



ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

**«Επιστήμες της Υγείας με έμφαση στη Διοίκηση και Διαχείριση
Μονάδων Υγείας»**

**Η Διαχείριση της Γνώσης: ένα Εργαλείο Αποτελεσματικής Διοίκησης
Νοσοκομείων**

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

της Ιωάννας Καραμήτρη

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 2016

© **Ιωάννα Καραμήτρη**

ISBN: 978-9963-695-50-8

ΣΕΛΙΔΑ ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑΣ

Υποψήφια διδάκτωρ: Ιωάννα Καραμήτρη

Τίτλος διατριβής: Η διαχείριση της γνώσης: ένα εργαλείο αποτελεσματικής διοίκησης νοσοκομείων

Η παρούσα διδακτορική διατριβή εκπονήθηκε στο πλαίσιο των σπουδών για απόκτηση Διδακτορικού Διπλώματος στο πρόγραμμα «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» και εγκρίθηκε στις 30 Νοεμβρίου 2016 από τα μέλη της Εξεταστικής Επιτροπής.

Εξεταστική Επιτροπή:

Επίκουρος Καθηγητής Γεώργιος Νικολόπουλος, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Κύπρου –

Πρόεδρος Επιτροπής

Επίκουρος Καθηγητής Μιχάλης Τάλιας, Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου - Επιβλέπων

Επίκουρος Καθηγητής Δημήτρης Λάμνισος, Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου – Μέλος

Επίκουρος Καθηγητής Κώστας Κωνσταντίνου, Πανεπιστήμιο Λευκωσίας – Μέλος

Καθηγητής Γεώργιος Τσιότρας, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας – Μέλος

.....
Μιχάλης Τάλιας – Επιβλέπων

Επίκουρος Καθηγητής στη Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η διαχείριση της γνώσης (ΔτΓ) αποτελεί μια φιλοσοφία αξιοποίησης της δύναμης που έχει η γνώση στη σημερινή εποχή του ανταγωνισμού και της έλλειψης πόρων. Περιλαμβάνει τη δημιουργία νέας γνώσης, τον εντοπισμό και την ανάλυση των διαθέσιμων και απαιτούμενων γνώσεων, το σχεδιασμό και τον έλεγχο των δράσεων για την ανάπτυξη του κεφαλαίου της γνώσης. Είναι απαραίτητη για την εξέλιξη των μονάδων υγείας, καθώς βοηθά στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Οι στόχοι της διδακτορικής διατριβής είναι πολλαπλοί. Αρχικά, γίνεται μία σε βάθος έρευνα για την υφιστάμενη γνώση αναφορικά με τη ΔτΓ στις μονάδες υγείας, μέσα από τη συστηματική ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας. Από τα αποτελέσματα που αναλύθηκαν με ποιοτική ανάλυση περιεχομένου προέκυψε ότι τα βασικά στοιχεία της ΔτΓ είναι οι πεποιθήσεις για τη ΔτΓ, τα εσωτερικά και τα εξωτερικά κίνητρα, η σύνθεση και ο διαμοιρασμός της γνώσης, η ηγεσία, η κουλτούρα και τα εμπόδια. Διαπιστώθηκε επίσης ότι έλλειπε ένα ερωτηματολόγιο που να διερευνά τη ΔτΓ στις μονάδες υγείας.

Στη συνέχεια δημιουργήθηκε ένα ερωτηματολόγιο που συμπληρώνεται από εργαζόμενους σε μονάδες υγείας, που έχει στόχο να αποτελέσει ένα εργαλείο για όσους ενδιαφέρονται να ασχοληθούν με τη ΔτΓ. Το ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε ακολουθώντας αυστηρά μεθοδολογικά βήματα. Δοκιμάστηκε με τη διαδικασία test-retest σε πιλοτικό δείγμα 31 επαγγελματιών υγείας τριών μικρών φορέων υγείας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το ερωτηματολόγιο ήταν κατάλληλο να διανεμηθεί σε μεγαλύτερο δείγμα. Για την ανάλυση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε περιγραφική, επαγωγική στατιστική, παραγοντική ανάλυση και μοντέλα δομικών εξισώσεων. Χρησιμοποιήθηκε τα προγράμματα Excel, SPSS, και AMOS.

