



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

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

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ, ΤΗΣ
ΑΣΑΦΕΙΑΣ ΚΑΙ ΣΥΓΚΡΟΥΣΗΣ ΡΟΛΩΝ ΣΤΟΥΣ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ
ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ**

ΘΕΟΔΩΡΑ ΖΑΧΑΡΙΑΔΟΥ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΑΝΔΡΕΑΣ ΠΑΥΛΑΚΗΣ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΟΥΛΙΟΣ, 2011

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

**«ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ, ΤΗΣ ΑΣΑΦΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΣΥΓΚΡΟΥΣΗΣ ΡΟΛΩΝ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΚΥΠΡΟΥ»**

ΘΕΟΔΩΡΑ ΖΑΧΑΡΙΑΔΟΥ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΑΝΔΡΕΑΣ ΠΑΥΛΑΚΗΣ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΟΥΛΙΟΣ, 2011

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελίδα
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	7
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	9
ABSTRACT	11
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	14
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΕΝΝΟΙΑΣ	
ΤΗΣ ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ	16
1.1. Ορισμός της οργανωσιακής κουλτούρας	17
1.2. Διαστάσεις της οργανωσιακής κουλτούρας	18
1.2.1. Μοντέλο οργανωσιακής κουλτούρας κατά τον Hofstede	20
1.3. Οργανωσιακό κλίμα	22
1.3.1. Ομοιότητες ανάμεσα στις έννοιες της οργανωσιακής κουλτούρας	
και του κλίματος	23
<i>1.3.1.1. Ομοιότητες ανάμεσα στους ορισμούς της οργανωσιακής κουλτούρας</i>	
<i>και κλίματος</i>	23
<i>1.3.1.2. Ομοιότητες ανάμεσα στο περιεχόμενο της οργανωσιακής κουλτούρας</i>	
<i>και του κλίματος</i>	24
1.3.2. Διαφορές ανάμεσα στην οργανωσιακή κουλτούρα και το κλίμα	25
<i>1.3.2.1. Θεωρία πεδίου του Lewin (field theory)</i>	26
1.4. Ταίριασμα του ατόμου στον οργανισμό	
(Person- Situation fit)	28
1.4.1. Οργανωσιακή κοινωνικοποίηση (socialization)	30

1.5.	Οργανωσιακή κουλτούρα σε οργανισμούς υγείας	31
1.6.	Τρόποι αλλαγής της οργανωσιακής κουλτούρας	36
1.6.1.	Παρεμβάσεις αλλαγής οργανωσιακής κουλτούρας	
	σε οργανισμούς υγείας	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ		
ΣΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ		
		39
2.1.	Μοντέλο επεισοδίου ρόλου (role episode model)	39
2.2.	Ορισμός της ασάφειας ρόλου (role ambiguity)	41
2.3.	Ορισμός της σύγκρουσης ρόλου (role conflict)	43
2.4.	Επαγγελματική ικανοποίηση	44
2.4.1.	Ορισμός επαγγελματικής ικανοποίησης	44
2.4.2.	Κατηγορίες επαγγελματικής ικανοποίησης	44
<i>2.4.2.1.</i>	<i>Παράγοντες ικανοποίησης από την εργασία</i>	<i>45</i>
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ		
ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ		
		47
3.1.	Ερωτηματολόγιο Οργανωσιακής Κουλτούρας	
	[Organizational Culture Inventory] (OCI)	48
3.2.	Culture Gap Survey (CGS)	49
3.3.	Organizational Beliefs Questionnaire	49
3.4.	Corporate Culture Survey	49
3.5.	Ερευνητικό εργαλείο μέτρησης του	

«Προφίλ Οργανωσιακής Κουλτούρας» (Organizational Culture Profile –OCP)	51
3.5.1. Πλεονεκτήματα της χρήσης του αναθεωρημένου OCP σε σύγκριση με τα άλλα ερευνητικά εργαλεία μέτρησης της οργανωσιακής κουλτούρας	53
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΠΦΥ) ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ	55
4.1. Ορισμός Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ)	55
4.2. Ορισμοί και χαρακτηριστικά της Γενικής Ιατρικής	56
4.3. Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών ΠΦΥ στην Κύπρο	58
4.3.1. Προβλήματα στην οργάνωση και παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ και στη Γενική Ιατρική στην Κύπρο	59
4.4. Αναγκαιότητα της μελέτης	63
4.5. Σκοπός της μελέτης	63
4.5.1. Ερευνητικά ερωτήματα	63
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	65
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ	65
1.1. Πληθυσμός της μελέτης	65
1.2. Περιγραφή του ερευνητικού εργαλείου	65
1.2.1. Εργαλείο μέτρησης της ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων	65

1.2.1.1. Δηλώσεις ασάφειας ρόλων	67
1.2.1.2. Δηλώσεις σύγκρουσης ρόλων	67
1.3. Εργαλείο μέτρησης του προφίλ της οργανωσιακής κουλτούρας (Organizational Culture Profile)	68
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	71
2.1. Πιλοτική μελέτη για την πολιτισμική προσαρμογή του ερωτηματολογίου	71
2.2. Μεθοδολογικές προσεγγίσεις που χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη	73
2.2.1. Παραγοντική ανάλυση (Factor analysis)	73
2.2.1.1. Επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση (<i>confirmatory factor analysis</i>)	73
2.3. Αξιοπιστία του ερευνητικού εργαλείου (reliability)	75
2.3.1. Αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων (<i>test-retest reliability</i>)	75
2.4. Χρήση κλιμάκων τύπου Likert	76
2.5. Δεοντολογία-Βιοηθική	76
2.6. Στατιστική ανάλυση	77
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	78
3.1. Αποτελέσματα ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων	79
3.2. Αποτελέσματα μέτρησης της οργανωσιακής κουλτούρας	80
3.3. Αποτελέσματα επαγγελματικής ικανοποίησης	83
3.4. Περιορισμοί της μελέτης	85

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.	ΣΥΖΗΤΗΣΗ	86
4.1.	Συζήτηση αποτελεσμάτων ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων	86
4.1.1.	Σύγκριση των αποτελεσμάτων ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων με αυτά άλλων μελετών	87
4.2.	Συζήτηση αποτελεσμάτων οργανωσιακής κουλτούρας	89
4.2.1.	Σύγκριση των αποτελεσμάτων της οργανωσιακής κουλτούρας με αυτά άλλων μελετών	92
4.3.	Συζήτηση αποτελεσμάτων επαγγελματικής ικανοποίησης	93
4.3.1.	Σύγκριση των αποτελεσμάτων επαγγελματικής ικανοποίησης με αυτά άλλων μελετών	94
4.4.	Συμπεράσματα	96
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	98
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	111

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Αρχικά, θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στον επιβλέποντα της μελέτης κ. Ανδρέα Παυλάκη. Η συμβολή του ήταν καθοριστική τόσο στην επιλογή του θέματος της μελέτης όσο και στο σχεδιασμό και υλοποίηση της. Τον ευχαριστώ ιδιαίτερα για την καθοδήγηση του σε όλα τα στάδια της μελέτης, για την κατανόηση, την υπομονή του και την καλοσύνη που τον διακρίνει ως άνθρωπο. Η συνεργασία μου με τον κ. Παυλάκη ήταν ιδιαίτερα σημαντική στην επαγγελματική μου καριέρα και του οφείλω ευγνωμοσύνη.

Ευχαριστώ επίσης, το στατιστικολόγο της μελέτης κ. Σάββα Ζαννέτο, ο οποίος ανέλαβε τη στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των αποτελεσμάτων της μελέτης. Ο κ. Ζαννέτος διακρίνεται για την επαγγελματισμό του, την άριστη γνώση αλλά και την ικανότητα μετάδοσης των στατιστικών εννοιών και για το ήθος του. Τον ευχαριστώ για όλο το χρόνο που μου αφιέρωσε ακούραστα το διάστημα της μελέτης, για την άμεση ανταπόκριση του πάντοτε και την υπομονή του.

Ευχαριστώ ακόμα το λειτουργό του κυβερνητικού τυπογραφείου κ. Ιωάννη Βασιλείου για την προθυμία, την ανταπόκριση και το ζήλο που επέδειξε αυτός και οι υπόλοιποι υπάλληλοι του τυπογραφείου στην αναπαραγωγή των ερωτηματολογίων της μελέτης. Τους ευχαριστώ όλους θερμά.

Οφείλω επίσης να ευχαριστήσω τους ιατρούς και νοσηλευτές της πνευμονολογικής κλινικής του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας για την προθυμία τους να συμμετάσχουν στην πιλοτική μελέτη, όπως επίσης και τη γραμματέα της κλινικής κα. Έλενα Ανδρέου και το Διευθυντή κ. Ανδρέα Γεωργίου. Η συμβολή τους ήταν καθοριστική στη διανομή και συλλογή των ερωτηματολογίων και τους ευχαριστώ ιδιαίτερα. Ένα μεγάλο ευχαριστώ, οφείλω στους ιατρούς και νοσηλευτές που εργάζονται σε όλα τα κέντρα υγείας οι οποίοι παρά το φόρτο εργασίας τους συμμετείχαν με ιδιαίτερη προθυμία στη μελέτη.

Ευχαριστίες εκφράζω και στον πατέρα μου, κ. Γεώργιο Ζαχαριάδη για την καθοδήγηση και τις πολύτιμες συμβουλές του σε όλα τα στάδια της μελέτης. Τέλος, ευχαριστώ θερμά το σύζυγο μου Ανδρέα για την αστείρευτη υπομονή του, τη στήριξη

που μου παρείχε και την κατανόηση που επέδειξε όλο το διάστημα της ενασχόλησης μου με τη μελέτη.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της μελέτης: Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι, η αποτύπωση της οργανωσιακής κουλτούρας που διέπει τα κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Κύπρο, ο προσδιορισμός του βαθμού ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων που βιώνουν οι ιατροί και νοσηλευτές που εργάζονται σε αυτά και ο βαθμός ικανοποίησης των εργαζομένων.

Υλικό και μέθοδοι: Πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν οι 144 γενικοί ιατροί και 162 νοσηλευτές που εργάζονται στα κέντρα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) σε ολόκληρη την Κύπρο. Στη μελέτη χρησιμοποιήθηκε ένα ερευνητικό εργαλείο το οποίο περιλαμβάνει δηλώσεις που αφορούν την παρουσία ή όχι ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων στην εργασία (κλίμακα ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων των Rizzo και συν), δηλώσεις που αφορούν τον τύπο της οργανωσιακής κουλτούρας (εργαλείο Organizational Culture Profile των O'Reilly και Chatman –αναθεωρημένη μορφή) και δηλώσεις που αφορούν την επαγγελματική ικανοποίηση.

Για τη στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS. Για κατηγορικές μεταβλητές με δύο ομάδες έγινε έλεγχος με το Κριτήριο t. Για περισσότερες από δύο ομάδες έγινε έλεγχος με τη χρήση της Ανάλυσης Διασποράς.

Αποτελέσματα: Το ποσοστό συμμετοχής στη μελέτη ανήλθε στο 72.9%, με αντίστοιχα ποσοστά για γενικούς ιατρούς και νοσηλευτές 67.4% και 77.8%. Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 42.6 ± 10.7 έτη. Ο μέσος όρος (\pm Τυπική Απόκλιση-T. Α.) για τις δηλώσεις ασάφειας ρόλων ήταν 4.08 ± 0.31 και για τις δηλώσεις σύγκρουσης ρόλων 3.19 ± 0.59 . Εργαζόμενοι που είχαν συμπληρώσει ≥ 16 έτη υπηρεσίας δήλωσαν μεγαλύτερη σαφήνεια στην άσκηση των εργασιακών τους ρόλων σε σύγκριση με εργαζομένους που είχαν 6-15 έτη υπηρεσίας (μέσος όρος 4.22 vs, 3.88, $p= 0.007$).

Σύμφωνα με τις δηλώσεις των εργαζομένων, η κατηγορία οργανωσιακής κουλτούρας «προσανατολισμός στην απόδοση» αναδείχθηκε ως ο επιθυμητός τύπος κουλτούρας στην ΠΦΥ (μέσος όρος \pm T. Α: 1.39 ± 0.04) ενώ λιγότερο σημαντική κουλτούρα,

αναδείχθηκε η «ανταγωνιστικότητα» (μέσος όρος \pm T. A: 1.73 ± 0.42). Αντίστοιχα η κυρίαρχη κουλτούρα που προάγεται στην ΠΦΥ είναι η «υποστηρικτικότητα» (μέσος όρος \pm T. A: 2.37 ± 0.80), ενώ η κουλτούρα που κυριαρχεί λιγότερο είναι η «έμφαση στην ανταμοιβή» (μέσος όρος \pm T. A: 2.91 ± 0.94). Οι εργαζόμενοι στην επαρχία Λευκωσίας αποδίδουν μεγαλύτερη σημασία στις κατηγορίες της «υποστηρικτικότητας», «καινοτομίας», «προσανατολισμού στην απόδοση», «σταθερότητας» και «κοινωνικής υπευθυνότητας» για την εργασία τους σε σύγκριση με τους εργαζόμενους στην επαρχία Λεμεσού. Οι αντίστοιχοι μέσοι όροι ήταν: 1.37 vs 1.61 , $p= 0.035$, 1.55 vs 1.87 , $p= 0.018$, 1.29 vs 1.52 , $p= 0.028$, 1.32 vs 1.64 , $p= 0.005$ και 1.44 vs 1.70 , $p= 0.008$.

Όσον αφορά την ικανοποίηση του πληθυσμού της μελέτης, η μεγαλύτερη ικανοποίηση καταγράφηκε για τους συνεργάτες στην εργασία, ενώ η μικρότερη για τις προσδοκίες προαγωγής (μέσοι όροι \pm T. A: 2.06 ± 0.89 και 3.17 ± 1.21 αντίστοιχα). Στατιστικά σημαντική διαφορά σημειώθηκε ανάμεσα στην επαγγελματική ιδιότητα και την ικανοποίηση από την αμοιβή, με τους γενικούς ιατρούς να δηλώνουν μικρότερη ικανοποίηση σε σύγκριση με τους νοσηλευτές (μέσος όρος 2.77 vs 2.69 , $p= 0.005$).

Συμπεράσματα: Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, υπάρχει αρκετή σαφήνεια στην άσκηση των εργασιακών ρόλων των επαγγελματιών υγείας στην ΠΦΥ και μέτριο επίπεδο σύγκρουσης ρόλων. Επίσης αποδίδεται μεγαλύτερη σημασία σε αξίες όπως ο υψηλός βαθμός οργάνωσης του εργαζομένου, οι υψηλές προσδοκίες για απόδοση, ο προσανατολισμός στο αποτέλεσμα. Τα αποτελέσματα της μελέτης μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την εφαρμογή οργανωσιακών παρεμβάσεων στα Κ. Υ. πριν την εφαρμογή του νέου συστήματος υγείας στην Κύπρο.

ABSTRACT

Aim of the study: The aim of the present study was to measure the organizational culture profile in the Primary Health Care (PHC) setting of Cyprus. Additional aims were the measurement of role ambiguity and role conflict among health professionals as well as job satisfaction.

Materials and methods: The population of the study included all General Practitioners (GPs) and nursing staff of all PHC centers throughout the island. For the purpose of the study a validated instrument already translated in Greek was used, which contained statements on role ambiguity (6 statements) and role conflict (8 statements) (Rizzo et al scale), 28 statements on organizational culture (Organizational Culture Profile by O'Reilly και Chatman –revised short form) and seven statements on job satisfaction. Statistical analysis was performed using SPSS package. For the analysis of two groups of categorical variables t-test was used, whereas for the analysis of more than two groups or variables, the analysis of variance was applied.

Results: From the total of 306 health professionals in PHC, 223 participated in the study (72.9%), of whom 67.4% were GPs and 77.8% nurses. Mean age \pm S.D. of the study population was 42.6 ± 10.7 years. The mean values \pm S.D. of role ambiguity and role conflict statements were 4.08 ± 0.31 and 3.19 ± 0.59 respectively.

According to the results of the study, the category of “performance orientation” was the culture the most valued type of organizational culture among health professionals who work in the PHC setting of Cyprus (mean \pm S.D: 1.39 ± 0.04). The least important culture was “competitiveness” (mean \pm S.D: 1.73 ± 0.42). However, the main culture profile that characterizes PHC centers is “supportiveness” (mean \pm S.D: 2.37 ± 0.80). Those who work in Nicosia area consider as more important, the types of culture: “supportiveness”, “innovation”, “performance orientation”, “stability” and “social responsibility” in comparison to those who work in Limassol area, with respective means of: 1.37 vs 1.61, $p= 0.035$, 1.55 vs 1.87, $p= 0.018$, 1.29 vs 1.52, $p= 0.028$, 1.32 vs 1.64, $p= 0.005$ and 1.44 vs 1.70, $p= 0.008$.

Regarding the results of job satisfaction, highest and lowest levels of satisfaction were reported for “colleagues” and “possibilities for promotion” respectively (means \pm S.D: 2.06 ± 0.89 and 3.17 ± 1.21). GPs reported lower levels of salary satisfaction in comparison to nurses, a finding that was statistically significant (means: 2.77 vs 2.69, $p= 0.005$).

Conclusion: This was the first study performed in the PHC setting of Cyprus in order to identify the organizational culture profile and to measure levels of role ambiguity and role conflict as well as job satisfaction. The results of the study can serve as background knowledge for policy makers who seek for organizational interventions in order to improve performance, before the implementation of a new national health scheme.

«Δῶς μοι πᾶ στῶ καὶ τὰν γᾶν κινάσω»

Αρχιμήδης (~285 - 212 π. Χ.)

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ιδιαίτερη συζήτηση γίνεται διεθνώς για τον εκσυγχρονισμό των συστημάτων υγείας με ευρεία αναφορά στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ)^{1, 2}. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα διεθνών μελετών^{1, 3, 4}, συστήματα υγείας που διαθέτουν ένα ισχυρό σύστημα ΠΦΥ έχουν καλύτερες εκβάσεις υγείας για τον πληθυσμό τους, για όλες τις αιτίες θνησιμότητας (all- cause mortality), όλες τις αιτίες πρόωρης θνησιμότητας (all-cause premature mortality) και για τις ειδικές αιτίες θνησιμότητας (cause specific premature mortality) από νοσήματα του καρδιαγγειακού, αναπνευστικού συστήματος και καρκίνου^{1, 3, 4}. Επιπλέον, η αυξημένη διαθεσιμότητα υπηρεσιών ΠΦΥ σχετίζεται με μειωμένη χρήση των κέντρων επείγουσας φροντίδας και των εξειδικευμένων υπηρεσιών φροντίδας⁵, με υψηλό βαθμό ικανοποίησης των ασθενών και μειωμένες δαπάνες υγείας⁶.

Παρεμβάσεις όπως, η εφαρμογή ιατρικού ελέγχου (medical audit), η χρήση ηλεκτρονικού φακέλου ασθενών με την ενσωμάτωση υπενθυμίσεων (reminders) και συστημάτων υποστήριξης λήψης αποφάσεων (clinical decision support systems) αποτελούν κύρια συστατικά των συστημάτων υγείας σε αρκετές Ευρωπαϊκές χώρες και στις Η. Π. Α. και στοχεύουν στη βελτίωση της απόδοσης (performance) των γενικών ιατρών⁷. Συνυφασμένη με την ποιότητα των υπηρεσιών ΠΦΥ είναι και η εισαγωγή των κατευθυντήριων οδηγιών (guidelines) ως μέσο βελτίωσης της αποτελεσματικότητας και της παρεχόμενης φροντίδας⁸.

Παρότι οι παρεμβάσεις αυτές αποτελούν απαραίτητα συστατικά των στρατηγικών που εφαρμόζονται για βελτίωση της παρεχόμενης ποιότητας στη φροντίδα υγείας, εντούτοις έχει αποδειχθεί ότι ευθύνονται μόνο για το 10% της αλλαγής της απόδοσης των επαγγελματιών υγείας, χωρίς κάποια από τα στρατηγικές αυτές να υπερτερεί έναντι της άλλης⁹. Εκτός όμως από την απόδοση των επαγγελματιών υγείας τόσο μεμονωμένα όσο και με τη μορφή κλινικών ομάδων, αρκετές από τις εκβάσεις ασθενών, επηρεάζονται και από ευρύτερους οργανωσιακούς και οικονομικούς παράγοντες¹⁰. Επομένως για να μπορέσουν να εφαρμοστούν με επιτυχία οποιεσδήποτε παρεμβάσεις θα πρέπει αρχικά να μελετηθούν και άλλοι παράγοντες, όπως ο τύπος της οργανωσιακής κουλτούρας, ο ρόλος των διαφόρων επαγγελματικών ομάδων, των επιδράσεων και των σχέσεων που αυτές αναπτύσσουν μεταξύ τους¹¹.

Κατά την τελευταία δεκαετία, το ενδιαφέρον έχει στραφεί προς τη μελέτη της οργανωσιακής κουλτούρας, όχι μόνο στο χώρο της βιομηχανίας αλλά και στους οργανισμούς υγείας^{12, 13}. Στο περιβάλλον της υγειονομικής περίθαλψης, η οργανωσιακή κουλτούρα έχει συνδεθεί με διάφορα στοιχεία της οργανωσιακής εμπειρίας όπως η προσοχή, η ασφάλεια, η ικανοποίηση από την εργασία και η ποιότητα¹⁴. Η μεγάλη σημασία που αποδίδεται στην οργανωσιακή κουλτούρα οφείλεται στη στενή σύνδεση της με την αποτελεσματικότητα των οργανισμών. Αυτό συμβαίνει γιατί αφενός υπάρχει στενή σχέση μεταξύ της κουλτούρας και της στρατηγικής του οργανισμού και αφετέρου γιατί μια ισχυρή κουλτούρα προϋποθέτει μεγαλύτερη συνεισφορά από πλευράς των εργαζομένων¹⁵.

Στην Κύπρο, αναμένεται σύντομα, η εισαγωγή ενός νέου Γενικού Σχεδίου Υγείας (ΓΕ. Σ. Υ.) στο οποίο η ΠΦΥ θα αποτελέσει τον κεντρικό άξονα για την παροχή αποτελεσματικής και ποιοτικής φροντίδας υγείας στο σύνολο του πληθυσμού¹⁶. Τα κέντρα υγείας (Κ. Υ.) θα αποτελέσουν αυτοδιοικούμενες μονάδες στις οποίες οι γενικοί ιατροί θα κληθούν να διαχειριστούν τόσο ανθρώπινους όσο και υλικοτεχνικούς πόρους ενώ θα ελέγχονται μέσα από προγράμματα διασφάλισης της ποιότητας (quality assurance) για την άσκηση τεκμηριωμένης ιατρικής πρακτικής (evidence-based medicine) σύμφωνα με διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες¹⁶.

Για να καταστεί δυνατή η άσκηση επιτυχούς διοίκησης σε ένα οργανισμό (δημόσιο ή ιδιωτικό), όπως αναμένεται να συμβεί με την εφαρμογή του νέου ΓΕ. Σ. Υ., θα πρέπει να καταγραφεί ο τύπος της οργανωσιακής κουλτούρας που τον διέπει, ο ρόλος και η αλληλεπίδραση των διάφορων επαγγελματικών ομάδων που εμπλέκονται¹¹. Μέχρι σήμερα δεν έχει μελετηθεί ο τύπος της οργανωσιακής κουλτούρας που χαρακτηρίζει τα Κ. Υ. στην Κύπρο και ο βαθμός ασάφειας ή σύγκρουσης ρόλων του προσωπικού σε αυτά, ώστε να προσδιοριστούν οι αναγκαίες αλλαγές που θα πρέπει να εφαρμοστούν ώστε να μπορέσουν οι επαγγελματίες υγείας να ανταποκριθούν στο ρόλο που θα κληθούν να αναλάβουν στο νέο σύστημα υγείας.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΕΝΝΟΙΑΣ ΤΗΣ ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ

Η έννοια της οργανωσιακής κουλτούρας (organizational culture) άρχισε να χρησιμοποιείται σχετικά πρόσφατα στη βιβλιογραφία, από ερευνητές που προέρχονταν από τις επιστήμες της κοινωνιολογίας, ψυχολογίας, ανθρωπολογίας και διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού¹¹. Ο όρος «οργανωσιακή κουλτούρα» αντικατέστησε έννοιες που παλαιότερα καλύπτονταν από τους όρους «κοινωνικοί κανόνες», «ρόλοι», «αξίες μιας οργάνωσης», «οργανωτικό κλίμα»¹.

Το ερευνητικό ενδιαφέρον για την οργανωσιακή κουλτούρα ξεκίνησε στα τέλη της δεκαετίας του 1970 από το χώρο της βιομηχανίας στις ΗΠΑ σε μία προσπάθεια να μελετηθούν τα χαρακτηριστικά εκείνα που έκαναν πιο ανταγωνιστικές και αποδοτικές τις ιαπωνικές εταιρείες σε σχέση με τις αντίστοιχες δυτικές¹⁸. Η μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα των ιαπωνικών βιομηχανικών συγκροτημάτων αποδόθηκε στην ιδιότυπη οργανωσιακή κουλτούρα που είχαν. Οι εργαζόμενοι χαρακτηρίζονταν από υψηλά κίνητρα και αφοσίωση σε μία ομάδα θεμελιωδών αξιών, πεποιθήσεων και παραδοχών προάγοντας μία συλλογική κατεύθυνση προς την καινοτομία και τον ανταγωνισμό¹⁸. Η επιχείρηση από την πλευρά της εξασφάλιζε στον εργαζόμενο τη μονιμότητα και την εργασία του σε ένα οικογενειακό κλίμα ενώ αυτός, ως αντάλλαγμα προσέφερε την αφοσίωση του σε αυτήν¹⁹.

Η μελέτη της οργανωσιακής κουλτούρας, η οποία ξεκίνησε από την ανάγκη κατανόησης της αποδοτικότητας των ιαπωνικών επιχειρήσεων, επεκτάθηκε τις τελευταίες δύο δεκαετίες και στην εκπαίδευση, στη βιομηχανία και στους οργανισμούς υγείας^{12, 13}.

¹ Ο όρος «κουλτούρα» είναι λατινικός. Στα ελληνικά αποδίδεται ως «πολιτισμός» αλλά επειδή είναι δύσκολο να χρησιμοποιηθεί ο όρος «πολιτισμός» σε σχέση με τους οργανισμούς (π. χ. ο πολιτισμός ενός οργανισμού) προτιμάται ο όρος «κουλτούρα» ο οποίος είναι πιο περιεκτικός και πιο εύστοχος. Επίσης, αντί του όρου «οργανωτική» που χρησιμοποιείται συχνότερα μπορεί να χρησιμοποιηθεί πιο εύστοχα ο όρος «οργανωσιακή» εφόσον γίνεται αναφορά στην κουλτούρα του οργανισμού και όχι στην κουλτούρα που οργανώνει¹⁷.

1.1. Ορισμός της οργανωσιακής κουλτούρας

Ο Ζαβλανός²⁰ υποστηρίζει πως όπως κάθε κράτος έχει τη δική του κουλτούρα ή πολιτισμικές αξίες έτσι και κάθε οργανισμός έχει την κουλτούρα του²⁰. Σύμφωνα με άλλους ερευνητές, η οργανωσιακή κουλτούρα είναι «ένα σύστημα κοινών προσανατολισμών που κρατούν την ομάδα ενωμένη και της δίνουν μία διακριτή ταυτότητα²¹». Ακόμα, η οργανωσιακή κουλτούρα καθοδηγεί τη συμπεριφορά των μελών του οργανισμού και επηρεάζει το έργο που κάνουν²¹.

Παρότι έχει αποδοθεί πλήθος ορισμών στην έννοια της οργανωσιακής κουλτούρας αντίστοιχα με το ακαδημαϊκό υπόβαθρο του κάθε ερευνητή, εντούτοις δεν έχει υπάρξει ένας σαφής και ακριβής ορισμός που να είναι κοινά αποδεκτός από τους μελετητές. Σύμφωνα με το Schein²² «δεν υπάρχει συμφωνία μεταξύ των μελετητών σχετικά με το τι σημαίνει ή τι θα πρέπει να σημαίνει η οργανωσιακή κουλτούρα, με ποια μέθοδο πρέπει να καταγράφεται και να μετρείται, πως συσχετίζεται με περισσότερο παραδοσιακές βιομηχανικές και οργανωσιακές θεωρίες και με ποιους τρόπους θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί στην προσπάθεια μας για να βοηθήσουμε τους οργανισμούς».

Οι Blake και Mouton²³ καθόρισαν την οργανωσιακή κουλτούρα ως «οι συνηθισμένοι τρόποι που γίνονται τα πράγματα τους οποίους αποδέχονται οι άνθρωποι και ζουν με αυτούς. Οι τρόποι αυτοί μπορούν να αποτρέψουν τα μέλη από την εφαρμογή μιας μέγιστης προσπάθειας ή να τους ενθαρρύνουν γι' αυτήν²³». Σύμφωνα με άλλους ορισμούς της κουλτούρας, η κουλτούρα ενός οργανισμού είναι «ένα σύστημα κοινών αξιών και πεποιθήσεων που παράγει τους κανόνες συμπεριφοράς που καθιερώνουν ένα οργανωσιακό τρόπο ζωής²⁴», «οι συχνότερα διατηρημένες και σχετικά σταθερές πεποιθήσεις, στάσεις και αξίες που υπάρχουν μέσα σε ένα οργανισμό²⁵», και «ένα σύνολο κοινών γνώσεων στα μέλη μιας κοινωνικής ομάδας²⁶». Σύμφωνα με το υ O'Reilly και συν²⁷ «η κουλτούρα είναι ένα σύστημα κοινών αξιών που καθορίζουν τι είναι σημαντικό, και ένα σύστημα κανόνων που καθορίζουν τις κατάλληλες στάσεις και συμπεριφορές, οι οποίες με τη σειρά τους καθοδηγούν τις στάσεις και συμπεριφορές των μελών του οργανισμού²⁷».

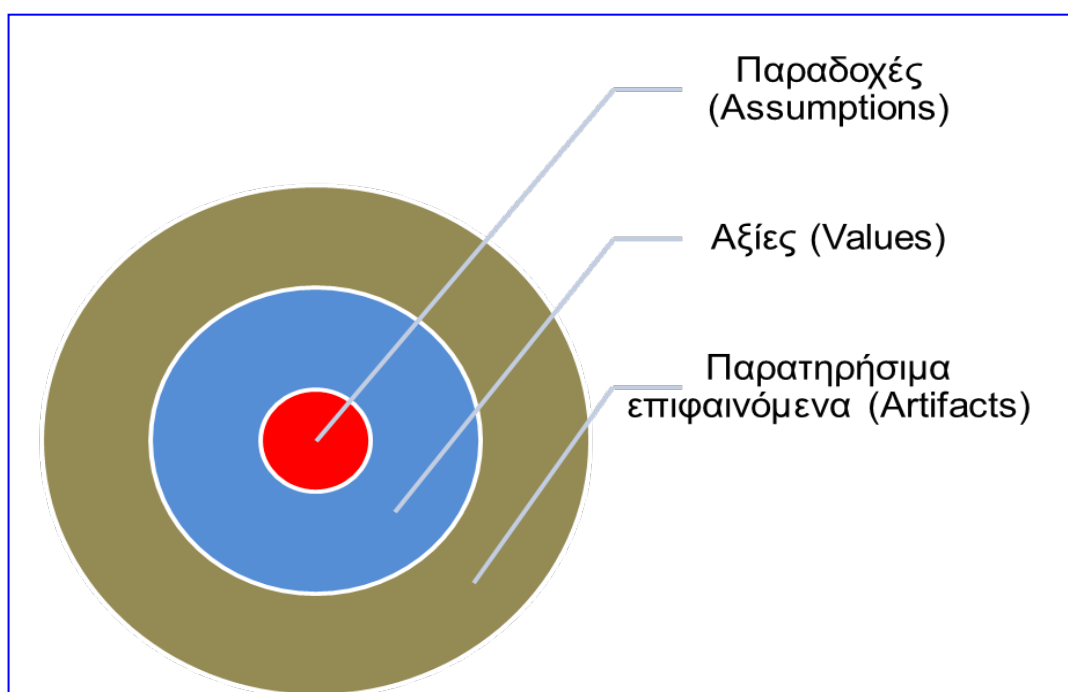
Χαρακτηριστική είναι η παρατήρηση του Pacanowsky²⁸ για τη δυσκολία της ερμηνείας της έννοιας της οργανωσιακής κουλτούρας αφού, όπως αναφέρει: «η

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 ME et al 1983:p.126).

Ο πιο ολοκληρωμένος και γενικά αποδεκτός είναι αυτός που δίνει ο Schein²⁹ σύμφωνα με τον οποίο: Οργανωσιακή κουλτούρα είναι «ένα δομημένο σύνολο από βασικές παραδοχές που έχουν εφευρεθεί, ανακαλυφθεί ή αναπτυχθεί από μία ομάδα του οργανισμού στην προσπάθεια της να αντιμετωπίσει προβλήματα εξωτερικής προσαρμογής ή εσωτερικής ολοκλήρωσης. Οι παραδοχές αυτές έχουν αποδώσει ικανοποιητικά στο παρελθόν ώστε να θεωρούνται ότι ισχύουν και επομένως ότι μπορούν να διδαχθούν στα νέα μέλη ως ο σωστός τρόπος αντίληψης, σκέψης και αίσθησης ως προς τα συγκεκριμένα προβλήματα²⁹».

1.2. Διαστάσεις της οργανωσιακής κουλτούρας

Σύμφωνα με τον Schein³⁰, η οργανωσιακή κουλτούρα εκδηλώνεται σε τρία επίπεδα^{30, 22}: α) τα παρατηρήσιμα επιφανόμενα, β) τις αξίες και γ) τις βασικές υποκειμενικές παραδοχές, όπως αποτυπώνονται στο σχήμα 1.



Σχήμα 1. Επίπεδα οργανωσιακής κουλτούρας³¹.

α) Τα επιφαινόμενα (artifacts) είναι αυτά που παρατηρεί κάποιος που έρχεται κάποιος για πρώτη φορά σε επαφή με μία οργανωσιακή κουλτούρα. Στην κατηγορία αυτή κατατάσσονται τα άμεσα παρατηρήσιμα στοιχεία μιας κουλτούρας: η διευθέτηση του χώρου, ο τρόπος ενδυμασίας, ο τρόπος με τον οποίο τα άτομα επικοινωνούν μεταξύ τους καθώς και τα στοιχεία που έχουν διαρκή μορφή αλλά δεν είναι απαραίτητως άμεσα παρατηρήσιμα (π. χ. γραπτά αρχεία, γραπτοί κανόνες, φιλοσοφία)³⁰.

β) Το δεύτερο επίπεδο της κουλτούρας ενός οργανισμού χαρακτηρίζεται από τις αξίες (values). Ο Shein³⁰ διακρίνει τις βασικές αξίες που έχουν μετατραπεί σε παραδοχές (assumptions) και τις ενστερνιζόμενες αξίες (espoused values) που βρίσκονται σε κάπως πιο επιφανειακό επίπεδο. Οι ενστερνιζόμενες αξίες είναι αυτές που δηλώνονται προφορικά είτε εμφανίζονται γραμμένες στα καταστατικά ή στα υπομνήματα και σχετίζονται με αυτά που λένε τα μέλη μιας οργάνωσης όχι όμως απαραίτητα με αυτά που πράττουν³⁰. Οι αξίες χρησιμεύουν ως κανονιστικά πρότυπα που καθοδηγούν την ανθρώπινη συμπεριφορά και επηρεάζουν τα άτομα στην επιλογή τους μεταξύ εναλλακτικών σχεδίων δράσης^{32, 33}. Με βάση τις προϋπάρχουσες αξίες προτείνονται οι λύσεις στα προβλήματα που εμφανίζονται από κάποιο από τα ηγετικά στελέχη και αντανάκλουν τις δικές τους αξίες. Αν η λύση που έχει προταθεί αποδειχθεί επιτυχής, η αξία πάνω στην οποία στηρίχθηκε αρχίζει να υφίσταται ένα γνωστικό μετασχηματισμό και μετατρέπεται αρχικά σε πεποίθηση και τέλος σε βασική παραδοχή (assumption), σε κάτι δηλαδή που θεωρείται δεδομένο και αποτελεί το τρίτο στάδιο της κουλτούρας³³.

γ) Στο τρίτο επίπεδο κουλτούρας βρίσκονται οι βασικές υποκρυπτόμενες παραδοχές (basic underlying assumptions) οι οποίες αποτελούν τη βάση της κουλτούρας. Όπως υποστηρίζει ο Shein³⁰, «όταν η λύση σε κάποιο πρόβλημα έχει επανειλημμένα αποδειχθεί επιτυχής, αρχίζει να θεωρείται δεδομένη. Αυτό που κάποτε αποτελούσε μια υπόθεση που στηριζόταν μόνο από διαίσθηση ή κάποια αξία, βαθμιαία έχει αρχίσει να θεωρείται πραγματικότητα. Αρχίζουμε να πιστεύουμε ότι έτσι λειτουργούν τα πράγματα στη φύση. (...) Οι βασικές παραδοχές με την έννοια που τους δίνω θεωρούνται τόσο δεδομένες ώστε σε μια πολιτιστική μονάδα δε θα βρούμε ουσιαστικές διαφορές. Στην πραγματικότητα αν μια βασική παραδοχή έχει γίνει απόλυτα αποδεκτή από μια ομάδα, τα μέλη της ομάδας αυτής θα θεωρούν αδιανόητη οποιαδήποτε άλλη μορφή συμπεριφοράς» (Shein, 1989, σελ. 18). Το επίπεδο αυτό σχετίζεται με τα πιστεύω, τις

σκέψεις και τα συναισθήματα των ατόμων. Οι βασικές παραδοχές είναι συνήθως υποσυνείδητες, καθορίζουν τον πυρήνα της οργάνωσης και περιλαμβάνουν ένα σύνολο ιδεών που θεωρείται αδιαμφισβήτητο και μη διαπραγματεύσιμο και ως εκ τούτου είναι πολύ δύσκολο να αλλάξουν³². Τα τρία επίπεδα της κουλτούρας βρίσκονται σε αλληλεπίδραση και δημιουργούν ανατροφοδότηση μεταξύ του οργανισμού και των μελών του³².

Επίσης, σύμφωνα με τον Brown³⁴, τα τρία επίπεδα της κουλτούρας ενός οργανισμού είναι εξαιρετικά ισχυροί καθοριστικοί παράγοντες της οργανωσιακής ζωής και ενσωματώνονται ενστικτωδώς στις ενέργειες των ανώτερων στελεχών που τις χρησιμοποιούν για να διοικήσουν άτομα, να συντάξουν στρατηγική και να επάγουν την οργανωσιακή αλλαγή³⁴.

Η ισχύς της κουλτούρας ενός οργανισμού αναφέρεται στο βαθμό συμφωνίας ανάμεσα στα μέλη του για τους κανόνες και τις αξίες που έχουν τη μεγαλύτερη σημασία³⁵. Οργανισμοί που διέπονται από ισχυρή κουλτούρα έχουν ένα σύνολο από αξίες που διαμορφώνει τις συμπεριφορές των μελών τους και παρέχουν περισσότερη καθοδήγηση και σημασία στους εργαζόμενους τους³⁵. Στον αντίποδα ανήκουν οργανισμοί με αδύνατη κουλτούρα οι οποίοι διαθέτουν ισχυρές υποομάδες, των οποίων το σύνολο των αξιών είναι ισχυρότερο από τις αξίες του οργανισμού³⁶.

1.2.1. Μοντέλο οργανωσιακής κουλτούρας κατά τον Hofstede^{37, 38}.

Σύμφωνα με τον Hofstede^{37, 38}, η κουλτούρα ενός οργανισμού εκδηλώνεται διαμέσου τεσσάρων εννοιολογικών πεδίων:

α) των συμβόλων, που περιλαμβάνουν λέξεις, χειρονομίες, αντικείμενα τα οποία έχουν διαφορετική σημασία για κάθε κουλτούρα (π. χ. τρόπος ένδυσης, τρόπος επικοινωνίας),

β) των ηρώων, που αναφέρονται σε άτομα με υποδειγματική συμπεριφορά και χαρακτηριστικά υψηλής αξίας οι οποίοι λειτουργούν ως πρότυπο για τα υπόλοιπα μέλη του οργανισμού,

γ) των τελετουργιών, οι οποίες αποτελούν απαραίτητο στοιχείο για τη διατήρηση της σταθερότητας και σαφήνειας σε μια κουλτούρα (π. χ. ο τρόπος που ανακοινώνεται η προαγωγή ή αποπομπή στον εργαζόμενο),

δ) των αξιών, οι οποίες περιλαμβάνουν τις πεποιθήσεις, ιδέες και συμπεριφορές που προτιμούνται έναντι άλλων και οι οποίες υιοθετούνται στη νεαρή ηλικία^{37,38}.

Ο Hofstede^{37, 38} έχει προσδιορίσει τις ακόλουθες έξι διαστάσεις οργανωσιακής κουλτούρας:

α) Ο προσανατολισμός στη διαδικασία έναντι του προσανατολισμού στο αποτέλεσμα. Σε κουλτούρες με προσανατολισμό στη διαδικασία επικρατεί η αντίληψη αποφυγής του ρίσκου και καταβάλλεται περιορισμένη προσπάθεια στην εργασία. Αντίθετα, σε κουλτούρες με προσανατολισμό στο αποτέλεσμα υπάρχουν λιγότερα ιεραρχικά επίπεδα, τα μέλη είναι εξοικειωμένα με διαρκείς προκλήσεις και δεν απουσιάζουν συχνά από την εργασία³⁷.

β) Ο προσανατολισμός στην εργασία έναντι του προσανατολισμού στους εργαζόμενους. Στην πρώτη περίπτωση υπάρχει πίεση για την ολοκλήρωση της εργασίας, ενώ στη δεύτερη, οι εργαζόμενοι αντιλαμβάνονται τον οργανισμό ως σύμμαχο στα προσωπικά τους προβλήματα και τους εαυτούς τους ως ισότιμα μέλη μιας ομάδας³⁷.

γ) Η επαγγελματική κουλτούρα έναντι της τοπικής. Στην επαγγελματική κουλτούρα, οι εργαζόμενοι αντιλαμβάνονται ότι το κριτήριο πρόσληψής τους ήταν με βάση τις επαγγελματικές τους ικανότητες και ότι η προσωπική τους ζωή είναι ατομική τους υπόθεση, ενώ στις τοπικές κουλτούρες οι κανόνες ρυθμίζουν τη συμπεριφορά τους και εμπλέκονται στο εργασιακό περιβάλλον διάφοροι κοινωνικοί/ οικογενειακοί παράγοντες³⁸.

δ) Τα ανοιχτά συστήματα έναντι των κλειστών συστημάτων. Αυτή η διάσταση μετρά το επίπεδο επικοινωνίας. Στο ανοικτό σύστημα, τα νέα μέλη νοιώθουν πολύ γρήγορα την αποδοχή της ομάδας, ενώ στην αντίθετη περίπτωση υπάρχει καχυποψία και τα άτομα είναι επιφυλακτικά στην ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων. Το ανοικτό σύστημα σχετίζεται με χαμηλό βαθμό αποφυγής της αβεβαιότητας³⁷.

ε) Ο αυστηρός έλεγχος έναντι του χαλαρού ελέγχου. Αναφέρεται στο βαθμό εσωτερικής δομής του οργανισμού. Όταν υπάρχει στενός έλεγχος υπάρχει σοβαρότητα, τυπικότητα, προγραμματισμός και επίγνωση του κόστους³⁸.

στ) Οι πραγματιστικές μονάδες έναντι των κανονιστικών. Οι πραγματιστικές μονάδες λειτουργούν με γνώμονα τις απαιτήσεις της αγοράς, ενώ οι κανονιστικές δίνουν έμφαση στην εφαρμογή των κανόνων και διαδικασιών. Οι πρώτες αφορούν επιχειρήσεις που δραστηριοποιούνται σε ανταγωνιστικό περιβάλλον ενώ οι δεύτερες σχετίζονται με μονοπωλιακές καταστάσεις^{37, 38}.

