



**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ  
ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

## **ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ MASTER**

**«Μέτρηση Οργανωσιακής Κουλτούρας στο Γενικό  
Νοσοκομείο Λεμεσού»**

**Δέσποινα Παπαδοπούλου**

**Επιβλέπουσα Καθηγήτρια  
Δρ. Χριστίνα Β. Οικονομοπούλου**

**Λευκωσία, Δεκέμβριος 2010**

## Ευχαριστίες

Η παρούσα μελέτη αποτελεί προϊόν συλλογικής εργασίας και δε θα ήταν δυνατό να ολοκληρωθεί χωρίς την συμβολή και τη συμπαράσταση όσων με βοήθησαν. Ως εκ τούτου, καταρχήν, ευχαριστώ θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου κα Χριστίνα Οικονομοπούλου για την εμπιστοσύνη, την υπομονή, την καθοδήγηση και την ουσιαστική συμβολή στην εκπόνηση της παρούσας μελέτης.

Δεν θα μπορούσα να παραλείψω να ευχαριστήσω τον κ. Σάββα Ζαννέτο, στατιστικόλόγο, για τη συμβολή του στην στατιστική επεξεργασία, η οποία ήταν πολύτιμη και ουσιαστική.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω το Γιώργο, το Μιχάλη και την Άννα για την υπομονή, την ανοχή, τη συμπαράσταση και την πίστωση χρόνου που μου έδωσαν.

Τέλος, θέλω να ευχαριστήσω όλους τους συναδέλφους που συμμετείχαν στην έρευνα διαθέτοντας το χρόνο τους για να απαντήσουν στα ερωτηματολόγια. Η συμβολή τους στην παρούσα μελέτη είναι ανεκτίμητη καθώς χωρίς τη συμμετοχή τους δε θα μπορούσε να έχει ολοκληρωθεί.

## **ΠΕΡΙΛΗΨΗ.**

Η οργανωσιακή κουλτούρα αποτελεί μέρος της επιστήμης της οργανωσιακής συμπεριφοράς. Σύμφωνα με τους Cooke και συν. (1988), ως οργανωσιακή κουλτούρα, ορίζεται ένα σύνολο συγκεκριμένων συμπεριφορών, που καλούνται συμπεριφερικά πρότυπα, κανόνες ή νόρμες, τις οποίες τα μέλη ενός οργανισμού θεωρούν ότι πρέπει να έχουν, ώστε να ταιριάζουν και να επιβιώνουν εργασιακά, μέσα στον οργανισμό αυτό. Αυτά τα συμπεριφορικά πρότυπα, μπορεί να είναι παραγωγικά ή μη και οδηγούν σε συμπεριφορές και στάσεις, οι οποίες καθορίζουν τον τρόπο με τον οποίο τα μέλη, προσεγγίζουν την εργασία τους και αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Η οργανωσιακή κουλτούρα αποτελεί μια σημαντική μεταβλητή στη διοίκηση μονάδων υγείας.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της μελέτης είναι η αποτύπωση των διαστάσεων της Οργανωσιακής Κουλτούρας των ιατρών και νοσηλευτών του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού, η μέτρηση του βαθμού σύγκρουσης και ασάφειας ρόλων μεταξύ τους όπως και η διερεύνηση της επαγγελματικής τους ικανοποίησης. Η έρευνα του θέματος δεν περιορίζεται στην ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας αλλά επεκτείνεται με τη διεξαγωγή έρευνας και στατιστικής ανάλυσης δεδομένων.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Για τη μέτρηση της οργανωσιακής κουλτούρας επιλέχθηκε ένα ερωτηματολόγιο αυτό-αναφοράς, που αποτελεί μετάφραση του Organizational Culture Profile (OCP), ενώ για τη μέτρηση του βαθμού ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων, δύο κλίμακες των Rizzo et al. προσαρμοσμένες από τον Koustelios et al. (2004). Το υλικό αποτέλεσαν εργαζόμενοι από τον ιατρικό και νοσηλευτικό κλάδο του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού. Διανεμήθηκαν 527 ερωτηματολόγια, επιστράφηκαν 292 συμπληρωμένα (ποσοστό ανταπόκρισης 55.5%). Για την στατιστική επεξεργασία των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS (version 16.0). Σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ( $p$  value) < 0.05 το αποτέλεσμα θεωρήθηκε στατιστικά σημαντικό.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από το σύνολο του δείγματος (ηλικίας 25-65 χρόνων) οι 117 (41.3%) ήταν άνδρες και 166 (58.7%) ήταν γυναίκες. Διαπιστώνεται στατιστικά ότι όλοι οι επαγγελματίες υγείας ανεξαρτήτως της θέσης που κατέχουν, δίνουν μεγάλη σημασία στην αμοιβή από την εργασία τους και θεωρούν πολύ σημαντικό το να έχουν σταθερότητα στο επαγγελματικό τους περιβάλλον. Λιγότερο σημαντική συνολικά θεωρούν την ανταγωνιστικότητα ως διάσταση της κουλτούρας που διέπει την εργασία τους.

Στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρείται όσον αφορά την ανταγωνιστικότητα μεταξύ των εργαζομένων ( $p=0.001$ ) σε σχέση με τις ηλικιακές ομάδες. Διαπιστώνεται ότι νεώτεροι (25-34) ετών, είναι λιγότεροι ανταγωνιστικοί σε σχέση με τους μεγαλύτερους σε ηλικία συναδέλφους τους.

Βρέθηκε επίσης ότι η ασάφεια και σύγκρουση των ρόλων μεταξύ των εργαζομένων είναι συχνή στο εργασιακό τους περιβάλλον.

Όσον αφορά τις επαγγελματικές ομάδες, τα υψηλότερα ποσοστά σύγκρουσης ρόλων, -παρότι δεν κρίνεται ως στατιστικά σημαντική διαφορά -, εμφανίζει το ιατρικό προσωπικό.

Συνολικά όσον αφορά την επαγγελματική ικανοποίηση διαπιστώνεται ότι το προσωπικό στο σύνολο του δεν είναι ικανοποιημένο από την εργασία του. αι αρκετά ικανοποιημένοι αντίστοιχα.

**ΕΥΡΗΜΑΤΑ:** Το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού δεν φαίνεται να διέπεται από μια ισχυρή σε ένταση και έκταση κουλτούρα. Σύμφωνα με τα ευρήματα είναι ξεκάθαρη η δήλωση των εργαζομένων ότι, το τι πιστεύουν ότι είναι σημαντικό για την εργασία τους και το τι βιώνουν στο τμήμα που εργάζονται έχουν μια πολύ ασθενή συσχέτιση. Υπάρχει χάσμα μεταξύ της ιδανικής και της υφιστάμενης οργανωσιακής κουλτούρας. Το νοσοκομείο ως οργανισμός, δεν προάγει τα χαρακτηριστικά αυτά, τα οποία ιατροί και νοσηλευτές, θεωρούν πολύ σημαντικά για το χώρο εργασίας τους, με αποτέλεσμα την χαμηλή ικανοποίησή τους.

## **ABSTRACT**

Organizational culture is part of the science of organizational behaviour. According to Cooke et al. (1988) as organizational culture, defined a set of specific behaviours that are behaving standards, rules or norms, which members believe that an employee must have to fit, to survive and work within the organization. These behavioural patterns can be productive or not and lead to behaviours and attitudes, which determine how the members approach their work and interact. Organizational culture is an important variable in the health care units.

**OBJECTIVE:** The purpose of this survey is the measurement of the Organizational Culture which defines health care workers, which they serve at Limassol General Hospital, and the measurement of the role conflict and role ambiguity among personnel. Also the factors that influence the job satisfaction of the same sample. The investigation of this subject is not limited at the existence bibliography but goes further by a research and a statistical analysis of the data collected.

**MATERIALS AND METHODS:** For the measurement of organizational culture, a self-administered questionnaire was chosen, which is a translated edition of the Organizational Culture Profile (OCP). Additionally two scales, translated into Greek by Koustelios et al (2004), were used for the measurement of role conflict and role ambiguity (Rizzo et al) among the personnel, both based on a Likert scale. Five hundred and twenty five professionals of health were administered and two hundred and ninety two sufficiently filled in questionnaires were evaluated. Statistics was processed with SPSS (version 16.0). Level of statistical importance was considered at  $p < 0.05$ .

**RESULTS:** The sample consisted of 292 participants (Aged 25-65). A percentage of 41.3% (N117) were men and 58.7% (N166) were women. The findings reveal that the main culture type is a combination of the emphasis on reward dimension of culture, as well as the stability, which they consider very important among them. A statistical level of importance was considered at ( $p=0.001$ ) among ages 25-34 revealing that

younger people are less competitiveness than the rest, older personnel. In regard to the role conflict and ambiguity measurement the findings reveal high scores among doctors and nurses. Moreover, higher scores about role conflict were mentioned by doctors. Considering job satisfaction measurement the personnel's satisfaction is low.

**FINDINGS:** Limassol General Hospital does not seem to be governed by a strong intense and extent culture. According to the findings, there is a clear statement of the workers that what they believe are important for their work and what they experience working in the section have a very weak correlation. There is a gap between the ideal and the existing organizational culture. The hospital as an organization does not promote those characteristics that doctors and nurses are considered very important in the workplace, resulting in lower satisfaction.

## Περιεχόμενα

	Σελ.
Ευχαριστίες	2
Περίληψη	3-4
Abstract	5-6
Εισαγωγή	10-14

### ΜΕΡΟΣ Α: ΓΕΝΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

#### Κεφάλαιο 1 – ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ

1.1 Η έννοια της Οργανωσιακής Κουλτούρας	15-18
1.2 Ιδιότητες της Οργανωσιακής Κουλτούρας	19
1.3 Το περιεχόμενο της Οργανωσιακής Κουλτούρας	20-21
1.4 Οργανωσιακή Κουλτούρα και Ηγεσία	22-23
1.5 Σχέση Ευθύνης και Εξουσίας	24-25
1.6 Οργανωσιακή Κουλτούρα και Αλλαγή στον κλινικό χώρο	26-33
1.7 Οργανωσιακή Κουλτούρα στις Υπηρεσίες Υγείας	34-35

#### Κεφάλαιο 2 – ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ

2.1 Μελέτες μέτρησης της Οργανωσιακής Κουλτούρας	36-37
2.2 Ποιοτικές – Ποσοτικές μελέτες μέτρησης	38-39
2.3 Ερευνητικά εργαλεία μέτρησης	40-45
2.4 Σημασία μελέτης	45
2.5 Organization Culture Profile (OCP)	46-47

## Κεφάλαιο 3 – ΣΥΓΚΡΟΥΣΗ ΚΑΙ ΑΣΑΦΕΙΑ ΡΟΛΩΝ

3.1 Σύγκρουση και ασάφεια ρόλων στο νοσοκομειακό περιβάλλον	48
3.2 Αίτια Συγκρούσεων	49
3.3 Ασάφεια ρόλων ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας	50

## ΜΕΡΟΣ Β: ΕΙΔΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Κεφάλαιο 1 – ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	51-52
---------------------------------	-------

## Κεφάλαιο 2 – ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

2.1 Συμμετέχοντες	53-54
2.2 Περιγραφή του ερευνητικού εργαλείου	54-58
2.3 Πιλοτική Μελέτη	59
2.4 Συγκέντρωση δεδομένων	60

## Κεφάλαιο 3 – ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

3.1 Έλεγχος αξιοπιστίας - εγκυρότητας	60-62
3.2 Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος	63-66
3.3 Μέτρηση της Οργανωσιακής Κουλτούρας	66-73
3.4 Μέτρηση Σύγκρουσης και Ασάφειας ρόλων	73-78
3.5 Επαγγελματική ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας	79-84



## Κεφάλαιο 4 – ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

4.1 Συζήτηση αποτελεσμάτων της Οργανωσιακής Κουλτούρας 85-89

4.2 Συζήτηση αποτελεσμάτων Σύγκρουσης και Ασάφειας ρόλων 90-94

Κεφάλαιο 5 – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ 95-98

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 99-109

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι – Διαγραμματική απεικόνιση δημογραφικών δεδομένων 110-112

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ – Εργαλεία μέτρησης οργανωσιακής κουλτούρας 113-122

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ – Επιστολές έγκρισης διεξαγωγής της έρευνας 123-128

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Στη διεθνή βιβλιογραφία, η μελέτη της οργανωσιακής κουλτούρας (organizational culture), του συνόλου δηλαδή των γραπτών και άγραφων κανόνων, των αξιών και των συμπεριφορών των μελών ενός οργανισμού, έχει αναγνωριστεί ως ουσιαστικός παράγοντας που σχετίζεται με την απόδοση των οργανισμών (Cameron et al 1991, Hoffman et al 2000, Jones et al. 2000, Corbett et al 2000, Mallak et al 2003, Scholl, 2003).

Την τελευταία δεκαετία, μελέτες στη διεθνή βιβλιογραφία, επισημαίνουν ότι οι όποιες διαρθρωτικές αλλαγές σε έναν οργανισμό, δεν αποτελούν από μόνες τους ικανά στοιχεία βελτίωσης της ποιότητας και της αποδοτικότητας των Υπηρεσιών Υγείας ( Le Grand et al 1998, Shortell et al 1998). Τα αποτελέσματα αυτών των μελετών, προβλημάτισαν ερευνητές και ακαδημαϊκούς, που άρχισαν να επικεντρώνουν το ερευνητικό τους ενδιαφέρον, στην καταγραφή και αποτύπωση των οργανισμών. Οι μελετητές προσέγγισαν τους οργανισμούς ερμηνευτικά και θεωρητικά ως σύνολα, στα οποία εμπλέκονται άνθρωποι και τα οποία διέπονται από γραπτούς και άγραφους κανόνες.

Οι άγραφοι κανόνες, δρουν κάτω από την επιφάνεια των γραπτών κανόνων και διαδικασιών χωρίς να δημιουργούν κανένα πρόβλημα έως την στιγμή που η λογική τους, έρχεται σε σύγκρουση με τις προθέσεις και τις στρατηγικές της διοίκησης του οργανισμού. Στην περίπτωση αυτή, οι κανόνες λειτουργούν ως τροχοπέδη και ως ανασταλτικός παράγοντας κάθε προσπάθειας αλλαγής, μέσα στον ίδιο τον οργανισμό. Η ανάλυση των άγραφων κανόνων ενός οργανισμού, βασίζεται στην κατανόηση των αξιών, των απόψεων, των συμπεριφορών και των κινήτρων των ατόμων που εργάζονται σε αυτόν και είναι απαραίτητη προϋπόθεση, για να επιτευχθεί η οποιαδήποτε αλλαγή.

Η ανάλυση των γραπτών κανόνων επιτρέπει στους εργαζόμενους να έχουν απόλυτα οροθετημένους στόχους και υποδεικνύει τα προσόντα, τις δεξιότητες και τις συμπεριφορές που απαιτούνται, για την επιτυχή επιτέλεση της εργασίας τους (Management thinking 1999).

Συνεπώς, η γνώση των γραπτών και άγραφων κανόνων σε ένα οργανισμό, είτε πρόκειται για μία εμπορική επιχείρηση είτε πρόκειται για ένα οργανισμό όπως οι Υπηρεσίες Υγείας, είναι ο ακρογωνιαίος λίθος για να μπορέσουν να σχεδιαστούν οι παρεμβάσεις εκείνες, που θα βελτιώσουν παραμέτρους του οργανισμού που χρειάζονται αλλαγή με στόχο την μείωση των αδυναμιών αλλά και την αύξηση της παραγωγικότητας και αποδοτικότητας.

Οι μελέτες που αφορούν στην οργανωσιακή κουλτούρα, επικεντρώνονται κυρίως στην αποτύπωση -ανάλογα με τις παραμέτρους που εξετάζουν- τύπων κουλτούρας που ευνοούν ή δυσχεραίνουν τη λειτουργικότητα και κατ' επέκταση, την απόδοση και την ποιότητα των υπηρεσιών, που ένας οργανισμός παρέχει (Wilkins et al 1983, Shortell et al 1996, Meterko et al 2004). Στην πραγματικότητα όμως, η ακριβής συσχέτιση της απόδοσης, με τον τύπο κουλτούρας που διέπει ένα οργανισμό και της επιτυχίας ή αποτυχίας στην επίτευξη των στόχων του δεν είναι ιδιαίτερα απλή ερευνητική διαδικασία (Marcoulides et al 1993).

Έχει επίσης υποστηριχτεί, ότι η οργανωσιακή κουλτούρα, μπορεί να μελετηθεί είτε προσεγγίζοντας ένα οργανισμό ως σύνολο (Marcoulides et al 1993), είτε προσεγγίζοντας την κουλτούρα ανά ιεραρχικό επίπεδο ή ανά επαγγελματική ομάδα (Cooke & Rousseau 1988), στα πλαίσια του οργανισμού.

Σύμφωνα με τους τελευταίους ερευνητές, οι υποομάδες, αναπτύσσουν τους δικούς τους τύπους κουλτούρας και επιδρούν θετικά ή αρνητικά, στην απόδοση ενός οργανισμού. Οι ομάδες αυτές είναι ιδιαίτερα διακριτές στους οργανισμούς υγείας, στους οποίους υπάρχουν πολλές και διαφορετικές κατηγορίες επαγγελματικών ομάδων.

Επομένως, το να προσπαθήσει κάποιος όπως διαπιστώνει ο Seel (2001), να φέρει στην επιφάνεια, να περιγράψει, να μελετήσει και να αποτυπώσει την κουλτούρα που διέπει ένα οργανισμό: “είναι το πρώτο βήμα μίας λογικής διαδικασίας αλλαγής, που οδηγεί στην ανάπτυξη ενός οργανισμού από ένα δεδομένο σημείο σε ένα νέο. Είναι η

αρχή των διαπραγματεύσεων που μπορεί να οδηγήσει σε αλλαγή της ίδιας της κουλτούρας του οργανισμού” (Seel 2001).

Η οργανωσιακή κουλτούρα αποτελεί μέρος της επιστήμης της οργανωσιακής συμπεριφοράς. Η οργανωσιακή συμπεριφορά είναι η μελέτη της συμπεριφοράς των ατόμων και των ομάδων που εργάζονται στον οργανισμό, καθώς και η μελέτη συμπεριφοράς του ίδιου του οργανισμού, με σκοπό να πετύχει ο οργανισμός τα αναμενόμενα αποτελέσματα.

Η μελέτη της οργανωσιακής συμπεριφοράς περιλαμβάνει τρία επίπεδα ανάλυσης.

- Το πρώτο έχει σχέση με τη συμπεριφορά του ατόμου,
- Το δεύτερο με τη συμπεριφορά της ομάδας και
- Το τρίτο με τη μελέτη συμπεριφοράς του ίδιου του οργανισμού.

Σε όλες τις περιπτώσεις η ανθρώπινη συμπεριφορά θεωρείται σαν η βασική μεταβλητή στην κατανόηση της οργανωσιακής διαδικασίας. Αυτήν την ανθρώπινη συμπεριφορά μπορεί και πρέπει ο μάνατζερ να την επηρεάσει αν θέλει να πραγματοποιήσει τους σκοπούς της επιχείρησης. Έτσι η οργανωσιακή συμπεριφορά εστιάζει τη μελέτη της σε παρατηρήσιμες συμπεριφορές, μελετά τη συμπεριφορά των ατόμων ως ανεξάρτητα άτομα, αλλά και ως μέλη μίας ομάδας και αναλύει τη συμπεριφορά των ομάδων και των οργανισμών.

Η συμπεριφορά των ατόμων δεν μπορεί να μελετηθεί ανεξάρτητα. Είναι απαραίτητο να κατανοηθεί η σχέση της με άλλες μεταβλητές, όπως για παράδειγμα με την επίσημη δομή του οργανισμού, με τα εκτελούμενα καθήκοντα, με τη χρησιμοποιούμενη τεχνολογία, με τη μεθοδολογία εκτέλεσης της εργασίας, με τις διαδικασίες διοίκησης και με τις επιδράσεις από το εξωτερικό περιβάλλον.

Η οργανωσιακή συμπεριφορά είναι επομένως ένας κλάδος που περιγράφει, αναλύει, εξηγεί και προβλέπει την ανθρώπινη συμπεριφορά που εκδηλώνεται στο περιβάλλον της επίσημης δομής του οργανισμού. Οι βασικές επιστήμες της συμπεριφοράς που

συνεισφέρουν περισσότερο στον κλάδο της οργανωσιακής συμπεριφοράς, είναι η ψυχολογία, η κοινωνιολογία και η ανθρωπολογία. Βεβαίως η οργανωτική συμπεριφορά επηρεάζεται ακόμη από την οικονομία και τις πολιτικές επιστήμες.

Οι επιστήμονες της συμπεριφοράς προσπαθούν να προβλέψουν την ανθρώπινη συμπεριφορά, κάτω από ορισμένες καταστάσεις και συνθήκες και αυτό γιατί οι άνθρωποι και το περιβάλλον αλλάζουν. Κάθε κλάδος χρησιμοποιεί τη δική του μεθοδολογία για την κατανόηση σπουδαιών περιοχών, όπως οι ατομικές διαφορές, οι κοινωνικές επιδράσεις, τα κίνητρα κλπ.

Είναι γνωστό ότι οποιαδήποτε ενέργεια λαμβάνει χώρα στον οργανισμό, έχει μία επίδραση στη συμπεριφορά των ατόμων. Η επίδραση αυτή επεκτείνεται ακόμα στους πελάτες και τους προμηθευτές. Με άλλα λόγια το γεγονός αυτό έχει σχέση με την επιβίωση του ίδιου του οργανισμού, αφού τα «ανθρώπινα προβλήματα» αποτελούν την κύρια αιτία της επιτυχίας ή αποτυχίας του οργανισμού. Επομένως η οργανωσιακή συμπεριφορά ως πεδίο μελέτης, είναι σπουδαίο για τους μάνατζερ και τους υπαλλήλους για να γίνουν αποτελεσματικότεροι στο έργο τους.

Οι προκλήσεις του 21ου αιώνα είναι ορατές και πραγματικές. Γι' αυτό και η μελέτη της οργανωτικής συμπεριφοράς πρέπει να λάβει υπόψη αυτό το δυναμικό περιβάλλον, που συνεχώς αλλάζει και που μέσα σε αυτό καλούνται να λειτουργήσουν και να επιζήσουν οι επιχειρήσεις και οι οργανισμοί.

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η ανάλυση της έννοιας και της λειτουργίας της οργανωσιακής κουλτούρας, στα πλαίσια του Κυπριακού συστήματος Υγείας και ειδικότερα στο Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού. Μέχρι στιγμής δεν έχει δημοσιευθεί κάποια ανάλογη έρευνα και κατά συνέπεια τα ευρήματα θα έχουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Η έννοια αυτή είναι σχεδόν άγνωστη στις επαγγελματικές ομάδες του νοσοκομείου Λεμεσού συνεπώς λαμβάνοντας μέρος σ' αυτή την έρευνα θα δοθεί η ευκαιρία στο προσωπικό να διερωτηθεί και να μάθει για την κουλτούρα που διέπει το νοσοκομείο.

Η διερεύνηση του συγκεκριμένου θέματος δεν περιορίζεται μόνο στην συλλογή πληροφοριών από την υπάρχουσα βιβλιογραφία, αλλά επεκτείνεται και σε πρακτικό επίπεδο με την πραγματοποίηση έρευνας, μέσω της διανομής ερωτηματολογίου και στατιστικής ανάλυσης δεδομένων.

Επιδιώκεται έτσι να αναδειχθεί η σημαντικότητα της έγκυρης και έγκαιρης διαπίστωσης του τύπου κουλτούρας που επικρατεί στον οργανισμό και της κατάλληλης διαχείρισης της από τη διοίκηση προς όφελος του νοσοκομείου.

Η σύμπλευση ή μη της οργανωσιακής κουλτούρας με τους στόχους του οργανισμού αποτελεί ένα βασικό ερώτημα. Αν η κουλτούρα σπρώχνει τους εργαζόμενους να κινηθούν προς την ίδια κατεύθυνση με την αποστολή και το υστέρημα του νοσοκομείου ή προς την αντίθετη.

Μια βασική παράμετρος προς διερεύνηση είναι η έκταση της κουλτούρας. Δηλαδή αφενός ο βαθμός στον οποίο αυτή είναι διαδεδομένη μεταξύ των εργαζομένων και αφετέρου ο βαθμός στον οποίο αποτελεί ένα ενιαίο και ολιστικό σύστημα παραδοχών. Κατά κανόνα υπάρχουν επιμέρους υποκουλτούρες, οι οποίες χαρακτηρίζουν τα διαφορετικά τμήματα, τις διαφορετικές επαγγελματικές ομάδες του οργανισμού. Οι υποκουλτούρες αυτές είναι ιδιαίτερα ευκρινείς στους οργανισμούς υπηρεσιών υγείας λόγω του ότι υπάρχουν πολλές και διαφορετικές κατηγορίες επαγγελματικών ομάδων.

## **ΜΕΡΟΣ Α: ΓΕΝΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 – ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ**

#### **1.1 Η έννοια της οργανωσιακής κουλτούρας**

Η έννοια της οργανωσιακής κουλτούρας, απέκτησε ερευνητικό ενδιαφέρον στο τέλος της δεκαετίας του 1970, για τους επιστήμονες που προέρχονταν από τον χώρο της κοινωνιολογίας, της οργανωσιακής ψυχολογίας, της ανθρωπολογίας, και τους ειδικούς στη διοίκηση και στη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού.

Αρκετοί δε ερευνητές και ακαδημαϊκοί (Peters et al 1982, Bercovici et al 2001), υποστηρίζουν, ότι το αυξημένο ερευνητικό ενδιαφέρον που εκδηλώθηκε στα τέλη της δεκαετίας του 1970, προέκυψε από την ανάγκη να αποκαλυφθούν και να καταγραφούν τα χαρακτηριστικά εκείνα που έκαναν τις ιαπωνικές εταιρίες πιο ανταγωνιστικές και σε μεγαλύτερο βαθμό αποδοτικές από τις αντίστοιχες δυτικές εταιρίες (Ouchi et al 1985).

Η ανάγκη αυτή, αποτέλεσε το έναυσμα για τη δημιουργία ενός μεγάλου αριθμού βιβλιογραφικού υλικού, που ποικίλει και παρουσιάζει σημαντικές διαφοροποιήσεις στις απόψεις που διατυπώνουν επιστήμονες και ακαδημαϊκοί σχετικά με την οργανωσιακή κουλτούρα. (Cooke & Lafferty 1987, Glaser et al 1987, Hofstede et al 1990, Cameron et al 1991, Cooke & Szumal 1991, Fletcher & Jones 1992, Feldman & Rafaeli 2002, Garsten 2003, Chan et al 2004).

Σύμφωνα με το επιστημονικό υπόβαθρο του κάθε ερευνητή, η οργανωσιακή κουλτούρα αναλύεται, περιγράφεται και μετριέται με όρους και αξίες ανάλογες της προσέγγισης, που καθορίζουν τα πλαίσια της επιστήμης, που χρησιμοποιεί ο ερευνητής για να την ερμηνεύσει. Η μέτρηση της, η συσχέτισή της με τις δομές και η επίδραση της στην ανάπτυξη ενός οργανισμού μελετήθηκαν διεξοδικά (Cooke et al 1988, Frusti et al 2003, Chan et al 2004, Gershon et al 2004).

Παρόλα αυτά, δεν έχει υπάρξει ένας σαφής και ακριβής ορισμός που να είναι κοινά αποδεκτός από τους μελετητές. Ο Schein το 1990, δήλωνε, ότι δεν υπάρχει συμφωνία μεταξύ των μελετητών, σχετικά με το τι σημαίνει ή τι πρέπει να σημαίνει οργανωτική κουλτούρα, με ποια μέθοδο θα πρέπει να καταγράφεται και να μετριέται, πως συσχετίζεται με περισσότερο παραδοσιακές βιομηχανικές και οργανωσιακές θεωρίες και με ποιους τρόπους θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί στις προσπάθειες μας να βοηθήσουμε τους οργανισμούς (Schein 1990).

Η αδυναμία αυτή του ακριβή ορισμού της οργανωτικής κουλτούρας, αντανakλάται στον αριθμό των ορισμών που έχουν δοθεί και στις θεωρίες που έχουν αναπτυχθεί, οι οποίες υιοθετούν διαφορετικές ερμηνευτικές προσεγγίσεις για την έννοια της.

Ο Goffman το 1959, καθώς και ο Van Maanen το 1979, θεώρησαν την οργανωτική κουλτούρα, ως ένα σύνολο συμπεριφοριστικών ρυθμίσεων. Το ίδιο έτος, ο Pettigrew διατυπώνει την άποψη ότι τα σύμβολα, οι ιδέες, οι τελετουργίες και οι μύθοι αποτελούν την κουλτούρα ενός οργανισμού (Petigrew 1979). Ο Weick αντίθετα, ερμηνεύει την κουλτούρα ως πρότυπο γνωστικών διαδικασιών (Weick 1979).

Για τους Ouchi και Pascale, η οργανωτική κουλτούρα, ορίζεται ως η φιλοσοφία που οδηγεί την πολιτική ενός οργανισμού. (Ouchi 1981, Pascale et al 1981). Ενώ για τον Peters και τους συνεργάτες του (1982), η κουλτούρα δεν είναι τίποτε άλλο από μία πίστη και μία δέσμευση για μία εξαιρετική επίδοση του οργανισμού.

Στην πραγματικότητα, η διαφοροποίηση αυτή των ορισμών, οφείλεται στα χαρακτηριστικά που συνθέτουν την κουλτούρα ενός οργανισμού και τα οποία καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα κοινωνικών φαινομένων. Η γλώσσα, η συμπεριφορά, οι απόψεις, οι αξίες, οι υποθέσεις, τα σύμβολα, τα επίπεδα διοίκησης και οι διαδικασίες, αποτελούν επιμέρους χαρακτηριστικά ενός οργανισμού και συνθέτουν την συνολική εικόνα του.

Ο Schein, (1985a, 1990), όμως ήταν αυτός που η εργασία του επηρέασε τους μελετητές της οργανωσιακής κουλτούρας, καθορίζοντας ένα θεωρητικό πλαίσιο –



μοντέλο για την ερμηνευτική προσέγγιση, της έννοιας της οργανωσιακής κουλτούρας.

Σύμφωνα με τον Schein (1985a), η οργανωσιακή κουλτούρα υπάρχει εξίσου σε τρία επίπεδα: στο επιφανειακό επίπεδο, υπάρχουν τα ορατά αποτελέσματα της δραστηριότητας και της συμπεριφοράς των μελών ενός οργανισμού, στο δεύτερο επίπεδο, υπάρχουν οι αξίες που διέπουν τον οργανισμό και στο τρίτο επίπεδο, υπάρχουν οι βασικές υποθέσεις, που όπως υποστηρίζει, αποτελούν και την ουσία της κουλτούρας ενός οργανισμού. Ο ίδιος, όρισε την οργανωσιακή κουλτούρα ως το σχέδιο (πρότυπο), βασικών υποθέσεων που μία συγκεκριμένη ομάδα ατόμων έχει εφεύρει, ανακαλύψει, ή αναπτύξει για να μπορεί να αντιμετωπίζει τα προβλήματα της.

Τα προβλήματα αυτά, μπορεί να είναι προβλήματα εξωτερικής προσαρμογής ή προβλήματα εσωτερικής αφομοίωσης και η ομάδα έχει επεξεργαστεί το σχέδιο τόσο καλά, ώστε να το θεωρεί πολύτιμο και για το λόγο αυτό, να το διδάσκει στα νέα μέλη του οργανισμού, ως τη σωστή μέθοδο αντίληψης, σκέψης και αίσθησης για την επίλυση όλων των προβλημάτων (Schein 1985a).

Χαρακτηριστική είναι η παρατήρηση του Pacanowsky και συν. (1983), για την δυσκολία ερμηνείας της έννοιας της οργανωσιακής κουλτούρας. Όπως αναφέρει: « η οργανωσιακή κουλτούρα δεν είναι ένα ακόμη κομμάτι του πάζλ αλλά το ίδιο το πάζλ...δεν είναι κάτι που έχει ένας οργανισμός αλλά κάτι που ένας οργανισμός είναι» (Pacanowsky et al. 1983).

Παραμένουν δε αναπάντητα ερωτήματα, σχετικά με το νόημα της κουλτούρας (Martin & Siehl 1983, Louis et al. 1983), τις μεθόδους με τις οποίες αυτή πρέπει να μετρηθεί (Schein 1984, Sashkin & Fulmer 1985, Gershon et al. 2004) και κυρίως με τη δυνατότητα αλλαγής της κουλτούρας ενός οργανισμού και της κατεύθυνσης που αυτή η αλλαγή θα πρέπει να πάρει (Jones et al.2000, Lok & Crawford 2004).

Εύστοχα οι ερευνητές Ouchi & Wilkins (1985), διατύπωσαν την άποψη ότι:

“Το να ασχολείται κανείς με την οργανωσιακή κουλτούρα και να συλλέγει βιβλιογραφικό υλικό σχετικά με αυτή, είναι ευχαρίστηση, γιατί σε μεγάλο βαθμό οι σχετικές μελέτες φέρνουν στο φως, τη μεγαλοπρέπεια και τη ζωτικότητα των ατόμων που ζούνε και εργάζονται μαζί. Αυτές οι μελέτες ανακαλούν τον ενθουσιασμό, το πάθος και το δράμα της κοινωνικής ζωής, η οποία συνεχίζει να είναι σημείο αναφοράς και αιτία για τη μελέτη των οργανισμών” (Ouchi & Wilkins 1985).

Ενώ ο Ott, (1989), αναλύοντας σε μεγαλύτερο βαθμό τη δυσκολία που παρουσιάζει η ερμηνευτική προσέγγιση της κουλτούρας, δήλωσε ότι αποτελεί μία έννοια που σε μεγάλο βαθμό καθορίζεται από τον τρόπο που κάποιος την αντιλαμβάνεται.

“Το πρώτο βήμα, σύμφωνα πάντα με τον Ott, για την κατανόηση της οργανωσιακής κουλτούρας είναι να υπάρχει η εκτίμηση ότι αποτελεί μία έννοια και όχι ένα αντικείμενο. Ένα αντικείμενο, μπορεί να ανακαλυφθεί και να καθοριστούν αλήθειες, παραδείγματος χάριν μέσα από εμπειρικές μελέτες που το διέπουν. Αντίθετα μία έννοια, είναι δημιούργημα της ανθρώπινης σκέψης, δημιούργημα το οποίο θα πρέπει ο ερευνητής, να το φέρει στην επιφάνεια, να το ορίσει και να το βελτιώσει”.

Ακολουθώντας λοιπόν την αιτιολογική ερμηνεία του Ott (1989), και θεωρώντας την έννοια της οργανωσιακής κουλτούρας ως μετρήσιμη ερευνητική οντότητα, η παρούσα μελέτη υιοθετεί τον ορισμό των Cooke & Rousseau (1988), που δίνει στον ερευνητή τη δυνατότητα, να αποδώσει και να καταγράψει μορφές κουλτούρας, που το σύνολό τους σκιαγραφεί το προφίλ ενός οργανισμού.

Σύμφωνα με τους Cooke και συν.(1988), ως οργανωσιακή κουλτούρα (organizational culture), ορίζεται ένα σύνολο συγκεκριμένων συμπεριφορών, που καλούνται συμπεριφερικά πρότυπα (behavioral norms), κανόνες ή νόρμες, τις οποίες τα μέλη ενός οργανισμού θεωρούν ότι πρέπει να έχουν, ώστε να ταιριάζουν και να επιβιώνουν εργασιακά, μέσα στον οργανισμό αυτό. Αυτά τα συμπεριφορικά πρότυπα, μπορεί να είναι παραγωγικά ή μη και οδηγούν σε συμπεριφορές και στάσεις, οι οποίες καθορίζουν τον τρόπο με τον οποίο τα μέλη, προσεγγίζουν την εργασία τους και αλληλεπιδρούν μεταξύ τους.

## **1.2 Ιδιότητες της οργανωσιακής κουλτούρας**

Η κουλτούρα μιας ομάδας ή μιας οργάνωσης είναι αποτέλεσμα εξελικτικής πορείας μάθησης και απασχόλησε αρκετούς ερευνητές. Ο Kilmann αναφέρει ότι «η κουλτούρα διαμορφώνεται κάπως γρήγορα, με βάση την αποστολή, τις ρυθμίσεις, και τις απαιτήσεις γύρω από την έννοια «επιτυχία»: Υψηλή ποιότητα, αποδοτικότητα, εξυπηρέτηση πελάτη, αξιοπιστία προϊόντων, καινοτομίες, σκληρή δουλεία».

Και αλλού αναφέρει ο ίδιος: «Η κουλτούρα δεσμεύει τη φαντασία και την ενέργεια των ανθρώπων. Τα συστήματα αμοιβών, οι πολιτικές, οι διαδικασίες που διαμορφώνονται δείχνουν ποια είδη συμπεριφοράς και ποιες στάσεις είναι απαραίτητες για την επιτυχία».

Ο Pettigrew (1990) αποδίδει μεγάλο μέρος της κουλτούρας στον ιδρυτή της οργάνωσης, πιο συγκεκριμένα στον επιχειρηματία (εξειδικεύοντας στην περίπτωση της επιχείρησης) ο οποίος συμβάλλει στη δημιουργία συμβόλων, ιδεολογίας, δοξασιών και τελετουργίας, ακόμα και μύθων.