Το βασικό δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 261 εργαζόμενοι νοσοκομείου 300 κλινών σε επαρχιακή πόλη της Ελλάδας, με ποσοστό ανταπόκρισης 87%. Το 29,1% του δείγματος ήταν άνδρες και το 70,9% γυναίκες. Ως προς το επάγγελμα, 39,1% ήταν νοσηλευτές, 22,6% διοικητικοί υπάλληλοι, 18% ιατροί και 20,3% ασκούσαν άλλο επάγγελμα. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν τα 44,61 ($\pm 8,06$), ο μέσος χρόνος εργασίας τα 18,94 έτη ($\pm 8,69$).

Από το μοντέλο δομικών εξισώσεων βρέθηκε μια ισχυρή σχέση ανάμεσα στα εσωτερικά κίνητρα και τις πεποιθήσεις για τη ΔτΓ, καθώς και από τα εσωτερικά και εξωτερικά κίνητρα με τη σύνθεση της γνώσης. Ακόμη, τα εσωτερικά και τα εξωτερικά κίνητρα φάνηκε να συνδέονται με τη συνεργασία και την εργασιακή ικανοποίηση. Τα εσωτερικά κίνητρα παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την αυτο-αποτελεσματικότητα, ενώ δεν βρέθηκε συσχέτιση με την ηγεσία και την οργανωσιακή κουλτούρα. Αντίθετα, για τα εξωτερικά κίνητρα βρέθηκε μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την ηγεσία και την οργανωσιακή κουλτούρα. Επίσης, η σύνθεση της γνώσης συνδέεται με το διαμοιρασμό και τη συνεργασία. Διάφορα εμπόδια επιδρούν αρνητικά στην πρόθεση των εργαζομένων για συμμετοχή στη ΔτΓ που αφορούν στην οργάνωση, την ηγεσία και την προσωπικότητα των εργαζομένων. Το φύλο, το εκπαιδευτικό επίπεδο και τα χρόνια εργασιακής εμπειρίας δεν βρέθηκε να σχετίζονται με την άποψη που έχουν οι εργαζόμενοι περί της γνώσης.

Συμπερασματικά, οι εργαζόμενοι αναγνωρίζουν τη δύναμη της γνώσης και του διαμοιρασμού της για την ατομική πρόοδο και την ανάπτυξη του φορέα, επιζητούν όμως αλλαγές από τους ηγέτες και το περιβάλλον για να μπορούν να συμμετέχουν στη διαχείριση της γνώσης.

ABSTRACT

Knowledge management (KM) is a philosophy which uses the power of knowledge at today's era of competition and scarcity of resources. KM includes the creation of new knowledge, the identification and analysis of available and required knowledge, planning and control of actions for the development of knowledge capital. It is essential for the development of healthcare units, as it helps to improve the quality of health services delivery.

This doctoral thesis has multiple goals. At first, a thorough exploration of existing knowledge regarding KM in healthcare units through the systematic review of the literature takes place. Results analyzed by qualitative content analysis show that the essential elements of KM are: perceptions of KM, intrinsic and extrinsic motives, synthesis and sharing of knowledge, leadership, culture and barriers. It was also identified that questionnaires about KM in healthcare units lack from the literature.

Next, a self-administered questionnaire was created for healthcare professionals, which aims to become a tool for those interested to investigate KM in healthcare units. The questionnaire was created following rigorous methodological steps. Initially, it was evaluated with a test-retest procedure in a pilot sample of 31 health professionals of three small healthcare agencies. The results showed that the questionnaire was suitable to use at a larger sample. Results were analyzed through descriptive and inferential statistics, factor analysis and structural equation modeling. Data were analyzed by Excel, SPSS, and AMOS software.