1.3. Οργανωσιακό κλίμα

Βασικό συνθετικό στοιχείο της κουλτούρας αποτελεί το κλίμα μέσα σε ένα οργανισμό. Το κλίμα αντανάκλα τις κοινές αντιλήψεις των εργαζομένων σχετικά με πρακτικές, διαδικασίες και μορφές συμπεριφορών που ανταμείβονται και υποστηρίζονται σε ένα συγκεκριμένο εργασιακό πλαίσιο³⁹. Το οργανωσιακό κλίμα (organizational climate) αποτελεί την «αύρα» του οργανισμού και επικεντρώνεται στο πως λειτουργεί ένας οργανισμός. Η οργανωσιακή κουλτούρα αντίθετα εστιάζεται στην έννοια της οργανωσιακής λειτουργίας (π. χ. ποιες είναι οι κοινές αξίες και υποθέσεις)⁴⁰. Με την έννοια αυτή το κλίμα αποτελεί την επιφανειακή «όψη» της κουλτούρας. Η διάκριση μεταξύ των δύο είναι δύσκολη καθώς η κουλτούρα διαμορφώνει το κλίμα και το κλίμα εκδηλώνει την κουλτούρα. Συνεπώς είναι πολύ δύσκολο να γνωρίζεις κανείς το κλίμα χωρίς να προσεγγίσει σε βάθος την κουλτούρα. Οι Moran και Volkwien⁴¹ υποστηρίζουν ότι το κλίμα και η κουλτούρα είναι αλληλοσχετιζόμενοι όροι. Το κλίμα του οργανισμού επηρεάζεται από την οργανωσιακή κουλτούρα και αποτυπώνεται στην εργασιακή στάση μέσα από τον τρόπο με τον οποίο οι εργαζόμενοι πραγματώνουν τις οργανωσιακές διαδικασίες⁴¹. Ο Schneider⁴² παρατήρησε ότι το κλίμα αποτελεί ένα μόνο μέρος της κουλτούρας και έδωσε τον ορισμό ότι το κλίμα είναι «*η ατμόσφαιρα την οποία αντιλαμβάνεται ο εργαζόμενος μέσα από τις διαδικασίες, επαίνους και πρακτικές της εταιρείας*⁴²». Η κουλτούρα περιγράφεται ως μία έννοια που αναφέρεται στο ευρύτερο σχέδιο του οργανισμού όπως αυτό προβάλλεται μέσα από το όραμα, τις αξίες και την αποστολή του⁴². Η συμπεριφορά των ανώτατων στελεχών έχει πρωταρχικό ρόλο στη

διαμόρφωση της κουλτούρας. Η ιεραρχική ταξινόμηση των προτεραιοτήτων από τη διοίκηση οδηγούν στην ανάλογη κατανόηση και ερμηνεία της κουλτούρας και του κλίματος από τους εργαζομένους. Στη συνέχεια, οι εργαζόμενοι ως ξεχωριστές οντότητες θέτουν προτεραιότητες οι οποίες οδηγούν στη δημιουργία κλίματος διαφορετικότητας⁴³.

Ο Tagiuri⁴⁴ έχει ορίσει το κλίμα ως «*οι αξίες μιας συγκεκριμένης ομάδας χαρακτηριστικών του περιβάλλοντος τις οποίες βιώνουν οι εργαζόμενοι και οι οποίες επηρεάζουν τη συμπεριφορά τους*⁴⁴». Αυτό σημαίνει ότι, παρότι ο οργανισμός βιώνει μεταβαλλόμενα περιβάλλοντα (κλίμα), η κουλτούρα (βασικές υποθέσεις) που έχει αναπτυχθεί παραμένει αναλλοίωτη⁴⁵.

1.3.1. Ομοιότητες ανάμεσα στις έννοιες της οργανωσιακής κουλτούρας και του κλίματος

1.3.1.1. Ομοιότητες ανάμεσα στους ορισμούς της οργανωσιακής κουλτούρας και κλίματος

Αρκετές από τις ομοιότητες ανάμεσα στο κλίμα και την κουλτούρα γίνονται έκδηλες από τη σύγκριση των δύο ορισμών. Όπως αναφέρθηκε ήδη, ο Shein⁴⁰ έχει ορίσει την κουλτούρα ως «*το σύνολο των κοινά αποδεχτών βασικών παραδοχών τις οποίες έχει μάθει η ομάδα κατά τη διαδικασία επίλυσης των προβλημάτων που αφορούν στην εξωτερική της προσαρμογή και την εσωτερική της ολοκλήρωση και τις οποίες έχουν εφαρμόσει αρκετά ώστε να θεωρούνται έγκυρες και επομένως μπορούν να διδαχθούν στα νέα μέλη της ομάδας ως ο σωστός τρόπος αντίληψης, σκέψης και αίσθησης για την αντιμετώπιση προβλημάτων*¹⁴⁰». Σύμφωνα με τον Shein⁴⁰, οι αξίες και συμπεριφορές αποτελούν επιφανειακές εκδηλώσεις της υποκείμενης δομής του οργανισμού⁴⁰.

Αντίστοιχα, οι Tagiuri και Litwin⁴⁴ έχουν ορίσει το κλίμα ως «*η σχετικά διατηρούμενη ποιότητα του συνολικού οργανωσιακού περιβάλλοντος η οποία: α) βιώνεται από τα μέλη του οργανισμού και β) περιγράφεται με τη μορφή αξιών μιας ιδιαίτερης ομάδας χαρακτηριστικών του περιβάλλοντος. Το κλίμα παρότι είναι “φαινομενικά εξωτερικό” εντούτοις παραμένει στο “μυαλό των μελών”*⁴⁴». Παρότι ο ορισμός των Tagiuri και Litwin⁴⁴ επικεντρώνεται περισσότερο στον τρόπο με τον οποίο το κοινωνικό

περιβάλλον βιώνεται από τα μέλη του οργανισμού και ο ορισμός του Shein⁴⁰ επικεντρώνεται στον τρόπο με τον οποίο το κοινωνικό περιβάλλον δημιουργείται από τα μέλη, και οι τρεις συγγραφείς εστιάζονται στις συλλογικές, γνωστικές εκδηλώσεις των μορφών της κοινωνικής μάθησης στο χρόνο⁴⁵.

Οι δύο αυτοί ορισμοί έχουν και άλλες ομοιότητες. Για παράδειγμα, και οι δύο επιχειρούν να περιγράψουν την ολιστική φύση των κοινωνικών πλαισίων που αναπτύσσονται στους οργανισμούς, την αντοχή των οργανωσιακών πλαισίων στο χρόνο και τις πηγές αυτών των πλαισίων στο οργανωσιακό σύστημα αξιών, πεποιθήσεων και παραδοχών⁴⁵.

1.3.1.2. Ομοιότητες ανάμεσα στο περιεχόμενο της οργανωσιακής κουλτούρας και του κλίματος

Τόσο το κλίμα όσο και η κουλτούρα, μπορούν να θεωρηθούν ότι εξετάζουν το εσωτερικό κοινωνικο-ψυχολογικό περιβάλλον των οργανισμών και τη σχέση του περιβάλλοντος αυτού με τη σημασία που του αποδίδουν τα μέλη⁴⁵. Η κουλτούρα και το κλίμα περιλαμβάνουν ένα κοινό, ολιστικό, συλλογικά καθορισμένο κοινωνικό πλαίσιο το οποίο εξελίσσεται στο χρόνο, καθώς οι οργανισμοί έρχονται αντιμέτωποι με προβλήματα όπως η προσαρμογή, η σημασία που αποδίδουν τα άτομα στον οργανισμό και η κοινωνική ενσωμάτωση⁴⁵.

Σύμφωνα με άλλους μελετητές, η οργανωσιακή κουλτούρα και το κλίμα: 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 οργανωτικό πλαίσιο, β) συνδέονται με τα εσωτερικά χαρακτηριστικά μιας οργάνωσης και γ) επηρεάζουν και διαμορφώνουν οργανωσιακές συμπεριφορές τόσο των παλαιών όσο και των νέων μορφών οργάνωσης^{40, 39}.

Ο ακόλουθος πίνακας συνοψίζει τις ομοιότητες ανάμεσα στις έννοιες της κουλτούρας και του κλίματος.

Πίνακας 1. Ομοιότητες ανάμεσα στις έννοιες της οργανωσιακής κουλτούρας και κλίματος⁴⁵.

Περιοχές ομοιότητας	Παραδείγματα ομοιότητας
Ορισμός του φαινομένου	Και οι δύο έννοιες εστιάζονται στο εσωτερικό κοινωνικό και ψυχολογικό περιβάλλον ως ένα ολιστικό, συλλογικά καθορισμένο κοινωνικό πλαίσιο
Κεντρικά θεωρητικά θέματα	<ul style="list-style-type: none"> • Το πλαίσιο δημιουργείται από την αλληλεπίδραση αλλά παράλληλα το πλαίσιο καθορίζει την αλληλεπίδραση • Ο ορισμός του πεδίου ποικίλει σημαντικά ανάλογα με τον κάθε θεωρητικό ερευνητή <p>Δυναμικές που αναπτύσσονται ανάμεσα στο σύνολο και τμηματικά</p> <ul style="list-style-type: none"> • Πολλαπλά επίπεδα ανάλυσης • Διαστάσεις έναντι ολιστικής ανάλυσης • Υποκουλτούρες έναντι μιας ενιαίας κουλτούρας
Περιεχόμενο και ουσία	Μεγάλη αλληλοεπικάλυψη ανάμεσα στις διαστάσεις που μελετώνται από τους ποσοτικούς ερευνητές της κουλτούρας και από τους μελετητές του κλίματος
Επιστημολογία και μέθοδοι	Πρόσφατη ανάπτυξη ποσοτικών μελετών κουλτούρας και ποιοτικών μελετών κλίματος
Θεωρητικό υπόβαθρο	<ul style="list-style-type: none"> • Η έρευνα στην κουλτούρα πηγάζει από τον κοινωνικό κονστρουκτιβισμό • Η έρευνα του κλίματος πηγάζει από τη θεωρία πεδίου του Lewin • Αρκετές από τις πρόσφατες μελέτες έχουν διασταυρώσει ή συνδυάσει αυτές τις παραδόσεις

1.3.2. Διαφορές ανάμεσα στην οργανωσιακή κουλτούρα και το κλίμα

Η κουλτούρα αναφέρεται στο βάθος της δομής των οργανισμών η οποία πηγάζει από τις αξίες, πεποιθήσεις και υποθέσεις των μελών του οργανισμού. Η κουλτούρα διαμορφώνεται από την κοινωνικοποίηση διαφόρων ομάδων που συναντώνται στο χώρο εργασίας. Η αλληλεπίδραση ανάμεσα τους αναπαράγει ένα συμβολικό κόσμο ο οποίος καθιστά την κουλτούρα πιο σταθερή ενώ ταυτόχρονα της προσδίδει μία επικίνδυνη και εύθραυστη φύση ως συνέπεια της επίδρασης της γνώσης και δράσης των ατόμων στον οργανισμό⁴⁵.

Αντίθετα, το κλίμα αν και υποδηλώνει ότι το οργανωσιακό περιβάλλον πηγάζει από το σύστημα αξιών του οργανισμού, τείνει να παρουσιάζει αυτό το κοινωνικό περιβάλλον με σχετικά στατικούς όρους περιγράφοντας το ως ένα συγκεκριμένο και ευρέως εφαρμόσιμο σύνολο διαστάσεων⁴⁵. Το κλίμα συχνά θεωρείται ως κάτι το σχετικά προσωρινό που υπόκειται σε άμεσο έλεγχο και περιορίζεται σε εκείνα τα χαρακτηριστικά του κοινωνικού περιβάλλοντος τα οποία γίνονται συνειδητά αντιληπτά από τα μέλη του οργανισμού⁴⁵. Δεν είναι απόλυτα ξεκάθαρο κατά πόσο η κουλτούρα και το κλίμα αντιπροσωπεύουν δύο εντελώς ξεχωριστά φαινόμενα ή αν αποτελούν στενά σχετιζόμενα φαινόμενα που εξετάζονται από διαφορετική οπτική⁴⁵. Επίσης η κουλτούρα τείνει να διαμορφώνεται με βάση ανθρωπολογικά και κοινωνικά κριτήρια ενώ το κλίμα με βάση ψυχολογικά κριτήρια⁴³.

1.3.2.1. Θεωρία πεδίου του Lewin⁴⁶ (field theory)

Σύμφωνα με τον Denison⁴⁵, η σημαντικότερη διαφορά ανάμεσα στις έννοιες της κουλτούρας και του κλίματος βρίσκεται στις θεωρητικές παραδόσεις τις οποίες έχουν δανειστεί από άλλους κλάδους των κοινωνικών επιστημών. Το θεωρητικό υπόβαθρο που αφορά το κλίμα βασίζεται στη θεωρία του Kurt Lewin⁴⁶ ενώ αυτό που αφορά την κουλτούρα βασίζεται στη συμβολική αλληλόδραση και την κοινωνική κατασκευή που αναπτύχθηκαν από τους Mead⁴⁷ και Berger και Luckmann⁴⁸.

Αρκετές από τις διαφορές ανάμεσα στην κουλτούρα και στο κλίμα μπορούν να γίνουν κατανοητές από την εξέταση των βασικών εννοιών του Lewin¹⁹⁴ για τη σχέση

ανάμεσα στα άτομα και το κοινωνικό τους περιβάλλον οι οποίες μπορούν ακολούθως να εφαρμοστούν στη μελέτη των οργανισμών⁴⁵.

Ο Lewin⁴⁶ έχει εκφράσει τη βασική θεωρία του με μια απλή εξίσωση η οποία εκφράζεται με τη μορφή της ακόλουθης συνάρτησης:

$B = f(P, E)$, όπου B = συμπεριφορά, E = το περιβάλλον και P = το άτομο

Σύμφωνα με τη θεωρία πεδίου του Lewin⁴⁶, ο κοινωνικός κόσμος μπορεί να διαιρεθεί σε B s, P s και E s. Επομένως για να μελετηθεί ένα φαινόμενο όπως το οργανωσιακό κλίμα ή η κουλτούρα, θα πρέπει εξ' ορισμού το άτομο να διαχωριστεί από το κοινωνικό του πλαίσιο⁴⁶. Σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή, οι «παράγοντες» (agents) του οργανισμού όπως η διοίκηση, παρότι δημιουργούν το κλίμα μέσα στο οποίο εργάζονται οι υπόλοιποι, σπάνια αποτελούν αντικείμενο άμεσης μελέτης. Αντίθετα το κύριο αντικείμενο της μελέτης αποτελούν τα «υποκείμενα» του οργανισμού (subjects), δηλαδή οι εργαζόμενοι, οι εργάτες ή το βοηθητικό προσωπικό. Τα άτομα αυτά εργάζονται με το κλίμα αλλά δεν το δημιουργούν⁴⁵.

Σε αντίθεση με τη λογική του Lewin⁴⁶ όπου το άτομο διαχωρίζεται από το περιβάλλον και θεωρείται είτε «υποκείμενο» ή «παράγοντας» ενός κοινωνικού συστήματος, οι υποστηρικτές της θεωρίας της συμβολικής αλληλόδρασης⁴⁷ και της κοινωνικής κατασκευής⁴⁸ επισημαίνουν ότι, το άτομο δεν μπορεί να διαχωριστεί από το περιβάλλον και ότι τα μέλη των κοινωνικών συστημάτων πρέπει να θεωρούνται ταυτόχρονα «υποκείμενα» και «παράγοντες». Επομένως το κοινωνικό πλαίσιο αποτελεί τόσο το μέσο όσο και το αποτέλεσμα της κοινωνικής αλληλεπίδρασης⁴⁵.

Εξετάζοντας επιφανειακά τις δύο έννοιες, η διάκριση ανάμεσα στο οργανωσιακό κλίμα και την κουλτούρα μπορεί να είναι αρκετά ξεκάθαρη, αφού, το κλίμα αναφέρεται στο περιβάλλον του οργανισμού και συνδέεται με σκέψεις, συναισθήματα και συμπεριφορές των μελών του. Επομένως είναι προσωρινό, υποκειμενικό και συχνά μπορεί να αποτελέσει αντικείμενο άμεσης παρέμβασης από άτομα με εξουσία και επιρροή⁴⁵. Αντίθετα, η κουλτούρα αναφέρεται σε ένα εξελισσόμενο πλαίσιο μέσα στο οποίο περιλαμβάνεται το περιβάλλον του οργανισμού⁴⁵. Εξετάζοντας όμως τις δύο έννοιες σε ένα βαθύτερο επίπεδο, αυτές οι φαινομενικά ξεκάθαρες διακρίσεις αρχίζουν να εξαφανίζονται. Οι υποκείμενες ομοιότητες ανάμεσα στα δύο ερευνητικά

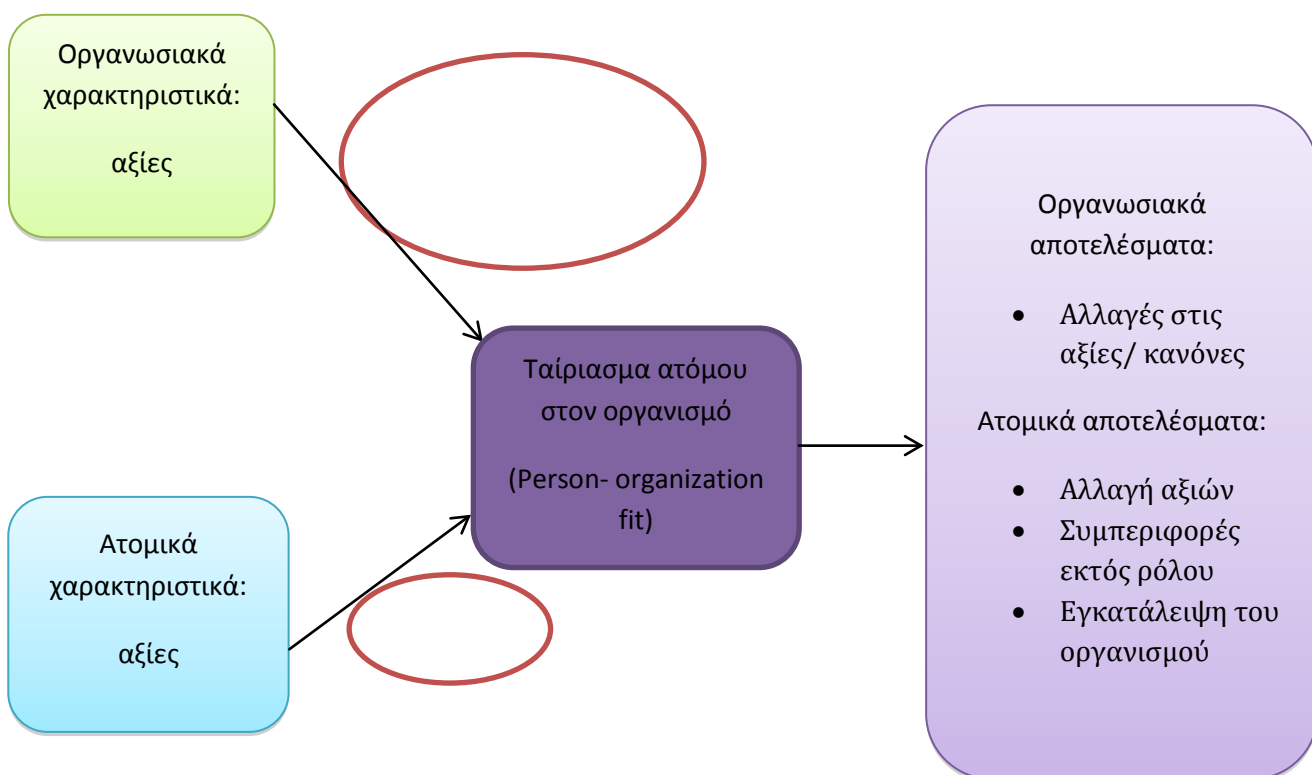
ζητήματα έχουν οδηγήσει αρκετούς ερευνητές που ασχολούνται με την κουλτούρα στην εφαρμογή ποσοτικών συγκριτικών προσεγγίσεων που σχετίζονται με τη θεωρία του Lewin⁴⁶ για το κλίμα, ενώ αντίστοιχα, αρκετοί ερευνητές του κλίματος έχουν μελετήσει την εξέλιξη των κοινωνικών πλαισίων από την πλευρά της θεωρίας κοινωνικής κατασκευής δυσχεραίνοντας τη διάκριση από τη θεωρία της κουλτούρας⁴⁵. Η μελέτη της κουλτούρας και κλίματος καταλήγει στην έρευνα ενός κοινού φαινομένου, το οποίο είναι η δημιουργία και επίδραση των κοινωνικών πλαισίων στους οργανισμούς⁴⁵.

1.4. Ταίριασμα του ατόμου στον οργανισμό (Person- Situation fit)

Παρότι αρκετές διαστάσεις των οργανισμών και των ανθρώπων είναι σημαντικές στον καθορισμό της συμπεριφοράς, (π. χ. οι ικανότητες, οι απαιτήσεις εργασίας, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας), μία θεμελιώδης και διαχρονική διάσταση τόσο για τους οργανισμούς όσο και για τα άτομα, είναι οι αξίες τους. Οι αξίες αποτελούν μία μορφή κοινωνικής γνώσης που διευκολύνει την προσαρμογή του ατόμου στο περιβάλλον του και οι αξίες επηρεάζουν τη συμπεριφορά του^{49, 50}. Από την πλευρά του ατόμου, οι αξίες ορίζονται ως οι πεποιθήσεις που έχει διαμορφώσει το άτομο στο χρόνο, οι οποίες το καθοδηγούν στην επιλογή ενός συγκεκριμένου τρόπου δράσης έναντι κάποιου άλλου⁵¹. Από την πλευρά του οργανισμού, το σύστημα αξιών παρέχει μία λεπτομερή και γενικευμένη δικαιολογία για την υιοθέτηση των κατάλληλων συμπεριφορών από τα μέλη του και για τις λειτουργίες και δραστηριότητες του συστήματος⁵²⁻⁵⁴. Οι κανόνες (norms) αναφέρονται στους άγραφους νόμους που καθορίζουν τον τρόπο συμπεριφοράς των μελών του οργανισμού⁵⁵ και συνδέονται στενά με τις αξίες με τέτοιο τρόπο ώστε να καθιστούν ξεκάθαρες τις κατάλληλες μορφές συμπεριφοράς των μελών του οργανισμού⁵⁶.

Το «ταίριασμα ατόμου-οργανισμού» ορίζεται ως η ομοιότητα ανάμεσα στους κανόνες και τις αξίες των οργανισμών και τις αξίες των ατόμων⁵⁷. Η γενική ιδέα του ταιριάσματος ή της ομοιότητας αποτελεί σημαντικό τομέα στη ψυχολογία και την οργανωσιακή συμπεριφορά⁵⁸.

Στη μελέτη του ταιριάσματος του ατόμου στο εργασιακό περιβάλλον υπάρχουν δύο ερευνητικές προσεγγίσεις σύμφωνα με το μοντέλο «ταιριάσματος του ατόμου στον οργανισμό» (person-organization fit). Η πρώτη προσέγγιση αφορά τη μελέτη της αλληλεπίδρασης των ατομικών και οργανωσιακών χαρακτηριστικών και η δεύτερη προσέγγιση αφορά τη μελέτη της ομοιότητας μεταξύ συγκεκριμένων χαρακτηριστικών του οργανισμού και των ατόμων που εργάζονται σε αυτόν^{59, 60}. Όπως αποτυπώνεται στο σχήμα 2, οι δύο προσεγγίσεις επαγγελματικής επιλογής υποστηρίζουν ότι, το άτομο θα επιλέξει μία καριέρα ή ένα επάγγελμα που είναι παρόμοιο ή ταιριάζει με τις προσωπικές αντιλήψεις του ατόμου^{59, 60}. Οι βασικές αξίες μπορούν να θεωρηθούν ως εσωτερικές κανονιστικές πεποιθήσεις που καθοδηγούν τη συμπεριφορά. Όταν τα μέλη μιας κοινωνικής μονάδας έχουν κοινές αξίες τότε μπορούν να αποτελέσουν τη βάση για την ανάπτυξη κοινωνικών προσδοκιών ή κανόνων. Στην περίπτωση που αυτές αφορούν μία ευρύτερη κοινωνική ομάδα τότε μπορεί να αναπτυχθεί ένα σύστημα αξιών ή οργανωσιακή κουλτούρα²⁶.



Σχήμα 2. Μοντέλο ταιριάσματος του ατόμου στον οργανισμό (person- organization fit)⁶¹

1.4.1. Οργανωσιακή κοινωνικοποίηση (socialization)

Πρόκειται για τη διαδικασία μέσω της οποίας «το άτομο αντιλαμβάνεται τις αξίες, ικανότητες, αναμενόμενες συμπεριφορές και την κοινωνική γνώση που είναι βασικές για την αντίληψη ενός οργανωσιακού ρόλου και για τη συμμετοχή του ως μέλος του οργανισμού»^{62, 63}.

Οι οργανισμοί προάγουν το «ταίριασμα του ατόμου στον οργανισμό» τόσο με την επιλογή των εργαζομένων όσο και με την «κοινωνικοποίηση» τους. Αυτό σημαίνει ότι επιλέγουν εργαζόμενους οι οποίοι ανταποκρίνονται στις οργανωσιακές πρακτικές και συνταυτίζονται με τους κανόνες και τις αξίες του οργανισμού επιτυγχάνοντας μία ισχυρή και σταθερή σύνδεση ανάμεσα στο άτομο και τον οργανισμό. Το αντίστοιχο συμβαίνει από την πλευρά των ατόμων τα οποία ψάχνουν και προτιμούν οργανισμούς των οποίων οι κανόνες και αξίες ταιριάζουν με τις δικές τους επιτυγχάνοντας καλύτερη απόδοση⁶⁴. Όταν τα άτομα γίνουν μέλη των οργανισμών μπορεί να προσπαθήσουν να αλλάξουν τους κανόνες που υπάρχουν ώστε να ομοιάσουν στις δικές τους αξίες είτε μέσω επιβολής τους προσωπικού τους ελέγχου⁶⁵, είτε μέσω της ισχύος που αποκτούν να επιτύχουν ομοιότητα με τις δικές τους αξίες^{54, 66}.

Η ύπαρξη και σημασία των αξιών στην οργανωσιακή κουλτούρα συνδέονται θεμελιωδώς με τη ψυχολογική διαδικασία δημιουργίας ταυτότητας μέσα από την οποία τα άτομα αναζητούν μία κοινωνική ταυτότητα που να τους προσδίδει νόημα και σύνδεση μεταξύ τους⁶⁷. Η έρευνα έχει δείξει ότι τα άτομα τείνουν να ταξινομούνται σε κοινωνικές κατηγορίες όπως το φύλο, η εθνότητα, η φυλή και η προσκόλληση στον οργανισμό και τείνουν να χρησιμοποιούν τις κατηγορίες αυτές για τον αυτο-προσδιορισμό τους. Μέσα από τις υποκείμενες τους αξίες τα άτομα μπορούν να διαχειριστούν τη ζωή τους με τρόπο που να τους βοηθά να επιλέξουν συμβατούς ρόλους, επαγγέλματα και οργανισμούς^{68, 69}.

Σύμφωνα με το Schneider⁷⁰ τα άτομα μπορούν να έλκονται από οργανισμούς τους οποίους θεωρούν ότι έχουν παρόμοιες αξίες με τις δικές τους. Επίσης, οι οργανισμοί προσπαθούν να επιλέγουν άτομα με τα οποία να έχουν κοινές αξίες. Τα νεο-εισερχόμενα άτομα στον οργανισμό κοινωνικοποιούνται και προσομοιώνονται με τον οργανισμό και όσοι δεν ταιριάζουν σε αυτόν τον εγκαταλείπουν. Επομένως οι βασικές ατομικές αξίες ή προτιμήσεις για συγκεκριμένους τρόπους συμπεριφοράς

εκφράζονται στις οργανωσιακές επιλογές και ακολούθως ενισχύονται μέσα στο οργανωσιακό πλαίσιο. Οι αξίες αποτελούν το σημείο εκκίνησης και οι διαδικασίες της επιλογής και κοινωνικοποίησης δρουν ως συμπληρωματικά μέσα για να διασφαλιστεί το «ταίριασμα του ατόμου στον οργανισμό». Επομένως η ομοιότητα ανάμεσα στις ατομικές αξίες και τις αξίες του οργανισμού μπορεί να βρίσκονται στο επίκεντρο του «ταιριάσματος του ατόμου στην κουλτούρα» του οργανισμού (person-culture fit)⁷¹. Μελέτες έχουν δείξει ότι το ταίριασμα ενός ατόμου στην κουλτούρα αυξάνει τη δέσμευση, την ικανοποίηση και την απόδοση⁷².

Όταν υπάρχει σύγκρουση ανάμεσα σε σημαντικές οργανωσιακές και ατομικές αξίες ώστε να υπάρχει διαφορά ανάμεσα σε αυτά που ο οργανισμός θεωρεί ότι είναι σημαντικά και σε αυτά που πιστεύει ο εργαζόμενος ως σημαντικά, τότε υπάρχει χαμηλό «ταίριασμα του ατόμου στον οργανισμό»⁵⁷. Στην περίπτωση αυτή, μπορεί να προκύψουν τρεις διαφορετικές συνέπειες: α) οι αξίες του ατόμου να αλλάξουν ώστε να ομοιάσουν περισσότερο προς τις αντίστοιχες του οργανισμού, β) οι αξίες του οργανισμού να αλλάξουν και γ) το άτομο να εγκαταλείψει τον οργανισμό⁵⁷. Υψηλά επίπεδα «ταιριάσματος του ατόμου στον οργανισμό» είναι ωφέλιμα για τα άτομα και τους οργανισμούς καθώς αυξάνεται η πιθανότητα οι εργαζόμενοι να αισθανθούν μεγαλύτερη άνεση και ικανότητα σε οργανισμούς με τους οποίους έχουν κοινές αξίες^{73, 74}. Όμως τα εξαιρετικά υψηλά επίπεδα «ταιριάσματος του ατόμου στον οργανισμό» μπορεί να οδηγήσουν σε αναποτελεσματική συμπεριφορά του ατόμου απέναντι στον οργανισμό⁵⁷. Για το λόγο αυτό, είναι πιο επιθυμητό το χαμηλό «ταίριασμα του ατόμου στον οργανισμό» γιατί μπορεί να βοηθήσει το άτομο να αναπτυχθεί επαγγελματικά. Η πρόσληψη ατόμων που δεν έχουν τις ίδιες αξίες με αυτές του οργανισμού μπορεί να οδηγήσει σε μείωση ή αναστροφή της αναποτελεσματικότητας επιτρέποντας στον οργανισμό να προσαρμοστεί ή να εκμεταλλευτεί νέες ευκαιρίες⁷⁵.

1.5. Οργανωσιακή κουλτούρα σε οργανισμούς υγείας

Ο Perrow⁷⁶ έχει δηλώσει για τις ιεραρχίες που επικρατούν στα νοσοκομεία: «οι διαφορές ανάμεσα στα νοσοκομεία και τους περισσότερους οργανισμούς είναι βασικές

και εμφανείς, και το σύστημα πολλαπλής εξουσίας και η παρουσία μειωμένου συντονισμού αποτελούν αντικείμενα έρευνας⁷⁶».

Ειδικότερα στα νοσοκομεία, η «κλινική κουλτούρα» (clinical culture) που αναπτύσσεται τις περισσότερες φορές είναι ανομοιόμορφη και χωρίς συνοχή, ενώ συνήθως χαρακτηρίζεται ως «διαφοροποιημένη» (differentiated), γιατί συνυπάρχουν διαφορετικές κουλτούρες μέσα στο νοσοκομείο που αντανακλούν τις διαφορετικές απόψεις και στάσεις πολλών και διαφορετικών ομάδων επαγγελματιών. Το αποτέλεσμα είναι η ανάπτυξη μέσα στον ίδιο φορέα διαφορετικών υπο-κουλτούρων (subcultures), παρεξηγήσεων και συγκρούσεων ανάμεσα τους⁷⁷.

Σύμφωνα με έρευνες, κυριαρχούν τέσσερα είδη υποκουλτούρας: α) αυτή των ιατρών, β) των νοσηλευτών, γ) των διοικητικών/ τεχνικών υπαλλήλων, δ) της διοίκησης⁷⁸. Η σύγκρουση και ο ανταγωνισμός μεταξύ των διαφορετικών ομάδων, όπου η κάθε μία προσπαθεί να επικρατήσει και να περάσει τη δική της μορφή κουλτούρας, έχει άσχημο αντίκτυπο στην αλλαγή για βελτίωση αφού οι ίδιες αυτές ομάδες λειτουργούν ξεχωριστά και επιφανειακά χωρίς αμοιβαίες αλλαγές στις στάσεις και στις συμπεριφορές τους. Για παράδειγμα, οι ιατροί παραδοσιακά λειτουργούν μέσα σε μία επαγγελματικά προσανατολισμένη κουλτούρα, όπου η λήψη αποφάσεων για θεραπεία (ή διάγνωση) απαιτεί γρήγορες και εξειδικευμένες γνώσεις και εμπειρία που διαφέρουν από ασθενή σε ασθενή⁷⁸. Σε αντιδιαστολή, τα στελέχη της διοίκησης στοχεύουν σε μακροπρόθεσμα σχέδια για όλο το νοσοκομειακό προσωπικό και τους ασθενείς. Παρότι οι ιατροί και τα διοικητικά στελέχη διαφέρουν στην κουλτούρα, εντούτοις και οι δύο ομάδες συχνά μοιράζονται κάποια κοινά στοιχεία κουλτούρας όπως την υποστήριξη της αυτονομίας του κλάδου υγείας. Η επονομαζόμενη «κοινή» κουλτούρα είναι η «άμυνα» του νοσοκομείου έναντι των εξωτερικών επιρροών από άλλες κουλτούρες, όπως για παράδειγμα από τα χαρακτηριστικά κουλτούρας των συστημάτων υγείας ξένων χωρών, που μπορούν να επιφέρουν αναταράξεις (και τελικά αλλαγές) στα υπάρχοντα επίπεδα της «εσωτερικής» κουλτούρας. Στον πίνακα 2 καταγράφονται τα επίπεδα κλινικής κουλτούρας που αφορούν τους ιατρούς⁷⁹.

Πίνακας 2. Επίπεδα κλινικής κουλτούρας που αφορούν τους ιατρούς⁷⁹.

Επίπεδο	Σημασία για το σύστημα υγείας
παραδοχές (assumptions)	Στον τομέα της υγείας οι ιατροί επαγγελματίες ακολουθούν την επιστήμη στα πεδία της εξειδίκευσης τους κατά γράμμα, ενώ η γνώση αναπτύσσεται με τα ελεγχόμενα πειράματα και εμπειρικά γεγονότα.
αξίες (values)	Με τις αξίες, οι ιατροί επαγγελματίες ξεχωρίζουν από την «καλή» και «κακή» συμπεριφορά τους απέναντι στους ασθενείς. Σύμφωνα με τον Ιπποκράτειο Κώδικα πρέπει όλοι τους να τοποθετούν τις ανάγκες των ασθενών σε πρώτη προτεραιότητα πάνω από τα οικονομικά και πολιτικά δικά τους συμφέροντα αλλά και του οργανισμού.
Παρατηρήσιμα επιφαινόμενα (artifacts)	Οι ιατροί δεσμεύονται να ακολουθούν καθορισμένους κανόνες για τις εκδηλώσεις τους, φυσικές και συμπεριφοράς, απέναντι στους ασθενείς στο χώρο του νοσοκομείου. Έτσι εκδηλώνουν με τη συγκεκριμένη λευκή ενδυμασία ότι είναι ιατροί και με τις διαδικασίες της διάγνωσης την ειδικότητά τους.

Όπως υποστηρίζουν οι Mannion και συν⁷⁷ « η οργανωσιακή κουλτούρα είναι εκείνο το περιβάλλον που μοιράζονται οι εργαζόμενοι/ συνάδελφοι μέσα σε ένα οργανισμό συμπεριλαμβανομένων των κοινών πεποιθήσεων, στάσεων, αξιών και κανόνων συμπεριφοράς» δηλαδή, αποτελεί 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 γωνία⁷⁷. Επίσης η οργανωσιακή κουλτούρα φαίνεται να αποτελεί ένα σημαντικό δείκτη στην κατανόηση της ικανότητας και τελικά της «ωριμότητας» ενός οργανισμού στο να αποδίδει, να συναγωνίζεται και να αυτό-αξιολογείται στην αγορά της υγείας⁷⁹.

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»⁸⁰. Η κουλτούρα διατηρεί τη δυναμικότητα της επειδή αλληλεπιδρά με τις κρίσεις του εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος του κάθε φορέα και εξελίσσεται καθώς αναπροσαρμόζεται στις πρωτοποριακές ιδέες (π. χ. εισαγωγή του management στο χώρο) στην αγορά της υγείας. Για παράδειγμα, οι ιατροί (κυρίως οι ειδικευόμενοι) που τοποθετούνται από το ένα νοσοκομείο στο άλλο μεταφέρουν 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 και έτσι εκ νέου αλλαγή, ίσως και μη ορατή, στην υπάρχουσα κουλτούρα. Επίσης η δυνατή επαγγελματική δεοντολογία του ιατρού και η αίσθηση της ισχυρής του επαγγελματικής ταυτότητας ως λειτούργημα, αποδεικνύει τη σπουδαιότητα που δίνεται στις «απόρθητες» και κυρίαρχες νόρμες μέσα στον οργανισμό. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, οι ιατροί να ενδιαφέρονται περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη επαγγελματική ομάδα για τις τυχόν επιδράσεις/ αλλαγές προερχόμενες από το εξωτερικό περιβάλλον όπως εκείνες της κοινής γνώμης, των Μ. Μ. Ε., των ρυθμιστικών και ελεγκτικών οργανισμών, οι οποίες μπορούν να «αλλοτριώσουν» την κουλτούρα τους⁸¹. Καθώς ασκούνται αυξημένες πιέσεις προς τη συγκράτηση κόστους και την επίτευξη αποδοτικότητας, η προαγωγή αξιών μπορεί να συνεισφέρει στη δέσμευση και την αφοσίωση ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας. Όσοι επαγγελματίες συμβαδίζουν με τις αξίες των νοσοκομείων μπορούν να αναπτύξουν καλύτερη γνώση των αναγκών του νοσοκομείου και να προσπαθήσουν να τις καλύψουν⁸².

Στον πίνακα 3 καταγράφονται οι διαφορές ανάμεσα στα χαρακτηριστικά του ιατρικού και διοικητικού προσωπικού των οργανισμών υγείας.

Πίνακας 3. Στοιχεία διαφοροποίησης ανάμεσα στην ομάδα των ιατρών (medical) και της διοίκησης (managerial)⁸¹.

Χαρακτηριστικό	Διοικητικό προσωπικό	Ιατρικό προσωπικό
Δομή	Γραφειοκρατική	Κολεγιακή
Πίστη ομάδας	Χαμηλή	Υψηλή
Ασφάλεια εργασίας	Χαμηλή/ μέτρια	Υψηλή
Βάση γνωστικού πεδίου	Κοινωνικές επιστήμες	Ιατρικές επιστήμες
Βάση τεκμηρίωσης	Μελέτη περιπτώσεων σε οργανισμούς	Κλινικές μελέτες σε ασθενείς
Εστίαση	Ασθενείς ως ομάδες	Ασθενείς ως άτομα
Δεξιότητες	Διοικητικές/ ανθρώπινες	Βιο-ιατρικές τεχνολογίες
Αφοσίωση	Οργανωσιακός/ επιχειρησιακός στόχος	Επαγγελματικός στόχος
Αντίληψη	Χαμηλή (κανόνες/ διαδικασίες)	Υψηλή (κλινική ελευθερία)
Μέτρηση επιτυχίας	Αποδοτικότητα	Αποτελεσματικότητα
Έμφαση στην ποιότητα	Πελατοκεντρική ποιότητα	Τεχνική ποιότητα
Έλεγχος απόδοσης	Δημόσιος	Εμπιστευτικός
Επαγγελματική θέση	Αναπτυσσόμενη	Εδραιωμένη
Κοινωνική θέση	Μέτρια	Υψηλή
Δημόσια εμπιστοσύνη	Χαμηλή	Υψηλή (αλλά τρωτή)

1.6. Τρόποι αλλαγής της οργανωσιακής κουλτούρας

Για να αναπτυχθεί μία κουλτούρα σύμφωνα με το Ζαβλανό²⁰, χρειάζονται πολλά χρόνια και οι υπάλληλοι δεσμεύονται από αυτήν. Επιπλέον υπάρχουν κάποιες δυνάμεις οι οποίες συντηρούν μία δεδομένη κουλτούρα (π. χ. η αποστολή του οργανισμού, ο σχεδιασμός των φυσικών χώρων εργασίας, το ηγετικό στυλ, τα κριτήρια παραγωγών, τα σύμβολα, οι ιστορίες²⁰). Ο χαρακτήρας της κουλτούρας αποτελεί για τον υπάλληλο το κριτήριο επιλογής του οργανισμού στον οποίο θέλει να εργαστεί, γιατί αντιλαμβάνεται ότι οι αξίες του ταιριάζουν με αυτές του οργανισμού. Αυτός είναι ο λόγος που ο εργαζόμενος έχει την τάση να αντιδρά σε κάθε αλλαγή της κουλτούρας του οργανισμού. Η αλλαγή της οργανωσιακής κουλτούρας είναι εξαιρετικά δύσκολη και χρειάζεται αρκετό καιρό για να γίνει. Αλλαγή στην κουλτούρα του οργανισμού μπορεί να γίνει όταν υπάρχουν οι παρακάτω συνθήκες⁸³:

α) μία σημαντική κρίση. Όταν συμβεί κάποιο σοβαρό γεγονός όπως για παράδειγμα μία σπουδαία τεχνολογική εξέλιξη που δημιουργεί τριγμούς στον οργανισμό, τότε τίθεται υπό αμφισβήτηση η υπάρχουσα κουλτούρα. Στην περίπτωση αυτή, ο νέος μάνατζερ υιοθετεί ένα σύνολο από αξίες κλειδιά για να αντιμετωπίσει την κρίση.

β) μία νέα και μικρή επιχείρηση. Αυτή προστατεύει λιγότερο την κουλτούρα της. Ακόμα είναι ευκολότερο για τη διοίκηση να μεταφέρει νέες αξίες στα άτομα όταν ο οργανισμός είναι μικρός.

γ) μία μη ευρέως αποδεκτή κουλτούρα. Όσο ευρύτερα αποδεκτή είναι η κουλτούρα στον οργανισμό και όσο μεγαλύτερη είναι η αποδοχή των αξιών της από τα μέλη του, τόσο δυσκολότερα γίνεται η αλλαγή της κουλτούρας. Αντίθετα, μία μη ευρέως αποδεκτή οργανωσιακή κουλτούρα μπορεί να αλλάξει ευκολότερα.

Για να επιτευχθεί με επιτυχία η αλλαγή κουλτούρας πρέπει: α) η συμπεριφορά των μάνατζερς να αποτελεί πρότυπο για τους άλλους, β) να δημιουργηθούν νέες ιστορίες, σύμβολα, τυπικότητες και τελετές που θα αντικαταστήσουν τις παλιές, γ) να επιλεγθούν και να προωθηθούν υπάλληλοι που να αποδέχονται τις νέες αξίες, δ) να αλλάξει το σύστημα αμοιβών για να ενθαρρυνθεί η αποδοχή των νέων αξιών και ε) να δημιουργηθεί κλίμα αμοιβαίας εμπιστοσύνης και συμμετοχής των ατόμων στη λήψη αποφάσεων⁸³.

1.6.1. Παρεμβάσεις αλλαγής οργανωσιακής κουλτούρας σε οργανισμούς υγείας

Στους οργανισμούς υγείας, οι παρεμβάσεις οι οποίες έχει αποδειχθεί ότι μπορούν να επιφέρουν αλλαγή στην οργανωσιακή κουλτούρα συνοψίζονται στα ακόλουθα:

α) Το ποσότητα του κατάλληλου επαγγελματία στην κατάλληλη θέση. Ο κάθε οργανισμός οφείλει να στελεχώνει τα τμήματα του όχι μόνο με εξειδικευμένο και ικανό προσωπικό αλλά και να τα ενισχύει με τα κατάλληλα άτομα. Αυτό σημαίνει ότι, θα πρέπει να κάνει τις σωστές επιλογές ατόμων για τη διάθεση των θέσεων εργασίας ώστε να λειτουργεί πιο ολοκληρωμένα και αποδοτικά, ενώ ταυτόχρονα ο εργαζόμενος θα γνωρίζει τα καθήκοντα του και δεν θα βιώνει καθημερινό άγχος¹⁷.

β) Δημοκρατική διοίκηση. Στη δημοκρατική διοίκηση ο κάθε εργαζόμενος έχει τη δική του αξία. Έχει τη δυνατότητα να εκφράσει τις απόψεις του και να διαφωνήσει χωρίς ενδοιασμούς με κάποιο συνάδελφο. Μία πιθανή απροσεξία ή ένας λάθος χειρισμός δεν γίνεται εύκολα αιτία παρατήρησης ή κριτικής. Υπάρχει σεβασμός και συνεργασία ανάμεσα στα μέλη του προσωπικού και παράλληλα χορηγούνται πρωτοβουλίες και ευθύνες σε όλους τους εργαζόμενους ώστε να νοιώσουν σημαντικοί και ότι οι δυνατότητες και ικανότητες τους είναι αναγνωρισμένες. Είναι σημαντικό ότι σε αυτή τη διοίκηση δεν προωθούνται τα προσωπικά συμφέροντα. Επίσης υπάρχει κλίμα συμπαράστασης και στήριξης των εργαζομένων μεταξύ τους, οι οποίοι μπορούν να συζητούν τους προβληματισμούς τους ώστε να ξεπερνούν τις ψυχολογικές πιέσεις στο χώρο⁸⁴.

γ) Η πολυμορφία στην εργασία. Όταν ένα άτομο εργάζεται χρόνια σε μια συγκεκριμένη θέση εργασίας κάποια στιγμή η κατάσταση αυτή τον κουράζει και αρχίζει να αποστασιοποιείται συναισθηματικά. Είναι σημαντικό να εφαρμόζει η υπηρεσία ένα πρόγραμμα μετακίνησης εργαζομένων σε όλα τα τμήματα, ώστε ο εργαζόμενος να μην νοιώσει παγιδευμένος σε μία κατάσταση που θα του προκαλέσει άγχος⁸⁵. Για παράδειγμα, μία νοσηλεύτρια να μην ασχολείται συνεχώς με ασθενείς που πεθαίνουν αλλά να ασχοληθεί και με ασθενείς με καλή πρόγνωση, να συμμετάσχει σε ερευνητικά προγράμματα ή να έχει διοικητικές ευθύνες¹⁷.

