φαρμακευτική εταιρεία, ο γιατρός δεν αξιολογεί αντικειμενικά την ασφάλεια ή την αποτελεσματικότητα ενός προϊόντος.

Παρακάτω γίνεται εκτενής αναφορά των κύριων πηγών σύγκρουσης μέσα στο χειρουργείο και αυτές είναι η επικοινωνία, η καταμέτρηση υλικών χειρουργείου, η προκλητική συμπεριφορά, το στρες, η εξουσία των γιατρών, οι πεποιθήσεις, οι αξίες και οι στόχοι, καθώς και ο χώρος του χειρουργείου.

### 6.1.1 Η επικοινωνία

Οι *Lingard et al (2004)*, υποστηρίζουν ότι η αναποτελεσματική επικοινωνία είναι η κύρια αιτία συγκρούσεων στο χώρο του χειρουργείου και λάθη που γίνονται στο χειρουργείο πηγάζουν από την ελλείπει επικοινωνία μεταξύ της διεπιστημονικής ομάδας. Επίσης, αναφέρουν ότι η επικοινωνιακή ένταση επηρεάζει αρνητικά τα διοικητικά, εκπαιδευτικά, και τα κλινικά αποτελέσματα. Ένας λόγος που προκαλούνται εντάσεις μεταξύ της ομάδας είναι ότι πριν από κάθε επέμβαση τα μέλη της ομάδας δε συζητούν μεταξύ τους και συνήθως συζητήσεις γίνονται όταν τα άτομα που σχετίζονται άμεσα με την επέμβαση απουσιάζουν και έτσι δημιουργούνται αντιδράσεις.

Οι *Lingard & Haber (1999)*, επισήμαναν τους ορισμούς των τύπων της αποτυχίας της επικοινωνίας, με παραδείγματα. Αυτά είναι:

- Περιστασιακές αποτυχίες : Ορίζεται ως το πρόβλημα σε μια κατάσταση ή το περιεχόμενο της επικοινωνίας σε αυτήν την κατάσταση. π.χ. ο χειρουργός ρωτάει τον αναισθησιολόγο αν τα αντιβιοτικά έχουν χορηγηθεί. Η ερώτηση έγινε ενώ η επέμβαση έχει ξεκινήσει εδώ και μια ώρα και ενώ είναι γνωστό ότι τα αντιβιοτικά χορηγούνται στα πρώτα 30λεπτά της επέμβασης. Έτσι, η ερώτηση του είναι αναποτελεσματική ως εντολή και ως μέτρο ασφαλείας.
- «Αποτυχία» περιεχομένου : Ορίζεται ως η ανεπάρκεια ή η ανακρίβεια στις πληροφορίες που μεταβιβάζονται π.χ. Η αναισθησιολόγος ρώτα το χειρουργό αν σε περίπτωση που χρειαστεί έχει «κρατηθεί» κρεβάτι στη μονάδα εντατικής θεραπείας για το συγκεκριμένο ασθενή. Ο χειρουργός απαντά ότι πιθανόν δε θα χρειαστεί και ότι δεν υπάρχει διαθέσιμο κρεβάτι. Σε αυτό το παράδειγμα αντιλαμβανόμαστε ότι οι σχετικές πληροφορίες λείπουν και τα ερωτήματα παραμένουν άλυτα, αν δηλαδή έχει ζητηθεί κρεβάτι στη ΜΕΘ για τον ασθενή και αν όντως δεν υπάρχει διαθέσιμο κρεβάτι και χρειαστεί ο ασθενής συνεχή παρακολούθηση, τι θα συμβεί;
- Αποτυχία του «κοινού»: Ορίζεται ως το κενό που δημιουργείται στην ομάδα κατά την επικοινωνία. Π.χ. Ο αναισθησιολόγος και η νοσηλεύτρια συζητούν για την θέση που πρέπει να έχει ο ασθενής κατά την επέμβαση χωρίς να παρίσταται ο χειρουργός. Εδώ βλέπουμε ότι οι άμεσα ενδιαφερόμενοι απουσιάζουν από τη συζήτηση και οι αποφασίσεις που λαμβάνονται κατά την απουσία τους, κατά καιρούς οδηγούν σε νέες συζητήσεις.
- Έλλειψη «σκοπού»: Συμβάντα επικοινωνίας στα οποία ο σκοπός δεν είναι ξεκάθαρος και δεν επιτυγχάνεται. Π.χ. Κατά τη διάρκεια εκτομής ήπατος από ζώντα δότη, οι νοσηλευτές συζητούν και αναρωτιούνται για το αν είναι απαραίτητος ο πάγος για να τοποθετηθεί το ήπαρ. Κανένας απ τους δύο δε γνωρίζει. Καμία περαιτέρω συζήτηση δε γίνεται. Ο σκοπός της επικοινωνίας απαιτείται (αν χρειάζεται πάγος η όχι) αλλά δεν επιτυγχάνεται και δεν υπάρχει σχέδιο ώστε να υλοποιηθεί.

Στη μελέτη των *Lingard et al (2004)*, φάνηκε ότι η συγκρούσεις στο χειρουργείο είναι συχνές, στηρίζονται στην ανεπιτυχή επικοινωνία και μάλιστα συμβαίνουν στο 30% των διαδικασιών μεταξύ των μελών της ομάδας. Επίσης βρέθηκε ότι η ανεπαρκής επικοινωνία βασίζεται σε εντυπωσιακά απλούς παράγοντες όπως : Στο ότι μερικές φορές η επικοινωνία είναι ασυνεπής, δεν είναι πλήρης και ακριβής , ότι τα άτομα-κλειδιά αποκλείονται και τα θέματα παραμένουν άλυτα μέχρι το σημείο της επείγουσας ανάγκης .

Επιπλέον, από την ίδια έρευνα εντοπίστηκαν τα αποτελέσματα της αποτυχημένης επικοινωνίας :

- Η αναποτελεσματικότητα :Η αποτυχημένη επικοινωνία απαιτεί από τα μέλη της ομάδας να επαναλαμβάνουν ή να αναιρούν ένα διαδικαστικό βήμα. Το βήμα απαιτεί περισσότερη δράση και διάλογο απ' ότι συνήθως.
- Ένταση: Η συναισθηματική αντίδραση στην αποτυχημένη επικοινωνία, μπορεί να αντανακλά σε άλλα μέλη.
- Καθυστέρηση : Αποτέλεσμα της αποτυχημένης επικοινωνίας είναι η καθυστέρηση της χειρουργικής επέμβασης.
- Σπατάλη : Η έλλειψη επικοινωνίας έχει ως αποτέλεσμα την χρήση περιττού υλικού.
- Ταλαιπωρία του ασθενή : Η ανεπαρκής επικοινωνία δημιουργεί υπερβολική πίεση στον ασθενή.
- Λάθη κατά τη χειρουργική επέμβαση : Η έλλειψη επικοινωνίας συμβάλλει σε λάθη στη λήψη αποφάσεων και σε αποτυχία σε τεχνικές.

Η αφάνεια των επιπτώσεων της ανεπαρκούς επικοινωνίας, πιθανόν να μπορεί να εξηγήσει το πώς η ομάδα του χειρουργείου έχει φτάσει στην επικρατούσα κατάσταση (status quo) κατά την οποία είναι αντικανονικό για ένα χειρουργό, ένα αναισθησιολόγο και ένα νοσηλεύτη να συναντηθούν και να συζητήσουν πριν από μια χειρουργική επέμβαση. Σε σύγκριση με τις προσδοκίες των άλλων οργανισμών υψηλού κινδύνου γύρω από την επικοινωνία της ομάδας, αυτό το «status quo» είναι αρκετά ανησυχητικό. Είναι σημαντικό λοιπόν μέσα από τις έρευνες που γίνονται να γίνουν ορατές οι επιπτώσεις(*Lingard et al, 2004*).

Σαφώς, η ανεπαρκής επικοινωνία είναι μέρος του ευρύτερου συστήματος της διαδικασίας , που παράγει τους τύπους των λαθών και πρωταγωνιστεί στην βιβλιογραφία για την ασφάλεια, όπως π.χ. λάθος φάρμακο. Αλλά τέτοια γεγονότα συχνά σχετίζονται με λιγότερο ορατές αποτυχίες της επικοινωνίας που συμβαίνουν ανοδικά σύστημα , σε αυτές τις περιπτώσεις, η αιτιώδης σχέση μεταξύ ανεπαρκούς επικοινωνίας και σφάλματος μπορεί να είναι απομακρυσμένη και φράσσεται από το χρόνο και τα παρεμβαλλόμενα γεγονότα. Όταν η σχέση μεταξύ των μελών της ομάδας δεν είναι καλή , η διαδικασία μεταξύ ανεπαρκούς επικοινωνίας και λάθους μπορεί να είναι γεμάτη με ενδιάμεσες επιδράσεις που υποδηλώνει υψηλότερο περιβαλλοντικό κίνδυνο για την ασφάλεια. Σύμφωνα με τη θεωρία των συστημάτων και των λαθών, η αύξηση του γνωστικού φορτίου, η αλλαγή της ρουτίνας και η

συναισθηματική ένταση μπορεί να «προετοιμάζει» το περιβάλλον για να συμβεί κάποιο λάθος. Υπό το φώς αυτών, καταλαβαίνουμε ότι η αναποτελεσματικότητα, η καθυστέρηση και ένταση της ομάδας που παρατηρείται, μπορεί να αντικατοπτρίζει μειωμένη αντοχή στην ικανότητα της ομάδας του χειρουργείου να ασκήσει την επέμβαση με ασφάλεια και να προλάβει κλινικά λάθη (*Lingard et al, 2006*).

Η παρέμβαση για την ενίσχυση των πρακτικών επικοινωνίας μεταξύ των ομάδων της υγειονομικής περίθαλψης είναι περίπλοκη γιατί η επικοινωνία έχει τις ρίζες της στην διαφορετικότητα και συχνά συγκρούεται με τις επαγγελματικές ταυτότητες των μελών της ομάδας. Ωστόσο παρά την πολυπλοκότητα της διεπαγγελματικής επικοινωνίας, η περιγραφική ταξινόμηση που γίνεται στην έρευνα για την αποτυχία της επικοινωνίας, προτείνει το διάλογο για την επίλυση κρίσιμων ζητημάτων της ομάδας και στοχεύει στις πρωτοβουλίες κατάρτισης ώστε να βελτιώσει την επικοινωνιακή ικανότητα της ομάδας. Αυτή η ταξινόμηση έχει τις ρίζες της σε ένα θεωρητικό πλαίσιο που επιτρέπει την ανάλυση πολλαπλών διαστάσεων της επικοινωνίας και το πως αυτοί αλληλεπιδρούν στο να προωθήσουν ή να υπονομεύσουν τη μεταβίβαση πληροφοριών καθώς και τη διαπραγμάτευση των διαδικαστικών αποφάσεων στο χώρο του χειρουργείου (*Lingard et al, 2002*).

Σύμφωνα με τον *Wæhle και τους συνεργάτες του (2012)*, κάτι που θα βοηθούσε αυτήν την κατάσταση, όπως προαναφέρθηκε, είναι η λίστα ελέγχου (εικόνα 1) που χρησιμοποιείται στα αεροδρόμια. Με αυτή τη μέθοδο η ομάδα θα επικοινωνεί πιο ενεργά με πλήρη και ακριβή στοιχεία προκειμένου να επιτευχθεί ο κοινός της στόχος.