The main sample consisted of 261 employees of a hospital with 300 beds in a rural town in Greece. Response rate was 87%. A total of 29.1% of the sample were male and 70.9% female. Regarding occupation, 39.1% were nurses, 22.6% administrative staff, 18% physicians and 20.3% other health professionals. The average age was 44.61 ($\pm 8,06$), the average working experience was 18.94 years (± 8.69).

Structural equation modeling showed a strong relationship between intrinsic motivation and perceptions of KM, as well as intrinsic and extrinsic motivation related with knowledge synthesis. Furthermore, motives related to cooperation and job satisfaction. Intrinsic motivation showed a statistically significant correlation with

self-efficacy, and seemed not to be related to leadership and organizational culture. By contrast, the extrinsic motives were found to have a statistically significant correlation with leadership and organizational culture. Furthermore, knowledge synthesis is correlated with sharing and cooperation. Three groups of barriers affect negatively the intention of employees to participate in KM: organizational, malfunctions with leadership and personality issues. Gender, educational level and years of work experience were not found to be associated with the attitudes of health professionals towards KM.

In conclusion, employees recognize the power of knowledge and its sharing for the progress of individuals and the Organization, but they seek changes from the leaders and the environment to participate effectively in the process of knowledge management.

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Μιχάλη Τάλια, για την καθοδήγηση και τη συμπαράσταση στο δρόμο από την αρχική διαμόρφωση μέχρι την ολοκλήρωση της έρευνας για τη διαχείριση της γνώσης στις μονάδες υγείας. Επίσης ευχαριστώ τα μέλη της πενταμελούς επιτροπής για τη συμβολή τους στην ολοκλήρωση της διδακτορικής μου διατριβής.

Στο γιο μου Παύλο

Στην κόρη μου Σταυρούλα

*Для человека,
который считает,
что знания являются самой большой ценностью в мире.*

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	iv
ABSTRACT.....	vi
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΙΚΩΝ ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΩΝ/ΕΙΚΟΝΩΝ	xiii
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	xiv
Συνοτομογραφίες.....	xvii
Σημείωση:	xvii
Εισαγωγή	1
Κεφάλαιο 1 – Η έννοια της γνώσης.....	5
1.1. Η γνώση κατά τη διάρκεια των αιώνων.....	5
1.2. Δεδομένα, πληροφορίες, γνώση και σοφία.....	7
1.3. Οι διαστάσεις της γνώσης.....	8
1.4. Η κοινωνική κατασκευή της γνώσης.....	10
1.5. Η σχέση της γνώσης με τους Οργανισμούς και τις επιχειρήσεις.....	11
1.6. Τα εξελικτικά στυλ της διαχείρισης της γνώσης	12
1.7. Η βελτίωση της επίδοσης των επιχειρήσεων και Οργανισμών μέσα από τη διαχείριση της γνώσης	14
Κεφάλαιο 2 – Συστηματική ανασκόπηση της ΔτΓ στις μονάδες υγείας.....	16
2.1. Η διαχείριση της γνώσης στις μονάδες υγείας.....	16
2.2. Ερευνητικά ερωτήματα της συστηματικής ανασκόπησης.....	18
2.3. Μεθοδολογία της συστηματικής ανασκόπησης.....	19
2.3.1. Κριτική αξιολόγηση.....	19
2.3.2. Σύνθεση των δεδομένων	20
2.4. Αποτελέσματα της συστηματικής ανασκόπησης.....	20
2.5. Συζήτηση από τα αποτελέσματα της συστηματικής ανασκόπησης	33
Κεφάλαιο 3 –Μεθοδολογία	38
3.1. Ερευνητικός σχεδιασμός.....	38
3.1.1. Το ερευνητικό πρόβλημα.....	38
3.1.2. Ο ερευνητικός σκοπός	38
3.1.3. Επιμέρους στόχοι.....	39
3.2. Σχεδιασμός ερωτηματολογίου	40
3.2.1. Ανάγκη δημιουργίας ερωτηματολογίου για τη ΔτΓ στις μονάδες υγείας.....	40
3.2.2. Σύνταξη αρχικού ερωτηματολογίου - πηγές.....	40
3.2.3. Θέματα ηθικής και δεοντολογίας.....	40
3.2.4. Εισαγωγικό γράμμα	41