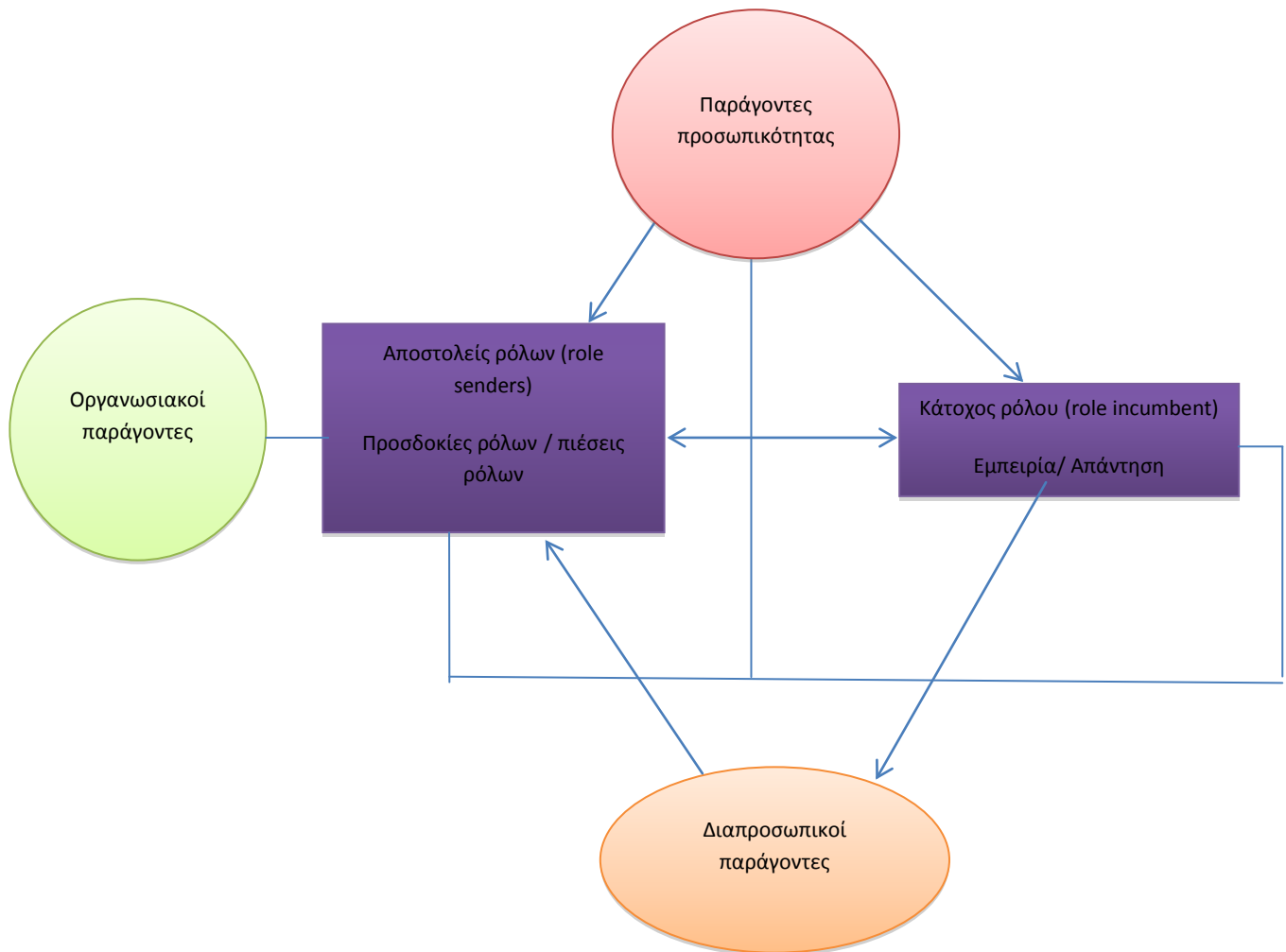
δ) Δυνατότητα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και επιμόρφωσης. Με την ολοκλήρωση της βασικής εκπαίδευσης τους, οι επαγγελματίες υγείας δεν έχουν επαρκείς γνώσεις

γύρω από τη ψυχολογία του ασθενή. Η έλλειψη τους αυτή έχει ως αποτέλεσμα να μην είναι κατάλληλα προετοιμασμένοι για το τι θα αντιμετωπίσουν στο χώρο εργασίας τους ιδιαίτερα αν αυτός είναι κάποιο ογκολογικό ή εντατικό τμήμα παρακολούθησης. Οι ασθενείς και οι οικογένειες τους σε τέτοιες περιπτώσεις έχουν την ανάγκη των επαγγελματιών υγείας όχι μόνο στο ιατρικό αλλά και στο ψυχολογικό μέρος. Η απόγνωση αυτή που αισθάνεται ο εργαζόμενος λόγω της αδυναμίας του να ανταποκριθεί στις ανάγκες και προσδοκίες των ασθενών του αυξάνει τα επίπεδα άγχους του¹⁷. Σημαντική είναι η διοργάνωση σεμιναρίων και διαλέξεων από την πλευρά της διοίκησης γύρω από θέματα που αφορούν νέες γνώσεις και δυνατότητες στον τομέα της ιατρικής και νοσηλευτικής. Η συνεχής εκπαίδευση και ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας κρίνεται απαραίτητη για τον εμπλουτισμό των γνώσεων, τη διαμόρφωση των στάσεων και της συμπεριφοράς των ατόμων και για να έχουν οι ασθενείς και οι οικογένειες τους την πρέπουσα αντιμετώπιση¹⁷.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΣΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ

2.1. Μοντέλο επεισοδίου ρόλου (role episode model)

Σε κάθε εργαζόμενο ενός οργανισμού ανατίθεται ένας συγκεκριμένος ρόλος ο οποίος μπορεί να οριστεί ως «μία ομάδα προσδοκιών που εφαρμόζεται στον κάτοχο μιας θέσης (*role incumbent*) από το ίδιο το άτομο και από τους αποστολείς ρόλων (*role senders*) εντός και εκτός του οργανισμού⁸⁶». Οι προσδοκίες ορίζουν τις απαιτήσεις συμπεριφοράς ή τα όρια που καθορίζονται από το ρόλο που ανατίθεται στο άτομο το οποίο αναλαμβάνει μία συγκεκριμένη θέση ή από άλλους που σχετίζονται με το ρόλο. Οι προσδοκίες διαμορφώνονται από τη γενική εμπειρία και γνώση, τις αξίες, τις πεποιθήσεις και την εξειδικευμένη εμπειρία του ατόμου που κατέχει τον κεντρικό ρόλο⁸⁷. Η αλληλεπίδραση ανάμεσα στους αποστολείς ρόλων και τον κάτοχο του ρόλου αποτελεί μέρος του μοντέλου επεισοδίου ρόλου που προτάθηκε από τον Kahn⁸⁸. Το μοντέλο επεισοδίου ρόλου (*role episode model*) περιλαμβάνει τέσσερα στοιχεία (προσδοκίες ρόλου → πιέσεις ρόλου → εμπειρία → απάντηση) όπως φαίνεται στο σχήμα 3.



Οι πιέσεις ρόλου, οδηγούν στη δημιουργία προσδοκιών από τον κάτοχο ρόλου, τους αποστολείς ρόλου και από άλλα μέλη της ομάδας. Οι αποστολείς ρόλου ενσωματώνουν τις προσδοκίες τους στις αντιλήψεις που έχουν για τον τρόπο που ασκεί ο κάτοχος ρόλου το ρόλο του, ασκώντας του τέτοια πίεση ώστε η απόδοση του να ανταποκριθεί στις προσδοκίες τους. Οι πιέσεις αυτές επάγουν τη σύγκρουση ή ασάφεια ρόλων στον κάτοχο ρόλου οδηγώντας τον σε μία συγκεκριμένη συμπεριφορά (μηχανισμοί αντιμετώπισης- coping mechanisms). Το μοντέλο ενσωματώνει οργανωσιακούς, προσωπικούς και διαπροσωπικούς παράγοντες οι οποίοι με τη σειρά τους επιδρούν στο επεισόδιο ρόλου. Οι οργανωσιακοί παράγοντες περιλαμβάνουν τη δομή του οργανισμού και το οργανωσιακό επίπεδο, τις απαιτήσεις ρόλου και τα χαρακτηριστικά των καθηκόντων. Οι προσωπικοί παράγοντες (αφορούν τόσο τον κάτοχο ρόλου όσο και τους αποστολείς ρόλου) περιλαμβάνουν

την ηλικία, το φύλο και τη θέση του ατόμου στον οργανισμό. Οι διαπροσωπικοί παράγοντες που παρεμβαίνουν στη σχέση του κατόχου ρόλου και των αποστολέων ρόλων περιλαμβάνουν τη συχνότητα της αλληλεπίδρασης τους, τον τρόπο επικοινωνίας και τη σημασία που έχουν οι αποστολείς ρόλων για τον κάτοχο ρόλου⁸⁶. Οι παράγοντες αυτοί μπορεί να οδηγήσουν τον κάτοχο ρόλου στην εκδήλωση ασάφειας ή σύγκρουσης ρόλων⁸⁹.

Η ασάφεια ρόλων περιλαμβάνεται επίσης ως έννοια, στην κλασσική οργανωσιακή θεωρία, σύμφωνα με την οποία, κάθε θέση στην επίσημη δομή ενός οργανισμού θα πρέπει να περιλαμβάνει συγκεκριμένα καθήκοντα ή ευθύνες. Αν ένας εργαζόμενος δε γνωρίζει τη δικαιοδοσία που κατέχει στη λήψη αποφάσεων, τι αναμένεται από αυτόν να επιτελέσει και πως θα κριθεί, τότε θα διστάσει να λάβει αποφάσεις και θα πρέπει να βασιστεί σε μία προσέγγιση δοκιμής- λάθους (trial and error approach) για να μπορέσει να αντεπεξέλθει στις προσδοκίες του προϊστάμενου του⁸⁷.

2.2. Ορισμός της ασάφειας ρόλου (role ambiguity)

Ως ασάφεια ρόλου ορίζεται ο βαθμός στον οποίο απουσιάζει ξεκάθαρη πληροφόρηση ως προς: α) τις προσδοκίες που σχετίζονται με ένα ρόλο, β) τις μεθόδους κάλυψης των προσδοκώμενων ρόλων και γ) τις συνέπειες της απόδοσης ρόλων. Έτσι η ασάφεια ρόλου μπορεί να λάβει κάποια από τις ακόλουθες μορφές: α) η πληροφορία δεν είναι ξεκάθαρη ως προς το ποια προσδοκία Α, Β, Γ θα πρέπει να πραγματοποιηθεί, β) είναι κατανοητό ότι θα πρέπει να πραγματοποιηθεί η προσδοκία Α αλλά δεν είναι ξεκάθαρο ποια συμπεριφορά θα οδηγήσει στην προσδοκία Α και γ) οι συνέπειες της συμπεριφοράς Α δεν είναι ξεκάθαρες. Καθεμιά από αυτές τις μορφές ασάφειας ρόλου μπορεί να έχει την ίδια αιτία με κάποια από τις διαστάσεις της σύγκρουσης ρόλου^{88,90}.

Οι Breaugh και συν⁹¹ θεωρούν ότι η έννοια της ασάφειας ρόλου περιλαμβάνει τρεις ευδιάκριτες παραμέτρους: α) τις εργασιακές μεθόδους, β) τον οργανωσιακό σχεδιασμό και γ) τα κριτήρια απόδοσης, ενώ άλλοι ερευνητές εκτιμούν ότι πρόκειται για μία πολυδιάστατη έννοια^{92, 93}. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των Breaugh και συν⁹¹ υπάρχουν τέσσερις διαστάσεις της ασάφειας ρόλου που μπορεί να βιώσουν οι

εργαζόμενοι. Οι διαστάσεις αυτές περιλαμβάνουν: α) την ασάφεια στόχων-προσδοκιών και υπευθυνότητας (τι αναμένεται να γίνει, τι θα έπρεπε να γίνει, τι θα μπορούσε να γίνει), β) την ασάφεια διαδικασιών-στόχων, γ) την ασάφεια προτεραιοτήτων (ποια πράγματα θα μπορούσαν να γίνουν και με ποια σειρά) και δ) την ασάφεια συμπεριφοράς (πως αναμένει ο ίδιος ο εργαζόμενος ότι θα ενεργήσει στις διάφορες καταστάσεις και ποιες συμπεριφορές θα οδηγήσουν στις αναγκαίες ή επιθυμητές εκβάσεις)⁹¹.

Ασάφεια ρόλου παρατηρείται ακόμα, όταν δεν είναι απόλυτα ξεκάθαρο στον εργαζόμενο τι αναμένεται να κάνει όσον αφορά τα εργασιακά του καθήκοντα ή τις αρμοδιότητες που έχει. Ασάφεια επίσης υπάρχει και στην περίπτωση που ο εργαζόμενος δεν έχει σαφή εικόνα των στόχων της εργασίας του και των προσδοκιών που έχουν από αυτόν οι προϊστάμενοι, υφιστάμενοι και συνάδελφοι του. Η ασάφεια ενός επαγγελματικού ρόλου μπορεί να είναι ενδογενές χαρακτηριστικό μιας επαγγελματικής θέσης, όπως συμβαίνει στην περίπτωση πολλών δημόσιων υπηρεσιών όπου υπάρχουν θέσεις εργασίας χωρίς σαφή περιγραφή των δικαιωμάτων, των υποχρεώσεων και των αρμοδιοτήτων του υπαλλήλου¹⁹. Ασάφεια ρόλου μπορεί να συνοδεύει και τις μεταβατικές καταστάσεις όπως η ανάληψη μιας νέας εργασιακής θέσης ή η προαγωγή σε νέα θέση.

Όπως υποστηρίζουν οι Kahn και συν⁸⁸, η ασάφεια ρόλου πηγάζει: α) από το μέγεθος και την πολυπλοκότητα του οργανισμού που ξεπερνούν το εύρος κατανόησης του ατόμου, β) από την ταχεία ανάπτυξη του οργανισμού η οποία συνοδεύεται από συχνές διαφοροποιήσεις, γ) από τις συχνές αλλαγές στην τεχνολογία οι οποίες απαιτούν αλλαγές στην κοινωνική δομή, δ) από τις συχνές εναλλαγές του προσωπικού που διαταράσσουν τις σχέσεις ανάμεσα τους, ε) από αλλαγές στο περιβάλλον του οργανισμού που επιβάλλουν νέες απαιτήσεις στα μέλη του και στ) από αλλαγές στη φιλοσοφία της διοίκησης με την επιβολή περιορισμών στη ροή της πληροφορίας διαμέσου του οργανισμού⁸⁸.

2.3. Ορισμός της σύγκρουσης ρόλου (role conflict)

Η σύγκρουση ρόλων ορίζεται με βάση τις διαστάσεις τις «ομοιότητας-ανομοιότητας» (congruency-incongruency), «συμβατότητας- ασυμβατότητας» (compatibility-incompatibility) στις απαιτήσεις ρόλων ως προς τη σχέση τους με μία ομάδα κριτηρίων ή καταστάσεων που παρεμβαίνουν στην απόδοση του ρόλου⁸⁸.

Διακρίνονται οι εξής καταστάσεις σύγκρουσης ρόλων⁹⁴: α) όταν δύο διαφορετικά πρόσωπα έχουν διαφορετικές προσδοκίες και απαιτήσεις από τον εργαζόμενο, β) όταν το ίδιο άτομο έχει αντιφατικές προσδοκίες από τον εργαζόμενο (π. χ. του δίνει αντιφατικές εντολές), γ) όταν οι απαιτήσεις του ρόλου ενός ατόμου βρίσκονται σε σύγκρουση με τις προσωπικές αξίες του (π. χ. εφαρμογή κάποιας μεθόδου που το ίδιο το άτομο δεν εγκρίνει γιατί δεν συμβαδίζει με τις πεποιθήσεις του), δ) όταν το άτομο αντιμετωπίζει διαφορετικές απαιτήσεις από το χώρο εργασίας και από το κοινωνικό ή οικογενειακό του περιβάλλον εκτός του χώρου εργασίας. Παράδειγμα αποτελεί η ματαίωση μιας εξόδου για ψυχαγωγία ή μιας εκδρομής λόγω των απαιτήσεων εργασίας⁹⁴.

Επίσης το άτομο μπορεί να βιώσει σύγκρουση ρόλων όταν αισθάνεται ότι πρέπει να ικανοποιήσει διαφορετικών ειδών απαιτήσεις και προσδοκίες, ή όταν η συμμόρφωση σε ορισμένες απαιτήσεις του ρόλου κάνει δύσκολη ή αδύνατη τη συμμόρφωση με κάποιες άλλες πλευρές του ρόλου⁹⁵. Μια τέτοια κατάσταση μπορεί να προκύψει από δύο διαφορετικούς ρόλους (inter-role conflict) που ασκεί το ίδιο το άτομο (π. χ. συνδικαλιστής ή προϊστάμενος και υφιστάμενος ταυτόχρονα). Στην περίπτωση αυτή, η σύγκρουση ρόλων ορίζεται ως η ταυτόχρονη ύπαρξη δύο ή περισσότερων ομάδων πίεσης ώστε η συμμόρφωση με τη μία να δυσχεραίνει τη συμμόρφωση με την άλλη λόγω της ύπαρξης διαφορετικών προσδοκιών από διαφορετικές ομάδες στον ίδιο χώρο εργασίας^{88, 96, 97}. Μια συνηθισμένη μορφή σύγκρουσης ρόλων είναι και αυτή της υπερφόρτωσης ρόλου (role overload) όπου πολλές προσδοκίες απευθύνονται σε ένα εργαζόμενο ταυτόχρονα⁹⁸. Η υπερφόρτωση ρόλου αποτελεί ένα από τους σημαντικότερους αιτιολογικούς παράγοντες επαγγελματικής εξουθένωσης⁹⁹⁻¹⁰¹.

Υπάρχουν ενδείξεις ότι η σύγκρουση και ασάφεια ρόλων συνδέονται με στοιχεία της οργανωσιακής συμπεριφοράς όπως η συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, ο καθορισμός στόχων και ανατροφοδότηση, η ηγετική συμπεριφορά, ο σχεδιασμός

καθηκόντων και η οργανωσιακή δομή¹⁰². Έρευνες έχουν δείξει ότι η ασάφεια και σύγκρουση ρόλων συνδέονται με χαμηλή παραγωγικότητα, ένταση, μειωμένη ικανοποίηση, καταθλιπτική διάθεση, χαμηλά κίνητρα, σκέψεις για εγκατάλειψη της εργασίας¹⁹ και μειωμένη απόδοση^{87, 102, 103}.

2.4. Επαγγελματική ικανοποίηση

Η επαγγελματική ικανοποίηση αποτελεί ένα επίκαιρο θέμα στην οργανωσιακή βιομηχανική ψυχολογία, κυρίως γιατί θεωρείται ότι έχει άμεση σχέση τόσο με την ψυχική υγεία του εργατικού δυναμικού, όσο και με το ενδιαφέρον των επιχειρήσεων να έχουν υψηλή αποδοτικότητα και σε πολλές περιπτώσεις, σταθερό, μόνιμο και ικανοποιημένο προσωπικό¹⁰⁴.

2.4.1. Ορισμός επαγγελματικής ικανοποίησης

Ο Locke¹⁰⁵ συνδέει την ικανοποίηση και τη δυσαρέσκεια από την εργασία με το σύστημα αξιών του ατόμου και ορίζει την επαγγελματική ικανοποίηση ως: *«μία θετική συναισθηματική ανταπόκριση του ατόμου προς το συγκεκριμένο έργο (job) που ασκεί η οποία πηγάζει από την εκτίμηση ότι αυτό παρέχει πλήρωση ή επιτρέπει την πλήρωση των εργασιακών αξιών του ατόμου¹⁰⁵»*.

2.4.2. Κατηγορίες επαγγελματικής ικανοποίησης

Η επαγγελματική ικανοποίηση αποτελεί ένα πολύπλοκο σύνολο στάσεων απέναντι σε διαφορετικές όψεις κάποιου επαγγέλματος, οι οποίες προκύπτουν από τις προσδοκίες ενός ατόμου για την εργασία του και τις εμπειρίες του¹⁰⁶. Η επαγγελματική ικανοποίηση μπορεί να διακριθεί σε ενδογενή και εξωγενή¹⁰⁴. Η ενδογενής ικανοποίηση, η οποία έχει σχέση με το περιεχόμενο της εργασίας, αναφέρεται σε εκείνες τις όψεις της εργασίας που έχουν να κάνουν με την εκτέλεση της (π. χ. ελευθερία επιλογών ως προς τον τρόπο επιτέλεσης του έργου, βαθμός υπευθυνότητας, ποικιλία δραστηριοτήτων, χρήση δεξιοτήτων, εποπτεία). Η εξωγενής ικανοποίηση, η οποία σχετίζεται με το πλαίσιο μέσα στο οποίο πραγματοποιείται η

εργασία, αναφέρεται στις συνθήκες εργασίας, το ωράριο, την ασφάλεια και τις αμοιβές^{104, 106}.

2.4.2.1. Παράγοντες ικανοποίησης από την εργασία

Ο Locke¹⁰⁵ έχει καθορίσει μία σειρά παραγόντων που επηρεάζουν την ικανοποίηση από την εργασία. Αυτοί είναι:

- Πνευματική πρόκληση. Οι εργαζόμενοι προτιμούν εργασίες οι οποίες τους δίνουν την ευκαιρία να χρησιμοποιήσουν τις πνευματικές τους ικανότητες/δεξιότητες και να εκτελέσουν ποικίλες και όχι μονότονες δραστηριότητες.
- Δίκαιες απολαβές. Οι εργαζόμενοι επιθυμούν δίκαιο σύστημα αμοιβών, ίσες ευκαιρίες συμμετοχής και εξέλιξης. Τα παραπάνω δημιουργούν μία άριστη αίσθηση για την εργασία και δίνουν ευκαιρίες για αναγνώριση και ενεργή συμμετοχή του εργαζομένου στις δραστηριότητες της επιχείρησης.
- Υποστηρικτικές συνθήκες εργασίας. Οι εργαζόμενοι ενδιαφέρονται για το καλό εργασιακό περιβάλλον, τόσο σε ατομικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο διευκόλυνσης επιτέλεσης της εργασίας. Έρευνες έχουν δείξει πως το άνετο και ασφαλές περιβάλλον, οι καλές συνθήκες φωτισμού, εξαερισμού και μειωμένου θορύβου δημιουργούν ευφορία στον εργαζόμενο.
- Συναδελφική υποστήριξη. Ο εργαζόμενος κερδίζει από την εργασία του πολύ περισσότερα από τις απτές απολαβές. Για τους περισσότερους, ο εργασιακός χώρος είναι ιδανική ευκαιρία για κοινωνικοποίηση και αλληλεπίδραση. Η ύπαρξη καλών και υποστηρικτικών συναδέλφων καθώς και οι καλές σχέσεις προϊσταμένου-υφισταμένου αυξάνουν το αίσθημα ικανοποίησης από την εργασία¹⁰⁵.
- Η ταύτιση της εργασίας με την προσωπικότητα. Σύμφωνα με το Holland¹⁰⁷ όσο περισσότερο ταυτίζεται η προσωπικότητα του εργαζομένου με τη θέση εργασίας, τόσο μεγαλύτερη είναι η ικανοποίηση από την εργασία¹⁰⁷.

Η εργασιακή ικανοποίηση αποτελεί ένα από τους μείζονες δείκτες ποιότητας στα συστήματα φροντίδας υγείας και σχετίζεται άμεσα με την ποιότητα της υγείας. Η

επαγγελματική ικανοποίηση έχει συνδεθεί με τα κίνητρα, τις αξίες και τις στάσεις των εργαζομένων¹⁰⁸, ενώ έχει βρεθεί ότι επηρεάζεται εξίσου από παράγοντες που σχετίζονται με την εργασία και το περιβάλλον της καθώς και με τα ατομικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων¹⁰⁹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ

Σύμφωνα με το ερευνητικό υπόβαθρο του κάθε ερευνητή έχει αναπτυχθεί πλήθος εργαλείων για τη μέτρηση της οργανωσιακής κουλτούρας. Τα περισσότερα ερωτηματολόγια σχεδιάστηκαν μέσα από τον καθορισμό της κουλτούρας ως «ενός συνόλου κοινών γνωρισμάτων για τα μέλη μιας κοινωνικής ομάδας²⁶» ή ως «ενός συστήματος κοινών αξιών και πιστεύω που παράγει κανόνες και συμπεριφορές οι οποίες διαμορφώνουν και ορίζουν ένα τρόπο ζωής μέσα στο πλαίσιο του οργανισμού²⁴».

Σε μία εκτεταμένη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με την οργανωσιακή κουλτούρα, οι Scott και συν¹¹⁰ εντόπισαν περισσότερες από 1,700 μελέτες οι οποίες ανέπτυξαν ή χρησιμοποίησαν εργαλεία για τη μέτρηση της οργανωσιακής κουλτούρας, αλλά μόνο 84 από αυτές χρησιμοποίησαν ποσοτικά εργαλεία μέτρησης της με ευρεία εγκυρότητα προσώπου και παρείχαν στατιστικά δεδομένα για την αξιοπιστία και εγκυρότητα τους¹¹⁰.

Αναγνωρίζοντας ότι κάποιες πτυχές της οργανωσιακής κουλτούρας μπορεί να μην είναι εύκολα προσβάσιμες, η Rousseau⁷² υποστηρίζει ότι συγκεκριμένες διαστάσεις της κουλτούρας μπορούν να μελετηθούν κατάλληλα με τη χρήση ποσοτικών μεθόδων οι οποίες παρέχουν τη δυνατότητα για κατανόηση των συστηματικών επιδράσεων που ασκεί η κουλτούρα στη συμπεριφορά του ατόμου⁷². Ένας τρόπος για την ποσοτική εκτίμηση της κουλτούρας είναι η επικέντρωση στις κεντρικές αξίες οι οποίες μπορεί να είναι σημαντικές στην προσωπική αντίληψη του ατόμου ή στην ταυτότητα του, όπως επίσης και το να είναι σχετικές με το κεντρικό σύστημα αξιών του οργανισμού⁹⁸. Η Rousseau⁷² υποστηρίζει ότι, στην οργανωσιακή κουλτούρα περιλαμβάνονται οι κανόνες συμπεριφοράς (ο τρόπος με τον οποίο θα πρέπει να συμπεριφέρονται τα άτομα) και οι οργανωσιακές αξίες (τα πράγματα τα οποία θεωρούνται ιδιαίτερα πολύτιμα). Αυτό έχει σαν συνέπεια κάποιοι ερευνητές να επικεντρώνονται στη μέτρηση των αξιών και κάποιοι άλλοι στις συμπεριφορές μέσα στους οργανισμούς.

Οι αξίες των οργανισμών μπορούν να μετρηθούν με το Ερωτηματολόγιο Οργανωσιακών Πεποιθήσεων [Organizational Beliefs Questionnaire] (OBQ) το οποίο αναπτύχθηκε από τον Sashkin¹¹¹ και από το Ερωτηματολόγιο Μελέτης της

Κουλτούρας των Επιχειρήσεων [Corporate Culture Survey] (CCS) που αναπτύχθηκε από τον Glaser¹¹². Όσον αφορά το περιεχόμενο τους, υπάρχει μικρή αλληλοεπικάλυψη ανάμεσα στις υποκατηγορίες των δύο αυτών ερωτηματολογίων. Τα εργαλεία που έχουν αναπτυχθεί για τη μέτρηση των κανόνων συμπεριφοράς περιλαμβάνουν το Ερωτηματολόγιο Οργανωσιακής Κουλτούρας [Organizational Culture Inventory] (OCI) το οποίο αναπτύχθηκε από τους Cooke και Lafferty¹¹³ και το Ερωτηματολόγιο Μελέτης Χάσματος στην Κουλτούρα [Culture Gap Survey] (CGS) που δημιούργησαν οι Kilmann and Saxton¹¹⁴. Τα εργαλεία αυτά σύμφωνα με τη Rousseau⁷² παρουσιάζουν αρκετή αλληλοεπικάλυψη στις διαστάσεις εκτίμησης της οργανωσιακής κουλτούρας.

3.1. Ερωτηματολόγιο Οργανωσιακής Κουλτούρας [Organizational Culture Inventory] (OCI)¹¹³.

Το OCI, επικεντρώνεται στις συμπεριφορές που διευκολύνουν αφενός το ταίριασμα του ατόμου στον οργανισμό και αφετέρου ανταποκρίνονται στις προσδοκίες των άλλων μελών του οργανισμού. Περιλαμβάνει 12 ομάδες (συμπεριφορικά πρότυπα) που ορίζονται όπως δείχνει ο πίνακας 4¹¹.

Πίνακας 4. Κατηγορίες οργανωσιακής κουλτούρας σύμφωνα με το εργαλείο OCI¹¹³

Ανθρωπιστική κουλτούρα (humanistic culture)	Κουλτούρα διαπροσωπικών σχέσεων (affiliative culture)
Κουλτούρα επίτευξης (achievement culture)	Κουλτούρα αυτο-πραγμάτωσης (self-actualising culture)
Κουλτούρα αποδοχής (approval culture)	Συμβατική κουλτούρα (conventional culture)
Κουλτούρα εξάρτησης (dependent culture)	Κουλτούρα αποφυγής (avoidance culture)
Κουλτούρα αντίδρασης (oppositional culture)	Κουλτούρα εξουσίας (power culture)
Ανταγωνιστική κουλτούρα (competitive culture)	Κουλτούρα τελειομανίας (perfectionistic culture)

Οι 12 αυτές ομάδες τοποθετούνται θεωρητικά γύρω από μια δομή απεικόνισης που καλείται circumplex. Αυτού του τύπου το μοντέλο, χαρακτηρίζεται από μία κυκλική διάταξη των ομάδων και η μεταξύ τους απόσταση δείχνει το βαθμό ομοιότητας και συσχετισμού τους¹¹⁵. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 120 δηλώσεις καθεμιά από τις οποίες βαθμολογείται σε 5βαθμη κλίμακα τύπου Likert¹¹⁶. Το OCI επίσης μετρά βασικά αποτελέσματα κουλτούρας όπως η σαφήνεια ρόλων, η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, η δέσμευση στον οργανισμό και η ικανοποίηση και μπορεί να εντοπίσει συσχετίσεις ανάμεσα στα διάφορα χαρακτηριστικά της κουλτούρας και τα αποτελέσματα αυτά¹¹³.

Το OCI αποτελεί χρήσιμο εργαλείο για: α) τη μέτρηση της κουλτούρας ενός οργανισμού και την εκτίμηση της ετοιμότητας του για αλλαγή, β) τη δημιουργία ενός

οράματος στον οργανισμό για την ιδανική κουλτούρα, γ) τη διευκόλυνση της εφαρμογής τεχνολογικών ή δομικών αλλαγών, δ) τη διευκόλυνση συγχωνεύσεων και την ανάπτυξη στρατηγικών συμμαχιών και ε) για την εκτίμηση της επίδρασης προσπαθειών οργανωσιακής αλλαγής και την τροποποίηση των σχεδίων αλλαγής όταν κριθεί απαραίτητο¹¹³.

3.2. Culture Gap Survey (CGS)¹¹⁴

Το CGS αναπτύχθηκε για τη μέτρηση κανόνων συμπεριφοράς. Υπάρχουν τέσσερις υποκατηγορίες που αντανακλούν ένα πλαίσιο 2x2 (τεχνική/ ανθρώπινη ανησυχία και βραχυπρόθεσμος/ μακροπρόθεσμος προσανατολισμός) και εξετάζουν τις ακόλουθες διαστάσεις: υποστήριξη καθηκόντων, καινοτομία καθηκόντων, κοινωνικές σχέσεις και προσωπική ελευθερία. Η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων (σε ένα μήνα) κυμάνθηκε από 0.83-0.94¹¹⁴.

3.3. Organizational Beliefs Questionnaire¹¹¹

Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο που περιλαμβάνει 50 ερωτήσεις που βαθμολογούνται με 5βαθμη κλίμακα τύπου Likert¹¹⁶ (συμφωνώ απόλυτα μέχρι διαφωνώ απόλυτα) και μετρά τις οργανωσιακές αξίες. Το εργαλείο αποτελείται από 10 υποκατηγορίες οι οποίες εξετάζουν τις ακόλουθες διαστάσεις: η εργασία πρέπει να είναι ευχάριστη, το να είσαι ο καλύτερος, καινοτομία, προσοχή στη λεπτομέρεια, αξία του ατόμου, ποιότητα, επικοινωνία για να γίνει η δουλειά, εξέλιξη/ κέρδος/ άλλες ενδείξεις επιτυχίας, ανάληψη διαχείρισης και η σημασία μιας κοινής φιλοσοφίας¹¹¹.

3.4. Corporate Culture Survey¹¹²

Μετρά οργανωσιακές αξίες. Περιλαμβάνει 20 ερωτήσεις που βαθμολογούνται σε 5βάθμη κλίμακα τύπου Likert¹¹⁶ (συμφωνώ απόλυτα μέχρι διαφωνώ απόλυτα). Περιλαμβάνει τις ακόλουθες τέσσερις υποκατηγορίες: αξίες, ήρωες, παράδοση/ τελετουργίες και πολιτισμικά δίκτυα¹¹².

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μελέτης που πραγματοποιήθηκε από τη Xenikou και Furnham¹¹⁷, το ερωτηματολόγιο OCI παρουσιάζει υψηλό επίπεδο εσωτερικής συνέπειας με συντελεστή Cronbach's alpha μεταξύ 0.60-0.95. Μέτριο ως υψηλό

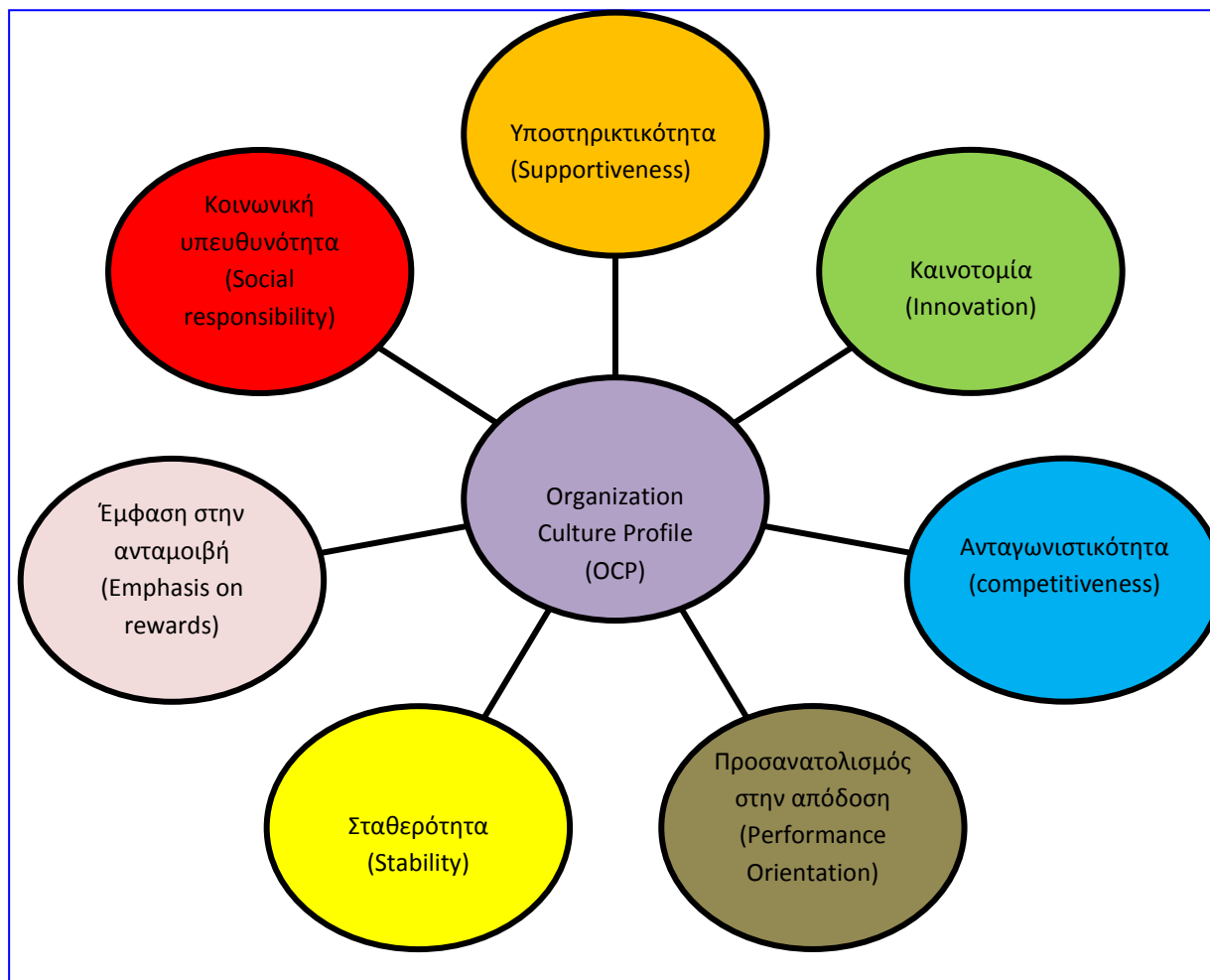
συντελεστή Cronbach's alpha παρουσιάζουν τα ερωτηματολόγια CGS (0.60 - 0.86), OBQ (0.35 - 0.78) και CCS (0.55 - 0.77). Τα ευρήματα αυτά, σύμφωνα με τη Xenikou και Furnham¹¹⁷ υποδηλώνουν ότι τα άτομα δεν προσλαμβάνουν τις δηλώσεις στις υποκατηγορίες των ερωτηματολογίων ως αλληλοσυνδεόμενες σε αντίθεση με τις δηλώσεις που περιέχονται στις αντίστοιχες ομάδες του ερωτηματολογίου OCI¹¹⁷. Το εργαλείο OCI αποτελεί το εργαλείο με τη μεγαλύτερη εσωτερική αξιοπιστία. Όμως το μεγάλο του μέγεθος (περιλαμβάνει 120 δηλώσεις) δυσχεραίνει την εφαρμογή του σε περιβάλλοντα όπου υπάρχει μεγάλη επαγγελματική πίεση λόγω του αυξημένου χρόνου συμπλήρωσης που απαιτείται¹¹⁷.

3.5. Ερευνητικό εργαλείο μέτρησης του «Προφίλ Οργανωσιακής Κουλτούρας» (Organizational Culture Profile –OCP)⁴⁶

Το εργαλείο OCP αναπτύχθηκε από τον O'Reilly⁴⁶ για τη μέτρηση του προφίλ κουλτούρας των οργανισμών και για τη μέτρηση του «ταιριάσματος του ατόμου στον οργανισμό». Το εργαλείο αυτό περιλαμβάνει μία ομάδα από δηλώσεων αξιών οι οποίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την εκτίμηση της έκτασης στην οποία συγκεκριμένες αξίες χαρακτηρίζουν τόσο ένα οργανισμό όσο και την προτίμηση του ατόμου για τις συγκεκριμένες αξίες. Το «ταίριασμα ατόμου στην κουλτούρα» μπορεί να υπολογιστεί από τη συσχέτιση του προφίλ των οργανωσιακών αξιών με το προφίλ των ατομικών προτιμήσεων⁴⁶. Η αρχική μορφή του ερωτηματολογίου που περιλαμβάνει 54 δηλώσεις αξιών, αναπτύχθηκε με τη χρήση διερευνητικής παραγοντικής ανάλυσης για τον καθορισμό των οκτώ διαστάσεων της οργανωσιακής κουλτούρας που είναι: η καινοτομία, η προσοχή στις λεπτομέρειες, η επιθετικότητα, ο προσανατολισμός στα αποτελέσματα, η υποστηρικτικότητα, καινοτομία, έμφαση στην ανταμοιβή, ο προσανατολισμός στην ομάδα και η αποφασιστικότητα⁴⁶. Ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach's alpha είναι 0.94.

Ακολούθως ο Cable¹¹⁸ μείωσε τον αριθμό των δηλώσεων σε 40 χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο για τη μέτρηση των οργανωσιακών και προσωπικών προσανατολισμών κουλτούρας (συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach's alpha 0.87). Η αναθεωρημένη σύντομη μορφή του ερωτηματολογίου OCP από τον Sarros⁶¹ περιλαμβάνει 28 δηλώσεις οι οποίες κατηγοριοποιούνται στις ακόλουθες επτά ομάδες: υποστηρικτικότητα, καινοτομία, προσανατολισμός στην απόδοση,

σταθερότητα, ανταγωνιστικότητα, έμφαση στην ανταμοιβή και κοινωνική υπευθυνότητα⁶¹. Οι κατηγορίες του εργαλείου OCP παρουσιάζονται στο σχήμα 4⁶¹.



Σχήμα 4. Διαστάσεις οργανωσιακής κουλτούρας που περιλαμβάνονται στο ερευνητικό εργαλείο OCP⁶¹.

Οι δηλώσεις βαθμολογούνται σε 5βαθμη κλίμακα τύπου Likert¹¹⁶ (1= πάρα πολύ ως 5= καθόλου). Το αναθεωρημένο ερωτηματολόγιο έχει ένα μέσο συντελεστή αξιοπιστίας Cronbach's alpha 0.75 ενώ οι επιμέρους κατηγορίες έχουν τους εξής συντελεστές αξιοπιστίας όπως φαίνεται στον ακόλουθο πίνακα 5⁶¹.

Πίνακας 5. Συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach's alpha για κάθε κατηγορία δηλώσεων του αναθεωρημένου ερωτηματολογίου OCP⁶¹.

Κατηγορία δηλώσεων	Συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach's alpha
Ανταγωνιστικότητα (Competitiveness)	0.75
Κοινωνική ευθύνη (Social responsibility)	0.74
Υποστηρικτικότητα (Supportiveness)	0.87
Καινοτομία (Innovation)	0.80
Έμφαση στην ανταμοιβή (Emphasis on reward)	0.80
Προσανατολισμός στην απόδοση (Performance orientation)	0.74
Σταθερότητα (Stability)	0.66

Το OCP εκτιμά το ταίριασμα του ατόμου στον οργανισμό και το προφίλ γνώσεων, δεξιοτήτων και ικανοτήτων του^{71, 119}. Ένα ισχυρό σύστημα οργανωσιακών αξιών αναδεικνύεται από ένα υψηλό συντελεστή αξιοπιστίας (> 0.70) υποδηλώνοντας ότι, τα μέλη του οργανισμού αντιλαμβάνονται με τον ίδιο τρόπο το περιεχόμενο και τη διάταξη του οργανωσιακού συστήματος αξιών¹²⁰. Η μέτρηση του «ταιριάσματος του ατόμου στον οργανισμό» γίνεται αρχικά με τη σύγκριση του οργανωσιακού με το ατομικό προφίλ αξιών και ακολούθως με τον υπολογισμό της μεταξύ τους συσχέτισης¹²⁰.

3.5.1. Πλεονεκτήματα της χρήσης του αναθεωρημένου OCP σε σύγκριση με τα άλλα ερευνητικά εργαλεία μέτρησης της οργανωσιακής κουλτούρας

Σύμφωνα με μια ανασκόπηση μελετών που αφορούσαν τη μέτρηση της οργανωσιακής κουλτούρας μεταξύ των ετών 1975 και 1992, οι Ashkanasy και συν¹²¹ αναφέρουν ότι από τα 18 εργαλεία μέτρησης της κουλτούρας που χρησιμοποιήθηκαν, το OCP είναι ένα από τα ελάχιστα εργαλεία που παρέχει πληροφορίες που αφορούν την εγκυρότητα και αξιοπιστία του¹²¹.

Το μικρό μέγεθος του αναθεωρημένου OCP αποτελεί σημαντικό πλεονέκτημα στη χρήση του από εργαζόμενους σε πολύπλοκους οργανισμούς όπως αυτούς της υγείας, όπου λόγω του φόρτου εργασίας τους έχουν περιορισμένο χρόνο να διαθέσουν για συμμετοχή τους σε έρευνες που απαιτούν τη συμπλήρωση μακροσκελών ερωτηματολογίων. Το εργαλείο OCP απαιτεί επτά λεπτά για να συμπληρωθεί. Επίσης, παρά το μικρό του μέγεθος (28 δηλώσεις) έχει ένα πολύ ικανοποιητικό συντελεστή αξιοπιστίας Cronbach's alpha που ανέρχεται στο 0.75⁶¹.

Ακόμα, το OCP περιλαμβάνει διαστάσεις που σχετίζονται ξεκάθαρα με την ποιότητα υπηρεσιών και την ικανοποίηση των ασθενών (καινοτομία, υποστηρικτικότητα και έμφαση στην ανταμοιβή)⁶¹. Το εργαλείο OCP μπορεί να χρησιμοποιηθεί: α) για την καλύτερη κατανόηση ομοιοτήτων και διαφορών στα προφίλ οργανωσιακής κουλτούρας και ιδιαίτερα στην περίπτωση που προτείνονται συγχωνεύσεις ή αναλήψεις οργανισμών, β) στον εντοπισμό στόχων για οργανωσιακή αλλαγή για την επιβίωση, προσαρμογή και ευημερία ενός οργανισμού σε ένα μεταβαλλόμενο περιβάλλον και στην παρακολούθηση της οργανωσιακής αλλαγής (π. χ. υιοθέτηση νέων αξιών, ηγετικών στυλ και προσεγγίσεων επίλυσης προβλημάτων) και γ) να παρέχει τα κατάλληλα υποστηρικτικά δεδομένα στην επιλογή και πρόσληψη νέων εργαζομένων¹²²⁻¹²⁵.