Μεταγενέστερα, οι Black & Mouton εξηγούν το σχηματισμό κουλτούρας (κλίματος ή climate όπως την ονομάζουν) σαν αλληλεπίδραση μεταξύ της οργάνωσης και των ατόμων.

Ο E. Schein υπογραμμίζει, ότι υπάρχουν διάφορες εξηγήσεις γύρω από το σχηματισμό της κουλτούρας και συνοψίζει τρία ρεύματα στη θεωρία του, που συμβάλλουν από τη σκοπιά του, στην εξήγηση του πως σχηματίζεται μια κουλτούρα. Πρόκειται για την ψυχοδυναμική θεωρία (δυναμική ομάδων), τη θεωρία της ηγετικής συμπεριφοράς και τη θεωρία της μάθησης. (Μπουραντάς, 2002).

### **1.3 Το περιεχόμενο της οργανωσιακής κουλτούρας**

Η κουλτούρα αντιπροσωπεύει το άγραφο, το συναισθηματικό κομμάτι του οργανισμού. Όλοι μετέχουν στην κουλτούρα, αλλά κατά κανόνα η κουλτούρα περνάει απαρατήρητη. Μόνο όταν ένας οργανισμός προσπαθεί να εφαρμόσει αλλαγές αντιλαμβάνεται το μέγεθος της δύναμης που έχει η κουλτούρα.

Η κουλτούρα ενός οργανισμού υπάρχει σε δύο επίπεδα. Στην επιφάνεια βρίσκονται τα ορατά έργα και οι παρατηρήσιμες συμπεριφορές καθώς και τα σύμβολα, οι ιστορίες και οι τελετές. Τα ορατά αυτά στοιχεία της κουλτούρας αντικατοπτρίζουν βαθύτερες αξίες. Αυτές οι βαθύτερες αξίες, παραδοχές, πεποιθήσεις και διαδικασίες σκέψης είναι η πραγματική κουλτούρα. (Daft R., 2005).

Η κουλτούρα δίνει στα μέλη ενός οργανισμού μια αίσθηση οργανωσιακής ταυτότητας δημιουργώντας με αυτό τον τρόπο μια δέσμευση προς τις συγκεκριμένες πεποιθήσεις και αξίες.

Παράλληλα η κουλτούρα εξυπηρετεί δύο καίριες λειτουργίες στον οργανισμό: (i) να συσπειρώσει τα μέλη κάνοντάς τα να αντιλαμβάνονται ποια είναι η σχέση μεταξύ τους. Μέσα από την ανάπτυξη της συλλογικής ταυτότητας γνωρίζουν πώς να συνεργάζονται αποτελεσματικά. Η κουλτούρα είναι αυτή που διέπει τις καθημερινές εργασιακές σχέσεις και καθορίζει τον τρόπο αντιμετώπισης συγκεκριμένων καταστάσεων, καθορίζει ποιες συμπεριφορές είναι αποδεκτές και ποιες όχι. Και (ii) να βοηθήσει στην προσαρμογή του οργανισμού στο εξωτερικό περιβάλλον. Η κουλτούρα που διέπει τον κάθε οργανισμό είναι αυτή που καθορίζει και την εικόνα του προς τα έξω μέσω του τρόπου συναλλαγής με τρίτους και μέσω του τρόπου που επιτυγχάνει τους στόχους του (Collins, 1994).

Η κουλτούρα του οργανισμού καθοδηγεί επίσης τη λήψη αποφάσεων από τους εργαζομένους όταν δεν υπάρχουν γραπτοί κανόνες ή συγκεκριμένες πολιτικές σαφώς καθορισμένες (Mallak L., 2001).

Με αυτό τον τρόπο και οι δύο λειτουργίες της οργανωσιακής κουλτούρας συνδέονται με τη συνοχή του οργανισμού και την εικόνα που παρουσιάζει προς τα έξω είτε θετικά είτε αρνητικά.

Η ερμηνεία του περιεχομένου της κουλτούρας γίνεται με βάση τα ορατά σύμβολα τα οποία μπορούν να μελετηθούν αλλά είναι δύσκολη η επακριβής επεξήγησή τους. Για να αποκρυπτογραφήσουμε αυτό που πραγματικά ισχύει και επικρατεί σε ένα οργανισμό ίσως να πρέπει να έχουμε κάποια πρόσβαση και εμπειρία εκ των έσω. Μια τελετή σε ένα οργανισμό ίσως να έχει διαφορετική ερμηνεία από ότι σε κάποιον άλλο.

Μερικά από τα στοιχεία που απαρτίζουν την οργανωσιακή κουλτούρα είναι τα έθιμα και οι τελετές, οι ιστορίες, τα σύμβολα και η γλώσσα.

Έθιμα και τελετές: σχεδιασμένες ενέργειες που συνιστούν μια ειδική εκδήλωση και γίνονται για χάρη κάποιου ακροατηρίου. Οι εκδηλώσεις αυτές γίνονται με σκοπό να δημιουργήσουν δεσμούς ανάμεσα στους συναδέλφους ενισχύοντας κάποιες συγκεκριμένες αξίες. Σύμφωνα με τον Daft (2005), υπάρχουν τέσσερα είδη τελετών τα οποία χρησιμοποιούνται από τους μάνατζερ για να δώσουν την απαιτούμενη έμφαση στις συγκεκριμένες αξίες της οργανωσιακής κουλτούρας του οργανισμού και αυτές είναι οι τελετουργίες διέλευσης, ενίσχυσης, ανανέωσης και ενσωμάτωσης.

Ιστορίες : αφορούν το παρελθόν, βασισμένες σε πραγματικά γεγονότα οι οποίες μεταφέρονται με τέτοιο τρόπο, συνήθως στους νέους υπαλλήλους, ούτως ώστε να ενισχύουν και να προάγουν την κουλτούρα του οργανισμού (Μπουραντάς, 2002).

Με τον τρόπο αυτό διατηρούνται ζωντανές οι αξίες του οργανισμού και διασφαλίζεται το γεγονός ότι όλοι αντιλαμβάνονται με τον ίδιο τρόπο τις όποιες καταστάσεις.

Σύμβολα: είναι ενδεχομένως κάποια εργαλεία, κάποια εμφανή σήματα και σλόγκαν τα οποία εκφράζουν, συμβολίζουν τις βαθύτερες αξίες ενός οργανισμού (Μπουραντάς , 2002). Τα σύμβολα διαθέτουν ισχύ, γιατί εστιάζουν την προσοχή σε κάτι συγκεκριμένο, το οποίο αντιπροσωπεύει το περιεχόμενο της οργανωσιακής κουλτούρας .

Γλώσσα: κάποιες ειδικές εκφράσεις που χρησιμοποιούνται από το σύνολο του ανθρώπινου δυναμικού ενός οργανισμού και έχουν ένα συγκεκριμένο και μοναδικό νόημα γι'αυτούς. Η ειδική αυτή ορολογία χρησιμοποιείται για να εκφράσει κάποια πιστεύω και αξίες τα οποία αποτελούν στοιχεία της κουλτούρας του οργανισμού (Μπουραντάς, 2002).

## **1.4 Οργανωσιακή κουλτούρα και ηγεσία**

Η οργανωσιακή κουλτούρα πηγάζει και διαμορφώνεται από την κορυφή ,δηλαδή την ανώτατη διοίκηση και όπως είναι επόμενο όλες οι πολιτικές μιας επιχείρησης σχεδιάζονται έτσι ώστε να ανταποκρίνονται και να ενδυναμώνουν την κυρίαρχουσα φιλοσοφία. Έτσι διαμορφώνεται ένα πλαίσιο συμπεριφοράς των στελεχών, μοχλός του οποίου είναι η ηγεσία. Ορισμένοι πιστεύουν ότι ηγέτης και διευθυντικό στέλεχος είναι συνώνυμα. Ο ηγέτης είναι το άτομο εκείνο που κατ' ανάγκη διαθέτει τυπική εξουσία, είναι σε θέση να επηρεάζει και να καθοδηγεί τη συμπεριφορά των άλλων. Το διευθυντικό στέλεχος από την άλλη πλευρά, είναι το άτομο που κατέχει συγκεκριμένη θέση στην ιεραρχία και διοικεί, κάνοντας χρήση της εξουσίας που διαθέτει. Άρα το διευθυντικό στέλεχος δεν πρέπει να είναι και ηγέτης. (Ζαβλάνος, 2000).

Η εξέλιξη της σκέψης για τον καθορισμό της αποτελεσματικής ηγεσίας πέρασε από τέσσερα στάδια: η πρώτη προσέγγιση έδωσε έμφαση στην προσπάθεια προσδιορισμού των χαρακτηριστικών που πρέπει να έχει ένας αποτελεσματικός ηγέτης. Ερευνητές υποστήριζαν ότι ορισμένα χαρακτηριστικά διαφοροποιούν τους αποτελεσματικούς ηγέτες. Σαν τέτοια θεωρήθηκαν η ευφυΐα, η ικανότητα εποπτείας, η προσωπικότητα, η επιθυμία αυτοεκπλήρωσης κ.α. Η δεύτερη προσέγγιση έδωσε έμφαση στις μορφές συμπεριφοράς των ηγετικών στελεχών. Οι μελετητές προσπάθησαν να διερευνήσουν πως συμπεριφέρεται ένα επιτυχημένο ηγετικό στέλεχος και όχι το τι είναι. Η ομαδοποίηση των ενεργειών των ηγετικών στελεχών δημιούργησε τέσσερις κατηγορίες ηγετικής συμπεριφοράς:

α) την αυταρχική ηγεσία

β) την ηγεσία υποστήριξης

γ) την ηγεσία που προσανατολίζεται στο έργο και

δ) την ηγεσία που προσανατολίζεται προς τους εργαζόμενους.

Η τρίτη προσέγγιση αποτελεί την ενδεχομενική προσέγγιση της ηγεσίας. Κατά την προσέγγιση αυτή, δεν υπάρχει ένα και μοναδικό αποτελεσματικό είδος ηγεσίας. Η ηγετική συμπεριφορά που διαμορφώνεται είναι απόρροια πολλών παραγόντων. Οι συνθήκες του περιβάλλοντος είναι αυτές που πολλές φορές διαμορφώνουν το είδος της συμπεριφοράς που θα ακολουθήσει ο προϊστάμενος. Τα διοικητικά στελέχη διαφοροποιούν τη συμπεριφορά τους ανάλογα με το πώς διαμορφώνονται οι συνθήκες, υιοθετώντας διαφορετικό είδος σε κάθε περίπτωση ή σε διαφορετικές χρονικές περιόδους. Αυτό μπορεί να σημαίνει ότι εάν π.χ. ο χρόνος, μέσα στον οποίο πρέπει να εκτελεσθεί ένα έργο, δεν αφήνει περιθώρια για συζητήσεις, θα υιοθετηθεί μια πιο αυταρχική μορφή συμπεριφοράς, δεδομένου ότι επείγει η εκτέλεση του συγκεκριμένου έργου ή θα εξουσιοδοτηθεί ένας υφιστάμενος να το χειρισθεί, εφόσον όμως υπάρχουν τα κατάλληλα άτομα που είναι διατεθειμένα να αναλάβουν τις ευθύνες (Morgan,2000).

Η τέταρτη προσέγγιση αφορά την οργανωσιακή κουλτούρα. Οι έρευνες του W. Ouchi στις ιαπωνικές επιχειρήσεις βοηθούν να κατανοήσουμε τις τεχνικές που οι επιχειρήσεις αυτές χρησιμοποιούν προκειμένου να είναι αποτελεσματικές. Εκεί η προσέγγιση γίνεται με αυτό που ο Ouchi αποκαλεί θεωρία Z. Η προσέγγιση αυτή χαρακτηρίζεται από ενδιαφέρον για τον άνθρωπο, συμμετοχή στις αποφάσεις και διάβιου απασχόληση στην ίδια επιχείρηση. Οι συνθήκες αυτές διαμορφώνουν συγκεκριμένες αξίες που υιοθετήθηκαν από όλους τους εργαζομένους και περιλαμβάνουν και τους βασικούς μηχανισμούς ελέγχου. Είναι προφανές ότι η ηγετική συμπεριφορά των στελεχών βασίζεται σε αυτά τα πλαίσια.

Αντίστοιχα οι Peters και Waterman που διερεύνησαν τις αμερικάνικες επιχειρήσεις υποστηρίζουν ότι στη διαμόρφωση της ηγετικής συμπεριφοράς σημαντικό ρόλο παίζει η οργανωσιακή κουλτούρα. Η κουλτούρα μειώνει τη χρήση των οργανογραμμάτων και εγχειριδίων, γιατί οι εργαζόμενοι γνωρίζουν πολύ καλά τι αναμένεται από αυτούς και πως πρέπει να ενεργήσουν για να είναι μέσα στα πλαίσια της φιλοσοφίας της επιχείρησης. Αυτό βέβαια σημαίνει ότι η επιχείρηση έχει

διαμορφώσει συγκεκριμένη φιλοσοφία διοίκησης που την έχει κάνει γνωστή σε όλους τους εργαζομένους.

### **1.5 Σχέση ευθύνης και εξουσίας**

Κατά την κλασική σκέψη, η αντιστοιχία ευθύνης και εξουσίας κρίνεται δίκαιη και απαραίτητη για την εκπλήρωση των καθηκόντων και των υποχρεώσεων που ανατίθενται στα άτομα. Όταν ανατίθενται σε μια ομάδα ατόμων ή σε ένα άτομο η ευθύνη για την εκτέλεση μιας δραστηριότητας πρέπει να παρέχεται η αναγκαία εξουσία που απαιτείται για την εκτέλεσή της. Άλλωστε η εξουσία αυτή ισοδυναμεί με την επίσημη άδεια χρησιμοποίησης των πόρων της οργάνωσης. Συνεπώς δεν μπορούν να ζητηθούν ευθύνες από ένα εκτελεστικό όργανο για την πλημμελή εκτέλεση μιας εργασίας αν δεν του έχει εκχωρηθεί πρώτα, η απαραίτητη εξουσία χρήσεως ορισμένων πόρων της οργάνωσης (Ζαβλάνος , 1999).

Κατά συνέπεια ο προϊστάμενος θα έχει τη δυνατότητα να επιβάλει κυρώσεις, πρόστιμα, αλλά και ανταμοιβές για να επιτύχει τη συμμόρφωση των υφισταμένων προς τις εντολές του. Την εξουσία αυτή οι παραδοσιακοί την αποκαλούν νόμιμη ή επίσημη εξουσία. Πηγή της δεν είναι το άτομο, αλλά η οργάνωση. Το μέλος της οργάνωσης έχει εξουσία γιατί κατέχει ορισμένη θέση στην οργάνωση και όχι λόγω ατομικών προσόντων. Η κλασική παραδοσιακή θεώρηση των οργανώσεων επισημαίνει δυο κατηγορίες εξουσίας :τη διοικητική και την επιτελική. Η πρώτη αφορά στη σχέση εκείνη στην οποία ο κάτοχος μιας θέσης έχει το δικαίωμα να κατευθύνει τον κάτοχο μιας άλλης θέσης δίνοντας διαταγές, ενώ η δεύτερη αφορά στη σχέση εκείνη στην οποία ο κάτοχος μιας θέσης απλώς διατυπώνει συμβουλές ή συστάσεις προς τον κάτοχο μιας άλλης θέσης (Goleman & et al. 2002).

Χρησιμοποιώντας ένας προϊστάμενος την εξουσία του πάνω στους υφισταμένους του φέρνει απόλυτη την ευθύνη, σαν να έχει εκτελέσει ο ίδιος την πράξη. Από την αρχή αυτή, προκύπτει η ανάγκη κάθε υφισταμένου να γνωρίζει ποιον έχει προϊστάμενο δηλαδή σε ποιον είναι υπόλογος. Έτσι κατά την παραδοσιακή άποψη ο καθένας στην οργάνωση υπάγεται σε ένα μόνο προϊστάμενο στον οποίο οφείλει να δίνει αναφορά.



Συνέπεια της αρχής αυτής που είναι γνωστή ως «αρχή της ενότητας της διοίκησης» είναι η ευρυθμία, ο καλύτερος συντονισμός, η δημιουργία μιας αλυσίδας εντολής και ο σαφής καθορισμός του υπευθύνου κάθε οργανωτικής δραστηριότητας. Η εφαρμογή της ενότητας διοίκησης προσδίδει στην οργάνωση την όψη της πυραμίδας, στην κορυφή της οποίας βρίσκεται ο ανώτατος προϊστάμενος (Ξηροτύρη, 2001).

Η αρμονία δεν πηγάζει μόνο από την καλή διάθεση ή την ικανότητα του ηγέτη να λείπει το σωστό. Πηγάζει επίσης από κάποια σύνολα συντονισμένων δραστηριοτήτων που συγκροτούν συγκεκριμένα στυλ ηγεσίας. Τυπικά οι άριστοι, οι πιο αποτελεσματικοί ηγέτες ενεργούν σύμφωνα με μια ή περισσότερες διακριτές προσεγγίσεις-στυλ, τις οποίες εναλλάσσουν επιδέξια ανάλογα με την περίπτωση. Τα τέσσερα από αυτά τα έξι στυλ (ηγεσία βασισμένη στο όραμα, ηγεσία βασισμένη στην υποστήριξη, ηγεσία βασισμένη στη δημιουργία σχέσεων και ηγεσία βασισμένη στη δημοκρατική διοίκηση), δημιουργούν την αρμονία που αυξάνει την απόδοση. Αντίθετα, τα δυο άλλα στυλ (ηγεσία βασισμένη στους στόχους και ηγεσία βασισμένη στις διαταγές), αν και χρήσιμα σε ορισμένες περιπτώσεις, πρέπει να εφαρμόζονται με προσοχή. Για να διαπιστώσουμε πως το καθένα από αυτά τα στυλ ηγεσίας επηρεάζει έναν οργανισμό και το συναισθηματικό του κλίμα, βασιστήκαμε σε μια έρευνα(Goleman Daniel, Boyatzis Richard, Mckee Annie, 2002) η οποία πραγματοποιήθηκε σε παγκόσμιο επίπεδο και συμπεριέλαβε 3.871 στελέχη. Η έρευνα αξιολογούσε ορισμένους βασικούς παράγοντες που επηρεάζουν το εργασιακό περιβάλλον. Επιπρόσθετα, διερευνήθηκε με ποιο τρόπο το κλίμα που δημιουργείται από τα διαφορετικά στυλ ηγεσίας επηρεάζει τα οικονομικά αποτελέσματα: τον όγκο των πωλήσεων, την αύξηση των εσόδων, την αποδοτικότητα και την κερδοφορία. Διαπιστώθηκε ότι όταν όλες οι άλλες μεταβλητές παρέμεναν σταθερές, αυτό το οποίο οδηγούσε σε σημαντικά καλύτερα αποτελέσματα ήταν ο ηγέτης που χρησιμοποιούσε ένα στυλ καθοδήγησης με θετικό αντίκτυπο. Πιο σημαντικό ίσως ήταν το γεγονός ότι οι ηγέτες με τις καλύτερες οικονομικές επιδόσεις δεν χρησιμοποιούσαν μόνο ένα συγκεκριμένο στυλ. Αντίθετα, κατά τη διάρκεια μιας δεδομένης ημέρας ή εβδομάδας είχαν χρησιμοποιήσει πολλά από τα έξι διαφορετικά στυλ χωρίς διάκριση και σε διαφορετικό βαθμό ανάλογα με την περίπτωση.

## **1.6 Οργανωσιακή κουλτούρα και αλλαγή στον κλινικό χώρο**

Από παλαιότερες έρευνες έχει αποδειχτεί ότι υπάρχει εξαρτημένη σχέση ανάμεσα στην επίτευξη της βελτίωσης της ποιότητας και της αλλαγής της οργανωσιακής κουλτούρας σε όλα τα είδη επιχειρήσεων και παροχής υπηρεσιών. *«Η οργανωσιακή κουλτούρα είναι εκείνο το περιβάλλον που μοιράζεται από τους εργαζομένους/συναδέλφους μέσα σε έναν οργανισμό, συμπεριλαμβανομένων των κοινών πεποιθήσεων, στάσεων, αξιών και κανόνων συμπεριφοράς», δηλαδή εκείνο το «όχημα» που μέσα σε ένα νοσοκομείο επιτρέπει στο προσωπικό του να δει τις καταστάσεις και τα γεγονότα, που συμβάλλουν, για παράδειγμα στη βελτίωση της ποιότητας, με κοινή, αλλά και διαφορετική οπτική γωνία»* (Davies, 2005).

Τα διαφορετικά επίπεδα στα οποία αναπτύσσεται η κλινική κουλτούρα, είναι τρία και παρουσιάζονται στον Πίνακα 1. (Ξηροτύρη-Κουφίδου, 2001).

Σε ένα «υγιές» Σύστημα Υγείας, στην εξέλιξη της αλλαγής είναι σημαντικό και βοηθητικό να υπάρχουν καθορισμένα επίπεδα κουλτούρας, γιατί μερικά από αυτά μπορούν ευκολότερα να δεχτούν τις αλλαγές, όπως συμβαίνει στις ορατές εκδηλώσεις των επαγγελματιών, και τότε η αλλαγή θεωρείται πιο επιφανειακή, ενώ στις αξίες που δύσκολα μπορεί να περάσει η ουσιαστική αλλαγή, τότε αναμένεται «επανάσταση» κι εναντίωση προς αυτήν.

Βασικό συνθετικό στοιχείο της κουλτούρας αποτελεί το κλίμα (climate) μέσα σε ένα οργανισμό. Το κλίμα αντανακλά κοινές αντιλήψεις των εργαζομένων σχετικά με πρακτικές, διαδικασίες, είδη συμπεριφορών που ανταμείβονται και υποστηρίζονται σε ένα συγκεκριμένο εργασιακό πλαίσιο. (Schneider&White, 2004). Το οργανωσιακό κλίμα αποτελεί την «αύρα» ενός οργανισμού κι επικεντρώνεται στο πώς λειτουργεί ένας οργανισμός. Ενώ, η οργανωσιακή κουλτούρα εστιάζεται στην έννοια της οργανωσιακής λειτουργίας, π.χ. ποιες είναι οι κοινές αξίες και υποθέσεις (Schein, E. 1985).

Με την έννοια αυτή, το κλίμα αποτελεί την επιφανειακή «όψη» της κουλτούρας και γι' αυτό μπορεί να ερμηνευθεί από τα βαθύτερα επίπεδα της τελευταίας.

Η διάκριση μεταξύ των παραπάνω δύο είναι γενικά δύσκολη, καθώς η κουλτούρα διαμορφώνει το κλίμα και το κλίμα εκδηλώνει την κουλτούρα. Συνεπώς, είναι δύσκολο, εάν όχι αδύνατο, να γνωρίζει κανείς το κλίμα χωρίς να προσεγγίσει σε βάθος την κουλτούρα. Η οργανωσιακή κουλτούρα και το κλίμα έχουν τα εξής βασικά κοινά χαρακτηριστικά, σύμφωνα με σχετικές έρευνες: α) εμπεριέχουν ένα ευρύ αριθμό οργανωσιακών και ψυχολογικών μεταβλητών, οι οποίες αντανακλούν τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ των ατόμων και τις κοινές πεποιθήσεις αξίες και νόρμες μέσα σε ένα οργανωσιακό πλαίσιο, β) συνδέονται με τα εσωτερικά χαρακτηριστικά μιας οργάνωσης, γ) επηρεάζουν και διαμορφώνουν οργανωσιακές συμπεριφορές, τόσο των παλαιών όσο και των νέων μορφών της οργάνωσης, και δ) γίνονται αντιληπτά και μπορούν να περιγραφούν. (Schneider & White, 2004 & Schein, 1985).

Έτσι, με συγκεκριμένες διατυπώσεις/ερωτήσεις μετριέται το οργανωσιακό κλίμα ή συγκεκριμένα το κλίμα που προσανατολίζεται στην εξυπηρέτηση του ασθενή στους κλινικούς χώρους, μέσα από τις αντιλήψεις των εργαζομένων, οι οποίες αντανακλούν στις αντιλήψεις των ασθενών για τη συνολική ποιότητα υπηρεσιών, κι εν τέλει στην ικανοποίησή τους από τις λαμβανόμενες υπηρεσίες. Με αυτό τον τρόπο, η σύνδεση των αντιλήψεων των ασθενών με αυτές των εργαζόμενων ενισχύει την εγκυρότητα των αντιλήψεων των εργαζόμενων για την οργανωσιακή ανάπτυξη του νοσοκομείου, όπου εργάζονται (Schneider et al. 1998).

Η σπουδαιότητα της αλλαγής στην οργανωσιακή κουλτούρα, έχει αναγνωριστεί από κυβερνήσεις εκείνων των κρατών που προωθούν το πλαίσιο της κλινικής διακυβέρνησης στο Σύστημα Υγείας το υς. Για παράδειγμα, η οργανωσιακή αλλαγή στην κουλτούρα, σε χώρες όπως στην Αγγλία, Ιρλανδία και στις ΗΠΑ, έδειξε ότι αποτελεί το «κλειδί» στη βελτίωση της ποιότητας στην υγεία (Department of Health (DoH), 1998). Στις χώρες αυτές υποστηρίζεται ότι για την πετυχημένη και διατηρήσιμη βελτίωση της ποιότητας της ιατρικής φροντίδας απαιτούνται σημαντικές αλλαγές στην κλινική κουλτούρα και ενδυνάμωση όλου του προσωπικού, με στόχο αρχικά τη βελτίωση της συνολικής ποιότητας στον εργασιακό τους χώρο. (Badham et al., 2006).

Η κλινική κουλτούρα τις περισσότερες φορές είναι ανομοιομορφη και χωρίς συνοχή, ενώ συνήθως χαρακτηρίζεται ως «διαφοροποιημένη», γιατί συνυπάρχουν διαφορετικές κουλτούρες μέσα στο νοσοκομείο, που αντανακλούν τις ξεχωριστές απόψεις και στάσεις πολλών και διαφορετικών επαγγελματικών ομάδων. (Davies et al. 2005). Το αποτέλεσμα είναι η ανάπτυξη μέσα στον ίδιο οργανισμό διαφορετικών υποκουλτούρων, παρεξηγήσεων και συγκρούσεων ανάμεσά τους. Σύμφωνα με έρευνες κυριαρχούν τέσσερα (4) είδη υποκουλτούρας, όπως: α) αυτή των ιατρών, β) των νοσηλευτών, γ) των διοικητικών/τεχνικών υπάλληλων και δ) της διοίκησης, γεγονός που καθιστά δύσκολη την προοπτική της εφαρμογής αλλαγής, η οποία προϋποθέτει συλλογικό πνεύμα κι ενιαία αντιμετώπιση των πραγμάτων. (Moran, 2003).

Επιπλέον, η τυχόν ύπαρξη πατερναλιστικού περιβάλλοντος, που υιοθετείται από τη διοίκηση, όσον αφορά στη γρήγορη και στη ριζική εισαγωγή της αλλαγής, βρίσκει εμπόδιο τους «διαφορετικούς κόσμους» μέσα σε ένα νοσοκομείο, προκαλώντας, έτσι τη «φτωχή» κι ανεπαρκή σχεδίαση της επιχειρησιακής της στρατηγικής (Ξηροτύρη-Κουφίδου, 2001).

Συγκεκριμένα, η σύγκρουση και ο ανταγωνισμός μεταξύ των διαφορετικών ομάδων, όπου η κάθε μία προσπαθεί να επικρατήσει και να περάσει τη δικιά της μορφή κουλτούρας, έχει άσχημο αντίκτυπο στην αλλαγή για τη βελτίωση, αφού οι ίδιες αυτές ομάδες λειτουργούν ξεχωριστά κι επιφανειακά, χωρίς αμοιβαίες αλλαγές στις στάσεις και συμπεριφορές τους. Για παράδειγμα, οι ιατροί παραδοσιακά λειτουργούν μέσα σε μια επαγγελματικά προσανατολισμένη κουλτούρα, όπου η λήψη αποφάσεων για θεραπεία (ή διάγνωση) απαιτεί γρήγορες κι εξειδικευμένες γνώσεις και εμπειρία που διαφέρουν από ασθενή σε ασθενή (Αποστολάκης, 2005).

Σε αντιδιαστολή, τα στελέχη της διοίκησης στοχεύουν σε μακροπρόθεσμα σχέδια για όλο το νοσοκομειακό προσωπικό και τους ασθενείς. Έτσι, η διοίκηση αντιμετωπίζει το δύσκολο έργο της αναγνώρισης των διαφορών μεταξύ των ομάδων, για την διασφάλιση της μελλοντικής αποδοχής της αλλαγής από όλες τις ομάδες στο χώρο εργασίας τους. Είναι ενδιαφέρον να αναφερθεί, ότι, ενώ οι ιατροί και τα διοικητικά στελέχη διαφέρουν στην κουλτούρα, εντούτοις και οι δύο ομάδες συχνά

μοιράζονται κάποια κοινά στοιχεία/επίπεδα κουλτούρας, όπως χαρακτηριστικά την υποστήριξη της αυτονομίας του κλάδου υγείας, δηλαδή εκείνη την κουλτούρα που τους θέλει να μην υιοθετούν πλαίσια από άλλους οργανισμούς, παρά μόνο αυτά που τους κάνουν να λειτουργούν ανεξάρτητα και αποκεντρωτικά.

Ιδιαίτερα η ονομαζόμενη «κοινή» κουλτούρα είναι η «άμυνα» του νοσοκομείου έναντι των εξωτερικών επιρροών από άλλες κουλτούρες, για παράδειγμα από τα χαρακτηριστικά κουλτούρας Συστημάτων Υγείας ξένων χωρών, που μπορούν να επιφέρουν αναταράξεις (και τελικά αλλαγές) στα υπάρχοντα επίπεδα της «εσωτερικής» κουλτούρας (Freeman, 2003).

Άρα, μια κρίσιμη σχέση, που πρέπει να επιτευχθεί κατά την αλλαγή της κουλτούρας είναι η συνεργασία μεταξύ της διοίκησης και των ιατρών. Παρόλη την ύπαρξη των διαφορών ανάμεσα στις μορφές κουλτούρας, χρειάζεται να ενισχυθούν περαιτέρω εκείνες οι στρατηγικές για τις αλλαγές, που ικανοποιούν τα κοινά «θέλω» και «πρέπει» των δύο αναφερόμενων ομάδων, ώστε να επιτευχθεί σε κάποιο βαθμό η επιθυμητή κατάσταση. Ενδεικτικά κάποια χαρακτηριστικά που τονίζουν τη διαφοροποίηση στις κουλτούρες των δύο αυτών ομάδων παρουσιάζονται στον Πίνακα 2. (Davies et al. 2000).

Συγκεντρώνοντας την προσοχή στο σημερινό περιβάλλον, που επικρατεί στα κυπριακά νοσοκομεία, αυτό χαρακτηρίζεται ως ιεραρχικό και καθόλου ευέλικτο. Θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι για αυτό, όποιες προσπάθειες έγιναν με αυτόβουλες πρωτοβουλίες των διοικήσεων σε κάποια από αυτά τα νοσοκομεία για αλλαγή κουλτούρας κατέληξε να φαίνονται εξαντλητικές, ανώφελες και καταναγκαστικές. Οι αντιδράσεις του προσωπικού - λογικές και συναισθηματικές - δημιούργησαν εμπόδια στην οργανωσιακή αλλαγή, με αποτέλεσμα οι ομάδες ειδικοτήτων/επαγγελματιών να παραμένουν διαχωρισμένες κι απομονωμένες μεταξύ το  $\psi$ , ενώ η επιθυμητή κατάσταση της αλλαγής να έχει πραγματοποιηθεί σε ελάχιστο βαθμό και μόνο στα «περιθώρια/άκρα» των υπηρεσιών υγείας (π.χ. περαιτέρω τυποποιήσεις σε τυπικές διαδικασίες).

Στον πίνακα που ακολουθεί αναφέρονται τα τρία επίπεδα κουλτούρας, όσον αφορά την ιατρική επαγγελματική ομάδα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.

<b><u>ΕΠΙΠΕΔΑ</u></b>	<b><u>ΣΗΜΑΣΙΑ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ</u></b>
<b>ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ</b>	Στον τομέα της υγείας ,οι ιατροί ακολουθούν την επιστήμη της εξειδίκευσής τους κατά γράμμα, ενώ η γνώση αναπτύσσεται με την εμπειρία.
<b>ΑΞΙΕΣ</b>	Με τις αξίες οι ιατροί ξεχωρίζουν από την καλή και κακή συμπεριφορά τους απέναντι στους ασθενείς. Πρέπει όλοι να τοποθετούν τις ανάγκες των ασθενών πάνω από τα δικά τους συμφέροντα.
<b>ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ</b>	Οι ιατροί δεσμεύονται να ακολουθούν καθορισμένους κανόνες για το σύνολο των εκδηλώσεων τους στο χώρο του νοσοκομείου και απέναντι στους ασθενείς.

**ΠΗΓΗ:** Ξηροτύρη-Κουφίδου, Σ. (2001). *Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων: Η Πρόκληση του 21ου Αιώνα στο Εργασιακό Περιβάλλον*. 3η Εκ. Θεσσαλονίκη

Πίνακας 2. Σημεία διαφοροποίησης μεταξύ της ομάδας των Ιατρών και της Διοίκησης .

	<b>ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΑ</b>	<b>ΙΑΤΡΙΚΑ</b>
<b>ΔΟΜΗ:</b>	ΓΡΑΦΕΙΟΚΡΑΤΙΚΗ	ΚΟΛΕΓΙΑΚΗ
<b>ΠΙΣΤΗ ΟΜΑΔΑΣ:</b>	ΧΑΜΗΛΗ	ΥΨΗΛΗ
<b>ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:</b>	ΧΑΜΗΛΗ/ΜΕΤΡΙΑ	ΥΨΗΛΗ
<b>ΒΑΣΗ ΓΝΩΣΤΙΚΟΥ ΠΕΔΙΟΥ:</b>	ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΕΣ	ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΕΣ
<b>ΒΑΣΗ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ:</b>	ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΣΕ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥΣ	ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ
<b>ΕΣΤΙΑΣΗ:</b>	ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΩΣ ΟΜΑΔΕΣ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΩΣ ΑΤΟΜΑ
<b>ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ:</b>	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΕΣ/ΑΝΘΡΩΠΙΝΕΣ	ΒΙΟ-ΙΑΤΡΙΚΕΣ/ΤΕΧΝΙΚΕΣ
<b>ΑΦΟΣΙΩΣΗ:</b>	ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΟΣ/ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟΣ ΣΤΟΧΟΣ	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΣ ΣΤΟΧΟΣ
<b>ΑΝΤΙΛΗΨΗ:</b>	ΧΑΜΗΛΗ(ΚΑΝΟΝΕΣ/ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ)	ΥΨΗΛΗ(ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ)
<b>ΜΕΤΡΗΣΗ ΕΠΙΤΥΧΙΑΣ:</b>	ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ
<b>ΕΜΦΑΣΗ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ:</b>	ΠΕΛΑΤΟΚΕΝΤΡΙΚΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ	ΤΕΧΝΙΚΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ
<b>ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΔΟΣΗΣ:</b>	ΔΗΜΟΣΙΟΣ	ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟΣ
<b>ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΘΕΣΗ:</b>	ΑΝΑΠΤΥΣΣΟΜΕΝΗ	ΕΔΡΑΙΩΜΕΝΗ
<b>ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΘΕΣΗ:</b>	ΜΕΤΡΙΑ	ΥΨΗΛΗ
<b>ΔΗΜΟΣΙΑ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗ:</b>	ΧΑΜΗΛΗ	ΥΨΗΛΗ (ΑΛΛΑ ΤΡΩΤΗ)

ΠΗΓΗ: Davies, *et al.* (2000, November), *Organizational Culture and Quality of Health Care* [Online]. *Quality Health Care*. Vol.9, no.2, pp.111-119. Available from: <http://qshc.bmj.com> (μετάφραση)

Επίσης, η οργανωσιακή κουλτούρα φαίνεται να αποτελεί ένα σημαντικό δείκτη στην κατανόηση της ικανότητας, κι εν τέλει της «ωριμότητας», ενός οργανισμού στο να αποδίδει, να συναγωνίζεται και να αυτό-αξιολογείται στην αγορά της υγείας.

(Ξηροτύρη-Κουφίδου, 2001).

Πράγματι, πολλοί οργανισμοί παροχής υπηρεσιών υγείας - δημόσιοι και ιδιωτικοί - δίνουν έμφαση στην κατάλληλη διαμόρφωση της οργανωσιακής τους κουλτούρας. (Schneider & White, 2004).

Σύμφωνα με το αγγλικό Σύστημα Υγείας, ο στόχος των Φορέων του, πρέπει να είναι η ιδανική διαχείριση της κουλτούρας τους προς τη βελτίωση της ποιότητας της ιατρικής φροντίδας: «Αναζητούμε τη μεγαλύτερη αλλαγή στην κουλτούρα. Υπάρχει ανάγκη να αναπτύσσονται οργανισμοί που να υποστηρίζουν τις αλλαγές στην κουλτούρα, αλλά και να παρέχουν αλλαγές».(Department of Health (DoH), 1998).