Αν και η χρήση της περιεγχειρητικής λίστας ελέγχου εμφάνισε σημαντική μείωση στην μετεγχειρητική θνησιμότητα και νοσηρότητα, βελτίωσε και σημαντικά τις πληροφορίες για την επικοινωνία. Η χρήση της λίστας ελέγχου ποικίλλει και αντιληπτά εμπόδια είναι πιθανό να επηρεάσουν την τήρηση της. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO), η εφαρμογή της λίστας ελέγχου παρέχει εργαλεία για δύο σκοπούς : για την ασφάλεια του ασθενή και για την εισαγωγή και τη διατήρηση μιας νοοτροπίας για την επίτευξη της ασφάλειας του ασθενή. Η εφαρμογή της λίστας προτάθηκε στη Νορβηγία από έναν συγγραφέα το 2009 και στη συνέχεια παρουσιάστηκε στα μέλη των ομάδων του χειρουργείου.

Η λίστα ελέγχου σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας χρησιμοποιείται σε τρεις φάσεις:

Πριν την αναισθησία : Κατά την συμπλήρωση πρέπει να παρευρίσκονται ο νοσηλευτής και ο αναισθησιολόγος. Σε αυτή τη φάση ελέγχεται η ταυτότητα του ασθενή, αν υπάρχει η συγκατάθεση του για την επέμβαση, αν τα μηχανήματα και τα φάρμακα αναισθησίας έχουν ελεγχτεί, αν έχει τεθεί σε λειτουργία το παλμικό οξύμετρο, αν υπάρχει κάποια γνωστή αλλεργία του ασθενή, αν υπάρχει πρόβλημα στην αναπνευστική οδό ή κίνδυνος αναρρόφησης και τέλος να ελεγχθεί ο κίνδυνος για απώλεια αίματος του ασθενή.

Πριν γίνει η τομή του δέρματος : Πρέπει να παρευρίσκονται ο νοσηλευτής, ο αναισθησιολόγος και ο χειρουργός. Εδώ πρέπει να βεβαιωθεί ότι πρόκειται για τον σωστό ασθενή και ότι του χορηγήθηκε η προφυλακτική αντιβιοτική αγωγή 60 λεπτά πριν την επέμβαση.

Πριν ο ασθενής αφήσει την χειρουργική αίθουσα : Στην τελευταία φάση όλη η ομάδα πρέπει να επανεξετάσει μαζί την επέμβαση που εκτελέστηκε. Να γίνει η καταμέτρηση των εργαλείων, των γαζών, των ραμμάτων και ότι χρησιμοποιήθηκε κατά τη διάρκεια της επέμβασης. Θα πρέπει επίσης να επανεξετάσουν τα βασικά σχέδια και τις ανησυχίες για την μετεγχειρητική διαχείριση του ασθενή.

Γίνεται αντιληπτή λοιπόν η σημαντικότητα της λίστας ελέγχου και η επίδρασή της στην επικοινωνία. Πολλοί νοσηλευτές είναι υπέρ την λίστας ελέγχου και την θεωρούν σαν μια πλατφόρμα για τη βελτίωση της επικοινωνίας και την αποσαφήνιση των αναγκών που απαιτούνται για τη χειρουργική διαδικασία (Hoyaland et al, 2013). Βέβαια οι Vats et al (2010), διαπίστωσαν ότι η ιεραρχία της χειρουργικής ομάδας, λειτούργησε ως εμπόδιο για τους νοσηλευτές που είναι συντονιστές της λίστας ελέγχου ακόμα και αν αυτοί έχουν αναλάβει την ευθύνη για την συνεπή χρήση της λίστας.

Εικόνα 1. Λίστα ελέγχου για την ασφάλεια στο χειρουργείο (Παράρτημα II)

Surgical Safety Checklist		
World Health Organization   Patient Safety A World Alliance for Safer Health Care		
<b>Before induction of anaesthesia</b>	<b>Before skin incision</b>	<b>Before patient leaves operating room</b>
<small>(with at least nurse and anaesthetist)</small>	<small>(with nurse, anaesthetist and surgeon)</small>	<small>(with nurse, anaesthetist and surgeon)</small>
<p><b>Has the patient confirmed his/her identity, site, procedure, and consent?</b></p> <input type="checkbox"/> Yes	<p><input type="checkbox"/> <b>Confirm all team members have introduced themselves by name and role.</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Confirm the patient's name, procedure, and where the incision will be made.</b></p> <p><b>Has antibiotic prophylaxis been given within the last 60 minutes?</b></p> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not applicable	<p><b>Nurse Verbally Confirms:</b></p> <input type="checkbox"/> The name of the procedure <input type="checkbox"/> Completion of instrument, sponge and needle counts <input type="checkbox"/> Specimen labelling (read specimen labels aloud, including patient name) <input type="checkbox"/> Whether there are any equipment problems to be addressed
<p><b>Is the site marked?</b></p> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not applicable	<p><b>Anticipated Critical Events</b></p> <p><b>To Surgeon:</b></p> <input type="checkbox"/> What are the critical or non-routine steps? <input type="checkbox"/> How long will the case take? <input type="checkbox"/> What is the anticipated blood loss? <p><b>To Anaesthetist:</b></p> <input type="checkbox"/> Are there any patient-specific concerns? <p><b>To Nursing Team:</b></p> <input type="checkbox"/> Has sterility (including indicator results) been confirmed? <input type="checkbox"/> Are there equipment issues or any concerns?	<p><b>To Surgeon, Anaesthetist and Nurse:</b></p> <input type="checkbox"/> What are the key concerns for recovery and management of this patient?
<p><b>Is the anaesthesia machine and medication check complete?</b></p> <input type="checkbox"/> Yes	<p><b>Is essential imaging displayed?</b></p> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not applicable	
<p><b>Is the pulse oximeter on the patient and functioning?</b></p> <input type="checkbox"/> Yes		
<p><b>Does the patient have a:</b></p> <p><b>Known allergy?</b></p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		
<p><b>Difficult airway or aspiration risk?</b></p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, and equipment/assistance available		
<p><b>Risk of &gt;500ml blood loss (7ml/kg in children)?</b></p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, and two IVs/central access and fluids planned		

This checklist is not intended to be comprehensive. Additions and modifications to fit local practice are encouraged.

Revised 1 / 2009 © WHO, 2009



### 6.1.2 Η καταμέτρηση υλικών χειρουργείου

Επίσης η χειρουργική καταμέτρηση αναφέρεται στη μελέτη των *Riley et al (2006)* ως βασική αιτιολογία για δημιουργία συγκρούσεων στο χειρουργείο. Η καταμέτρηση παίζει σημαντικό ρόλο για την ασφάλεια του ασθενούς. Αν και φαίνεται ως μια απλή κλινική διαδικασία, περιλαμβάνει σύνθετες σχέσεις εξουσίας και ανταγωνισμό των προτεραιοτήτων, γι' αυτό και είναι δύσκολο να εφαρμοστεί σωστά.

Στη διάρκεια της έρευνας και κατά την παρατήρηση της διαδικασίας, η καταμέτρηση εφαρμόστηκε σωστά πριν και μετά την επέμβαση. Βέβαια οι μορφές εξουσίας ήταν εμφανείς κατά την παρατήρηση των νοσηλευτών, οι οποίες ελέγχουν και διαμορφώνουν την καταμέτρηση. Οι συγκρούσεις που δημιουργούνται κατά την καταμέτρηση είναι κυρίως μεταξύ των χειρουργών και του νοσηλευτή εργαλειοδότη για το αν είναι απαραίτητη η καταμέτρηση. Αυτό συμβαίνει κυρίως σε μικρές επεμβάσεις. Μια άλλη συμπεριφορά που δημιουργεί τριβή μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών είναι το ότι οι χειρουργοί έχουν την απαίτηση, οι νοσηλευτές να εκτελούν και χρέη βοηθού χειρουργού, βάζοντας σε δεύτερη μοίρα την καταμέτρηση. Επιπλέον τριβή μπορεί να υπάρξει μεταξύ χειρουργών και άπειρων νοσηλευτών εξαιτίας του χρόνου. Οι άπειροι νοσηλευτές δεν έχουν εξοικειωθεί με την διαδικασία της καταμέτρησης και τον χρόνο με αποτέλεσμα να καθυστερούν την καταμέτρηση. Έτσι, δεν είναι ασυνήθιστο ο ασθενής να εξέρχεται από το χειρουργείο χωρίς η καταμέτρηση να έχει ολοκληρωθεί.

Όπως συμπερένεται στην έρευνα, για να μειωθούν οι τριβές που δημιουργούνται εξαιτίας του χρόνου θα πρέπει η καταμέτρηση να γίνει μια απαραίτητη διαδικασία για κάθε χειρουργείο και να θεωρηθεί ως μια πρακτική ρουτίνας για την ασφάλεια του ασθενή. Θα πρέπει νοσηλευτές και χειρουργοί να συνεργάζονται ομαλά, με συνέπεια και να έχουν ως κοινό στόχο την ασφάλεια του ασθενούς. Τέλος, υπάρχουν πολλές τεχνολογικές λύσεις που θα βοηθούσαν την χειροκίνητη καταμέτρηση.

### 6.1.3 Η προκλητική συμπεριφορά

Είναι ακόμη μια κατάσταση που οδηγεί σε σύγκρουση στο χειρουργείο. Η προκλητική συμπεριφορά δημιουργεί αισθήματα ενοχής στο άτομο στο οποίο στρέφεται. Ο νοσηλευτής πρέπει να λάβει τη θέση ότι το άτομο που εκφράζει την πρόκληση είναι υπεύθυνο για την σύγκρουση. Η πρόκληση αποτελεί απειλή για το διάλογο και παραβιάζει τα αποδεκτά πρωτόκολλα επικοινωνίας των ενηλίκων. Το προκλητικό άτομο αμφισβητεί τον προϊστάμενο του χειρουργείου και τα υπόλοιπα άτομα της ομάδας μέσω της αδιάλλακτης και

αντιδραστικής συμπεριφοράς του. Η συμπεριφορά αυτή μπορεί να είναι προφορική ή μη προφορική.

Η *Singleton (2000)* περιγράφει τρεις ερμηνείες προκλητικού ατόμου :

- Τον ανταγωνιστικό βομβιστή ο οποίος απλώς αρνείται να εργαστεί. Απομακρύνεται από την ομάδα και τον ηγέτη. Τα ανταγωνιστικά προκλητικά άτομα είναι επιθετικοί υπονομευτές και σχεδιάζουν σκόπιμες επιθέσεις. Επίσης μιλούν για άδικες και αφόρητες συνθήκες εργασίας. Αυτού του είδους οι συμπεριφορές αποσκοπούν στην πρόκληση διοικητικής αντίδρασης.
- Ο βασανισμένος εργάτης. Τα άτομα αυτά εργάζονται και συνεργάζονται αλλά με υποκριτικό και περιφρονητικό τρόπο. Παραπονιούνται και επικρίνουν για να πετύχουν την υποστήριξη των άλλων.
- Η τρίτη κατηγορία είναι αυτή του ατόμου που προτιμά να αποφεύγει. Συνήθως αποφεύγουν τη δέσμευση και τη συμμετοχή. Δεν ανταποκρίνονται στο κάλεσμα του ηγέτη. Όταν αλλάζουν οι συνθήκες, αποφεύγουν να συμμετέχουν.

#### 6.1.4 Το στρες

Το στρες είναι συχνό φαινόμενο σε έναν χώρο όπως το χειρουργείο λόγω του φόρτου εργασίας και της πίεσης που ασκείται. Η σύγκρουση οδηγεί στο φόβο, την αγωνία και την καταστροφή των επαγγελματικών σχέσεων. Με τη σειρά τους αυτές οι συνθήκες αυξάνουν τις πιθανότητες σύγκρουσης. Οι στρεσογόνοι παράγοντες περιλαμβάνουν τις πολύ λίγες αρμοδιότητες, την έλλειψη συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων, την έλλειψη διοικητικής υποστήριξης, την ταχεία αντιμετώπιση τεχνολογικών αλλαγών και το χρόνο, που ειδικά στο χειρουργείο πιάζει και στρεσάρει τους άπειρους νοσηλευτές. Η αντιπαράθεση, η διαμάχη, ο θυμός είναι αποδείξεις του στρες και της σύγκρουσης που προκαλούνται μέσω των κακών εφαρμοσμένων σχέσεων μεταξύ ατόμων, περιλαμβανόμενων των ανεκπλήρωτων προσδοκιών (*Singleton, 2000*).