Επιπλέον, το OCP παρέχει τη δυνατότητα εκτίμησης των αλλαγών στις αξίες ενός ατόμου με την πάροδο του χρόνου, συγκρίνοντας το προφίλ ατομικών αξιών σε μία χρονική περίοδο με το προφίλ αξιών του σε άλλες περιόδους. Το ίδιο ισχύει και για τη σύγκριση των αξιών του οργανισμού⁵⁷. Επομένως, οι αλλαγές στο «ταίριασμα του ατόμου στον οργανισμό» μπορούν να εκτιμηθούν με το κατά πόσο το άτομο ή ο οργανισμός έχουν αλλάξει και προς ποια κατεύθυνση⁵⁷. Η εκτίμηση του «ταίριασματος του ατόμου στον οργανισμό» είναι χρήσιμη γιατί ενισχύει την ικανότητα πρόβλεψης του βαθμού αλλαγής των αξιών ενός ατόμου από την ιδιότητα που αποκτά ως μέλος του οργανισμού και την έκταση στην οποία το άτομο θα συμμορφωθεί στους κανόνες του οργανισμού⁵⁷.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΠΦΥ) ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ

Για την ολοκληρωμένη κατανόηση της οργανωσιακής δομής και λειτουργίας των κέντρων ΠΦΥ στην Κύπρο αλλά και της κουλτούρας που χαρακτηρίζει τους επαγγελματίες υγείας στο επίπεδο της ΠΦΥ, θα προηγηθεί αναλυτική περιγραφή των εννοιών της ΠΦΥ και των χαρακτηριστικών της ειδικότητας της γενικής ιατρικής.

4.1. Ορισμός Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ)

Σύμφωνα με τη διακήρυξη της Alma Ata το 1978 που εκδόθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας¹²⁶ (ΠΟΥ): *«η ΠΦΥ είναι η βασική φροντίδα υγείας που στηρίζεται σε πρακτικές, επιστημονικά ορθές και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογία και η οποία παρέχει καθολική πρόσβαση σε άτομα και στις οικογένειες τους με κόστος το οποίο τόσο η κοινότητα όσο και η κάθε χώρα μπορεί να διαθέσει. Αποτελεί δε, το πρώτο επίπεδο επαφής των ατόμων, της οικογένειας και της κοινότητας, και μαζί με το εθνικό σύστημα υγείας του οποίου αποτελεί τον κεντρικό άξονα, μεταφέρουν τη φροντίδα υγείας κοντά στο χώρο όπου τα άτομα ζουν και εργάζονται αποτελώντας το πρώτο στοιχείο στη διαδικασία παροχής συνεχούς φροντίδας υγείας¹⁶²»*, (WHO, 1978).

Το 1996 το Ινστιτούτο Ιατρικής (Institute Of Medicine- IOM) των Η. Π. Α. μέσω της Επιτροπής για το Μέλλον της ΠΦΥ εξέδωσε τον ακόλουθο ορισμό: *«Η Π ΦΥ είναι η παροχή ολοκληρωμένων (ενσωματωμένων, συντονισμένων, συνεχιζόμενων), προσβάσιμων υπηρεσιών φροντίδας υγείας από κλινικούς ιατρούς που είναι υπεύθυνοι για τη διαχείριση των πλείστων προσωπικών αναγκών φροντίδας υγείας των ασθενών, μέσα από την ανάπτυξη ενός διαρκούς συνεταιρισμού με τους ασθενείς, και οι οποίοι παρέχουν τις υπηρεσίες τους στο πλαίσιο της οικογένειας και της κοινότητας¹²⁷»*.

Η ΠΦΥ δεν αποτελεί ειδικότητα, αλλά παρέχεται από επαγγελματίες με εξειδίκευση στη Γενική/ Οικογενειακή Ιατρική. Στην Ευρώπη, η ΠΦΥ είναι συνυφασμένη με τη γενική ιατρική, αλλά οι δύο έννοιες δεν είναι συνώνυμες και διαφέρουν από χώρα σε χώρα. Σε μερικές χώρες όπου η γενική ιατρική είναι καλά αναπτυγμένη, οι λειτουργίες και τα χαρακτηριστικά της ΠΦΥ αλληλεπικαλύπτονται με αυτά της γενικής ιατρικής, η οποία κατέχει κυρίαρχη θέση στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Σε

άλλες χώρες η ΠΦΥ παρέχεται και από άλλους ειδικούς όπως παιδίατρους, γυναικολόγους, ειδικούς παθολόγους και καρδιολόγους¹²⁸.

4.2. Ορισμοί και χαρακτηριστικά της Γενικής Ιατρικής

Το Βρετανικό Κολέγιο των Γενικών Ιατρών¹²⁹ εξέδωσε πριν από 35 χρόνια τον ακόλουθο ορισμό για το γενικό ιατρό: *«Ο γενικός ιατρός είναι ο ιατρός που παρέχει προσωπική, πρωτοβάθμια και συνεχή ιατρική φροντίδα σε άτομα και οικογένειες. Μπορεί να παρακολουθεί τους ασθενείς στο σπίτι τους, στο ιατρείο του, και κάποιες φορές στο νοσοκομείο. Αποδέχεται την ευθύνη λήψης της αρχικής απόφασης για κάθε πρόβλημα με το οποίο εμφανίζεται ο ασθενής προς αυτόν, ενώ όποτε το θεωρήσει αναγκαίο μπορεί να διαβουλευθεί με άλλους ειδικούς ιατρούς. Οι διαγνώσεις του θα λαμβάνουν υπόψη τη φυσική και ψυχοκοινωνική κατάσταση του ασθενούς. Θα παρεμβαίνει εκπαιδευτικά, προληπτικά και θεραπευτικά για την προαγωγή της υγείας του ασθενούς¹²⁹».*

Το 1998, ο ΠΟΥ¹³⁰ εξέδωσε ένα κείμενο το οποίο περιελάμβανε επτά χαρακτηριστικά που αντιπροσωπεύουν τη γενική ιατρική, τα οποία είναι τα εξής:

Η γενική ιατρική,

α) παρέχει γενικευμένη φροντίδα. Αυτό υποδηλώνει ότι, αντιμετωπίζει όλο το εύρος των μη επιλεγμένων προβλημάτων υγείας και δεν αποκλείει κατηγορίες του πληθυσμού ως προς το φύλο, ηλικία, εθνικότητα, θρησκεία ή κοινωνική τάξη,

β) είναι συνεχής, καθώς οι παρεμβάσεις που γίνονται δεν περιορίζονται σε ένα επεισόδιο φροντίδας αλλά καλύπτει τις ανάγκες του ασθενούς μακροχρόνια και είναι προσωποκεντρική,

γ) είναι ολοκληρωμένη, αφού παρέχει υπηρεσίες που περιλαμβάνουν την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της ασθένειας, τη θεραπευτική και υποστηρικτική φροντίδα και τη φροντίδα αποκατάστασης με γνώμονα τη σχέση ιατρού-ασθενούς λαμβάνοντας υπόψη τους σωματικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες,

δ) είναι προσανατολισμένη στην οικογένεια με την έννοια ότι, αντιμετωπίζει τα ατομικά προβλήματα του κάθε ασθενούς μέσα στο κοινωνικό και πολιτισμικό του περιβάλλον και συνεκτιμά στην απόφαση για θεραπεία τις συνθήκες διαβίωσης στο σπίτι και στην εργασία,

ε) είναι προσανατολισμένη στην κοινότητα, αφού αντιμετωπίζει τα ατομικά προβλήματα των ασθενών στα πλαίσια των αναγκών υγείας της κοινότητας,

στ) προάγει τη συνεργασία, αφού οι γενικοί ιατροί εργάζονται ομαδικά με άλλους επαγγελματίες πολλών ειδικοτήτων, αναθέτει την παροχή της φροντίδας υγείας σε άλλους όταν κριθεί απαραίτητο και ασκεί ηγετικό ρόλο,

ζ) είναι συντονίζουσα, αφού παρέχει φροντίδα στην πρώτη επαφή, παραπέμπει ασθενείς σε άλλες ιατρικές ειδικότητες, παρέχει πληροφορίες στους ασθενείς για τις διαθέσιμες υπηρεσίες και συντονίζει την παρεχόμενη φροντίδα¹³⁰.

Ο πιο πρόσφατος ορισμός της γενικής ιατρικής εκδόθηκε το 2002 από την Ευρωπαϊκή Εταιρεία της Γενικής Ιατρικής που εκπροσωπείται στην Παγκόσμια Οργάνωση των Γενικών Ιατρών (WONCA)¹³¹. Σύμφωνα με τον ορισμό αυτό, «η Γενική/Οικογενειακή Ιατρική είναι ένας ακαδημαϊκός και επιστημονικός κλάδος που έχει το δικό του εκπαιδευτικό περιεχόμενο, τη δική του ερευνητική και κλινική δραστηριότητα βασισμένη στην τεκμηρίωση και αποτελεί κλινική ειδικότητα προσανατολισμένη στην ΠΦΥ¹³¹».

Οι γενικοί/οικογενειακοί ιατροί είναι εξειδικευμένοι ιατροί εκπαιδευμένοι σύμφωνα με τις αρχές του επιστημονικού τους κλάδου. Είναι προσωπικοί ιατροί κύρια υπεύθυνοι για την παροχή ολοκληρωμένης και συνεχιζόμενης φροντίδας σε κάθε άτομο που αναζητά ιατρική φροντίδα ανεξάρτητα από την ηλικία, το φύλο και την ασθένεια. Φροντίζουν τα άτομα στο πλαίσιο της οικογένειάς τους, της κοινότητας και της κουλτούρας τους σεβόμενοι πάντοτε την αυτονομία των ασθενών τους. Αναγνωρίζουν ότι έχουν επαγγελματική υπευθυνότητα απέναντι στην κοινότητα τους. Στη διαπραγμάτευση των σχεδίων διαχείρισης με τους ασθενείς τους ενσωματώνουν σωματικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς, πολιτισμικούς και υπαρξιακούς παράγοντες. Οι γενικοί/οικογενειακοί ιατροί εξασκούν τον

επαγγελματικό τους ρόλο προάγοντας την υγεία, προλαμβάνοντας τη νόσο και παρέχοντας θεραπεία, φροντίδα ή ανακούφιση¹³¹.

4.3. Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών ΠΦΥ στην Κύπρο

Οι υπηρεσίες ΠΦΥ παρέχονται από τους γενικούς ιατρούς στα 42 Κ. Υ. που λειτουργούν σε όλες τις επαρχίες του νησιού. Έξι από αυτά λειτουργούν ως εξωτερικά ιατρεία στα νοσοκομεία Λεμεσού, Πάφου, Λάρνακας, Αμμοχώστου, Πόλεως Χρυσοχούς και Κυπερούντας, 14 Κ. Υ. είναι αστικά και 22 Κ. Υ. είναι αγροτικά. Η στελέχωση των Κ. Υ. ποικίλει ανάλογα με τον πληθυσμό ευθύνης και τις ιδιαιτερότητες της κάθε περιοχής και μπορεί να περιλαμβάνει γενικούς ιατρούς, ψυχίατρο, οδοντίατρο, παιδίατρο και νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό.

Τα Κ. Υ. δεν αποτελούν αυτοδιοικούμενες μονάδες αλλά, η διοίκηση γίνεται κεντρικά από το Υπουργείο Υγείας και ειδικότερα από το Τμήμα Ιατρικών Υπηρεσιών και Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας (Τ. Ι. Υ. & Υ. Δ. Υ.)¹³². Ο Διευθυντής του Τ. Ι. Υ. & Υ. Δ. Υ.) έχει την ευθύνη για τη στελέχωση των Κ. Υ. με το αναγκαίο ιατρικό προσωπικό ενώ, ο Διευθυντής νοσηλευτικών Υπηρεσιών έχει την ευθύνη για τη στελέχωση των Κ. Υ. με τον απαιτούμενο αριθμό νοσηλευτικού προσωπικού. Η ιεραρχική δομή στο ιατρικό (άνωτερος ιατρικός λειτουργός, ιατρικός λειτουργός α' τάξης, ιατρικός λειτουργός β' τάξης) και νοσηλευτικό προσωπικό (πρώτος νοσηλευτικός λειτουργός, ανώτερος νοσηλευτικός λειτουργός, νοσηλευτικός λειτουργός) δεν τηρείται στα πλείστα Κ. Υ. Αυτό συμβαίνει λόγω του ότι δεν υπάρχει επαρκής αριθμός γενικών ιατρών και νοσηλευτών για τη στελέχωση των Κ. Υ. και οι γενικοί ιατροί που προάγονται σε θέση ανώτερου ή πρώτου ιατρικού λειτουργού αναλαμβάνουν διοικητικές θέσεις είτε στο Υπουργείο Υγείας είτε ως διευθυντές νοσοκομείων. Καθότι οι αποφάσεις λαμβάνονται κεντρικά για την κατανομή πόρων τόσο από πλευράς υλικοτεχνικού εξοπλισμού όσο και από πλευράς ανθρώπινου δυναμικού, παρατηρείται συχνά υποστελέχωση και μειωμένος εξοπλισμός των αγροτικών Κ. Υ. και υπερεπάρκεια εξοπλισμού και προσωπικού στα αστικά Κ. Υ.¹³³.

Στα Κ. Υ. εκτελούνται αιμοληψίες, περιποίηση τραυμάτων, ηλεκτροκαρδιογραφήματα, βραχεία νοσηλεία (ενδοφλέβια ενυδάτωση ασθενών, αντιμετώπιση επειγόντων καταστάσεων όπως αλλεργικές αντιδράσεις, κρίση άσθματος) ενώ τα πιο σοβαρά περιστατικά παραπέμπονται στο τμήμα πρώτων βοηθειών του πλησιέστερου νοσοκομείου. Τα Κ. Υ δεν διαθέτουν ακτινολογικό ή αιματολογικό εργαστήριο. Οι γενικοί ιατροί δεν εκτελούν εφημερίες στα Κ. Υ. εκτός από αυτούς που εργάζονται σε κάποια αγροτικά Κ. Υ. ή αγροτικά νοσοκομεία (π. χ. νοσοκομείο Πόλης Χρυσοχούς, Κυπερούντας, Ευρύχου, Κ. Υ. Παλαιχωρίου, Αγρού, Πύργου)¹³². Οι υπόλοιποι γενικοί ιατροί και νοσηλευτές ακολουθούν το ωράριο των δημοσίων υπαλλήλων (καθημερινά από τις 7:30- 14:30 μ. μ. και επιπλέον κάθε Τετάρτη από τις 15:00- 18:00 μ. μ.)¹³².

4.3.1. Προβλήματα στην οργάνωση και παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ και στη Γενική Ιατρική στην Κύπρο

Ένα από τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά του Κυπριακού συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας αποτελεί η απουσία ενός δραστικού συστήματος ΠΦΥ, ανεξάρτητου από την παρεχόμενη νοσοκομειακή φροντίδα. Η διαχείριση των υπηρεσιών υγείας γίνεται κεντρικά από το Υπουργείο Υγείας το οποίο επικεντρώνεται στην εξυπηρέτηση των αναγκών της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας και λιγότερο στην ενίσχυση της ΠΦΥ. Οι ιατροί πρώτης γραμμής είναι μεν οι γενικοί ιατροί αλλά δεν αποτελούν δραστική «πύλη εισόδου» (gatekeeping) στο σύστημα υγείας σε σύγκριση με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες, αφού για αρκετές ειδικότητες (δερματολογία, γυναικολογία, ωτορινολαρυγγολογία, οφθαλμολογία, χειρουργική, παιδιατρική) η πρόσβαση για τους ασθενείς είναι ελεύθερη χωρίς την ανάγκη παραπεμπτικού. Επιπλέον, οι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα επιλογής του γενικού ιατρού που τους παρακολουθεί, ενώ για το ίδιο πρόβλημα υγείας μπορούν να επισκεφθούν περισσότερους από ένα γενικό ιατρό καθώς και διαφορετικά Κ. Υ. Αυτό οδηγεί σε ασυνέχεια στην παρεχόμενη φροντίδα υγείας, σε αδυναμία οικοδόμησης σχέσης εμπιστοσύνης ανάμεσα στον ασθενή και τον ιατρό, σε επανάληψη εξετάσεων και σε πολυφαρμακία που τελικά οδηγούν σε σπατάλη. Οι ιατρικοί φάκελοι ασθενών φυλάσσονται στα Κ. Υ. και στα τμήματα των

εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων αλλά αν οι ασθενείς μετακινούνται μεταξύ των Κ. Υ. κάθε φορά δημιουργούνται νέοι φάκελοι με αποτέλεσμα το ιστορικό τους να είναι κατακερματισμένο αφού για ένα ασθενή μπορεί να υπάρχουν περισσότεροι από ένας ιατρικοί φάκελοι¹³³.

Παρότι στην Κύπρο υπάρχει οργανωμένο σύστημα Π. Φ. Υ. εδώ και 40 χρόνια, η ειδικότητα της γενικής ιατρικής έχει αναγνωρισθεί βάση νόμου την τελευταία δεκαετία. Η μη αναγνώριση του ρόλου και της αποτελεσματικότητας της ειδικότητας της γενικής ιατρικής και ο νοσοκομειοκεντρικός προσανατολισμός του Υπουργείου Υγείας από πλευράς κατανομής ανθρώπινου δυναμικού και υλικοτεχνικού εξοπλισμού, έχει ως αποτέλεσμα την τοποθέτηση των γενικών ιατρών σε χαμηλότερη μισθολογική κλίμακα σε σχέση με τους ιατρούς άλλων ειδικοτήτων ενώ οι ευκαιρίες για επαγγελματική ανέλιξη είναι περιορισμένες¹³³.

Στα αγροτικά Κ. Υ. στα οποία οι γενικοί ιατροί απουσιάζουν τις περισσότερες μέρες λόγω των περιουσιών που εκτελούν στα διάφορα περιφερειακά ιατρεία παρατηρείται συνήθως συμφόρηση των ασθενών¹³³. Εκτός αυτού, η περιορισμένη δυνατότητα νοσηλείας στις αγροτικές περιοχές αλλά και η μειωμένη εκπροσώπηση του ιδιωτικού τομέα επιτείνουν το πρόβλημα με αποτέλεσμα πολύ συχνά οι ιατροί να δυσκολεύονται να εξυπηρετήσουν αποτελεσματικά τους ασθενείς αλλά και οι ασθενείς να αντιδρούν. Σε σύγκριση με τους γενικούς ιατρούς στη Μ. Βρετανία των οποίων η λίστα ασθενών ανέρχεται σε 1,700-2,000 με μέσο όρο τέσσερις επισκέψεις κατ' έτος, στα αγροτικά Κ. Υ. στην Κύπρο παρατηρείται πολύ μεγαλύτερος αριθμός ασθενών/ ιατρό αφού το αντίστοιχο νούμερο ανέρχεται στους 5,317 ασθενείς/ ιατρό και ο μέσος όρος επισκέψεων 6-12/ έτος¹³³.

Ήδη από το 1991 εμπειρογνώμονες από τις Η. Π. Α. και τη Μ. Βρετανία μελέτησαν το σύστημα υγείας της Κύπρου και κατέληξαν στις ακόλουθες επισημάνσεις¹³⁴.

α) Το σύστημα φροντίδας υγείας παρέχει κατακερματισμένη φροντίδα με ελάχιστη συνέχεια στη φροντίδα και πτωχή επικοινωνία μεταξύ των ιατρών του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα.

β) Δεν υπάρχει οργανωμένο σύστημα ΠΦΥ και ελάχιστοι πόροι διατίθενται στον τομέα πρόληψης της νόσου.

γ) Παρότι το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού δικαιούται δωρεάν ιατρική περίθαλψη στο δημόσιο τομέα εντούτοις επιλέγει τον ιδιωτικό τομέα.

δ) Τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα υπάρχει αναποτελεσματικότητα που χαρακτηρίζεται από μειωμένη χρήση των διευκολύνσεων και επανάληψη των διαφόρων υπηρεσιών.

ε) Η διοίκηση των υπηρεσιών υγείας τόσο στον ιδιωτικό όσο και στο δημόσιο τομέα είναι επιφανειακή ενώ υπάρχουν ελάχιστα στοιχεία διαθέσιμα για τις δαπάνες, τις δραστηριότητες και την παρακολούθηση των εκβάσεων υγείας.

στ) Δεν υπάρχει σύστημα κλινικού ελέγχου (clinical audit) ή διασφάλισης της ποιότητας (quality assurance) ούτε παρουσία στάνταρτς (standards).

ζ) Η εισαγωγή ενός εθνικού σχεδίου ασφάλισης υγείας είναι αναγκαία για να αντιμετωπίσει τα πιο πάνω προβλήματα. Ταυτόχρονα θα πρέπει να γίνουν μεταρρυθμίσεις στην παροχή των υπηρεσιών υγείας, διαφορετικά τα προβλήματα θα αυξηθούν όπως και οι δαπάνες¹³⁴.

Η επιτροπή εμπειρογνομόνων κατέθεσε μία σειρά από εισηγήσεις οι οποίες αποτέλεσαν τον κεντρικό άξονα πάνω στον οποίο στηρίχθηκε η κυβέρνηση για την ψήφιση νόμου για την εισαγωγή ενός νέου Γενικού Σχεδίου Υγείας¹³⁵ (ΓΕ. Σ. Υ.) τον Απρίλιο του 2001. Τα κυριότερα σημεία της νομοθετικής αυτής μεταρρύθμισης συνοψίζονται στα ακόλουθα:

α) Ιδρύεται νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου όπως και ξεχωριστό ταμείο στο οποίο θα συνεισφέρουν οι εργοδότες, οι εργαζόμενοι, οι εισοδηματίες, οι συνταξιούχοι και το κράτος (Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας). Όλοι οι μόνιμοι κάτοικοι Κύπρου είναι δικαιούχοι ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης εφόσον καταβάλουν μία ελάχιστη εισφορά από το μισθό τους που ανέρχεται στο 2% των ολικών αποδοχών για τους εργαζόμενους και στο 2% της σύνταξης κάθε συνταξιούχου.

β) Η παρεχόμενη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη περιλαμβάνει την παροχή υπηρεσιών γενικής ιατρικής από «προσωπικούς ιατρούς» και υπηρεσιών

εξειδικευμένης φροντίδας από ιατρούς ειδικοτήτων τόσο σε εξωτερικούς ασθενείς όσο και σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε νοσηλευτήρια. Επίσης περιλαμβάνει τις αναγκαίες διαγνωστικές και παρακλινικές εξετάσεις, την οδοντιατρική φροντίδα, τη χορήγηση των αναγκαίων φαρμάκων, τη νοσηλεία σε νοσηλευτήρια συμβεβλημένα με τον οργανισμό, ιατρική αποκατάσταση και κατ' οίκον επισκέψεις από τους προσωπικούς ιατρούς.

γ) Η Π.ΦΥ αποτελεί κυρίαρχη θέση στο σύστημα υγείας και θα παρέχεται από γενικούς ιατρούς (Γ. Ι.), οι οποίοι μπορούν να εργάζονται ιδιωτικά ή σε ομάδες και θα είναι συμβεβλημένοι με τον οργανισμό και στους οποίους θα εγγράφονται άτομα που δεν θα ξεπερνούν το όριο των 2,500 ανά ιατρό. Το 75% του εισοδήματος των Γ. Ι. θα βασίζεται στο μέγεθος του καταλόγου και το υπόλοιπο θα αποτελεί πρόσθετη αμοιβή που θα βασίζεται στα έτη άσκησης ιατρικής, στα προσόντα και την απόδοση των ιατρών.

δ) Οι Γ. Ι. θα παρέχουν υπηρεσίες συνήθους φροντίδας υγείας σε παιδιά και ενήλικες, επείγουσας φροντίδας, υπηρεσίες πρόληψης και προ-συμπτωματικό έλεγχο νοσημάτων και υπηρεσίες προαγωγής της υγείας. Επίσης θα έχουν ρόλο «ρυθμιστή-διακινητή» προς τη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας¹³⁵.

Η αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των Γ. Ι. θα ελέγχεται με τους ακόλουθους τρόπους:

α) με έλεγχο του ηλεκτρονικού φακέλου ασθενών για έλεγχο της επαρκούς συμπλήρωσης του ιατρικού ιστορικού των ασθενών, των χορηγούμενων συνταγών και των παραπομπών που θα γίνονται προς τα άλλα επίπεδα φροντίδας,

β) με έλεγχο της συμμόρφωσης των ασθενών στα κλινικά πρωτόκολλα που θα αναπτυχθούν και θα αφορούν προγράμματα προ-συμπτωματικού ελέγχου και διαχείριση συνήθων προβλημάτων υγείας,

γ) με έλεγχο του αριθμού των δικαιούχων που θα είναι εγγεγραμμένοι στον κατάλογο τους, την παρεχόμενη κάλυψη 365 μέρες/ έτος, τις ώρες εργασίας, το σύστημα ραντεβού και τη διατήρηση επαρκούς πληροφορίας των ασθενών, παραπόνων ή αποτελεσμάτων από μελέτες ικανοποίησης,

δ) με έλεγχο της ικανοποίησης των ασθενών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες και ιδιαίτερα για το χρόνο αναμονής και την πρόσβαση σε υπηρεσίες εκτός ωραρίου¹³⁶.

Παρότι έχει ήδη περάσει μία δεκαετία από τη ψήφιση του νομοθετικού πλαισίου για το νέο ΓΕ. Σ. Υ. δεν έχει επιτευχθεί σημαντική πρόοδος για την εφαρμογή του.

4.4. Αναγκαιότητα της μελέτης

Τον τελευταίο καιρό συζητείται ιδιαίτερα η σταδιακή εφαρμογή του ΓΕ. Σ. Υ. που θα ξεκινήσει από το επίπεδο της ΠΦΥ. Με βάση την προοπτική αυτή, αναμένεται ότι θα γίνουν αρκετές αλλαγές σε οργανωσιακό επίπεδο, ώστε να μπορέσουν οι επαγγελματίες υγείας να ανταποκριθούν σε πρόσθετα καθήκοντα, αφού εκτός από τον ιατρικό τους ρόλο θα κληθούν να αναλάβουν τη διοίκηση διαφόρων επαγγελματικών ομάδων και τη διαχείριση υλικοτεχνικού εξοπλισμού και οικονομικών πόρων. Η μελέτη αυτή μπορεί να προσδώσει σημαντική γνώση στους υπεύθυνους λειτουργούς του Υπουργείου Υγείας και του Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας για την υφιστάμενη οργανωσιακή κουλτούρα που διέπει τα Κ. Υ. καθώς και για άλλες εργασιακές παραμέτρους όπως ο βαθμός ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων και το επίπεδο ικανοποίησης των εργαζομένων πριν τη λήψη αποφάσεων για οποιεσδήποτε οργανωσιακές αλλαγές.

4.5. Σκοπός της μελέτης

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αποτύπωση της οργανωσιακής κουλτούρας που διέπει τα κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Κύπρο και ο προσδιορισμός του βαθμού ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων που βιώνουν οι ιατροί και νοσηλευτές που εργάζονται σε αυτά. Ειδικότερα, η μελέτη καλείται να απαντήσει στα ακόλουθα ερωτήματα:

4.5.1. Ερευνητικά ερωτήματα:

1. Ποιος είναι ο κυρίαρχος τύπος οργανωσιακής κουλτούρας που διέπει τα κέντρα ΠΦΥ στην Κύπρο;

2. Υπάρχουν διαφορές στον τύπο της οργανωσιακής κουλτούρας ανάμεσα στα Κ. Υ. ως προς την επαρχία ή τον πληθυσμό που αυτά εξυπηρετούν (αστικά/ αγροτικά);
3. Υπάρχουν διαφορές στον τύπο της οργανωσιακής κουλτούρας ανάμεσα στα Κ. Υ. ως προς την ιδιότητα, το φύλο, την ηλικία, την επαγγελματική θέση και τα έτη υπηρεσίας των εργαζομένων σε αυτά;
4. Υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στον τύπο της οργανωσιακής κουλτούρας και στην ικανοποίηση των εργαζομένων στα Κ. Υ.;
5. Ποιος ο βαθμός ικανοποίησης των εργαζομένων στην ΠΦΥ από τους προϊσταμένους, συνεργάτες, αμοιβή, περιεχόμενο εργασίας, συνθήκες εργασίας και προσδοκίες προαγωγής;
6. Ποιο είναι το επίπεδο ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων που επικρατεί ανάμεσα στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό των Κ. Υ. στην Κύπρο;
7. Υπάρχουν διαφορές στο βαθμό ασάφειας ή σύγκρουσης ρόλων ανάμεσα στα Κ. Υ. ως προς την επαρχία ή τον πληθυσμό που εξυπηρετούν (αστικά/ αγροτικά);
8. Υπάρχουν διαφορές στο βαθμό ασάφειας ή σύγκρουσης ρόλων ανάμεσα στα Κ. Υ. ως προς την ιδιότητα, το φύλο, την ηλικία, την επαγγελματική θέση και τα έτη υπηρεσίας των εργαζομένων σε αυτά;
9. Υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στο βαθμό ασάφειας ρόλων, σύγκρουσης ρόλων και στον τύπο της οργανωσιακής κουλτούρας στα Κ. Υ.;
10. Υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στο βαθμό ασάφειας ρόλων, σύγκρουσης ρόλων και στην ικανοποίηση των εργαζομένων στα Κ. Υ. στην Κύπρο;

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

1.1. Πληθυσμός της μελέτης

Πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσε το σύνολο των γενικών ιατρών και νοσηλευτών που εργάζονται στα κέντρα ΠΦΥ σε ολόκληρη την Κύπρο. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Υπουργείου Υγείας και της Στατιστικής Υπηρεσίας Κύπρου, κατά το έτος 2010 στα κέντρα ΠΦΥ υπηρετούσαν 144 γενικοί ιατροί και 162 νοσηλευτές¹³².

1.2. Περιγραφή του ερευνητικού εργαλείου

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο (επισυνάπτεται στο παράρτημα ΙΙΙ) το οποίο δομείται σε τρία μέρη: το πρώτο μέρος περιλαμβάνει δηλώσεις που αφορούν την παρουσία ή όχι ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων στην εργασία, το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει δηλώσεις που αφορούν τον τύπο της οργανωσιακής κουλτούρας και δηλώσεις που αφορούν την εργασιακή ικανοποίηση και το τελευταίο μέρος περιλαμβάνει ερωτήσεις που αφορούν τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων (π. χ. φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, έτη υπηρεσίας, επαρχία εργασίας).

1.2.1. Εργαλείο μέτρησης της ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων

Η έρευνα για τη θεωρία των ρόλων ξεκίνησε από τη δεκαετία του 1950 με τη χρήση των κλιμάκων ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων των Rizzo και συν⁸⁷ οι οποίες ακόμα και σήμερα αποτελούν τις συχνότερα εφαρμοσμένες κλίμακες σε ποσοστό που φθάνει το 85% των μελετών. Η κατασκευή των δύο κλιμάκων βασίστηκε στη θεωρία των ρόλων και στην κλασσική οργανωσιακή θεωρία σύμφωνα με την οποία κάθε εργασιακή θέση σε μια οργανωτική δομή πρέπει να έχει ξεκάθαρες εργασιακές απαιτήσεις³⁷. Το εργαλείο των Rizzo και συν⁸⁷ περιλαμβάνει έξι και οκτώ δηλώσεις

ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων αντίστοιχα οι οποίες παρατίθενται στον ακόλουθο πίνακα 1.

Πίνακας 1. Δηλώσεις ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων που περιλαμβάνονται στο ερευνητικό εργαλείο των Rizzo και συν⁸⁷.

Δηλώσεις ασάφειας ρόλου	Δηλώσεις σύγκρουσης ρόλου
Είμαι σίγουρος/η για την έκταση της εξουσίας που έχω στη δουλειά μου	Στη δουλειά μου ασχολούμαι με πράγματα που το καθένα θέλει διαφορετική αντιμετώπιση
Στη δουλειά μου υπάρχουν ξεκάθαροι και προγραμματισμένοι στόχοι	Μου ανατίθενται εργασίες χωρίς να υπάρχει η ανθρώπινη βοήθεια που απαιτείται για να ολοκληρωθούν αυτές
Γνωρίζω ότι μοιράζω σωστά το χρόνο μου	Πρέπει να έρθω σε σύγκρουση με διαδικασίες ή κανόνες προκειμένου να διεκπεραιώσω κάποια εργασία
Γνωρίζω ποιες είναι οι ευθύνες μου	Εργάζομαι με δύο ή περισσότερες ομάδες ατόμων που λειτουργούν διαφορετικά
Γνωρίζω επακριβώς τι περιμένουν οι άλλοι από εμένα	Στη δουλειά μου παίρνω οδηγίες που είναι αντιφατικές μεταξύ τους
Οι επεξηγήσεις που μου δίνονται στη δουλειά μου για το τι πρέπει να γίνει είναι ξεκάθαρες	Στη δουλειά μου κάνω πράγματα τα οποία γίνονται αποδεκτά μόνο από ορισμένα άτομα
	Μου ανατίθεται κάποια εργασία χωρίς τους επαρκείς πόρους και υλικά για να την εκτελέσω
	Στη δουλειά μου ασχολούμαι με μη αναγκαία πράγματα

1.2.1.1. Δηλώσεις ασάφειας ρόλων

Στο συγκεκριμένο ερευνητικό εργαλείο, ο βαθμός ασάφειας ρόλων εκτιμάται σε σχέση με την προβλεψιμότητα του αποτελέσματος ή της απάντησης στη συμπεριφορά κάποιου ατόμου και με την παρουσία σαφήνειας στις απαιτήσεις συμπεριφοράς με τη μορφή εισροών από το περιβάλλον. Αυτές μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την καθοδήγηση της συμπεριφοράς και την παροχή γνώσης για την καταλληλότητα της συμπεριφοράς (δηλώσεις 1-6). Συνεπώς, οι δηλώσεις που περιλαμβάνονται στο εργαλείο των Rizzo και συν⁸⁷, αντανακλούν τα καθήκοντα, τη δικαιοδοσία, την κατανομή του χρόνου και τις σχέσεις με άλλους, τη σαφήνεια ή την παρουσία οδηγιών, ντιρεκτίβων ή πολιτικών και την ικανότητα να προβλέπουν τα αποτελέσματα ή τη συμπεριφορά⁸⁸.

1.2.1.2. Δηλώσεις σύγκρουσης ρόλων

Στο συγκεκριμένο εργαλείο εξετάζονται οι ακόλουθες μορφές σύγκρουσης ρόλων:

1. Σύγκρουση ανάμεσα στα εσωτερικά στάνταρντ ή αξίες του κατόχου ρόλου και την καθορισμένη συμπεριφορά ρόλου (δηλώσεις 7, 14). Πρόκειται για σύγκρουση που αφορά τον ίδιο ρόλο (intra-role conflict) ή το ίδιο το άτομο που αναλαμβάνει μία συγκεκριμένη θέση ή ρόλο⁸⁸.
2. Σύγκρουση ανάμεσα στο χρόνο, πόρους ή ικανότητες του κατόχου ρόλου και της καθορισμένης συμπεριφοράς ρόλου (δηλώσεις 8, 13). Όταν η ασυμβατότητα προκαλείται από ένα άλλο άτομο σε ένα σχετικό ρόλο, αυτό αποτελεί σύγκρουση αποστολέα του ρόλου (intra-sender conflict) ή μπορεί να προέρχεται από τον ίδιο τον οργανισμό. Από την πλευρά του κατόχου ρόλου υπάρχει σύγκρουση που αφορά τον ίδιο το άτομο και το συγκεκριμένο ρόλο (intra-role conflict)⁸⁸.
3. Σύγκρουση μεταξύ αρκετών ρόλων για το ίδιο άτομο που απαιτούν διαφορετικές ή ασύμβατες συμπεριφορές ή αλλαγές στη συμπεριφορά στο πλαίσιο μιας συγκεκριμένης κατάστασης όπως για παράδειγμα, η υπερφόρτωση ρόλου (δήλωση 10). Στην περίπτωση αυτή, πρόκειται για

σύγκρουση μεταξύ ρόλων (inter-role conflict) για τον κάτοχο ρόλου καθώς το άτομο αναλαμβάνει περισσότερες από μία θέσεις στο σύστημα ρόλων⁸⁸.

4. Συγκρουόμενες προσδοκίες και οργανωσιακές απαιτήσεις με τη μορφή ασύμβατων πολιτικών (δήλωση 9), συγκρουόμενες απαιτήσεις από άλλους (δήλωση 11) και ασύμβατα στάνταρντ εκτίμησης (δήλωση 12)⁸⁸.

Οι απαντήσεις έχουν δοθεί σε κλίμακα τύπου Likert¹¹⁶ πέντε διαβαθμίσεων (1= ποτέ ως 5= πάντοτε). Η μετάφραση στα Ελληνικά έχει γίνει από τον αναπληρωτή καθηγητή του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, κ. Α. Κουστέλιο¹³⁷ από τον οποίο έχει παραχωρηθεί η άδεια χρήσης του ερωτηματολογίου στο Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου.

1.3. Εργαλείο μέτρησης του προφίλ της οργανωσιακής κουλτούρας (Organizational Culture Profile)

Για το δεύτερο μέρος της μελέτης, που αφορά τη μέτρηση της οργανωσιακής κουλτούρας στην ΠΦΥ, χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Organizational Culture Profile (OCP) των O'Reilly και Chatman¹³⁸ το οποίο έχει μεταφραστεί στα Ελληνικά από την κα. Β. Μπέλλου¹³⁹ από την οποία έχει εξασφαλιστεί η σχετική άδεια χρήσης.

Οι συγκεκριμένες προτάσεις περιγράφουν κάποια χαρακτηριστικά που ενδεχομένως να είναι σημαντικά για τους εργαζόμενους, καθώς και εκείνα που απαιτούνται από τα μέλη του εκάστοτε οργανισμού (συμπεριφορικά πρότυπα) ώστε να διαπιστωθεί αν υπάρχει «ταίριασμα του ατόμου στον οργανισμό» (person-organization fit). Οι συμπεριφορικοί κανόνες που μετρά το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο οργανωσιακής κουλτούρας καθορίζονται από δύο διαστάσεις. Η πρώτη από τις δύο διαστάσεις, καταγράφει τις προσδοκίες για συμπεριφορές που οδηγούν σε εκπλήρωση υψηλής ικανοποίησης των αναγκών ενώ η δεύτερη διάσταση καταγράφει τα πραγματικά συμπεριφορικά πρότυπα, την πραγματική κουλτούρα του οργανισμού¹³⁸. Η πρώτη διάσταση, περιγράφεται από τις δηλώσεις της αριστερής στήλης του εργαλείου με τίτλο: «πόσο σημαντικά πιστεύετε ότι είναι τα παρακάτω χαρακτηριστικά για την

εργασία σας;». Η δεύτερη διάσταση περιγράφεται από τις δηλώσεις της δεξιάς στήλης του εργαλείου με τίτλο: «κατά πόσο πιστεύετε ότι το τμήμα στο οποίο εργάζεστε προάγει τα παρακάτω χαρακτηριστικά¹³⁸;».

Για τη συγκεκριμένη μελέτη χρησιμοποιήθηκε η σύντομη μορφή του ερωτηματολογίου που περιλαμβάνει 28 δηλώσεις αντί του αρχικού ερωτηματολογίου που περιελάμβανε 54 δηλώσεις μετά από εξασφάλιση σχετικής άδειας από τον καθηγητή J. Sarros⁶¹. Οι 28 δηλώσεις κατηγοριοποιούνται σε επτά ομάδες σύμφωνα με τις κοινές αξίες κάθε ομάδας, όπως φαίνεται στον πίνακα 2. Οι απαντήσεις έχουν δοθεί σε κλίμακα τύπου Likert¹¹⁶ πέντε διαβαθμίσεων (1 = πάρα πολύ ως 5 = καθόλου).

Οι επιμέρους άδειες χρήσης των ερωτηματολογίων παρατίθενται στο παράρτημα I.

Πίνακας 2. Κατηγοριοποίηση των δηλώσεων του ερωτηματολογίου OCP σε επτά ομάδες σύμφωνα με το περιεχόμενο της κάθε ομάδας⁶¹

Κατηγορία δηλώσεων	Δήλωση
Υποστηρικτικότητα (Supportiveness)	<p>Το να υπάρχει προσανατολισμός στην ομαδικότητα</p> <p>Το να μοιράζονται οι εργαζόμενοι τις πληροφορίες ελεύθερα</p> <p>Το να υπάρχει προσανατολισμός στους ανθρώπους</p> <p>Συνεργασία μεταξύ των εργαζομένων</p>
Καινοτομία (Innovation)	<p>Καινοτομία</p> <p>Γρήγορη εκμετάλλευση ευκαιριών</p> <p>Ανάληψη κινδύνου</p> <p>Ανάληψη προσωπικής ευθύνης</p>
Ανταγωνιστικότητα (Competitiveness)	<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>
Προσανατολισμός στην απόδοση (Performance orientation)	<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 (Stability)	<p>Σταθερότητα</p> <p>Το να είναι ο εργαζόμενος ήρεμος</p> <p>Αίσθημα ασφάλειας στην εργασία</p> <p>Χαμηλό επίπεδο συγκρούσεων</p>
Έμφαση στην ανταμοιβή (Emphasis on Rewards)	<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>
Κοινωνική υπευθυνότητα (Social Responsibility)	<p>Το να είναι ο εργαζόμενος σκεπτόμενος</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>

Τέλος, το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για τη μελέτη περιελάμβανε επτά δηλώσεις μέτρησης του βαθμού ικανοποίησης οι οποίες αφορούσαν τους προϊσταμένους, τους συνεργάτες, το περιεχόμενο εργασίας, την αμοιβή, τις προσδοκίες προαγωγής, τις συνθήκες και συνολικά από την εργασία¹³⁹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

2.1. Πιλοτική μελέτη για την πολιτισμική προσαρμογή του ερωτηματολογίου

Καθότι η μετάφραση στα ελληνικά είχε ήδη προηγηθεί τόσο για το μέρος του ερωτηματολογίου που αφορούσε την ασάφεια και σύγκρουση ρόλων, όσο και για το μέρος του ερωτηματολογίου που αφορούσε την οργανωσιακή κουλτούρα, κρίθηκε απαραίτητη η πολιτισμική προσαρμογή του (cultural adaptation) πριν τη χρήση στη μελέτη.

Για το σκοπό αυτό, πραγματοποιήθηκε πιλοτική μελέτη σε τυχαίο δείγμα 20 ιατρών και νοσηλευτών που εργάζονται στο Γ. Ν. Λευκωσίας από τους οποίους ζητήθηκε να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο (02/06/10) και να σημειώσουν τυχόν παρατηρήσεις ως προς τις οδηγίες συμπλήρωσης του, τη διατύπωση και το περιεχόμενο των ερωτήσεων ή αν υπήρχαν συγκεκριμένες φράσεις ή λέξεις που δεν ήταν κατανοητές. Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε στα ίδια άτομα, δύο εβδομάδες αργότερα για την αξιολόγηση της αξιοπιστίας των επαναληπτικών μετρήσεων (17/06/10) με τη χρήση του συντελεστή συσχέτισης Pearson (r).

Οι προτάσεις των συμμετεχόντων στην πιο πάνω διαδικασία ενσωματώθηκαν στην τελική μορφή του ερωτηματολογίου το οποίο χρησιμοποιήθηκε στη μελέτη. Στον πίνακα 3 παρατίθενται οι δηλώσεις στο αγγλικό ερωτηματολόγιο, ακολούθως η ελληνική μετάφραση και η διαμόρφωση των δηλώσεων του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε στη μελέτη μετά την πολιτισμική προσαρμογή.

Πίνακας 3. Τελική διαμόρφωση του ερωτηματολογίου μετά την πολιτισμική προσαρμογή.

Ερώτηση (σελίδα ερωτηματολογίου)	Αγγλικός όρος	Ελληνική μετάφραση	Τελική διαμόρφωση μετά από πολιτισμική προσαρμογή
14 (2)	I work on unnecessary things	Στη δουλειά μου ασχολούμαι με ανώφελα πράγματα	Στη δουλειά μου ασχολούμαι με μη αναγκαία πράγματα
4 (3)	Risk taking	Ρίσκο	Ανάληψη κινδύνου
12 (3)	Taking individual responsibility	Ατομική υπευθυνότητα	Ανάληψη προσωπικής ευθύνης
27 (5)	Being competitive	Ανταγωνισμός	Το να είναι ο εργαζόμενος ανταγωνιστικός
28 (5)	Being highly organized	Καλή οργάνωση	Το να έχει ο εργαζόμενος υψηλό βαθμό οργάνωσης

Μετά την τελική τους διαμόρφωση, τα ερωτηματολόγια αποστάληκαν υπηρεσιακά σε όλα τα Κ. Υ. της Κύπρου. Σε κάθε ερωτηματολόγιο υπήρχε συνοδευτικό ενημερωτικό σημείωμα το οποίο περιελάμβανε αναλυτική περιγραφή του σκοπού της μελέτης, οδηγίες για τη συμπλήρωση και έντυπο συγκατάθεσης για συμμετοχή στη μελέτη. Ακολούθησαν συνολικά τέσσερις τηλεφωνικές συνδιαλέξεις με τους διευθυντές των Κ. Υ. Η πρώτη αφορούσε την ενημέρωσή τους για το σκοπό της μελέτης, τη διαβεβαίωση για εθελοντική συμμετοχή των γενικών ιατρών και νοσηλευτών στη μελέτη και την εξασφάλιση της ανωνυμίας τους, ενώ ταυτόχρονα επιβεβαιώθηκε η παραλαβή των ερωτηματολογίων. Οι επόμενες είχαν τη μορφή υπενθυμίσεων για τη συμπλήρωση και αποστολή των ερωτηματολογίων. Η μελέτη διεξάχθηκε μεταξύ 01/07-30/07/10.