Πέρα από όσα έχουν πιο πάνω συζητηθεί, είναι σκόπιμο να συμπληρωθεί ότι γενικά η κουλτούρα διατηρεί τη δυναμικότητά της, επειδή αλληλεπιδρά με τις κρίσεις του εσωτερικού και του εξωτερικού περιβάλλοντος του κάθε Φορέα, κι εξελίσσεται, καθώς αναπροσαρμόζεται στις πρωτοποριακές ιδέες (π.χ. εισαγωγή του management στο χώρο) στην αγορά της υγείας. Για παράδειγμα, οι ιατροί (κυρίως οι εκπαιδευόμενοι) που φεύγουν από ένα νοσοκομείο και τοποθετούνται σε ένα άλλο, φέρουν μαζί τους διαφορετικά στοιχεία κουλτούρας σε σχέση με αυτά που βιώνουν στην κουλτούρα του νέου χώρου εργασίας, με αποτέλεσμα να υπάρχει αναπόφευκτη αλληλεπίδραση μεταξύ των στοιχείων αυτών κι έτσι εκ νέου αλλαγή, ίσως και μη ορατή, στην υπάρχουσα κουλτούρα. Επίσης, η δυνατή επαγγελματική δεοντολογία του ιατρού και η αίσθηση της ισχυρής επαγγελματικής του ταυτότητας ως λειτούργημα, αποδεικνύει τη σπουδαιότητα που δίνεται στις «απόρθητες» και κυρίαρχες νόρμες μέσα στον οργανισμό. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα, οι ιατροί περισσότερο από κάθε άλλη ομάδα να ενδιαφέρονται για τις τυχόν αλλαγές προερχόμενες από το εξωτερικό περιβάλλον, οι οποίες μπορούν να «αλλοτριώσουν» την κουλτούρα τους, (Davies et al. , 2000).

Κάποια επιπλέον ζητήματα που πρέπει ακόμη να επισημανθούν είναι τα εξής:



- Η γενική (συνολική) αλλαγή δεν μπορεί και δεν πρέπει να επιτευχθεί ταυτόχρονα σε όλους τους τομείς (ορατούς και μη) της κουλτούρας του οργανισμού. Για παράδειγμα, υπάρχουν αρκετές σημαντικές αξίες και θεμελιώδη στοιχεία που συνθέτουν την υπάρχουσα κουλτούρα, τα οποία στοιχεία είναι προτιμότερο αρχικά να διατηρηθούν έτσι όπως είναι, ώστε να χτιστεί επάνω σε αυτά η στρατηγική της αλλαγής. Αντίθετα, νέες αξίες, όπως ο προσανατολισμός στην ποιοτική φροντίδα του ασθενή, ο αυτό-έλεγχος κ.α., θα εφαρμοστούν μέσα από καθημερινές αλλαγές, με προσοχή και καταλληλότητα στις εμπλεκόμενες ομάδες. Άρα, οποιαδήποτε στρατηγική για αλλαγή πρέπει να είναι επιλεκτική, προκειμένου: α) να αναπτύξει ισορροπία μεταξύ διαχρονικότητας και αναπροσαρμογής, β) να αναγνωρίσει εκείνες τις αξίες που θα διατηρήσει και θα ενισχύσει και γ) να μεταβάλει όσες χρειάζεται.

- Ο στόχος της στρατηγικής αλλαγών πρέπει να είναι ξεκάθαρος για όλο το προσωπικό και οι επιθυμητές προσδοκίες να τονιστούν διεξοδικά (Department of Health (DoH), 1998).

- Η οργανωσιακή αλλαγή δεν μπορεί εύκολα να εφαρμοστεί από τη διοίκηση με μόνο από την «πάνω - προς - τα - κάτω» επικοινωνία και συνεχή πειθώ. (Davies et al., 2000). Άρα, είναι ανάγκη η διοίκηση να έχει κατά νου τις ανάγκες, τους φόβους και τις προσδοκίες του προσωπικού σε όλα τα επίπεδα και θέσεις μέσα στον οργανισμό.

## **1.7 Οργανωσιακή κουλτούρα στις Υπηρεσίες Υγείας**

Όπως έχει προαναφερθεί η κουλτούρα επηρεάζει ένα οργανισμό ως προς την λειτουργία και την αποτελεσματικότητα. Στις υπηρεσίες υγείας επηρεάζει και το επίπεδο της παρεχόμενης φροντίδας. Σύμφωνα με τη Μπέλλου (2008), η «βιομηχανία» παροχής υπηρεσιών υγείας έχει αναπτυχθεί τα τελευταία χρόνια από μια μονάδα απαλλαγμένη από τους νόμους της προσφοράς και της ζήτησης σε μια οντότητα ανταγωνιστική και επηρεασμένη από την αγορά (Newman, 1991). Έτσι οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας ανά τον κόσμο αντιμετωπίζουν αρκετές προκλήσεις, όπως αυξημένο ανταγωνισμό, πίεση για μείωση του κόστους και απαιτήσεις παροχής καλής εξυπηρέτησης.

Κατά συνέπεια τα νοσοκομεία που θέλουν να προσφέρουν στους ασθενείς τους υπηρεσίες υψηλής ποιότητας με χαμηλό κόστος πρέπει να διαμορφώσουν τις αξίες, τις προτεραιότητες, τη συμπεριφορά και τη στάση των εργαζομένων σύμφωνα με τα παραπάνω. Η αλλαγή της υπάρχουσας οργανωσιακής κουλτούρας θα συμβάλει θετικά προς αυτήν τη κατεύθυνση. Η οργανωσιακή κουλτούρα αναφέρεται στο βαθύτερο επίπεδο των βασικών υποθέσεων και πιστεύω που μοιράζονται τα μέλη του οργανισμού, τα οποία δρουν ασυνείδητα, καθορίζοντας μια κοινή θεώρηση του οργανισμού και του περιβάλλοντός του.

Η ανάπτυξη μιας κουλτούρας, η οποία ενθαρρύνει την ποιότητα στην εξυπηρέτηση, είναι μια προϋπόθεση, όταν γίνεται προσπάθεια να επιτευχθεί η ικανοποίηση του ασθενή. Είναι απαραίτητο ωστόσο, οι διοικητικοί ιθύνοντες να έχουν μια σαφή άποψη της κυρίαρχης οργανωσιακής κουλτούρας που επικρατεί, προκειμένου να καταφέρουν αποτελεσματικά να καθοδηγήσουν τους υπαλλήλους να πετύχουν το στόχο που έχει καθοριστεί.

Η οργανωσιακή κουλτούρα είναι αναμφισβήτητα κρίσιμη σε ένα ανταγωνιστικό περιβάλλον όπως είναι αυτό της υγειονομικής περίθαλψης. Το περιβάλλον αυτό έχει συνδεθεί με διάφορα στοιχεία που συμβάλλουν στην ποιότητα, όπως η προσοχή, η ικανοποίηση εργασίας και η ασφάλεια (Boan D., Funderburk F., 2003). Για το λόγο αυτό η οργανωσιακή κουλτούρα στο χώρο της υγείας έχει προσελκύσει το

ενδιαφέρον των ερευνητών προκειμένου να καθοριστεί η σχέση μεταξύ της ποσοτικής μέτρησης της και της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας.

Έχει αναπτυχθεί ένα πλήθος εργαλείων σχεδιασμένων ώστε να μετρούν την οργανωσιακή κουλτούρα, τα οποία μπορούν να ταξινομηθούν σε αυτά που μετρούν την οργανωσιακή κουλτούρα από την προοπτική των αξιών που έχουν τα μέλη του οργανισμού και σε εκείνα που προσεγγίζουν τους κανόνες και τις συμπεριφορές τις οποίες τα μέλη θεωρούν ως ενδεδειγμένες. Η επιλογή εξαρτάται από το πώς ορίζει ο κάθε ερευνητής την έννοια της κουλτούρας, τι είδος μέτρησης εφαρμόζει και ποιος είναι ο ερευνητικός σκοπός που έχει θέσει.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 - ΜΕΤΡΗΣΗ ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ**

### **2.1 Μελέτες μέτρησης της οργανωσιακής κουλτούρας**

Ως απόρροια της πληθώρας των ορισμών που υπάρχουν σχετικά με την έννοια της οργανωσιακής κουλτούρας, εμφανίζεται και έλλειψη συμφωνίας για τη μέθοδο με την οποία η κουλτούρα, θα πρέπει να παρατηρηθεί και να μετρηθεί.

Οι Martin & Frost (1996), υποστηρίζουν ότι οι διαφορετικές απόψεις των ερευνητών δεν είναι κάτι το ασυνήθιστο, ακόμα και εάν προέρχονται από τον ίδιο επιστημονικό χώρο. Το ασυνήθιστο έγκειται στο ότι αυτές οι διαφορές, εκφράζονται ανοικτά στη σχετική βιβλιογραφία που αφορά στην οργανωτική θεωρία και είναι κυρίως εννοιολογικής φύσεως, για τις μεθόδους μέτρησης, που θα πρέπει να εφαρμοστούν και τις παραμέτρους που θα πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την μέτρηση.

Συνέπεια της διαφορετικής εννοιολογικής προσέγγισης της οργανωσιακής κουλτούρας, αποτελεί και η προσπάθεια μέτρησης της από κάποιους ερευνητές, με όρους συγκεκριμένων και μετρήσιμων μεταβλητών, χαρακτηριστικών ή διαδικασιών.

Αντίθετα, κάποιοι άλλοι ερευνητές, θεωρούν πρόκληση να μπορέσουν να συλλάβουν την έννοια της κουλτούρας, ως εσωτερική ποιότητα του κοινωνικού περιβάλλοντος, το οποίο διαμορφώνει την ανάγκη των ατόμων για σύσταση οργανισμών ή επιχειρήσεων.

Τέλος, μία άλλη μερίδα ερευνητών, προσεγγίζει την έννοια της οργανωσιακής κουλτούρας, ως μία ανθρωπολογική αλληγορία ή παράδειγμα, μελετώντας τους οργανισμούς ως μικρο-κοινωνικά συστήματα και αναλύοντάς τους ανάλογα (Burrell 1996, Smircich 1983).

Συχνά επίσης, στη σχετική βιβλιογραφία, εμφανίζονται μελέτες που υιοθετούν εργαλεία ερευνητικά που μετρούν το “κλίμα”, το οποίο διαμορφώνεται στα πλαίσια ενός οργανισμού, θεωρώντας την έννοια αυτή ως την κύρια διάσταση που θα πρέπει να μετρηθεί. Προσεγγίζουν δηλαδή και καταγράφουν τις απόψεις των εργαζομένων, για τις εργασιακές συνθήκες που επικρατούν.

Από τους μελετητές της οργανωτικής ανάλυσης, αναγνωρίζεται, ότι συχνά η χρήση εννοιολογικών μεταφορών από άλλες επιστήμες, λειτουργεί αποπροσανατολιστικά για την οποιαδήποτε προσπάθεια ανάλυσης και μέτρησης εννοιών ή φαινομένων. Η προσπάθεια επιβολής κοινής επιστημονικής γλώσσας, συχνά καταστρατηγεί την αναλυτική διαδικασία, που η οργανωτική ανάλυση εφαρμόζει και που ως στόχο έχει την γενίκευση πολλών επιμέρους φαινομένων του ίδιου οργανισμού, σε ένα νοηματικά ενιαίο σύνολο.

Στη μελέτη ενός δυναμικού και συνεχώς μεταβαλλόμενου φαινομένου, όπως είναι ένας οργανισμός με πολυεπίπεδες κάθετες και οριζόντιες δομές, τόσο ποσοτικές όσο και ποιοτικές έρευνες, μπορούν να χρησιμοποιηθούν, ώστε να προσφέρουν μία εις βάθος κατανόηση, όλων των επιπέδων κουλτούρας που υπάρχουν σε ένα οργανισμό. ( Scott et al. 2003). Οι Cooke and Rousseau (1988), επισημαίνουν διαχωρίζοντας τις δύο αυτές έννοιες, ότι το κλίμα που επικρατεί σε ένα οργανισμό ως έννοια, αντανακλά αντιλήψεις οργανωτικών δομών και πώς κάποιος αισθάνεται, ως μέλος ενός οργανισμού. Αντίθετα, σύμφωνα με τους ίδιους ερευνητές, η οργανωσιακή κουλτούρα, αναφέρεται στην άποψη που έχουν τα μέλη ενός οργανισμού, για το πώς θα πρέπει να συμπεριφέρονται μέσα στα πλαίσια που ο ίδιος οργανισμός ορίζει.

Βέβαια, στη σχετική βιβλιογραφία, οι ενστάσεις δεν αφορούν μόνο το θεωρητικό και ερμηνευτικό υπόβαθρο, από το οποίο απορρέουν οι μελέτες μέτρησης σε ένα οργανισμό, αλλά υπάρχουν ενστάσεις και διαφορετικές διατυπωμένες απόψεις για τις διαστάσεις ή τις ποιότητες, τις οποίες οι ερευνητές εκλαμβάνουν ως χαρακτηριστικά ή επιμέρους στοιχεία, ενός συνόλου, το οποίο καθορίζουν οι ίδιοι ως οργανωτική κουλτούρα (Schneider et al 1996, Verbecke 1998, Hale 2000).

## **2.2 Ποιοτικές – Ποσοτικές μελέτες μέτρησης της οργανωσιακής κουλτούρας**

Ανάλογα λοιπόν με τη θεώρησή του, ο κάθε ερευνητής επιλέγει και το είδος της μελέτης που είτε αναφέρεται σε εσωτερικές ποιότητες των μελών ενός οργανισμού, είτε σε μετρήσιμα αριθμητικά μεγέθη και αντίστοιχα χαρακτηρίζεται ως ποιοτική ή ποσοτική.

Οι ποιοτικές μελέτες μέτρησης της οργανωσιακής κουλτούρας, εφαρμόζονται κυρίως ως αρχικές μελέτες, που προσεγγίζουν την κουλτούρα μέσα από καθορισμένες μοναδικές διαστάσεις της, αντανακλώντας και καταγράφοντας τις εσώτερες απόψεις των μελών του οργανισμού. Το πλεονέκτημα αυτών των μελετών, έγκειται στο πλούσιο λεπτομερειακό υλικό που συγκεντρώνουν.

Υπάρχουν όμως και επικρίσεις για αυτού του είδους τις μελέτες και αφορούν δύο αδυναμίες που αυτές παρουσιάζουν. Πρώτον, ότι οι διαστάσεις που μελετούν, καθορίζουν και καταγράφουν, είναι ιδιότυπες και αφορούν στο συγκεκριμένο προς μελέτη οργανωτικό πλαίσιο, άρα δεν μπορούν να γενικευτούν και να αναχθούν σε ένα γενικότερο πλαίσιο, που θα μπορούσε να χαρακτηρίσει ή να περιγράψει την κουλτούρα και άλλων οργανισμών. Και δεύτερον, ότι αυτού του είδους οι ποιοτικές προσεγγίσεις, δεν μπορούν να παράγουν τέτοιες πληροφορίες σχετικά με την κουλτούρα, που να αποτελούν ασφαλή σύνδεση μεταξύ της κουλτούρας και των αποτελεσμάτων της, σε ένα οργανισμό όπως για παράδειγμα είναι η απόδοση του οργανισμού ή οι συμπεριφορές των μελών του (Koberg & Chusmir 1987, Cameron & Freeman 1991).

Οι ποσοτικές μελέτες μέτρησης της οργανωσιακής κουλτούρας από την άλλη πλευρά, που αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία, στηρίζονται σε συγκεκριμένες υποθέσεις των ερευνητών. Πρώτον, ότι οι οργανισμοί χαρακτηρίζονται από ευδιάκριτους τύπους κουλτούρας, οι οποίοι επηρεάζουν την ποιότητα και την αποδοτικότητα των υπηρεσιών που προσφέρουν. Δεύτερον, ότι παρόλο που οι κουλτούρες αυτές

εμφανίζουν αντίσταση στην αλλαγή, σε κάποιο βαθμό μπορεί να ελεγχθούν και να υπάρξει διαχείρισή τους. Τρίτον, είναι εφικτό να εντοπιστούν συγκεκριμένες συμπεριφορές κουλτούρας, που διευκολύνουν ή εμποδίζουν την ποιοτική και αποδοτική λειτουργία ενός οργανισμού, γεγονός που δίνει τη δυνατότητα στους διευθυντές να σχεδιάσουν στρατηγικές αλλαγών της κουλτούρας ενός οργανισμού.

Τέλος, πολλοί ερευνητές υποθέτουν ότι όποια οφέλη προκύψουν από την αλλαγή της κουλτούρας που διέπει ένα οργανισμό, θα υπερτερούν, έναντι οποιονδήποτε δυσλειτουργικών συνεπειών που αυτές οι αλλαγές ίσως επιφέρουν (Scott et al. 2003).

Βέβαια, παρόλο που εμπειρικά υπάρχουν λίγα στοιχεία που να υποστηρίζουν αυτές τις υποθέσεις, εμφανίζεται ένα ιδιαίτερα αυξημένο ενδιαφέρον, από την πλευρά κυρίως των διευθυντών των οργανισμών και των ερευνητών, στην ποσοτική μέτρηση της οργανωτικής κουλτούρας, με σκοπό να καθοριστούν οι πιθανές συσχετίσεις που αυτή μπορεί να έχει με την ποιότητα και την αποδοτικότητα των υπηρεσιών, που ένας οργανισμός καλείται να προσφέρει (Lewis 1994, Lim 1995, Davies et al. 2000, Shortell et al. 2000, Shortell et al. 2001). Οι ποσοτικές μελέτες επίσης, επιτρέπουν την σύγκριση μεταξύ οργανισμών και τη μελέτη συσχετίσεων μεταξύ της οργανωτικής κουλτούρας και άλλων εννοιολογικών παραμέτρων.

Οι μελέτες αυτές, συλλαμβάνουν την έννοια της κουλτούρας μέσα από ορισμένες, εκ των προτέρων καθορισμένες από τον ερευνητή διαστάσεις, που διευκολύνουν, στον βαθμό που είναι επαρκώς σχετικές και εύκολα γενικεύσιμες (Delobbe et al 2005). Στον αντίποδα αυτών των ερευνητικών προσπαθειών, άλλοι ερευνητές, υποστηρίζουν ότι οι αλλαγές στη δομή των οργανισμών υγείας, δεν αποτελούν από μόνες τους ικανά στοιχεία βελτίωσης της ποιότητας και της απόδοσης των οργανισμών υγείας. (Le Grand et al 1998, Shortell et al. 1998).

Στη σχετική βιβλιογραφία επισημαίνεται από πολλούς ερευνητές, ότι δεν είναι πάντα ευδιάκριτη η σύνδεση της κουλτούρας ενός οργανισμού και της επιτυχίας ή της αποτυχίας που αυτός ο οργανισμός θα έχει στην υλοποίηση των στόχων του.

(Marcoulides & Heck 1993). Σύμφωνα με τον Schein (1990), η ακριβής σύνδεση όμως ανάμεσα σε αυτές τις δύο έννοιες, της απόδοσης και της κουλτούρας δηλαδή, υπάρχει και εξαρτάται κυρίως από τον ορισμό και την ερμηνευτική προσέγγιση των μελετητών.

### **2.3 Ερευνητικά εργαλεία μέτρησης της οργανωσιακής κουλτούρας**

Σύμφωνα με τον Scott και συν. (2003), τα περισσότερα εργαλεία μέτρησης της οργανωτικής κουλτούρας, υιοθετούν είτε μία τυπολογική προσέγγιση με αποτελέσματα που αναφέρονται σε ένα ή περισσότερους τύπους οργανωσιακής κουλτούρας, είτε μία προσέγγιση διαστάσεων, η οποία περιγράφει μία κουλτούρα ανάλογα με τη θέση της, σε σχέση με ένα αριθμό συνεχών μεταβλητών (Fletcher & Jones 1992).

Οι περισσότερες από τις μελέτες που υιοθετούν μία προσέγγιση μέτρησης των διαστάσεων της κουλτούρας, χρησιμοποιούν μία απλή Likert κλίμακα, όπου οι αποκρινόμενοι σημειώνουν τον βαθμό συμφωνίας τους, για προκαθορισμένες από τους μελετητές δηλώσεις. Μία δεύτερη διαπίστωση των ίδιων ερευνητών, αφορά στην ισχυρή σύνδεση ορισμένων εργαλείων, με θεωρίες και εννοιολογικές προσεγγίσεις της οργανωσιακής κουλτούρας, ενώ κάποια άλλα έχουν αναπτυχθεί ανεξάρτητα, με ένα πιο πραγματιστικό και ασύνδετο από θεωρίες τρόπο. Οι ίδιοι οι ερευνητές επίσης, διαπίστωσαν ένα διαφορετικό και ανάλογο με το εργαλείο μέτρησης, ερευνητικό σκοπό.

Ορισμένα εργαλεία, επικεντρώνονται στη μέτρηση μίας ή περισσότερων συγκεκριμένων διαστάσεων της οργανωτικής κουλτούρας, ενώ άλλα, προσεγγίζουν με πιο συστηματικό τρόπο ένα ευρύτερο φάσμα παραμέτρων της οργανωτικής κουλτούρας. Γεγονός, που αναδεικνύει τη διαφορά στη δυναμική και μερικές φορές ίσως την αδυναμία των εργαλείων μέτρησης, να διερευνήσουν τις βαθύτερες εκδηλώσεις της οργανωτικής κουλτούρας (Seel 2001).



Είναι χαρακτηριστική η μελέτη των Xenikou και Furnham (1996), στην οποία εξετάστηκαν εμπειρικές αλληλοκαλύψεις, μεταξύ θεωρητικά παρόμοιων κλιμάκων που πάρθηκαν από διαφορετικά εργαλεία μέτρησης. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν, ότι διαφορετικές διαστάσεις της κουλτούρας από ένα εργαλείο ήταν πιο σχετικές η μία με την άλλη, από ότι σε συσχετισμό με αυτές άλλου εργαλείου μέτρησης.

Ο Seel (2001) θεωρεί επίσης, ότι η χρήση διαφόρων ερωτηματολογίων για τη μέτρηση της οργανωτικής κουλτούρας, υποδηλώνει μία κουλτούρα που είναι στατική και αγνοεί την δυναμική, που οι ανθρωπολόγοι θεωρούν ως την ουσία της έννοιας της κουλτούρας.

Τα περισσότερα ερωτηματολόγια που αφορούν στην μέτρηση της κουλτούρας ενός οργανισμού, σχεδιάστηκαν μέσα από τον καθορισμό της κουλτούρας ως ένα σύνολο γνωρισμάτων, που είναι κοινά για τα μέλη μίας κοινωνικής μονάδας (O'Reilly et al.1991), ή πιο αναλυτικά:

"Ως ένα σύστημα κοινών αξιών και πιστεύω, που παράγει κανόνες και συμπεριφορές, οι οποίες διαμορφώνουν και ορίζουν ένα τρόπο ζωής μέσα στα πλαίσια του οργανισμού". (Koberg & Chusmir 1987).

Αυτή η διατύπωση είναι σημαντική, διότι υποδηλώνει ότι η κουλτούρα μπορεί να είναι διφορούμενα κατανοητή, ανάλογη, είτε με τα πιστεύω και τις αξίες που επικρατούν (Goll & Zeitz ,1991) είτε εναλλακτικά, με τα πρότυπα συμπεριφοράς που υπάρχουν (Gundry & Rousseau ,1994).

Τα περισσότερα ερωτηματολόγια μέτρησης της οργανωτικής κουλτούρας, μπορούν να ταξινομηθούν, σε εκείνα που μετράνε την οργανωτική κουλτούρα από την προοπτική των αξιών που έχουν τα μέλη του οργανισμού και σε εκείνα, που προσεγγίζουν τους κανόνες και τις συμπεριφορές, που τα μέλη θεωρούν ως ενδεδειγμένα, για να λειτουργούν ικανοποιητικά μέσα στα πλαίσια του οργανισμού (Cameron and Freeman 1991).

Παρουσιάζονται στη συνέχεια αναλυτικότερα κάποια από τα σημαντικότερα εργαλεία αποτίμησης των διαστάσεων της οργανωσιακής κουλτούρας.

Αναφερόμενοι στο «Πλαίσιο Ανταγωνιστικών Αξιών (CVF)» (Cameron, Freeman 1991) αποτελεί πλέον ολοκληρωμένο και θεωρητικά τεκμηριωμένο πλαίσιο για την αποτύπωση και τυπολογία της οργανωσιακής κουλτούρας. Το CVF βασίζεται στο έργο των Quinn και Rohrbaugh (1983) οι οποίοι ανέπτυξαν το πλαίσιο βάσει των αναλύσεων τους σχετικά με 39 δείκτες οργανωτικής αποτελεσματικότητας, που αρχικά δημιουργήθηκαν από τον Campbell et. al.(1974). Το συγκεκριμένο εργαλείο συμβάλει στην εξέταση της κουλτούρας βάσει δύο πρωταρχικών διαστάσεων: εσωτερικός – εξωτερικός προσανατολισμός και έμφαση στην ευελιξία – σταθερότητα. Οι τύποι κουλτούρας που προκύπτουν είναι η ομαδική κουλτούρα, η ιεραρχική κουλτούρα, η κουλτούρα αγοράς και η κουλτούρα ανοικτού συστήματος. Όπως σημειώνουν οι δημιουργοί του τα τεταρτημόρια που προκύπτουν είναι πολύ σταθερά ως προς την εξήγηση των διαφορετικών προσανατολισμών καθώς και των ανταγωνιστικών αξιών που χαρακτηρίζουν την ανθρώπινη συμπεριφορά. Η σταθερότητα των διαστάσεων και ο πλούτος των τεταρτημόριων που προκύπτουν μας οδηγούν να ταυτοποιήσουμε κάθε τεταρτημόριο με ένα τύπο κουλτούρας. Αυτό σημαίνει ότι κάθε τεταρτημόριο παρουσιάζει βασικές αντιλήψεις, προσανατολισμούς και αξίες, τα ίδια στοιχεία που απαρτίζουν μια οργανωσιακή κουλτούρα.

Όσον αφορά το ερωτηματολόγιο «Εφαρμογής της Βελτίωσης της Ποιότητας» (Shortell et. al.2000) χρησιμοποιήθηκε για να εξετάσει την σχέση της κουλτούρας με την διοίκηση ολικής ποιότητας όπως επίσης για να εξετάσει την σχέση μεταξύ ιατρικής και κουλτούρας. Το συγκεκριμένο εργαλείο αποτελείται από είκοσι διατυπώσεις – ερωτήσεις οι οποίες εξετάζουν τέσσερις συγκεκριμένες διαστάσεις της κουλτούρας: ομαδικότητα, ανάπτυξη ομαδικότητας, ιεραρχία στην ομάδα και ορθολογικότητα των μελών της ομάδας. Οι διαστάσεις αυτές της οργανωσιακής κουλτούρας διερευνώνται στα πλαίσια του γενικότερου χαρακτήρα του οργανισμού, στο στυλ διοίκησης που εφαρμόζεται από τον μάνατζερ, στη συνοχή του οργανισμού, στην προτεραιότητα που δίνεται στους στόχους και στις ανταμοιβές. Το

συγκεκριμένο εργαλείο έχει χρησιμοποιηθεί σε έρευνες στον τομέα τη υγείας (Shortell et. al 1995, Scott et. al 2003).

Το Organizational Culture Inventory (OCI) των Cook & Lafferty,1987 είναι ένα από τα πιο διαδεδομένα εργαλεία, που ανήκει στην κατηγορία μέτρησης της οργανωτικής κουλτούρας προσεγγίζοντας τα πρότυπα συμπεριφοράς των μελών ενός οργανισμού. Είναι ένα αρκετά διαδεδομένο ερευνητικό εργαλείο. Αρχικά είχε δημιουργηθεί για την μέτρηση συμπεριφορικών κανόνων σε οργανισμούς της Βόρειας Αμερικής, έως σήμερα όμως, έχει διαδοθεί και εφαρμοστεί σε πολλές χώρες. Έχει χρησιμοποιηθεί, για πολλούς και διαφορετικούς σκοπούς. Όπως στο να κατευθύνει, να αξιολογήσει και να ελέγξει την αλλαγή ενός οργανισμού (Gaucher et al 1993). Το OCI είναι παράδειγμα ερωτηματολογίου, το οποίο είναι δομημένο με τέτοιο τρόπο ώστε να μετράει τους κανόνες συμπεριφοράς που επικρατούν μέσα σε ένα οργανισμό και αποτελούν ένα τρόπο εκδήλωσης της κουλτούρας του.

Σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο που αναπτύχθηκε από τον Harrison(1975) όλοι οι οργανισμοί τυποποιούνται σε τέσσερις κατηγορίες οι οποίες συνδέονται αντίστοιχα με τη δύναμη, το ρόλο, το καθήκον και με το άτομο. Για κάθε οργανισμό ένας ή δύο από αυτές τις διαστάσεις της κουλτούρας είναι επικρατέστεροι καθώς μπορεί να συνυπάρχουν και στοιχεία των άλλων (Μπουραντάς 2002). Αναλύοντας τους τύπους αυτού της κουλτούρας η πρώτη διάσταση εξετάζει τα όρια της εξουσίας σ' ένα οργανισμό, στον οποίο επικρατεί ένα αυταρχικό κλίμα με τους εργαζόμενους οι οποίοι δείχνουν αφοσίωση να ανταμείβονται με αρμοδιότητες και εξουσία. Η δεύτερη διάσταση είναι επικεντρωμένη στα άτομα που εργάζονται στον οργανισμό, στον οποίο η ιεραρχία και η τυπικότητα αποτελούν τη βάση της κουλτούρας. Σε αυτούς τους οργανισμούς η αυστηρή τήρηση των κανονισμών και των διαδικασιών εξασφαλίζει τη λειτουργικότητα. Η τρίτη διάσταση αφορά τους ρόλους των ατόμων, όπου επικρατεί η ομαδική συνεργασία και στόχος είναι η επίλυση των προβλημάτων και η επίτευξη του έργου χωρίς την αυστηρή τήρηση της ιεραρχίας. Η τέταρτη διάσταση έχει να κάνει με τα καθήκοντα των ατόμων που εργάζονται στον οργανισμό τα οποία κατά βάση είναι ανεξάρτητα και επικρατεί ο ατομικισμός σ' αυτούς τους

οργανισμούς. Η ιεραρχία δεν αναγνωρίζεται και η εργασία σε ομάδες απαιτεί ανεξαρτησία και ευελιξία.(Μπουραντάς 2002)

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο είναι βασισμένο στην οργανωσιακή ιδεολογία και αποσκοπεί στην αποτίμηση της υπάρχουσας και της επιθυμητής κουλτούρας. Χρησιμοποιεί μια μεγάλη ποικιλία δεδομένων και έχει μια δυνατή θεωρητική βάση.

Όσον αφορά το ερωτηματολόγιο της Νοσοκομειακής Κουλτούρας (Sieveking, Bellet & Marston 1993) δημιουργήθηκε και έχει χρησιμοποιηθεί σε δέκα ιδιωτικά νοσοκομεία στη Αγγλία με στόχο να καθορίσει την οργανωσιακή κουλτούρα από την οπτική γωνία και την πείρα των εργαζομένων. Οι αντιλήψεις των εργαζομένων καθορίζουν και τη συμπεριφορά τους. Η πρόσφατη έμφαση που έχει δοθεί στη βελτίωση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί πρόσφορο έδαφος για τη διεξαγωγή τέτοιου είδους ερευνών. Μέσω του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου παρουσιάζονται οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας όσον αφορά τις εξής διαστάσεις της κουλτούρας: Επίβλεψη, Νοοτροπία Εργοδότη, Σημαντικότητα του ρόλου, Παρουσία Νοσοκομείου, Ανταγωνιστικότητα, Αμοιβών, Συνεκτικότητα και Φόρτος Εργασίας.

Ενώ υπάρχει ένα ευρύ φάσμα εργαλείων τα οποία θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν από τους ερευνητές όλα έχουν περιορισμούς ως προς το πεδίο εφαρμογής τους ή την ευκολία χρήσης τους. Ένα μέσο που λειτουργεί καλά για μια έρευνα δεν μπορεί να είναι το ίδιο αποτελεσματικό για μια άλλη μελέτη. Για παράδειγμα μια συνολική εικόνα της οργανωσιακής κουλτούρας θα μπορούσε να φανεί μέσω του ερωτηματολογίου των ανταγωνιστικών αξιών, αλλά δεν θα υπήρχε το απαραίτητο επίπεδο λεπτομέρειας που απαιτείται, για να οδηγηθεί ο οργανισμός προς την αλλαγή, μέσω συγκεκριμένων παρεμβάσεων. Μελέτες οι οποίες έχουν σκοπό την ανάλυση της κουλτούρας συγκεκριμένων επαγγελματικών ομάδων θα μπορούσαν να χρησιμοποιήσουν ένα πιο στοχευμένο εργαλείο, όπως είναι το Εργαλείο Μέτρησης της Κουλτούρας της Νοσηλευτικής Μονάδας (Coeling and Simms 1993).

Το συγκεκριμένο εργαλείο μας δίνει λεπτομερή έρευνα για ένα μέρος του προσωπικού του οργανισμού και είναι χρήσιμο για την αποτίμηση της

επαγγελματικής κουλτούρας. Μια μελέτη η οποία εστιάζει στο πως λειτουργεί μια ομάδα, μέσω αυτού του ερωτηματολογίου, θα μπορούσε να εντοπίσει την προθυμία ή την απροθυμία των επαγγελματιών υγείας στο να συνεργαστούν με πρωτοβουλίες για τη βελτίωση της ποιότητας στο χώρο της υγείας.

Καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι αν και οι ερευνητές αναζητούν ένα «ιδανικό» εργαλείο για την αποτύπωση της κουλτούρας στους οργανισμούς υγείας αυτό εξαρτάται από το πώς θα ορίσει ο κάθε ερευνητής το σκοπό της έρευνας, την προβλεπόμενη χρήση των αποτελεσμάτων καθώς και τη διαθεσιμότητα των πόρων. Ο ορισμός αυτών των παραμέτρων οδηγεί τον ερευνητή να επικεντρώσει την προσοχή του στα βασικά ζητήματα της εκάστοτε μελέτης, με αποτέλεσμα την καλύτερη πιθανή επιλογή ερωτηματολογίου.

Στο παράρτημα II παρατίθενται τα εργαλεία μέτρησης της οργανωσιακής κουλτούρας στις υπηρεσίες υγείας. **ΠΗΓΗ:** *Οργανωσιακή Κουλτούρα στις Υπηρεσίες Υγείας: Το Ελληνικό Δημόσιο Νοσοκομείο*, Τσιομλεξή Δ., Οικονομοπούλου Χρ. 6ο Πανελλήνιο Επιστημονικό Συνέδριο: Management Υπηρεσιών Υγείας, Αλεξανδρούπολη, 7-9 Οκτωβρίου 2004.

## **2.4 Σημασία μελέτης**

Όπως επισημαίνουν οι Wooten & Crane (2003), είναι κρίσιμης σημασίας, η ύπαρξη ή η ανάπτυξη (εάν δεν υπάρχει), ενός τύπου αποδοτικής κουλτούρας, στους οργανισμούς υγείας που αντιμετωπίζουν πολύπλοκες δομές διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας, σε ένα ιδιαίτερα ανταγωνιστικό και μεταβαλλόμενο περιβάλλον, που απαιτεί υψηλού επιπέδου υπηρεσίες για την ικανοποίηση των διαρκώς αυξανόμενων αναγκών των ασθενών.

Η μελέτη των παραμέτρων αυτών, δηλαδή της οργανωτικής κουλτούρα που διέπει το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού και η καταγραφή του βαθμού ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων μεταξύ του προσωπικού που εργάζεται σε αυτό, θα μπορούσε να

δώσει μία επιστημονικά τεκμηριωμένη ερμηνεία για τις δυσλειτουργίες που έχουν διαπιστωθεί. Επιπρόσθετα, μία καταγραφή της παρούσας οργανωτικής κουλτούρας που διέπει το Νοσοκομείο Λεμεσού, θα μπορούσε να αποτελέσει το εφαλτήριο για παρεμβάσεις στην κατεύθυνση αλλαγής του οργανισμού αυτού και υιοθέτησης διοικητικών δομών και πρακτικών, που λειτουργούν με βάση τον σκοπό του οργανισμού, δηλαδή την προαγωγή, την πρόληψη και την προσφορά υψηλής ποιότητας και απόδοσης υπηρεσιών υγείας στην κοινότητα.

## **2.5 Organization Culture Profile (OCP)**

Το OCP το οποίο αναπτύχθηκε από τους O'Reilly, Chatman και Caldwell (1991) έχει χαρακτηριστεί ως εργαλείο μέτρησης της κουλτούρας και των αξιών ενός οργανισμού σε οργανωσιακό επίπεδο (Agle and Caldwell, 1999). Αποτελεί ένα από τα δέκα καλύτερα εργαλεία μέτρησης της κουλτούρας τα οποία χρησιμοποιούνται σήμερα (Judge and Cable 1997, Howard 1998, Agle and Caldwell 1999). Έχει καταγραφεί στη βιβλιογραφία ακόμα, ότι σε 18 έρευνες που αφορούσαν τη μέτρηση της κουλτούρας, οι οποίες δημοσιεύτηκαν μεταξύ του 1975 και 1992, οι Ashkansay, Broadfoot και Falkus (2000) αναφέρουν ότι το OCP ήταν ένα από τα λίγα εργαλεία το οποίο μας παρέχει λεπτομέρειες που αφορούν την αξιοπιστία και την εγκυρότητα μιας έρευνας.