#### 6.1.5 Η εξουσία των γιατρών

Οι γιατροί εκπαιδεύονται για να έχουν υπό την εξουσία τους κάποιους νοσηλευτές. Σήμερα οι νοσηλευτές θέλουν να είναι πιο ανεξάρτητοι και να έχουν επαγγελματικές ευθύνες και αρμοδιότητες. Μερικές φορές οι γιατροί αγνοούν τις προτάσεις των νοσηλευτών, γεγονός που δείχνει ότι δε θέλουν την ανατροφοδότηση. Οι νοσηλευτές αισθάνονται ότι μειώνεται η

αξία τους. Η επικοινωνία, ειδικότερα η αμφίδρομη επικοινωνία, αποτυγχάνει στους στόχους της (Singleton, 2000).

### 6.1.6 Οι πεποιθήσεις, οι αξίες και οι στόχοι

Οι ασύμβατες αντιλήψεις ή δραστηριότητες δημιουργούν σύγκρουση. Αυτό φαίνεται περισσότερο όταν οι νοσηλευτές έχουν πεποιθήσεις, αξίες και στόχους διαφορετικούς από εκείνους που έχουν οι μάνατζερ νοσηλευτές, οι γιατροί, οι ασθενείς, οι επισκέπτες κλπ. Οι αξίες των νοσηλευτών μπορεί να οδηγούν σε συγκρούσεις που σχετίζονται με ηθικά θέματα, που εμπλέκουν ζητήματα όπως οι εντολές για αναζωογόνηση ασθενών, οι σκληρές δηλώσεις οι οποίες μειώνουν τον άνθρωπο, η άμβλωση, η κακομεταχείριση και το AIDS. Συχνά οι προσωπικοί στόχοι συγκρούονται με τους στόχους του οργανισμού, ειδικότερα σε σχέση με τη στελέχωση, τον προγραμματισμό και το κλίμα που επικρατεί στο χώρο στον οποίο εργάζονται οι νοσηλευτές.

Οι νοσηλευτές που καλούνται να παραβιάσουν τα προσωπικά πρότυπά τους θα επιτεθούν με βιαιότητα εναντίον του συστήματος. Οι νοσηλευτές πρέπει να γνωρίζουν ότι θεωρούνται άτομα με αξία, ότι κάποιοι σέβονται τις πεποιθήσεις, τις αξίες και τους προσωπικούς τους στόχους. Όπως συμβαίνει με άλλα άτομα, οι εικόνα τους μειώνεται όταν έρχονται αντιμέτωποι με κάποιον ή όταν κάποιος τους προσβάλλουν. Αντιδρούν με βάση τις προσδοκίες των άλλων ανθρώπων γι' αυτούς, αφού επιθυμούν την έγκριση. Θα υπερασπιστούν τα δικαιώματά τους και τις επαγγελματικές τους γνώμες. Το εγώ τους τραυματίζεται εύκολα και αποτελεί μεγάλο πρόβλημα στη σύγκρουση. Η τήρηση αμυντικής στάσης γίνεται πιο σκληρή όταν μία ή και οι δύο πλευρές που συγκρούονται δεν είναι σωστά πληροφορημένες ή γίνονται αντικείμενο εκμετάλλευσης. Όταν οι νοσηλευτές δεν απολαμβάνουν της αναγνώρισης ή του σεβασμού, αισθάνονται ανίκανοι και απελπίζονται όταν δεν μπορούν να ελέγξουν την κατάσταση (Swansburg, C., & Swansburg, J. 1999).

### 6.1.7 Ο χώρος του χειρουργείου

Οι νοσηλευτές είναι αναγκασμένοι να δουλεύουν σε έναν κλειστό χώρο, ιδιαίτερο και κάτω από αυστηρά πλαίσια. Δεν έχουν επικοινωνία με άλλα άτομα εκτός της ομάδας τους και αλληλεπιδρούν μόνο με αυτά. Επομένως είναι λογικό να επέρχεται η τριβή και η επαγγελματική εξουθένωση.

Στην έρευνα που διεξήγαγαν οι Πατεράλου και συν (2012 ), το 37.4% του προσωπικού του χειρουργείου αναφέρει τον διαθέσιμο εξοπλισμό ως αιτία σύγκρουσης, 44,6% αναφέρει σύγκρουση για το χρόνο, το 38% επέλεξε την αποφυγή της αντιπαράθεσης και το 45,3% επέλεξε την αντιπαράθεση και την επίλυση του προβλήματος.

## 6.2 Κακομεταχείριση, παρενόχληση και οριζόντια βία στο χώρο του χειρουργείου

Τα δυσάρεστα ζητήματα της κακομεταχείρισης, της παρενόχλησης και της οριζόντιας βίας στο χώρο του χειρουργείου δε γίνονται πάντα γνωστά η δεν αντιμετωπίζονται κατάλληλα .Είναι συχνά φαινόμενα στις βιομηχανοποιημένες κοινωνίες που όλο επιδεινώνονται αλλά και στη νοσηλευτική. Η επαγγελματική βία είναι ένα πολύπλευρο φαινόμενο, του οποίου το μέγεθος δεν είναι γνωστό καθώς δεν αναφέρεται επαρκώς. Η κακομεταχείριση και η παρενόχληση είναι γνωστά και ως εσωτερική βία.

Ευρήματα από έρευνες υποδεικνύουν το ιατρικό προσωπικό και τους προϊσταμένους ως τους βασικούς δράστες των συμπεριφορών αυτών. Σε μικρότερο ποσοστό αναφέρονται οι ασθενείς, οι συγγενείς και οι νοσηλευτές. Ο νόμος της σιωπής διαιωνίζει αυτές τις απαράδεκτες συμπεριφορές με αποτέλεσμα η επίπτωσή τους να είναι υψηλότερη από ότι στο παρελθόν ( *Mayhew & Chapell , 2001*). Οι λόγοι που δεν γνωστοποιούνται τέτοιου είδους συμπεριφορές είναι : ο φόβος για αντεκδίκηση , το γεγονός ότι το θύμα δεν αντιλαμβάνεται την κακομεταχείριση ή πιστεύει ότι δεν μπορεί να γίνει τίποτα. Επίσης τα παράπονα που κάνει το θύμα μπορεί να περνούν απαρατήρητα. Σε πολλές χώρες έχουν ψηφιστεί νόμοι ή τα υπουργεία υγείας και οι επαγγελματικοί σύλλογοι έχουν δημιουργήσει κατευθυντήριες οδηγίες για την προαγωγή της μηδενικής ανοχής έναντι σε οποιασδήποτε μορφή βίας προς τους νοσηλευτές και άλλους εργαζόμενους στο χώρο της υγείας. Ο νόμος περί προστασίας από παρενόχληση του 1996 απαγορεύει σε οποιονδήποτε να ακολουθεί συμπεριφορά που γνωρίζει ή οφείλει να γνωρίζει ότι ισοδυναμεί με παρενόχληση των άλλων. Οι διευθυντές που δε λαμβάνουν προκαταβολικά μέτρα για την παρεμπόδιση της κακομεταχείρισης διώκονται ποινικά.

Κακομεταχείριση είναι η επαναλαμβανόμενη και διαχρονική επιθετική συμπεριφορά που εκδηλώνεται με εκδικητικές, σκληρές και κακόβουλες πράξεις με σκοπό τον εξευτελισμό ενός ατόμου ή ομάδας εργαζομένων (*WHO & ICN ,2002*). Τα ακόλουθα συνιστούν κακομεταχείριση :

- Συνεχείς φωνές.
- Εξευτελισμός.
- Συνεχείς βρισιές.
- Υποτίμηση.
- Επικριτική στάση.
- Απομόνωση ή περιθωριοποίηση.
- Δημόσιος εξευτελισμός.
- Υπερβολικός έλεγχος (*Woodhead & Wicker, 2007*).

### 6.2.1 Οριζόντια βία

Είναι μια μορφή επιθετικής συμπεριφοράς ανάμεσα και μέσα σε καταπιεσμένες ομάδες. Σε διάφορες βιβλιογραφίες βλέπουμε την αναφορά που γίνεται στους νοσηλευτές και στην καταπίεση που δέχονται . Οι ίδιοι νοσηλευτές θεωρούν τους εαυτούς τους κατώτερους και δεύτερης κατηγορίας συγκριτικά με άλλες ομάδες εργαζομένων στην υγεία, όπως οι γιατροί. Οι τελευταίοι, που κατέχουν κοινωνική θέση, γόητρο και ισχύ, φαίνονται να εκμεταλλεύονται τους νοσηλευτές. Ακόμη, ως κυρίαρχη ομάδα μπορούν να επιβάλλουν τις πεποιθήσεις τους. Έτσι, η αίσθηση αδυναμίας του καταπιεσμένου και η δυσκολία του να αντιμετωπίσει ή να προκαλέσει την κυρίαρχη ομάδα (τους χειρουργούς ), έχει ως αποτέλεσμα οι χειρουργοί να ξεσπούν στους νοσηλευτές. Αυτό εκφράζεται με παθητική – επιθετική συμπεριφορά, όπως : αποθάρρυνση των προσπαθειών των άλλων, μείωση του ενδιαφέροντος όσον αφορά στις επαγγελματικές τους επιδιώξεις, εύρεση εξιλαστήριων θυμάτων και δολιοφθορά (*Woodhead & Wicker, 2007*). Η έλλειψη σεβασμού προς τους νοσηλευτές έχει ζημιογόνο επίδραση για την ανάπτυξη του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

Εκδηλώσεις οριζόντιας εχθρότητας αποτελούν τα ακόλουθα : ειρωνικά σχόλια, υποτιμηκές χειρονομίες , συνεχής κριτική, εξευτελισμός, ξεσπάσματα θυμού, εκφοβισμός, απειλές, υπερβολικές απαιτήσεις, σαρκασμός. Μπορεί βέβαια να εκδηλωθεί και ανάμεσα στους ίδιους τους νοσηλευτές ακόμα και στο χειρουργείο. Η οριζόντια βία μεταξύ νοσηλευτών αναφέρεται ως «εξαναγκασμός» ή «διαπροσωπική σύγκρουση» (*Παπαδοπούλου, 2009*).

### 6.2.2 Παρενόχληση

Παρενόχληση είναι η συμπεριφορά που εκλαμβάνεται συνήθως ως δυσάρεστη και ανεπιθύμητη και η οποία συνήθως δεν ανταποδίδεται και ενίοτε επαναλαμβάνεται (*Παπαδοπούλου, 2009*). Η παρενόχληση περιλαμβάνει κυρίως τη λεκτική κακοποίηση, τη

φυσική βία, τη σεξουαλική παρενόχληση, την ανθρωποκτονία και γενικά τις συμπεριφορές που προκαλούν φόβο ή οδηγούν σε stress. Μπορεί επίσης να έχει φυλετικές ή ρατσιστικές προεκτάσεις, δηλαδή σωματικά και ψυχικά ανάπηροι ή οι μειονότητες να αποτελέσουν στόχο. Η συμπεριφορά αυτή δημιουργεί στα άτομα ή στις ομάδες αίσθημα δυσαρέσκειας, εξευτελισμού και εκφοβισμού και δυσχεραίνει την αποτελεσματική επιτέλεση των καθηκόντων (Woodhead & Wicker, 2007). Σύμφωνα με τους Φώτης & Αναγνωστοπούλου (2009), την περίοδο 2003-2004 στην Βρετανία παρατηρήθηκε αύξηση των περιστατικών βίας και παρενόχλησης στους χώρους εργασίας των νοσηλευτών κατά 13% σε σχέση με την προηγούμενη διετία.