2.2. Μεθοδολογικές προσεγγίσεις που χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη

Κάθε ψυχομετρική κλίμακα πρέπει να διακρίνεται για τις δύο βασικές της ιδιότητες: την αξιοπιστία (reliability) και την εγκυρότητα της (validity). Ο Hammersley¹⁴⁰ υποστηρίζει ότι «ένα εργαλείο είναι έγκυρο ή αληθές εάν αντιπροσωπεύει επακριβώς τις διαστάσεις ενός φαινομένου που σκοπεύει να περιγράψει, να εξηγήσει ή να διαμορφώσει σε θεωρητικό επίπεδο¹⁴⁰». Η εγκυρότητα συνίσταται στο κατά πόσο η κλίμακα μετρά αυτό που επικαλείται ότι μετρά.

2.2.1. Παραγοντική ανάλυση (Factor analysis)

Με τη διαδικασία της παραγοντικής ανάλυσης ένας μεγάλος αριθμός μεταβλητών μειώνεται σε ένα μικρότερο αριθμό παραγόντων και ως εκ τούτου δεν περιγράφει μία εξαρτημένη μεταβλητή¹⁴¹. Όπως αναφέρουν οι Ραφτόπουλος και Θεοδοσοπούλου¹⁴¹, «η παραγοντική ανάλυση σχεδιάστηκε για να εξετάσει τη συν-διακύμανση μιας ομάδας μεταβλητών και να ερμηνεύσει τις συσχετίσεις ανάμεσα σε αυτές τις μεταβλητές, ομαδοποιώντας τις σε παράγοντες¹⁴¹». Σύμφωνα με τους Reymont και Joreskog¹⁴², η παραγοντική ανάλυση «είναι ένας γενικός όρος που χρησιμοποιούμε προκειμένου να περιγράψουμε μία σειρά από μεθόδους οι οποίες σχεδιάστηκαν για να αναλύσουν τις σχέσεις μεταξύ κάποιων μεταβλητών ή αντικειμένων που άγουν στη διαμόρφωση υποθετικών μεταβλητών ή αντικειμένων που ονομάζονται παράγοντες και υποτίθεται ότι περιέχουν την ίδια σημαντική πληροφορία που περιέχεται και σε μια μεγαλύτερη ομάδα παρατηρούμενων μεταβλητών ή αντικειμένων τα οποία μειώνουν τη συνολική συνθετότητα των δεδομένων¹⁴²».

2.2.1.1. Επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση (confirmatory factor analysis)

Στην επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση ο ερευνητής ξεκινά με μία υπόθεση πριν από την ανάλυση. Η υπόθεση αυτή βασίζεται σε μια ισχυρή θεωρία ή μια παρατήρηση ενώ ορίζει ποιες μεταβλητές θα σχετίζονται με ποιους παράγοντες, όπως επίσης και ποιοι παράγοντες θα σχετίζονται μεταξύ τους¹⁴³. Εξ' ορισμού αυτού του είδους η παραγοντική ανάλυση είναι πιο αξιόπιστη στην αξιολόγηση της εγκυρότητας εννοιολογικής κατασκευής της κλίμακας. Έχοντας προσδιορίσει ο ερευνητής εκ των προτέρων τους παράγοντες, είναι σε θέση να τους συγκρίνει με αυτούς που βρέθηκαν

από μια ομάδα δεδομένων, προκειμένου να προσδιορίσει την καταλληλότητα του μοντέλου (goodness of fit)¹⁴¹.

Στην παρούσα μελέτη, χρησιμοποιήθηκε παραγοντική ανάλυση κύριων αξόνων (principal axis factoring) για τις δηλώσεις του ερωτηματολογίου οργανωσιακής κουλτούρας OCP. Ο προσδιορισμός των παραγόντων έγινε σύμφωνα με το κριτήριο Kaiser¹⁴⁴. Ο κανόνας του Kaiser¹⁴⁴ προτείνει την απόρριψη των παραγόντων με ιδιοτιμή (eigenvalue) <1. Χρησιμοποιήθηκε στρέψη varimax (varimax rotation) η οποία αποτελεί τη συχνότερα χρησιμοποιούμενη μέθοδο στρέψης των αξόνων. Ονομάζεται έτσι διότι ο στόχος μας γύρω από τη στρέψη είναι η μεγιστοποίηση της διακύμανσης της νέας μεταβλητής [που είναι ο παράγοντας] μειώνοντας τη διακύμανση γύρω από το νέο παράγοντα. Πρόκειται για μία ορθογώνια στρέψη που στοχεύει στη μεγιστοποίηση της διακύμανσης των τετραγώνων των φορτίσεων ενός παράγοντα (στήλη) για όλες τις μεταβλητές (γραμμή) σε ένα πίνακα φόρτισης παραγόντων διαφοροποιώντας τις γνήσιες μεταβλητές από τους εξαχθέντες παράγοντες. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι μειώνεται ο αριθμός των μεταβλητών που παρουσιάζουν υψηλές φορτίσεις σε κάθε ένα παράγοντα¹⁴¹. Σε γενικές γραμμές, παραγοντικές φορτίσεις της τάξης του 0.71 θεωρούνται πολύ υψηλές, 0.63 υψηλές, 0.55 ικανοποιητικές, 0.45 μέτριες, 0.32 χαμηλές και <0.30 μη αξιολογήσιμες¹⁴⁵.

Η ανάλυση παραγόντων για το εργαλείο OCP αρχικά έδειξε 6 παράγοντες. Η κάθε ερώτηση ξεχωριστά, θεωρήθηκε σημαντική για κάποιο παράγοντα αν η φόρτιση της ήταν τουλάχιστο 0.55. Η διακύμανση που εξηγείται από τους 6 παράγοντες είναι 65.1%. Ο πρώτος παράγοντας είναι ο πιο σημαντικός αφού εξηγεί το 32.6% με ιδιοτιμή 9.1. Ο δεύτερος παράγοντας εξηγεί το 11.6% με ιδιοτιμή 3.3, ο τρίτος παράγοντας εξηγεί το 7.1% με ιδιοτιμή 1.9, ο τέταρτος εξηγεί το 5.5% με ιδιοτιμή 1.5, ο πέμπτος παράγοντας εξηγεί το 4.6% με ιδιοτιμή 1.3 και τέλος, ο έκτος παράγοντας εξηγεί το 3.8% με ιδιοτιμή 1.1. Οι παράγοντες καλύπτουν σχεδόν όλες τις ερωτήσεις με μόλις πέντε να έχουν παραγοντική φόρτιση κάτω από 0.55.

2.3. Αξιοπιστία του ερευνητικού εργαλείου (reliability)

Η αξιοπιστία εσωτερικής συνάφειας/ συνέπειας (internal consistency reliability) εκτιμά το βαθμό στον οποίο όλα τα στοιχεία μιας αθροιστικής κλίμακας μετρούν την ίδια εννοιολογική κατασκευή. Η παράμετρος αυτή μετρείται με το συντελεστή Cronbach's alpha. Οι Gronlund και Linn¹⁴⁶ υποστηρίζουν ότι «η αξιοπιστία αναφέρεται στα αποτελέσματα που επιτυγχάνει ένα εργαλείο αξιολόγησης και όχι στο ίδιο το εργαλείο. Συνεπώς είναι πιο λειτουργικό να μιλάμε για αξιοπιστία των τιμών της δοκιμασίας ή της μέτρησης παρά της δοκιμασίας ή του εργαλείου¹⁴⁶». Το όριο για το χαρακτηρισμό μιας κλίμακας ως αξιόπιστης είναι η τιμή του συντελεστή $\alpha > 0.70$ ^{147, 148}. Ο Nunnally¹⁴⁹ ωστόσο υποστηρίζει ότι ένας συντελεστής εσωτερικής συνάφειας Cronbach's alpha μεταξύ 0.5-0.6 είναι αρκετός στα αρχικά στάδια της μελέτης, ενώ όταν πρόκειται να εξαχθούν σημαντικά συμπεράσματα το ελάχιστο είναι ένας $\alpha = 0.90$ με πιο επιθυμητή τιμή $\alpha = 0.95$ ¹⁴⁹).

Στην παρούσα μελέτη ο συντελεστής α βρέθηκε 0.80 για τις ερωτήσεις που αφορούσαν την ασάφεια ρόλων, 0.81 για τις ερωτήσεις της σύγκρουσης ρόλων, 0.91 για τις ερωτήσεις που αφορούσαν την οργανωσιακή κουλτούρα και 0.85 για τις ερωτήσεις επαγγελματικής ικανοποίησης.

2.3.1. Αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων (test-retest reliability)

Η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων αναφέρεται στην ικανότητα ενός ερωτηματολογίου να παρέχει μετρήσεις που χαρακτηρίζονται από ακρίβεια και σταθερότητα σε βάθος χρόνου. Για το σκοπό αυτό, εφαρμόζεται η ίδια κλίμακα στα ίδια άτομα στις ίδιες συνθήκες σε διαφορετικό χρόνο (συνήθως μερικές εβδομάδες) και ακολουθεί συσχετισμός των δύο βαθμολογιών. Συνήθως όσο μικρότερος είναι ο χρόνος που αντιστοιχεί για τη δεύτερη μέτρηση τόσο ισχυρή είναι η συσχέτιση¹⁴¹. Με τον τρόπο αυτό διαπιστώνεται η σταθερότητα των αποτελεσμάτων σε εξωτερικούς παράγοντες συνήθως με τη χρήση του συντελεστή συσχέτισης Pearson r μεταξύ της κλίμακας πριν και μετά από λίγες εβδομάδες¹⁵⁰.

Στην παρούσα μελέτη, η τιμή του συντελεστή συσχέτισης r , ήταν 0.52 για τις ερωτήσεις ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων, 0.50 για τις ερωτήσεις οργανωτικής κουλτούρας και 0.50 για τις ερωτήσεις επαγγελματικής ικανοποίησης.

2.4. Χρήση κλιμάκων τύπου Likert¹¹⁶

Η χρήση κλιμάκων, όπως του τύπου Likert¹¹⁶ αποτελεί μία κοινή πρακτική στις περισσότερες έρευνες¹⁴¹. Στις κλίμακες τύπου Likert¹¹⁶, ο ερευνητής θέτει ένα αριθμό δηλώσεων στη θέση των ερωτήσεων για τα χαρακτηριστικά των διαφόρων υπηρεσιών¹⁴¹. Αυτές οι δηλώσεις μπορεί να είναι είτε θετικές είτε αρνητικές. Κάθε πρόταση διαβαθμίζεται σε κλίμακες από την απόλυτη συμφωνία μέχρι την απόλυτη διαφωνία¹⁴¹. Τα πλεονεκτήματα των κλιμάκων τύπου Likert¹¹⁶ είναι ότι εξοικονομούν χώρο, είναι ομοιόμορφες και συμπληρώνονται γρήγορα επειδή είναι εύκολες στην απομνημόνευση, οπότε ο ερωτώμενος πρέπει μόνο να συγκεντρωθεί στις προτάσεις που διαβάζει¹⁵⁰. Επίσης αν και είναι κλίμακες διάταξης (ordinal scales) θεωρούνται κλίμακες διαστήματος (interval scales) χωρίς να επηρεάζονται δραματικά οι τύποι σφαλμάτων I και II (type I, type II errors)¹⁵¹.

Σύμφωνα με το Miller¹⁵² το ανθρώπινο μυαλό έχει τη δυνατότητα να διακρίνει ένα εύρος επτά απαντήσεων με μία απόκλιση ± 2 . Υψηλοί συντελεστές αξιοπιστίας έχουν βρεθεί για 5βαθμες, 7βαθμες και 9βαθμες κλίμακες¹⁵³⁻¹⁵⁵.

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε 5βάθμη κλίμακα τύπου Likert¹¹⁶ η οποία για το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου που αφορούσε την ασάφεια και σύγκρουση ρόλων είχε τις ακόλουθες βαθμίδες: 1= ποτέ, 2= σπάνια, 3= κάποτε, 4= συχνά και 5= πάντοτε. Για το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου το οποίο περιελάμβανε δηλώσεις για τη μέτρηση του τύπου της οργανωσιακής κουλτούρας και του βαθμού επαγγελματικής ικανοποίησης, η κλίμακα είχε τις εξής διαβαθμίσεις: 1= πάρα πολύ, 2= αρκετά, 3= μέτρια, 4= λίγο, 5= καθόλου.

2.5. Δεοντολογία-Βιοηθική

Για τη διεξαγωγή της μελέτης, λήφθηκε άδεια από τη Διευθύντρια Ιατρικών Υπηρεσιών και Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και από το Διευθυντή Νοσηλευτικών

Υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας. Η επιτροπή βιοηθικής σε προηγούμενη γνωμάτευση της για τη διεξαγωγή της ίδιας μελέτης στο νοσοκομείο Λεμεσού έκρινε ότι «η μελέτη δεν εμπίπτει στη σφαίρα αρμοδιοτήτων της». Ως εκ τούτου, δε ζητήθηκε άδεια από την επιτροπή βιοηθικής. Όλες οι επιστολές για έγκριση της διεξαγωγής της μελέτης παρατίθενται στο παράρτημα II.

2.6. Στατιστική ανάλυση

Για τη στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των αποτελεσμάτων της μελέτης χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS (version 16). Οι συνεχείς μεταβλητές εκφράστηκαν ως μέσοι όροι \pm τυπικές αποκλίσεις (mean \pm SD), ενώ οι κατηγορικές μεταβλητές εκφράστηκαν ως συχνότητες και ποσοστά. Για τη συσχέτιση των μεταβλητών με τα χαρακτηριστικά του δείγματος χρησιμοποιήθηκαν έλεγχοι υποθέσεων θέτοντας ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας το 95% ($\alpha=0.05$).

Για κατηγορικές μεταβλητές με δύο μεταβλητές έγινε έλεγχος με το Κριτήριο t (t-test). Για περισσότερες από δύο ομάδες έγινε έλεγχος με τη χρήση της Ανάλυσης Διασποράς (Analysis of variance) ANOVA τόσο με ένα όσο και με δύο παράγοντες. Επιπλέον, στις περιπτώσεις που βρέθηκε στατιστική σημαντικότητα και υπήρχε ομοσκεδαστικότητα, έγινε post-hoc ανάλυση με βάση το Κριτήριο Tukey και με το Κριτήριο Dunnett's T3, στις περιπτώσεις όπου υπήρχε τεροσκεδαστικότητα για να διερευνηθούν οι διάφορες κατηγορίες.

Για τον έλεγχο κατηγορικών μεταβλητών από τις οποίες δύο είναι ανεξάρτητες και μία εξαρτημένη χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος χ^2 (χ^2 test). Για την ανάλυση των διαφορών μεταξύ δύο αντιστοιχισμένων ομάδων ή δύο σειρών αντιστοιχισμένων δεδομένων της ίδιας ομάδας χρησιμοποιήθηκε το Κριτήριο t κατά ζεύγη (paired t-test). Το ζεύγος των δύο παρατηρήσεων πρέπει να σχετίζεται μεταξύ τους δηλαδή να είναι εξαρτημένο.

Στην παρούσα μελέτη αντιστοιχίστηκαν οι δηλώσεις για τη μέτρηση της οργανωσιακής κουλτούρας των δύο στηλών του ερωτηματολογίου για τον υπολογισμό της μεταξύ τους διαφοράς. Συγκεκριμένα, αντιστοιχίστηκαν τα δεδομένα

της στήλης με τίτλο: «πόσο σημαντικά πιστεύετε ότι είναι τα παρακάτω χαρακτηριστικά για την εργασία σας;» με αυτά της στήλης με τίτλο: «κατά πόσο πιστεύετε ότι το τμήμα στο οποίο εργάζεστε προάγει τα παρακάτω χαρακτηριστικά;».

Σε μία πρόσφατη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για τη χρήση των παραμετρικών δοκιμασιών (κριτήριο t και ανάλυση διασποράς) οι οποίες προϋποθέτουν συνεχείς μεταβλητές, οι Jaccard και Wan¹⁵¹ συνοψίζουν ότι «ακόμα και σοβαρή παραβίαση της προϋπόθεσης αυτής δεν φαίνεται να επηρεάζει δραματικά το p-value¹⁵¹».

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από το σύνολο των 306 επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στα κέντρα ΠΦΥ στην Κύπρο συμμετείχαν στη μελέτη 223 άτομα (ποσοστό 72.9%). Διανεμήθηκαν 144 και 162 ερωτηματολόγια στους γενικούς ιατρούς και νοσηλευτές αντίστοιχα από τα οποία συμπληρώθηκαν 97 (67.4%) και 126 (77.8%). Οι γυναίκες αποτέλεσαν τη συντριπτική πλειονότητα του πληθυσμού της μελέτης (75.3% έναντι 24.7% των ανδρών) αφού οι επαγγελματίες υγείας (γενικοί ιατροί και νοσηλευτικό προσωπικό) που εργάζονται στην ΠΦΥ είναι κυρίως γυναίκες (77.5%)¹³².

Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων στη μελέτη ήταν 42.6 ± 10.7 έτη [εύρος 21-63 έτη]. Στατιστικά σημαντική διαφορά αναδείχθηκε ανάμεσα στη μέση ηλικία των ιατρών και νοσηλευτών που συμμετείχαν στη μελέτη (ιατροί vs νοσηλευτές: 46.1 ± 10.0 έτη vs 39.9 ± 10.4 έτη, $p= 0.000$), όπως και ανάμεσα στο μέσο όρο των ετών εργασίας στο δημόσιο τομέα και στο φύλο (άνδρες vs γυναίκες: 11.7 ± 9.85 έτη vs 16.7 ± 10.9 έτη, $p= 0.004$).

Οι νοσηλευτές που συμμετείχαν στη μελέτη εργάζονται περισσότερα χρόνια τόσο στο δημόσιο τομέα αλλά και στο συγκεκριμένο τμήμα σε σύγκριση με τους γενικούς ιατρούς, ευρήματα που ήταν στατιστικά σημαντικά. Συγκεκριμένα, ο μέσος όρος ετών στην υπηρεσία για τους ιατρούς που συμμετείχαν στη μελέτη ήταν 12.5 ± 9.85 , ενώ για τους νοσηλευτές ήταν 17.8 ± 11.1 , ($p= 0.000$). Αντίστοιχα, ο μέσος όρος ετών στο συγκεκριμένο τμήμα για τους ιατρούς που συμμετείχαν στη μελέτη ήταν 5.8 ± 5.9 , ενώ για τους νοσηλευτές ήταν 10.0 ± 9.0 , ($p= 0.000$).

Η πλειονότητα των συμμετεχόντων στη μελέτη εργάζονται σε αγροτικά Κ. Υ. (49.5%) ενώ περισσότεροι εργαζόμενοι εργάζονται στην επαρχία Λευκωσίας (45.2%). Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού της μελέτης καταγράφονται στον πίνακα 1 και στα γραφήματα 1-6, στο παράρτημα IV. Επίσης όλοι οι πίνακες των αποτελεσμάτων της μελέτης παρουσιάζονται στο παράρτημα IV.

3.1. Αποτελέσματα ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων

Στον πίνακα 2 καταγράφονται οι μέσοι όροι για κάθε μία από τις έξι και οκτώ δηλώσεις ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων αντίστοιχα, και για το σύνολο τους. Ο υψηλότερος μέσος όρος για τις δηλώσεις ασάφειας ρόλων στους εργαζομένους στην ΠΦΥ καταγράφηκε για τη δήλωση «γνωρίζω ποιες είναι οι ευθύνες μου» (4.62 ± 0.73) ενώ ο χαμηλότερος καταγράφηκε για τη δήλωση «οι επεξηγήσεις που μου δίνονται στη δουλειά μου για το τι πρέπει να γίνει είναι ξεκάθαρες» (3.68 ± 1.01).

Αντίστοιχα, ο χαμηλότερος μέσος όρος για τις δηλώσεις σύγκρουσης ρόλων αφορούσε τη δήλωση, «στη δουλειά μου ασχολούμαι με μη αναγκαία πράγματα» (2.60 ± 1.10) και ο υψηλότερος για τη δήλωση, «στη δουλειά μου ασχολούμαι με πράγματα που το καθένα θέλει διαφορετική αντιμετώπιση» (4.43 ± 0.67). Δεν αναδείχθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στον πληθυσμό της μελέτης και το βαθμό ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων ως προς το φύλο, την ηλικιακή ομάδα, την οικογενειακή κατάσταση, την επαγγελματική ιδιότητα και την επαγγελματική θέση (πίνακας 3).

Όσον αφορά τον πληθυσμό της μελέτης, στατιστικά σημαντική διαφορά σημειώθηκε ανάμεσα στην ασάφεια ρόλων και τα έτη υπηρεσίας. Συγκεκριμένα, όπως φαίνεται στον πίνακα 4, εργαζόμενοι που είχαν συμπληρώσει ≥ 16 έτη υπηρεσίας δήλωσαν μεγαλύτερη σαφήνεια στην άσκηση των εργασιακών τους ρόλων σε σύγκριση με εργαζομένους που είχαν 6-15 έτη υπηρεσίας (μέσος όρος 4.22 vs, 3.88, $p=0.007$).

Παρόμοια αποτελέσματα καταγράφηκαν για τους γενικούς ιατρούς που συμμετείχαν στη μελέτη, αφού όσοι είχαν συμπληρώσει ≥ 16 έτη υπηρεσίας δήλωσαν μεγαλύτερη σαφήνεια στην άσκηση των εργασιακών τους ρόλων σε σύγκριση με αυτούς που

είχαν 6-15 έτη υπηρεσίας (μέσος όρος 4.33 vs 3.68, $p= 0.004$), όπως απεικονίζεται στον πίνακα 5.

Όσον αφορά τον πληθυσμό των νοσηλευτών της μελέτης, δεν καταγράφηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στην ασάφεια ή σύγκρουση ρόλων και το φύλο, την ηλικιακή ομάδα, το χώρο εργασίας, τα έτη υπηρεσίας και τα έτη υπηρεσίας στο παρών τμήμα (πίνακας 6).

3.2. Αποτελέσματα μέτρησης της οργανωσιακής κουλτούρας

Στον πίνακα 7 παρουσιάζονται οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις για κάθε μία από τις επτά κατηγορίες δηλώσεων οργανωσιακής κουλτούρας. Σύμφωνα με τις δηλώσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη, η κατηγορία οργανωσιακής κουλτούρας «προσανατολισμός στην απόδοση» αποτελεί τον επιθυμητό τύπο κουλτούρας ανάμεσα στους εργαζομένους στην ΠΦΥ στην Κύπρο (μέσος όρος: 1.39 ± 0.04). Οι κατηγορίες «υποστηρικτικότητα» και «σταθερότητα» αποτελούν επίσης δύο σημαντικούς τύπους κουλτούρας που θα έπρεπε να διέπουν τα Κ. Υ. όπως φαίνεται από τα ευρήματα της μελέτης (μέσοι όροι: 1.41 ± 0.13 και 1.43 ± 0.08). Αντίθετα, οι κατηγορίες «ανταγωνιστικότητα» και «καινοτομία» αποτελούν τις ασθενέστερες μορφές κουλτούρας που θα πρέπει να χαρακτηρίζουν την ΠΦΥ (μέσοι όροι: 1.73 ± 0.42 και 1.59 ± 0.16), όπως φαίνεται στον πίνακα 8.

Ο έλεγχος με το κριτήριο t ανά ζεύγη (paired t-test), ανέδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές για όλες τις κατηγορίες δηλώσεων οργανωσιακής κουλτούρας, ανάμεσα στη σημασία που προσδίδουν οι εργαζόμενοι στην ΠΦΥ για καθένα από τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της εργασίας τους και στο βαθμό που αυτά προάγονται από το τμήμα στο οποίο εργάζονται, όπως φαίνεται στον πίνακα 8. Όπως αποτυπώνεται στον πίνακα 8, η κυρίαρχη κουλτούρα που προάγεται στην ΠΦΥ είναι η «υποστηρικτικότητα» (μέσος όρος: 2.37 ± 0.80) και η «κοινωνική υπευθυνότητα» (μέσος όρος: 2.38 ± 0.83). Αντίθετα η κουλτούρα που κυριαρχεί λιγότερο στην ΠΦΥ είναι η «έμφαση στην ανταμοιβή» (μέσος όρος: 2.91 ± 0.94).

Στατιστικά σημαντική διαφορά καταγράφηκε ανάμεσα στο φύλο του πληθυσμού της μελέτης και της ομάδας δηλώσεων που αφορούν την «έμφαση στην ανταμοιβή». Χαρακτηριστικά, οι γυναίκες εργαζόμενοι στην ΠΦΥ πιστεύουν ότι η «έμφαση στην ανταμοιβή» αποτελεί σημαντικότερο τύπο κουλτούρας σε σύγκριση με τον ανδρικό πληθυσμό της μελέτης (μέσος όρος 1.39 vs 1.62, $p= 0.036$), όπως αναδεικνύεται στον πίνακα 9. Δεν αναδείχθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις κατηγορίες δηλώσεων της οργανωσιακής κουλτούρας και το χώρο εργασίας (αστικό/ αγροτικό Κ. Υ./ εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου). Επίσης, δεν καταγράφηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις κατηγορίες δηλώσεων της οργανωσιακής κουλτούρας και την επαγγελματική ιδιότητα (ιατροί/ νοσηλεύτες), τα έτη υπηρεσίας στο σύνολο τους και τα έτη υπηρεσίας στον παρόντα χώρο εργασίας. Αντίθετα, σημειώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην ηλικιακή ομάδα των συμμετεχόντων και την κατηγορία «προσανατολισμός στην απόδοση». Όπως φαίνεται στον πίνακα 10, εργαζόμενοι που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 35-44 ετών πιστεύουν ότι ο «προσανατολισμός στην απόδοση» αποτελεί σημαντικότερο τύπο κουλτούρας σε σύγκριση με άτομα ηλικίας ≤ 34 ετών (μέσος όρος 1.27 vs 1.52, $p= 0.047$).

Στατιστικά σημαντική διαφορά σημειώθηκε ανάμεσα στο προσωπικό των κέντρων υγείας στις επαρχίες της Κύπρου και σε πέντε από τις επτά κατηγορίες της οργανωσιακής κουλτούρας. Συγκεκριμένα, οι εργαζόμενοι στην επαρχία Λευκωσίας αποδίδουν μεγαλύτερη σημασία στις κατηγορίες της «υποστηρικτικότητας», «καινοτομίας», «προσανατολισμού στην απόδοση», «σταθερότητας» και «κοινωνικής υπευθυνότητας» για την εργασία τους σε σύγκριση με τους εργαζόμενους στην επαρχία Λεμεσού. Οι αντίστοιχοι μέσοι όροι ήταν: 1.37 vs 1.61, $p= 0.035$, 1.55 vs 1.87, $p= 0.018$, 1.29 vs 1.52, $p= 0.028$, 1.32 vs 1.64, $p= 0.005$ και 1.44 vs 1.70, $p= 0.008$. Ειδικά για την κατηγορία της «καινοτομίας» σημειώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο προσωπικό της ΠΦΥ της επαρχίας Πάφου και της επαρχίας Λεμεσού με τους εργαζόμενους στην επαρχία Πάφου να δηλώνουν ότι η «καινοτομία» είναι σημαντικότερο στοιχείο για την εργασία τους σε σύγκριση με τους εργαζόμενους στην επαρχία Λεμεσού (μέσος όρος 1.41 vs 1.87, $p= 0.018$), σύμφωνα με τον πίνακα 11.

Όσον αφορά τον πληθυσμό των γενικών ιατρών της μελέτης, δεν αναδείχθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις κατηγορίες οργανωσιακής κουλτούρας και το φύλο, την ηλικιακή ομάδα, τα έτη υπηρεσίας και το χώρο εργασίας.

Αντίθετα, καταγράφηκε στατιστικά σημαντική διαφορά για τον πληθυσμό των νοσηλευτών της μελέτης ανάμεσα στα δύο φύλα και τις κατηγορίες οργανωσιακής κουλτούρας: «υποστηρικτικότητα», «καινοτομία» και «έμφαση στην ανταμοιβή». Στις συγκεκριμένες κατηγορίες, (πίνακας 12) οι νοσηλεύτριες θεωρούν σημαντικότερα για την εργασία τους τα χαρακτηριστικά που περιλαμβάνονται στους πιο πάνω τύπους κουλτούρας σε σύγκριση με τους νοσηλευτές, με μέσους όρους για κάθε κατηγορία αντίστοιχα: 1.41 vs 1.79, $p=0.046$, 1.55 vs 1.91, $p=0.042$ και 1.40 vs 1.87, $p=0.030$). Επίσης, στατιστικά σημαντική διαφορά καταγράφηκε ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες του πληθυσμού των νοσηλευτών της μελέτης και την κατηγορία οργανωσιακής κουλτούρας «προσανατολισμός στην απόδοση». Νοσηλευτές που ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 35-44 ετών δήλωσαν ότι πιστεύουν ότι ο «προσανατολισμός στην απόδοση» αποτελεί σημαντικότερο χαρακτηριστικό για την εργασία τους σε σύγκριση με αυτούς που ήταν ≤ 34 ετών (1.29 vs 1.61, $p=0.024$), όπως φαίνεται στον πίνακα 13.

Για τον πληθυσμό των νοσηλευτών που συμμετείχαν στη μελέτη, αναδείχθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις κατηγορίες της οργανωσιακής κουλτούρας «υποστηρικτικότητα», «ανταγωνιστικότητα», «προσανατολισμός στην απόδοση», «σταθερότητα» και «έμφαση στην ανταμοιβή» και τα έτη υπηρεσίας. Συγκριμένα, νοσηλευτές που είχαν συμπληρώσει 6-15 έτη υπηρεσίας απέδωσαν μεγαλύτερη σημασία στα χαρακτηριστικά που συνθέτουν καθεμία από τις πιο πάνω κατηγορίες σε σύγκριση με αυτούς που είχαν συμπληρώσει 1-5 έτη υπηρεσίας όπως φαίνεται από τους αντίστοιχους μέσους όρους. Συγκεκριμένα, στην κατηγορία «υποστηρικτικότητα» οι μέσοι όροι για την ομάδα των νοσηλευτών με 6-15 και 1-5 έτη υπηρεσίας ήταν 1.30 vs 1.58, $p=0.049$, στην κατηγορία «ανταγωνιστικότητα» οι αντίστοιχες τιμές ήταν 1.52 vs 2.05, $p=0.016$, στην κατηγορία «προσανατολισμός στην απόδοση» ήταν 1.30 vs 1.66, $p=0.036$, στην κατηγορία «σταθερότητα» 1.27 vs 1.72, $p=0.026$ και στην κατηγορία «έμφαση στην ανταμοιβή» οι μέσοι όροι ήταν 1.23 vs 1.84, $p=0.009$ (πίνακας 14).

3.3. Αποτελέσματα επαγγελματικής ικανοποίησης

Όσον αφορά την ικανοποίηση του πληθυσμού της μελέτης, η μεγαλύτερη ικανοποίηση καταγράφηκε για τους συνεργάτες στην εργασία ενώ, η μικρότερη για τις προσδοκίες προαγωγής (μέσοι όροι 2.06 ± 0.89 και 3.17 ± 1.21 αντίστοιχα), όπως παρουσιάζεται στον πίνακα 15. Ποσοστό 23.3% και 24.5% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι είναι πάρα πολύ ικανοποιημένοι από τους προϊσταμένους τους, και τους συνεργάτες τους αντίστοιχα. Τα μικρότερα ποσοστά ικανοποίησης καταγράφηκαν για την ικανοποίηση από την αμοιβή και τις προσδοκίες προαγωγής (7.3% και 5.9% αντίστοιχα). Ο βαθμός ικανοποίησης του πληθυσμού της μελέτης για καθεμία από τις επτά διαστάσεις εργασιακής ικανοποίησης που εξετάστηκαν παρουσιάζονται στο γράφημα 7.

Στατιστικά σημαντική διαφορά για τον πληθυσμό της μελέτης, αναδείχθηκε ανάμεσα στα έτη υπηρεσίας και την ικανοποίηση από τους συνεργάτες και την αμοιβή. Όπως φαίνεται στον πίνακα 16, εργαζόμενοι που είχαν συμπληρώσει 1-5 έτη εργασίας δήλωσαν μεγαλύτερη ικανοποίηση από τους συνεργάτες τους σε σύγκριση με αυτούς που είχαν συμπληρώσει 6-15 έτη υπηρεσίας (μέσοι όροι: 1.82 vs 2.34, $p = 0.010$). Όσον αφορά την ικανοποίηση από την αμοιβή, εργαζόμενοι που είχαν ≥ 16 έτη στην υπηρεσία δήλωσαν μεγαλύτερη ικανοποίηση σε σύγκριση με συναδέλφους τους που είχαν συμπληρώσει 6-15 έτη υπηρεσίας (μέσοι όροι: 2.45 vs 2.89, $p = 0.025$).

Δεν καταγράφηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις επτά διαστάσεις της επαγγελματικής ικανοποίησης που εξετάστηκαν και την οικογενειακή κατάσταση ή την ηλικιακή ομάδα του πληθυσμού της μελέτης.

Στατιστικά σημαντική διαφορά αναδείχθηκε ανάμεσα στο βαθμό ικανοποίησης του προσωπικού των Κ. Υ. και την επαρχία εργασίας όπως φαίνεται στον πίνακα 17. Συγκεκριμένα, οι εργαζόμενοι στην επαρχία Αμμοχώστου δήλωσαν μεγαλύτερη ικανοποίηση από τους προϊσταμένους τους σε σύγκριση με τους εργαζόμενους στην επαρχία Λευκωσίας (μέσοι όροι: 1.56 vs 2.29, $p = 0.011$). Επίσης οι εργαζόμενοι στην επαρχία Αμμοχώστου δήλωσαν μεγαλύτερη ικανοποίηση από τις συνθήκες εργασίας τους σε σύγκριση με τους εργαζόμενους στις επαρχίες Λάρνακας και Λευκωσίας (μέσοι όροι: 1.90 vs 2.78 vs 2.97, $p = 0.001$). Τέλος, στατιστικά σημαντική διαφορά σημειώθηκε ανάμεσα στο βαθμό ικανοποίησης συνολικά από την

εργασία και στους εργαζόμενους στις επαρχίες Αμμοχώστου και Λεμεσού, με τους πρώτους να δηλώνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση (μέσοι όροι: 1.93 vs 2.47, $p= 0.020$).

Η μεγαλύτερη δυσαρέσκεια ανάμεσα στον πληθυσμό των γενικών ιατρών καταγράφηκε για τις προσδοκίες προαγωγής και τις συνθήκες εργασίας αφού σε ποσοστό 43.8% και 21.6% αντίστοιχα, δήλωσαν ότι δεν είναι ικανοποιημένοι (πίνακας 18), [κλίμακα απαντήσεων: «λίγο» και «καθόλου»]. Αντίστοιχα η μεγαλύτερη ικανοποίηση καταγράφηκε για τους συνεργάτες τους και για τους προϊστάμενους τους (ποσοστά 75.3% και 72.2% αντίστοιχα), [κλίμακα απαντήσεων: «πάρα πολύ» και «αρκετά»].

Οι νοσηλευτές που εργάζονται στην ΠΦΥ δήλωσαν τη μεγαλύτερη ικανοποίηση από τους συνεργάτες τους σε ποσοστό 74.8% και από το περιεχόμενο της εργασίας τους (ποσοστό 73.2%), [κλίμακα απαντήσεων: «πάρα πολύ» και «αρκετά»]. Αντίστοιχα η μικρότερη ικανοποίηση καταγράφηκε για τις προσδοκίες προαγωγής σε ποσοστό 21.1% και για τις συνθήκες εργασίας σε ποσοστό 15.3%, (πίνακας 19), [κλίμακα απαντήσεων: «λίγο» και «καθόλου»].

Στατιστικά σημαντική διαφορά σημειώθηκε ανάμεσα στην επαγγελματική ιδιότητα και την ικανοποίηση από την αμοιβή, με τους γενικούς ιατρούς να δηλώνουν μικρότερη ικανοποίηση σε σύγκριση με τους νοσηλευτές (μέσος όρος 2.77 vs 2.69, $p= 0.005$). Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν ανάμεσα στην επαγγελματική ιδιότητα και την ικανοποίηση από τις προσδοκίες προαγωγής με τους γενικούς ιατρούς να δηλώνουν μικρότερη ικανοποίηση σε σύγκριση με τους νοσηλευτές (μέσος όρος 3.51 vs 2.85, $p= 0.000$).

Η ανάλυση διασποράς κατά δύο παράγοντες (two way ANOVA) έδειξε ότι οι γυναίκες γενικοί ιατροί παρουσιάζουν τη μικρότερη ικανοποίηση τόσο ως προς την αμοιβή τους, όσο και ως προς τις προσδοκίες προαγωγής, ενώ αντίστοιχα οι νοσηλεύτριες δηλώνουν τη μεγαλύτερη ικανοποίηση. Χαρακτηριστικά, οι μέσοι όροι ικανοποίησης από την αμοιβή ήταν 2.85 ± 1.06 για τις γυναίκες ιατρούς και 2.38 ± 0.84 για τις νοσηλεύτριες, ($p= 0.039$), ενώ οι αντίστοιχες μέσες τιμές για την ικανοποίηση από τις προσδοκίες προαγωγής ήταν 3.74 ± 1.30 για τις γυναίκες ιατρούς και 2.75 ± 0.99 για τις νοσηλεύτριες, ($p= 0.001$).

Τέλος, σημειώθηκε ασθενής συσχέτιση ανάμεσα στην ικανοποίηση και την ασάφεια και σύγκρουση ρόλων ($r = -0.38$ και 0.20 αντίστοιχα). Αυτό σημαίνει ότι όσο περισσότερη σαφήνεια υπάρχει στην άσκηση των εργασιακών ρόλων τόσο περισσότερη ικανοποίηση εκφράζουν οι εργαζόμενοι. Το ίδιο ισχύει και για τη σύγκρουση ρόλων αλλά σε μικρότερο βαθμό καθώς η συσχέτιση με την ικανοποίηση είναι αρκετά ασθενέστερη.

3.4. Περιορισμοί της μελέτης

Στην παρούσα μελέτη, συμμετείχε το σύνολο των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στα κέντρα ΠΦΥ της Κύπρου και επομένως δεν υπάρχουν μεθοδολογικά προβλήματα που να σχετίζονται με την επιλογή του δείγματος. Για τη διεξαγωγή της μελέτης, χρησιμοποιήθηκε ένα ερευνητικό εργαλείο το οποίο ήταν ήδη μεταφρασμένο στα ελληνικά και είχε ήδη χρησιμοποιηθεί σε μελέτες στον ελληνικό χώρο. Παρά ταύτα, κρίθηκε αναγκαία η πολιτισμική προσαρμογή του πριν τη χρήση του στον Κυπριακό χώρο ώστε να βεβαιωθεί ότι δεν θα υπήρχαν προβλήματα κατανόησης του περιεχομένου των προτάσεων. Για το σκοπό αυτό, πραγματοποιήθηκε πιλοτική μελέτη σε δείγμα επαγγελματιών υγείας οι οποίοι κλήθηκαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο στο χρόνο μηδέν και 15 μέρες αργότερα. Ο έλεγχος αξιοπιστίας επαναληπτικών μετρήσεων έδειξε τιμές του συντελεστή συσχέτισης r , μεταξύ $0.50-0.52$ για τα τρία μέρη του ερευνητικού εργαλείου. Παρότι αναδεικνύεται μέτρια σχέση, εντούτοις επειδή πρόκειται για ψυχομετρική κλίμακα και οι απαντήσεις των ατόμων επηρεάζονται από απρόβλεπτους παράγοντες μπορεί να θεωρηθεί αρκετά ικανοποιητική. Η πιλοτική μελέτη οδήγησε στην τροποποίηση πέντε προτάσεων (από τις οποίες μία αφορούσε τις δηλώσεις σύγκρουσης ρόλων και τέσσερεις τις δηλώσεις οργανωσιακής κουλτούρας). Παρά την τροποποίηση του ερωτηματολογίου, η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας του ερευνητικού εργαλείου διατηρήθηκε υψηλή με τιμές του συντελεστή Cronbach's alpha μεταξύ $0.80-0.91$ για τα τρία μέρη του ερωτηματολογίου. Τέλος, το μεγάλο ποσοστό συμμετοχής στη μελέτη που έφθασε το 73% επιτρέπει την ασφαλή εξαγωγή συμπερασμάτων για τόσο για τον τύπο

κουλτούρας που διέπει τις υπηρεσίες ΠΦΥ στην Κύπρο, όσο και για το βαθμό ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων που βιώνουν οι εργαζόμενοι στα Κ. Υ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα μελέτη αποτελεί την πρώτη ερευνητική προσπάθεια για την αποτύπωση της κυρίαρχης οργανωσιακής κουλτούρας στο επίπεδο των υπηρεσιών ΠΦΥ στην Κύπρο, της καταγραφής του βαθμού ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και του βαθμού επαγγελματικής ικανοποίησης.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το ποσοστό συμμετοχής στη μελέτη ήταν ιδιαίτερα υψηλό (72.9%) αφού από το σύνολο των 306 επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στα κέντρα ΠΦΥ στην Κύπρο συμμετείχαν 223 άτομα. Οι γυναίκες γενικοί ιατροί και νοσηλεύτριες υπερτερούσαν αριθμητικά των ανδρών συναδέλφων τους (75.3% vs 24.7%) στη μελέτη αφού οι υπηρεσίες ΠΦΥ στελεχώνονται σε ποσοστό 77.5% από γυναίκες επαγγελματίες υγείας¹³². Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων στη μελέτη ήταν 43 έτη με το νοσηλευτικό προσωπικό να είναι νεαρότερο από το αντίστοιχο ιατρικό (46 έναντι 40 έτη), εύρημα το οποίο ήταν στατιστικά σημαντικό. Οι νοσηλευτές που συμμετείχαν στη μελέτη εργάζονται περισσότερα χρόνια τόσο στο δημόσιο τομέα σε σύγκριση με τους γενικούς ιατρούς (18 έναντι 13 έτη) αλλά και στο συγκεκριμένο τμήμα (10 έναντι 6 έτη), ευρήματα τα οποία ήταν στατιστικά σημαντικά.

4.1. Συζήτηση αποτελεσμάτων ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, ο μέσος όρος για τις δηλώσεις ασάφειας ρόλων ήταν 4.08 υποδηλώνοντας ότι οι εργαζόμενοι στα κέντρα ΠΦΥ έχουν αρκετή σαφήνεια στην εξάσκηση των εργασιακών τους ρόλων. Ο αντίστοιχος μέσος όρος για τις δηλώσεις σύγκρουσης ρόλων ήταν 3.19, εύρημα που δείχνει μέτριο βαθμό σύγκρουσης εργασιακών ρόλων.

Από τις διαστάσεις ασάφειας ρόλων που διερευνήθηκαν, η μεγαλύτερη σαφήνεια αφορούσε τη δήλωση «γνωρίζω ποιες είναι οι ευθύνες μου» (μέσος όρος 4.62) ενώ η

μεγαλύτερη ασάφεια αφορούσε τη δήλωση «οι επεξηγήσεις που μου δίνονται στη δουλειά μου για το τι πρέπει να γίνει είναι ξεκάθαρες» (μέσος όρος 3.68). Στην περίπτωση αυτή, ο ρόλος ή οι πολλαπλοί ρόλοι που ανατίθενται στα άτομα δεν είναι ξεκάθαροι ως προς τα αναμενόμενα επίπεδα συμπεριφοράς απαιτήσεων της εργασίας ή απόδοσης και έτσι τα άτομα βιώνουν ασάφεια ρόλων^{88, 137}.

Αντίστοιχα, η μικρότερη σύγκρουση ρόλων αφορούσε τη δήλωση, «στη δουλειά μου ασχολούμαι με μη αναγκαία πράγματα» (μέσος όρος 2.60) ενώ η μεγαλύτερη σύγκρουση αφορούσε τη δήλωση, «στη δουλειά μου ασχολούμαι με πράγματα που το καθένα θέλει διαφορετική αντιμετώπιση» (μέσος όρος 4.43). Στην περίπτωση αυτή ο εργαζόμενος βιώνει σύγκρουση ρόλων όταν διαφορετικές ομάδες ή άτομα με τα οποία αλληλεπιδρά έχουν συγκρουόμενες προσδοκίες σε σχέση με τον τρόπο συμπεριφοράς του¹⁵⁶, ή όταν από τον ίδιο υπάρχουν δύο ή περισσότερες αλληλοσυγκρουόμενες απαιτήσεις¹⁵⁷.