Αρχικά το OCP αναπτύχθηκε για να εξετάσει το που συμπίπτουν οι ατομικές και οι οργανωσιακές αξίες (O' Reilly et.al., 1991). Το OCP χρησιμοποιήθηκε από τους Cable και Parsons (Cable and Parsons, 2001) για να επιβεβαιώσει το πόσο σημαντικό είναι όταν εξετάζεται, (αξιολογείτε) ένα άτομο για μια θέση εργασίας να μπορεί να προσαρμοστεί μέσα στον οργανισμό.

Προηγούμενες μελέτες χρησιμοποίησαν εκδοχές του OCP οι οποίες βασίζονταν σε μια μέθοδο για ακριβή ανταποκρίσιμα δεδομένα τα οποία ίσως έφεραν σε συμβιβασμό τη χρησιμότητα του OCP σε μεγάλα δείγματα και σε διαφορετικές περιπτώσεις. Ο O' Reilly et al., (1991) ανέπτυξαν ένα μέσο πρόσβασης στη

κουλτούρα στη βάση του συνόλου των αξιών προσανατολισμού των ατόμων μέσα στους οργανισμούς.

Ανέπτυξαν το OCP για να καθορίσουν την προσαρμογή των ατόμων στους οργανισμούς με βάση τους κανόνες επιβίωσης του οργανισμού. Οι Subramaniam και Ashkanasy (2001) χρησιμοποίησαν το OCP για να εξετάσουν τη σύνδεση μεταξύ της προσέγγισης της διοίκησης σε σχέση με την έκβαση των αποτελεσμάτων της εργασίας. Η έρευνα τους όμως περιορίστηκε από δύο διαστάσεις του OCP: Προσοχή στη λεπτομέρεια και Καινοτομία.

Μέσω του OCP διερευνώνται ακόμα το πώς οι τύποι της οργανωσιακής κουλτούρας σε συγκεκριμένες ηγετικές προσεγγίσεις σχετίζονται με την επαγγελματική ικανοποίηση, το εργασιακό άγχος, την αφοσίωση, την εμπιστοσύνη, την ειλικρίνεια και το σεβασμό.

Το OCP αναπτύχθηκε από τους O' Reilly, Chatman και Caldwell (1991), αναθεωρήθηκε από τους Cable και Judge (1997) και χρησιμοποιείται για τη μέτρηση της οργανωσιακής και προσωπικής κουλτούρας.

Η αυθεντική εκδοχή του OCP περιλαμβάνει 54 ερωτήσεις οι οποίες αναλύουν οκτώ διαστάσεις της οργανωσιακής κουλτούρας: καινοτομία, προσοχή στη λεπτομέρεια, προσανατολισμός στα επιτεύγματα, επιθετικότητα, υποστηρικτικότητα, έμφαση στην αμοιβή, ομαδικότητα και αποφασιστικότητα.

Το ερωτηματολόγιο μέσα από τη συλλογή των δεδομένων (Block, 1978) καθορίζει τις αξίες οι οποίες χαρακτηρίζουν το στόχο του οργανισμού και τις προτιμήσεις των ατόμων που εργάζονται στον οργανισμό για το σχηματισμό των συγκεκριμένων αξιών. Οι O'Reilly et.al., (1991) αναφέρουν μέση τιμή συντελεστή αξιοπιστίας για το OCP 0,88 και ο Vandenberghe (1999) 0,86.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 - ΣΥΓΚΡΟΥΣΗ ΚΑΙ ΑΣΑΦΕΙΑ ΡΟΛΩΝ**

### **3.1 Σύγκρουση και ασάφεια ρόλων στο νοσοκομειακό περιβάλλον**

Σύγκρουση ρόλων βιώνει ο εργαζόμενος όταν διαφορετικές ομάδες ή άτομα, με τα οποία αλληλεπιδρά, έχουν συγκρουόμενες προσδοκίες σε σχέση με τον τρόπο συμπεριφοράς του (Pettigrew, 1996), ή όταν από τον ίδιο υπάρχουν δύο ή περισσότερες αλληλοσυγκρουόμενες απαιτήσεις (Brewer & Clippard 2002, Steers & Black 1994). Είναι επίσης, η κατάσταση κατά την οποία η συμπεριφορά ενός ατόμου ή μιας ομάδας σκόπιμα επιδιώκει να εμποδίσει την επίτευξη των στόχων ενός άλλου ατόμου ή ομάδας. Η ασάφεια ρόλων σχετίζεται με την αβεβαιότητα των εργαζομένων αναφορικά με σημαντικές απαιτήσεις της εργασίας τους (Baron, αναφ. Koustelios et al., 2004).

Τόσο η σύγκρουση ρόλων, όσο και η ασάφεια ρόλων σχετίζονται αρνητικά με την επαγγελματική ικανοποίηση (Behram & Perreault 1984, Boles 1996, Hafer & McCuen 1985, O'Driscoll & Beehr 2000). Σύμφωνα με τον Schein (2005) διαπιστώνεται μια γενικά αρνητική συσχέτιση μεταξύ της ασάφειας και της σύγκρουσης ρόλων και της επαγγελματικής ικανοποίησης, με την ασάφεια ρόλων να έχει ισχυρότερη επίδραση, ενώ εμφανίζονται διαφορές μεταξύ των επαγγελμάτων.

Σε οργανισμούς με πολύπλοκες δομές και διαφορετικές επαγγελματικές ομάδες, όπως είναι τα νοσοκομεία, η πιθανότητα δημιουργίας συγκρούσεων είναι αυξημένη (Gerardi, 2005). Για τη διαχείριση και αντιμετώπιση των συγκρούσεων απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί η διάθεση χρόνου. Ωστόσο, ο χρόνος είναι περιορισμένος και συνήθως γιατροί και νοσηλευτές είναι πολύ απασχολημένοι με τη νοσηλεία των ασθενών. Παρόλ' αυτά η διαχείριση των συγκρούσεων και η επίλυση τους θα έπρεπε να αποτελεί κύριο μέλημα των Διοικητών του νοσοκομείου, δεδομένου ότι οι συγκρούσεις αυτές έχουν και κατ'επέκταση επιπτώσεις και στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας στους ασθενείς.



### **3.2 Αίτια συγκρούσεων**

Η έννοια της σύγκρουσης είναι ένα ανεπιθύμητο φαινόμενο που οδηγεί σε αρνητικά αποτελέσματα (Thomas, 1992) και οι παράγοντες που το προκαλούν συνοψίζονται στους εξής:

Σε οργανισμούς με πολλά επίπεδα εξουσίας και συνεργασία διαφορετικών επαγγελματικών ομάδων, οι συγκρούσεις προκύπτουν είτε λόγω κακής επικοινωνίας είτε λόγω διαφορετικών στόχων (Dove A.,1998).

Οι συνθήκες εργασίας είναι τέτοιες με αποτέλεσμα την ύπαρξη αυξημένων επιπέδων άγχους.

Υπάρχουν διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης (Jameson, 2003), αλληλοκάλυψη ρόλων και αρμοδιοτήτων λόγω ασάφειας στον καθορισμό των καθηκόντων, με συνέπεια τις συγκρούσεις.

Η λειτουργική αλληλεξάρτηση μεταξύ των επαγγελματικών ομάδων για την εκτέλεση των εργασιών και τη διαχείριση των πόρων (Cox C. , 2004).

Τα προβλήματα διοίκησης, η έλλειψη οργάνωσης και η προσπάθεια από τη διοίκηση να επιφέρει κάποιες αλλαγές, οι οποίες ίσως θεωρηθούν από τους εργαζόμενους απειλή για τα κεκτημένα δικαιώματα τους ενδεχομένως να προκαλέσει συγκρούσεις (Marquis B., 1994).

Οι ανάγκες οι οποίες παραμένουν ανικανοποίητες μπορεί να αποτελέσουν αιτία συγκρούσεων, όπως οι περιορισμένοι πόροι (έλλειψη προσωπικού, οικονομικές και υλικοτεχνικές ελλείψεις).

### **3.3 Ασάφεια ρόλων ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας**

Η ασάφεια ρόλου ορίζεται ως μια έλλειψη σαφών και ξεκάθαρων πληροφοριών που συνδέονται με έναν ιδιαίτερο ρόλο και αφορούν τις προσδοκίες που έχουν σχέση με τη θέση κάποιου (Kahn, Wolfe, Quinn, Snoek, & Rosental, 1964). Οι Naylor, Pritchard και Ligen (1980), δήλωσαν ότι η ασάφεια των ρόλων υπάρχει στα άτομα που είναι κάτοχοι ρόλων, είναι αβέβαιοι για αυτούς και ταυτόχρονα γνωρίζουν αυτή την αβεβαιότητα τους.

Οι διαστάσεις της ασάφειας των ρόλων περιλαμβάνουν: (α) ασάφεια στόχου/προσδοκία ευθύνης, (τι αναμένεται; τι πρέπει να γίνει;), (β) ασάφεια διαδικασίας (πως πρέπει να γίνουν τα πράγματα, ο δρόμος για τους οργανωτικούς στόχους), (γ) ασάφεια προτεραιότητας (πότε πρέπει να γίνουν τα πράγματα και με ποια διαταγή) και (δ) ασάφεια συμπεριφοράς (πως αναμένεται να ενεργήσει κάποιος στις διάφορες καταστάσεις;). (Bedeian & Armenakis, 1981, Sawyer, 1992, Singh & Rhoads 1991, Singh, Verbeke, & Roads, 1996).

Ένα μεγάλο μέρος των ερευνών μας έχει δείξει ότι η ασάφεια ρόλου μπορεί να έχει προβληματικές συνέπειες για τους κατόχους της ασάφειας ρόλων. Για παράδειγμα, στην περιοχή των οργανώσεων και επιχειρήσεων, έχει διαπιστωθεί πως η ασάφεια ρόλου μπορεί να έχει αρνητικές επιρροές (Lagace, 1988, Terry, Nielsen, & Perchard, 1993), να είναι αρνητικά συσχετισμένη με την ικανοποίηση της εργασίας (Babakus, Gravens, Johnston & Moncrief, 1999, Rhoads, Singh & Goodwell, 1994, O'Ddriscoll & Beehr, 2000) και την οργανωτική αφοσίωση (Agarwal & Ramaswami 1993, Colareli & Bishop 1990, Mayer & Shoorman, 1998), καθώς και να οδηγεί τους υπαλλήλους σε εξουθενωμένη απόδοση ή ακόμη και σε αποχώρηση από την εργασία (Bauer & Green 1994, Sohi, Smith & Ford 1996, Williams, Podsakoff & Huber 1992). Πιο πρόσφατα, ο Beard (1999) επανέλαβε το σημείο ότι η παρουσία της ασάφειας των ρόλων αποτελεί αιτία πολλών αρνητικών και επιβλαβών συνεπειών, όπως μειωμένη ικανοποίηση από την εργασία, αυξημένα επίπεδα άγχους και μεγαλύτερη πιθανότητα να αφήσει τον οργανισμό. Έτσι, σε περιπτώσεις που χαρακτηρίζονται από την αλληλεξάρτηση των ρόλων, η ασάφεια ρόλων θα μπορούσε να προβλεφθεί για να επηρεάσει τις σκέψεις και τις συμπεριφορές και του κατόχου του ρόλου και των άλλων ατόμων με τους οποίους αλληλεπιδρούν και κατά συνέπεια η ασάφεια ρόλου θα μπορούσε να έχει ψυχολογικές (αυτοαποτελεσματικότητα, ικανοποίηση) και συμπεριφοριστικές επιπτώσεις, π.χ. απόδοση, (Forsyth, 1999).

## **ΜΕΡΟΣ Β΄ - ΕΙΔΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 – ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ**

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η ανάλυση της έννοιας και της λειτουργίας της οργανωσιακής κουλτούρας. Η έρευνα του συγκεκριμένου θέματος δεν περιορίζεται μόνο στην έρευνα και συλλογή πληροφοριών από την υπάρχουσα βιβλιογραφία, αλλά επεκτείνεται και σε πρακτικό επίπεδο με την πραγματοποίηση έρευνας και στατιστικής ανάλυσης δεδομένων.

Επιδιώκεται έτσι να αναδειχθεί η σημαντικότητα της έγκυρης και έγκαιρης διαπίστωσης του τύπου κουλτούρας ή υποκουλτούρας που επικρατεί στον οργανισμό και της κατάλληλης διαχείρισης της από τη διοίκηση προς όφελος του οργανισμού.

Τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα είναι τα εξής:

- Η σύμπλευση ή μη της οργανωσιακής κουλτούρας με τους στόχους του οργανισμού. Αν η κουλτούρα ωθεί τους εργαζόμενους να κινηθούν προς την ίδια κατεύθυνση με την αποστολή και τους στόχους του νοσοκομείου ή προς την αντίθετη.
- Η έκταση της κουλτούρας, δηλ. αφενός ο βαθμός στον οποίο αυτή είναι διαδεδομένη μεταξύ των εργαζομένων και αφετέρου ο βαθμός στον οποίο αποτελεί ένα ενιαίο και ολιστικό σύστημα παραδοχών. Κατά κανόνα υπάρχουν επιμέρους κουλτούρες ή υποκουλτούρες, οι οποίες χαρακτηρίζουν τα διαφορετικά τμήματα, τις διαφορετικές επαγγελματικές ομάδες του οργανισμού. Οι υποκουλτούρες αυτές είναι ιδιαίτερα ευκρινής στους οργανισμούς υπηρεσιών υγείας λόγω του ότι υπάρχουν πολλές και διαφορετικές κατηγορίες επαγγελματικών ομάδων.

Όπως επισημαίνουν οι Wooten & Crane (2003) είναι κρίσιμης σημασίας, η ύπαρξη ή η ανάπτυξη ενός τύπου αποδοτικής κουλτούρας στους οργανισμούς υγείας που

αντιμετωπίζουν πολύπλοκες δομές διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας. Το περιβάλλον των υπηρεσιών υγείας είναι ιδιαίτερα ανταγωνιστικό και μεταβαλλόμενο που απαιτεί υψηλού επιπέδου υπηρεσίες για την ικανοποίηση των διαρκών αυξανόμενων αναγκών των ασθενών. Η μελέτη των παραμέτρων αυτών, της οργανωσιακής κουλτούρας που διέπει το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού, θα μπορούσε να δώσει μια ερμηνεία για τις δυσλειτουργίες που ενδεχομένως υπάρχουν. Επιπρόσθετα, μια καταγραφή της παρούσας οργανωσιακής κουλτούρας θα μπορούσε να αποτελέσει το εφαλτήριο για παρεμβάσεις στην κατεύθυνση αλλαγής και υιοθέτησης διοικητικών δομών και πρακτικών με σκοπό την προσφορά υψηλής ποιότητας και απόδοσης υπηρεσιών υγείας.

Παρά την έμφαση που έχει δοθεί διεθνώς στα θέματα που αφορούν την βελτίωση της ποιότητας που παρέχουν οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, μέσω της ταυτοποίησης της οργανωσιακής κουλτούρας που διέπει τη νοσηλεία των επαγγελματιών υγείας, στη χώρα μας, το ερευνητικό ενδιαφέρον για θέματα που αφορούν την οργανωσιακή κουλτούρα στα κρατικά και μη νοσηλευτήρια είναι εξαιρετικά χαμηλό. Ωστόσο αν τα νοσοκομεία θέλουν να βελτιώσουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, είναι σημαντικό να γνωρίζουν περισσότερα για την κουλτούρα που σχετίζεται με αυτή τη βελτίωση.

Κατανοώντας την οργανωσιακή κουλτούρα στις υπηρεσίες υγείας διαφαίνεται ότι επηρεάζει ένα οργανισμό τόσο ως προς τη λειτουργία όσο και ως προς την αποτελεσματικότητα

Συγκεκριμένα στις υπηρεσίες υγείας επηρεάζει το επίπεδο της παρεχόμενης φροντίδας.

Το OCP (Organizational Culture Profile) αποτελεί εργαλείο αποτίμησης της οργανωσιακής κουλτούρας και θα χρησιμοποιηθεί για την αποτύπωση αυτής στους ιατρούς και νοσηλευτές του Γ.Ν Λεμεσού. Σκοπός της μελέτης είναι η εφαρμογή, η μέτρηση, ο έλεγχος αξιοπιστίας και εγκυρότητας του συγκεκριμένου εργαλείου σε ένα κυπριακό δημόσιο νοσοκομείο.

Επιπλέον, στόχος της μελέτης είναι να διερευνήσει τις αντιλήψεις των εργαζομένων σε ό,τι αφορά θέματα σύγκρουσης και ασάφειας των ρόλων.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 – ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

### **2.1 Συμμετέχοντες**

Το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού είναι ένα σύγχρονο γενικό νοσοκομείο δυναμικότητας 360 κλινών που ξεκίνησε να λειτουργεί το 1992. Είναι δημόσιο νοσοκομείο και προσφέρει υπηρεσίες πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας και αποκατάστασης στη γενικότερη επαρχία της Λεμεσού. Υπάγεται στο Υπουργείο Υγείας και ευθύνη του αποτελεί η παροχή των προαναφερθέντων υπηρεσιών στο σύνολο του πληθυσμού της επαρχίας Λεμεσού, που εκτιμάται στις 230.000.

Είναι εγκατεστημένο στη δυτική περιοχή της Λεμεσού στα Πάνω Πολεμίδα, στη λεωφόρο Νίκαιας.

Το νοσοκομείο απασχολεί (Οκτώβριος 2010), συνολικά 1.094 επαγγελματίες υγείας, από του οποίους οι 153 είναι γιατροί, οι 554 είναι νοσηλευτές και οι 295 είναι βοηθητικό υγειονομικό προσωπικό (μεταφορείς ασθενών, βοηθοί θαλάμων,ωρομίσθιο προσωπικό). Το νοσοκομείο απασχολεί ακόμα 35 διοικητικούς λειτουργούς, και 77 άτομα παραϊατρικό προσωπικό.

Η έρευνα αυτή αφορά τους ιατρούς και νοσηλευτές του νοσοκομείου και όχι το σύνολο των επαγγελματιών υγείας του νοσηλευτηρίου.

Τον Οκτώβριο του 2010 διανεμήθηκε στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου η ελληνική εκδοχή του ερωτηματολογίου « Organizational Culture Profile » ( O' Reilly et al. 1998) και το ερωτηματολόγιο των Rizzo, J.R., House, R.J., & Lirtzman, S.I. (1970). « Role conflict and ambiguity in complex organizations» το οπο ό αφο ρά τη σύγκρουση και ασάφεια των ρόλων ανάμεσα στους εργαζόμενους.

Το ερωτηματολόγιο μοιράστηκε μόνο στους επαγγελματίες υγείας που έχουν μόνιμο διορισμό και σύμβαση εργασίας αορίστου χρόνου και όχι οποιαδήποτε άλλη σχέση. Αποκλείστηκε δηλαδή από τη μελέτη για ευνόητους λόγους η συμμετοχή φοιτητών νοσηλευτικής και ιατρικής σχολής, άμισθων εκπαιδευόμενων και εργαζομένων με συμβάσεις ορισμένου χρόνου.

Η διανομή του ερωτηματολογίου έγινε στο νοσοκομείο με τη σύσταση να συμπληρωθεί εκτός χώρου εργασίας. Επίσης διευκρινίστηκε στους ερωτώμενους ότι η συμμετοχή στην έρευνα είναι εθελοντική και ανώνυμη.

Για τη διεξαγωγή της έρευνας εξασφαλίστηκε έγκριση από τις Νοσηλευτικές Υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας, από τις Ιατρικές Υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας μέσω της Διεύθυνσης του Νοσοκομείου. Εξασφαλίστηκε επίσης έγκριση από την Εθνική Υπηρεσία Βιοηθικής. (Παράρτημα ΙΙΙ).

292 από τους 527, στους οποίους διανεμήθηκε το ερωτηματολόγιο, ανταποκρίθηκαν στην έρευνα και το επέστρεψαν απαντημένο, με ποσοστό ανταπόκρισης [55,5%].

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες στην έρευνα εργάζονται ως νοσηλευτές με ποσοστό ανταπόκρισης [49%] (N198). Το ποσοστό ανταπόκρισης των γιατρών είναι [73%]. (N73) και των ειδικευόμενων ιατρών [80%]( N17). Όσον αφορά τους απόλυτους αριθμούς αντανακλούν σε μεγάλο βαθμό την κατανομή του προσωπικού στο νοσοκομείο αλλά όσον αφορά την ανταπόκριση το μεγαλύτερο ποσοστό το κατέχουν οι ειδικευόμενοι ιατροί ακολουθούν οι ιατροί και μετά οι νοσηλευτές ενώ σε αντίστοιχες έρευνες μεγαλύτερο ποσοστό συμμετοχής κατέχουν οι νοσηλευτές (Smits et al., 2008).

## **2.2 Περιγραφή του ερευνητικού εργαλείου**

Η παρούσα μελέτη χρησιμοποιεί για τη μέτρηση της Οργανωσιακής κουλτούρας και της ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων που διέπει το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού ένα ερωτηματολόγιο το οποίο δομείται σε τρία μέρη.

Εισαγωγικά υπάρχει μια συνοπτική αναφορά στα πλαίσια στα οποία διεξάγεται η έρευνα.

Αναφέρονται οι στόχοι της μελέτης; οι οποίοι θα διερευνηθούν μέσα από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου το οποίο αφορά α) την καταγραφή των απόψεων για την παρουσία ή μη σύγκρουσης και ασάφειας ρόλων ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας, β) την αποτύπωση της οργανωσιακής κουλτούρας που χαρακτηρίζει το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού.

Τονίζεται στους συμμετέχοντες ότι δεν υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις και ότι αυτό που ζητάμε είναι η προσωπική τους άποψη, αυθόρμητα. Αναφέρεται ακόμα ότι θα διασφαλιστεί η ανωνυμία των προσώπων και ότι οι απαντήσεις είναι απόλυτα εμπιστευτικές.

Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει 2 κλίμακες των Rizzo et al. (1970), προσαρμοσμένες από τον Koustelios et al. (2004), οι οποίες μετράνε τον βαθμό σύγκρουσης και ασάφειας ρόλων ( role conflict & role ambiguity). Η πρώτη κλίμακα, μετράει την ασάφεια ρόλων και αποτελείται από 6 προτάσεις. Οι απαντήσεις δίνονται σε μια κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων (5 πάντοτε έως 1 ποτέ). Η δεύτερη κλίμακα μετράει την σύγκρουση ρόλων (role conflict) και αποτελείται από οκτώ προτάσεις. Οι απαντήσεις και σε αυτή τη κλίμακα δίνονται σε μια κλίμακα 5 διαβαθμίσεων (5 πάντοτε έως 1 ποτέ).

### **Ασάφεια Ρόλων**

1. Είμαι σίγουρος/ η για την έκταση της εξουσίας που έχω στη δουλειά μου.
2. Στη δουλειά μου υπάρχουν ξεκάθαροι και προγραμματισμένοι στόχοι.
3. Γνωρίζω ότι μοιράζω σωστά το χρόνο μου.
4. Γνωρίζω ποιες είναι οι ευθύνες μου.
5. Γνωρίζω επακριβώς τι περιμένουν οι άλλοι από εμένα.
6. Οι επεξηγήσεις που μου δίνονται στη δουλειά μου για το τι πρέπει να γίνει είναι ξεκάθαρες.

## Σύγκρουση Ρόλων

1. Στη δουλειά μου ασχολούμαι με πράγματα που το καθένα θέλει διαφορετική αντιμετώπιση.
2. Μου ανατίθενται εργασίες χωρίς να υπάρχει η ανθρώπινη βοήθεια που είναι απαραίτητη για να ολοκληρωθούν αυτές.
3. Πρέπει να έρθω σε σύγκρουση με διαδικασίες ή κανόνες προκειμένου να διεκπεραιώσω κάποια εργασία.
4. Εργάζομαι με δύο ή περισσότερες ομάδες ατόμων που λειτουργούν διαφορετικά.
5. Στη δουλειά μου, παίρνω οδηγίες που είναι αντιφατικές μεταξύ τους.
6. Στη δουλειά μου, κάνω πράγματα τα οποία γίνονται αποδεκτά μόνο από ορισμένα άτομα.
7. Μου ανατίθεται κάποια εργασία χωρίς τους επαρκείς πόρους και υλικά για να την εκτελέσω.
8. Στη δουλειά μου ασχολούμαι με μη αναγκαία πράγματα.

Το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει το OCP, ένα προσαρμοσμένο ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που αποτελεί μετάφραση και προσαρμογή στην Ελλάδα (Μπέλλου, 2008) του Organizational Culture Profile (OCP) (O'Reilly, Chatman & Caldwell 1991).

Το ερωτηματολόγιο περιέχει 56 ερωτήσεις που βαθμολογούνται σε μια κλίμακα Likert 5 διαβαθμίσεων (καθόλου, σε λίγο βαθμό, σε μέτριο βαθμό, αρκετά, πάρα πολύ). Οι προτάσεις αυτές περιγράφουν κάποιες συμπεριφορές (συμπεριφορικά πρότυπα) οι οποίες ενδεχομένως απαιτούνται από τα μέλη των οργανισμών και οι οποίες συμπεριφορές, διαμορφώνουν την οργανωσιακή κουλτούρα του οργανισμού.

Περιλαμβάνει ακόμα 7 διατυπώσεις/ερωτήσεις οι οποίες αφορούν την επαγγελματική ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας.

Η επιλογή του συγκεκριμένου εργαλείου, μεταξύ όσων υπάρχουν στην διεθνή βιβλιογραφία, για την εκπόνηση αυτής της μελέτης, έγινε με κριτήριο το σχετικά μικρό του μέγεθος αλλά επίσης γιατί οι διαστάσεις του συνδέονται ξεκάθαρα με την ποιοτική εξυπηρέτηση και ικανοποίηση του ασθενή. Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει



την ικανότητα να αντλεί πληροφορίες για το θέμα που ερευνά καλύπτοντας όλο του το εύρος του όπως επίσης και του πληθυσμού που εξετάζει. Συγκριτικά λοιπόν με άλλα εργαλεία, το ερωτηματολόγιο της οργανωσιακής κουλτούρας πληρεί τα παραπάνω κριτήρια καθώς: έχει συνοχή, είναι εκτενές χωρίς να είναι πολύ μεγάλο και κουραστικό, είναι περιεκτικό με την έννοια ότι καλύπτει μεγάλο εύρος των περισσότερων διαστάσεων κουλτούρας που μπορεί να κανείς να βρει στη βιβλιογραφία, ερευνά και καλύπτει τις περισσότερες ειδικότητες επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε ένα νοσοκομείο και δίνει τη δυνατότητα συγκρίσεων μεταξύ των διαφορετικών επαγγελματικών κατηγοριών και υπηρεσιών των νοσοκομείων (Sarros C., Gray J., Densten I., Cooper B. 2005). Αναλυτικότερα το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 11 διαστάσεις οργανωσιακής κουλτούρας οι οποίες αντιστοιχούν στις ανάλογες ερωτήσεις ως εξής:

Επιθετικότητα/Ανταγωνιστικότητα	<p>Το να υπάρχει προσανατολισμός στην επίτευξη στόχων</p> <p>Έμφαση στην ποιότητα</p> <p>Το να έχει ο εργαζόμενος διαφορετικά χαρακτηριστικά από τους άλλους</p> <p>Το να είναι ο εργαζόμενος ανταγωνιστικός</p>
Προσοχή στην λεπτομέρεια/Κοινωνικά Υπεύθυνος	<p>Το να είναι ο εργαζόμενος σκεπτόμενος (being reflective)</p> <p>Το να έχει ο εργαζόμενος καλή φήμη</p> <p>Το να είναι ο εργαζόμενος κοινωνικά υπεύθυνος</p> <p>Το να έχει ο εργαζόμενος ξεκάθαρη καθοδηγητική φιλοσοφία</p>
Υποστηρικτικότητα/Ομαδικότητα	<p>Το να υπάρχει προσανατολισμός στην ομαδικότητα</p> <p>Το να μοιράζονται οι εργαζόμενοι ελεύθερα τις πληροφορίες</p> <p>Το να υπάρχει προσανατολισμός στους</p>

	<p>ανθρώπους</p> <p>Συνεργασία μεταξύ των εργαζομένων</p>
Καινοτομία/Αποφασιστικότητα	<p>Καινοτομία (being innovative)</p> <p>Γρήγορη εκμετάλλευση ευκαιριών</p> <p>Ανάληψη κινδύνου (risk taking)</p> <p>Ανάληψη προσωπικής ευθύνης</p>
Έμφαση στην αμοιβή	<p>Δικαιοσύνη</p> <p>Ευκαιρίες για επαγγελματική εξέλιξη</p> <p>Υψηλές αμοιβές για την καλή απόδοση</p> <p>Το να επαινείται ο εργαζόμενος για την καλή απόδοση</p>
Προσανατολισμός στα επιτεύγματα	<p>Το να έχει ο εργαζόμενος υψηλές προσδοκίες για απόδοση</p> <p>Ενθουσιασμός για τη δουλειά</p> <p>Το να υπάρχει προσανατολισμός στο αποτέλεσμα</p> <p>Το να έχει ο εργαζόμενος υψηλό βαθμό οργάνωσης</p>
Σταθερότητα	<p>Σταθερότητα</p> <p>Το να είναι ο εργαζόμενος ήρεμος</p> <p>Αίσθημα ασφάλειας στην εργασία</p> <p>Χαμηλό επίπεδο συγκρούσεων</p>

Τέλος το τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει ερωτήσεις τύπου λίστας για τη συγκέντρωση δημογραφικών στοιχείων που αφορούν το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, την επαγγελματική ιδιότητα, τη θέση που κατέχει ο εργαζόμενος, την προϋπηρεσία στον οργανισμό και συγκεκριμένα την προϋπηρεσία στο τμήμα στο οποίο εργάζεται τώρα.

### **2.3 Πιλοτική μελέτη**

Το ερωτηματολόγιο δοκιμάστηκε σε αριθμό 15 ατόμων που ανήκαν στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό του Νοσοκομείου Λεμεσού. Οι ερωτηθέντες είχαν ενημερωθεί για το σκοπό της μελέτης και ζητήθηκε η γνώμη τους σχετικά με τη τελική μορφοποίηση (διάταξη, εμφάνιση) του ερευνητικού εργαλείου. Δεν τους ζητήθηκε να εκφράσουν την γνώμη τους σχετικά με την σαφήνεια, τη διατύπωση και την συντακτική διάρθρωση των ερωτήσεων διότι και τα δύο εργαλεία μέτρησης, είχαν ήδη ελεγχθεί για την εγκυρότητα και αξιοπιστία τους και είχαν είδη προσαρμοστεί στα κυπριακά δεδομένα οπότε δεν υπήρχε η δυνατότητα παρέμβασης και αλλαγής σε σχέση με τη διάρθρωση των ερωτήσεων και την διατύπωσή τους. Από την πιλοτική μελέτη αναλυτικά εξετάστηκε:

- α) εάν η ενημέρωση για το σκοπό της μελέτης ήταν διατυπωμένη με σαφήνεια.
- β) εάν οι οδηγίες ήταν κατανοητές.
- γ) εάν στις δημογραφικές ερωτήσεις υπήρχε η κατάλληλη διαθέσιμη απάντηση για κάθε ερωτώμενο.

### **2.4 Συγκέντρωση δεδομένων**

Για τη διεξαγωγή της έρευνας στο Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού προηγήθηκε γραπτή έγκριση (Παράρτημα ΙΙΙ) από τις Ιατρικές Υπηρεσίες όπως και από τις Νοσηλευτικές Υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας στο οποίο υπάγεται διοικητικά το νοσοκομείο. Οι εγκρίσεις δόθηκαν μέσω του Πρώτου Ιατρικού Λειτουργού κοινοποιώντας με αυτό τον τρόπο την έγκριση διανομής του ερωτηματολογίου στη διεύθυνση του νοσοκομείου. Η παραχώρηση άδειας διεξαγωγής της έρευνας προϋποθέτει ακόμα την

αυτόματη δέσμευση για κοινοποίηση των ερευνητικών αποτελεσμάτων στη Διεύθυνση Ιατρικών και Νοσηλευτικών Υπηρεσιών. Λήφθηκε επίσης γνωμάτευση (παράρτημα ΙΙΙ) από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου στην οποία αναφέρεται ότι η εν λόγω έρευνα δεν εμπίπτει στην σφαίρα αρμοδιοτήτων της ΕΕΒΚ για βιοηθική αξιολόγηση. Για τη διανομή των ερωτηματολογίων προηγήθηκε ενημέρωση των προϊσταμένων των τμημάτων τόσο προφορικά όσο και γραπτά με το συνοδευτικό έντυπο του ερωτηματολογίου (παράρτημα ΙΙΙ). Ο υπεύθυνος ιατρικός λειτουργός και ο υπεύθυνος νοσηλευτικός λειτουργός του κάθε τμήματος διαβεβαιώθηκε ότι θα διασφαλιστεί η ανωνυμία των εργαζομένων, ότι οι απαντήσεις είναι εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν για στατιστικούς μόνο λόγους όπως επίσης και για το γεγονός ότι η συμμετοχή στην έρευνα είναι προαιρετική. Μετά την ενημέρωση και την προφορική συγκατάθεση των προϊσταμένων ακολουθήθηκε ενημέρωση του προσωπικού για το σκοπό της έρευνας και διαβεβαίωση για την τήρηση της ανωνυμίας των ατόμων που θα δέχονταν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο όπως και επίλυση αποριών και διευκρινήσεων. Σε κάθε τμήμα πραγματοποιήθηκαν αρκετές επισκέψεις μέχρι να δοθούν και να συμπληρωθεί ο συγκεκριμένος αριθμός ερωτηματολογίων. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με απογραφή του πληθυσμού.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 – ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

### **3.1 Έλεγχος αξιοπιστίας - Εγκυρότητας**

Ο έλεγχος της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας των παραγόντων είναι απαραίτητος ώστε να ελεγχθεί η ικανότητα του ερωτηματολογίου να παρέχει ακριβείς και σταθερές μετρήσεις που δεν επηρεάζονται από τυχαία σφάλματα μέτρησης. Αυτό σημαίνει ότι το εργαλείο μέτρησης των διαφόρων στοιχείων πρέπει να αποδίδει τα ίδια αποτελέσματα, αν η έρευνα επαναληφθεί στον ίδιο πληθυσμό με τις ίδιες τεχνικές και στις ίδιες συνθήκες. Μια χρήσιμη διερμηνευση των απαιτήσεων της αξιοπιστίας αφορά στον έλεγχο εσωτερικής συνέφειας. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέφειας (internal consistency reliability) εκτιμά το βαθμό κατά τον οποίο τα στοιχεία ενός παράγοντα μετρούν την ίδια εννοιολογική κατασκευή (Αλετράς et. al,

2009). Η εσωτερική συνάφεια στην παρούσα ανάλυση υπολογίστηκε με το συντελεστή άλφα του Cronbach (Cronbach's alpha). Η τιμή του συντελεστή άλφα του Cronbach κυμαίνεται μεταξύ του 0 και 1. Εάν διαφορετικά στοιχεία υποτίθεται ότι μετρούν την ίδια εννοιολογική κατασκευή, η εσωτερική συνάφεια οφείλει να είναι μεγαλύτερη ή ίση με την τιμή 0,70 (Field, 2000).

Στον πίνακα παρατίθενται τα αποτελέσματα των δεικτών Cronbach's alpha και των συντελεστών συσχέτισης Correlations του ερωτηματολογίου OCP.

---

	<u>Correlation</u>	<u>Cronbach's alpha</u>
ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΙΚΟΤΗΤΑ	0.153	0.500
ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ	0.242	0.745
ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΟΤΗΤΑ	0.128	0.777
ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ	0.158	0.691
ΕΜΦΑΣΗ ΣΤΗΝ ΑΜΟΙΒΗ	0.060	0.803
ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΣ ΣΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	0.166	0.803
ΣΤΑΘΕΡΟΤΗΤΑ	0.160	0.671

---

Για το σύνολο των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα (N 292), ο δείκτης Cronbach's alpha για τα ερωτήματα που αναφέρονται στην ανταγωνιστικότητα βρέθηκε 0.500 και ο δείκτης Correlation 0.153 (p=0.009). Για τα ερωτήματα που

αναφέρονται στο αν είναι κοινωνικά υπεύθυνοι οι εργαζόμενοι ο δείκτης Cronbach's alpha είναι 0.745 και ο δείκτης Correlation 0.242 ( $p=0.00$ ). Για τα ερωτήματα που αναφέρονται στην υποστηρικτικότητα ο δείκτης Cronbach's alpha είναι 0.777 και ο δείκτης Correlation 0.128 ( $p=0.031$ ). Για τα ερωτήματα που αναφέρονται στη καινοτομία ο δείκτης Cronbach's alpha είναι 0.691 και ο δείκτης Correlation 0.158 ( $p=0.008$ ). Για τα ερωτήματα που αναφέρονται στην έμφαση που δίνεται στην αμοιβή ο δείκτης Cronbach's alpha είναι 0.803 και ο δείκτης Correlation 0.060 ( $p=0.313$ ). Για τα ερωτήματα που αναφέρονται στον προσανατολισμό στα αποτελέσματα ο δείκτης Cronbach's alpha είναι 0.803 και ο δείκτης Correlation 0.166 ( $p=0.005$ ). Για τα ερωτήματα που αφορούν την σταθερότητα στον οργανισμό ο δείκτης Cronbach's alpha είναι 0.671 και ο δείκτης Correlation 0.160 ( $p=0.007$ ).