Ορισμένοι συγγραφείς πιστεύουν ότι η κακομεταχείριση και η παρενόχληση είναι συχνότερες στο χειρουργείο από άλλα τμήματα. Αυτό αποδίδεται στη σχετική απομόνωση του χειρουργείου, στο έντονο stress που βιώνεται εκεί, την οικειότητα και τους δεσμούς που αναπτύσσονται μεταξύ του προσωπικού και την πεποίθηση ότι οι επαγγελματίες υγείας της περιεγχειρητικής φροντίδας οφείλουν να είναι υπηρέτες των χειρουργών και των αναισθησιολόγων. Το θέμα της παρενόχλησης των νοσηλευτών χειρουργείου δεν είναι καινούργιο (National Association of theatre Nurses, 2002).

Οι Santamaria & O' Sullivan (1998), στην εργασία τους αναφέρουν διάφορους στρεσογόνους παράγοντες μεταξύ νοσηλευτών περιεγχειρητικής φροντίδας. Πιο συγκεκριμένα υπέδειξαν τη διαπροσωπική σύγκρουση ως βασικό στρεσογόνο παράγοντα, ενώ ο Michael (2001) κατέγραψε πολλά επεισόδια λεκτικής, σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης και παρενόχλησης νοσηλευτών περιεγχειρητικής φροντίδας. Οι συνέπειες αυτών των συμπεριφορών είναι σημαντικές, αφού τα θύματα υφίστανται σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις. Επιπλέον επηρεάζεται η καριέρα τους και η δουλειά τους. Σαφώς υπάρχουν αρνητικές συνέπειες και για το ίδρυμα. Σύμφωνα με τους (Woodhead & Wicker, 2007), άλλες επιπτώσεις είναι :

- Η μειωμένη αποτελεσματικότητα στην εργασία.
- Η μειωμένη παραγωγικότητα.
- Οι αδικαιολόγητες απουσίες.
- Το πεσμένο ηθικό του προσωπικού.
- Το υψηλό ποσοστό παραιτήσεων προσωπικού.

### 6.2.3 Αντιμετώπιση της κακομεταχείρισης και της παρενόχλησης

Κάθε ενέργεια που γίνεται για την αντιμετώπιση των φαινομένων αυτών, έχει σκοπό να μεταθέσει το νοσηλευτή από το ρόλο του θύματος και να εξαλείψει τους οργανωτικούς παράγοντες που επιτρέπουν να συνεχίζεται. Κάθε εργαζόμενος θα πρέπει λοιπόν :

- Να καταγράφει ακριβείς λεπτομέρειες των συμβάντων, ονόματα και ημερομηνίες (*Porter O' Grady, 1996*).
- Να διερευνά εξονυχιστικά για τυχόν ύπαρξη και άλλων θυμάτων ή και μαρτύρων.
- Να ενημερώνεται για τις πολιτικές και διαδικασίες του χώρου εργασίας.
- Να έρχεται αντιμέτωπος με τον ένοχο και να απαιτεί να σταματήσει αυτή η συμπεριφορά. Σύμφωνα με τους *Mayhew & Chapell (2001)*, η προσέγγιση αυτή θεωρείται η πιο δυναμική απάντηση, αλλά οι πιο πολλοί τη βρίσκουν δύσκολη στην εφαρμογή. Αυτό υποστήριξε και ο *Madison (1994)*.
- Να καταθέτει επίσημη διαμαρτυρία στους ανωτέρους στο τμήμα ανθρώπινων πόρων, στο γραφείο ισότητας και στον αντιπρόσωπο του σωματείου (*Kayer J. 1996*) & (*NATN, 2002*).

Εκτός των μέτρων που θα πρέπει να παίρνουν οι εργαζόμενοι, θα πρέπει να ληφθούν μέτρα και από τον ίδιο τον οργανισμό. Με την εφαρμογή αποτελεσματικών πρακτικών έναντι αυτών των συμπεριφορών και με την ύπαρξη διαδικασίας κατάθεσης παραπόνων, οι οργανισμοί μπορούν να αποφύγουν να θεωρηθούν άμεσα ή έμμεσα υπεύθυνοι για τις απαράδεκτες συμπεριφορές των εργαζομένων τους (*Fiedler & Hamb, 2000*). Οι πιο γνωστές τακτικές που αναφέρονται στη βιβλιογραφία είναι :

- Οι οργανισμοί θα πρέπει να ανακοινώνουν και να ξεκαθαρίζουν ότι η παρενόχληση δεν είναι ούτε εγκεκριμένη, ούτε επιτρέπεται απ' τον εργοδότη.
- Το προσωπικό θα πρέπει να κατανοεί το νομικό ορισμό και τι είδους συμπεριφορές μπορούν να θεωρηθούν ως κακομεταχείριση και παρενόχληση.
- Η ύπαρξη μιας πολιτικής δεν αρκεί για να είναι αποτελεσματική εάν δεν είναι ευρέως γνωστή και εύκολα προσβάσιμη.
- Όπως αναφέρουν οι *Fiedler & Hamby (2000)*, τα εκπαιδευτικά προγράμματα είναι τα καταλληλότερα μέτρα πρόληψης. Όλο το προσωπικό θα πρέπει να παρακολουθεί εκπαιδευτικές συνεδρίες. Χρήσιμη θα ήταν η υπόδηση ρόλων, κυρίως για το μη διευθυντικό προσωπικό .
- Είναι σημαντικό οι προϊστάμενοι των τμημάτων να καθοδηγούνται για το πώς να αντιμετωπίζουν τέτοιου είδους συμπεριφορές. Είναι σημαντικό να μην εμφανίζονται επικριτικοί ως προς το θύμα (*Woodhead & Wicker, 2007*).

Τέλος , αξίζει να σημειώσουμε ότι ένας από τους λόγους που τέτοιες συμπεριφορές εξακολουθούν να υπάρχουν, είναι το γεγονός ότι φαίνονται φυσιολογικές. Όμως είναι απαράδεκτες και η ευαισθητοποίηση, η εκπαίδευση και η δυναμική ηγεσία, είναι αποτελεσματικά μέσα για την άρση των αρνητικών επιπτώσεων τους στο προσωπικό του χειρουργείου. Είναι γνωστό ότι το Εθνικό Σύστημα Υγείας του Ην. Βασιλείου, προάγει μηδενική ανοχή κατά της βίας. Γι' αυτό και ο ρόλος του προϊστάμενου του χειρουργείου είναι ζωτικής σημασίας για την δημιουργία και τη διατήρηση μιας αποδεκτής κουλτούρας στο χώρο εργασίας, με στόχο την αντιμετώπιση των φαινομένων αυτών. Αυτό επιτυγχάνεται με την δυναμική άσκηση του ηγετικού ρόλου (*Woodhead & Wicker, 2007*).

### 6.3 Επίλυση συγκρούσεων στο χειρουργείο

Στο χειρουργείο χρησιμοποιούνται πέντε γενικοί μηχανισμοί για την επίλυση : Η αποφυγή, η υποχώρηση, η συνεργασία, ο συμβιβασμός και ο ανταγωνισμός. Η μέθοδος της αποφυγής δεν χρησιμοποιείται στο χειρουργείο διότι δεν γίνεται να αποφυγεί μια σύγκρουση σε αυτό το χώρο (Katz , 2005). Με την αποδοχή ή υποχώρηση, γίνεται προσπάθεια για την ικανοποίηση των αναγκών του άλλου μέρους της σύγκρουσης κάνοντας υποχωρήσεις και δίνεται προτεραιότητα στην άλλη πλευρά. Χρήση αυτής της μεθόδου γίνεται όταν η συμπεριφορά της μιας πλευράς είναι λάθος ή όταν το ζήτημα είναι πιο σημαντικό για την άλλη πλευρά ( Κοντογιάννη et al, 2011). Η στρατηγική της συνεργασίας, περιλαμβάνει την ουσιαστική αντιπαράθεση ώστε να αναζητηθούν τρόποι ταυτόχρονης ικανοποίησης των στόχων όλων των πλευρών. Είναι γνωστή και η μέθοδος του «κερδίζω –κερδίζω», η οποία χρησιμοποιείται για κρίσιμα ζητήματα και παρέχει κίνητρα για αλλαγή και απόκτηση κατανόησης ( Κοντογιάννη et al, 2011). Ο συμβιβασμός είναι μια εφεδρική στρατηγική στην περίπτωση που οι δυο πλευρές δεν κατάφεραν να συνεργαστούν ( Katz, 2005). Το ίδιο υποστηρίζουν και οι Κοντογιάννη και συν (2001) και αναφέρουν ότι γίνεται προσπάθεια και των δυο πλευρών για λύση της σύγκρουσης, θυσιάζοντας όμως κάτι και οι δυο. Τέλος, στη στρατηγική του ανταγωνισμού ή του «κερδίζω –χάνεις», ικανοποιούνται πλήρως τα συμφέροντα της μιας πλευράς και γίνεται χρήση της συγκεκριμένης στρατηγικής για ζωτικά ζητήματα του τμήματος ή όταν πρέπει να ληφθούν γρήγορες αποφάσεις (Swansburg, C., & Swansburg, J., 1999).

Ο Katz ( 2005) παρουσίασε λίγα βήματα για την αντιμετώπιση των συγκρούσεων, συγκεκριμένα στην υγεία αλλά και στο χειρουργείο.

- Θεσμικός σχεδιασμός
  - Να καθιερωθεί ως θεσμός, ένα πρόγραμμα διαχείρισης των συγκρούσεων.
  - Δημιουργία μιας κουλτούρας που δέχεται την ανάλυση των προσωπικών και των οργανωτικών συγκρούσεων. Βέβαια αυτό θα πρέπει να εγκριθεί από τους γιατρούς και τους διοικητικούς ηγέτες και να υποστηριχθεί από ολόκληρο των οργανισμό.
  - Ενίσχυση της συνοχής της ομάδας. Η συνοχή της ομάδας είναι η κοινωνική «κόλλα» που συνδέει τα μέλη της.
- Προσωπική συμπεριφορά
  - Ένας ηγέτης πρέπει να προβλέπει τη σύγκρουση.
  - Ανάπτυξη καλών επικοινωνιακών δεξιοτήτων. Η κακή επικοινωνία είναι πηγή σύγκρουσης.
  - Προσδιορισμός με ακρίβεια της πηγής των συγκρούσεων.
  - Καθιέρωση κανόνων δεοντολογίας. Διαφωνίες και συγκρούσεις θα υπάρχουν αλλά είναι σημαντικό να διαχωρίζονται τα άτομα και οι προσωπικότητες από τα προβλήματα.
  - Καθορισμός ενός σημείου εκκίνησης για τη συζήτηση χωρίς εκφορά κρίσης.