4.1.1. Σύγκριση των αποτελεσμάτων ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων με αυτά άλλων μελετών

Όπως ανέδειξαν τα αποτελέσματα της μελέτης, μεγαλύτερη σαφήνεια στην άσκηση των εργασιακών τους ρόλων δήλωσαν οι γενικοί ιατροί που είχαν συμπληρώσει ≥ 16 έτη υπηρεσίας σε σύγκριση με αυτούς που είχαν 6-15 έτη υπηρεσίας (μέσος όρος 4.22 έναντι 3.88), εύρημα το οποίο ήταν στατιστικά σημαντικό. Το αποτέλεσμα αυτό υποστηρίζεται από τα ευρήματα δύο μελετών που χρησιμοποίησαν το ίδιο εργαλείο και διεξήχθησαν στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό της παιδιατρικής κλινικής του NAM III στη Λευκωσία και στους εργαζόμενους στο νοσοκομείο Λεμεσού. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των μελετών αυτών, εργαζόμενοι που είχαν συμπληρώσει ≥ 16 έτη υπηρεσίας δήλωσαν μεγαλύτερη σαφήνεια στην άσκηση των εργασιακών τους ρόλων σε σύγκριση με εργαζόμενους που είχαν 1-5 έτη υπηρεσίας (για την παιδιατρική κλινική: μέσος όρος 4.24 έναντι 4.00, $p= 0.042$ και για το νοσοκομείο Λεμεσού: μέσος όρος 4.11 έναντι 3.83, $p= 0.009$), ευρήματα που ήταν στατιστικά σημαντικά [αδημοσίευτα δεδομένα].

Επίσης, σε πρόσφατη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο προσωπικό πέντε Κ. Υ. στην Κρήτη¹¹⁷ καταγράφηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα έτη υπηρεσίας και την ασάφεια ρόλων. Άτομα που είχαν συμπληρώσει 6 έτη υπηρεσίας δήλωσαν μεγαλύτερη σαφήνεια στην άσκηση των εργασιακών τους ρόλων σε σύγκριση με εργαζόμενους που είχαν 1-5 έτη στην υπηρεσία (μέσοι όροι: 3.17 έναντι 2.48, $p=0.042$)¹¹, ευρήματα που συμφωνούν με αυτά της δικής μας μελέτης. Όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα των πιο πάνω μελετών και της δικής μας, οι εργαζόμενοι στις υπηρεσίες υγείας που έχουν συμπληρώσει περισσότερα έτη στην υπηρεσία δηλώνουν μεγαλύτερη σαφήνεια στην άσκηση των εργασιακών τους ρόλων σε σύγκριση με τους νεότερους συναδέλφους τους. Αυτό πιθανόν να οφείλεται στην εμπειρία που αποκτάται με την πάροδο του χρόνου, αλλά και στην εργασιακή ασφάλεια που αναπτύσσεται, όπως και στην εξοικείωση με την κουλτούρα του οργανισμού¹⁵⁸.

Όσον αφορά τη σύγκρουση ρόλων, αν και βρέθηκε μέτριος βαθμός σύγκρουσης ρόλων στο σύνολο των δηλώσεων, εντούτοις δεν αναδείχθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις μεταβλητές που εξετάστηκαν, (φύλο, ηλικία, έτη υπηρεσίας, χώρος εργασίας, επαρχία εργασίας). Παρόμοια ευρήματα καταγράφηκαν και στη μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε πέντε Κ. Υ., χωρίς την ανάδειξη στατιστικής σημαντικότητας ανάμεσα στις διάφορες παραμέτρους¹¹. Παρά ταύτα, ο μέτριος βαθμός σύγκρουσης ρόλων που καταγράφηκε στη μελέτη, πιθανόν να οφείλεται στην παρουσία αλληλοσυγκρουόμενων απαιτήσεων ή προσδοκιών από άτομα ή διαφορετικές ομάδες ατόμων με τα οποία αλληλεπιδρούν οι εργαζόμενοι¹⁵⁶.

Σε μία ανάλυση 75 μελετών από τον Shalit¹⁵⁹, φάνηκε ότι η υψηλή απόδοση σχετίζεται με χαμηλή ασάφεια θέσης¹⁵⁹. Όπως υποστηρίζουν και άλλοι συγγραφείς πιθανόν η αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην ασάφεια και σύγκρουση ρόλων και την απόδοση να ρυθμίζονται από τη μορφή της εργασίας¹⁵⁹⁻¹⁶⁴. Άτομα στα οποία η απόδοση εξαρτάται περισσότερο από την αλληλεπίδραση τους με άλλους όπως αυτοί που κατέχουν θέσεις στο ανώτερο επίπεδο του οργανισμού μπορεί να επηρεάζονται περισσότερο από την ασάφεια και σύγκρουση ρόλων σε σύγκριση με άτομα στα κατώτερα οργανωσιακά επίπεδα στα οποία η απόδοση εξαρτάται περισσότερο από την αλληλεπίδραση τους με τα καθήκοντα της ίδιας της εργασίας¹⁵⁹⁻¹⁶⁴.

Στη μελέτη των Αργυράκη και συν¹⁶⁵, οι εργαζόμενοι στις Ολυμπιακές εγκαταστάσεις βίωναν χαμηλά επίπεδα ασάφειας ρόλων ενώ ανέφεραν σχετικά υψηλά επίπεδα σύγκρουσης ρόλων. Ως εξήγηση δόθηκε η παρουσία πολλών διαφορετικών λειτουργικών τομέων εντός των εγκαταστάσεων των οποίων οι αρμοδιότητες αλληλεπικαλύπτονταν και η διεκπεραίωση των εργασιών ενός τομέα απαιτούσε αντικρουόμενες ενέργειες σε σχέση με τα λειτουργικά δεδομένα κάποιου άλλου τομέα¹⁶⁵. Επίσης, σημειώθηκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ σύγκρουσης και ασάφειας ρόλων με όλες τις διαστάσεις της επαγγελματικής ικανοποίησης των εργαζομένων¹⁶⁵.

Τέλος, σύμφωνα με τα αποτελέσματα άλλων μελετών, έχει βρεθεί ότι η ασάφεια ρόλων σχετίζεται με αρκετά αποτελέσματα δυσλειτουργίας σε ένα οργανισμό, όπως η μειωμένη ικανοποίηση ανάμεσα στις σχέσεις των ομάδων¹⁶⁶, η βραδύτερη και λιγότερο ακριβής απόδοση της ομάδας¹⁶⁷, η χαμηλή αφοσίωση¹⁶⁸ και εμπιστοσύνη⁸⁸ στον οργανισμό. Εργαζόμενοι που κατέχουν ρόλους που χαρακτηρίζονται από υψηλά επίπεδα ασάφειας εκδηλώνουν άγχος, κατάθλιψη, σωματικά ενοχλήματα, χαμηλή αυτοεκτίμηση, χαμηλά επίπεδα συμμετοχής στην εργασία, χαμηλή οργανωσιακή δέσμευση και αντιλήψεις χαμηλής απόδοσης από πλευράς του οργανισμού, των προϊσταμένων τους και τους ίδιους^{169, 170}.

4.2. Συζήτηση αποτελεσμάτων οργανωσιακής κουλτούρας

Όπως φαίνεται από τα αποτελέσματα της μελέτης, οι εργαζόμενοι στην ΠΦΥ πιστεύουν ότι ο κυρίαρχος τύπος κουλτούρας θα πρέπει να είναι αυτός που χαρακτηρίζεται από «προσανατολισμό στην απόδοση» (μέσος όρος: 1.39). Οι αξίες στις οποίες δίνει έμφαση η συγκεκριμένη κατηγορία κουλτούρας αφορούν τις υψηλές προσδοκίες για απόδοση, τον προσανατολισμό στο αποτέλεσμα, τον ενθουσιασμό για δουλειά και τον υψηλό βαθμό οργάνωσης. Οργανισμοί που προάγουν αυτό τον τύπο κουλτούρας αποδίδουν την επιτυχία τους στους εργαζόμενους και στους μάνατζερς και χρησιμοποιούν συστήματα αμοιβών που κατευθύνονται προς κάθε εργαζόμενο ξεχωριστά αλλά και προς συγκεκριμένες ομάδες εργαζομένων¹⁷¹.

Ένας επίσης σημαντικός τύπος κουλτούρας που θα πρέπει να διέπει την ΠΦΥ, σύμφωνα με τις δηλώσεις των εργαζομένων, είναι η «υποστηρικτικότητα» (μέσος όρος: 1.41). Όπως αναδείχθηκε από τα αποτελέσματα της μελέτης, ο συγκεκριμένος τύπος κουλτούρας είναι αυτός ο οποίος προάγεται στην ΠΦΥ. Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται αξίες όπως η ομαδικότητα, η συνεργασία μεταξύ των εργαζομένων και ο προσανατολισμός στους ανθρώπους. Σε οργανισμούς που επικρατεί αυτή η μορφή κουλτούρας δίνεται έμφαση στην αντιμετώπιση των ατόμων με σεβασμό και αξιοπρέπεια¹⁷¹. Επίσης οι εργαζόμενοι σε τέτοιους οργανισμούς αναπτύσσουν καλές σχέσεις τόσο με τους συναδέλφους όσο και με τους προϊσταμένους τους¹⁷².

Η μορφή κουλτούρας που δεν θα πρέπει να χαρακτηρίζει την ΠΦΥ σύμφωνα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη είναι η «ανταγωνιστικότητα» (μέσος όρος: 1.73). Αυτός ο τύπος κουλτούρας χαρακτηρίζεται από αξίες όπως η έμφαση στην ποιότητα, ο προσανατολισμός στην επίτευξη στόχων και ο ανταγωνισμός ανάμεσα στους εργαζόμενους και προάγεται κυρίως από μεγάλους ιδιωτικούς οργανισμούς που εκδηλώνουν επιθετικότητα απέναντι στους ανταγωνιστές τους και δεν εκφράζει οργανισμούς δημόσιων υπηρεσιών¹⁷³.

Όσον αφορά την κουλτούρα που οι εργαζόμενοι πιστεύουν ότι προάγεται λιγότερο στην ΠΦΥ είναι η «έμφαση στην ανταμοιβή» (μέσος όρος: 2.91). Οργανισμοί που προάγουν αυτό τον τύπο κουλτούρας χαρακτηρίζονται από αξίες όπως η δικαιοσύνη, η επαγγελματική ανέλιξη, οι υψηλές αμοιβές και ο έπαινος των εργαζομένων για την καλή απόδοση. Όπως διαπιστώθηκε στη μελέτη, οι εργαζόμενοι δήλωσαν χαμηλό βαθμό ικανοποίησης για τις προσδοκίες προαγωγής και την αμοιβή τους, ευρήματα που ενισχύουν την πεποίθηση ότι στις υπηρεσίες ΠΦΥ δεν προάγεται η κουλτούρα που να δίνει «έμφαση στην ανταμοιβή».

Ένα ενδιαφέρον εύρημα της μελέτης είναι η σημασία που αποδίδει, τόσο το ιατρικό όσο και το νοσηλευτικό προσωπικό ηλικίας 35-44 ετών, στην κατηγορία κουλτούρας «προσανατολισμός στην απόδοση» σε σύγκριση με άτομα ηλικίας ≤ 34 ετών (μέσοι όροι: 1.27 και 1.52 αντίστοιχα). Επίσης νοσηλευτές που είχαν συμπληρώσει 6-15 έτη υπηρεσίας απέδωσαν μεγαλύτερη σημασία στις κατηγορίες της οργανωσιακής κουλτούρας: «υποστηρικτικότητα», «ανταγωνιστικότητα», «προσανατολισμός στην απόδοση», «σταθερότητα» και «έμφαση στην ανταμοιβή» σε σύγκριση με αυτούς

που είχαν συμπληρώσει 1-5 έτη υπηρεσίας. Τα πιο πάνω ευρήματα, τα οποία ήταν στατιστικά σημαντικά, μπορεί να οφείλονται στο ότι οι νεότεροι ηλικιακά όσο και στην υπηρεσία εργαζόμενοι πιθανόν να αισθάνονται λιγότερη ασφάλεια στην εργασία, να μην έχουν ξεκάθαρες επαγγελματικές προσδοκίες και να μην έχουν ακόμα προσαρμοστεί στην κουλτούρα του οργανισμού¹⁷⁴. Επίσης, μπορεί να αισθάνονται ότι δεν αναγνωρίζεται η προσφορά τους αφού δεν λαμβάνουν την ανάλογη υποστήριξη και έπαινο από τους προϊσταμένους ή από την υπηρεσία στην οποία εργάζονται, ούτε τους παρέχονται κίνητρα για επαγγελματική ανέλιξη ή ευκαιρίες για εκπαίδευση. Η διαδικασία διαμέσου της οποίας οι νεοεισερχόμενοι εργαζόμενοι εκπαιδεύονται στις στάσεις, δεξιότητες, συμπεριφορές και γνώσεις που απαιτούνται για την αποτελεσματική λειτουργία τους σε ένα οργανισμό απαιτεί χρόνο ώστε τα άτομα να αισθανθούν ότι έχουν γίνει αποδεκτά από τους συναδέλφους τους και ότι έχουν κατανοήσει και υιοθετήσει τις αξίες, κανόνες και παραδοχές του οργανισμού¹⁷⁴.

Επίσης, οι νοσηλεύτριες που εργάζονται στα Κ. Υ. αποδίδουν μεγαλύτερη σημασία σε χαρακτηριστικά που συνθέτουν τις κατηγορίες οργανωσιακής κουλτούρας: «υποστηρικτικότητα», «καινοτομία», «έμφαση στην ανταμοιβή» σε σύγκριση με τους νοσηλευτές. Όπως αναφέρεται σε μία πρόσφατη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τη διαδικασία λήψης αποφάσεων στην επιλογή της επαγγελματικής καριέρας από γυναίκες, προκύπτει ότι η «κοινωνικοποίηση» των γυναικών είναι τέτοια ώστε να εκδηλώνουν διαφορετικές προσδοκίες σχετικές με την εργασία σε σύγκριση με τους άνδρες¹⁵⁸.

Ακόμα ένα σημαντικό εύρημα της μελέτης είναι η μεγαλύτερη σημασία που αποδίδουν οι εργαζόμενοι στην επαρχία Λευκωσίας στα χαρακτηριστικά που περιλαμβάνουν οι κατηγορίες της «υποστηρικτικότητας», «καινοτομίας», «προσανατολισμού στην απόδοση», «σταθερότητας» και «κοινωνικής υπευθυνότητας» σε σύγκριση με τους εργαζόμενους στην επαρχία Λεμεσού. Πιθανόν τα ευρήματα αυτά να σχετίζονται με τις διαφορετικές προσδοκίες που έχουν από την εργασία τους αλλά και τις αξίες που θεωρούν σημαντικές οι εργαζόμενοι στην επαρχία Λεμεσού. Αυτή η υπόθεση υποστηρίζεται από τα αποτελέσματα παρόμοιας μελέτης που πραγματοποιήθηκε στο σύνολο των εργαζομένων στο Γ. Ν. Λεμεσού αφού ως επιθυμητοί τύποι κουλτούρας αναδείχθηκαν η κουλτούρα που

χαρακτηρίζεται από «έμφαση στην ανταμοιβή» και «σταθερότητα» (αδημοσίευτα στοιχεία).

4.2.1. Σύγκριση των αποτελεσμάτων της οργανωσιακής κουλτούρας με αυτά άλλων μελετών

Τα αποτελέσματα τριών μελετών που χρησιμοποίησαν το ίδιο ερευνητικό εργαλείο και διεξήχθησαν στην παιδιατρική κλινική του NAM III στη Λευκωσία, στο Γ. Ν. Λεμεσού και στις Φαρμακευτικές Υπηρεσίες ανέδειξαν διαφορετικό τύπο κουλτούρας. Συγκεκριμένα, στην παιδιατρική κλινική του NAM III, οι επιθυμητοί τύποι κουλτούρας ήταν ο «προσανατολισμός στην απόδοση» (μέσος όρος 1.40) και η «σταθερότητα» (μέσος όρος 1.44), στο Γ. Ν. Λεμεσού οι επιθυμητοί τύποι κουλτούρας ήταν η «έμφαση στην ανταμοιβή» (μέσος όρος 1.42) και η «σταθερότητα» (μέσος όρος 1.44). Στις Φαρμακευτικές Υπηρεσίες οι επιθυμητοί τύποι κουλτούρας ήταν η «κοινωνική υπευθυνότητα» (μέσος όρος 1.45) και η «έμφαση στην ανταμοιβή» (μέσος όρος 1.49). Αντίστοιχα, σύμφωνα με τις δηλώσεις των εργαζομένων, ο τύπος κουλτούρας που προάγεται στην παιδιατρική κλινική του NAM III είναι η «υποστηρικτικότητα» (μέσος όρος 2.44), στο Γ. Ν. Λεμεσού επικρατεί η «κοινωνική υπευθυνότητα» (μέσος όρος 2.62) και στις Φαρμακευτικές Υπηρεσίες η «υποστηρικτικότητα» (μέσος όρος 2.22).

Επίσης, ένα ενδιαφέρον εύρημα τόσο της δικής μας μελέτης όσο και των τριών προαναφερθέντων μελετών, ήταν η στατιστικά σημαντική διαφορά που ανευρέθηκε για όλες τις κατηγορίες της οργανωσιακής κουλτούρας ανάμεσα στις δύο αντιστοιχισμένες στήλες «πόσο σημαντικά πιστεύετε ότι είναι τα παρακάτω χαρακτηριστικά για την εργασία σας;» και «κατά πόσο πιστεύετε ότι το τμήμα στο οποίο εργάζεστε προάγει τα παρακάτω χαρακτηριστικά;».

Από τα αποτελέσματα αυτά αναδεικνύεται ότι, στις υπηρεσίες υγείας στην Κύπρο τόσο σε επίπεδο πρωτοβάθμιας όσο και σε επίπεδο δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας δεν προάγεται ο τύπος κουλτούρας που οι εργαζόμενοι θεωρούν ως σημαντικό. Εκτός αυτού, παρατηρείται ότι οι εργαζόμενοι σε διαφορετικά τμήματα των δημόσιων υπηρεσιών υγείας έχουν διαφορετικές προσδοκώμενες αξίες γεγονός που εκφράζεται από τις διαφορές που εντοπίζονται ανάμεσα στα διάφορα τμήματα ως προς τα χαρακτηριστικά εκείνα που θεωρούν σημαντικά για την εργασία τους.

Ακόμα, από τα ευρήματα όλων των μελετών προκύπτει ότι δεν υπάρχει μία κοινή ισχυρή κουλτούρα που να χαρακτηρίζει τους εργαζόμενους στο δημόσιο σύστημα υπηρεσιών υγείας. Αντίθετα, η κουλτούρα διαφοροποιείται ανάμεσα στα διάφορα τμήματα σύμφωνα με τις αξίες, προσδοκίες και τις πεποιθήσεις των εργαζομένων. Όπως έχουν αναδείξει οι πιο πάνω μελέτες, ο κυρίαρχος τύπος κουλτούρας διαφέρει ανάμεσα στα τρία επίπεδα παροχής υπηρεσιών υγείας στο δημόσιο τομέα (πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο) αφού σε κάθε επίπεδο υπάρχουν διαφορετικές αξίες, κανόνες και αρχές που διαμορφώνονται σύμφωνα με τις ανάγκες των εργαζομένων και του πληθυσμού που εξυπηρετείται.

Όπως έχει αναδειχθεί από μελέτες, στους οργανισμούς υγείας δεν επικρατεί ένας τύπος κουλτούρας αλλά συνυπάρχουν διαφορετικές κουλτούρες που αντανακλούν τις διαφορετικές απόψεις και στάσεις πολλών και διαφορετικών ομάδων επαγγελματιών⁷⁷.

Τέλος, σύμφωνα με τα αποτελέσματα άλλων μελετών η οργανωσιακή κουλτούρα επηρεάζει την οικοδόμηση αφοσίωσης, ικανοποίησης και εμπιστοσύνης⁶⁷ ανάμεσα στα μέλη του οργανισμού και επιδρά αρνητικά στα επίπεδα άγχους που βιώνουν οι εργαζόμενοι¹⁷⁵. Είναι επομένως μείζονος σημασίας να προάγεται η κουλτούρα που να ταιριάζει όσο το δυνατόν περισσότερο με τις αξίες των εργαζομένων αλλά και με αυτές του οργανισμού ιδιαίτερα σε οργανισμούς με πολύπλοκη δομή και πολλαπλά επίπεδα εξουσίας όπως οι οργανισμοί υγείας⁷⁷.

4.3. Συζήτηση αποτελεσμάτων επαγγελματικής ικανοποίησης

Οι εργαζόμενοι στην ΠΦΥ δήλωσαν αρκετά ικανοποιημένοι στο σύνολο τους από την εργασία τους (μέσος όρος: 2.47). Ο μεγαλύτερος βαθμός ικανοποίησης καταγράφηκε για τους συνεργάτες στην εργασία (μέσος όρος 2.06) ενώ, η μικρότερη για τις προσδοκίες προαγωγής (μέσος όρος 3.17). Ποσοστό 23.3% και 24.5% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι είναι πάρα πολύ ικανοποιημένοι από τους προϊσταμένους τους, και τους συνεργάτες τους αντίστοιχα. Τα μικρότερα ποσοστά ικανοποίησης καταγράφηκαν για την ικανοποίηση από την αμοιβή και τις προσδοκίες προαγωγής (7.3% και 5.9% αντίστοιχα).

Στην αντίστοιχη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο Γ. Ν. Λεμεσού, ο υψηλότερος βαθμός ικανοποίησης του προσωπικού καταγράφηκε για το περιεχόμενο εργασίας (25.2%) και για τους συνεργάτες (16.4%). Αντίστοιχα, τα μικρότερα ποσοστά ικανοποίησης αναδείχθηκαν για τις προσδοκίες προαγωγής (11.6%) και για τις συνθήκες εργασίας (6.5%).

Στην παρούσα μελέτη η μεγαλύτερη δυσαρέσκεια ανάμεσα στον πληθυσμό των γενικών ιατρών καταγράφηκε για τις προσδοκίες προαγωγής (43.8%) και τις συνθήκες εργασίας (21.6%). Αντίστοιχα η μεγαλύτερη ικανοποίηση καταγράφηκε για τους συνεργάτες (75.3%) και τους προϊστάμενους τους (72.2%). Η μεγαλύτερη ικανοποίηση ανάμεσα στο νοσηλευτικό προσωπικό καταγράφηκε για τους συνεργάτες (74.8%) και για το περιεχόμενο της εργασίας τους (73.2%). Αντίστοιχα, η μικρότερη ικανοποίηση καταγράφηκε για τις προσδοκίες προαγωγής (ποσοστό 21.1%) και για τις συνθήκες εργασίας (ποσοστό 15.3%). Οι γενικοί ιατροί δήλωσαν μικρότερο βαθμό ικανοποίησης από την αμοιβή τους (μέσος όρος 2.77 έναντι 2.69) αλλά και από τις προσδοκίες προαγωγής σε σύγκριση με τους νοσηλευτές της μελέτης (μέσος όρος 3.51 έναντι 2.85), ευρήματα τα οποία ήταν στατιστικά σημαντικά.

4.3.1. Σύγκριση των αποτελεσμάτων επαγγελματικής ικανοποίησης με αυτά άλλων μελετών

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα έρευνας που διεξάχθηκε σε 21 Κ. Υ. στην Τουρκία, το 60% των εργαζομένων δήλωσαν ικανοποιημένοι από το σύνολο της εργασίας τους. Αντίθετα, οι εργαζόμενοι δήλωσαν μειωμένη ικανοποίηση από τις απολαβές τους και τις συνθήκες εργασίας¹⁷⁶.

Μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε τρία νοσοκομεία και τέσσερα Κ. Υ. στη Λάρισα σε 386 επαγγελματίες υγείας, έδειξε ότι οι νοσηλευτές εμφανίζουν τη μικρότερη επαγγελματική ικανοποίηση. Ποσοστό 83.7% των συμμετεχόντων δήλωσαν την ανάγκη για αύξηση των οικονομικών αποδοχών τους, ποσοστό 78.5% δήλωσαν ότι απαιτείται αύξηση του προσωπικού και 68.4% των συμμετεχόντων δήλωσαν την ανάγκη για βελτίωση των συνθηκών εργασίας¹⁷⁷. Ο εργασιακός φόρτος, οι ευκαιρίες εξέλιξης και η συναδελφικότητα αποτελούν τους κρίσιμους παράγοντες στους

οποίους οι νοσηλευτές εμφανίζουν τη χειρότερη επίδοση σε σχέση με άλλες ομάδες επαγγελματιών υγείας¹⁷⁷.

Παρόμοια μελέτη που πραγματοποιήθηκε στα τέσσερα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου σε σύνολο 770 επαγγελματιών υγείας, ανέδειξε ότι, ποσοστό 80.3% των νοσηλευτών και 50% των ιατρών αντίστοιχα, θεωρούν ως σημαντικότερο παράγοντα επαγγελματικής ικανοποίησης τις απολαβές τους¹⁷⁸. Για τους ιατρούς οι τρεις κύριοι παράγοντες επαγγελματικής δυσαρέσκειας ήταν η μη αναγνώριση της προσφοράς τους, οι συνθήκες εργασίας και η έλλειψη προοπτικών εξέλιξης (85.7%, 85.7%, 81% αντίστοιχα). Οι αντίστοιχοι παράγοντες επαγγελματικής δυσαρέσκειας για τους νοσηλευτές ήταν η μη αναγνώριση της προσφοράς τους, ο φόρτος εργασίας και η έλλειψη προοπτικών εξέλιξης (86.2%, 78.2%, 58.6%)¹⁷⁸.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, εργαζόμενοι που είχαν ≥ 16 έτη στην υπηρεσία δήλωσαν μεγαλύτερη ικανοποίηση σε σύγκριση με συναδέλφους τους που είχαν συμπληρώσει 6-15 έτη υπηρεσίας (μέσοι όροι: 2.45 έναντι 2.89), ευρήματα τα οποία ήταν στατιστικά σημαντικά. Οι εργαζόμενοι με μεγαλύτερη επαγγελματική εμπειρία δηλώνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση, γεγονός που ίσως να οφείλεται στο ότι έχουν ικανοποιηθεί οι προσδοκίες προαγωγής και έχουν αποκατασταθεί οικογενειακά με αποτέλεσμα να βιώνουν μικρότερο άγχος σε σύγκριση με νεότερους στην υπηρεσία συναδέλφους τους^{106, 179}.

Επίσης, οι εργαζόμενοι στην επαρχία Αμμοχώστου δήλωσαν μεγαλύτερη ικανοποίηση από τους προϊσταμένους τους, από τις συνθήκες εργασίας και συνολικά από την εργασία σε σύγκριση με τους εργαζόμενους στις επαρχίες Λευκωσίας, Λάρνακας και Λεμεσού αντίστοιχα. Τα ευρήματα αυτά συνάδουν με τη σημασία που αποδίδουν οι εργαζόμενοι στην επαρχία Αμμοχώστου στα χαρακτηριστικά που συνθέτουν τις κουλτούρες «σταθερότητας» και «υποστηρικτικότητας» (μέσοι όροι 1.36 και 1.39 αντίστοιχα). Οι κουλτούρες αυτές χαρακτηρίζονται από αξίες όπως η σταθερότητα, το αίσθημα ασφάλειας στην εργασία, το χαμηλό επίπεδο συγκρούσεων, ο προσανατολισμός στην ομαδικότητα και η συνεργασία μεταξύ των εργαζομένων. Είναι πιθανόν τα υψηλά ποσοστά ικανοποίησης των εργαζομένων στην επαρχία Αμμοχώστου να οφείλονται σε καλύτερη συνεργασία και καλύτερες

σχέσεις ανάμεσα στους εργαζομένους, σε πνεύμα ομαδικότητας στην εργασία και σε χαμηλό επίπεδο συγκρούσεων.

4.4. Συμπεράσματα

Η παρούσα μελέτη αποτέλεσε την πρώτη ερευνητική προσπάθεια για την αποτύπωση του τύπου της επικρατούσας οργανωσιακής κουλτούρας και των επιμέρους διαστάσεων της στο επίπεδο της ΠΦΥ στην Κύπρο. Επίσης η μελέτη κατέγραψε το βαθμό ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων που βιώνουν οι επαγγελματίες υγείας στα Κ. Υ. και το βαθμό επαγγελματικής ικανοποίησης από συγκεκριμένες πτυχές της εργασίας. Στη μελέτη χρησιμοποιήθηκε ένα ερευνητικό εργαλείο μεταφρασμένο στα ελληνικά, το οποίο διανεμήθηκε στο σύνολο του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού των Κ. Υ.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό των κέντρων ΠΦΥ, δήλωσαν αρκετή σαφήνεια στην άσκηση των εργασιακών τους ρόλων και μέτριο επίπεδο σύγκρουσης ρόλων. Εργαζόμενοι με περισσότερα έτη υπηρεσίας δήλωσαν μεγαλύτερη σαφήνεια ρόλων σε σύγκριση με νεότερους στην υπηρεσία συναδέλφους.

Όσον αφορά τον κυρίαρχο τύπο κουλτούρας που προάγεται στην ΠΦΥ σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, αυτή είναι η «υποστηρικτικότητα» ενώ ο επιθυμητός τύπος είναι ο «προσανατολισμός στην απόδοση». Οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στην ΠΦΥ αποδίδουν μεγαλύτερη σημασία σε αξίες όπως ο υψηλός βαθμός οργάνωσης του εργαζομένου, οι υψηλές προσδοκίες για απόδοση, ο προσανατολισμός στο αποτέλεσμα και ο ενθουσιασμός για τη δουλειά. Ο τύπος κουλτούρας «υποστηρικτικότητα» που προάγεται περισσότερο στην ΠΦΥ, σύμφωνα με τις δηλώσεις του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού των Κ. Υ. εμπεριέχει αξίες όπως ο προσανατολισμός στους ανθρώπους, η συνεργασία μεταξύ των εργαζομένων και ο προσανατολισμός στην ομαδικότητα. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, οι αξίες αυτές περιλαμβάνονται στο σύστημα αξιών που θα πρέπει να χαρακτηρίζει τους ιατρούς που παρέχουν υπηρεσίες ΠΦΥ¹³⁰.

Μεγαλύτερη ικανοποίηση από την αμοιβή, δήλωσαν οι εργαζόμενοι που είχαν περισσότερα έτη υπηρεσίας σε σύγκριση με τους νεότερους στην υπηρεσία

συναδέλφους. Επίσης οι γενικοί ιατροί δήλωσαν μεγαλύτερη δυσαρέσκεια για την αμοιβή και τις προσδοκίες προαγωγής τους σε σύγκριση με το νοσηλευτικό προσωπικό των Κ. Υ.

Τα αποτελέσματα της μελέτης μπορούν να αποτελέσουν τη βάση διαπραγμάτευσης πιθανών παρεμβάσεων που μπορούν να πραγματοποιηθούν στα Κ. Υ. ώστε να γίνει εφικτή η εφαρμογή του νέου συστήματος υγείας στο επίπεδο ΠΦΥ. Για την αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ είναι απαραίτητη η διασφάλιση των βασικών χαρακτηριστικών που συνθέτουν την ΠΦΥ στην περίπτωση εφαρμογής του νέου ΓΕ. Σ. Υ. Τα χαρακτηριστικά αυτά περιλαμβάνουν τη συνεργασία ανάμεσα στους εργαζομένους, το συντονισμό των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, τη μακροχρόνια παρακολούθηση των ασθενών και τον προσανατολισμό στο άτομο, την οικογένεια και την κοινότητα εξασφαλίζοντας ταυτόχρονα πλήρη γεωγραφική κάλυψη του πληθυσμού¹.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Atun R. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report). Accessed at: <http://www.euro.who.int/document/e82997.pdf>. Accessed on 01/05/11.
2. The World Health Report 2008: Primary health care now more than ever. WHO, Geneva: Accessed at: http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf. Accessed on 01/05/11.
3. Macinko A, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Services Research* 2003;38:831-865.
4. Shi L. The relationship between primary care and life chances. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 1992;3:321-335.
5. Martin D et al. Effect of gate-keeper plan on health services use and charges: a randomized controlled trial. *American Journal of Public Health* 1989;79:1628-1632.
6. Starfield B. Primary care. Concept, evaluation and policy. New York, Oxford University Press, 1992.
7. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 2003;362:1225-1230.
8. Λιονής X. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Accessed at: <http://www.medtime.gr/content/view/202/49/lang,greek/>. Accessed on 01/05/11.
9. Grimshaw J, Thomas RE, Maclennan G, et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess* 2004;8:1-84.
10. Cabana MD, Rand CS, Power NR et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA* 1999;282:1458-1465.
11. Ροβίθης Μ. Μέτρηση της οργανωσιακής κουλτούρας, της ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων στο προσωπικό των κέντρων υγείας της Κρήτης. Πανεπιστήμιο Κρήτης. Τμήμα Ιατρικής. Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών. Δημόσια Υγεία και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας. Ηράκλειο 2005.
12. Harrison S, Hunter DJ, Marnoch G, Pollitt C. Just managing: power and culture in the National Health Service. Macmillan, London 1992.

13. Gerowitz MB. Do TQM interventions change management culture? Findings and implications. *Qual Manag Health Care* 1998;6:1-11.
14. Boan D, Funderburk F. Delmarva Foundation Healthcare Quality improvement and organization culture 2003. Available at: http://www.delmarvafoundation.org/html/content_pages/pdf_documents/organizational_Culture.pdf. Accessed on 10/04/11.
15. Anderson AH, Kyprianou A. *Effective organizational behavior: a skills and activity based approach*. Oxford: Blackwell Publications 1994.
16. *Implementing the shared vision for the Cyprus Health System*. Meeting MoH and HIO, January 2009.
17. Ψαλτάκη Ε. Η εργασιακή κόπωση-σύνδρομο burnout των κοινωνικών λειτουργών σε σχέση με την οργανωσιακή κουλτούρα. Πτυχιακή εργασία. Α. Τ. Ε. Ι. Κρήτης, Σχολή επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας. Τμήμα κοινωνικής εργασίας και εργαστήριο μελέτης και προαγωγής συμπεριφορών υγείας και οδικής ασφάλειας. Ηράκλειο 2009.
18. Ouchi W, Wilkins A. Organizational culture. In Turner R (Ed.), *Annual Review of Sociology* 1985;11:457-483.
19. Κάντας Α. *Οργανωτική-Βιομηχανική ψυχολογία*. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1995.
20. Ζαβλανός Μ. *Οργανωτική συμπεριφορά*. Σταμούλης, Αθήνα 2002.
21. Hoy WK, Tarter CJ, Kottkamm RB. *The nature of the workplace in open schools/ healthy schools measuring organizational climate*. Sage, CA 1991.
22. Schein E. Organizational culture. *American Psychologist* 1990;45:109-119.
23. Blake R, Mouton JS. *Building a dynamic corporation through grid organization development*. Addison- Wesley, Reading, MA 1969.
24. Koberg CS, Chusmir LH. Organizational culture relationships with creativity and other job- related variables. *Journal of Business Research* 1987;15:397-409.
25. Williams AL, Dobson P, Walters M. *Changing culture*. Institute of Personnel Management, London 1989.
26. O'Reilly CA, Chatman J, Caldwell DF. People and organizational culture: a profile comparison approach to assessing person- organization fit. *Academy of Management Journal* 1991;34:487-516.

27. O'Reilly CA, Chatman J, Caldwell DF. People, jobs and organizational culture working paper. University of California, Berkeley CA 1988.
28. Pacanowsky ME, O'Donnel- Trujillo D. Organizational communication as culture performance. *Communication Monographs* 1983;50:126-147.
29. Schein E. What is culture? In P Frost, S Moore, M Louis, C Lundberg, J Martin (Eds.). *Reframing organizational culture*. Sage Publications 1991.
30. Schein E. *Organizational culture and leadership*. San Francisco, Jossey- Bass 1989.
31. Schein, E. H. *Organizational culture and leadership*. San Francisco: Jossey-Bass 1992.
32. Μακρίδης Σ. Ο ρόλος της οργανωσιακής κουλτούρας στη λήψη στρατηγικών αποφάσεων από τις δημόσιες επιχειρήσεις. *Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Εκπαίδευσης και Αρχικής Επαγγελματικής Κατάρτισης*. Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων 2008.
33. Jacob PH, Schuchman HL. Values and their function in decision- making. *Supplement to the American Behavioral Scientist* 1962;5:10.
34. Brown A. Organizational culture: The key to effective leadership and organizational development. *Leadership and Organizational Development journal* 1992;13:3-6.
35. Bice MO. Corporate cultures and business strategy: a health management company perspective. *Hospital & Health Services Administration* 1984;29:64-78.
36. Collins J, Poras JI. *Built to last: successful habits of visionary companies*. New York: Random House Business Books 1994.
37. Hofstede G. *Culture's consequences*. Thousand Oaks, Calif: Sage publications 1980.
38. Hofstede G. *Culture and organizations*. London: McGraw-Hill 1991.
39. Schneider B, White S. *Service Quality: research perspectives*. Foundations for Organizational Science. USA, Sage Publications 2004.
40. Schein E. *Organizational culture and leadership*. San Francisco: Jossey-Bass 1985.
41. Moran ET, Volkwien JF. The cultural approach to the formation of organizational culture. *Human Relations* 1992;45:19-47.
42. Schneider B, Gunnarson SK, Niles-Jolly K. Creating the climate and culture of success. *Organizational Dynamics* 1994;23:17-29.
43. Μπαμπαλιούτα Μ. *Ανάπτυξη ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος σε μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας: διοίκηση με βάση τη διαφορετικότητα*. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας 2006.

44. Tagiuri R, Litwin G. Organizational climate: Explorations of a concept. Boston (Eds.) Harvard business School 1968.
45. Rao I. The behaviour equivalence of organizational culture. HMA W.P. No.2009-07-02:4-30.
46. Lewin K. Field theory in social science. New York: Harper & Row 1951.
47. Mead G. Mind, self and society. Chicago: University of Chicago Press 1934.
48. Berger P, Luckmann T. The social construction of reality. New York: Penguin 1966.
49. Fishbein M, Ajzen I. Belief, attitude, intention and behaviour. Reading MA: Addison-Wesley 1975.
50. Weiner Y. Forms of value systems: a focus on organisational effectiveness and culture change maintenance. Academy of Management Review 1988;13:534-545.
51. Rokeach M. The nature of human values. New York: Free Press 1973.
52. McCoy C. Management of values. Marshfield MA: Pittman 1985.
53. Katz D, Kahn R. The social psychology of organisations (2nd ed. New York: Wiley 1978.
54. Enz C. The role of value congruity in intra-organizational power. Administrative Science Quarterly 1988;33:284-304.
55. Beyer JM. Ideologies, values and decision making in organisations. In: Handbook of Organizational Design. Nystrom PC and Starbuck WH (eds.). New York, N. Y: Oxford University Press, 1981:2.
56. Kilmann RJ, Saxton MJ, Serpa R (Eds.). G aining control of the corporate culture. San Francisco: Jossey- Bass 1985.
57. Chatman JA. Improving interactional organisational research: a model of person-organisation fit. Academy of Management Review 1989;14:333-349.
58. Nadler D, Tushman M. A model for diagnosing organizational behavior: Applying a congruence perspective. Organizational Dynamics 1980;9:35-51.
59. Holland JL. Making vocational choices (2ed.) Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall 1985.
60. Super D. The psychology of careers. New York: Harper & Row 1957.
61. Sarros JC, Gray J, Densten IL. The next generation of the Organizational Culture Profile. Working paper 15/03. Monash University. Faculty of Business and Economics, Department of Management 2003.

62. Louis M. Surprise and sense making: What newcomers experience in entering unfamiliar organizational settings. *Administrative Science Quarterly* 1980;25:226-251.
63. Van Maanen J, Schein E. Toward a theory of organizational socialization. In BM Staw (Ed.). *Research in organizational behaviour*. Greenwich, CT: JAI Press 1979;1:209-264.
64. Diener E, Larsen R, Emmons R. Person X situation interactions: choice of situations and congruence response models. *Journal of Personality and Social Psychology* 1984;47:580-592.
65. Bell N, Staw B. People as sculptors versus sculptor: The roles of personality and personal control in organizations. In: M. Arthur, D. Hall & B. Lawrence (Eds.). *The handbook of career theory*. New York: Cambridge University press (in press).
66. House B. Power and personality in complex organizations. In: BM Staw & LL Cummings (Eds.). *Research in organizational behaviour*. Greenwich, CT: JAI Press 1988;10:305-358.
67. Ashforth B, Mael F. Social identity theory and organization. *Academy of Management Review* 1989;14:20-39.
68. Albert S, Whetten D. Organizational identity. In Cummings LL & Staw BM (Eds.) *research in Organizational Behavior* 1985;7:263-295. Greenwich, CT:JAI Press.
69. Stryker E, Serpe. Commitment, identity salience and role behavior: Theory and research example. In Ickes W & Knowles E (Eds.). *Personality, roles and social behavior* 1982:119-218. New York: Springer-Verlag.
70. Schneider B. The people make the place. *Personnel Psychology* 1987;40:437-453.
71. Chatman J. Matching people and organizations: selection and socialization in public accounting firms. Unpublished doctoral dissertation. Walter A. Haas School of Business, University of California, Berkeley 1988.
72. Rousseau D. Quantitative assessment of organizational culture: The case for multiple measures. In Schneider B (Ed.). *Frontiers in industrial and organizational psychology* 1990;3:153-192, San Francisco: Jossey-Bass.
73. Swann B. Self-verification: bringing social reality into harmony with the self. In: J. Suls & A. Greenwald (Eds.) *Psychological perspectives on the self*. Hillsdale NJ: Erlbaum 1983;2:132-151.

74. Morse J. Person- job congruence and individual adjustment. *Human Relations* 1975;28:841-861.
75. Brown MC. Administrative succession and organisational performance: the succession effect. *Administrative Science Quarterly* 1982;29:245-273.
76. Perrow C. Hospitals, technology, structure and goals. In March JG (Ed.), *Handbook of Organizations*. Chicago: Rand McNally 1965:910-971.
77. Mannion R, Davies HTO, Marshall MN. Cultural characteristics of ‘high’ and ‘low’ performing hospitals. *Journal of Health Organization and Management* 2005;19:431-439.
78. Αποστολάκης Ι. Επιστήμες της διοίκησης και οικονομίας της υγείας: Θέματα πληροφοριακών υποδομών στις μονάδες υγείας. Εκδόσεις MediForce, Αθήνα 2005.
79. Ξηροτύρη- Κουφίδου Σ. Διοίκηση ανθρωπίνων πόρων: η πρόκληση του 21^{ου} αιώνα στο εργασιακό περιβάλλον. 3η Εκ. Θεσσαλονίκη: Ανίκουλα 2001.
80. Department of Health (DoH). *A first class service: quality in the new NHS*. London, Secretary of State for Health 1998.
81. Davies HTO et al. Organizational culture and quality of health care. *Quality Health Care* 2000;19:111-119.
82. Mercer AA. Commitment and motivation of professionals. In: Fottler MD, Hernandez SR, Joiner CL. (Eds.) *Strategic management of human resources in health services organisations*. Delmar, Albany NY 1988.
83. Atkinson PE. *Creating culture change: the key to successful total quality management*. IFS Ltd, U. K. 1990.
84. Παπαλεξανδρή Ν, Μπουραντάς Δ. Διοίκηση ανθρωπίνων πόρων. Εκδόσεις Μπένου, Αθήνα 2003.
85. Αναγνωστόπουλος Φ, Παπαδάτου Δ. Ψυχολογική προσέγγιση των ατόμων με καρκίνο. Εκδόσεις Φλόγα, Αθήνα 1986.
86. Van Sell M, Brief AP, Schuler RS. Role conflict and role ambiguity: Integration of the literature and directions for further research. *Human Relations* 1981;34:43-71.
87. Rizzo JR, House RJ, Lirtzman SI. Role conflict and ambiguity in complex organizations. *Administrative Science Quarterly* 1976;21:598-610.
88. Kahn RL, Wolfe DM, Quinn RP, Snoek JD, Rosenthal RA. *Organizational stress: studies in role conflict and role ambiguity*. New York: Wiley 1964.

89. Corwin G. Patterns of organizational conflict. *Administrative Science Quarterly* 1969;14:507-520.
90. Graen G. Role-making processes within complex organizations. In Dunnette MD (ed.) *Handbook of Industrial Organizational Psychology*, Chicago: Rand McNally 1976.
91. Breaugh JA, Colihan JP. Measuring facets of job ambiguity: construct validity evidence. *Journal of Applied Psychology* 1994;79:191-202.
92. Sawyer JE. Goal and process clarity: Specification of multiple constructs of role ambiguity and a structural equation model of their antecedents and consequences. *Journal of Applied Psychology* 1992;77:130-142.
93. Singh J, Verbeke W, Rhoads GK. Do organizational practices matter in role stress processes? A study of direct and moderating effects for marketing –oriented boundary spanners. *Journal of Marketing* 1996;60:69-91.
94. Ross RR, Altmaier EM. *Interventions in occupational stress*. London, sage Publications 1994.
95. Ivancevich JM, Matteson MT. *Stress at work: A managerial perspective*. Glenview III, Scott Foresman 1980.
96. House RJ, Rizzo JR. Role conflict and role ambiguity as critical variables in a model of organizational behavior. *Organizational Behavior and Human Performance* 1972;7:467-505.
97. Pandey S, Kumar ES. Development of a measure of role conflict. *International Journal of Conflict Management* 1997;8:187-215.
98. Wood J, Wallace J, Zeffane R, Schermerhorn JR, Hunt JG, Osborn RN. *Organizational behavior: An Asia-Pacific perspective*. Jacaranda: Wiley Ltd 1998.
99. Griffith J, Steptoe A, Copley M. An investigation of coping strategies associated with job stress in teachers. *British Journal of Educational Psychology* 1999;69:517-531.
100. Κάντας Α. Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στους εκπαιδευτικούς και στους εργαζόμενους σε επαγγέλματα υγείας και πρόνοιας. *Ψυχολογία* 1996;3:71-85.
101. Posig M, Kickul J. Extending our understanding of human burnout: Test of an integrated model in no service occupations. *Journal of Occupational Health Psychology* 2003;8:3-19.