Σύμφωνα με τα ευρήματα από τη στατιστική ανάλυση καταλήγουμε στο συμπέρασμα σύμφωνα με το δείκτη Correlation ότι η συσχέτιση μεταξύ των δύο ερωτήσεων για το κατά πόσο πιστεύουν ότι τα χαρακτηριστικά, που αντιπροσωπεύουν οι συγκεκριμένες ερωτήσεις που καλούνται να απαντήσουν, είναι σημαντικά για την εργασία τους και για το κατά πόσο πιστεύουν ότι το τμήμα στο οποίο εργάζονται προάγει τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά είναι πολύ ασθενής. Είναι ξεκάθαρη η δήλωση των εργαζομένων μέσα από τις απαντήσεις τους ότι το τι πιστεύουν ότι είναι σημαντικό για την εργασία τους και το τι βιώνουν στο τμήμα που εργάζονται έχουν μια πολύ ασθενή συσχέτιση. Συνολικά ο δείκτης  $r$  είναι  $< 0.005$  κάτι που μας δηλώνει ότι στατιστικά υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των ερωτήσεων της στήλης του τι πιστεύουν σημαντικό και της στήλης του τι προάγει το τμήμα στο οποίο εργάζονται.

Αναφορικά με το κριτήριο T για εξαρτημένες μεταβλητές, χρησιμοποιείται στην περίπτωση όπου το ίδιο άτομο απαντά σε όλες τις παραμέτρους ενός ερωτηματολογίου βλέποντας τις ερωτήσεις από δύο διαφορετικές οπτικές γωνίες.

Αυτό συμβαίνει και στο συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο OCP της παρούσας έρευνας. Το T κριτήριο για εξαρτημένες μεταβλητές ελέγχει αν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της μέσης βαθμολογίας των ερωτήσεων της μιας στήλης με τη μέση βαθμολογία των ερωτήσεων της δεύτερης στήλης. Στη συγκεκριμένη περίπτωση είναι

δεδομένο ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του τι πιστεύουν οι εργαζόμενοι ότι έπρεπε να ισχύει και για το τι πραγματικά ισχύει.

Η εγκυρότητα εκτιμά το βαθμό στον οποίο ένα εργαλείο μετρά τα μεγέθη για τα οποία σχεδιάστηκε να μετρά. Εκτιμά, δηλαδή, κατά πόσο τα στοιχεία ενός ερωτηματολογίου είναι κατάλληλα να σκιαγραφήσουν ένα χαρακτηριστικό για ένα άτομο ή για ένα σύνολο ατόμων και επίσης αν είναι επαρκή.

Στο συγκεκριμένο εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα η εγκυρότητα εκτιμήθηκε από τους δημιουργούς του και έχει κριθεί ικανοποιητική.

### **3.2 Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος**

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 292 άτομα, εκ των οποίων 117 (41.3%) ήταν άνδρες και 166 (58.7%) ήταν γυναίκες. Αναλογικά 6 στους 10 συμμετέχοντες ήταν γυναίκες.

Πίνακας 3: Κατανομή δείγματος ανά φύλο

		Συχνότητα	Έγκυρα Ποσοστά
Έγκυρα	Άνδρας	117	41.3
	Γυναίκα	166	58.7
Σύνολο		283	100.0

Όσο αφορά τις ηλικίες των συμμετεχόντων στην κατηγορία 25-34 ανήκαν 128 άτομα (44.6%), 35-44 ανήκαν 65 άτομα (22.6%), 45-54 ανήκαν 66 άτομα (23%) και 55-65 χρονών ανήκαν 28 άτομα (9.8%).

Παρατηρούμε ότι η μεγαλύτερη συμμετοχή στην διεξαγωγή της έρευνας είχαν οι νεαρότερες ηλικίες με μεγάλη διαφορά στο ποσοστό σε σχέση με τις υπόλοιπες

κατηγορίες. 4 στους 10 συμμετέχοντες ανήκαν στις ηλικίες 25-34 χρονών. Αυτό το ποσοστό μας δείχνει την προθυμία των νεαρότερων να συμμετάσχουν σε τέτοιου είδους έρευνες σε σχέση με τους μεγαλύτερους 55-65 χρονών που μόλις 28 άτομα (9.8%) συμμετείχαν. Η διάθεση αυτή και το ενδιαφέρον των νεαρών ατόμων διαφάνηκε και από την επαφή στη διανομή των ερωτηματολογίων σε σχέση με τις μεγαλύτερες ηλικίες.

Πίνακας 4: Κατανομή δείγματος ανά ηλικία

		Συχνότητα	Εγκυρα Ποσοστά
Εγκυρα	25 - 34 χρόνων	128	44.6
	35 - 44 χρόνων	65	22.6
	45 - 54 χρόνων	66	23.0
	55 - 65 χρόνων	28	9.8
	Σύνολο	287	100.0

Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων 20 άτομα (71.1%) ήταν έγγαμοι, 65 άτομα (22.6%) άγαμοι, 17 διαζευγμένοι (5.9%) και ένα άτομο χήρος (0.3%).Αναλογικά 7 στους 10 ερωτηθέντες ήταν έγγαμοι.

Πίνακας 5: Κατανομή δείγματος ανά οικογενειακή κατάσταση

		Συχνότητα	Εγκυρα Ποσοστά
Εγκυρα	Έγγαμος /η	204	71.1
	Άγαμος/ η	65	22.6
	Διαζευγμένος/ η	17	5.9
	Χήρος/ α	1	.3
	Σύνολο	287	100.0



Αναφορικά με τον επαγγελματικό τίτλο η έρευνα αφορά τις δύο επαγγελματικές ομάδες των ιατρών και νοσηλευτών. Οι ιατροί που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν 89 άτομα (31%) και οι νοσηλευτές 198 άτομα (69%).

Πίνακας 6: Κατανομή δείγματος ανά ιδιότητα

		Συχνότητα	Έγκυρα Ποσοστά
Έγκυρα	Ιατρός	89	31.0
	Νοσηλεύτης	198	69.0
	Σύνολο	287	100.0

Όσον αφορά τη θέση που κατείχαν οι συμμετέχοντες στη θέση του Ανώτερου Ιατρικού λειτουργού ανήκαν 8 άτομα (2.8%), στη θέση του Ιατρικού λειτουργού 65 άτομα (22.6%), στη θέση του Ειδικευόμενου ιατρού 17 άτομα (5.9%), στη θέση του Πρώτου Νοσηλευτικού λειτουργού 13 άτομα (4.5%), στη θέση του Ανώτερου Νοσηλευτικού λειτουργού 31 άτομα (10.8%) και Νοσηλευτικοί λειτουργοί 153 άτομα (53.3%). Αναλογικά οι συμμετέχοντες στην έρευνα όσον αφορά την θέση που κατέχουν στο νοσοκομείο ήταν 5 στους 10 Νοσηλευτικοί λειτουργοί.

Πίνακας 7: Κατανομή δείγματος ανά επαγγελματική θέση

	Συχνότητα	Έγκυρα Ποσοστά
Έγκυρα		
Ανώτερος Ιατρικός λειτουργός	8	2.8
Ιατρικός λειτουργός	65	22.6
Ειδικευόμενος Ιατρός	17	5.9
Πρώτος Νοσηλευτικός λειτουργός	13	4.5
Ανώτερος Νοσηλευτικός λειτουργός	31	10.8
Νοσηλευτικός λειτουργός	153	53.3
Σύνολο	287	100.0

Από τους συμμετέχοντες, ο μέσος όρος που αφορά τα χρόνια υπηρεσίας ήταν 14 χρόνια (T.A 10.3) με ελάχιστο χρόνο υπηρεσίας 8 μήνες και μέγιστο 42 χρόνια. Οι μισοί εργαζόμενοι έχουν λιγότερο από 10 χρόνια προϋπηρεσία και οι άλλοι μισοί περισσότερο από 10 χρόνια.

Σχετικά με τα χρόνια υπηρεσίας στο τμήμα που εργάζονται τώρα, ο μέσος όρος είναι 7 χρόνια (T.A 6.32) με ελάχιστο χρόνο υπηρεσίας στο συγκεκριμένο τμήμα 6 μήνες και μέγιστο 30 χρόνια. Οι μισοί εργαζόμενοι έχουν λιγότερο από 5 χρόνια προϋπηρεσία στο τμήμα που εργάζονται τώρα και οι άλλοι μισοί περισσότερο από 5 χρόνια.

### **3.3 Μέτρηση οργανωσιακής κουλτούρας**

Για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας σαν πρώτο βήμα έπρεπε να γίνει η αντιστοίχιση των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου Organizational Culture Profile (OCP), με τις διαστάσεις τις οποίες εισηγήθηκαν οι O' Reilly & Chatman

(1986). Η παραγοντική ανάλυση μας επιβεβαιώνει τις ακόλουθες επτά διαστάσεις της οργανωσιακής κουλτούρας ενώ ο δείκτης Cronbach's alpha γι' αυτές είναι: **Ανταγωνιστικότητα** 0.50, **Κοινωνική Υπευθυνότητα** 0.75, **Υποστηρικτικότητα** 0.78, **Καινοτομία** 0.69, **Έμφαση στην αμοιβή** 0.80, **Προσανατολισμός στα επιτεύγματα** 0.80 και **Σταθερότητα** 0.67.

Για την διάγνωση των διακυμάνσεων των πεποιθήσεων των εργαζομένων για τις διαστάσεις της οργανωσιακής κουλτούρας διενεργήθηκε η στατιστική ανάλυση κριτηρίου T με βάση το φύλο και την ιδιότητα. Αναφορικά με την ηλικία και την θέση στην εργασία διενεργήθηκε ανάλυση διασποράς για τη διαπίστωση των διακυμάνσεων αυτών.

Η στατιστική ανάλυση για τις απόψεις των επαγγελματιών υγείας όσον αφορά τις διαστάσεις της οργανωσιακής κουλτούρας που διερευνούμε κατηγοριοποιήθηκαν σύμφωνα με την ιδιότητα των εργαζομένων, το φύλο, την ηλικία, και τη θέση που κατέχουν στον οργανισμό. Τα ευρήματα της εργασίας εμφανίζονται αναλυτικά στους πίνακες που ακολουθούν.

Σύμφωνα με τα ευρήματα μας, μέσω του ερωτηματολογίου OCP, όσον αφορά την ανταγωνιστικότητα μεταξύ των εργαζομένων η στατιστική ανάλυση μας δίνει για τους ιατρούς (N89) μέση τιμή βαθμολογίας 6.6 (T.A 2.0) μονάδες και για τους νοσηλευτές (197) μέση τιμή βαθμολογίας 6.9 (T.A 2.3). Για τη διάσταση της κοινωνικής υπευθυνότητας έχουμε μέση τιμή 6.2 (T.A 2.0) για τους ιατρούς και επίσης 6.2 (T.A 2.4) για τους νοσηλευτές. Σχετικά με την υποστηρικτικότητα η ανάλυση μας δίνει μέση βαθμολογία για τους ιατρούς 6.1 (T.A 2.6) μονάδες και για τους νοσηλευτές επίσης 6.1 (T.A 2.4). Όσον αφορά την καινοτομία έχουμε μέση τιμή για τους ιατρούς 6.5 (T.A 2.0) και για τους νοσηλευτές 6.7 (T.A 2.5). Σχετικά με την έμφαση στην αμοιβή η στατιστική ανάλυση μας δίνει 5.5 (T.A 2.5) μονάδες για τους ιατρούς και 5.8 (T.A 2.5) μονάδες για τους νοσηλευτές. Σχετικά με τον προσανατολισμό στα αποτελέσματα η μέση τιμή είναι 5.8 (T.A 2.2) για τους ιατρούς και 5.8 (T.A 2.3) για τους νοσηλευτές. Όσον αφορά τη σταθερότητα έχουμε μέση

βαθμολογία 5.5 (T.A 2.0) για τους ιατρούς και 5.9 (T.A 2.3) για τους νοσηλευτές. Ο δείκτης p για όλες τις παραμέτρους μεταξύ των ιατρών και νοσηλευτών είναι  $> 0.05$  κατά συνέπεια δεν έχουμε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των απόψεων των ιατρών και νοσηλευτών για την οργανωσιακή κουλτούρα που διέπει το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού.(Πίνακας 8)

Πίνακας 8: Ανάλυση παραγόντων σε σχέση με την ιδιότητα.

	Ιδιότητα	Απόλυτος Αριθμός	Μέση Τιμή	Σταθερή Απόκλιση	P value
ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΙΚΟΤΗΤΑ	Ιατρός	89	6.61	2.01	0.208
	Νοσηλεύτης	197	6.96	2.25	
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΕΥΘΥΝΟΤΗΤΑ	Ιατρός	89	6.21	2.04	0.958
	Νοσηλεύτης	197	6.19	2.41	
ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΟΤΗΤΑ	Ιατρός	89	6.07	2.60	0.805
	Νοσηλεύτης	197	6.15	2.44	
ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ	Ιατρός	89	6.50	2.01	0.430
	Νοσηλεύτης	197	6.74	2.53	
ΕΜΦΑΣΗ ΣΤΗΝ ΑΜΟΙΒΗ	Ιατρός	89	5.51	2.47	0.423
	Νοσηλεύτης	197	5.77	2.48	
ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΣ ΣΤΑ ΕΠΙΤΕΥΓΜΑΤΑ	Ιατρός	89	5.83	2.16	0.958
	Νοσηλεύτης	196	5.81	2.27	
ΣΤΑΘΕΡΟΤΗΤΑ	Ιατρός	89	5.47	1.96	0.150
	Νοσηλεύτης	197	5.88	2.33	

Αναφορικά με τα πιστεύω των εργαζομένων ανάλογα με το φύλο διαπιστώνουμε μέσω της στατιστικής ανάλυσης ότι όσον αφορά την ανταγωνιστικότητα έχουμε μέση βαθμολογία για τους άνδρες (N117) 7.1 (T.A 2.1) μονάδες και για τις γυναίκες (N165) 6.7 (T.A 2.2) μονάδες. Σχετικά με την κοινωνική υπευθυνότητα έχουμε 6.2 (T.A 2.2) μονάδες για τους άνδρες και 6.1 (T.A 2.2) για τις γυναίκες. Όσον αφορά την υποστηρικτικότητα μας δίνει για τους άνδρες 6.0 (T.A 2.1) μονάδες και για τις

γυναίκες 6.1 (T.A 2.5) μονάδες. Αναφορικά με την καινοτομία στους άνδρες έχουμε μέση βαθμολογία 6.6 (T.A 2.2) και στις γυναίκες 6.6 (T.A 2.3).

Όσον αφορά τον προσανατολισμό στα αποτελέσματα η στατιστική ανάλυση μας δίνει μέση βαθμολογία για τους άνδρες 6.1 (T.A 2.1) μονάδες και για τις γυναίκες 5.6 (T.A 2.1) μονάδες ( $p < 0.005$ ). Αναφορικά με τη σταθερότητα στην εργασία στους άνδρες έχουμε μέση βαθμολογία 5.9 (T.A 2.3) μονάδες και στις γυναίκες 5.6 (T.A 2.1) μονάδες. Στατιστικά σημαντική διαφορά υπάρχει ανάμεσα στους άνδρες και στις γυναίκες όσον αφορά την άποψη τους για τον προσανατολισμό στα επιτεύγματα.(Πίνακας 9)

Πίνακας 9: Ανάλυση παραγόντων σε σχέση με το φύλο.

	Φύλο	Απόλυτος Αριθμός	Μέση Τιμή	Σταθερή Απόκλιση	P value
ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΙΚΟΤΗΤΑ	Άνδρας	117	7.09	2.14	0.113
	Γυναίκα	165	6.67	2.16	
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΕΥΘΥΝΟΤΗΤΑ	Άνδρας	117	6.23	2.21	0.731
	Γυναίκα	165	6.13	2.19	
ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΟΤΗΤΑ	Άνδρας	117	6.04	2.11	0.933
	Γυναίκα	165	6.06	2.50	
ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ	Άνδρας	117	6.64	2.22	0.803
	Γυναίκα	165	6.58	2.26	
ΕΜΦΑΣΗ ΣΤΗΝ ΑΜΟΙΒΗ	Άνδρας	117	5.67	2.21	0.908
	Γυναίκα	165	5.64	2.43	
ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΣ ΣΤΑ ΕΠΙΤΕΥΓΜΑΤΑ	Άνδρας	117	6.11	2.13	0.032
	Γυναίκα	165	5.56	2.08	
ΣΤΑΘΕΡΟΤΗΤΑ	Άνδρας	117	5.91	2.26	0.237
	Γυναίκα	165	5.60	2.06	

Σύμφωνα με την στατιστική ανάλυση διασποράς αναφορικά με τις ηλικίες των συμμετεχόντων σε σχέση με την ανταγωνιστικότητα , για τις ηλικίες 25-34 χρονών (N128) έχουμε μέση βαθμολογία 7.4 (T.A 2.2) μονάδες, 35-44 (N65) μέση βαθμολογία 6.3 (T.A 1.9) μονάδες, 45-54 χρονών (N65) 6.4 (T.A 2.2), 55-65 (N28) μέση βαθμολογία 6.5 (T.A 2.0). Σε σχέση με την κοινωνική υπευθυνότητα για τις ηλικίες 25-34 χρονών μας δίνει βαθμολογία 6.5 (T.A 2.3) μονάδες, 35-44 χρονών έχουμε 6.1 (T.A 2.3) μονάδες, 45-54 χρονών μέση βαθμολογία 5.7 (T.A 2.1) μονάδες και για τις ηλικίες 55-65 μέση βαθμολογία 6.2 (T.A 2.6). Όσον αφορά την υποστηρικτικότητα μεταξύ των εργαζομένων η στατιστική ανάλυση μας δίνει βαθμολογία 6.3 (T.A 2.5) για τις ηλικίες 25-34 χρονών, 6.3 (T.A 2.6) για τις ηλικίες 35-44 χρονών, 5.7 (T.A 2.0) για τις ηλικίες 45-54 χρονών και 6.1 (T.A 2.9) για τις ηλικίες 55-65 χρονών.

Αναφορικά με την καινοτομία και το πόσο σημαντική πιστεύουν είναι για την εργασία τους έχουμε για τις ηλικίες 25-34 χρονών μέση βαθμολογία 6.6 (T.A 2.3) μονάδες, 35-44 χρονών 6.7 (T.A 2.3) μονάδες, 45-54 χρονών 6.4 (T.A 2.0), 55-65 χρονών 7.3 (T.A 3.7) μονάδες. Όσον αφορά την έμφαση που δίνουν οι ερωτηθέντες στην αμοιβή στις ηλικίες 25-34 χρονών η στατιστική ανάλυση μας έδωσε μέση βαθμολογία 5.9 (T.A 2.6), 35-44 χρόνων 5.4 (T.A 1.7), 45-54 χρόνων, 5.8 (T.A 2.5), 55-65 χρόνων 5.4 (T.A 3.1). Σχετικά με τον προσανατολισμό των επαγγελματιών υγείας στα αποτελέσματα έχουμε μέση βαθμολογία για τις ηλικίες 25-34 χρονών 6.1 (T.A 2.3), για τις ηλικίες 35-44 χρονών 5.6 (T.A 1.9), 45-54 χρονών 5.5 (T.A 2.1), 55-65 χρονών 5.7 (T.A 2.7).

Αναφορικά με την σταθερότητα στην εργασία και το πόσο σημαντική πιστεύουν ότι είναι, έχουμε μέση βαθμολογία για τις ηλικίες 25-34 χρονών 6.0 (T.A 2.3), 35-44 χρονών 5.6 (T.A 1.9), 45-54 χρονών 5.5 (T.A 2.2) και για τις ηλικίες 55-65 χρονών 5.4 (T.A 2.8). Στατιστικά σημαντική απόκλιση  $p=0.01$  διαπιστώνουμε στην περίπτωση των ηλικιών 25-34 χρονών σε σχέση με τις υπόλοιπες ηλικίες, αναφορικά με την ανταγωνιστικότητα και το πόσο πιστεύουν ότι είναι σημαντική για την εργασία.

Σχετικά με τη θέση που κατέχουν στην εργασία και τις απόψεις τους όσον αφορά την ανταγωνιστικότητα έχουμε μέση βαθμολογία για τους ανώτερους ιατρικούς

λειτουργούς (N8) 6.0 (T.A 1.9) , ιατρικούς λειτουργούς (N65) 6.4 (T.A 2.2), ειδικευόμενους ιατρούς (N17) 7.6 (T.A 1.1), πρώτους νοσηλευτικούς λειτουργούς (N13) 7.1 (T.A 2.1), ανώτερους νοσηλευτικούς λειτουργούς (N31) 6.3 (T.A 1.9) και νοσηλευτικούς λειτουργούς (N152) 7.1 (T.A 2.3). Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάλογα με τη θέση που κατέχουν στον οργανισμό και τις πεποιθήσεις τους  $p=0.080$ .

Στο ίδιο μοτίβο κινούνται και οι απόψεις των ερωτηθέντων ανάλογα με τη θέση που κατέχουν και όσον αφορά την κοινωνική ευθύνη με ολική μέση βαθμολογία 6.2 (T.A 2.3),  $p=0.55$ . Σχετικά με την υποστηρικτικότητα η στατιστική ανάλυση μας δίνει ολική μέση βαθμολογία 6.1 (T.A 2.5),  $p=0.389$ . Όσον αφορά την καινοτομία μας δίνει ολική μέση βαθμολογία 6.7 (T.A 2.4),  $p=0.381$ . αναφορικά με τη πόση έμφαση δίνουν οι ερωτηθέντες στην αμοιβή για την εργασία τους, έχουμε μέση ολική βαθμολογία 5.7 (T.A 2.5),  $p=0.576$ . Όσον αφορά την έμφαση στον προσανατολισμό που δίνεται στα επιτεύγματα έχουμε μέση βαθμολογία 5.8 (T.A 2.2),  $p=0.646$ . Σχετικά με την σταθερότητα στην εργασία η στατιστική ανάλυση μας δίνει μέση βαθμολογία 5.8 (T.A 2.2),  $p=0.058$ .(Πίνακας 10)

Πίνακας 10: Ανάλυση παραγόντων σε σχέση με την θέση στον οργανισμό.

		Απόλυτος Αριθμός	Μέση Τιμή	Σταθερή Απόκλιση	P value
ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΙΚΟΤΗΤΑ	Ανώτερος Ιατρικόςλειτουργός	8	6.00	1.85	0.080
	Ιατρικόςλειτουργός	65	6.43	2.15	
	Ειδικευόμενος Ιατρός	17	7.58	1.06	
	ΠρώτοςΝοσηλευτικόςλειτουργός	13	7.07	2.13	
	ΑνώτεροςΝοσηλευτικόςλειτουργός	31	6.29	1.91	
	Νοσηλευτικόςλειτουργός	152	7.10	2.31	
	Total	286	6.86	2.18	
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΕΥΘΥΝΟΤΗΤΑ	Ανώτερος Ιατρικόςλειτουργός	8	5.75	1.58	0.547
	Ιατρικόςλειτουργός	65	6.33	2.13	

	Ειδικευόμενος Ιατρός	17	5.88	1.83	
	Πρώτος Νοσηλευτικός λειτουργός	13	6.84	3.57	
	Ανώτερος Νοσηλευτικός λειτουργός	31	5.61	2.07	
	Νοσηλευτικός λειτουργός	152	6.26	2.36	
	Total	286	6.20	2.30	
ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΟΤΗΤΑ	Ανώτερος Ιατρικός λειτουργός	8	6.25	1.58	0.389
	Ιατρικός λειτουργός	65	6.06	2.88	
	Ειδικευόμενος Ιατρός	17	5.94	1.78	
	Πρώτος Νοσηλευτικός λειτουργός	13	7.38	4.05	
	Ανώτερος Νοσηλευτικός λειτουργός	31	5.54	2.06	
	Νοσηλευτικός λειτουργός	152	6.19	2.31	
	Total	286	6.13	2.49	
ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ	Ανώτερος Ιατρικός λειτουργός	8	5.12	.83	0.381
	Ιατρικός λειτουργός	65	6.55	2.09	
	Ειδικευόμενος Ιατρός	17	6.88	1.86	
	Πρώτος Νοσηλευτικός λειτουργός	13	7.38	4.03	
	Ανώτερος Νοσηλευτικός λειτουργός	31	6.96	2.27	
	Νοσηλευτικός λειτουργός	152	6.65	2.43	
	Total	286	6.67	2.38	
ΕΜΦΑΣΗ ΣΤΗΝ ΑΜΟΙΒΗ	Ανώτερος Ιατρικός λειτουργός	8	5.62	2.38	0.576
	Ιατρικός λειτουργός	65	5.55	2.71	
	Ειδικευόμενος Ιατρός	17	5.23	1.34	
	Πρώτος Νοσηλευτικός λειτουργός	13	6.46	4.38	
	Ανώτερος Νοσηλευτικός λειτουργός	31	5.19	1.57	
	Νοσηλευτικός λειτουργός	152	5.84	2.41	
	Total	286	5.69	2.48	
ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΣ ΣΤΑ ΕΠΙΤΕΥΓΜΑΤΑ	Ανώτερος Ιατρικός λειτουργός	8	6.50	2.07	0.646
	Ιατρικός λειτουργός	65	5.80	2.32	
	Ειδικευόμενος Ιατρός	17	5.58	1.41	



	Πρώτος Νοσηλευτικός λειτουργός	13	6.38	3.86	
	Ανώτερος Νοσηλευτικός λειτουργός	31	5.32	2.00	
	Νοσηλευτικός λειτουργός	151	5.87	2.15	
	Total	285	5.82	2.23	
ΣΤΑΘΕΡΟΤΗΤΑ	Ανώτερος Ιατρικός λειτουργός	8	5.37	1.40	0.058
	Ιατρικός λειτουργός	65	5.38	2.06	
	Ειδικευόμενος Ιατρός	17	5.76	1.82	
	Πρώτος Νοσηλευτικός λειτουργός	13	6.69	3.66	
	Ανώτερος Νοσηλευτικός λειτουργός	31	4.93	1.28	
	Νοσηλευτικός λειτουργός	152	6.01	2.32	
	Total	286	5.75	2.23	

### **3.4 Μέτρηση σύγκρουσης και ασάφειας ρόλων.**

Η στατιστική ανάλυση για τη μέτρηση του βαθμού ασάφειας έδωσε μέση βαθμολογία της ασάφειας ρόλων στους άνδρες 23.6 (T.A 4.3) μονάδες όπως και στις γυναίκες όπου η μέση βαθμολογία είναι επίσης 23.6 (T.A 3.5) μονάδες ( $p>0.05$ ).

Όσον αφορά τη μέτρηση της σύγκρουσης ρόλων η μέση βαθμολογία στους άνδρες είναι 26.1 (T.A 4.4) μονάδες όπως και στις γυναίκες με επίσης μέση βαθμολογία 26.1 (T.A 4.6) μονάδες ( $p>0.05$ ). Δεν έχουμε στατιστική διαφορά ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες αναφορικά με την ασάφεια και την σύγκρουση των ρόλων.

Όσον αφορά την ηλικιακή ομάδα σε σχέση με τη μέτρηση του βαθμού ασάφειας των ρόλων έχουμε μέση βαθμολογία 22.8 (T.A 3.7) μονάδες στις ηλικίες 25-34 χρόνων σε δείγμα 128 ατόμων, στις ηλικίες 35-44 χρόνων σε δείγμα 64 ατόμων έχουμε μέση βαθμολογία 23.8 (T.A 3.8) μονάδες, στις ηλικίες 45-54 χρόνων μέση βαθμολογία 25 (T.A 3.6) μονάδες σε δείγμα 66 ατόμων και στις ηλικίες 55-65 χρόνων μέση βαθμολογία 24.5 (T.A 4.6) μονάδες σε δείγμα 28 ατόμων.

Στατιστικά έχουμε σημαντική διαφορά ( $p=0.001$ ) ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες και στο βαθμό ασάφειας. Η ασάφεια αποτελεί συχνό φαινόμενο ειδικότερα στις ηλικιακές κατηγορίες των 45-54 χρόνων και στις ηλικίες 55-65 χρόνων.

Σχετικά με την ηλικιακή ομάδα και τη μέτρηση της σύγκρουσης των ρόλων έχουμε μέση βαθμολογία 26.2 (T.A 3.9) μονάδες στις ηλικίες 25-34 χρόνων, 25.9 (T.A 4.8) μονάδες στις ηλικίες 35-44 χρόνων, 26 (T.A 5.5) μονάδες στις ηλικίες 45-54 χρόνων, 26.4 (T.A 4.4) μονάδες στις ηλικίες 55-65 χρόνων.

Στατιστικά δεν έχουμε σημαντική διαφορά ( $p=0.946$ ) ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες όσον αφορά τη σύγκρουση των ρόλων.

Σχετικά με την ασάφεια ρόλων σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση δεν βρέθηκε σημαντική διαφορά ( $p=0.802$ ) ανάμεσα στις κατηγορίες με μέση τιμή βαθμολογίας για τους έγγαμους (N 203) 23.7 (T.A 4.6), για τους άγαμους (65) 23.5 (T.A 3.6) και για τους διαζευγμένους (N17) μέση τιμή βαθμολογίας 23.4 (T.A 4.7).

Όσον αφορά την σύγκρουση των ρόλων σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση επίσης δεν βρέθηκε σημαντική στατιστικά διαφορά ( $p=0.094$ ) ανάμεσα στις κατηγορίες με μέση τιμή βαθμολογίας για τους έγγαμους 26 (T.A 4.6) μονάδες, για τους άγαμους 26.5 (T.A 4.4) μονάδες και για τους διαζευγμένους 25.7 (T.A 4.1) μονάδες.

Η στατιστική ανάλυση που αφορά την ασάφεια των ρόλων σε σχέση με την ιδιότητα των συμμετεχόντων μας έδωσε για τους ιατρούς (N89) μέση βαθμολογία 24.1 (T.A 4.0) μονάδες και για τους νοσηλευτές (197) 23.5 (T.A 3.8) μονάδες.

Αναφορικά με τη σύγκρουση των ρόλων σε σχέση με την ιδιότητα έχουμε μέση βαθμολογία για τους ιατρούς 26.6 (T.A 5.2) μονάδες και για τους νοσηλευτές 26.0 (T.A 4.3) μονάδες. Δεν παρατηρείται σημαντική στατιστικά διαφοροποίηση ( $p=0.236$ ) ανάλογα με την ιδιότητα των εργαζομένων όσον αφορά την ασάφεια ρόλων και αντίστοιχα δεν παρατηρείται σημαντική διαφορά ούτε σε σχέση με τη σύγκρουση των ρόλων ( $p=0.295$ ).

Με βάση τα δεδομένα μας η στατιστική ανάλυση που αφορά την ασάφεια των ρόλων σε σχέση με τη θέση που κατέχουν οι ερωτηθέντες, δεν διαπιστώθηκε σημαντική διαφορά ( $p=0.386$ ) ανάμεσα στις επαγγελματικές κατηγορίες με μέση βαθμολογία 25.4 (T.A 1.8) μονάδες στους Ανώτερους Ιατρικούς λειτουργούς, 24.1 (T.A 4.5) στους Ιατρικούς λειτουργούς, 23.2 (T.A 2.5) μονάδες στους Ειδικευόμενους ιατρούς, 24.8 (T.A 3.8) μονάδες στους Πρώτους Νοσηλευτικούς λειτουργούς και 23.3 (T.A 3.9) μονάδες στους Νοσηλευτικούς λειτουργούς.

Αντίστοιχα, όσον αφορά την σύγκρουση των ρόλων επίσης δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p=0.614$ ) ανάμεσα στις επαγγελματικές κατηγορίες. Αναλυτικά η μέση βαθμολογία που μας έδωσε η στατιστική ανάλυση είναι για τους Ανώτερους Ιατρικούς λειτουργούς 26.1 (T.A 4.3) μονάδες, για τους Ιατρικούς λειτουργούς 24 (T.A 4.5) μονάδες, για τους Ειδικευόμενους 23.2 (T.A 2.5) μονάδες, για τους Πρώτους Νοσηλευτικούς λειτουργούς 24.7 (T.A 6.2) μονάδες, για τους Ανώτερους Νοσηλευτικού λειτουργούς 26.4 (T.A 3.5) μονάδες και για τους Νοσηλευτικούς λειτουργούς 25.8 (T.A 4.2) μονάδες.

Η στατιστική ανάλυση για τη μέτρηση του βαθμού ασάφειας σε σχέση με τα χρόνια υπηρεσίας μας έδωσε για την κατηγορία 1-5 χρόνια (N82) 23.0 (T.A 3.5) μονάδες, 6-15 χρόνια (N107) 23.3 (T.A 4.3) μονάδες και για 16+ χρόνια υπηρεσίας (N94) μας έδωσε 24.6 (T.A 3.5) μονάδες. Διαπιστώνουμε ότι το  $p=0.009$  συνεπώς υπάρχει στατιστικά διαφοροποίηση ανάμεσα στις κατηγορίες χρόνων υπηρεσίας σε σχέση με την ασάφεια των ρόλων ενώ σε σχέση με τη σύγκρουση των ρόλων παρατηρούμε ότι δεν υπάρχει η αντίστοιχη διαφοροποίηση ( $p=0.167$ ).

Όσον αφορά την ασάφεια των ρόλων σε σχέση με τα χρόνια υπηρεσίας στο τμήμα που εργάζονται οι ερωτηθέντες κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου η στατιστική ανάλυση μας έδωσε για τη κατηγορία 1-5 χρόνια (166) 23.2 (T.A 3.8) μονάδες, 6-15 χρόνια (87) 23.5 (T.A 4.8) μονάδες και για την κατηγορία 16+ χρόνια (28) 26.3 (T.A 3.1) μονάδες. Στη συγκεκριμένη περίπτωση έχουμε στατιστικά σημαντική απόκλιση ( $p=0.001$ ) ανάμεσα στα χρόνια υπηρεσίας στο τμήμα σε σχέση με την ασάφεια ρόλων.

Δεν συμβαίνει όμως το ίδιο και σε σχέση με τη σύγκρουση των ρόλων. Δεν υπάρχει σημαντική στατιστικά απόκλιση ( $p=0.09$ ).