- Καθιέρωση κοινών προτύπων και κοινών στόχων. Τις περισσότερες φορές οι συγκρούσεις οφείλονται στο γεγονός ότι οι ομάδες του χειρουργείου δε συμμορφώνονται στις κατευθυντήριες οδηγίες και στα πρωτόκολλα που υπαγορεύουν ένα πρότυπο συμπεριφοράς προς τους συναδέλφους τους.
- Πρέπει να αναγνωρίζονται οι κοινές απογοητεύσεις των μελών της ομάδας που προκύπτουν από την ανεπάρκεια του συστήματος. Η αναγνώριση αυτή ενθαρρύνει τη συνεργασία για την επίλυση προβλημάτων.
- Οι αντιπαραθέσεις που προκύπτουν ανάμεσα σε μέλη της ομάδας, είναι απαραίτητο να διεξάγονται σε ιδιωτικό περιβάλλον και όχι δημόσια. Οι δημόσιες αντιπαραθέσεις δεν είναι παραγωγικές και συνήθως εξελίσσονται με δυνατές φωνές και διαπληκτισμούς.
- Καλό θα ήταν να μπορεί να παρεμβαίνει ένα τρίτο άτομο από μια διαφορετική ειδικότητα ή ένας διαμεσολαβητής. Μια τρίτη άποψη μπορεί να βοηθήσει στις εντάσεις και να βρεθούν καινοτόμες λύσεις (*Breznick D., 2004*).

Επίσης, έχουν χρησιμοποιηθεί επίσης με επιτυχία και οι εξής στρατηγικές (*Pape, 1999*):

- Για την βελτίωση των επιδόσεων : Χρησιμοποιούνται για την επίλυση προβλημάτων και την επίλυση των συγκρούσεων. Αυτές είναι : η διοίκηση ολικής ποιότητας (ΔΟΠ) και η συνεχής βελτίωση της ποιότητας(ΣΒΠ). Επικεντρώνονται στη διαχείριση του κινδύνου αλλά και στη βελτίωση της φροντίδας του ασθενούς. Οι ΔΟΠ & ΣΒΠ περιλαμβάνουν ομάδες 5 εως 10 ατόμων, τα οποία εργάζονται για τη βελτίωση επιπλεγμένων διαδικασιών. Υπάρχει ένας ηγέτης ή ένας διαμεσολαβητής που ηγείται της ομάδας και καθορίζει το πρόγραμμα δράσης και καθοδηγεί τη διαδικασία επίλυσης προβλημάτων.
- Συστημική προσέγγιση : Περιλαμβάνει τέσσερις ξεχωριστές αλλά αλληλένδετες φάσεις που χρησιμοποιούνται για την αποτελεσματική επίλυση προβλημάτων. Οι φάσεις αυτές περιλαμβάνουν : Διευκρινήσεις για τον προσδιορισμό της σύγκρουσης, σχεδιασμό, εφαρμογή, και αξιολόγηση για να καθοριστεί ο βαθμός στον οποίο το πρόβλημα έχει επιλυθεί.

Οι συγκρούσεις είναι συχνές στο χειρουργείο. Η επιτυχημένη λύση της σύγκρουσης είναι σημαντικό στοιχείο για την ομάδα αλλά και για τον ασθενή (*Davies, 2005*). Η επίλυση της σύγκρουσης απαιτεί από κοινού σεβασμό προς τους συνεργάτες, προσεκτική ακρόαση, αναγνώριση διαφορών και αναγνώριση των συναισθηματικών πτυχών της διαφωνίας. Μια σύγκρουση που έχει επιλυθεί ικανοποιητικά μπορεί να είναι θεραπευτική για τις δυο πλευρές και να αποτελέσει σημαντικό συστατικό της φροντίδας του ασθενούς (*Katz, 2005*).

Δύο επιπρόσθετες στρατηγικές επίλυσης της σύγκρουσης είναι οι εξής:

- Πειθαρχία

Όταν χρησιμοποιείται η πειθαρχία για την επίλυση ή την παρεμπόδιση της σύγκρουσης, ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει και να κατανοεί τους κανόνες του οργανισμού και τους κανονισμούς που αφορούν την πειθαρχία. Αν οι κανονισμοί δεν είναι σαφείς, ο νοσηλευτής πρέπει να ζητήσει βοήθεια για την αποσαφήνισή τους. Η πειθαρχία είναι το έσχατο μέσο στη διόρθωση της ανεπιθύμητης συμπεριφοράς ενός υπαλλήλου. Οι κανόνες και οι κανονισμοί πρέπει να είναι λογικοί και να έχουν σχέση με την εργασία. Οι κανόνες που δεν είναι λογικοί ή αντικατοπτρίζουν την προσωπική προκατάληψη δίνουν λαβή για παραβιάσεις (Swansburg , C., & Swansburg ,J.1999)

Οι παρακάτω κανόνες θα βοηθήσουν στη διαχείριση των θεμάτων που έχουν σχέση με την πειθαρχία.

- Η πειθαρχία πρέπει να είναι προοδευτική.
- Η τιμωρία πρέπει να ταιριάζει στην παράβαση, να είναι λογική και να αυξάνεται σε σοβαρότητα για την παράβαση του ίδιου κανόνα.
- Θα πρέπει να παρέχεται βοήθεια για την επίλυση προβλημάτων που προκύπτουν κατά την εκτέλεση της εργασίας.
- Η πειθαρχία θα πρέπει να επιβάλλεται με διακριτικότητα.
- Πρέπει να εφαρμόζεται η μέθοδος που αρμόζει καλύτερα σε κάθε εργαζόμενο.
- Το άτομο και όχι η ομάδα θα πρέπει να έρχονται αντιμέτωποι. Η επιβολή της πειθαρχίας σε μια ομάδα επειδή κάποιο μέλος της παραβίασε τους κανόνες και τους κανονισμούς κάνει τα άλλα μέλη της ομάδας να θυμώνουν, να τηρούν αμυντική στάση, αυξάνοντας τη σύγκρουση.
- Η πειθαρχία πρέπει να είναι σαφής και συγκεκριμένη.
- Πρέπει να είναι αντικειμενική και να σχετίζεται με τα γεγονότα.
- Πρέπει να είναι σταθερή και να συσχετίζεται με την απόφαση.
- Η πειθαρχία προκαλεί ποικίλες αντιδράσεις. Αν δημιουργηθούν έντονα συναισθήματα, πρέπει να προγραμματισθεί δεύτερη σύσκεψη.
- Ο νοσηλευτής που επιβάλλει την πειθαρχία πρέπει να συμβουλευτεί τον προϊστάμενό του. Μερικές φορές οι ανώτεροι ακυρώνουν τα πειθαρχικά μέτρα. Όταν είναι γνωστά τα όρια της εξουσίας, ο προϊστάμενος θα αποφύγει την ακύρωση.
- Ο νοσηλευτής πρέπει να εμπνέει σεβασμό, εμπιστοσύνη και αυτοπεποίθηση στην ικανότητά του να χειρίζεται θέματα πειθαρχίας.

- Επικοινωνία

Η επικοινωνία είναι μια τέχνη απαραίτητη για τη διατήρηση ενός θεραπευτικού περιβάλλοντος. Για να προωθηθεί η επικοινωνία η οποία αποτελεί τη σύγκρουση, ο ηγέτης/μάντζερ νοσηλευτής πρέπει να κάνει τα ακόλουθα (Swansburg , C., & Swansburg ,J.1999):

- Να διδάξει στο νοσηλευτικό προσωπικό την αποτελεσματική επικοινωνία και το ρόλο που καλούνται να παίξουν σε αυτή.

- Να δώσει συγκεκριμένες πληροφορίες σε όλους, δηλαδή να συμπεριλαμβάνονται και όχι να αποκλείονται.
- Να λαμβάνει υπόψη όλες τις πτυχές μιας κατάστασης-συναίσθημα, παράγοντες που αφορούν το περιβάλλον.
- Να αναπτύξει βασικές δεξιότητες σχετικά με:
  - Τον πραγματικό προσανατολισμό, με άμεση ανάμειξη και αποδοχή ευθυνών για την επίλυση των διαφωνιών.
  - Την υλική και τη συναισθηματική στήριξη.
  - Τις θετικές προσδοκίες που δημιουργούν θετικές αντιδράσεις.
  - Την ενεργό ακρόαση.
  - Την παροχή και τη λήψη πληροφοριών.

- Εκπαίδευση στην κατηγορηματικότητα

Σύμφωνα με τους *Swansburg C., & Swansburg J.(1999)* οι κατηγορηματικοί νοσηλευτές (Assertive nurses), θα υποστηρίζουν τα δικαιώματά τους, ενώ θα αναγνωρίζουν και τα δικαιώματα των άλλων. Είναι ευθείς και ελεύθεροι να εκφράζονται όπως νιώθουν. Οι κατηγορηματικοί νοσηλευτές γνωρίζουν ότι είναι υπεύθυνοι μόνο για τις σκέψεις τους, για τα συναισθήματά τους και τις ενέργειές τους. Μπορούν να βοηθήσουν άλλους να ξεπεράσουν το θυμό τους και έτσι να αποτρέψουν τη σύγκρουση. Γνωρίζουν τις δυνατότητές τους και τους περιορισμούς. Αντί να επιτεθούν ή να αμυνθούν, οι κατηγορηματικοί νοσηλευτές αξιολογούν, συνεργάζονται, υποστηρίζουν και τηρούν ουδέτερη και μη απειλητική στάση. Στη συνέχεια μπορούν να αποδεχτούν προκλήσεις.

Η κατηγορηματικότητα (assertiveness) μπορεί να διδαχθεί μέσω των προγραμμάτων ανάπτυξης προσωπικού στα οποία οι νοσηλευτές διδάσκονται να γίνουν πολυμαθείς και ευγενικοί. Μαθαίνουν πότε να λένε «όχι», ακόμη και στο αφεντικό τους. Μαθαίνουν να επιβάλλουν κάποια πρότυπα για τον άνθρωπο. Όταν δυσαρεστηθούν, κάνουν κάτι για να αυξήσουν την ικανοποίησή τους. Οι περισσότερες από αυτές τις κατηγορηματικές συμπεριφορές μπορούν να μαθευτούν με τη μελέτη των περιπτώσεων, την ερμηνεία των ρόλων και την ομαδική συζήτηση. Όταν οι κατηγορηματικοί νοσηλευτές ολοκληρώσουν την εκπαίδευσή τους, χρησιμοποιούν θετικά σχόλια για να ενισχύσουν τις προσδοκίες που έχουν οι άλλοι για την εργασία τους. Ο έπαινος και η αμοιβή προάγουν την ευημερία και τη θετική συμπεριφορά του ατόμου, που συνδέονται με την αποτελεσματική διοίκηση και επικοινωνία. Οι μάνατζερ νοσηλευτές μαθαίνουν ότι η άμεση επικοινωνία που αποσκοπεί στην υποστήριξη του προσωπικού αυξάνει την ικανοποίηση του προσωπικού από την εργασία. Οι κατηγορηματικοί νοσηλευτές εστιάζουν την προσοχή τους σε δεδομένα και θέματα όταν διατυπώνουν εποικοδομητική κριτική στο αφεντικό ή εποικοδομητική ανατροφοδότηση στο προσωπικό. Αυτό ενθαρρύνει το διάλογο και παράγει λύσεις αντί συγκρούσεις. Οι κατηγορηματικοί νοσηλευτές ζητούν τη βοήθεια ή κάποια αναβολή όταν είναι απαραίτητη. Οι άνθρωποι συνήθως αντιδρούν θετικά στη διεκδίκηση των δικαιωμάτων και αρνητικά στην επιθετική στάση, παρόλο που μερικά άτομα αντιδρούν αρνητικά τη διεκδίκηση (*Swansburg , C., & Swansburg J.1999*)

### 6.3.1 Αξιολόγηση των διαστάσεων της σύγκρουσης

Ο *Greenhalgh (1986)* ανέπτυξε ένα σύστημα για την αξιολόγηση των διαστάσεων της σύγκρουσης. Υποστηρίζει ότι η σύγκρουση μπορεί να μελετηθεί για να επιλυθεί, όταν δεν δημιουργεί προβλήματα στις συνεχείς λειτουργικές σχέσεις. Οι συμμετέχοντες σε μία σύγκρουση πρέπει να πειστούν να ξανασκεφτούν τις απόψεις τους. Μια τρίτη πλευρά πρέπει να καταλάβει την κατάσταση από την οπτική γωνία των συμμετεχόντων. Η σύγκρουση μπορεί να είναι το αποτέλεσμα μιας βαθιά ριζωμένης ανταγωνιστικής σχέσης.