102. Whetten DA. Coping with incompatible expectations: An integrated view of role conflict. *Administrative Science Quarterly* 1978;23:254-271.
103. Schwenker CH, Ferrell OC, Ingram TN. The influence of ethical climate and ethical conflict on role stress in the sales force. *Journal of the Academy of Marketing Science* 1997;25:99-108.
104. Κάντας Α. Οργανωτική-Βιομηχανική ψυχολογία. *Ελληνικά Γράμματα*, Αθήνα 1998.
105. Locke EA. The nature and causes of job satisfaction. *Handbook of industrial and organizational psychology*. Chicago, Rand McNally 1976:1319-1328.
106. Αλεξιάς Γ, Αναγνωστόπουλος Φ, Πιλάτης Ι. Επαγγελματική εξουθένωση και ικανοποίηση από την εργασία του ιατρικού προσωπικού δημόσιου νοσοκομείου των Αθηνών. *Επιθεώρησης Κοινωνικών Ερευνών* 2010;131 Α':109-136.
107. Holland JL. *Vocational choices: a theory of vocational personalities and work environments*. 2nd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall 1985.
108. Κάντας Α. Οργανωτική-βιομηχανική ψυχολογία: κίνητρα, επαγγελματική ικανοποίηση και ηγεσία (μέρος 1ο). 14η έκδοση. Εκδόσεις *Ελληνικά Γράμματα*, Αθήνα 2008.
109. Duffy RD, Richard GV. Physician job satisfaction across six major specialties. *J Vocat Behav* 2006;68:548-559.
110. Scott T, Mannion R, Davies H et al. The quantitative measurement of organisational culture in health care: a review of the available instruments. *HSR* 2003;38:923-945.
111. Sashkin M. *Pillars of excellence: Organizational Beliefs Questionnaire*. Bryn Mawr, PA: Organizational Design and Development 1984.
112. Glaser R. *The corporate culture survey*. Bryn Mawr, PA: Organizational Design and Development 1983.
113. Cooke RA, Lafferty JC. *Organizational Culture Inventory*. Human Synergistics Plymouth MI 1989.
114. Kilmann RH, Saxton MJ. *The Kilmann-Saxton Culture-Gap Survey*. Pittsburgh, PA: Organizational Design Consultants 1983.
115. Lewis D. How useful a concept is organizational culture? *Strategic Change* 1998;7:261-276.

116. Likert R. A Technique for the Measurement of Attitudes. *Archives of Psychology* 1932;140: 1–55.
117. Xenikou A, Furnham A. A correlation and factor analytic study of four questionnaire measures of organizational culture. *Human Relations* 1996;49:349-369.
118. Cable DM, Judge CK. Interviewers' perceptions of person- organization fit and organizational selection decisions. *Journal of Applied Psychology* 1997;82:546-561.
119. O'Reilly C. Corporations, cults and organisational culture: lessons from Silicon Valley firms. Paper presented at the meeting of the Academy of Management, Dallas 1983.
120. Nunnally J. *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill 1967.
121. Ashkanasy NM, Broadfoot LE, Falkus S. Questionnaire measures of organizational culture. In, *Handbook of Organizational Culture and Climate* Ashkanasy NM, Wilderon CP & Peterson MF (eds.). Sage Publications, Thousand Oaks CA 2000:131-146.
122. Becker B, Gerhart B. The impact of human resource management on organizational performance: Progress and prospects. *Academy of Management Journal* 1996;39:779-802.
123. Delaney JT, Huselid MA. The impact of human resource management practices on perceptions of organizational performance. *Academy of Management Journal* 1996;39:949-970.
124. Heifetz RA, Laurie DL. The work of leadership. *Harvard Business Review* 1997;75:124-135.
125. Siehl C, Martin J. Organizational culture: A key to financial performance? In *Organizational Culture and Climate*, Schneider B (ed.). Jossey-Bass, San Francisco 1990:241-281.
126. Declaration of Alma – Ata. International Conference on Primary Health Care: Alma- Ata, 6-12 September 1978. Accessed on: (http://www.who.int/hpr/MPH/docs/declaration_almaata.pdf. Accessed at: 10/03/11.
127. Donaldson MS, Yordy KD, Lohr KN, Vandelow NA eds. *Committee on the Future of Primary Care Services*. Institute of Medicine. Primary Care. America's Health in a New Era. Washington DC: National Academy Press 1996:27-51.

128. Saltman RB. Drawing the strands together: primary care in perspective. In Saltman RB, Rico A, Boerma W (eds). Primary care in the driver's seat? Organisation reform in European primary care. World health Organisation 2006 on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
129. RCGP. The future GP: Learning and Teaching. London: Royal College of General Practitioners (RCGP)/ BMJ Publications 1972.
130. Framework for Professional and Administrative Development of General Practice/ Family Medicine in Europe, WHO Europe, Copenhagen, 1998.
131. The European Definition of General Practice/ Family Medicine. Singapore: World Organisation of Family Doctors (WONCA), 2002.
132. Υπουργείο Υγείας (2010). Ετήσια Έκθεση 2009.
133. Consultancy team. Review of the health care system: First report of the study for the national health insurance scheme. November 1991:10-12.
134. Consultancy team. Review of the health care system: First report of the study for the national health insurance scheme. November 1991:2-7.
135. Νόμος που προβλέπει για την εισαγωγή γενικού συστήματος υγείας και για συναφή θέματα. Ν.89(1)/2001;3497:11-18.
136. Consultancy team. Proposals for a national health insurance scheme. Draft final report of the study for the national health insurance scheme. March 1992:16.
137. Koustelios A, Theodorakis N, Goulimaris D. Role ambiguity, role conflict and job satisfaction among physical education teachers in Greece. The International Journal of Educational Management 2004;18:87-92.
138. O'Reilly CA, Chatman J. Organizational commitment and psychological attachment. The effects of compliance, identification and internalization on pro-social behavior. J Appl Psychol 1986;71:492-499.
139. Bellou V. Identifying organizational culture and subcultures within Greek public hospitals. Journal of Health, Organization and Management 2008;22:496-509.
140. Hammersley M. Some notes on the terms "validity" and "reliability". British Educational Research Journal 1987;13:73-81.
141. Ραφτόπουλος Β, Θεοδοσοπούλου Θ. Μεθοδολογία στάθμισης κλίμακας. Αρχία Ελληνικής Ιατρικής 2002;19:577-589.
142. Reymont R, Joreskog KG. Applied factor analysis in the natural sciences. New York, Cambridge University Press 1993.

143. Stevens J. Applied multivariate statistics for the social sciences. 3rd ed. Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum Associates 1996.
144. Kaiser HF, Rice JL. Little Jifty, Mark IV. Educational and psychological management 1974;34:111-117.
145. Comrey AL. A first course in factor analysis. New York, Academic Press 1973.
146. Gronlund NE, Linn RL. Measurement and evaluation in teaching. 6th ed. New York, MacMillan 1990:78.
147. Nunnally J. Psychometric theory. New York, McGraw-Hill, 1978.
148. Payne B. 2b or not 2b? Br Acad Management Newsletter 1993:7.
149. Nunnally JC. Cited in. Churchill GA Jr. Paradigm for developing better measures of marketing constructs. Journal of Marketing Research 1979, XVI.
150. Αλετράς Β και συν. Ανάπτυξη ελληνικού ερωτηματολογίου ικανοποίησης νοσηλευθέντων ασθενών και έλεγχος των βασικών του ψυχομετρικών ιδιοτήτων. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2009;26:79.
151. Jaccard, J, Wan CK. LISREL approaches to interaction effects in multiple regression. Thousand Oaks, CA: Sage Publications 1996.
152. Miller GA. The magical number seven, plus or minus two. Some limits on our capacity for processing information. Psychol Rev 1956;63:81-97.
153. Lissitz RW, Green SB. Effect of the number of scale points on reliability: a Monte-Carlo approach. J Appl Psychol 1975;60:10-13.
154. McKelvie SJ. Graphic rating scales. How many categories? Br J Psychol 1978;69:185-202.
155. Boote AS. Reliability testing of psychographic scales: five- point or seven-point? Anchored or labelled? Journal of Advertising Research 1981;21:53-60.
156. Pettinger R. Introduction to organizational behavior. Macmillan Business 1996.
157. Brewer EW, Clippard LF. Burnout and job satisfaction among student support services personnel. Human Resource Development Quarterly 2002;13:169-186.
158. Brief AP, Aldag RJ, Van Sell M, Melone N. Anticipatory socialization and role stress among registered nurses. Journal of Health and Social Behavior 1979;20:161-166.

159. Shalit B. Structural ambiguity and limits to coping. *Journal of human Stress* 1977;3:32-45.
160. Schuler RS. Role perceptions, satisfaction and performance moderated by organizational level and participation in decision making. *Academy of Management Journal* 1977;20:159-165.
161. Szilagyi AD. An empirical test of causal inference between role perceptions, satisfaction with work, performance and organizational level. *Personnel Psychology* 1977;30:375-388.
162. Mossholder KW, Bedeian AG, Armenakis AA. Role perceptions, satisfaction and performance: Moderating effects of self-esteem and level. *Organisational Behavior Human Performance*.1981;28:224-234.
163. Schwab RL, Iwanicki EF. Perceived role conflict, role ambiguity and teacher burnout. *Educational Administration Quarterly* 1982;18:60-74.
164. Berkowitz EN. Role theory, attitudinal constructs and actual performance: A measurement issue 1980;65:240-245.
165. Αργυράκης Π, Κουστέλιος Α, Διγγελίδης Ν, Χρόνη Σ. Σύγκρουση ρόλων, ασάφεια ρόλων και επαγγελματική ικανοποίηση σε δείγμα εργαζομένων στην ΟΕΟΑ «ΑΘΗΝΑ 2004». *Διοίκηση Αθλητισμού και Αναψυχής* 2005;2:15-26.
166. French RP, Caplan RD. Organizational stress and individual strain. In Marrow AJ (ed.), *The failure of success*. New York: AMACOM 1972.
167. Liddel WW, Slocum JW. The effects of individual role compatibility upon group performance: An extension of Schutz's FIRO theory. *Academy of Management Journal* 1976;19:413-426.
168. Baird LL. The relation of graduate students' role relations to their stage of academic careers employment and academic success. *Organizational Behavior and Human Performance* 1972;7:428-441.
169. Brief AP, Aldag RJ. Correlates or role indices. *Journal of Applied Psychology* 1976;61:468-472.
170. Greene CN. Relationships among role accuracy, compliance, performance evaluation and satisfaction within managerial dyads. *Academy of Management Journal* 1972;15:205-215.
171. Nohria N, Joyce W, Robertson B. What really works. *Harvard Business review* 2003;81:42-52.

172. Erdogan B, Liden RC, Kraimer ML. Justice and leader- member exchange: the moderating role of organizational culture. *Academy of Management Journal* 2006;49:395-406.
173. Greene J, Reinhardt A, Lowry T. Teaching Microsoft to make nice? *Business Week* 2004;3885:80-81.
174. Bauer TN, Bodner T, Erdogan B, Truxillo DM, Tucker JS. Newcomer adjustment during organizational socialization: a meta-analytic review of antecedents, outcomes and methods. *Journal of Applied Psychology* 2007; 92:707–721.
175. Barney JB, Griffin RW. *The management of organizations*. Houghton Mifflin Company, Boston 1992.
176. Bodur S. Job satisfaction of health care staff employed at health centers in Turkey. *Occup Med* 2002;52:353-355.
177. Μπόρου Α, Βόσνιακ Γ, Υφαντής Α και συν. Επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων στις υπηρεσίες υγείας: Η ειδική περίπτωση των νοσηλευτών. *Ιατρικά Χρονικά Βορειοδυτικής Ελλάδος* 2010;6:39-46.
178. Μακρής Ν, Θεοδώρου Μ, Middleton Ν. Η επαγγελματική ικανοποίηση στα δημόσια γενικά νοσοκομεία της Κύπρου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2011;28:234-244.
179. Ποζουκίδου Α, Θεοδώρου Μ, Καϊτελίδου Δ. Επαγγελματική ικανοποίηση του νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού σε ένα δημόσιο γενικό νοσοκομείο. *Νοσηλευτική* 2007;46:537-544.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα Ι.

Α) Εξασφάλιση άδειας χρήσης του ερωτηματολογίου ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων

Από: tsigilis@uom.gr [mailto:tsigilis@uom.gr]

Αποστολή: Τετ 20/1/2010 8:41 πμ

Προς: Zlatanoss, Dimitris

From: Zlatanoss, Dimitris

Sent: Wednesday, January 20, 2010 12:58 PM

To: Andreas Pavlakis

Ανδρέα καλημέρα,

μόλις κατάφερα και έλαβα τα ερωτηματολόγια που μου είχες ζητήσει πριν από λίγες ημέρες, και σου τα προωθώ αμέσως!

Για οτιδήποτε άλλο χρειαστεί θα μιλήσω και πάλι με τον κ. Τσιγγίλη Νίκο, ο οποίος συνεργάζεται με τον κ. Κουστέλιο στο Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας. Εάν θέλεις ενημέρωσέ με για την παραλαβή για να είμαι σίγουρος ότι τα παρέλαβες.

Δημήτρης Ζλατάνος

B) Εξασφάλιση άδειας χρήσης της αρχικής μορφής του ερωτηματολογίου OCP για τη μέτρηση της οργανωσιακής κουλτούρας

From: vbellou@uth.gr

Sent: Κυριακή, 24 Μαΐου 2009 10:44 πμ

To: Andreas Pavlakis

Subject: Re: οργ. κουλτουρα

Αγαπητέ κύριε Παυλάκη,

Επιτρέψτε μου καταρχάς να ζητήσω συγγνώμη για την καθυστέρηση στην απάντηση, αλλά έχω σχετικά πρόσφατα γίνει μαμά, με ότι αυτό συνεπάγεται.

Εννοείται ότι μπορείτε να χρησιμοποιήσετε το ερωτηματολόγιο. Η μεθοδολογία της έρευνας περιγράφεται στο σχετικό άρθρο στο Journal of Health Organization and Management. Εάν παρ' όλα αυτά, κάτι δεν είναι αρκετό, με χαρά θα σας βοηθήσω.

Όσον αφορά μελλοντική συνεργασία είμαι απολύτως ανοικτή σε προτάσεις. Απλώς, όπως σας είπα και νωρίτερα, η εποχή αυτή είναι αρκετά απαιτητική για εμένα.

Καλή επιτυχία στην προσπάθειά σας.

Με εκτίμηση,

B. Μπέλλου

Γ) Εξασφάλιση άδειας χρήσης της αναθεωρημένης μορφής του ερωτηματολογίου OCP για τη μέτρηση της οργανωσιακής κουλτούρας από τον καθηγητή κ. James Sarros

Sent: Thursday, 9 December 2010 7:42 PM

To: James.sarros@buseco.monash.edu.au

Cc: pavlakis@ouc.ac.cy

Subject: permission to use OCP in Cyprus

Dear Professor Sarros,

I am a postgraduate student at the “Open University of Cyprus” and I am contacting you on behalf of several other postgraduate students and our supervisor, professor, Andreas Pavlakis. In the context of a 4-year postgraduate course on “The Management of Health Units” organized by “The Open University of Cyprus” it is required to undertake a thesis in order to get the master degree. As part of this thesis we have decided to perform a study that would examine the organizational culture in the health care of Cyprus. To be more specific, we will examine the organizational culture in the primary health care of Cyprus, in the hospital setting, in the Pharmaceutical services and in Psychiatric Services of Cyprus.

For this purpose, we have selected for use, the instrument of the Organizational Culture Profile (OCP) and specifically the shortened version of 28-items which you have developed, as the most feasible questionnaire for studying organizational culture in Cyprus.

Therefore, I would kindly ask for your permission to use the OCP instrument of 28-items and also if it would be possible to send us the questionnaire.

Thank you in advance for your collaboration.

Yours sincerely

Dr. Theodora Zachariadou

M. D., Ph. D.

General Practitioner

Hello Theodora,

Of course you can use the OCP amended version – I am delighted it will be of some use to your research. Attached is the instrument and profile form. Good luck with your research!

Regards,

James

Professor James C. Sarros

Department of Management

Monash University

PO Box 197 Caulfield East Vic

AUSTRALIA 3145

Παράρτημα II. Επιστολές έγκρισης για τη διεξαγωγή της μελέτης

Α) Επιστολή έγκρισης από τη Διευθύντρια Ι. Υ. & Υ. Δ. Υ. του Υπουργείου Υγείας



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΙ
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
1449 ΛΕΥΚΩΣΙΑ

Αρ. Φακ. 1.Υ.7.04.002
Αρ. Τηλ.: 22605601
Αρ. Φαξ: 22345199

11 Ιανουαρίου 2010

Δρ. Θεοδώρα Ζαχαριάδου
Ι.Λ. 1^{ης} τάξης

**Θέμα: «Μέτρηση της οργανωτικής κουλτούρας, της ασάφειας και σύγκρουσης
ρόλων στους επαγγελματίες υγείας στην Πρωτοβάθμια
Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) στην Κύπρο**

Αναφέρομαι στην επιστολή σας με ημερομηνία 07/01/2010 σχετικά με το πιο πάνω θέμα και σας πληροφορώ ότι εγκρίνεται η διεξαγωγή της μελέτης που απευθύνεται στους γενικούς ιατρούς και νοσηλευτές που εργάζονται στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, με τις προϋποθέσεις που έχετε επισημάνει στην επιστολή σας, οι οποίες αφορούν στην ανωνυμία των συμμετεχόντων καθώς και στο ότι το Τμήμα Ιατρικών Υπηρεσιών και Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας δεν θα έχει οποιαδήποτε επιβάρυνση.

Σας εύχομαι καλή επιτυχία στη διδακτορική σας διατριβή.

(Α. Αγγρότου)
Διευθύντρια
Ιατρικών Υπηρεσιών και
Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας

ΑΑ/ΑΧ



Β) Επιστολή έγκρισης από το Διευθυντή Νοσηλευτικών Υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας

ΚΥΠΡΙΑΚΗ



ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Αρ. Φακ. Υ.Υ.15.6.17.9

8 Ιανουαρίου 2010

Δρ. Θεοδώρα Ζαχαριάδου
Ιατρικός Λειτουργός
Αστικό Κέντρο Υγείας Έγκωμης

Έχω οδηγίες να αναφερθώ στην επιστολή σας με ημερομηνία 7/1/2010 σχετικά με αίτημα όπως σας παραχωρηθεί άδεια για τη συμμετοχή νοσηλευτικού προσωπικού στη διεξαγωγή της έρευνας σας, με τίτλο **"Μέτρηση της οργανωτικής κουλτούρας, της ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων στους επαγγελματίες υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Κύπρο"** και να σας πληροφορήσω ότι αυτό έχει εγκριθεί.

Επισημαίνεται ότι η ικανοποίηση του πιο πάνω αιτήματός σας προϋποθέτει την εξασφάλιση της αποδοχής των συμμετεχόντων νοσηλευτών των Αστικών και Αγροτικών Κέντρων Υγείας.

Η Διεύθυνση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών σας εύχεται κάθε επιτυχία.

(Α. Ξενοφώντος)
για Αν. Γενική Διευθύντρια
Υπουργείου Υγείας

Κοιν. Διευθύντρια Ι.Υ. και Υ.Δ.Υ
Προϊστ. Νοσηλ. Λειτ., ΝΑΜ ΙΙΙ
Προϊστ. Λειτ. Επ. Υγείας

M.E ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ ΓΙΑ ΕΡΕΥΝΕΣ.doc pg. 10

Διεύθυνση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών Υπουργείου Υγείας
Οδός Προδρόμου 1, 1095 Λευκωσία
Τηλ: 22 605404 Φαξ: 22 772246 ιστοσελίδα – www.moh.gov.cy
Ηλεκτρ. Ταχ. nursingservices@moh.gov.cy

Γ) Επιστολή έγκρισης από την επιτροπή Βιοηθικής για τη διεξαγωγή της μελέτης που προηγήθηκε στο νοσοκομείο Λεμεσού

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

Παράρτημα III. Ερωτηματολόγιο μέτρησης της οργανωσιακής κουλτούρας και του βαθμού ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων που χρησιμοποιήθηκε στη μελέτη.

ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΤΗΣ ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ ΚΑΙ
ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΑΣΑΦΕΙΑΣ ΚΑΙ ΣΥΓΚΡΟΥΣΗΣ ΡΟΛΩΝ ΣΤΗΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ

ΟΔΗΓΙΕΣ

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Η πιο πάνω μελέτη διεξάγεται στο πλαίσιο του μεταπτυχιακού προγράμματος του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου «Διοίκηση Μονάδων Υγείας». Η μελέτη περιλαμβάνει τη συμπλήρωση ενός ερωτηματολογίου το οποίο αφορά: α) την καταγραφή των απόψεων σας για την παρουσία ή μη σύγκρουσης και ασάφειας ρόλων ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στον τομέα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και β) την αποτύπωση της οργανωτικής κουλτούρας που χαρακτηρίζει τα Κέντρα Υγείας στην ΠΦΥ της Κύπρου. Σας παρακαλούμε να διαβάσετε προσεκτικά τις ακόλουθες οδηγίες πριν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Στο πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου υπάρχουν κάποιες προτάσεις που αφορούν την εργασία σας. Αφού το διαβάσετε με προσοχή απαντήστε με τη μεγαλύτερη δυνατή ειλικρίνεια τοποθετώντας ένα Χ στην απάντηση που σας εκφράζει σύμφωνα με τη διαβάθμιση της κλίμακας (1= ποτέ ως 5= πάντοτε). Στο δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου, σας ζητείται να προσδιορίσετε κατά πόσο θεωρείτε σημαντικά κάποια χαρακτηριστικά για την εργασία σας και κατά πόσο πιστεύετε ότι το τμήμα στο οποίο εργάζεστε προάγει τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. Αφού το διαβάσετε με προσοχή απαντήστε με τη μεγαλύτερη δυνατή ειλικρίνεια τοποθετώντας ένα Χ στην απάντηση που σας εκφράζει σύμφωνα με τη διαβάθμιση της κλίμακας (πάρα πολύ ως καθόλου).

Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Αυτό που ζητάμε από εσάς είναι η προσωπική σας άποψη. Μην σκέφτεστε πολύ για κάθε πρόταση. Απαντήστε αυθόρμητα. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και οι απαντήσεις σας θα είναι απόλυτα εμπιστευτικές. Είναι εξαιρετικά σημαντικό να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις.

Για οποιεσδήποτε διευκρινήσεις σας παρακαλούμε να επικοινωνήσετε με τη συντονίστρια της μελέτης, κα. Θεοδώρα Ζαχαριάδου στα τηλέφωνα: 22809000, 99314054.

Σας ευχαριστούμε

Παρακάτω υπάρχει μια σειρά από προτάσεις για τις οποίες θέλουμε να δηλώσετε σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι είναι αληθινές. Κάθε αριθμός αντιστοιχεί σε άλλη απάντηση. Η επεξήγηση για την αντιστοιχία αυτή δίνεται παρακάτω. **Επιλέξτε με X την απάντηση που σας εκφράζει.**

1 Ποτέ	2 Σπάνια	3 Κάποτε	4 Συχνά	5 Πάντοτε
-----------	-------------	-------------	------------	--------------

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

ΠΟΣΟ ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΑΣ;	ΚΑΤΑ ΠΟΣΟ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΤΟ ΤΜΗΜΑ ΣΤΟ ΟΠΟΙΟ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ ΠΡΟΑΓΕΙ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ;
Παρακαλούμε να βάλετε X στην απάντηση της επιλογής σας.	Παρακαλούμε να βάλετε X στην απάντηση της επιλογής σας.
Πάρα πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου	Πάρα πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου
1. Σταθερότητα	1. Σταθερότητα
Πάρα πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου	Πάρα πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου
2. Καινοτομία (being innovative)	2. Καινοτομία (being innovative)
Πάρα πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου	Πάρα πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου
3. Γρήγορη εκμετάλλευση ευκαιριών	3. Γρήγορη εκμετάλλευση ευκαιριών
Πάρα πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου	Πάρα πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου
4. Ανάλυση κινδύνου (risk taking)	4. Ανάλυση κινδύνου (risk taking)
Πάρα πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου	Πάρα πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου
5. Το να υπάρχει προσανατολισμός στην ομαδικότητα	5. Το να υπάρχει προσανατολισμός στην ομαδικότητα
Πάρα πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου	Πάρα πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου
6. Το να μοιράζονται οι εργαζόμενοι ελεύθερα τις πληροφορίες	6. Το να μοιράζονται οι εργαζόμενοι ελεύθερα τις πληροφορίες
Πάρα πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου	Πάρα πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου
7. Το να υπάρχει προσανατολισμός στους ανθρώπους	7. Το να υπάρχει προσανατολισμός στους ανθρώπους
Πάρα πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου	Πάρα πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου
8. Δικαιοσύνη	8. Δικαιοσύνη
Πάρα πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου	Πάρα πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου
9. Το να είναι ο εργαζόμενος ήρεμος	9. Το να είναι ο εργαζόμενος ήρεμος
Πάρα πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου	Πάρα πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου
10. Το να είναι ο εργαζόμενος σκεπτόμενος (being reflective)	10. Το να είναι ο εργαζόμενος σκεπτόμενος (being reflective)
Πάρα πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου	Πάρα πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου
11. Το να υπάρχει προσανατολισμός στην επίτευξη στόχων	11. Το να υπάρχει προσανατολισμός στην επίτευξη στόχων
Πάρα πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου	Πάρα πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου
12. Ανάλυση προσωπικής ευθύνης	12. Ανάλυση προσωπικής ευθύνης
Πάρα πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου	Πάρα πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου

ΠΟΣΟ ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΑΣ;	ΚΑΤΑ ΠΟΣΟ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΤΟ ΤΜΗΜΑ ΣΤΟ ΟΠΟΙΟ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ ΠΡΟΑΓΕΙ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ;
13. Το να έχει ο εργαζόμενος υψηλές προσδοκίες για απόδοση	13. Το να έχει ο εργαζόμενος υψηλές προσδοκίες για απόδοση
Πάρα πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου	Πάρα πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου
14. Ευκαιρίες για επαγγελματική εξέλιξη	14. Ευκαιρίες για επαγγελματική εξέλιξη
Πάρα πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου	Πάρα πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου
15. Υψηλές αμοιβές για την καλή απόδοση	15. Υψηλές αμοιβές για την καλή απόδοση
Πάρα πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου	Πάρα πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου
16. Αίσθημα ασφάλειας στην εργασία	16. Αίσθημα ασφάλειας στην εργασία
Πάρα πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου	Πάρα πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου
17. Το να επαινείται ο εργαζόμενος για την καλή απόδοση	17. Το να επαινείται ο εργαζόμενος για την καλή απόδοση
Πάρα πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου	Πάρα πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου
18. Χαμηλό επίπεδο συγκρούσεων	18. Χαμηλό επίπεδο συγκρούσεων
Πάρα πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου	Πάρα πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου
19. Συνεργασία μεταξύ των εργαζομένων	19. Συνεργασία μεταξύ των εργαζομένων
Πάρα πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου	Πάρα πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου
20. Ενθουσιασμός για τη δουλειά	20. Ενθουσιασμό για τη δουλειά
Πάρα πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου	Πάρα πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου
21. Έμφαση στην ποιότητα	21. Έμφαση στην ποιότητα
Πάρα πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου	Πάρα πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου
22. Το να έχει ο εργαζόμενος διαφορετικά χαρακτηριστικά από τους άλλους	22. Το να έχει ο εργαζόμενος διαφορετικά χαρακτηριστικά από τους άλλους
Πάρα πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου	Πάρα πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου
23. Το να έχει ο εργαζόμενος καλή φήμη	23. Το να έχει ο εργαζόμενος καλή φήμη
Πάρα πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου	Πάρα πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου
24. Το να είναι ο εργαζόμενος κοινωνικά υπεύθυνος	24. Το να είναι ο εργαζόμενος κοινωνικά υπεύθυνος
Πάρα πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου	Πάρα πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου
25. Το να υπάρχει προσανατολισμός στο αποτέλεσμα	25. Το να υπάρχει προσανατολισμός στο αποτέλεσμα
Πάρα πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου	Πάρα πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου

ΠΟΣΟ ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΑΣ;	ΚΑΤΑ ΠΟΣΟ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΤΟ ΤΜΗΜΑ ΣΤΟ ΟΠΟΙΟ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ ΠΡΟΑΓΕΙ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ;
26. Το να έχει ο εργαζόμενος ξεκάθαρη καθοδηγητική φιλοσοφία Πάρα πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου	26. Το να έχει ο εργαζόμενος ξεκάθαρη καθοδηγητική φιλοσοφία Πάρα πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου
27. Το να είναι ο εργαζόμενος ανταγωνιστικός Πάρα πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου	27. Το να είναι ο εργαζόμενος ανταγωνιστικός Πάρα πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου
28. Το να έχει ο εργαζόμενος υψηλό βαθμό οργάνωσης Πάρα πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου	28. Το να έχει ο εργαζόμενος υψηλό βαθμό οργάνωσης Πάρα πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου
29. Είμαι ικανοποιημένος/η από τους προϊσταμένους μου Πάρα πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου	
30. Είμαι ικανοποιημένος/η από τους συνεργάτες μου Πάρα πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου	
31. Είμαι ικανοποιημένος/η από το περιεχόμενο της εργασίας μου Πάρα πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου	
32. Είμαι ικανοποιημένος/η από την αμοιβή μου Πάρα πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου	
33. Είμαι ικανοποιημένος/η από τις προσδοκίες προαγωγής Πάρα πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου	
34. Είμαι ικανοποιημένος/η από τις συνθήκες εργασίας μου Πάρα πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου	
35. Συνολικά είμαι ικανοποιημένος/η από την εργασία μου Πάρα πολύ Αρκετά Μέτρια Λίγο Καθόλου	

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Παρακαλούμε να συμπληρώσετε τα ακόλουθα στοιχεία βάζοντας X στην απάντηση που σας αντιπροσωπεύει.

1. Άνδρας γυναίκα
2. Ηλικία (έτη)

3. Οικογενειακή κατάσταση

- Έγγαμος /η
Άγαμος/ η
Διαζευγμένος/ η
Χήρος/ α

4. Ιδιότητα:

- Ιατρός
Νοσηλεύτης

5. Θέση που κατέχετε:

- Ανώτερος Ιατρικός λειτουργός
Ιατρικός λειτουργός
Πρώτος Νοσηλευτικός λειτουργός
Ανώτερος Νοσηλευτικός λειτουργός
Νοσηλευτικός λειτουργός

6. Χρόνια στην υπηρεσία

7. Χρόνια υπηρεσίας στο τμήμα που εργάζεστε τώρα

8. Επαρχία στην οποία εργάζεστε:

- Λευκωσία
Λεμεσός
Πάφος
Λάρνακα
Αμμόχωστος

9. Τόπος εργασίας:

- Αστικό Κέντρο Υγείας
Αγροτικό Κέντρο Υγείας
Εξωτερικά Ιατρεία Νοσοκομείου

Ευχαριστούμε για τη συνεργασία

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IV. Πίνακες και διαγράμματα της μελέτης

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού της μελέτης.

Χαρακτηριστικά	N (%)
Φύλο	
<i>Ανδρες</i>	54 (24.7)
<i>Γυναίκες</i>	165 (75.3)
Ηλικία (έτη)	
<i>≤ 34</i>	51 (26.7)
<i>35-44</i>	48 (25.1)
<i>45-54</i>	66 (34.6)
<i>≥ 55</i>	26 (13.6)
Χρόνια υπηρεσίας	
<i>1-5</i>	56 (26.8)
<i>6-15</i>	54 (25.8)
<i>≥ 16</i>	99 (47.4)
Χρόνια υπηρεσίας στο παρόν τμήμα	
<i>1-5</i>	107 (52.7)
<i>6-15</i>	58 (28.6)
<i>≥ 16</i>	38 (18.7)
Οικογενειακή κατάσταση	
<i>Έγγαμος/η</i>	164 (76.6)
<i>Άγαμος/η</i>	32 (15.0)
<i>Διαζευγμένος/η</i>	13 (6.1)
<i>Χήρος/α</i>	5 (2.3)
Ιδιότητα	
<i>Ιατροί</i>	97 (43.5)
<i>Νοσηλευτές</i>	126 (56.5)
Επαγγελματική θέση	
<i>Ανώτερος ιατρικός λειτουργός</i>	7 (3.2)
<i>Ιατρικός λειτουργός</i>	90 (41.5)
<i>Πρώτος Νοσηλευτικός λειτουργός</i>	10 (4.6)
<i>Ανώτερος νοσηλευτικός λειτουργός</i>	17 (7.8)
<i>Νοσηλευτικός λειτουργός</i>	93 (42.9)
Τόπος εργασίας	
<i>Αστικό Κέντρο Υγείας</i>	66 (31.7)
<i>Αγροτικό Κέντρο Υγείας</i>	103 (49.5)
<i>Εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου</i>	39 (18.8)
Επαρχία εργασίας	
<i>Λευκωσία</i>	99 (45.2)
<i>Λεμεσός</i>	47 (21.5)
<i>Πάφος</i>	30 (13.7)
<i>Λάρνακα</i>	23 (10.5)
<i>Αμμόχωστος</i>	20 (9.1)

Πίνακας 2. Μέση βαθμολογία του βαθμού ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων του πληθυσμού της μελέτης.

Δηλώσεις ασάφειας ρόλου	Μέσος όρος (Τ. Α.)	Δηλώσεις σύγκρουσης ρόλου	Μέσος όρος (Τ. Α.)
Είμαι σίγουρος/η για την έκταση της εξουσίας που έχω στη δουλειά μου	4.00 (0.94)	Στη δουλειά μου ασχολούμαι με πράγματα που το καθένα θέλει διαφορετική αντιμετώπιση	4.43 (0.67)
Στη δουλειά μου υπάρχουν ξεκάθαροι και προγραμματισμένοι στόχοι	3.91 (0.99)	Μου ανατίθενται εργασίες χωρίς να υπάρχει η ανθρώπινη βοήθεια που απαιτείται για να ολοκληρωθούν αυτές	3.22 (1.03)
Γνωρίζω ότι μοιράζω σωστά το χρόνο μου	4.14 (0.85)	Πρέπει να έρθω σε σύγκρουση με διαδικασίες ή κανόνες προκειμένου να διεκπεραιώσω κάποια εργασία	3.18 (1.00)
Γνωρίζω ποιες είναι οι ευθύνες μου	4.62 (0.73)	Εργάζομαι με δύο ή περισσότερες ομάδες ατόμων που λειτουργούν διαφορετικά	3.43 (1.21)
Γνωρίζω επακριβώς τι περιμένουν οι άλλοι από εμένα	4.18 (0.86)	Στη δουλειά μου παίρνω οδηγίες που είναι αντιφατικές μεταξύ τους	2.75 (1.01)
Οι επεξηγήσεις που μου δίνονται στη δουλειά μου για το τι πρέπει να γίνει είναι ξεκάθαρες	3.68 (1.01)	Στη δουλειά μου κάνω πράγματα τα οποία γίνονται αποδεκτά μόνο από ορισμένα άτομα	2.62 (1.07)
		Μου ανατίθεται κάποια εργασία χωρίς τους επαρκείς πόρους και υλικά για να την εκτελέσω	3.08 (1.03)
		Στη δουλειά μου ασχολούμαι με μη αναγκαία πράγματα	2.60 (1.10)
Σύνολο	4.08 (0.31)		3.19 (0.59)
Cronbach's alpha	0.80		0.81

Τ. Α.: Τυπική απόκλιση

Πίνακας 3. Μέση βαθμολογία του βαθμού ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων ανά φύλο, ηλικιακή ομάδα, οικογενειακή κατάσταση και επαγγελματική θέση του πληθυσμού της μελέτης.

Μεταβλητή	Ασάφεια ρόλων	Σύγκρουση ρόλων
	<i>Μέσος όρος (T. A.)</i>	<i>Μέσος όρος (T. A.)</i>
Φύλο		
Άνδρες	4.13(0.62)	3.18 (0.68)
Γυναίκες	4.09 (0.60)	3.17 (0.67)
p-value	0.536	0.928
Ηλικιακή ομάδα (έτη)		
≤ 34	4.12 (0.45)	3.23 (0.67)
35-44	3.93 (0.56)	3.26 (0.62)
45-54	4.12 (0.73)	3.06 (0.70)
≥ 55	4.32 (0.64)	3.12 (0.76)
p-value	0.195	0.341
Οικογενειακή κατάσταση		
Έγγαμος/η	4.08 (0.63)	3.17 (0.66)
Άγαμος/η	4.08 (0.59)	3.28 (0.77)
Διαζευγμένος/η	4.22 (0.43)	3.01 (0.72)
Χήρος/α	4.30 (0.43)	2.73 (0.45)
p-value	0.583	0.352
Ιδιότητα		
Ιατρός	4.10 (0.74)	3.07 (0.76)
Νοσηλεύτης	4.08 (0.55)	3.21 (0.61)
p-value	0.844	0.117
Επαγγελματική θέση		
Ανώτερος ιατρικός λειτουργός	4.30 (0.40)	3.13 (0.63)
Ιατρικός λειτουργός	4.11 (0.69)	3.14 (0.76)
Πρώτος νοσηλευτικός λειτουργός	4.44 (0.51)	3.54 (0.52)
Ανώτερος νοσηλευτικός λειτουργός	4.13 (0.47)	3.16 (0.47)
Νοσηλευτικός λειτουργός	4.11 (0.58)	3.18 (0.62)
p-value	0.561	0.486

T. A.: Τυπική απόκλιση

p-value: στατιστικά σημαντική διαφορά <0.05

Πίνακας 4. Μέση βαθμολογία του βαθμού ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων ανά επαρχία εργασίας, χώρο εργασίας και έτη υπηρεσίας του πληθυσμού της μελέτης.

Μεταβλητή	Ασάφεια ρόλων	Σύγκρουση ρόλων
	<i>Μέσος όρος (T. A.)</i>	<i>Μέσος όρος (T. A.)</i>
Επαρχία εργασίας		
<i>Λευκωσία</i>	<i>4.12 (0.58)</i>	<i>3.13 (0.73)</i>
<i>Λεμεσός</i>	<i>3.99 (0.53)</i>	<i>3.18 (0.55)</i>
<i>Πάφος</i>	<i>4.16 (0.76)</i>	<i>3.22 (0.74)</i>
<i>Λάρνακα</i>	<i>4.07 (0.68)</i>	<i>3.15 (0.64)</i>
<i>Αμμόχωστος</i>	<i>4.18 (0.51)</i>	<i>3.26 (0.61)</i>
<i>p-value</i>	<i>0.819</i>	<i>0.903</i>
Χώρος εργασίας		
<i>Αστικό Κέντρο Υγείας</i>	<i>4.02 (0.62)</i>	<i>3.13 (0.70)</i>
<i>Αγροτικό Κέντρο Υγείας</i>	<i>4.10 (0.61)</i>	<i>3.16 (0.69)</i>
<i>Εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου</i>	<i>4.23 (0.61)</i>	<i>3.20 (0.63)</i>
<i>p-value</i>	<i>0.174</i>	<i>0.890</i>
Χρόνια Υπηρεσίας		
<i>1-5</i>	<i>4.12 (0.58)</i>	<i>3.22 (0.75)</i>
<i>6-15</i>	<i>3.88 (0.62)*</i>	<i>3.29 (0.61)</i>
<i>≥ 16</i>	<i>4.22 (0.59)*</i>	<i>3.08 (0.66)</i>
<i>p-value</i>	<i>0.007</i>	<i>0.149</i>
Χρόνια υπηρεσίας στο παρών τμήμα εργασίας		
<i>1-5</i>	<i>4.09 (0.62)</i>	<i>3.22 (0.67)</i>
<i>6-15</i>	<i>4.09 (0.52)</i>	<i>3.13 (0.69)</i>
<i>≥ 16</i>	<i>4.13 (0.72)</i>	<i>3.09 (0.61)</i>
<i>p-value</i>	<i>0.963</i>	<i>0.515</i>

Κατηγορίες που σηματοδοτούνται με * έχουν στατιστικά σημαντική διαφορά
T. A.: Τυπική απόκλιση

p-value: στατιστικά σημαντική διαφορά <0.05

Πίνακας 5. Κριτήριο t (t-test) και ανάλυση διασποράς για τον έλεγχο του βαθμού ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων ως προς το φύλο, την ηλικιακή ομάδα, το χώρο εργασίας και τα έτη υπηρεσίας στους ιατρούς που συμμετείχαν στη μελέτη.

Μεταβλητή	Ασάφεια ρόλων	Σύγκρουση ρόλων
	<i>Μέσος όρος (T. A.)</i>	<i>Μέσος όρος (T. A.)</i>
Φύλο		
<i>Άνδρες</i>	<i>4.16 (0.68)</i>	<i>3.21 (0.75)</i>
<i>Γυναίκες</i>	<i>4.11 (0.67)</i>	<i>3.06 (0.72)</i>
p-value	0.617	0.337
Ηλικιακή ομάδα (έτη)		
<i>≤ 34</i>	<i>4.38 (0.48)</i>	<i>3.25 (0.74)</i>
<i>35-44</i>	<i>3.71 (0.61)</i>	<i>3.38 (0.65)</i>
<i>45-54</i>	<i>4.14 (0.74)</i>	<i>2.99 (0.77)</i>
<i>≥ 55</i>	<i>4.25 (0.71)</i>	<i>3.10 (0.78)</i>
p-value	0.122	0.293
Χώρος εργασίας		
<i>Αστικό Κέντρο Υγείας</i>	<i>3.93 (0.71)</i>	<i>3.05 (0.75)</i>
<i>Αγροτικό Κέντρο Υγείας</i>	<i>4.22 (0.63)</i>	<i>3.18 (0.79)</i>
<i>Εξωτερικά ιατρεία</i>	<i>4.23 (0.67)</i>	<i>3.06 (0.66)</i>
<i>νοσοκομείου</i>	0.089	0.667
p-value		
Χρόνια Υπηρεσίας		
<i>1-5</i>	<i>4.21 (0.67)</i>	<i>3.13 (0.81)</i>
<i>6-15</i>	<i>3.68 (0.78)*</i>	<i>3.36 (0.67)</i>
<i>≥ 16</i>	<i>4.33 (0.48)*</i>	<i>2.92 (0.68)</i>
p-value	0.004	0.093
Χρόνια υπηρεσίας στο παρών τμήμα εργασίας		
<i>1-5</i>	<i>4.09 (0.74)</i>	<i>3.21 (0.73)</i>
<i>6-15</i>	<i>4.10 (0.59)</i>	<i>2.90 (0.73)</i>
<i>≥ 16</i>	<i>4.35 (0.44)</i>	<i>3.23 (0.64)</i>
p-value	0.660	0.201

T. A.: Τυπική απόκλιση

p-value: στατιστικά σημαντική διαφορά <0.05

Κατηγορίες που σηματοδοτούνται με * παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά

Πίνακας 6. Κριτήριο t (t-test) και ανάλυση διασποράς για τον έλεγχο του βαθμού ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων ως προς το φύλο, την ηλικιακή ομάδα, το χώρο εργασίας και τα έτη υπηρεσίας για τους νοσηλευτές που συμμετείχαν στη μελέτη.

Μεταβλητή	Ασάφεια ρόλων	Σύγκρουση ρόλων
	<i>Μέσος όρος (T. A.)</i>	<i>Μέσος όρος (T. A.)</i>
Φύλο		
<i>Άνδρες</i>	4.09 (0.52)	3.13 (0.58)
<i>Γυναίκες</i>	4.08 (0.56)	3.23 (0.62)
p-value	0.763	0.459
Ηλικιακή ομάδα (έτη)		
<i>≤ 34</i>	4.00 (0.39)	3.22 (0.64)
<i>35-44</i>	4.06 (0.50)	3.20 (0.60)
<i>45-54</i>	4.08 (0.73)	3.16 (0.60)
<i>≥ 55</i>	4.42 (0.54)	3.15 (0.78)
p-value	0.140	0.938
Χώρος εργασίας		
<i>Αστικό Κέντρο Υγείας</i>	4.10 (0.52)	3.21 (0.65)
<i>Αγροτικό Κέντρο Υγείας</i>	4.04 (0.59)	3.15 (0.63)
<i>Εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου</i>	4.24 (0.51)	3.44 (0.50)
p-value	0.384	0.265
Χρόνια Υπηρεσίας		
<i>1-5</i>	3.99 (0.42)	3.34 (0.66)
<i>6-15</i>	4.03 (0.41)	3.23 (0.57)
<i>≥ 16</i>	4.15 (0.64)	3.17 (0.63)
p-value	0.455	0.447
Χρόνια υπηρεσίας στο παρών τμήμα εργασίας		
<i>1-5</i>	4.09 (0.44)	3.23 (0.60)
<i>6-15</i>	4.09 (0.47)	3.32 (0.61)
<i>≥ 16</i>	4.07 (0.78)	3.05 (0.61)
p-value	0.892	0.152

T. A.: Τυπική απόκλιση

p-value: στατιστικά σημαντική διαφορά <0.05

Πίνακας 7. Μέσος όρος, τυπική απόκλιση και αξιοπιστία για κάθε κατηγορία δηλώσεων του ερωτηματολογίου OCP.