*Πίνακας 11: Μέση βαθμολογία του βαθμού Ασάφειας και Σύγκρουσης των ρόλων ανά φύλο, χρόνο υπηρεσίας, επαγγελματική θέση και ηλικιακή κατηγορία.*

<b>ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ</b>		
	<b>Ασάφεια ρόλων</b>	<b>Σύγκρουση Ρόλων</b>
	Μέση βαθμολογία $\pm$ ΤΑ	
<b>ΦΥΛΟ</b>		
<b>Ανδρες</b> (N 117)	23.6 $\pm$ 4.3	26.1 $\pm$ 4.5
<b>Γυναίκες</b> (N 165)	23.7 $\pm$ 3.6	26.1 $\pm$ 4.7
<b>P-value</b>	0.924	0.926
<b>ΧΡΟΝΙΑ</b>		
<b>ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑΣ</b>		
<b>1-5</b> (N=82)	22.9 $\pm$ 3.5	26.3 $\pm$ 4.1
<b>6-15</b> (N=107)	23.3 $\pm$ 4.3	25.6 $\pm$ 4.9
<b>16+</b> (N=94)	24.6 $\pm$ 3.5	26.8 $\pm$ 4.5
<b>p-value</b>	<b>0.009</b>	0.167
<b>ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ</b>		
<b>ΘΕΣΗ</b>		

Αν.Ιατρικός λειτουργός (N=8)	25.4±1.8	26.1±4.2
Ιατρικός λειτουργός (N=65)	24.1±4.4	26.4±5.6
Ειδικευόμενος ιατρός (N=17)	23.2±2.5	27.4±4.0
Πρ.Νοσηλ.λειτουργός (N=13)	24.8±3.8	27.4±6.2
Αν.Νοσηλ.λειτουργός (N=30)	23.8±3.7	26.4±3.5
Νοσηλ. Λειτουργός (N=153)	23.3±3.9	25.8±4.2
<b>p-value</b>	0.386	0.614

#### ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ

25-34 (N=128)	22.8±3.7	26.3±4.0
35-44 (N=64)	23.8±3.8	25.9±4.8
45-54 (N=66)	25.0±3.6	26.0±5.5
55-65 (N=28)	24.5±4.5	26.4±4.4
<b>p-value</b>	<b>0.001</b>	0.946

*Πίνακας 12: Μέση βαθμολογία του βαθμού Ασάφειας και Σύγκρουσης των ρόλων των 292 επαγγελματιών υγείας του Γεν. Νοσ. Λεμεσού*

#### ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΡΟΛΩΝ

##### ΑΣΑΦΕΙΑΣ

##### ΣΥΓΚΡΟΥΣΗΣ

Είμαι σίγουρος/ η για την έκταση της εξουσίας που έχω στη δουλειά μου.	3,72(1,1)	Στη δουλειά μου ασχολούμαι με πράγματα που το καθένα θέλει διαφορετική αντιμετώπιση	4,4(0,6)
Στη δουλειά μου υπάρχουν ξεκάθαροι και προγραμματισμένοι στόχοι.	3,55(1,1)	Μου ανατίθενται εργασίες χωρίς να υπάρχει η ανθρώπινη βοήθεια που είναι απαραίτητη για να ολοκληρωθούν αυτές	3,47(0,9)

Γνωρίζω ότι μοιράζω σωστά το χρόνο μου.	4,09(0,9)	Πρέπει να έρθω σε σύγκρουση με ορισμένες διαδικασίες ή κανόνες προκειμένου να διεκπεραιώσω κάποια εργασία	3,20(1,0)
Γνωρίζω ποιες είναι οι ευθύνες μου.	4,6(0,7)	Εργάζομαι με δύο ή περισσότερες ομάδες ατόμων που λειτουργούν διαφορετικά	3,64(1,1)
Γνωρίζω επακριβώς τι περιμένουν οι άλλοι από εμένα.	4,1(0,8)	Στη δουλειά μου, παίρνω οδηγίες που είναι αντιφατικές μεταξύ τους	2,84(1,0)
Οι επεξηγήσεις που μου δίνονται στη δουλειά μου για το τι πρέπει να γίνει είναι ξεκάθαρες	3,67(0,9)	Στη δουλειά μου, κάνω πράγματα τα οποία γίνονται αποδεκτά μόνο από ορισμένα άτομα	2,67(0,9)
		Μου ανατίθεται κάποια εργασία χωρίς τους επαρκείς πόρους και υλικά για να την εκτελέσω	3,26(0,9)
		Στη δουλειά μου ασχολούμαι με μη αναγκαία πράγματα	2,73(1,0)
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>3,9(0,1)</b>		<b>3,28(0,3)</b>
<b>Alpha (Cronbach)</b>	<b>0,790</b>		<b>0,744</b>

### **3.5 Επαγγελματική ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας.**

Η εργασιακή ικανοποίηση αποτελεί μια παράμετρο με μεγάλο ενδιαφέρον τόσο για επιχειρήσεις και οργανισμούς, όσο και για τα συστήματα υγείας. Σχετίζεται με το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης και με την κινητικότητα στα διάφορα επαγγέλματα. Ειδικά στα επαγγέλματα υγείας, η εργασιακή ικανοποίηση έχει συσχετιστεί και με την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών και αποτελεί ζήτημα εντατικής έρευνας τα τελευταία χρόνια σε ολόκληρο τον κόσμο. Ο προσδιορισμός της ικανοποίησης του ατόμου από την εργασία του, καθώς και των επιπτώσεων που αυτή έχει στην ψυχική και σωματική του υγεία αποτελεί αντικείμενο έρευνας μόνο των κοινωνικών επιστημών, εδώ και πολλές δεκαετίες. Ο Taylor ήδη από το 1912, είχε υποθέσει ότι ο εργαζόμενος, ο οποίος αποδεχόταν την φιλοσοφία της επιστημονικής διοίκησης και λάμβανε τις υψηλότερες δυνατές αμοιβές καταβάλλοντας το λιγότερο κόπο, θα ήταν ικανοποιημένος και παραγωγικός. Ειδικά στην περίπτωση του λειτουργήματος των επαγγελματιών υγείας, η ικανοποίηση και η καλή υγεία του εργαζόμενου αποτελούν βασικούς παράγοντες για την απόδοση του ίδιου αλλά και την εύρυθμη λειτουργία του οργανισμού που αυτός εργάζεται. Το ανθρώπινο δυναμικό αποτελεί άλλωστε ένα πολύτιμο κεφάλαιο για κάθε υπηρεσία και η συμβολή του στην επίτευξη των αντικειμενικών στόχων ενός οργανισμού είναι καθοριστική. Στις μέρες μας, όπου η κατάσταση της υγείας απαιτεί καίριες παρεμβάσεις, η μελέτη παραγόντων που επηρεάζουν την ικανοποίηση και την υγεία των εργαζομένων στα επαγγέλματα υγείας αποκτά καθοριστική σημασία.

Η ικανοποίηση των ιατρών και νοσηλευτών που συμμετείχαν στην έρευνα διερευνήθηκε μέσω του τρίτου μέρους του ερωτηματολογίου. Η εσωτερική συνάφεια στην παρούσα ανάλυση υπολογίστηκε με το συντελεστή Cronbach's alpha και κρίνεται αρκετά ικανοποιητική με τιμή 0.868. Το συγκεκριμένο τμήμα του ερωτηματολογίου συμπεριλαμβάνει επτά ερωτήσεις οι οποίες αφορούν την συνολική ικανοποίηση των εργαζομένων από τις συνθήκες και το περιβάλλον της εργασίας τους.

Αναλυτικά στον πίνακα (13) παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που αφορούν την ερώτηση για το κατά πόσον είναι ικανοποιημένοι από τους προϊσταμένους τους.

**Πίνακας 13: Ικανοποίηση από τους προϊσταμένους**

		Συχνότητα	Ποσοστά %
Εγκυρα	Πάρα πολύ	42	14.8
	Αρκετά	99	34.9
	Μέτρια	95	33.5
	Λίγο	33	11.6
	Καθόλου	15	5.3
	Σύνολο	284	100.0

Διαπιστώνουμε ότι ένα αρκετά υψηλό ποσοστό ερωτηθέντων (N99) 34.9% δηλώνει ότι είναι αρκετά ικανοποιημένο από τους προϊσταμένους του. Μέτρια ικανοποίηση εκφράζει το 33.5% (N95). Λίγο έως καθόλου δηλώνουν το 11.6% και 5.1% αντίστοιχα. Ένα ποσοστό της τάξης του 14.85 δηλώνει πάρα πολύ ικανοποιημένο από τους προϊσταμένους του.

Στον πίνακα 14 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των απαντήσεων στην ερώτηση για το αν είναι ικανοποιημένοι από τους συνεργάτες τους.

**Πίνακας 14: Ικανοποίηση από τους συνεργάτες**

		Συχνότητα	Ποσοστά %
Εγκυρα	Πάρα πολύ	47	16.4
	Αρκετά	137	47.9
	Μέτρια	80	28.0
	Λίγο	16	5.6
	Καθόλου	6	2.1
	Σύνολο	286	100.0



Το μεγαλύτερο ποσοστό συμμετεχόντων 47.9% (N137) σ' αυτή την ερώτηση απαντά ότι είναι αρκετά ικανοποιημένο από τους συνεργάτες του. Μέτρια ικανοποίηση εκφράζει το 28% (N80) ενώ πάρα πολύ ικανοποιημένο είναι το 16.4% (N47). Ένα πολύ μικρό ποσοστό, μόλις 2.1% (N6) απαντά ότι δεν είναι καθόλου ικανοποιημένο από τους συνεργάτες του.

Τα αποτελέσματα της επόμενης ερώτησης που αφορά την ικανοποίηση από το περιεχόμενο της εργασίας, παρατίθενται στον πίνακα 15.

**Πίνακας 15: Ικανοποίηση από το περιεχόμενο της εργασίας**

		Συχνότητα	Ποσοστά %
Εγκυρα	Πάρα πολύ	72	25.2
	Αρκετά	119	41.6
	Μέτρια	78	27.3
	Λίγο	10	3.5
	Καθόλου	7	2.4
	Σύνολο	286	100.0

Διαπιστώνουμε ότι το 41.6% (N119) ένα αρκετά υψηλό ποσοστό, απαντά ότι είναι αρκετά ικανοποιημένο από την εργασία του. Πάρα πολύ ικανοποιημένο εκφράζεται το 25.2% (N72) και μέτρια ικανοποίηση εκφράζει το 27.3% (N78). Ενώ λίγο έως καθόλου δηλώνει το 2.5% (N10) και 2.4% (N7) αντίστοιχα.

Στην ερώτηση για το πόσο ικανοποιημένοι είναι ιατροί και νοσηλευτές από την αμοιβή τους τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 16.

**Πίνακας 16: Ικανοποίηση από την αμοιβή**

		Συχνότητα	Ποσοστά %
Εγκυρα	Πάρα πολύ	16	5.6
	Αρκετά	106	37.3

Μέτρια	124	43.7
Λίγο	26	9.2
Καθόλου	12	4.2
Σύνολο	284	100.0

Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων 43.7% (N124), δηλώνουν ότι είναι μέτρια η ικανοποίηση τους από την αμοιβή τους. Το 37.3% (N106) είναι αρκετά ικανοποιημένοι. Χαμηλότερα ποσοστά εμφανίζουν αυτοί που είναι καθόλου ικανοποιημένοι 4.2% (N12), λίγο 9.2% (N26) και πάρα πολύ ικανοποιημένοι δηλώνει το 5.6% (N16).

Το κατά πόσον είναι ικανοποιημένοι από τις προσδοκίες προαγωγής τους οι εργαζόμενοι, παρουσιάζεται στον πίνακα 17.

**Πίνακας 17: Ικανοποίηση από τις προσδοκίες προαγωγής**

		Συχνότητα	Ποσοστά %
Εγκυρα	Πάρα πολύ	15	5.2
	Αρκετά	55	19.2
	Μέτρια	128	44.8
	Λίγο	54	18.9
	Καθόλου	34	11.9
	Σύνολο	286	100.0

Σχεδόν οι μισοί συμμετέχοντες 44.8% (N128) απάντησαν ότι είναι μέτρια ικανοποιημένο από τις προσδοκίες προαγωγής τους. Το 19.2% (N55) είναι αρκετά ικανοποιημένο και το 18.9% (N54) λίγο ικανοποιημένο. Ένα ποσοστό 11.9% (N34) δηλώνει καθόλου ικανοποιημένο και το 5.2% (N15) δηλώνει πολύ μεγάλη ικανοποίηση από τις προσδοκίες προαγωγής του.

**Πίνακας 18: ικανοποίηση από τις συνθήκες εργασίας**

		Συχνότητα	Ποσοστά %
Εγκυρα	Πάρα πολύ	15	5.2
	Αρκετά	79	27.6
	Μέτρια	124	43.4
	Λίγο	49	17.1
	Καθόλου	19	6.6
	Σύνολο	286	100.0

Από τις συνθήκες εργασίας το 43.45 (N124) δηλώνει μέτρια ικανοποίηση. Το 27.6% (N79) και το 17.1% (N49) δηλώνει αρκετά και λίγη ικανοποίηση από τις συνθήκες εργασίας του.

**Πίνακας 19: Ικανοποίηση από την εργασία**

		Συχνότητα	Ποσοστά %
Εγκυρα	Πάρα πολύ	20	7.1
	Αρκετά	118	42.0
	Μέτρια	112	39.9
	Λίγο	24	8.5
	Καθόλου	7	2.5
	Σύνολο	281	100.0

Συνολικά διαπιστώνουμε μέσα από τη στατιστική ανάλυση του ερωτηματολογίου ότι το προσωπικό στο σύνολο του δεν ικανοποιημένο από την εργασία του. Το 39.9% (N112) και το 42% (N118) παρουσιάζονται να είναι μέτρια και αρκετά ικανοποιημένοι αντίστοιχα. Γενικότερα το κλίμα που επικρατεί είναι αδιάφορο και σε γενικές γραμμές οι εργαζόμενοι δεν είναι ικανοποιημένοι συνολικά από την εργασία τους.

Σύμφωνα με τους παράγοντες συσχέτισης μεταξύ της οργανωσιακής κουλτούρας και της ικανοποίησης ιατρών και νοσηλευτών, διαπιστώνουμε ότι υπάρχει μια ισχυρή συσχέτιση. Δηλαδή εφόσον το τμήμα στο οποίο εργάζονται δεν προάγει τα χαρακτηριστικά της οργανωσιακής κουλτούρας, τα οποία πιστεύουν ότι είναι σημαντικά για την εργασία τους, γι' αυτό παρουσιάζουν μέτρια ικανοποίηση από την εργασία τους. Όσοι δεν προάγονται τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά τόσο λιγότερο ικανοποιημένοι παρουσιάζονται οι επαγγελματίες υγείας του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού. Σε ανάλογη έρευνα που διενεργήθηκε ( Μπόρου Α, et al, 2009) στον ελλαδικό χώρο και συγκεκριμένα στα νομαρχιακά νοσοκομεία Λαμίας και Λάρισας, σε σύνολο 500 επαγγελματιών υγείας με βάση τη διάμεσο τιμή στη διάσταση της επαγγελματικής ικανοποίησης και διαφέρουν στατιστικά σημαντικά από τις υπόλοιπες επαγγελματικές ομάδες, οι οποίες εμφανίζονται αρκετά ικανοποιημένες από την εργασία τους.

Σε άλλη έρευνα (Ποζουκίδου et al, 1995) σε δημόσιο νοσοκομείο βρέθηκε ότι το 51.1% του νοσηλευτικού προσωπικού εκφράζει δυσαρέσκεια που οφείλεται κυρίως στις συνθήκες εργασίας και στη χαμηλή εκτίμηση που απολαμβάνει η προσφορά του. Σε παρόμοια έρευνα (Μωυσάκη Μ.,2005) βρέθηκε ότι οι οικονομικές απολαβές θεωρούνται ως ένα από τα βασικά αίτια δυσαρέσκειας στους επαγγελματίες υγείας. Διεθνώς στο χώρο της παροχής υπηρεσιών υγείας η χαμηλή ικανοποίηση από την εργασία είναι γεγονός με τους νοσηλευτές να αναδεικνύονται ως ομάδα με την χαμηλότερη επαγγελματική ικανοποίηση. Έχει βρεθεί ότι τα ποσοστά επαγγελματικής ικανοποίησης είναι μεγαλύτερα στις ΗΠΑ (41%), ενώ ακολουθούν η Σκωτία (38%), η Αγγλία (36%), ο Καναδάς (33%) και με διαφορά η Γερμανία (17%) (Μπόρου Α, et al. 2009).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 - ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ**

### **4.1 Συζήτηση αποτελεσμάτων της οργανωσιακής κουλτούρας**

Η συνολική εικόνα της οργανωσιακής κουλτούρας που διέπει το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού σύμφωνα με τα πιστεύω των ιατρών και νοσηλευτών του νοσοκομείου, μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχει σαφής κουλτούρα ανάμεσα στις ιδιότητες ιατρών και νοσηλευτών. Οι απόψεις των ερωτηθέντων για το τι πιστεύουν ότι είναι σημαντικό για την εργασία τους συγκλίνουν στο γεγονός ότι θεωρούν τις διαστάσεις της κουλτούρας που εξετάζουμε πολύ σημαντικές για την εργασία τους. Στατιστικά, δεν υπάρχει σημαντική απόκλιση ( $p > 0.05$ ), ανάμεσα στις δύο κατηγορίες. Θεωρούν ότι η ανταγωνιστικότητα μεταξύ τους είναι ένα χαρακτηριστικό πολύ σημαντικό για τους ίδιους και για τον οργανισμό στον οποίο εργάζονται. Η διάσταση αυτή ωθεί τους εργαζόμενους, αφού πιστεύουν ότι είναι πολύ σημαντική, σε μια προσπάθεια να αποφύγουν τα λάθη κατά την εκτέλεση της εργασίας τους, να επιτύχουν τους στόχους τους δίνοντας έμφαση και στην ποιότητα, ωθούνται στο να ξεχωρίσουν από τους συνεργάτες τους με στόχο τη βελτίωση της προσωπικής τους απόδοσης. Το γεγονός αυτό δεν είναι σίγουρο ότι συμβάλει στο γενικό σκοπό του νοσοκομείου, δεδομένου ότι επικρατεί μια τάση εκπλήρωσης αναγκών που σχετίζονται με το άτομο και όχι με την ομάδα.

Όσον αφορά την κοινωνική υπευθυνότητα και το πόσο σημαντική τη θεωρούν ως χαρακτηριστικό για την εργασία τους οι ερωτηθέντες ανάλογα με την ιδιότητα τους, διαπιστώνουμε πάλι ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p > 0.05$ ) μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών. Θεωρώντας εντούτοις, ότι είναι μια πολύ σημαντική παράμετρος. Η διάσταση αυτή της κο  $\alpha$ το  $\phi$ ας για να υπάρξει θα πρέπει να προηγηθεί η ύπαρξη στον οργανισμό μιας ξεκάθαρης καθοδηγητικής φιλοσοφίας. Οι εργαζόμενοι έχοντας κατά νου τη φιλοσοφία αυτή ευαισθητοποιούνται μέσα στον οργανισμό στο να έχουν κοινωνική ευθύνη για τις πράξεις τους διασφαλίζοντας την καλή τους φήμη και διατηρώντας την. Το προσωπικό είναι πολύ σημαντικό, όπως πιστεύουν και οι ίδιοι οι ερωτηθέντες, να είναι φιλικό, συνεργάσιμο με τους ασθενείς

και ευαισθητοποιημένο. Η πεποίθηση αυτή όμως θα πρέπει να υπάρχει σε τέτοιο βαθμό ούτως ώστε να διασφαλιστεί μια δυναμική ανάπτυξη προσανατολισμένη στην κοινότητα και στις ανάγκες του πληθυσμού που καλύπτει το νοσοκομείο.

Παρατηρούμε μέσα από τη στατιστική ανάλυση ότι όσον αφορά την υποστηρικτικότητα μεταξύ των εργαζομένων, ιατροί και νοσηλευτές έχουν την ίδια άποψη ότι είναι μια διάσταση πολύ σημαντική για την εργασία τους. Στατιστικά δεν υπάρχει σημαντική διακύμανση(  $p > 0.05$ ). Ιατροί και νοσηλευτές συνολικά πιστεύουν ότι η συλλογικότητα και το πνεύμα συνεργασίας μεταξύ τους είναι πολύ σημαντικό για την επίτευξη των στόχων του νοσοκομείου, οι οποίοι στόχοι αποσκοπούν στην ποιοτική εξυπηρέτηση των ασθενών.

Η ομαδικότητα και η διεπιστημονική συνεργασία, όπως και το να μοιράζονται τις πληροφορίες μεταξύ τους ελεύθερα οι εργαζόμενοι οδηγούν στην καλύτερη φροντίδα των ασθενών μέσα από τη μάθηση και τη συνεργασία.

Αναφορικά με την καινοτομία στον οργανισμό διαπιστώνουμε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p > 0.05$ ), μεταξύ απόψεων ιατρών και νοσηλευτών. Και οι δύο ομάδες εργαζομένων έχουν τα ίδια πιστεύω για το ρόλο που διαδραματίζει η κουλτούρα που ωθεί την καινοτομία στον οργανισμό και τη θεωρούν πολύ σημαντική. Οι οργανισμοί παροχής ιατρικής περίθαλψης είναι οι κατεξοχήν οργανισμοί στους οποίους επιβάλλεται η ανάληψη προσωπικής ευθύνης από τους εργαζόμενους όπως και η λήψη των απαραίτητων ρίσκων. Το να ωθεί ο οργανισμός τους εργαζόμενους προς αυτή την κατεύθυνση, μέσα στα πλαίσια που τους επιτρέπετε πάντα, τα αποτελέσματα θα είναι προς την αποδοτικότερη παρουσία του νοσοκομείου.

Η έμφαση που δίνεται από τους ιατρούς και νοσηλευτές όσον αφορά την αμοιβή τους χαρακτηρίζεται και πάλι ως πολύ σημαντική χωρίς στατιστικά σημαντική διακύμανση(  $p > 0.05$ ), μεταξύ των δύο ομάδων. Λέγοντας αμοιβή εξυπακούεται η δικαιοσύνη από τους προϊστάμενους προς τους εργαζόμενους σε όλες τις εκφάνσεις της εργασίας τους. Είναι πολύ σημαντικό για τους εργαζόμενους ο έπαινος για την καλή δουλειά και αποτελεσματικότητα, κάτι που ίσως δεν υπάρχει. Οι προϊστάμενοι

συχνά συλλαμβάνουν μέλη του τμήματος τους να κάνουν κάτι με λάθος τρόπο, αλλά σπάνια κάνουν κάποια επίπληξη όπως σπάνια επαινούν κάποια θετική και αποδοτική προσπάθεια. Σημαντική παράμετρο της αμοιβής αποτελεί και η προοπτική της καριέρας και των προοπτικών που δίνονται για την επίτευξη της. Όντας δημόσιο νοσοκομείο με καθορισμένο μισθολόγιο η υψηλότερη αμοιβή ανάλογα με την καλή εργασία και απόδοση δεν είναι εφικτή.

Όσον αφορά τον προσανατολισμό στα επιτεύγματα ιατροί και νοσηλευτές πιστεύουν ότι πρέπει να αποτελεί να αποτελεί ένα πολύ σημαντικό χαρακτηριστικό για την εργασία. Στατιστικά σημαντική διαφορά δεν υπάρχει

( $p > 0.05$ ) μεταξύ των δύο ομάδων. Τα άτομα που εργάζονται σε ένα οργανισμό θα πρέπει να ενθαρρύνονται ούτως ώστε να προσεγγίζουν τα καθήκοντα τους με τέτοιο τρόπο, ώστε να επιτυγχάνουν την κάλυψη των αναγκών τους για επίτευξη υψηλών στόχων, αντλώντας ικανοποίηση και ενθουσιασμό για τη δουλειά τους. Η επίτευξη και ο προσανατολισμός στα αποτελέσματα είναι αυτά τα χαρακτηριστικά που θα οδηγήσουν το σύνολο του οργανισμού προς την αποδοτικότερη παρουσία στο χώρο της υγείας.

Σχετικά με την σταθερότητα στην εργασία οι επαγγελματίες υγείας υιοθετούν την άποψη ότι είναι πολύ σημαντική η ύπαρξη της στην εργασία. Στατιστική διαφορά δεν διαπιστώνεται ( $p > 0.05$ ) ανάμεσα στις απόψεις ιατρών και νοσηλευτών. Το να παρέχει το εργασιακό περιβάλλον στους εργαζόμενους σταθερότητα είναι πολύ σημαντικό, παραμένουν ήρεμοι και έχουν εξασφαλισμένη την εργασιακή τους σύμβαση.

Με βάση τα αποτελέσματα που εξάγονται από τη στατιστική ανάλυση όσον αφορά τις απόψεις ανδρών και γυναικών για την κουλτούρα που επικρατεί στο νοσοκομείο που εργάζονται και το πιο χαρακτηριστικό θεωρούν σημαντικό για την εργασία τους καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι οι γυναίκες πιστεύουν ότι ο προσανατολισμός στα επιτεύγματα είναι πιο σημαντικός απ'ότι πιστεύουν οι άνδρες. Στατιστικά υπάρχει σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο κατηγορίες ( $p=0.032$ ). Οι γυναίκες δηλαδή

παρουσιάζονται να θεωρούν πολύ σημαντική την προσπάθεια επίτευξης των στόχων του οργανισμού όσον αφορά τα αποτελέσματα της εργασίας τους με επιτυχία. Θεωρούν πολύ σημαντικό χαρακτηριστικό τον ενθουσιασμό στην εργασία τους όπως επίσης και την πολύ καλή οργάνωση. Το χαρακτηριστικό αυτό έχει μια δυναμική ούτως ώστε να δώσει αποδοτικότερη και αποτελεσματικότερη ώθηση στον οργανισμό και στη λειτουργία του.

Μια στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρείται όσον αφορά την ανταγωνιστικότητα μεταξύ των εργαζομένων ( $p=0.001$ ) σε σχέση με τις ηλικιακές ομάδες. Διαπιστώνουμε ότι οι νέοι 25-34 χρονών είναι λιγότεροι ανταγωνιστικοί με τους συναδέλφους τους σε σχέση με τις υπόλοιπες ηλικίες. Οι νεότεροι σε ηλικία θεωρούν την ανταγωνιστικότητα αρκετά σημαντική ενώ οι μεγαλύτεροι σε ηλικία εργαζόμενοι τη θεωρούν πολύ σημαντική για την εργασία τους. Αυτό ίσως οφείλεται στο γεγονός ότι όντας νέοι και στην υπηρεσία προφανώς, δρουν περισσότερο ομαδικά χωρίς να υπολογίζουν το δικό τους προσωπικό όφελος. Δεν είναι η προτεραιότητα τους η επίτευξη των προσωπικών τους στόχων, αλλά η επίτευξη των στόχων του συνόλου. Ίσως οι μεγαλύτεροι σε ηλικία να αναγνωρίζουν αργότερα ότι η προσωπική τους ανάδειξη μέσα από την ομάδα θα τους οδηγήσει και στην ανάδειξη στην ιεραρχία μέσω των προαγωγών.

Σχετικά με τη θέση την οποία κατέχουν οι εργαζόμενοι στον οργανισμό δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p > 0.05$ ) ανάμεσα τους όσον αφορά την σημαντικότητα των διαστάσεων της κουλτούρας που διέπει το νοσοκομείο.

Διαπιστώνεται όμως στατιστικά ότι όλοι οι επαγγελματίες υγείας ανεξαρτήτως της θέσης που κατέχουν να δίνουν μεγάλη σημασία στην αμοιβή από την εργασία τους όπως επίσης θεωρούν πολύ σημαντικό το να έχουν σταθερότητα στο επαγγελματικό τους περιβάλλον. Λιγότερο σημαντική συνολικά θεωρούν την ανταγωνιστικότητα ως διάσταση της κουλτούρας που διέπει την εργασία τους.

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε ανάλυση παραγόντων. Με την παραγοντική ανάλυση θα ελεγχθούν οι στατιστικές συσχετίσεις μεταξύ των στοιχείων (correlation



coefficient). Ο παράγοντας Correlation παίρνει τιμές από -1 μέχρι 1, όπου -1 υπάρχει τέλεια αντίστροφη συσχέτιση, όπου 0 δεν υπάρχει καμία γραμμική συσχέτιση και όπου 1 υπάρχει η τέλεια γραμμική συσχέτιση. Στον πίνακα 20 που ακολουθεί διαπιστώνουμε τις συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων οι οποίες μας παρέχουν πληροφορίες που αφορούν την εσωτερική συνοχή των παραγόντων της οργανωσιακής κουλτούρας έτσι όπως διερευνάται μέσα από το OCP.

ΠΙΝΑΚΑΣ 20

	ΑΝΤΑΓΩΝΙ ΣΤΙΚΟΤΗΤΑ	ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΕΥΘΥΝΟΤΗ ΤΑ	ΥΠΟΣΤΗΡΙ ΚΤΙΚΟΤΗΤΑ	ΚΑΙΝΟΤΟ ΜΙΑ	ΕΜΦΑΣΗ ΣΤΗΝ ΑΜΟΙΒΗ	ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙ ΣΜΟΣ ΣΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕ ΣΜΑΤΑ	ΣΤΑΘΕΡΟ ΤΗΤΑ
ΑΝΤΑΓΩΝΙ ΣΤΙΚΟΤΗΤΑ	1.0						
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΕΥΘΥΝΟ ΤΗΤΑ	0.68**	1.0					
ΥΠΟΣΤΗΡΙ ΚΤΙΚΟΤΗΤΑ	0.51	0.63**	1.0				
ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ	0.46	0.43	0.60*	1.0			
ΕΜΦΑΣΗ ΣΤΗΝ ΑΜΟΙΒΗ	0.64**	0.66**	0.74**	0.55	1.0		
ΠΡΟΣΑΝΑΤΟ ΛΙΣΜΟΣ ΣΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕ ΣΜΑΤΑ	0.67**	0.72**	0.65**	0.50	0.81**	1.0	
ΣΤΑΘΕΡΟΤΗΤΑ	0.61**	0.58	0.66**	0.54	0.79**	0.71**	1.0

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

Έτσι όπως παρουσιάζονται στον πίνακα οι συσχετίσεις η πιο ισχυρή συσχέτιση μεταξύ των διαστάσεων της οργανωσιακής κουλτούρας είναι μεταξύ της έμφασης που δίνεται στην αμοιβή και στην υποστηρικτικότητα (0.74) και μεταξύ του προσανατολισμού στα επιτεύγματα και στην κοινωνική υπευθυνότητα (0.72). Ισχυρή

συσχέτιση σε λιγότερο βαθμό έχουν επίσης , η ανταγωνιστικότητα με την κοινωνική υπευθυνότητα (0.68) όπως και ο προσανατολισμός στα επιτεύγματα με την ανταγωνιστικότητα (0.67).

## **4.2 Συζήτηση αποτελεσμάτων ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων.**

Βασιζόμενοι στα αποτελέσματα που μας έδωσε η στατιστική ανάλυση εξάγεται το συμπέρασμα ότι η ασάφεια των ρόλων μεταξύ των εργαζομένων δεν διαφέρει ανάλογα με το φύλο. Αντιλαμβανόμαστε ότι το σύνολο των εργαζομένων, άνδρες και γυναίκες, πιστεύουν ότι η ασάφεια των ρόλων είναι συχνή στο εργασιακό τους περιβάλλον, με μέση βαθμολογία 23.6 μονάδες.

Διαπιστώνουμε ότι ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού υπάρχει μια έλλειψη σαφών και ξεκάθαρων οδηγιών και κατευθύνσεων που να συνδέονται με τη θέση εργασίας. Ίσως και οι προσδοκίες και οι ευθύνες να μην είναι καθορισμένες. Λέγοντας ασάφεια ρόλου εξυπακούεται και ασάφεια στο τι αναμένεται να γίνει, πως πρέπει να γίνει, ποιες είναι οι προτεραιότητες του κάθε εργαζόμενου και ποια είναι η συμπεριφορά η οποία αναμένεται να έχει ανάλογα με τις συνθήκες στις οποίες ενεργεί.

Φαίνεται λοιπόν ότι είναι όντως αβέβαιοι για τους ρόλους τους οποίους κατέχουν και ταυτόχρονα γνωρίζουν αυτή την αβεβαιότητα τους, πράγμα πολύ σημαντικό γιατί γνωρίζουμε ότι ο δρόμος προς την βελτίωση περνά από τη γνώση και την αντίληψη της παρούσας κατάστασης. Έχοντας άγνοια είναι αδύνατη η αλλαγή. Η ασάφεια αυτή που επικρατεί και αντιλαμβάνονται μεταξύ τους οι εργαζόμενοι αποτελεί και αιτία πολλών επιβλαβών για την εργασία συνεπειών, όπως μειωμένη ικανοποίηση από την εργασία, αυξημένα επίπεδα άγχους και ίσως επιπτώσεις στην εξυπηρέτηση των ασθενών με μειωμένης ποιότητας υπηρεσίες.

Μια διαφοροποίηση ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα φαίνεται στατιστικά. Στις ηλικίες 25-34 χρονών η ασάφεια παρατηρείται σε μικρότερο βαθμό. Το γεγονός αυτό θα μπορούσε ενδεχομένως να ερμηνευτεί από δύο οπτικές γωνίες. Το πρώτο ενδεχόμενο είναι το ότι οι νέοι εργαζόμενοι είναι πιο συνειδητοποιημένοι και

απαιτούν τα καθήκοντα, οι στόχοι και οι προτεραιότητες να τους ερμηνευτούν και να τους καθοριστούν με σαφήνεια εξ αρχής. Η άλλη ερμηνεία η οποία μπορεί να δοθεί είναι το ότι υπάρχει η ασάφεια των ρόλων στον ίδιο βαθμό που υπάρχει και στις ηλικίες 45-65 χρόνων αλλά δεν το έχουν ακόμα συνειδητοποιήσει οι νεότεροι εργαζόμενοι. Ίσως να έχουν άγνοια του πλήρους εύρους του καθηκοντολόγιου και των στόχων.

Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση των ιατρών και νοσηλευτών δεν βρέθηκε διαφοροποίηση στις απόψεις τους όσον αφορά την ασάφεια των ρόλων και ισχύει η άποψη ότι παρατηρείται συχνά.

Την υψηλότερη βαθμολογία όσον αφορά την ιδιότητα, αν και δεν έχει σημαντική διαφορά από τους νοσηλευτές, την έχουν οι ιατροί. Ίσως αυτό είναι ένα εύρημα που ξενίζει, δεδομένου ότι οι ιατροί σαν επαγγελματική ομάδα έχουν σχετικά καθορισμένα καθήκοντα. Αν οι θεσμοθετημένοι κανονισμοί του νοσοκομείου δεν καθορίζουν με σαφήνεια τα καθήκοντα των ιατρών τότε δεν τους βοηθούν να τα εκτελέσουν και αποδοτικά. Η ασάφεια όμως των ρόλων δεν αναφέρεται μόνο στο καθηκοντολόγιο αλλά και σε μια γενικευμένη έννοια του ρόλου της θέσης. Αυτή είναι μια παράμετρος αρκετά ενδιαφέρουσα αφού υποστηρίζεται περισσότερο από τους ιατρούς. Η στατιστική αυτή διαπίστωση ενισχύεται δεδομένου ότι την υψηλότερη βαθμολογία, όσον αφορά την ασάφεια των ρόλων, σε σχέση με την θέση που κατέχουν οι εργαζόμενοι στο νοσοκομείο έχουν οι Ανώτεροι Ιατρικοί λειτουργοί και την χαμηλότερη οι Ειδικευόμενοι Ιατροί και οι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί.

Εξάγεται λοιπόν το συμπέρασμα ότι στους νεαρότερους εργαζομένους, όπως είναι οι Ειδικευόμενοι ιατροί και οι νοσηλευτές, από τους οποίους οι περισσότεροι είναι νεαρής ηλικίας αυτοί που συμμετείχαν στην έρευνα, η ασάφεια των ρόλων είναι σε χαμηλότερο βαθμό ή τουλάχιστον έτσι οι ίδιοι πιστεύουν. Αναλύοντας τώρα τα στατιστικά δεδομένα που αφορούν την ασάφεια σε σχέση με τα χρόνια στην υπηρεσία καταλήγουμε στο ίδιο συμπέρασμα, ότι οι νεοεισερχόμενοι στον οργανισμό δηλώνουν ότι η ασάφεια των ρόλων στις θέσεις εργασίας τους δεν παρατηρείται σε

τόσο έντονο βαθμό όπως αυτό συμβαίνει με τους εργαζόμενους που έχουν πάνω από 16 χρόνια προϋπηρεσίας στο νοσοκομείο.

Σύμφωνα και με την βιβλιογραφία, ένα μεγάλο μέρος των ερευνών μας έχει δείξει γενικά ότι υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ της ασάφειας και της επαγγελματικής ικανοποίησης (Shein 2005). Η ασάφεια των ρόλων σχετίζεται με την αβεβαιότητα των εργαζομένων με σημαντικές απαιτήσεις της εργασίας τους (Koustelios et.al., 2004).

Όσον αφορά τις επαγγελματικές ομάδες, τα υψηλότερα ποσοστά σύγκρουσης ρόλων, αν και δεν είναι στατιστικά σημαντική διαφορά, εμφανίζει το ιατρικό προσωπικό. Το γεγονός αυτό θα μπορούσε να ερμηνευτεί με βάση το γεγονός ότι το όλο σύστημα υγείας είναι ιατροκεντρικό με τους γιατρούς προσκολλημένους σ' αυτό με ενδεχόμενη δυσκολία προσαρμογής τους στην εργασία με τις υπόλοιπες επαγγελματικές ομάδες. Ίσως είναι ζήτημα κύρους και επιβολής. Υπάρχει ακόμα στο επάγγελμα των ιατρών αυξημένο επίπεδο άγχους, δύσκολες συνθήκες εργασίας, προβληματικός καθορισμός καθηκόντων καθώς και διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης, παράγοντες οι οποίοι προκαλούν συγκρούσεις. Η ύπαρξη στερεότυπων σχετικά με το επάγγελμα των ιατρών και η αλλαγή ρόλου των νοσηλευτών όπως και η έλλειψη ζωτικού χώρου ίσως μπορούν να ερμηνεύσουν την ύπαρξη και την τάση για δημιουργία συγκρούσεων μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών.

Η σύγκρουση ρόλων σε σχέση με τη θέση την οποία κατέχουν οι εργαζόμενοι παρατηρούμε ότι κυμαίνεται επίσης σε υψηλά επίπεδα με μέση βαθμολογία 26 μονάδες και χωρίς σημαντική στατιστική διακύμανση μεταξύ των θέσεων εργασίας. Εντούτοις όμως διαφαίνεται ότι τη χαμηλότερη βαθμολογία έχουν οι νοσηλευτικοί λειτουργοί, οι οποίοι δεν έχουν διοικητικές ευθύνες σε σχέση με τους ανώτερους και πρώτους νοσηλευτικούς λειτουργούς. Ενώ οι ανώτεροι λειτουργοί έπρεπε να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαδικασία επίλυσης των συγκρούσεων εντούτοις αποτελούν και οι ίδιοι εμπλεκόμενα μέρη σε αρκετά μεγάλο βαθμό όπως φαίνεται και όπως το αντιλαμβάνονται και οι ίδιοι.