Το Διαγνωστικό Μοντέλο Σύγκρουσης του *Greenhalgh (1986)* έχει επτά διαστάσεις και καθεμία διαθέτει μια κλίμακα που ξεκινάει από «δύσκολο να επιλυθεί» μέχρι «εύκολο να επιλυθεί». Μόλις αξιολογηθούν οι διαστάσεις της σύγκρουσης, οι απόψεις που εμπίπτουν στο πεδίο «δύσκολο να επιλυθεί», πρέπει να μετατεθούν στο πεδίο «εύκολο να επιλυθεί» (βλ. Πίνακα 1)

Οι επτά διαστάσεις του μοντέλου *Greenhalgh (1986)* είναι οι εξής:

- Το υπό συζήτηση θέμα. Έχει ήδη αναφερθεί ότι οι αξίες, οι πεποιθήσεις και οι στόχοι είναι δύσκολα θέματα για να οδηγηθούν σε ένα λογικό συμβιβασμό. Οι αρχές εμπίπτουν στην ίδια κατηγορία, αφού αφορούν την ακεραιότητα και τις ηθικές επιταγές. Η τρίτη πλευρά πρέπει να πείσει τις συγκρουόμενες πλευρές να αναγνωρίσουν το νόμιμο δικαίωμα της κάθε μιας από αυτές να έχει διαφορετική άποψη.
- Το μέγεθος των συμφερόντων. Το μέγεθος των συμφερόντων μπορεί να έχει αποτέλεσμα τη δύσκολη επίλυση της σύγκρουσης. Αν η αλλαγή απειλεί την εργασία ή το εισόδημα κάποιου, το συμφέρον είναι υψηλό. Η τρίτη πλευρά πρέπει να προσπαθήσει να μην πληγωθεί κανένας εγωισμός και αν είναι απαραίτητο, να αναβάλει τη λήψη μέτρων.
- Αλληλεξάρτηση των πλευρών. Τα άτομα πρέπει να εξετάζουν τους πόρους με βάση την αλληλεξάρτηση. Αν μια πλευρά δεν διακρίνει καθόλου οφέλη από την κατανομή των πόρων, θα είναι ανταγωνιστική. Απαιτείται αλληλεξάρτηση με θετικό άθροισμα που θα ωφελήσει όλες τις πλευρές.
- Συνέχεια αλληλεπίδρασης. Οι μακροπρόθεσμες σχέσεις μειώνουν τη σύγκρουση. Οι μάνατζερ πρέπει να προτιμούν τις συνεχείς, όχι τις επεισοδιακές αλληλεπιδράσεις.
- Διάρθρωση των πλευρών. Οι ισχυροί ηγέτες που ενώνουν τα μέρη να αποδεχθούν και να υλοποιήσουν τις συμφωνίες μειώνουν τη σύγκρουση. Όταν δημιουργούνται ανεπίσημοι συνασπισμοί, οι ισχυροί ηγέτες ενθαρρύνουν του εκπροσώπους τους να βρουν και να υλοποιήσουν συμφωνίες.
  - Ανάμειξη τρίτων πλευρών. Η επίλυση των συγκρούσεων είναι δύσκολη όταν οι εμπλεκόμενοι είναι πολύ συναισθηματικοί και καταφεύγουν στην παραποίηση των μη λογικών επιχειρημάτων, των μη λογικών στάσεων, της κακής επικοινωνίας ή των προσωπικών επιθέσεων. Αυτές οι συγκρούσεις μπορούν να επιλυθούν με τη βοήθεια

μιας τρίτης πλευράς που διαθέτει κύρος, δύναμη, εμπιστοσύνη και ουδετερότητα. Η τρίτη πλευρά μπορεί να είναι ένας τρίτος σύμβουλος, ένας μεσολαβητής ή ένας διαιτητής. Η ανάμειξη μιας τρίτης πλευράς δίνει δημόσιο χαρακτήρα στη σύγκρουση. Η Τρίτη πλευρά πρέπει να συμμετέχει όταν ο νοσηλευτής μάνατζερ, δεν μπορεί να δώσει λύση

- Εκλαμβανόμενη εξέλιξη στη σύγκρουση. Οι πλευρές πρέπει να πεισθούν ότι η βαθμολογία είναι ίση και το πλήγμα που προέκυψε ήταν σημαντικό.

Πίνακας 1. Διαγνωστικό Μοντέλο Σύγκρουσης (Παράρτημα III)

### Κλίμακα απόψεων

Διάσταση	Δύσκολο να επιλυθεί	Εύκολο να επιλυθεί
Υπό συζήτηση θέμα	Θέμα αρχής	Το ζήτημα μπορεί να επιμεριστεί
Μέγεθος συμφερόντων	Μεγάλο	Μικρό
Αλληλεξάρτηση των πλευρών	Μηδενικό άθροισμα	Θετικό άθροισμα
Συνέχεια αλληλεπίδρασης	Απλή συναλλαγή	Μακροπρόθεσμη σχέση
Διάρθρωση των πλευρών	Αμορφη ή κατακερματισμένη, με ανίσχυρη ηγεσία	Συνεκτική, με ισχυρή ηγεσία
Ανάμειξη τρίτων πλευρών	Δεν υπάρχει διαθέσιμη καμία ουδέτερη τρίτη πλευρά	Έμπιστη, ισχυρή, με κύρος και ουδετερότητα
Αντιληπτή εξέλιξη προς τη σύγκρουση	Μη ισοροπημένη: η μία πλευρά αισθάνεται ότι βλάπτεται περισσότερο	Κάθε μία πλευρά έχει προκαλέσει ίδιες βλάβες στην άλλη

## 6.4 Σύνοψη έκτου κεφαλαίου

Κλείνοντας αυτό το τόσο σημαντικό κεφάλαιο, θα ήταν σωστό να επισημανθούν τα βασικά σημεία του. Οι συγκρούσεις μέσα στο χειρουργείο είναι συχνότερες από κάθε άλλο

τμήμα. Κυριότερες πηγές τους είναι η επικοινωνία, η προκλητική συμπεριφορά, η εξουσία που έχουν οι γιατροί κ.τ.λ. Οι προϊστάμενοι πρέπει να ανιχνεύουν και να φέρνουν στην επιφάνεια τις αιτίες που δημιουργούν συγκρούσεις διότι οι συγκρούσεις αποδυναμώνουν την ομάδα και με αυτόν τον τρόπο ξεχνιέται ο κοινός τους στόχος. Οι προϊστάμενοι πρέπει να είναι εκπαιδευμένοι ώστε να χρησιμοποιούν σωστά τις τεχνικές επίλυσης των συγκρούσεων, να καθιερώνουν ένα πρόγραμμα διαχείρισης των συγκρούσεων και να έχουν την ικανότητα και τις γνώσεις για πρόβλεψη μιας σύγκρουσης. Δύο πολύ σημαντικές στρατηγικές επίλυσης των συγκρούσεων είναι η πειθαρχία και η επικοινωνία. Τέλος, στο κεφάλαιο αυτό έγινε εκτενής αναφορά στη σεξουαλική παρενόχληση, τη βία και την οριζόντια βία που είναι συχνές απαράδεκτες συμπεριφορές στο χειρουργείο. Δέκτες των συμπεριφορών αυτών είναι κυρίως νοσηλευτές και θα πρέπει να ληφθούν μέτρα τόσο σε επίπεδο των οργανισμών όσο και σε προσωπικό επίπεδο.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η σύγκρουση είναι ένα φαινόμενο πολύ συχνό και παρατηρείται ευρέως σε οργανισμούς, τόπους δουλειάς και κοινωνικές ομάδες ανθρώπων. Πολλοί ισχυρίζονται ότι μια σύγκρουση σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να είναι ωφέλιμη και να αυξήσει τη δημιουργικότητα και την παραγωγή ιδεών. Τα είδη των συγκρούσεων χωρίζονται ανάλογα με τα εμπλεκόμενα μέρη και τα αίτια οφείλονται σχεδόν πάντα σε προγενέστερες συνθήκες μεταξύ ατόμων ή ομάδων αλλά και σε πεποιθήσεις, αξίες, στόχους, ιδανικά και προσωπικότητες. Στην ομάδα (όπως είναι αυτή του χειρουργείου), τα μέλη πρέπει να λειτουργούν συλλογικά και να τους ενώνει ο σκοπός τους. Ο καθένας θα πρέπει να συμπληρώνει τον άλλο και να υπάρχει αλληλεγγύη. Όταν δεν υπάρχει λοιπόν αυτή η αλληλεγγύη και η συνοχή, τότε θα δημιουργηθούν συγκρούσεις και η ομάδα δεν θα έχει πια αποτέλεσμα. Υπάρχουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, από τα οποία φαίνεται αν η ομάδα είναι επιτυχής ή όχι. Φυσικά σε αυτό παίζει σημαντικό ρόλο και ο ηγέτης, ο οποίος πρέπει να παρακινεί και να συμβουλεύει τους υπόλοιπους για την επίτευξη του στόχου.

Η υγεία είναι ζωτικός τομέας σε κάθε κράτος και όμως είναι συχνό φαινόμενο το να δημιουργούνται συγκρούσεις μέσα στον οργανισμό που εκπροσωπούν την υγεία. Αυτές, αποδυναμώνουν το σύστημα υγείας και μειώνουν τη λειτουργικότητα του. Η σύγκρουση συνήθως αναφέρεται σαν εκδήλωση διαφωνίας. Σίγουρα τα μέλη των οργανισμών που εκδηλώνεται η σύγκρουση οδηγούνται σε αυτήν για κάποιες αιτίες, οι ηγέτες έχουν την ευθύνη στην αντιμετώπιση και στην πρόληψη, ανευρίσκοντας τις αιτίες που οδηγούν σε αυτήν. Τέλος έχουν την ευθύνη για την ορθή χρησιμοποίηση των τεχνικών επίλυσης των συγκρούσεων.

Το χειρουργείο σήμερα είναι ένας ιδιαίτερος χώρος στον οποίο οι συνθήκες είναι δύσκολες και υπάρχει μεγάλη πίεση χρόνου. Οι χειρουργοί είναι απαιτητικοί, δεν ανέχονται λάθη από άλλους και η επικοινωνία είναι πολύ δύσκολη, γι' αυτό και δημιουργούνται πολύ συχνά έντονες διενέξεις μέσα στο χειρουργείο. Το χειρουργείο απαιτεί συνεργασία με άλλα τμήματα του νοσοκομείου, αλλιώς δεν μπορεί να κλειτουργήσει. Τέλος, για την ομαλή λειτουργία του χειρουργείου, είναι απαραίτητος ένας προστάμενος χειρουργείου με κατάλληλα προσόντα και δεξιότητες, ο οποίος θα πρέπει να συνδυάζει την ηγεσία με τη διαχείριση.

Το χειρουργείο αποτελείται από μια ομάδα που πρέπει να συνεργάζεται. Η ομάδα του χειρουργείου περιλαμβάνει έναν μεγάλο αριθμό ατόμων με διαφορετικές ειδικότητες προσωπικότητες, αξίες, στόχους και εκπαίδευση. Παρά το γεγονός ότι οι γιατροί, οι νοσηλευτές, οι αναισθησιολόγοι, οι προϊστάμενοι έχουν διαφορετικές αρμοδιότητες, πρέπει να έχουν έναν στόχο, κάτι που θα τους ενώνει και θα προσπαθούν για την βέλτιστη απόδοση. Αυτός ο στόχος είναι η ασφάλεια του ασθενούς. Βέβαια, επειδή υπάρχει αυτή η

διαφορετικότητα μεταξύ των μελών ,πρέπει να γίνεται μεγάλη προσπάθεια από όλα τα μέλη για συνεργασία καθώς και σωστή καθοδήγηση από τον ηγέτη.