Κατηγορία δηλώσεων[†]	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	α^*
Υποστηρικτικότητα (Supportiveness)	1.41	0.13	0.76
Καινοτομία (Innovation)	1.59	0.16	0.71
Ανταγωνιστικότητα (Competitiveness)	1.73	0.42	0.53
Προσανατολισμός στην απόδοση (Performance orientation)	1.39	0.04	0.78
Σταθερότητα (Stability)	1.43	0.08	0.69
Έμφαση στην ανταμοιβή (Emphasis on rewards)	1.45	0.10	0.73
Κοινωνική υπευθυνότητα (Social responsibility)	1.48	0.13	0.62
Σύνολο			0.91

[†]1= Πάρα πολύ, 2= Αρκετά, 3= Μέτρια, 4= Λίγο, 5= Καθόλου

α^* = Cronbach's alpha

Πίνακας 8. Κριτήριο t ανά ζεύγη (Paired t-test) για τις δύο στήλες δηλώσεων του ερωτηματολογίου OCP στον πληθυσμό της μελέτης.

Κατηγορία δηλώσεων ανά ζεύγος	M. O. ± T. A.	M. O ± T. A ζεύγους.	p-value
Υποστηρικτικότητα 1	1.42 ± 0.51	-0.94± 0.89	0.000
Υποστηρικτικότητα 2	2.37 ± 0.80		
Καινοτομία 1	1.61 ± 0.60	-0.91 ± 0.92	0.000
Καινοτομία 2	2.52 ± 0.84		
Ανταγωνιστικότητα 1	1.72 ± 0.64	-0.81 ± 0.84	0.000
Ανταγωνιστικότητα 2	2.54 ± 0.78		
Προσανατολισμός στην απόδοση 1	1.39 ± 0.45	-1.02 ± 0.93	0.000
Προσανατολισμός στην απόδοση 2	2.41 ± 0.84		
Σταθερότητα 1	1.44 ± 0.56	-1.14 ± 0.93	0.000
Σταθερότητα 2	2.58 ± 0.82		
Έμφαση στην ανταμοιβή 1	1.46 ± 0.61	-1.45 ± 1.10	0.000
Έμφαση στην ανταμοιβή 2	2.91 ± 0.94		
Κοινωνική υπευθυνότητα 1	1.50 ± 0.48	-0.88 ± 0.90	0.000
Κοινωνική υπευθυνότητα 2	2.38 ± 0.83		

M. O ± T. A ζεύγους: μέσος όρος και τυπική απόκλιση της διαφοράς των μέσων όρων των κατηγοριών δηλώσεων της δεξιάς από την αριστερή στήλη του ερωτηματολογίου OCP.

Αριστερή στήλη ερωτηματολογίου: «Πόσο σημαντικά πιστεύετε είναι τα παρακάτω χαρακτηριστικά για την εργασία σας;»

Δεξιά στήλη ερωτηματολογίου: «Κατά πόσο πιστεύετε ότι το τμήμα στο οποίο εργάζεστε προάγει τα παρακάτω χαρακτηριστικά;»

p-value: στατιστικά σημαντική διαφορά <0.05

Πίνακας 9. Κριτήριο t (t-test) ανά κατηγορία δηλώσεων του ερωτηματολογίου OCP ως προς το φύλο του πληθυσμού της μελέτης.

Κατηγορία δηλώσεων	Μέσος όρος	Τυπική Απόκλιση	p-value
Υποστηρικτικότητα			0.065
<i>Άνδρες</i>	<i>1.55</i>	<i>0.67</i>	
<i>Γυναίκες</i>	<i>1.37</i>	<i>0.44</i>	
Καινοτομία			0.051
<i>Άνδρες</i>	<i>1.74</i>	<i>0.72</i>	
<i>Γυναίκες</i>	<i>1.57</i>	<i>0.55</i>	
Ανταγωνιστικότητα			0.649
<i>Άνδρες</i>	<i>1.74</i>	<i>0.58</i>	
<i>Γυναίκες</i>	<i>1.74</i>	<i>0.56</i>	
Προσανατολισμός στην απόδοση			0.269
<i>Άνδρες</i>	<i>1.44</i>	<i>0.55</i>	
<i>Γυναίκες</i>	<i>1.37</i>	<i>0.41</i>	
Σταθερότητα			0.084
<i>Άνδρες</i>	<i>1.56</i>	<i>0.70</i>	
<i>Γυναίκες</i>	<i>1.39</i>	<i>0.50</i>	
Έμφαση στην ανταμοιβή			0.036
<i>Άνδρες</i>	<i>1.62</i>	<i>0.78</i>	
<i>Γυναίκες</i>	<i>1.40</i>	<i>0.53</i>	
Κοινωνική υπευθυνότητα			0.560
<i>Άνδρες</i>	<i>1.52</i>	<i>0.46</i>	
<i>Γυναίκες</i>	<i>1.49</i>	<i>0.49</i>	

p-value: στατιστικά σημαντική διαφορά <0.05

Πίνακας 10. Ανάλυση Διασποράς ανά κατηγορία δηλώσεων του ερωτηματολογίου OCP ως προς την ηλικιακή ομάδα του πληθυσμού της μελέτης.

Κατηγορία δηλώσεων	Μέσος όρος	Τυπική Απόκλιση	p-value
Υποστηρικτικότητα			0.970
≤ 34 ετών	1.41	0.56	
35-44	1.42	0.49	
45-54	1.39	0.49	
≥ 55	1.45	0.62	
Καινοτομία			0.681
≤ 34 ετών	1.56	0.55	
35-44	1.57	0.47	
45-54	1.63	0.67	
≥ 55	1.79	0.79	
Ανταγωνιστικότητα			0.401
≤ 34 ετών	1.89	0.64	
35-44	1.64	0.54	
45-54	1.76	0.55	
≥ 55	1.71	0.57	
Προσανατολισμός στην απόδοση			0.047
≤ 34 ετών	1.52*	0.53	
35-44	1.27*	0.36	
45-54	1.35	0.42	
≥ 55	1.38	0.47	
Σταθερότητα			0.275
≤ 34 ετών	1.46	0.62	
35-44	1.32	0.43	
45-54	1.38	0.52	
≥ 55	1.58	0.72	
Έμφαση στην ανταμοιβή			0.618
≤ 34 ετών	1.53	0.71	
35-44	1.34	0.42	
45-54	1.50	0.71	
≥ 55	1.47	0.57	
Κοινωνική υπευθυνότητα			0.077
≤ 34 ετών	1.61	0.53	
35-44	1.46	0.49	
45-54	1.50	0.46	
≥ 55	1.28	0.35	

p- value: στατιστικά σημαντική διαφορά <0.05

Κατηγορίες που σηματοδοτούνται με * παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά

Πίνακας 11. Ανάλυση Διασποράς ανά κατηγορία δηλώσεων του ερωτηματολογίου OCP ως προς την επαρχία εργασίας του πληθυσμού της μελέτης.

Κατηγορία δηλώσεων	Μέσος όρος	Τυπική Απόκλιση	p-value
Υποστηρικτικότητα			0.035
<i>Λευκωσία</i>	1.37*	0.45	
<i>Λεμεσός</i>	1.61*	0.67	
<i>Πάφος</i>	1.33	0.51	
<i>Λάρνακα</i>	1.34	0.43	
<i>Αμμόχωστος</i>	1.39	0.32	
Καινοτομία			0.018
<i>Λευκωσία</i>	1.55*	0.56	
<i>Λεμεσός</i>	1.87*	0.68	
<i>Πάφος</i>	1.41*	0.53	
<i>Λάρνακα</i>	1.61	0.71	
<i>Αμμόχωστος</i>	1.67	0.53	
Ανταγωνιστικότητα			0.798
<i>Λευκωσία</i>	1.73	0.58	
<i>Λεμεσός</i>	1.78	0.56	
<i>Πάφος</i>	1.73	0.62	
<i>Λάρνακα</i>	1.67	0.49	
<i>Αμμόχωστος</i>	1.76	0.56	
Προσανατολισμός στην απόδοση			0.028
<i>Λευκωσία</i>	1.29*	0.39	
<i>Λεμεσός</i>	1.52*	0.52	
<i>Πάφος</i>	1.34	0.46	
<i>Λάρνακα</i>	1.42	0.43	
<i>Αμμόχωστος</i>	1.48	0.44	
Σταθερότητα			0.005
<i>Λευκωσία</i>	1.32*	0.45	
<i>Λεμεσός</i>	1.64*	0.65	
<i>Πάφος</i>	1.55	0.77	
<i>Λάρνακα</i>	1.39	0.44	
<i>Αμμόχωστος</i>	1.36	0.44	
Έμφαση στην ανταμοιβή			0.211
<i>Λευκωσία</i>	1.37	0.56	
<i>Λεμεσός</i>	1.59	0.71	
<i>Πάφος</i>	1.50	0.62	
<i>Λάρνακα</i>	1.51	0.67	
<i>Αμμόχωστος</i>	1.40	0.40	
Κοινωνική υπευθυνότητα			0.008
<i>Λευκωσία</i>	1.44*	0.48	
<i>Λεμεσός</i>	1.70*	0.47	
<i>Πάφος</i>	1.43	0.54	
<i>Λάρνακα</i>	1.42	0.42	
<i>Αμμόχωστος</i>	1.46	0.36	

p- value: στατιστικά σημαντική διαφορά <0.05

Κατηγορίες που σηματοδοτούνται με * παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά

Πίνακας 12. Ανάλυση Διασποράς ανά κατηγορία δηλώσεων του ερωτηματολογίου OCP στους νοσηλευτές της μελέτης ως προς το φύλο.

Κατηγορία δηλώσεων	Μέσος όρος	Τυπική Απόκλιση	p-value
Υποστηρικτικότητα			0.046
<i>Άνδρες</i>	<i>1.79</i>	<i>0.82</i>	
<i>Γυναίκες</i>	<i>1.41</i>	<i>0.46</i>	
Καινοτομία			0.042
<i>Άνδρες</i>	<i>1.91</i>	<i>0.76</i>	
<i>Γυναίκες</i>	<i>1.55</i>	<i>0.53</i>	
Ανταγωνιστικότητα			0.306
<i>Άνδρες</i>	<i>1.81</i>	<i>0.63</i>	
<i>Γυναίκες</i>	<i>1.70</i>	<i>0.58</i>	
Προσανατολισμός στην απόδοση			0.116
<i>Άνδρες</i>	<i>1.61</i>	<i>0.66</i>	
<i>Γυναίκες</i>	<i>1.37</i>	<i>0.42</i>	
Σταθερότητα			0.107
<i>Άνδρες</i>	<i>1.76</i>	<i>0.90</i>	
<i>Γυναίκες</i>	<i>1.44</i>	<i>0.53</i>	
Έμφαση στην ανταμοιβή			0.030
<i>Άνδρες</i>	<i>1.87</i>	<i>0.96</i>	
<i>Γυναίκες</i>	<i>1.40</i>	<i>0.50</i>	
Κοινωνική υπευθυνότητα			0.153
<i>Άνδρες</i>	<i>1.68</i>	<i>0.51</i>	
<i>Γυναίκες</i>	<i>1.50</i>	<i>0.50</i>	

p-value: στατιστικά σημαντική διαφορά <0.05

Πίνακας 13. Ανάλυση Διασποράς ανά κατηγορία δηλώσεων του ερωτηματολογίου OCP στους νοσηλευτές της μελέτης ως προς την ηλικία.

Κατηγορία δηλώσεων	Μέσος όρος	Τυπική Απόκλιση	p-value
Υποστηρικτικότητα			0.875
≤ 34 ετών	1.44	0.62	
35-44	1.48	0.52	
45-54	1.46	0.52	
≥ 55	1.59	0.73	
Καινοτομία			0.313
≤ 34 ετών	1.68	0.57	
35-44	1.58	0.46	
45-54	1.56	0.64	
≥ 55	1.95	0.87	
Ανταγωνιστικότητα			0.287
≤ 34 ετών	1.93	0.68	
35-44	1.63	0.54	
45-54	1.68	0.57	
≥ 55	1.55	0.61	
Προσανατολισμός στην απόδοση			0.024
≤ 34 ετών	1.61*	0.54	
35-44	1.29*	0.38	
45-54	1.34	0.48	
≥ 55	1.25	0.34	
Σταθερότητα			0.275
≤ 34 ετών	1.51	0.67	
35-44	1.33	0.45	
45-54	1.40	0.54	
≥ 55	1.95	0.93	
Έμφαση στην ανταμοιβή			0.485
≤ 34 ετών	1.61	0.79	
35-44	1.36	0.43	
45-54	1.44	0.64	
≥ 55	1.66	0.71	
Κοινωνική υπευθυνότητα			0.123
≤ 34 ετών	1.72	0.54	
35-44	1.50	0.51	
45-54	1.50	0.49	
≥ 55	1.25	0.35	

p-value: στατιστικά σημαντική διαφορά <0.05

Κατηγορίες που σηματοδοτούνται με * παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά

Πίνακας 14. Ανάλυση Διασποράς ανά κατηγορία δηλώσεων του ερωτηματολογίου OCP στους νοσηλευτές ως προς τα έτη υπηρεσίας.

Κατηγορία δηλώσεων	Μέσος όρος	Τυπική Απόκλιση	p-value
Υποστηρικτικότητα			0.049
<i>1-5 έτη</i>	<i>1.58</i>	<i>0.70</i>	
<i>6-15</i>	<i>1.30</i>	<i>0.36</i>	
<i>≥ 16</i>	<i>1.53</i>	<i>0.56</i>	
Καινοτομία			0.464
<i>1-5 έτη</i>	<i>1.69</i>	<i>0.63</i>	
<i>6-15</i>	<i>1.52</i>	<i>0.43</i>	
<i>≥ 16</i>	<i>1.64</i>	<i>0.65</i>	
Ανταγωνιστικότητα			0.016
<i>1-5 έτη</i>	<i>2.05</i>	<i>0.69</i>	
<i>6-15</i>	<i>1.52</i>	<i>0.37</i>	
<i>≥ 16</i>	<i>1.68</i>	<i>0.58</i>	
Προσανατολισμός στην απόδοση			0.036
<i>1-5 έτη</i>	<i>1.66</i>	<i>0.56</i>	
<i>6-15</i>	<i>1.30</i>	<i>0.39</i>	
<i>≥ 16</i>	<i>1.34</i>	<i>0.44</i>	
Σταθερότητα			0.026
<i>1-5 έτη</i>	<i>1.72</i>	<i>0.78</i>	
<i>6-15</i>	<i>1.27</i>	<i>0.40</i>	
<i>≥ 16</i>	<i>1.52</i>	<i>0.63</i>	
Έμφαση στην ανταμοιβή			0.009
<i>1-5 έτη</i>	<i>1.84</i>	<i>0.85</i>	
<i>6-15</i>	<i>4.90</i>	<i>1.45</i>	
<i>≥ 16</i>	<i>1.46</i>	<i>0.59</i>	
Κοινωνική υπευθυνότητα			0.386
<i>1-5 έτη</i>	<i>1.71</i>	<i>0.51</i>	
<i>6-15</i>	<i>1.45</i>	<i>0.44</i>	
<i>≥ 16</i>	<i>1.47</i>	<i>0.47</i>	

p-value: στατιστικά σημαντική διαφορά <0.05

Κατηγορίες που σηματοδοτούνται με * παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά

Πίνακας 15. Μέσος όρος και τυπική απόκλιση του βαθμού ικανοποίησης από την εργασία του πληθυσμού της μελέτης.

Δήλωση	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Είμαι ικανοποιημένος/η από τους προϊσταμένους μου	2.24	1.05
Είμαι ικανοποιημένος/η από τους συνεργάτες μου	2.06	0.89
Είμαι ικανοποιημένος/η από το περιεχόμενο της εργασίας μου	2.18	0.82
Είμαι ικανοποιημένος/η από την αμοιβή μου	2.60	0.95
Είμαι ικανοποιημένος/η από τις προσδοκίες προαγωγής	3.15	1.21
Είμαι ικανοποιημένος/η από τις συνθήκες εργασίας μου	2.75	1.05
Συνολικά είμαι ικανοποιημένος/η από την εργασία μου	2.30	0.78
Σύνολο	2.47	0.39

Πίνακας 16. Μέσος όρος και τυπική απόκλιση του βαθμού ικανοποίησης από την εργασία του πληθυσμού της μελέτης ως προς τα έτη υπηρεσίας.

Δήλωση/ έτη υπηρεσίας	M. O. ± T. A.	p-value
Είμαι ικανοποιημένος/η από τους προϊσταμένους μου		0.119
1-5 έτη	2.00 ± 1.11	
6-15	2.39 ± 1.19	
≥ 16	2.29 ± 0.89	
Είμαι ικανοποιημένος/η από τους συνεργάτες μου		0.010
1-5 έτη	1.82 ± 0.95*	
6-15	2.34 ± 1.04*	
≥ 16	2.11 ± 0.79	
Είμαι ικανοποιημένος/η από το περιεχόμενο της εργασίας μου		0.170
1-5 έτη	2.18 ± 0.93	
6-15	2.37 ± 0.85	
≥ 16	2.10 ± 0.78	
Είμαι ικανοποιημένος/η από την αμοιβή μου		0.025
1-5 έτη	2.64 ± 0.93	
6-15	2.89 ± 0.97*	
≥ 16	2.45 ± 0.92*	
Είμαι ικανοποιημένος/η από τις προσδοκίες προαγωγής		0.122
1-5 έτη	3.04 ± 1.19	
6-15	3.46 ± 1.78	
≥ 16	3.10 ± 1.20	
Είμαι ικανοποιημένος/η από τις συνθήκες εργασίας μου		0.681
1-5 έτη	2.64 ± 1.01	
6-15	2.80 ± 1.12	
≥ 16	2.77 ± 1.02	
Συνολικά είμαι ικανοποιημένος/η από την εργασία μου		0.480
1-5 έτη	2.25 ± 0.81	
6-15	2.43 ± 0.90	
≥ 16	2.31 ± 0.73	

M. O. ± T. A.: μέσος όρος ± τυπική απόκλιση

p-value: στατιστικά σημαντική διαφορά <0.05

Κατηγορίες που σηματοδοτούνται με * έχουν στατιστικά σημαντική διαφορά

Πίνακας 17. Μέσος όρος και τυπική απόκλιση του βαθμού ικανοποίησης από την εργασία του πληθυσμού της μελέτης ως προς την επαρχία εργασίας.

Δήλωση/ επαρχία εργασίας	M. O. ± T. A.	p-value
Είμαι ικανοποιημένος/η από τους προϊσταμένους μου		0.011
<i>Λευκωσία</i>	<i>2.29 ± 1.01*</i>	
<i>Λεμεσός</i>	<i>2.43 ± 1.11</i>	
<i>Πάφος</i>	<i>2.00 ± 1.08</i>	
<i>Λάρνακα</i>	<i>2.41 ± 1.05</i>	
<i>Αμμόχωστος</i>	<i>1.56 ± 0.61*</i>	
Είμαι ικανοποιημένος/η από τους συνεργάτες μου		0.290
<i>Λευκωσία</i>	<i>2.12 ± 0.94</i>	
<i>Λεμεσός</i>	<i>2.13 ± 0.79</i>	
<i>Πάφος</i>	<i>1.93 ± 1.02</i>	
<i>Λάρνακα</i>	<i>2.35 ± 1.03</i>	
<i>Αμμόχωστος</i>	<i>1.80 ± 0.62</i>	
Είμαι ικανοποιημένος/η από το περιεχόμενο της εργασίας μου		0.077
<i>Λευκωσία</i>	<i>2.19 ± 0.82</i>	
<i>Λεμεσός</i>	<i>2.50 ± 0.86</i>	
<i>Πάφος</i>	<i>2.00 ± 0.98</i>	
<i>Λάρνακα</i>	<i>2.09 ± 0.52</i>	
<i>Αμμόχωστος</i>	<i>2.00 ± 0.80</i>	
Είμαι ικανοποιημένος/η από την αμοιβή μου		0.432
<i>Λευκωσία</i>	<i>2.66 ± 0.97</i>	
<i>Λεμεσός</i>	<i>2.47 ± 0.75</i>	
<i>Πάφος</i>	<i>2.67 ± 1.21</i>	
<i>Λάρνακα</i>	<i>2.73 ± 1.03</i>	
<i>Αμμόχωστος</i>	<i>2.40 ± 0.60</i>	
Είμαι ικανοποιημένος/η από τις προσδοκίες προαγωγής		0.128
<i>Λευκωσία</i>	<i>3.34 ± 1.24</i>	
<i>Λεμεσός</i>	<i>3.02 ± 1.00</i>	
<i>Πάφος</i>	<i>3.07 ± 1.36</i>	
<i>Λάρνακα</i>	<i>3.13 ± 1.25</i>	
<i>Αμμόχωστος</i>	<i>2.70 ± 0.92</i>	
Είμαι ικανοποιημένος/η από τις συνθήκες εργασίας μου		0.001
<i>Λευκωσία</i>	<i>2.97 ± 1.08*</i>	
<i>Λεμεσός</i>	<i>2.70 ± 0.96</i>	
<i>Πάφος</i>	<i>2.53 ± 1.01</i>	
<i>Λάρνακα</i>	<i>2.78 ± 1.09*</i>	
<i>Αμμόχωστος</i>	<i>1.90 ± 0.55*</i>	
Συνολικά είμαι ικανοποιημένος/η από την εργασία μου		0.020-
<i>Λευκωσία</i>	<i>2.36 ± 0.77</i>	
<i>Λεμεσός</i>	<i>2.47 ± 0.87*</i>	
<i>Πάφος</i>	<i>2.10 ± 0.77</i>	
<i>Λάρνακα</i>	<i>2.26 ± 0.86</i>	
<i>Αμμόχωστος</i>	<i>1.93 ± 0.46*</i>	

M. O. ± T. A.: μέσος όρος ± τυπική απόκλιση

p-value: στατιστικά σημαντική διαφορά <0.05

Κατηγορίες που σηματοδοτούνται με * έχουν στατιστικά σημαντική διαφορά

Πίνακας 18. Βαθμός ικανοποίησης του πληθυσμού της μελέτης σύμφωνα με την επαγγελματική ιδιότητα (ιατροί)*.

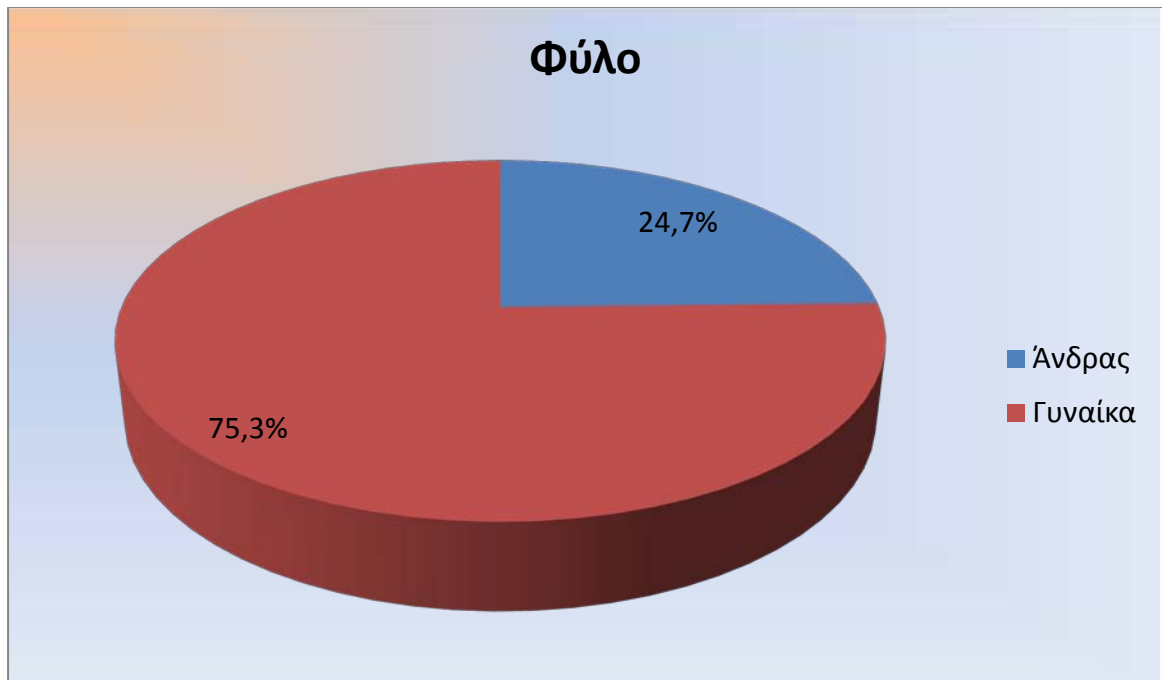
Δήλωση	Πάρα πολύ	Αρκετά	Μέτρια	Λίγο	Καθόλου	Σύνολο
Είμαι ικανοποιημένος/η από τους προϊστάμενους μου	27 (27.8)	43 (44.3)	16 (16.5)	2 (2.1)	9 (9.3)	97 (100.0)
Είμαι ικανοποιημένος/η από τους συνεργάτες μου	32 (33.0)	41 (42.3)	16 (16.5)	5 (5.2)	3 (3.1)	97 (100.0)
Είμαι ικανοποιημένος/η από το περιεχόμενο της εργασίας μου	17 (17.5)	49 (50.5)	28 (28.9)	3 (3.1)	0 (0.0)	97 (100.0)
Είμαι ικανοποιημένος/η από την αμοιβή μου	9 (9.3)	27 (27.8)	45 (46.4)	6 (6.2)	10 (10.3)	97 (100.0)
Είμαι ικανοποιημένος/η από τις προσδοκίες προαγωγής	6 (6.2)	12 (12.5)	36 (37.5)	11 (11.5)	31 (32.3)	96 (100.0)
Είμαι ικανοποιημένος/η από τις συνθήκες εργασίας μου	13 (13.4)	27 (27.8)	36 (37.1)	11 (11.4)	10 (10.3)	97 (100.0)
Συνολικά είμαι ικανοποιημένος/η από την εργασία μου	14 (14.7)	42 (44.2)	35 (36.8)	3 (3.2)	1 (1.1)	95 (100.0)

* Στον πίνακα παρουσιάζεται ο αριθμός ατόμων και σε παρένθεση το αντίστοιχο ποσοστό

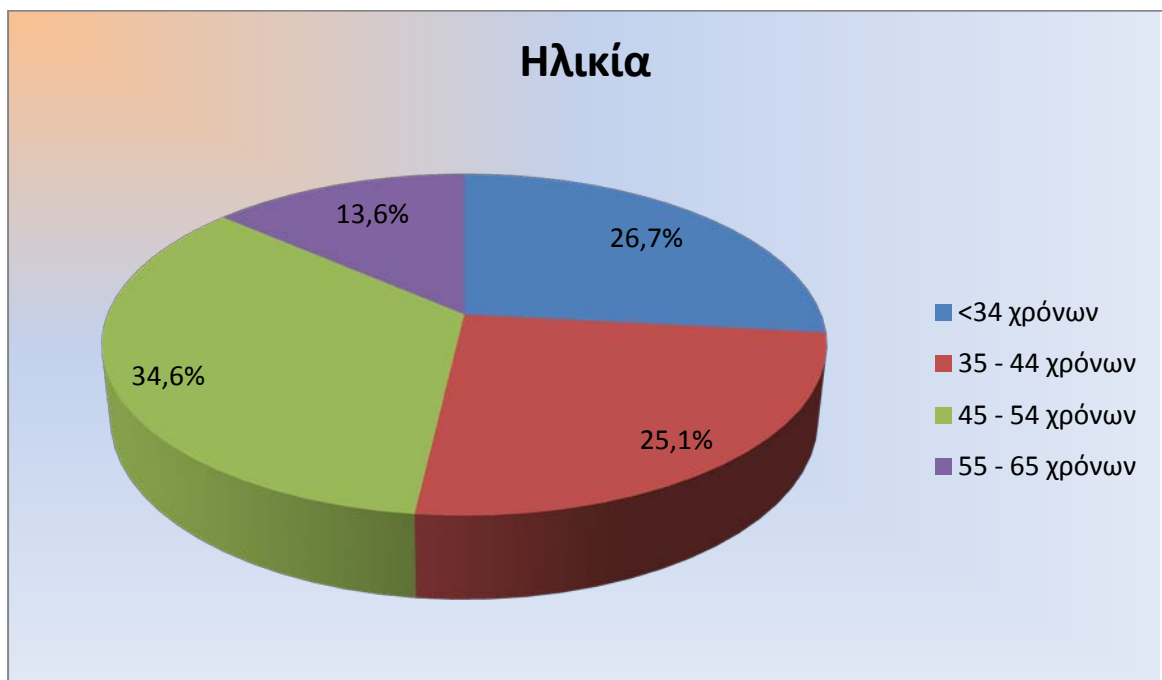
Πίνακας 19. Βαθμός ικανοποίησης του πληθυσμού της μελέτης σύμφωνα με την επαγγελματική ιδιότητα (νοσηλευτές)*.

Δήλωση	Πάρα πολύ	Αρκετά	Μέτρια	Λίγο	Καθόλου	Σύνολο
Είμαι ικανοποιημένος/η από τους προϊσταμένους μου	24 (19.7)	57 (46.7)	32 (26.2)	5 (4.1)	4 (3.3)	122 (100.0)
Είμαι ικανοποιημένος/η από τους συνεργάτες μου	22 (17.9)	70 (56.9)	25 (20.4)	3(2.4)	3 (2.4)	123 (100.0)
Είμαι ικανοποιημένος/η από το περιεχόμενο της εργασίας μου	20 (16.2)	70 (56.9)	23 (18.7)	6 (4.9)	4 (3.3)	123 (100.0)
Είμαι ικανοποιημένος/η από την αμοιβή μου	7 (5.7)	70 (56.9)	34 (27.6)	8 (6.5)	4 (3.3)	123 (100.0)
Είμαι ικανοποιημένος/η από τις προσδοκίες προαγωγής	7 (5.7)	45 (36.6)	45 (36.6)	12 (9.7)	14 (11.4)	123 (100.0)
Είμαι ικανοποιημένος/η από τις συνθήκες εργασίας μου	12 (9.7)	40 (32.3)	53 (42.7)	13 (10.5)	6 (4.8)	124 (100.0)
Συνολικά είμαι ικανοποιημένος/η από την εργασία μου	12 (10.5)	65 (57.0)	30 (26.3)	5 (4.4)	2 (1.8)	114 (100.0)

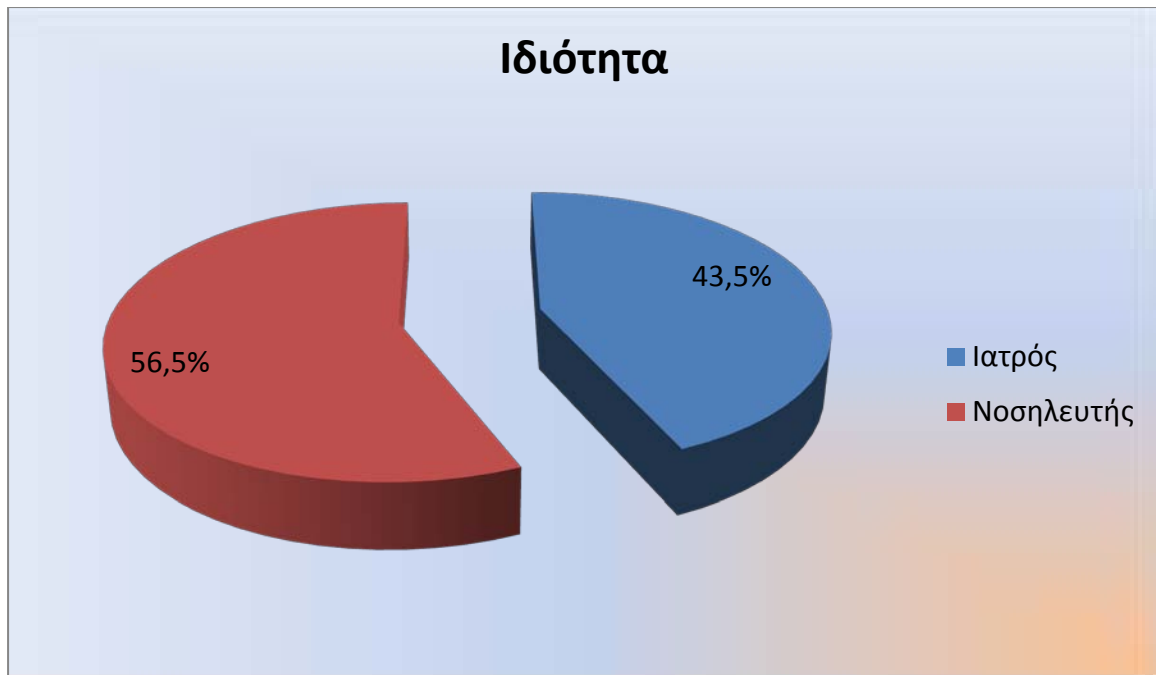
* Στον πίνακα παρουσιάζεται ο αριθμός ατόμων και σε παρένθεση το αντίστοιχο ποσοστό



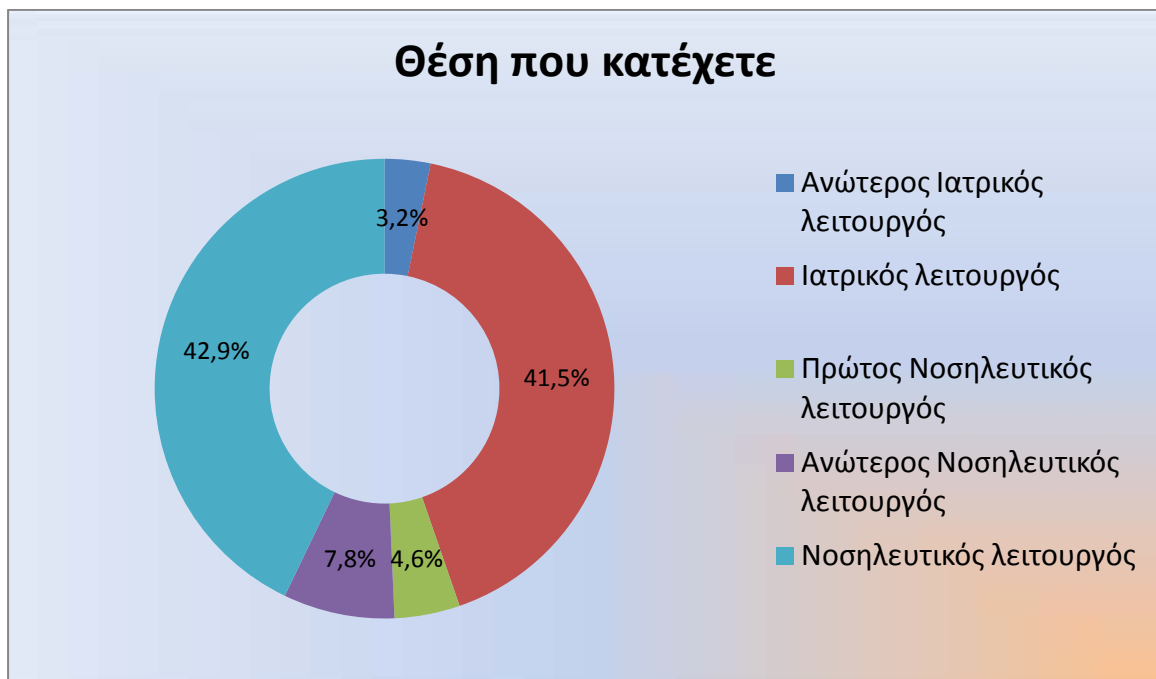
Γράφημα 1. Κατανομή του πληθυσμού της μελέτης ως προς το φύλο.



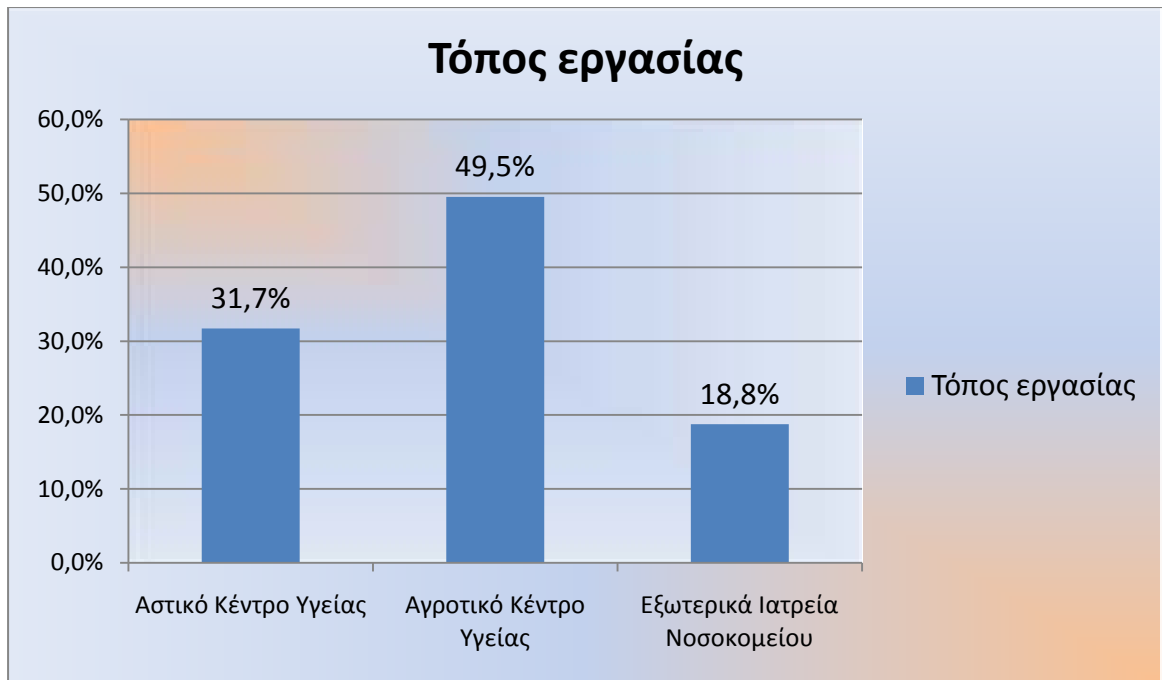
Γράφημα 2. Κατανομή του πληθυσμού της μελέτης ως προς την ηλικία.



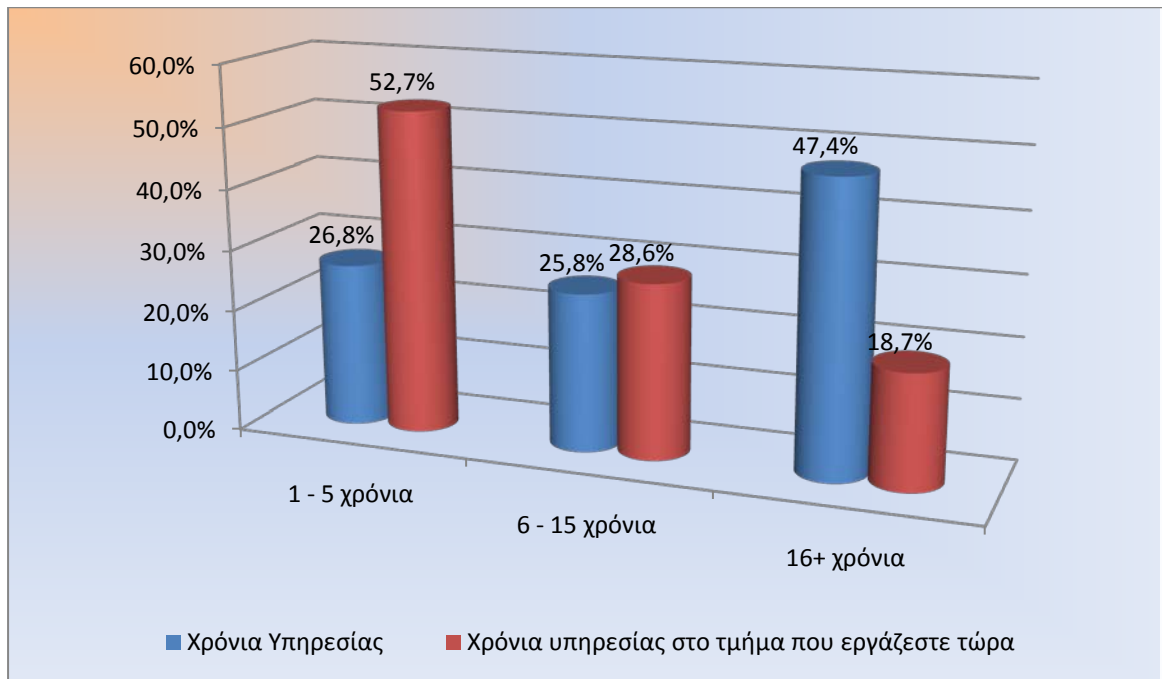
Γράφημα 3. Κατανομή του πληθυσμού της μελέτης ως προς την ιδιότητα.



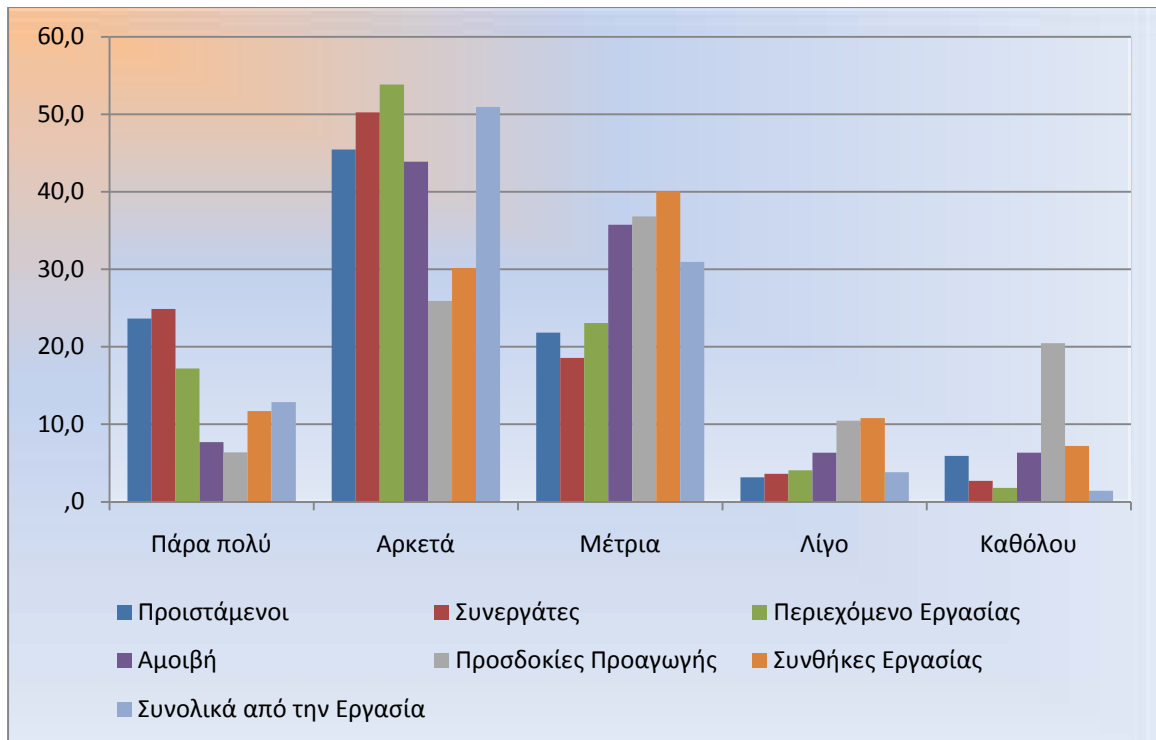
Γράφημα 4. Κατανομή του πληθυσμού της μελέτης ως προς την επαγγελματική θέση.



Γράφημα 5. Κατανομή του πληθυσμού της μελέτης ως προς το χώρο εργασίας.



Γράφημα 6. Κατανομή του πληθυσμού της μελέτης ως προς τα έτη υπηρεσίας στο σύνολο τους και τα έτη υπηρεσίας στο παρών τμήμα.



Γράφημα 7. Βαθμός επαγγελματικής ικανοποίησης του πληθυσμού της μελέτης ως προς τους προϊσταμένους, τους συνεργάτες, το περιεχόμενο της εργασίας, την αμοιβή, τις προσδοκίες προαγωγής, τις συνθήκες εργασίας και το σύνολο της εργασίας εκφρασμένα σε ποσοστά (%).