Από τη ιδιότητα των ιατρών την υψηλότερη βαθμολογία έχουν οι ειδικευόμενοι ιατροί. Το γεγονός αυτό ίσως να πηγάζει λόγω του ότι καταπιέζονται από τους

ειδικούς ιατρούς χωρίς να έχουν σαφήνεια τα καθήκοντα τους με αποτέλεσμα να τρέφουν αρνητικά συναισθήματα προς τους υπόλοιπους εργαζομένους. Ίσως ακόμα η ανάληψη ευθυνών χωρίς την απαραίτητη στήριξη και ο φόρτος εργασίας να οδηγούν στην ύπαρξη αυτών των συγκρούσεων.

Σε σύνθετους οργανισμούς όπως είναι τα νοσοκομεία η διεπιστημονική συνεργασία αυξάνει τον βαθμό αλληλεπίδρασης μεταξύ των επαγγελματιών υγείας με τις πιθανότητες δημιουργίας συγκρούσεων να πολλαπλασιάζονται. Διαπιστώνουμε από τα ευρήματα της έρευνας ότι οι συγκρούσεις μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών συμβαίνουν χωρίς ιδιαίτερη διαφορά και ανάλογα με τα χρόνια υπηρεσίας με μέση βαθμολογία 26.2 μονάδες, βαθμολογία αρκετά υψηλή. Οι εργαζόμενοι με χρόνια υπηρεσίας πάνω από 16, αν και δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά, παρουσιάζουν την υψηλότερη μέση βαθμολογία. Το γεγονός αυτό θα μπορούσε ενδεχομένως να ερμηνευτεί, μέσα από τις αλλαγές που συμβαίνουν στη συμπεριφορά των εργαζομένων, με την αύξηση των χρόνων προϋπηρεσίας. Θα μπορούσε κανείς να υποθέσει ότι η σύγκρουση ρόλων στη περίπτωση αυτή οφείλεται στο αίσθημα κεκτημένης θέσης και εδραίωσης του ρόλου που έχουν αποκτήσει οι εργαζόμενοι μετά από αρκετά χρόνια προϋπηρεσίας.

Σε έρευνα (Κοντογιάννη, 2007) που αφορούσε τα δημόσια παιδιατρικά νοσοκομεία της Ελλάδος, το 2007, σε πληθυσμό 286 ιατρών και νοσηλευτών ένα ποσοστό της τάξης του 95% των επαγγελματιών υγείας πιστεύουν ότι οι θεσμοθετημένοι κανονισμοί δεν καθορίζουν με σαφήνεια τα καθήκοντα τους και δεν τους βοηθούν να τα εκτελέσουν αποδοτικά. Το υψηλό αυτό ποσοστό των εργαζομένων δηλώνει ότι υπάρχει η ασάφεια των ρόλων περισσότερο ανάμεσα στους ιατρούς. Διαπιστώνουμε ότι συμπίπτουν τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας με της παρούσας όσον αφορά αυτό το σημείο.

Το μεγαλύτερο ποσοστό συγκρούσεων με συναδέλφους επίσης εμφανίζεται στους ιατρούς (73.3%) ενώ στο νοσηλευτικό προσωπικό (49.3%). Οι κάτοχοι διοικητικής θέσης δεν φαίνεται να είναι ενημερωμένοι για τη διαχείριση συγκρούσεων σε σχέση με τους μη κατόχους. Στη συγκεκριμένη έρευνα 1 στους 2 νοσηλευτές πιστεύουν ότι

είναι πηγή συγκρούσεων το να δέχονται εντολές από περισσότερους από ένα προϊσταμένους και ακολουθούν οι γιατροί (45%).

Σε έρευνα που αφορούσε τη μέτρηση της ασάφειας και της σύγκρουσης των ρόλων στο προσωπικό των Κέντρων Υγείας της Κρήτης, το 2005, σε πληθυσμό 98 επαγγελματιών υγείας, χρησιμοποιήθηκε το ίδιο εργαλείο μέτρησης και είχαμε το ακόλουθα αποτελέσματα:

Η στατιστική ανάλυση για την μέτρηση του βαθμού ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων έδωσε μέση βαθμολογία της ασάφειας ρόλων στους άνδρες 16,5 μονάδες έναντι 18,2 των γυναικών ( $p>0,05$ ) και της σύγκρουσης ρόλων 36,2 και 33,9 μονάδες ( $p>0,05$ ), αντίστοιχα. Όσον αφορά στον χρόνο προϋπηρεσίας βρέθηκε σημαντική διαφορά στη βαθμολογία της ασάφειας ρόλων μεταξύ εκείνων που είχαν χρόνο προϋπηρεσίας 1 έως 5 έτη και εκείνων με 16 έως 35 έτη (19,0 έναντι 14,9,  $p=0,042$ , αντίστοιχα). Παρόμοια, σχετικά με την επαγγελματική θέση, σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία ασάφειας ρόλων είχαν οι διοικητικοί υπάλληλοι, σε σχέση με τους Ιατρούς (13,8 έναντι 18,6,  $p<0,05$ , αντίστοιχα) και με την επαγγελματική ομάδα που περιλαμβάνει τους νοσηλευτές έως και τους φυσιοθεραπευτές (13,8 έναντι 20,8,  $p<0,05$ , αντίστοιχα). Γενικά, διαπιστώνεται σημαντική διαφοροποίηση της βαθμολογίας ασάφειας ρόλων μεταξύ των επαγγελματικών ομάδων ( $p=0,002$ ).

Αντίθετα, σχετικά με την σύγκρουση ρόλων, αν και δε βρέθηκε σημαντική διαφοροποίηση ( $p>0,05$ ) στη βαθμολογία μεταξύ των ομάδων με τα χρόνια προϋπηρεσίας, οι υπάλληλοι με 16 έως 35 έτη είχαν την υψηλότερη μέση βαθμολογία (36,7 μονάδες). Μη σημαντική διαφοροποίηση ( $p>0,05$ ), βρέθηκε και στις επαγγελματικές ομάδες, με τους ιατρούς ωστόσο να συγκεντρώνουν την υψηλότερη βαθμολογία (35,7 μονάδες).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η παρούσα μελέτη διεξήχθη προκειμένου να αποτιμήσει την οργανωσιακή κουλτούρα των ιατρών και νοσηλευτών, να μετρήσει την ασάφεια και τη σύγκρουση των ρόλων και να μετρήσει την ικανοποίηση των συμμετεχόντων από την εργασία τους. Το κύριο εύρημα της μελέτης ήταν ότι δεν υπάρχει συγκεκριμένη κουλτούρα ανάμεσα στους εργαζόμενους. Δεν υπάρχει μια διάσταση που να χαρακτηρίζει τον τρόπο σκέψης και λειτουργίας των εργαζομένων. Σύμφωνα με τα ευρήματα είναι ξεκάθαρη η δήλωση των εργαζομένων ότι το τι πιστεύουν ότι είναι σημαντικό για την εργασία τους και το τι βιώνουν στο τμήμα που εργάζονται έχουν μια πολύ ασθενή συσχέτιση. Το νοσοκομείο ως οργανισμός, δεν προάγει τα χαρακτηριστικά αυτά, τα οποία οι ιατροί και νοσηλευτές, θεωρούν πολύ σημαντικά για το χώρο εργασίας τους. Επίσης, δεν διακρίνονται υποκουλτούρες ανάμεσα στους εργαζομένους ανάλογα με την ιδιότητα τους, εύρημα σημαντικό δεδομένου ότι το νοσοκομείο είναι ένας πολυσύνθετος οργανισμός με διεπαγγελματική συνεργασία. Μια στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρείται όσον αφορά την ανταγωνιστικότητα μεταξύ των εργαζομένων. Διαπιστώνουμε ότι οι νέοι 25-34 χρόνων είναι λιγότερο ανταγωνιστικοί με τους συναδέλφους τους σε σύγκριση με τις μεγαλύτερες ηλικίες συμμετεχόντων.

Συνολικά εξάγεται το συμπέρασμα ότι όλοι οι συμμετέχοντες, ιατροί και νοσηλευτές, θεωρούν σημαντικότερο χαρακτηριστικό την έμφαση που πιστεύουν πρέπει να δίνεται στην αμοιβή και στην σταθερότητα στην εργασία τους.

Υπάρχει επίσης μια πολύ ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της έμφασης στην αμοιβή και στην υποστηρικτικότητα μεταξύ των συναδέλφων. Ισχυρή συσχέτιση υπάρχει ακόμα μεταξύ του προσανατολισμού στα επιτεύγματα και στην κοινωνική υπευθυνότητα.

Σε σχέση με την ικανοποίηση από την εργασία τους καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι το προσωπικό στο σύνολο του δεν είναι ικανοποιημένο. Αυτό πηγάζει από το γεγονός ότι ο οργανισμός στον οποίο εργάζονται δεν προάγει τις διαστάσεις αυτές της οργανωσιακής κουλτούρας που οι ίδιοι θεωρούν σημαντικές με συνέπεια τη χαμηλή ικανοποίησή τους. Όσο δεν προάγονται τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά

τόσο λιγότερο ικανοποιημένοι παρουσιάζονται οι επαγγελματίες υγείας του νοσοκομείου.

Όσον αφορά την ασάφεια και τη σύγκρουση των ρόλων καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι το σύνολο των εργαζομένων πιστεύει ότι είναι συχνή στο εργασιακό τους περιβάλλον. Αν και ισχύει και για όλους τους νοσηλευτές και για τους ιατρούς η ίδια άποψη διαπιστώνουμε ότι η ασάφεια και η σύγκρουση είναι πιο συχνή στους ιατρούς.

Η αποτίμηση της οργανωσιακής κουλτούρας είναι μια διαδικασία η οποία μπορεί να συνεισφέρει θετικά στην αλλαγή της οποίας τα πρώτα αποτελέσματα, αν χρησιμοποιηθούν σωστά, μπορεί να σηματοδοτήσουν την απαρχή συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας και αποδοτικότητας των υπηρεσιών που προσφέρει το νοσοκομείο.

Διάφοροι ενδιαφερόμενοι, πιθανόν έχουν διαφορετικά και πολλές φορές, αντικρουόμενα "συμφέροντα", σχετικά με την πληροφόρηση που παρέχει η μέτρηση της οργανωσιακής κουλτούρας. Γι' αυτό, το ερώτημα που τίθεται είναι πως και σε ποιον ανακοινώνονται τα αποτελέσματα της έρευνας, αλλά και για ποιο σκοπό. Τα αποτελέσματα είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθούν σε επίπεδο νοσοκομείου ή τμήματος. Για παράδειγμα τα αποτελέσματα μπορεί να χρησιμοποιηθούν τοπικά σε συγκεκριμένα τμήματα προάγοντας τις διαστάσεις της κουλτούρας με σκοπό την αύξηση της ικανοποίησης από την εργασία και μείωση κατά συνέπεια των συγκρούσεων.

Όποιος κι' αν είναι ο σκοπός της έρευνας, ένας βαθμός αντίστασης στην αποδοχή των αποτελεσμάτων, είναι αναμενόμενος. Αν οι μετρήσεις έχουν δυνατότητα να διακρίνουν ιδιαίτερα χαρακτηριστικά κουλτούρας των τμημάτων του νοσοκομείου και να κάνουν συγκρίσεις μεταξύ αυτών, δεν είναι ασυνήθιστο οι τοπικοί επικεφαλής να νιώσουν ότι απειλούνται. Κατά τον ίδιο τρόπο, κάποια τμήματα μπορεί να θεωρήσουν ότι κινδυνεύουν να χαρακτηριστούν ότι έχουν αρνητική κουλτούρα. Ακόμη, μερικοί μπορεί να θεωρήσουν τα αποτελέσματα υπερβολικά και να αρνηθούν να αποδεχθούν οτιδήποτε μοιάζει με επιστημονική "απόδειξη" στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας. Οι αντιδράσεις αυτές, όμως, αποφεύγονται με ειλικρινή



διάλογο για τους σκοπούς της έρευνας και με την ανάπτυξη κλίματος αμοιβαίας εμπιστοσύνης.

Δεν υπάρχει ένας ιδανικός τρόπος χρησιμοποίησης των αποτελεσμάτων της έρευνας για την προετοιμασία και εφαρμογή αλλαγών. Υπάρχουν, ωστόσο θεωρητικά πλαίσια που είναι χρήσιμα στην καθοδήγηση και διαχείριση αλλαγών που βασίζονται στα αποτελέσματα μετρήσεων της οργανωσιακής κουλτούρας. Σίγουρα ο παράγοντας – κλειδί της επιτυχίας κάθε προσπάθειας εφαρμογής αλλαγών είναι οι εργαζόμενοι, οι οποίοι μπορεί να παρακινηθούν μόνο αν πειστούν για την αναγκαιότητα της διαμόρφωσης νέων συνθηκών. Σύμφωνα με τον Balthazard & Cooke (2004), καταγράφοντας την πολύτιμη κρυμμένη γνώση των μελών του οργανισμού, ο ερευνητής είναι σε θέση να οργανώσει και κυρίως να μοιραστεί αυτή τη γνώση με όλα τα μέλη του οργανισμού προετοιμάζοντας το έδαφος για αλλαγή.

Συμπερασματικά είναι προφανής η ανάγκη να αναγνωριστεί η σπουδαιότητα της οργανωσιακής κουλτούρας αλλά και η σπουδαιότητα της γνώμης των επαγγελματιών υγείας καθώς αυτοί αποτελούν τους άμεσους και κύριους φορείς παροχής φροντίδας. Περαιτέρω έρευνα σε δημόσια νοσοκομεία της χώρας μας θα παρείχε τη δυνατότητα συγκρίσεων.

Ο συνδυασμός της αποτίμησης της οργανωσιακής κουλτούρας, της ικανοποίησης των εργαζομένων και του βαθμού ασάφειας και σύγκρουσης των ρόλων μεταξύ τους είναι ένα πεδίο που χρήζει περαιτέρω ανάπτυξης. Οι μηχανισμοί διοίκησης καθορίζουν τις πολιτικές, τους στόχους και τις διαδικασίες ενός οργανισμού, όπως καθορίζουν και τους υπεύθυνους για την πραγματοποίησή τους. Οι μηχανισμοί αυτοί είναι στενά συνδεδεμένοι και αλληλεπιδρούν με τα πρότυπα, τις συμπεριφορές και τις αντιλήψεις του προσωπικού. Συνεπώς είναι απαραίτητη η ανάπτυξη έρευνας και στο πεδίο της διοίκησης, όσον αφορά τα θέματα που διερευνούμε.

Τέλος, η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας είναι ένας τομέας που απαιτεί δράση από όλους τους εμπλεκόμενους φορείς στη παροχή φροντίδα υγείας και είναι άμεση η ανάγκη προσανατολισμού στη λήψη μέτρων βελτίωσης.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Abel-Smith B., Calltrop J., Dixon M., Dunning A.,T., EvansR., Holland W., et al, (1994) Report on the Greek Health Services, Ministry of Health and Social Welfare, Athens
2. Adair, J. G. (1984). The Hawthorne Effect: A Reconsideration of the Methodological Artifact. *Journal of Applied Psychology*, (69), 334-345.
3. Aiken, L.H., Smith, H.L., & Lake, E., T. (1994) Lower Medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. *Med Care*, 32(8), 771-787.
4. Aiken, L.H., Clarke, S.P., & Sloane, D.M. (2002) Hospital staffing, organization, and quality of care: Cross national findings. *Nursing Outlook*, 50(5), 187-194.
5. Ashkanasy Neal M., Wilderom Celeste PM, Dr. Peterson Mark F., "Handbook of Organizational Culture and Climate", Sage Publications, Inc., United States of America, 2000, pp. 407.
6. Bellou Victoria, "Identifying organizational culture and subculture with in Greek public hospitals", *JHOM*, Vol. 22, No 5, (2008), pp. 496-509.
7. Bercovici D., Grandy G., & Mills A., J, (2001) Organizational Culture as a Framework for Organizational analysis: Renewed fad or enduring heuristics? In: Annual Conference, University Halifax, and Mount Allison.
8. Bland M. (2000) *An Introduction to Medical Statistics*, 3rd Edition, Oxford, Oxford University Press. Bowling A. (2002). *Research methods in health. Investigating health and health services*, Maidenhead- Philadelphia, Open University Press.
9. Burrell, G. (1996) "Normal Science, Paradigms, Metaphors, Discourses and Genealogies of Analysis." In: Clegg S., Hardy C., & Nord W., (eds.) *Handbook of Organization Studies*. London: Sage,642–658
10. Barret, R. (1997), "Liberating the corporate soul", *HR Focus*, Vol. 74 No.4, pp.15-16.
11. Cameron, K., and Freeman S. (1991)"Culture, Congruence, Strength and Type: Relationship to Effectiveness." *Research in Organizational Change and Development* 5, 23-58

12. Chan L., L., M., Shaffer A., Snape E. (2004) In search of sustained competitive advantage: the impact of organizational culture, competitive strategy and human resource management practices on firm performance. *Int. J. Human Resources*, 15(1), 17-35.
13. Cook S., Heyworth S., Walt. & Warr P. (1981) *the experience of work*, Academic Press, London cited in: Koustelios A., Theodorakis N., & Goulimaris D. (2004) Role ambiguity, role conflict and job satisfaction among physical education teachers in Greece.
14. Cooke R., and Lafferty J. (1983, 1986, 1987, 1989, 1994). *Organizational Culture Inventory (OCI)*, MI: Human Synergistic Plymouth Cooke R., & Fischer D., J. (1985) *The organizational culture of the Federal Aviation Administration*. Plymouth, MI: Human Synergistic
15. Cooke, R. A., & Rousseau. M. (1988) "Behavioural Norms and Expectations: A quantitative approach to the assessment of organizational culture. » *Group and Organization Studies*, 13, 245-27366
16. Cooke, R., and Szumal J. (1991) "The Reliability and Validity of the Organizational Culture Inventory." *Psychological Reports* 72, 1299-330.
17. Corbett L., M., & Rastrick K., N. (2000) Quality performance and organizational culture. A New Zealand study. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 17(1), 1426.
18. Cox K., B. (2003) "The Effects of Intrapersonal, Intragroup, and Intergroup Conflict on Team performance Effectiveness and Work Satisfaction" *Nursing Administration Quarterly*, April-June, 27(2), 153-163.
19. Collins & Porras (1994), "Corporate cultures", Addison-Wesley Reading, Mass.
20. Davies, H. T. O., Nutley S., M., and Mannion R., (2000) "Organisational Culture and Quality of Health Care." *Quality in Health Care* 9, 111-9.
21. Delobbe N., Haccoun R., R., Vandenberghe C. (2005) *Measuring Core Dimensions of Organizational Culture: A review of Research Development of a New Instrument* available from: [www.iag.ucl.ac.be/recherche/Papers/wp53.pdf](http://www.iag.ucl.ac.be/recherche/Papers/wp53.pdf),

22. Denison R. D. 1996. "What is the difference between organizational culture & organizational climate? A native's point of view on a decade of paradigm wars", *Academy of Management Review* (1996).
23. Donaldson G. και J. Lorsh (1983), "Decision making at the top, the shaping of strategic direction", New York, Basic Books.
24. Evans (2003) the future for primary care: increased choice for patients. Editorial, *Quall Saf Health Care*, 1283-84.67
25. Feldman M., S., Rafaeli A. (2002) Organizational routines as sources of connections and understandings. *Journal of Management Studies*, 39(3), 309-331.
26. Fletcher B., and F. Jones. (1992)"Measuring Organizational Culture: The Cultural Audit." *Managerial Auditing Journal* 7 (6), 30-6.
27. Furnham A, Gunter B. (1993), corporate assessment: auditing a company's personality, Routledge, London.
28. Garsten C. (2003) the cosmopolitan organization-an essay on corporate accountability. *Global Networks*. 3(3), 355-370.
29. Glaser, S., Zamanou S., and Hacker K., (1987)"Measuring and Interpreting Organizational Culture. » *Management Communication Quarterly* 1 (2), 173-98.
30. Gershon R., M., Stone P., W., Bakken S., Larson E. (2004) Measurement of Organizational Culture and Climate in Healthcare. *JONA*, 34(1), 33-4068
31. Glisson, C., & Hemmelgarn, A. (1998) the effects of organizational climate and interorganizational coordination on the quality and outcomes of children's service systems. *Child Abuse& Neglect*, 22(5), 401-421.
32. Goll, I., & Zeitz, G. (1991) Conceptualizing and measuring corporate ideology. *Organization Studies*, 12, 191-207
33. Gundry L.K., & Rousseau, D.M. (1994) Critical incidents in communicating culture to newcomers: The meaning is the message. *Human Relations*, 47, 1063-1088
34. Hale A., R. (2000) Culture's confusions. *Safety Sci.*, 34, 1-14.
35. Hoffman, N., & Klepper, R. (2000) "Assimilating New Technologies: The Role of Organizational Culture. » *Information Systems Management*, 17(3), 36-42

36. Hofstede, G., Neuijen B., Ohayv D., & Sanders G., (1990)"Measuring Organizational Cultures: A Qualitative and Quantitative Study across Twenty Cases. » *Administrative Science Quarterly* 35, 286-316.
37. Hofstede, G., Neuijen, B., Ohayv, D., & Sanders, G. (1990). "Measuring organizational cultures: A qualitative and quantitative study across twenty cases". *Administrative Science Quarterly*, Vol. 35: 286-316.
38. Jones K., Redman R., W. (2000) *Organizational Culture and Work Redesign: Experiences in Three Organizations*. *Journal of Nursing Administration*, 30(12), 604-610.
39. Kauffman J. (2005) *Lost in space: A critique of NASA's crisis communications in the Columbia disaster* *Public Relations Review* 31, 263–275
40. Koberg, C., S., & Chusmir, L., H. (1987) *Organizational culture relationships with creativity and other job-related variables*. *Journal of Business Research*, 15, 397-409.
41. Koustelios A., Kousteliou I. (1998) *Relations among measures of job satisfaction, role conflict and role ambiguity for a sample of Greek teacher's*. *Psychological Reports*, 82, 131-136.
42. Koustelios A. (2001). *Organizational factors as predictors of teachers burnout*. *Psychological reports*, 627-634
43. Koustelios A., Theodorakis N., Goulimaris D. (2004) *Role ambiguity, role conflict and job satisfaction among physical education teachers in Greece*. *The international journal of Educational Management*.18(2), 87-92
44. Kilmann R. (1986), *Issues in understanding and changing culture*, *California Management Review*, Vol. 40, No. 4, pp. 54-58.
45. Le Grand J., N., Mays, and Mulligan J. (1998) *Learning from the NHS Internal Market*. London: King's Fund.
46. Lewis, D., S. (1994) "Organizational change: relationship between reactions, behaviour and organizational performance», *Journal of Organizational Change Management*, 7 (5), 41-55.
47. Lim B., (1995) *Examining the organizational culture and organizational performance link. A critical review of the methodologies and findings of recent*

- researchers into the presumed link between culture and performance. *Leadership & Organization Development Journal*, 16(5),16-21
48. Lok P., Crawford J. (2004) The effect of organisational culture and leadership style on job satisfaction and organisational commitment. A cross-national comparison. *Journal of Management Development*. 23(4), 321-338
  49. Mallak L., A., Lyth D., M., Olson S., D., Ulshafer S., M., Sardone F. (2003). Culture, the built environment and healthcare organizational performance. *Managing Service Quality*. 13(1), 27-38
  50. Management thinking (1999) Organizational Culture I. The Organization as unwritten rules. Formal guidelines and systems seldom work as intended if they do not take account of the organization's unwritten rules. *Management thinking*, 19.
  51. Marcoulides G., A., and Heck R., H., (1993) Organizational Culture and Performance: Proposing and Testing a Model. *Organizational Science*. 4(2), 209-225.
  52. Martin, J., and Siehl. C. (1983) Organizational culture and counter culture: an uneasy symbiosis. *Organizational Dynamics* 12 (2), 52-64.
  53. Martin, J., & Frost, P. (1996) The Organizational Culture War Games: a Struggle for Intellectual Dominance. In: S.R. Clegg, S., R. Hardy, C., & Nord W., R., (Eds.), *Handbook of Organization Studies*. London: Sage, 599-621
  54. Meterko M., Mohr D.,C.,Young G., J. (2004)Teamwork Culture and Patient satisfaction in Hospitals. *Medical care*, 42(5), 492-498.
  55. Mitchell T. & Larson J. (1987) *People in Organizations: an introduction to organizational behavior*.New York. McGraw-Hill In: Koustelios A., & Kousteliou I., (1998) Relations among measures of job satisfaction, role conflict and role ambiguity for a sample of Greek teachers. *Psychological Reports*, 82, 131-136.72
  56. N. M. Ashkanasy, C. P. M. Wilderom, M. F. Peterson, “*Handbook of Organizational culture and Climate*”, Sage Puplications, Inc, United States of America, 2000, pp. 407.
  57. O'Reilly C., Chatham C., and Caldwell R. (1988) “People, jobs and organizational culture”, working paper, University of California, In: Lim B,

- (1995), Examining the organizational culture and organizational performance link. A critical review of the methodologies and findings of recent researchers into the presumed link between culture and performance. *Leadership & Organization Development Journal*, 16(5), 16-21
58. O'Reilly, C. (1989) "Corporations, culture, and commitment: Motivation and social control in organizations." *California Management Review*, 31, 9-25
59. Osborne, J., W. & Costello A., B. (2004) Sample size and subject to item ratio in principal components analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 9(11), available from: <http://PAREonline.net/getvn.asp?v=9&n=11>,
60. Ott, J. Steven. (1989) *Organizational Culture: Concepts, Definitions, and a Typology*. Chicago Dorsey Press.
61. Ouchi W. (1981) *Theory Z: How American business can meet the Japanese challenge*. Reading, MA: Addison-Wesley.
62. Ouchi W., G., Wilkins A., L. (1985) *Organizational Culture*. *Annual Review of Sociology*. 11, 457-483.
63. O'Reilly, C. (1989), "Corporations, culture and commitment: motivation and social control in organizations", *California Management Review*, pp.9-25.
64. Pascale, R., Athos, A.(1981) "The Art of Japanese Management", London, Penguin
65. Pettigrew, T. (1979) The ultimate attribution error: Extending All ports' cognitive analysis. *Personality and Social Psychology Bulletin* 5, 461-476.73
66. Patrick, J. A., & Quinn, J. F. (1997) *Management ethics: Integrity at work*. Thousand Oaks, A: Sage. Readership Institute (2003) *Impact Study. Culture Report: A profile of the impact Newspapers and their Departments*. Human synergistics, Center for Applied Research, inc
67. Pettigrew, A. (1979). "On studying organizational cultures". *Administrative Science Quarterly*, 24:570-581.
68. Pettigrew, A. (1990). "Organizational climate and culture: Two constructs in search of a role". In B.Schneider (Ed.), *Organizational climate and culture*: 413-433. San Francisco: Jossey-Bass.



69. Pfeffer J. (1994). "Competitive advantage through people", Harvard Business School Press, Boston. 127
70. Pfeffer, J. (1998). "The human equation: building profits by putting people first". Boston, MA: Harvard Business School Press.
71. Rentsch, J., R. (1990) Climate and Culture: Interaction and Qualitative Differences in Organizational Meanings. *Journal of Applied Psychology*, 75 (6), 668-681
- Rogers, C., R. (1961). *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*. Boston: Houghton-Mifflin. In: Balthazard P., A., & Cooke R., A. (2004)
72. Organizational Culture and Knowledge Management Success: Assessing The Behaviour-Performance Continuum. 37th International Conference on System Sciences Proceedings, Hawaii, 1 – 10.
73. Rizzo J., House R., & Lirtzman S. (1970) "Role conflict and ambiguity in complex organization", *Administrative Science Quarterly*, 15, 150-163.
74. Rizzo, J.R., House, R.J., & Lirtzman, S.I. (1970). Role conflict and ambiguity in complex organizations. *Administrative Science Quarterly*, 15(2): 150-1
75. Sackman S. (1991) *Cultural Knowledge in organizations: Exploring the collective mind*. Newbury Park, CA, Sage Publications. In: Wooten L., P., Crane P., (2003) "Nurses as implementers of organizational culture» *Nursing Economics*, 21(6), 23-29
76. Sashkin M. & Fulmer R. (1985). Measuring organizational excellence culture with validated questionnaire. Paper presented at the annual meeting of the Academy of Management, San Diego, August.
77. Schein, E., H. (1984). "Suppose we took culture seriously." *Academy of Management, Newsletter*, Summer, 2-3.
78. Schein, E. (1985a) *Organizational Culture and Leadership*. San Francisco, Jossey-Bass.
79. Schein, E., H. (1990) *Organizational Culture*, *American Psychologist*, 45(2), 109-119.
80. Schein, E. H. (1996) "Culture: the missing concept in organization studies." *Administrative Science Quarterly*, 41, 229-240

81. Schneider B., Brief A., P, Guzzo. R., A. (1996). Creating a climate and culture for sustainable organizational change. *Organ Dynamics*, 24, 9-11.
82. Scholl R., W. (2003) *Organizational Culture- The Social Inducement System*. Available from:[www.cba.uri.edu/scholl/Notes/Culture.htm](http://www.cba.uri.edu/scholl/Notes/Culture.htm)
83. Schoen (2004) *Primary Care and Health Systems Performance: Adult's experiences in five countries*. Health affairs. Project HOPE, available from:<http://content.healthaffairs.org/cgi/content/full/hlthaff.w4.487/DC1>
84. Schuller R., Aldag R., Brief A., P. (1977) "Role conflict and ambiguity a scale analysis". *Organizational Behaviour and Human Performance*, 20,111-28.
85. Scott, J., T., R., Mannion, H., Davies, and Marshall. M., I. (2001). *Organisational Culture and Health Care Performance: A Review of the Theory, Instruments and Evidence*. York: Centre for Health Economics, University of York.
86. Scott T., Mannion R., Huw D., and Marshall M. (2003)*The Quantitative measurement of Organizational culture in health care: A review of the available instruments*.*HSR: Health Services Research* 38(3),923-946
87. Seel R. (2001)*Describing Culture: from Diagnosis to inquiry*, 1-12 available from: <http://www.new-paradigm.co.uk>
88. Shortell, S., M., Bennett, C., L., and Byck G., R., (1998)"Assessing the Impact of Continuous Quality Improvement on Clinical Practice: What It Will Take to Accelerate Progress." *Milbank Quarterly* 76 (4)593-624.
89. Shortell, S., M., R., H., Jones, A., W., Rademaker, R., R., Gillies, D., S., Dranove, E., F. X., Hughes, P., P., Budetti, K., S., E., Reynolds, and C., Huanf.(2000)"Assessing the Impact of Total Quality Management and Organizational Culture on Multiple Outcomes of Care for Coronary Artery Bypass Graft Surgery Patients.'" *Medical Care* 38 (2), 207-17
90. Shortell, S., M., J., L., Zazzali, L., R., Burns, J., A., Alexander, R., R., Gillies, P., P., Budetti, T., M., Waters, and H., S., Zuckerman. (2001) "Implementing Evidence-Based Medicine: The Role of Market Pressures, Compensation Incentives, and Culture in Physician Organizations.'" *Medical Care*, Supplement I, 39 (7), 62-78.75

91. Thomas C., Ward M., Chorba C., & Kumiega A. (1990) Measuring and interpreting organizational culture. *Journal of Nursing Administration*, 20, 17-24.
92. Thompson, M. S., Page, S.L., and Cooper, C. L. (1993) A test of Caver and Scheier's self-control model of stress in exploring burnout among mental health nurses. *Stress Medicine*, 9, 221-235.
93. Trice, H., M., (1993). *Occupational subcultures in the workplace*. Ithaca, N.Y.: ILR Press, In: Balthazard P., A., & Cooke R., A., (2004) *Organizational Culture and Knowledge Management Success: Assessing The Behaviour–Performance Continuum*. 37th International Conference on System Sciences Proceedings, Hawaii, 1 – 10.
94. Trott P. (2002), "Innovation Management and New Product Development", 2nd edition, 2002, London: FT Management.
95. Tushman, M.L., O'Reilly, C.A. III (1997), "Winning through Innovation: A Practical Guide to Leading Organizational Change and Renewal", Harvard Business School Press, Boston, MA
96. Van Maanen, J., (1979) "Reclaiming Qualitative Methods for Organizational Research: A Preface," *Administrative Science Quarterly*, 24, 520-524.
97. Verbeke W., V., M.H., M. (1998) Exploring the conceptual expansion within the field of organizational behaviour: organizational climate and organizational culture. *J Manage Stud*, 35, 303-329.
98. Wanous, J., P., & Austin, J.,T. (1997). Understanding and Managing Cynicism About Organizational Change. *Academy of Management Executive*, XI (1), 48-59
99. Weick, K., E. (1979) *The social psychology of organizing* (2nd Ed.). Reading, NJ: Addison-Wesley. In: Ouch W., G., Wilkins A., L, (1985). *Organizational Culture*. *Annual Review of Sociology*, 11, 457– 483.
100. Wilkins, A., L., Ouchi W. G., (1983). *Efficient Cultures: Exploring the relationship between Culture and Organizational Performance*. *Administrative Science Quarterly*, 28, 468-481
101. Wilkins A. (1983a) *Organizational as symbols which controls the organization* In: Pond, L. & Dandridge, T.C. (Eds.), *Monographs in organizational behaviour and industrial lectures*. London, JAI Press.

102. Wooten L.,P., Crane P.,(2003)“Nurses as implementers of organizational culture” Nursing Economics, 21( 6), 23-29World Health Organization(WHO), (1982)
103. WHO (2000). Introduction to quality assurance and accreditation of health care services. Department of Health Service Provision (OSD). Available from:<http://www.who.int/health-servicesdelivery/performance/accreditation/>.
104. West, M. A. (2002). "Sparkling fountains or stagnant ponds: an integrative model of creativity and innovation implementation in work groups". Applied Psychology: An International Review, 51, 355–387.
105. Xenikou A., FurnhamA. (1996)A correlation and factor analytic study of four questionnaire measures of organizational culture. Human Relations, 49, 349-371.

#### ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

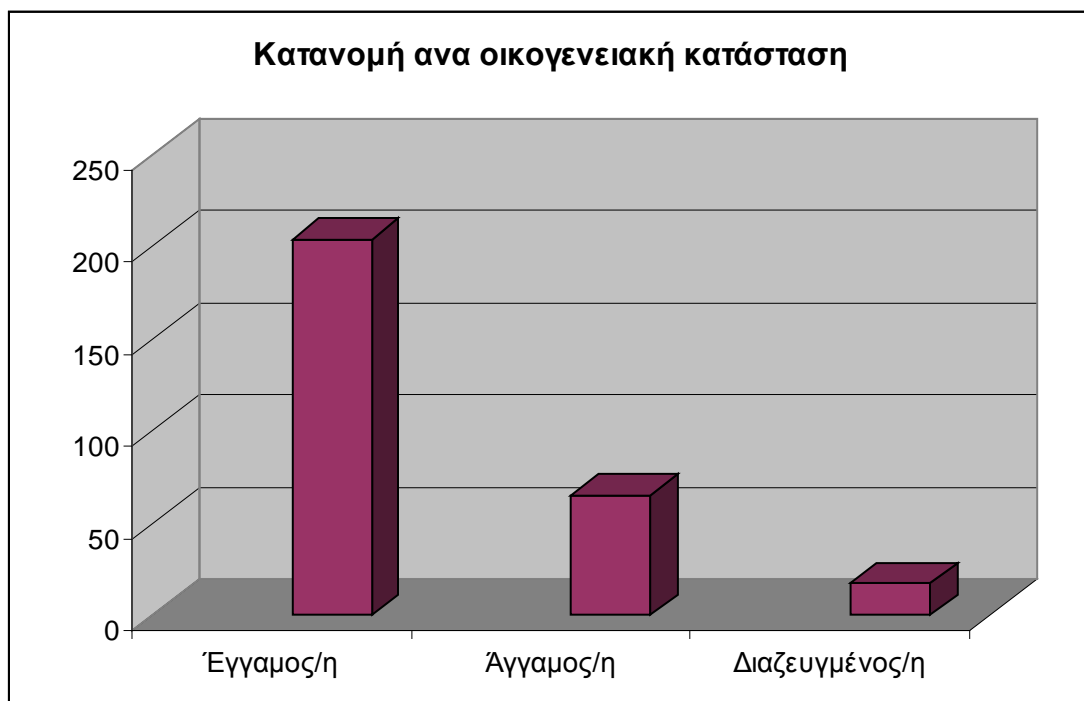
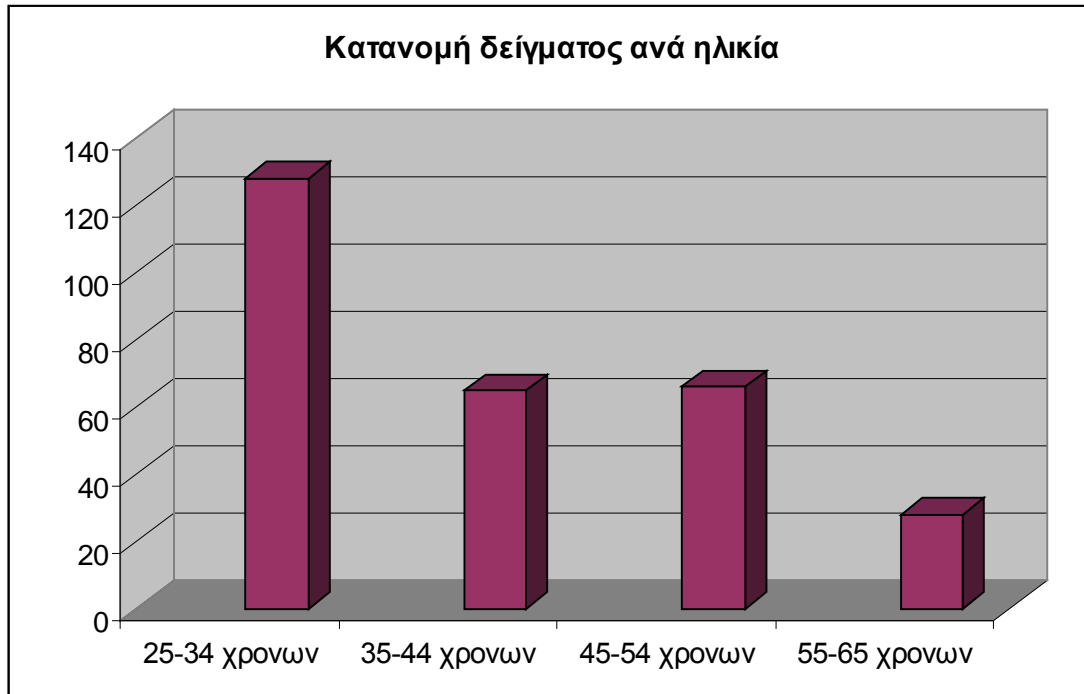
1. Αποστολάκης, Τζικόπουλος, "Κρίσιμα Θέματα στην Πορεία προς την Ηλεκτρονική Υγεία", Θέματα Διοίκησης Πληροφοριακών Υποδομών στις Μονάδες Υγείας, Mediforce Services S.A., 2005
2. Γεωργαντά Ζωή, "Επιχειρηματικότητα και Καινοτομίες, το μάνατζμεντ της καινοτομίας", Εκδόσεις Ανικούλα, Θεσσαλονίκη 2003, σελ. 27-30.
3. Γκέφου- Μαδιανού Δήμητρα, "Πολιτισμός και Εθνογραφία, από τον Εθνογραφικό Ρεαλισμό στην πολιτισμική κριτική", Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα1999 σελ 42-49.
4. Δικαίος Κ., Κουτούζης Μ., Πολύζος Ν., Σιγάλας Ι., Χλέτσος Μ., (1999), «Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας», ΕΑΠ, Πάτρα.
5. Ζαβλάνος Μύρων, "Οργανωτική συμπεριφορά", Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 1999
6. Κανελλόπουλος Χ., (1991) «Αποτελεσματική Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων», Εκδόσεις iCon, Αθήνα.
7. Κανελλόπουλος Χ., «Διοίκηση Προσωπικού», Εκδόσεις , iCon, Αθήνα.
8. Κατσάλης Α., (2002), «Η επικοινωνία στις Επιχειρήσεις και στην προσωπική ζωή», Εκδόσεις Interbooks, Αθήνα.