Η παρουσία ηγεσίας παίζει σημαντικό ρόλο για τη λειτουργία του χειρουργείου. Υπάρχουν πολλές θεωρίες περί ηγεσίας, αλλά την μεταρρυθμιστική ηγεσία που αναπτύχθηκε στα τέλη του 20<sup>ου</sup> αιώνα, οι νοσηλευτές την ενστερνίστηκαν, αφού είχαν ανάγκη για αποτελεσματική ηγεσία. Αυτή η θεωρία εστιάζει στη σχέση του ηγέτη με τους «οπαδούς», η οποία επικεντρώνεται στο όραμα και τις αξίες που οδηγούν σε υψηλά επίπεδα κινητοποίησης. Η κινητοποίηση αυτή είναι σημαντική για το προσωπικό του χειρουργείου που έχει σαν στόχο την ποιοτική φροντίδα και τη θετική έκβαση του ασθενή. Οι μεταρρυθμιστές-ηγέτες πρέπει να είναι οραματιστές, να εμπνέουν τους άλλους και να είναι παραδείγματα. Οι όροι ηγεσία και διοίκηση όμως δεν είναι ταυτόσημοι, έτσι πέρα από τις δεξιότητες που διαθέτουν οι διοικητές, οι ηγέτες πρέπει να είναι πρότυπα, να εμπνέουν, να κινητοποιούν, να μεταδίδουν το όραμα και να προκαλούν πνευματικό ενδιαφέρον. Η ηγεσία όμως είναι συνδεδεμένη με την εξουσία, γιατί χωρίς την εξουσία δεν μπορεί να ασκηθεί επιρροή και η ουσία της ηγεσίας είναι η επιρροή. Η εξουσία χωρίζεται σε κατηγορίες, ανάλογα αν είναι προσωπική ή από θέση.

Παρά τις προσπάθειες που καταβάλλουν οι ηγέτες/προϊστάμενοι ,οι συγκρούσεις μέσα στο χειρουργείο είναι συχνότερες από κάθε άλλο τμήμα .Κυριότερες πηγές τους είναι η επικοινωνία ,ή προκλητική συμπεριφορά , η εξουσία που έχουν οι γιατροί κ.τ.λ. Οι προϊστάμενοι πρέπει να ανιχνεύουν και να φέρνουν στην επιφάνεια τις αιτίες που δημιουργούν συγκρούσεις διότι οι συγκρούσεις αποδυναμώνουν την ομάδα και με αυτόν τον τρόπο ξεχνιέται ο κοινός τους στόχος .Οι Προϊστάμενοι πρέπει να είναι εκπαιδευμένοι ώστε να χρησιμοποιούν σωστά τις τεχνικές επίλυσης των συγκρούσεων ,να καθιερώσουν ένα πρόγραμμα διαχείρισης των συγκρούσεων και να έχουν την ικανότητα και τις γνώσεις να προβλέπει μια σύγκρουση .Πρέπει επίσης , να χρησιμοποιούν πειθαρχία ,επικοινωνία. Ένα άλλο σημαντικό πρόβλημα με μεγάλη συχνότητα στο χειρουργείο είναι η σεξουαλική παρενόχληση, η κακομεταχείριση και η οριζόντια βία . Δέκτες των συμπεριφορών αυτών είναι κυρίως νοσηλευτές και θα πρέπει να ληφθούν μέτρα τόσο σε επίπεδο των οργανισμών όσο και σε προσωπικό επίπεδο.

Βέβαια, η βιβλιογραφία για το θέμα αυτό ήταν πολύ περιορισμένη, παρόλο που οι συγκρούσεις στο χώρο του χειρουργείου αποτελούν μεγάλο πρόβλημα. Στην Ελλάδα έχει γίνει ελάχιστη έρευνα, εκτός από κάποιες αναφορές σε κάποια συνέδρια και στο εξωτερικό η έρευνα είναι ελλιπής.

Σύμφωνα λοιπόν με την υπάρχουσα βιβλιογραφία η οποία έχει πολλά κενά, θα έπρεπε να γίνουν ερευνητικές εργασίες πάνω στο θέμα και όχι απλά βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις. Ακόμη, υπάρχει μεγάλο κενό στην ελληνική βιβλιογραφία, σχετικά με την πρόληψη των συγκρούσεων, παράμετρο πολύ σημαντική, αφού μπορούν να αποφευχθούν οι συγκρούσεις. Μπορούν να δημιουργηθούν ερωτηματολόγια με ερωτήσεις σχετικά με την επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας στο χειρουργείο και ακόμη να χρησιμοποιηθεί η μέθοδος της παρατήρησης των σχέσεων των μελών της ομάδας μέσα στο χειρουργείο. Ακόμη θα



έπρεπε να διερευνηθεί ο τρόπος με τον οποίο οι ηγέτες-προιστάμενοι του χειρουργείου αντιμετωπίζουν τις συγκρούσεις, καθώς και η ικανότητα που πρέπει να έχουν ώστε να προλαμβάνουν τη σύγκρουση.

Το προσωπικό του χειρουργείου με τα σημερινά δεδομένα δεν εκπαιδεύεται καθόλου πάνω στην επικοινωνία, τον διάλογο και τον χειρισμό στρεσογόνων καταστάσεων που προκαλούν πίεση. Δεν εκπαιδεύονται στην επίλυση μιας διαφωνίας και δεν αναθέτονται σωστά οι αρμοδιότητες με αποτέλεσμα να υπάρχει τριβή και για αυτό. Το προσωπικό του χειρουργείου πρέπει να εκπαιδεύεται κατάλληλα στα θέματα της επικοινωνίας, στη διαχείριση του άγχους, στη διαχείριση των ανάρμοστων συμπεριφορών και οι προϊστάμενοι πρέπει να είναι ικανοί να προλαμβάνουν τη σύγκρουση αλλά και να την επιλύουν σωστά.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το βασικό αντικείμενο της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η καταγραφή, η μελέτη και η ανάλυση των συγκρούσεων που λαμβάνουν μέρος στον ιδιαίτερο χώρο του χειρουργείου και επηρεάζουν τη λειτουργία του.

Η επιτυχία μιας χειρουργικής επέμβασης βασίζεται κατά ένα μεγάλο ποσοστό, στην επικοινωνία και τη σωστή συνεργασία των μελών του χειρουργείου. Αυτή η συνεργασία δεν πετυχαίνει πάντα, λόγω της ιδιαιτερότητας του χώρου του χειρουργείου, της διαφορετικότητας των εργαζομένων, της πίεσης του χρόνου, της τελειομανίας των χειρουργών και της αβεβαιότητας της εξέλιξης της κάθε επέμβασης. Όταν όμως η επικοινωνία δεν είναι αποτελεσματική, τότε δημιουργείται σύγκρουση και αυτό οδηγεί σε λάθη.

Η σύγκρουση λοιπόν, αποτελεί σύνηθες φαινόμενο στο περιβάλλον του χειρουργείου και μπορεί να προκληθεί λόγω συμφερόντων, διαφορετικών απόψεων και προσωπικοτήτων. Ο προιστάμενος θα πρέπει να είναι αποτελεσματικός (μεταρρυθμιστικός) ηγέτης με προσόντα, ιδέες, λύσεις, κατανόηση και να παρακινεί τους υπόλοιπους. Θα πρέπει να μεταδίδει τις γνώσεις του, να είναι ανοιχτός στην επικοινωνία και το διάλογο και να επιλύει αποτελεσματικά τις όποιες συγκρούσεις.

Πολλές φορές, οι νοσηλευτές του χειρουργείου αντιμετωπίζουν βίαια συμπεριφορά από τους συναδέλφους τους και κυρίως από τους χειρουργούς, η οποία έχει άσχημα αποτελέσματα για τους ίδιους και για τη ψυχολογία τους και αυτό με τη σειρά του έχει αντίκτυπο στους ασθενείς και στη περιεγχειρητική φροντίδα τους.

Στόχος της παρούσας εργασίας είναι να παρουσιάσει και να αναλύσει το φαινόμενο της σύγκρουσης, καθώς και τις παραμέτρους και τα αποτελέσματα που μπορεί να έχει στο χώρο της υγείας και στο χειρουργείο ειδικότερα. Επιπλέον αναλύονται τα χαρακτηριστικά και ο ρόλος των διαφόρων ειδικοτήτων του χειρουργείου. Τέλος, προτείνονται τρόποι διαχείρισης και αντιμετώπισης των συγκρούσεων οι οποίοι μπορούν να εφαρμοστούν από τον προιστάμενο του χειρουργείου για ομαλή και χωρίς διενέξεις συνεργασία του προσωπικού.

Λέξεις κλειδιά : *conflict, operating room, management, κακομεταχείριση, νοσηλευτής, οργάνωση.*

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### ΞΕΝΗ

Abramson, J., Donnley, J. & Mallick, D., 1993. Disagreements in discharge planning: a normative phenomenon. *health and social work*, February, pp. 58-59.

Bass, B., 1985. *Leadership and performance beyond expectations*. New York: Free press.

Bennis, W., 1976. *The unconscious conspiracy : Why leaders can't lead*. New York: Amacon.

Bennis, W. & Nanus, B., 1985. *The leaders the strategies for taking charge*. New York: Harper & Row.

Bertinasco, L.,1990. Strategies for resolving conflict,. *the health care supervisor*, July , pp. 35-37.

Bleich, M., 1999. Managing and leading . Στο: P. Wise, επιμ. *Leading and managing in nursing* . St Louis : Mosby, pp. 2-20.

Burns, J., 1978. *Leadership*. New York :Harper & Row .

Burns, J., Mello, M. & Studdert, D., 2003. Results of a clinical trial on care improvement for the critically ill.. *Crit Care Med*, December, pp. 2107-17.

Constantino, C., 1996. *Designing conflict management systems..* Atlanta : Jossey Bass.

Clinton, M. & Hedricks, J., 1998. Issues and trends in the nurse man agement . In *Management in the Australian health care industry* .ed.Clinton , M., Melbourne: Longman , pp. 453-475.

Dixon, D., 1999. Achieving results through transformational leadership. *Journal Nurs Admin*, Issue 29, pp. 17-21.

Drucker, P., 1980. *The new realities :in government and politics*. New York: Harper & Row.

Farell, G., 2001. From tall poppies to squashed weeds: why won't nurses pull together more?. *Journal Adv Nurs* , Issue 35, pp. 26-33.

Fiedler, A. & Hamby, E., 2000. Sexual harassment in the workplace; nurse's perceptions. *Journal Nurs Admin*, Issue 30, pp. 497-503.

Filey, A., 1975 . *Interpersonal conflict resolution*. scott: Forsman.