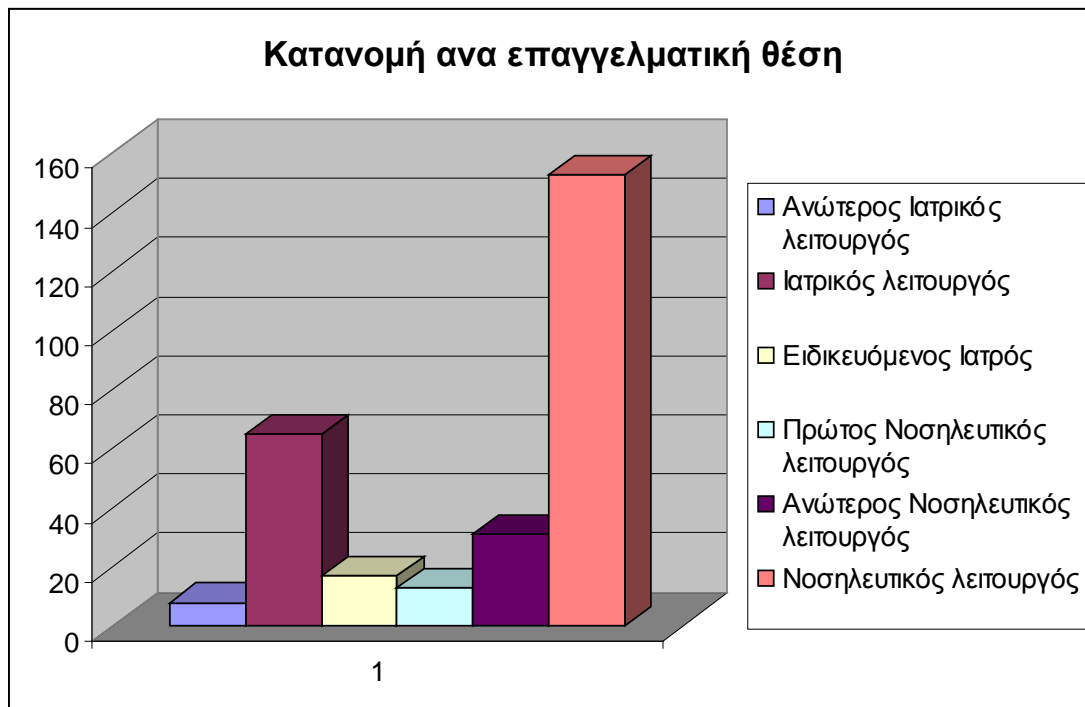
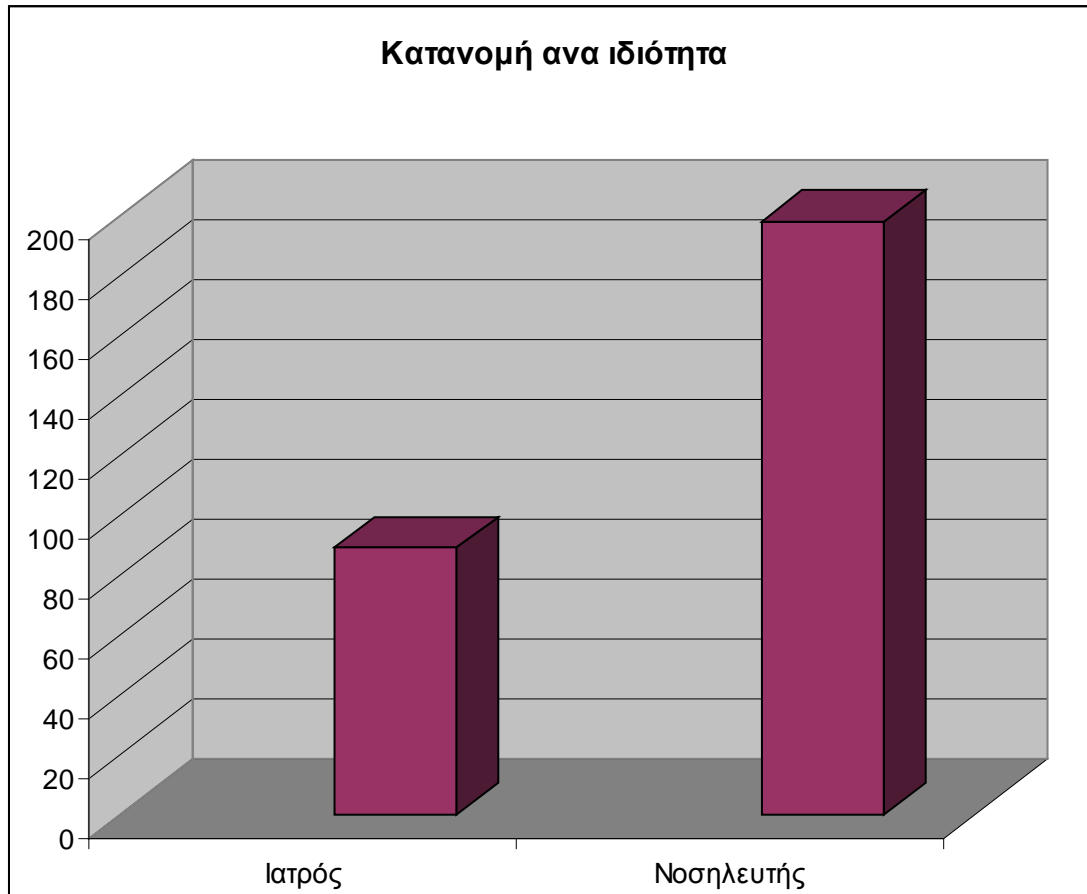
9. Κοντογιάννη Α.,(2007) «Η διαχείριση των συγκρούσεων στο νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό στα δημόσια παιδιατρικά νοσοκομεία»,Διπλωματική εργασία Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Επιβλ. καθηγ. Κατελίδου Δάφνη.
10. Μπουραντάς Δ., (1992), «Μάνατζμεντ Οργανωτική Θεωρία & Συμπεριφορά», Εκδόσεις Team, Αθήνα.
11. Μπουραντάς Δ., (2002), «Μάνατζμεντ Θεωρητικό Υπόβαθρο –Σύγχρονες Πρακτικές», Εκδόσεις Γ. ΜΠΕΝΟΥ, Αθήνα.
12. Μωϋσάκη Μ., (2005) «Περιλήψεις μεταπτυχιακών εργασιών ειδίκευσης», Πηγή: [mph.med.uoc.gr/abstracts\\_gr.html](http://mph.med.uoc.gr/abstracts_gr.html).
13. Ξηροτύρη-Κουφίδου, Σ. (2001). Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων: Η Πρόκληση του 21ουΑιώνα στο Εργασιακό Περιβάλλον. 3η Εκ. Θεσσαλονίκη: Ανίκουλα
14. Ποζουκίδου ΑΒ., Θεοδώρου Μ.Μ., Καϊτελίδου Δ., «Επαγγελματική ικανοποίηση του νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού σε ένα δημόσιο γενικό νοσοκομείο», ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ 1995, 46: 537-544.
15. Χατζηπαντελή Π., (1999), «Διοίκηση Ανθρώπινου Δυναμικού», Εκδόσεις Μεταίχιμο, Αθήνα.
16. Χυτήρης Λ., (2001), «Οργανωσιακή Συμπεριφορά», Εκδόσεις Interbooks, Αθήνα
17. Οργανωσιακή Κουλτούρα στις Υπηρεσίες Υγείας: Το Ελληνικό Δημόσιο Νοσοκομείο.. Τσιομλεξή Δ., Οικονομοπούλου Χρ. 6ο Πανελλήνιο Επιστημονικό Συνέδριο: Management Υπηρεσιών Υγείας, Αλεξανδρούπολη, 7-9 Οκτωβρίου 2004.
18. Cushway B., Lodge D., (2009), «Οργανωτική Συμπεριφορά και Οργάνωση», Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα.
19. Daft L. Richard, (2005), «Οργανωσιακή Θεωρία και Σχεδιασμός», Εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα.
20. Goleman D., Boyatzis R., McKee Annie, (2002) «Ο νέος ηγέτης. Η δύναμη της συναισθηματικής νοημοσύνης στη διοίκηση οργανισμών», Εκδόσεις Ελληνικά γράμματα, Αθήνα
21. Morgan Gareth, (2000), «Οι όψεις της οργάνωσης», Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

### ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΙΚΗ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ









## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ**

# ΠΛΑΙΣΙΟ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΙΚΩΝ ΑΞΙΩΝ

(Cameron, Freeman 1991; Gerowitz et al.1996; Gerowitz 1998)

ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ	A P.  E P.	ΚΛΙΜΑΚΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ	ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	ΠΛΕΟΝΕ ΚΤΗΜΑΤΑ	ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ	ΣΧΟΛΙΑ
ΕΞΕΤΑΖΕΤΑΙ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ: 1.ΤΟΥ ΚΛΙΜΑΤΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ 2. ΤΟΥ ΣΤΥΛ ΗΓΕΣΙΑΣ 3.ΤΟΥ ΚΛΙΜΑΤΟΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ 4. ΤΗΣ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟΥΣ ΣΤΟΧΟΥΣ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΕΙΔΗ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ: ΦΥΛΗ ΑΞΙΕΣ ΚΟΙΝ.ΤΑΞΗ ΜΟΡΦΕΣ ΑΓΟΡΩΝ	16	ΣΕΝΑΡΙΑ (ΠΛΑΙΣΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ &ΚΥΡΙΑ ΧΑΡΑΚΤΗ ΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΘΕ ΤΥΠΟΥ)  ΚΛΙΜΑΚΑ 1-100 ΟΠΟΥ: 1=ΔΕΝ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΕΥΕΙ  100=ΑΝΤΙ-ΠΡΟΣΩΠΕΥΕΙ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	ΑΝΩΤΑΤΑ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΑ ΣΤΕΛΕΧΗ ΣΕ ΑΓΓΛΙΑ, ΗΠΑ & ΚΑΝΑΔΑ	ΔΕΝ ΠΑΡΕΧΟΝΤΑΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ	1.ΑΠΛΗ &ΓΡΗΓΟΡΗ 2. ΥΨΗΛΗΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ 3. ΙΣΧΥΡΕΣ ΘΕΩΡΗΤΙΚΕ Σ ΒΑΣΕΙΣ 4. ΚΑΘΟΡΙΖΕΙ ΠΟΣΟ ΤΑΥΤΙΖΕΤΑΙ &ΠΟΣΟ ΙΣΧΥΡΗ ΕΊΝΑΙ Η ΥΠΑΡΧΟΥΣΑ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ	ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΟΡΓΑΝΩ ΣΙΑΚΩΝ ΤΥΠΩΝ	ΔΗΜΙΟΥΡΓΗΘΗΚΕ ΓΙΑ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟ ΠΟΙΗΘΕΙ ΣΕ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥΣ

# ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

(Shortell et al.2000)

ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ	A P. E P.	ΚΛΙΜΑΚΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ	ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	ΠΛΕΟΝΕΚΤΗ ΜΑΤΑ	ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ	ΣΧΟΛΙΑ
<p>ΕΞΕΤΑΖΕΤΑΙ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ</li> <li>ΣΤΥΛ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΤΟΥ ΜΑΝΑΤΖΕΡ</li> <li>ΣΥΝΟΧΗ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ</li> <li>ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑ ΣΤΟΥΣ ΣΤΟΧΟΥΣ</li> <li>ΑΝΤΑΜΟΙΒΕΣ ΕΙΔΗ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ:</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΟΜΑΔΑΣ</li> <li>ΙΕΡΑΡΧΙΑ ΟΜΑΔΑΣ,</li> <li>ΟΡΘΟΛΟΓΙΚΟΤΗΤΑ ΜΕΛΩΝ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ</li> </ol>	20	<p>ΣΕΝΑΡΙΑ (ΠΛΑΙΣΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ &amp; ΚΥΡΙΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΘΕ ΤΥΠΟΥ)</p> <p>ΚΛΙΜΑΚΑ 1-100 ΟΠΟΥ: 1=ΔΕΝ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΕΥΕΙ 100=ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΕΥΕΙ ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ</p>	<p>ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΕΚΕ ΓΙΑ ΝΑ ΕΞΕΤΑΣΕΙ ΤΗΝ ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ &amp; ΓΙΑ ΝΑ ΕΞΕΤΑΣΕΙ ΤΗΝ ΣΧΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΙΑΤΡΙΚΗΣ &amp; ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ</p>	ΑΓΝΩΣΤΗ Η ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΤΗΣ	<ol style="list-style-type: none"> <li>ΑΠΛΗ &amp; ΓΡΗΓΟΡΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ</li> <li>ΥΨΗΛΗΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ</li> <li>ΕΧΕΙ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΕΙ ΣΕ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ</li> <li>ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΙ ΤΟ «ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΩΝ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΙΚΩΝ ΑΞΙΩΝ»</li> </ol>	<p>ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΩΝ ΤΥΠΩΝ ΑΛΛΑ ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΤΟΥΣ</p>	<p>ΣΥΝΕΧΕΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟΥ ΕΡΓΑΛΕΙΟΥ ΑΛΛΑ ΜΕ ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΕΝΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΣΧΕΣΗ ΠΟΥ ΥΠΑΡΧΕΙ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ</p>

## Η ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ

(Cooke and Lafferty 1987; Thomas et al. 1990; Seago 1997; Ingersoll et al. 2000)

ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ	ΑΡ ΕΡ	ΚΛΙΜΑΚΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ	ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	ΠΛΕΟΝΕΚΤΗ ΜΑΤΑ	ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ	ΣΧΟΛΙΑ
ΕΞΕΤΑΖΕΤΑΙ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΚΟΙΝΩΝ ΚΑΝΟΝΩΝ & ΠΡΟΣΔΟΚΙΩΝ ΠΟΥ ΣΥΝΤΕΛΟΥΝ ΣΕ 12 ΜΟΝΤΕΛΑ ΣΚΕΨΗΣ: το ανθρωπιστικό, το συνενωτικό, το συναινετικό, το συμβατικό, το εξαρτημένο, της αποφυγής, το αντιθετικό, το δυναμικό, το ανταγωνιστικό, της ικανότητας/ της τελειομανίας, του κατορθώματος και της αυτό-δυναμικότητας, το βοηθητικό.	120	ΚΛΙΜΑΚΑ ΛΙΚΕΡΤ 5 ΣΗΜΕΙΩΝ	ΔΙΑΦΟΡΑ	ΑΓΝΩΣΤΗ Η ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΤΗΣ	1. ΑΞΙΟΠΙΣΤΗ ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΤΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ 2. ΕΥΡΕΙΑΣ ΧΡΗΣΗΣ 3. ΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	1. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΟΝΟ ΣΕ ΟΡΙΣΜΕΝΕΣ ΠΤΥΧΕΣ ΤΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ 2. ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗΣ ΑΠΨΗΣ 3. ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΧΡΗΣΗΣ	ΧΡΗΣΙΜΟ ΠΟΙΕΙΤΑΙ ΜΙΑ ΜΕΓΑΛΗ ΠΟΙΚΙΛΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ & ΕΧΕΙ ΔΥΝΑΤΗ ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΗ ΒΑΣΗ

# ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΤΟΥ HARRISON

## (βασισμένο στη οργανωσιακή ιδεολογία)

(Harrison 1975;Ott 1989, Litwinenko and Cooper 1994)

ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ	A P. E P.	ΚΛΙΜΑΚΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ	ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	ΠΛΕΟΝΕΚΤΗ ΜΑΤΑ	ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ	ΣΧΟΛΙΑ
ΕΞΕΤΑΖΕΤΑΙ ΜΕ ΒΑΣΗ: 1.ΤΑ ΟΡΙΑ ΤΗΣ ΕΞΟΥΣΙΑΣ 2.ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΕΡΓΑΖΟΝΤΑΙ ΣΤΟΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ 3.ΤΟΥΣ ΡΟΛΟΥΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ 4.ΤΩΝ ΚΑΘΗΚΟΝΤΩΝ ΤΟΥΣ	15	ΣΕΝΑΡΙΑ ΟΙ ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΙ ΚΛΗΘΗΚΑΝ ΝΑ ΑΠΑΝΤΗΣΟΥΝ ΣΤΟ ΚΑΤΑ ΠΟΣΟ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΕΥΤΙΚΑ ΕΙΝΑΙ 1.ΣΤΟΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ 2. ΤΙΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΑΞΙΕΣ&ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ	ΔΙΑΦΟΡΑ	ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΔΕΔΟΜΕΝΑ	ΑΞΙΟΠΙΣΤΗ ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΥΠΑΡΧΟΥΣΑΣ& ΤΗΣ ΕΠΙΘΥΜΗΤΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ	ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΟΙ ΤΥΠΟΙ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ	ΧΡΗΣΙΜΟ ΠΟΙΕΙΤΑΙ ΜΙΑ ΜΕΓΑΛΗ ΠΟΙΚΙΛΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ&ΕΧΕΙ ΔΥΝΑΤΗ ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΒΑΣΗ

## ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΤΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ

(Sieveking, Bellet, and Marston, 1993)

ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ	A P · E P ·	ΚΛΙΜΑΚΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ	ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ	ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ	ΣΧΟΛΙΑ
8.ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ: 1.ΤΗΣ ΕΠΙΒΛΕΨΗΣ 2.ΤΗΣ ΝΟΟΤΡΟΠΙΑΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ 3.ΤΗΣ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΡΟΛΟΥ 4.ΤΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚ. 5.ΤΗΣ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΙΚΟΤΗΤΑΣ 6.ΤΩΝ ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ 7.ΤΗΣ ΑΝΑΠΟΦΑΣΙΣΤΙΚΟΤΗΤΑΣ 8.ΤΟΥ ΦΟΡΤΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	50	ΚΛΙΜΑΚΑ 6 ΣΗΜΕΙΩΝ	ΣΕ 10 ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΣΤΗΝ ΑΓΓΛΙΑ	ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	ΔΗΜΙΟΥΡΓΗΘΗΚΕ ΓΙΑ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΕΙ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	ΔΗΜΙΟΥΡΓΗΘΗΚΕ ΓΙΑ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΕΙ ΣΤΟΝ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΤΟΜΕΑ ΑΡΑ ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ	ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΧΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

# ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ

(Coeling and Simms 1993;Rizzo, Gilman,and Mersmann 1994 Goodridge and Hack 1996;Seago 1997)

ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ	A P · E P ·	ΚΛΙΜΑΚΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ	ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	ΠΛΕΟΝΕ ΚΤΗΜΑΤΑ	ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ	ΣΧΟΛΙΑ
ΑΠΟΤΥΠΩΝΕΤΑΙ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΤΟΜΙΚΗ & ΤΗΝ ΟΜΑΔΙΚΗ ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ	5 0	ΚΛΙΜΑΚΑ 4 ή 6 ΣΗΜΕΙΩΝ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ	1. Η ΑΠΟΤΕΛΕ ΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΞΕΤΑΖΕΤΑΙ 2. ΤΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ ΕΞΑΓΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΠΡΩΤΟΓΕΝΗ ΠΟΙΟΤΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ 3. Η ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΤΗΣ ΕΙΝΑΙ ΑΓΝΩΣΤΗ	ΛΕΠΤΟΜΕΡΗ ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΕΝΑ ΜΕΡΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ	1.ΕΛΛΕΙΨΗ ΥΠΟΚΑΤΗΓΟΡΙΩΝ 2.ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ ΕΝΟΣ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΥ ΜΕΡΟΥΣ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ	ΧΡΗΣΙΜΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ ΑΛΛΑ ΟΧΙ ΤΗΣ ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΥΠΑΡΧΟΥΣΑΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ

(Stevenson 2000)

ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ	A P. E P.	ΚΛΙΜΑΚΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ	ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ	ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ	ΣΧΟΛΙΑ
ΕΝΤΟΠΙΖΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΔΙΑΘΕΣΗ & ΤΗΝ ΥΠΟΣΧΕΣΗ ΓΙΑ ΠΟΙΤΙΚΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ («Κλινική Διακυβέρνηση») & ΤΗΝ ΑΝΤΙΣΤΑΣΗ ΓΙΑ ΑΛΛΑΓΗ	25	ΚΛΙΜΑΚΑ 5 ΣΗΜΕΙΩΝ	ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΕ 110 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΓΓΛΙΑ	ΤΟ ΤΕΣΤ ΕΠΑΝΑΛΗΦΘΗΚΕ ΑΝΑ ΜΕΡΗ ΔΙΝΟΝΤΑΣ ΤΗΝ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΣΤΕΡΗ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΣΕ ΚΑΘΕΝΑ ΑΠΟ ΑΥΤΑ	ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΠΟΥ ΕΠΙΚΕΝΤΡΩΝ ΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ	1.ΕΙΝΑΙ ΑΔΙΕΥΚΡΙΝΙ ΣΤΟ ΑΠΟ ΠΟΥ ΠΡΟΕΡΧΟΝΤΑΙ ΤΑ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΑ ΕΡΕΥΝΑΣ 2.ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΔΥΝΑΤΗ Η ΓΕΝΙΚΕΥΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ 3. ΕΞΕΤΑΖΕΙ ΕΠΙΦΑΝΕΙΑΚΑ ΤΗΝ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ	ΤΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΧΡΗΣΙΜΟ ΠΟΙΗΘΗΚΕ ΠΡΟΣΦΑΤΑ & Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΒΡΙΣΚΕΤΑΙ ΣΕ ΕΞΕΛΙΞΗ



# ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΤΟΥ MACKENZIE ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ

(MacKenzie 1995)

ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ	ΑΡΕΡ	ΚΛΙΜΑΚΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ	ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ	ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ	ΣΧΟΛΙΑ
<p>ΜΕΣΑ ΑΠΟ:</p> <p>1.ΤΗ ΔΕΣΜΕΥΣΗ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ&amp; ΤΗ ΔΙΑΘΕΣΗ&amp;ΠΙΣΤΗ ΓΙΑ ΑΛΛΑΓΗ</p> <p>2. ΕΠΙΛΥΣΗ ΔΙΑΜΑΧΩΝ</p> <p>3.ΣΤΥΛ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ</p> <p>4.ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗ ΣΤΗΝ ΗΓΕΣΙΑ&amp;ΣΤΗΝ ΟΜΑΔΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ&amp; ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ</p> <p>4ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΣ ΣΤΟ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ,ΤΟΝ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΗ&amp; ΤΟΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ</p>	76	ΟΙ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΕΣ ΣΗΜΕΙΩΝΑΝ ΤΗΝ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΠΟΥ ΘΕΩΡΟΥΣΑΝ ΟΤΙ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΕΥΕΙ ΤΟΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ ΤΟΥΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΕ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	ΑΓΝΩΣΤΑ	ΕΥΚΟΛΟΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ	<p>1.ΔΕΝ ΔΙΕΥΚΡΙΝΕΖΕΤΑΙ ΑΠΟ ΠΟΥ ΠΡΟΕΡΧΟΝΤΑΙ ΤΑ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΑ ΕΡΕΥΝΑΣ</p> <p>2.ΑΓΝΩΣΤΑ ΤΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ</p>	<p>ΣΧΕΔΙΑΣΜΕΝΟ ΓΙΑ ΝΑ ΑΠΟΤΙΜΗΣΕΙ ΤΗΝ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ ΣΕ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΕΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ</p>

## ΕΡΕΥΝΑ ΤΗΣ ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ

(Tucker McCoy, and Evans 1990)

ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ	ΑΡΕΡ	ΚΛΙΜΑΚΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ	ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ	ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ	ΣΧΟΛΙΑ
ΠΕΡΙΓΡΑΦΕΤΑΙ ΜΕΣΑ ΑΠΟ 13 ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΥΣ: τον προσανατολισμό στους πελάτες, τον προσανατολισμό στους εργαζόμενους, την κοινή ταυτότητα μεταξύ των ομάδων συμφερόντων, την επιρροή του κοινού σκοπού, την βαθύτητα/ ωριμότητα της διοίκησης, την διαδικασία λήψης αποφάσεων/ αυτονομία, την ανοιχτή επικοινωνία, την ανθρώπινη κλίμακα, την ώθηση/ κίνητρα, την συνεργασία αντί του ανταγωνισμού, την οργανωσιακή ταυτότητα, την απόδοση υπό συνθήκες πίεσης, την θεωρία S/ θεωρία T.	55	ΚΛΙΜΑΚΑ 5 ΣΗΜΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΣΤΗΚΕ ΣΕ ΤΡΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΣΤΙΣ Η.Π.Α.	ΑΡΚΕΤΑ ΚΑΛΗ Η ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	ΛΕΠΤΟΜΕΡΗ & ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΔΟΥΛΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ  ΕΧΕΙ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΕΙ & ΣΤΟΝ ΙΔΙΩΤΙΚΟ & ΣΤΟΝ ΔΗΜΟΣΙΟ ΤΟΜΕΑ	ΕΧΕΙ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΕΙ ΜΟΝΟ ΣΤΙΣ Η.Π.Α. ΚΥΡΙΩΣ ΣΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΤΗΣ ΑΝΩΤΑΤΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΠΑΡΑ ΣΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΤΟΥ ΕΡΓΑΤΙΚΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ	ΕΧΕΙ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΕΙ & ΣΕ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΛΛΑ & ΣΕ ΑΛΛΟΥΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥΣ

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ**



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ  
ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ  
1448 ΛΕΥΚΩΣΙΑ

Αρ. Φακ.: Ι.Υ.05.04.019

Αρ. Τηλ.: 22-605604

Αρ. Φαξ: 22-345199

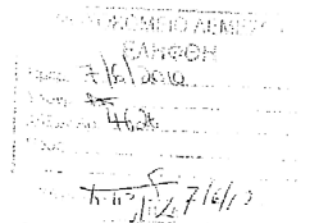
03 Ιουνίου 2010

ΜΕ ΦΑΞ

Κα Δέσποινα Παπαδοπούλου

(μέσω Πρώτου Ιατρικού Λειτουργού Γ.Ν. Λεμεσού) 7/6/10

(μέσω Επιθεωρήτριας Νοσοκομειακού Εργαστηρίου)



Αίτημα για άδεια διεξαγωγής έρευνας μέσω ερωτηματολογίων  
προς το προσωπικό στο Γ.Ν. Λεμεσού

Έχω οδηγίες να αναφερθώ στην επιστολή σας με ημερομηνία 01/02/2010, σχετικά με το πιο πάνω θέμα και να σας πληροφορήσω τα ακόλουθα:

Σύμφωνα με τον περί Περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμο του 2001, αρ. 138(Ι)/2001, και την γνωμοδότηση της Επιτροπής Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, η επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα επιτρέπεται εφόσον τα πρόσωπα από τα οποία λαμβάνονται οι πληροφορίες (στην προκειμένη περίπτωση, το προσωπικό του Γ.Ν.Λεμεσού) δίνουν τη ρητή συγκατάθεσή τους ή όταν η επεξεργασία πραγματοποιείται αποκλειστικά για στατιστικούς, ερευνητικούς, επιστημονικούς σκοπούς, υπό τον όρο ότι λαμβάνονται όλα τα απαραίτητα μέτρα για την προστασία των δεδομένων που θα ληφθούν.

.../2



«Γιώργος», Προδρόμου 1 και Χείλωνος 17, Άγιος Ανδρέας, 1440 Λευκωσία  
Τηλ. 22-605300, 22-605301 Φαξ 22-345199

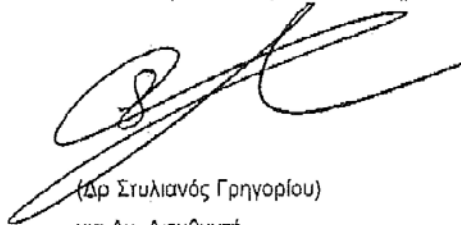
Επιπρόσθετα, τα στατιστικής φύσεως συγκεντρωτικά στοιχεία δεν λογίζονται ως δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα, εφόσον δεν είναι δυνατός ο προσδιορισμός των δεδομένων των προσώπων.

Επίσης, η έρευνα θα πρέπει να είναι εμπιστευτική, να τηρηθεί απόλυτη εχεμύθεια και να είναι ανώνυμη ή να καταστούν ανώνυμα τα στοιχεία μετά τη στατιστική επεξεργασία τους.

Ως εκ των πιο πάνω, αφού η έρευνα θα γίνει με την διανομή ερωτηματολογίων με προαιρετική συμμετοχή, η επεξεργασία προσωπικών δεδομένων είναι επιτρεπτή.

Ενημερώνεστε επίσης ότι, η ικανοποίηση του αιτήματός σας προϋποθέτει ότι η έρευνα σας δεν θα διαταράξει την ομαλή λειτουργία των τμημάτων του νοσοκομείου και τα αποτελέσματα της έρευνας κοινοποιηθούν στον Αν. Διευθυντή Ιατρικών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.

Τονίζεται επίσης, ότι όσον αφορά στη διανομή των ερωτηματολογίων προς το νοσηλευτικό προσωπικό, η σχετική άδεια πρέπει να εξασφαλιστεί από την Διεύθυνση των Νοσηλευτικών Υπηρεσιών.



(Δρ Στυλιανός Γρηγορίου)  
για Αν. Διευθυντή  
Ιατρικών Υπηρεσιών  
και Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας

ΣΧ/Επιστολές



«Γιώρκειο», Προδρόμου 1 και Χελωνας 17, Άγιος Ανδρέας, 144Θ Αττική  
Τηλ. 22-805300, 22-805301 Φαξ, 22-345199



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Αρ.Φακ.Υ.Υ. 5.4.05

5 Μαΐου 2010

Κα. Δέσποινα Παπαδοπούλου  
Τεχνολόγο Νοσοκομειακού Εργαστηρίου  
Τμήμα Ανοσολογίας  
Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού

(Μέσω: Επιθεωρήτριας Νοσοκ. Εργαστηρίων)

Θέμα :Παραχώρηση Άδειας για Διεξαγωγή Έρευνας με τίτλο «Οργανωσιακή  
Κουλτούρα των εργαζομένων στο Γενικό νοσοκομείο Λεμεσού»

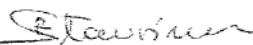
Έχω οδηγίες να αναφερθώ σε επιστολή σας ημερομηνίας 22/02/2010 με αίτημα σας την παραχώρηση άδειας διανομής ερωτηματολογίου σε Νοσηλευτικό Προσωπικό του Γ.Ν. Λεμεσού και θα ήθελα να σας πληροφορήσω ότι η Επιτροπή Αξιολόγησης Ερευνητικών Προτάσεων της Διεύθυνσης Νοσηλευτικών Υπηρεσιών έχει εγκρίνει το αίτημα σας.

Επισημαίνεται ότι σε καμία περίπτωση δεν θα διαταραχθεί η ομαλή λειτουργία των τμημάτων των Νοσοκομείων στα οποία θα διεξάγεται η έρευνα.

Επίσης παρακαλείστε όπως ενημερώσετε τη Διεύθυνση του Γ.Ν.Λεμεσού καθώς και τους Προϊστάμενους των επηρεαζόμενων τμημάτων για την διεξαγωγή της σχετικής έρευνας.

Επιπλέον προϋποθέτει και την αυτόματη δέσμευση σας για κοινοποίηση των ερευνητικών αποτελεσμάτων στη Διεύθυνση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών.

Η Διεύθυνση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών σας εύχεται κάθε επιτυχία στην εκπόνηση της έρευνας σας.

  
(Ροδοθέα Σταυρινού)  
για Γενικό Διευθυντή  
Υπουργείου Υγείας

Κοιν.: Π.Ι.Λ. Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού  
Προϊστάμενη Νοσηλευτικό Λειτουργό Γ.Ν. Λεμεσού

Υπουργείο Υγείας 1095 Λευκωσία  
Τηλ: 22605405 φαξ:22772246 Ιστοσελίδα:<http://www.moh.gov.cy> email:[rstavrinou@moh.gov.cy](mailto:rstavrinou@moh.gov.cy)

**Αρ. Φακ.:** ΕΕΒΚ ΕΠ 2010.01.11

**Αρ. Τηλ.:** 22809038/039

**Αρ. Φαξ:** 22353878

14 Απριλίου 2010

Κυρία Δέσποινα Παπαδοπούλου  
Τεχνολόγο Νοσοκομειακού Εργαστηρίου  
Τμήμα Ανοσολογίας  
Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού

Αξιότιμη κυρία Παπαδοπούλου,

**Θέμα: «Διεξαγωγή έρευνας που αφορά την Οργανωσιακή Κουλτούρα των εργαζομένων στο Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού»**

Αναφέρομαι στις επιστολές σας ημερομηνίας 23 και 29 Μαρτίου 2010 για το πιο πάνω θέμα.

2. Από την μελέτη του περιεχομένου των εγγράφων που έχετε καταθέσει (καλυπτική επιστολή, ερωτηματολόγιο και της τελικής δήλωσης διατριβής) που αφορούν την πιο πάνω έρευνα, έχω την γνώμη ότι η εν λόγω έρευνα σας δεν εμπίπτει στη σφαίρα αρμοδιοτήτων της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου (ΕΕΒΚ) για βιοηθική αξιολόγηση.

3. Σας ευχόμαστε κάθε επιτυχία στη διεξαγωγή της έρευνας σας.

Με εκτίμηση,



Ρένα Βραχίμη-Πετρίδου

Πρόεδρος

Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου

## ΣΥΝΟΔΕΥΤΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών στη Διοίκηση Μονάδων Υγείας, του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου πραγματοποιώ τη διατριβή μου με θέμα : «Οργανωσιακή Κουλτούρα: Το παράδειγμα της Κύπρου».

Στόχος της έρευνας είναι η καταγραφή της οργανωσιακής κουλτούρας που χαρακτηρίζει το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού μέσω της ανάλυσης της έννοιας. Η διεξαγωγή της έρευνας απαιτεί τη διανομή και συμπλήρωση του ερωτηματολογίου που ακολουθεί. Η συμμετοχή στην έρευνα είναι προαιρετική, ανώνυμη, εμπιστευτική και δεν υπερβαίνει τα δέκα λεπτά. Θα τηρηθεί απόλυτη εχεμύθεια και οι απαντήσεις θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων. Δεν υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις. Παρακαλούμε θερμά απαντήστε με ειλικρίνεια. Ευχαριστούμε για το χρόνο και τη συμβολή σας στην έρευνα αυτή.

Ευχαριστώ εκ των προτέρων,

Παπαδοπούλου Δέσποινα  
Τεχνολόγος Νοσοκομειακού Εργαστηρίου,  
Τμήμα Ανοσολογίας Γ.Ν. Λεμεσού.  
Τηλ: 25801304