- Frederich, M., Strong, R. & Von Gunten, C., 2002. physician–nurse conflict: can nurses refuse to carry out doctors orders. *Journal Palliat Med*, Issue 5, pp. 155-8.
- Fudge, L., 2011. Reduce hours and flexitime. *Journal of Perioper Nurs*, Issue 11, pp. 393-401.
- Geradi, D., 2004. Using mediation techniques to manage conflict and create healthy work environments. 2004, 15:182–185.. *AACN*, Issue 15, pp. 182-185.
- Girvin, J., 1998. *Nursing and leadership*. Basingstoke: Macmillan.
- Gohar, M. & Dicore, H., 1997. *Leadership and management in nursing*.. Stamford: Apleton & Row .
- Høyland, S. ,Aase ,K. ., Hollund, J. & Haugen , A., 2013. What is it about checklists? Exploring safe work practices in surgical teams. In *Trapping Safety into Rules: How Desirable and Avoidable is Proceduralization of Safety?* ed.Beider .Ashgate publishing, pp. 164-188.
- James, A., Donnely, J., King, M. & Mallick, D., 1993. Disagreements in discharge planning: a normative phenomenon. *health and social work*, February, pp. 58-59.
- Katz, J., 2007. conflict and its resolution in the operating room. (2007) 19,152-158.. *Journal of clinical anaesthesia*, Issue 19, pp. 152-158.
- Kaye, J., 1996. Sexual harassment and hostile environments in the preoperative area. *AORN Journal*, Issue 63, pp. 443-449.
- Lemieux-Charles, L., 1994. Managing conflict through negotiation. *Can Med Assoc Journal*, Issue 151, pp. 1129-1132.
- Levenstein, A., 1984. Negotiation vs. confrontation. *Nursing management*, 1(15), pp. 52-53.
- Ligard, L., Espin, S. & Whyte, S., 2004. Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *Qual Saf Health Care*, Issue 13, pp. 330-334.
- Lipcamon, J. & Mainwaring, B., 2004. Conflict resolution in healthcare management. *Radiol Manage*, Issue 26, pp. 48-51.
- Lowenstein, A. ,1994. Discharge planning; a study of nursing staff involvement. April 1994, 45-50.. *Journal of nursing administration*, April, pp. 45-50.
- Madison, L., 1994. RN'S experiences of sex-based and sexual harassment –an empirical study. *Ayst Journal Advanced Nurs*, Issue 14, pp. 29-37.
- Marquis, B. & Jorgesen, C., 1994. Management decision making for nurses. Στο: s.l.: Lippincott Co, pp. 285, 287,291..
- Marriner-Tommay, A., 1996. *Guide to nursing management and leadership*.. St. Louis: C.V. Mosby.

- McElhaney, R., 1996. Conflict management in nursing administration. *Nursing management* , 27(3), pp. 49-50.
- Michael, R., 2001. Survive or thrive ? the impact of workplace trauma on perioperative nurses. *ACORN Journal*, 2(14), pp. 14-19.
- O'Grady-Porter, 2004. O'Grady-Porte Embracing conflict: building a healthy community. *Health Care Management Review* 2004, 29:181–187.. *Health Care Management* , Issue 29, pp. 181-187.
- Pape, T., 1999. A system approach to resolving or conflict 1999 ,69(3).. *AORN journal*, Issue 3, p. 69.
- Parry, K., 1996. *Transformational leadership :Developing an enterprising management culture*. Sydney : Business professional publishing .
- Porter, L., 1996. Conflict. *Seminars in Perioperative Nursing*, Issue 5, pp. 199-126.
- Puttagunta, P., Caulfield, T., & Grenier, G.,2002. Conflict of interest in clinical research: direct payment to the investigators for finding human subjects and health information. *Health Law Rev* , Issue 2, pp. 10-30.
- Riley, R. , Manias, E., & Polglase, A., 2006. Governing the surgical count through communication. *Qual Sof Health care*, Issue 15, pp. 369-374.
- Sands, R. ,Stafford, J., &Mccelland, M., 1990. I beg to differ : conflict in the interdisciplinary team. *social work in health care* , 3(14), pp. 55-100.
- Santamaria, N. & O'Sullivan. ,1998. Stress in perioperative nursing :sources ,frequency and correlations to personality factors. *Journal RCN Aus*, Issue 5, pp. 10-15.
- Senge, P., 1992. *The fifth discipline : the art and the practice organization*. Sydney: Random House.
- Stevens, S., 1985. *The nurse as executive*. 3rd επιμ. Aspen : Gaithersburg,.
- Studdert, D., Mello, M. & Burns, J., 2003. Conflict in the care of patients with prolonged stay in the ICU: types, sources, and predictors. *Intensive Care Med*, Issue 29, pp. 1489-97.
- Sullivan, E & Decker,P. , 2009. Διαχείριση συγκρούσεων. Στο: Θ. Μπελλάλη, επιμ. *Αποτελεσματική ηγεσία και διοίκηση στις υπηρεσίες υγείας*. . 6η επιμ. Αθίνα: Γκιούρδας, pp. 133-141.
- Swansburg, C. & Swansburg, J., 1999. Conflict management. Στο: E. Singleton, επιμ. *Introductory management and leadership for nurses*.. Canada: Jones and Bartlett Publishers, pp. 633-646.
- Tanner, J. & Bailey, G., 2001. Staff rostering in the operating department. *Br Journal Perioper Nurs*, Issue 11, pp. 288-233.

- Thomas, E., Sexton, J. & Helmreich, R., 2003. Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. *Crit Care Med*, Issue 31, pp. 956-9.
- Tichy, N. & Devanna, M., 1986. *Transformational leadership*. New York: Wiley.
- Vats, A., Vincet, C., Nagpal, K. & Davies, R., 2010. Practical challenges of introducing WHO surgical checklist: UK pilot experience. *BMJournal*, p. 340.
- Wæhle, e. a., 2012. Adjusting team involvement: a grounded theory study of challenges in utilizing a surgical safety checklist as experienced by nurses in the operating room. *BMC Nursing*, pp. 11-16.
- Westwood, F., 2001. Doing deals. *Br J perioper Nurs*, Issue 11, pp. 538-541.
- Woodhead, K., 2001. Leadership makes difference. *Br J Perioper Nurs*, Issue 11, pp. 114-118.
- Woodhead, K. & Wicked, A., 2007. *textbook of perioperative care*. Αθήνα: Λαγος.
- Wood, J., Wallace, J. & Zaffane, R., 1998. *Organizational behaviour: an Asia Pacific perspective*. Brisbane: Wiley.
- Yukl, G., 1998. *Leadership in organizations*. New Jersey: Prentice Hall .

## ΕΛΛΗΝΙΚΗ

- Βαγιάτης, Γ. (2002). Οργανωσιακή θεωρία και συμπεριφορά. Αθήνα : Ελληνικό ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Καντάς, Α. (1998). Οργανωτική και βιομηχανική ψυχολογία. Αθήνα : Εκδόσεις Ελληνικά γράμματα.
- Κοντογιάννη, Α. και συν (2011). Διαχείριση συγκρούσεων στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό παιδιατρικών τμημάτων. *Νοσηλευτική*, 50 (3), 320-331.
- Κωσταγιόλας, Π. (2003). Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Αθήνα : Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης.
- Μπουραντάς, Δ. (2002). *Management*. Αθήνα : Εκδόσεις Μπένου.
- Παπαδοπούλου, Δ. (2009). Βια στο χώρο εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού. *Νοσηλευτική*, 48 (4), 379-387.

Πατελάρου, Α. και συν (2012). Διερεύνηση των συγκρούσεων στο χώρο του χειρουργείου / Στάθμιση της ελληνικής εκδοχής του ερωτηματολογίου. In : 23<sup>ο</sup> Πανελλήνιο συνέδριο περιεγχειριτικής νοσηλευτικής, 2-4 Νοεμβρίου 2012 Αθήνα.

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

Φώτης, Θ. & Καλοκαιρινού, Α. (2010). Η ύπαρξη του εκφοβισμού στον εργασιακό χώρο των νοσηλευτών. Φαινόμενο-πρόκληση για τους διευθυντές των νοσηλευτικών υπηρεσιών. Νοσηλευτική, 49 (2), 141-147.

Χατζηκιαν, Γ. (2006). Διαχείριση συγκρούσεων/λήψη αποφάσεων & επικοινωνία - υποκίνηση. Αθήνα : Πρακτικά Ελληνικού κολλεγίου Αθηνών

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

### Παράρτημα Ι

Σχήμα 1. Αλληλεπίδραση του χειρουργείου με άλλα τμήματα





## Παράρτημα II

### Εικόνα 1. Λίστα ελέγχου για την ασφάλεια στο χειρουργείο

Surgical Safety Checklist		
World Health Organization   Patient Safety A World Alliance for Safer Health Care		
<b>Before induction of anaesthesia</b>	<b>Before skin incision</b>	<b>Before patient leaves operating room</b>
(with at least nurse and anaesthetist)	(with nurse, anaesthetist and surgeon)	(with nurse, anaesthetist and surgeon)
<p><b>Has the patient confirmed his/her identity, site, procedure, and consent?</b></p> <input type="checkbox"/> Yes	<p><input type="checkbox"/> <b>Confirm all team members have introduced themselves by name and role.</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Confirm the patient's name, procedure, and where the incision will be made.</b></p> <p><b>Has antibiotic prophylaxis been given within the last 60 minutes?</b></p> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not applicable	<p><b>Nurse Verbally Confirms:</b></p> <input type="checkbox"/> The name of the procedure <input type="checkbox"/> Completion of instrument, sponge and needle counts <input type="checkbox"/> Specimen labelling (read specimen labels aloud, including patient name) <input type="checkbox"/> Whether there are any equipment problems to be addressed
<p><b>Is the site marked?</b></p> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not applicable	<p><b>Anticipated Critical Events</b></p> <p><b>To Surgeon:</b></p> <input type="checkbox"/> What are the critical or non-routine steps? <input type="checkbox"/> How long will the case take? <input type="checkbox"/> What is the anticipated blood loss?	<p><b>To Surgeon, Anaesthetist and Nurse:</b></p> <input type="checkbox"/> What are the key concerns for recovery and management of this patient?
<p><b>Is the anaesthesia machine and medication check complete?</b></p> <input type="checkbox"/> Yes	<p><b>To Anaesthetist:</b></p> <input type="checkbox"/> Are there any patient-specific concerns?	
<p><b>Is the pulse oximeter on the patient and functioning?</b></p> <input type="checkbox"/> Yes	<p><b>To Nursing Team:</b></p> <input type="checkbox"/> Has sterility (including indicator results) been confirmed? <input type="checkbox"/> Are there equipment issues or any concerns?	
<p><b>Does the patient have a:</b></p> <p><b>Known allergy?</b></p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p><b>Is essential imaging displayed?</b></p> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not applicable	
<p><b>Difficult airway or aspiration risk?</b></p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, and equipment/assistance available		
<p><b>Risk of &gt;500ml blood loss (7ml/kg in children)?</b></p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, and two IVs/central access and fluids planned		

This checklist is not intended to be comprehensive. Additions and modifications to fit local practice are encouraged.

Revised 1 / 2009 © WHO, 2009

## Παράρτημα III

### Πίνακας 1. Διαγνωστικό Μοντέλο Σύγκρουσης

#### Κλίμακα απόψεων

Διάσταση	Δύσκολο να επιλυθεί	Εύκολο να επιλυθεί
Υπό συζήτηση θέμα	Θέμα αρχής	Το ζήτημα μπορεί να επιμεριστεί
Μέγεθος συμφερόντων	Μεγάλο	Μικρό
Αλληλεξάρτηση των πλευρών	Μηδενικό άθροισμα	Θετικό άθροισμα
Συνέχεια αλληλεπίδρασης	Απλή συναλλαγή	Μακροπρόθεσμη σχέση
Διάρθρωση των πλευρών	Αμορφη ή κατακερματισμένη, με ανίσχυρη ηγεσία	Συνεκτική, με ισχυρή ηγεσία
Ανάμειξη τρίτων πλευρών	Δεν υπάρχει διαθέσιμη καμία ουδέτερη τρίτη πλευρά	Έμπιστη, ισχυρή, με κύρος και ουδετερότητα
Αντιληπτή εξέλιξη προς τη σύγκρουση	Μη ισοροπημένη: η μία πλευρά αισθάνεται ότι βλάπτεται περισσότερο	Κάθε μία πλευρά έχει προκαλέσει ίδιες βλάβες στην άλλη