3.3. Επιλογή παραγόντων και ερωτήσεων	42
3.3.1. Πεποιθήσεις για τη διαχείριση της γνώσης	42
3.3.2. Κίνητρα	43
3.3.2.1. Εσωτερικά Κίνητρα	43
3.3.2.2. Εξωτερικά Κίνητρα.....	44
3.3.3. Η σύνθεση της γνώσης	45
3.3.4. Το μοίρασμα της γνώσης και συνεργασία	45
3.3.5. Ηγεσία.....	46
3.3.6. Κουλτούρα.....	46
3.3.7. Εμπόδια.....	46
3.4. Πιλοτική εφαρμογή.....	47
3.5. Ολοκλήρωση του ερωτηματολογίου	49
3.5.1. Δείγμα	49
3.5.2. Ελλείπουσες τιμές και παραγοντική ανάλυση	49
3.5.3. Φαινομενική εγκυρότητα και εγκυρότητα περιεχομένου	58
3.6. Στατιστική ανάλυση αποτελεσμάτων	58
3.6.1. Περιγραφική στατιστική	58
3.6.2. Επαγωγική στατιστική	59
3.6.3. Ποσοτική ανάλυση περιεχομένου.....	60
3.6.4. Δομικά μοντέλα εξισώσεων.....	60
3.6.4.1. Απεικόνιση μεταβλητών	61
3.6.4.2. Μετρήσεις καταλληλότητας και προσαρμογής	62
3.6.4.3. Εγκυρότητα και αξιοπιστία του μοντέλου	63
Κεφάλαιο 4 – Αποτελέσματα	65
4.1. Δημογραφικά στοιχεία.....	65
4.2. Περιγραφική στατιστική ανάλυση.....	66
4.2.1. Αποτελέσματα για πεποιθήσεις για τη διαχείριση της γνώσης	67
4.2.2. Αποτελέσματα για εσωτερικά κίνητρα	69
4.2.3. Αποτελέσματα για εξωτερικά κίνητρα	71
4.2.4. Αποτελέσματα για σύνθεση της γνώσης	72
4.2.5. Αποτελέσματα για διαμοιρασμό της γνώσης.....	72
4.2.6. Αποτελέσματα για συνεργασία.....	73
4.2.7. Αποτελέσματα για ηγεσία.....	74
4.2.8. Αποτελέσματα για κουλτούρα	75
4.2.9. Αποτελέσματα για εμπόδια.....	76

4.3. Επαγωγική στατιστική ανάλυση	
4.3.1. Ερευνητική συσχέτιση πεποιθήσεων για τη ΔτΓ και εσωτερικών κινήτρων	77
4.3.2. Ερευνητική συσχέτιση πεποιθήσεων για τη ΔτΓ και εξωτερικών κινήτρων.....	78
4.3.3. Ερευνητική συσχέτιση πεποιθήσεων για τη ΔτΓ και σύνθεσης της γνώσης.....	79
4.3.4. Ερευνητική συσχέτιση πεποιθήσεων για τη ΔτΓ και του διαμοιρασμού της γνώσης	80
4.3.5. Ερευνητική συσχέτιση πεποιθήσεων για τη ΔτΓ και της συνεργασίας.....	81
4.3.6. Ερευνητική συσχέτιση εσωτερικών και εξωτερικών κινήτρων.....	82
4.3.7. Ερευνητική συσχέτιση εσωτερικών κινήτρων και σύνθεσης της γνώσης.....	83
4.3.8. Ερευνητική συσχέτιση εσωτερικών κινήτρων και διαμοιρασμού της γνώσης	84
4.3.10. Ερευνητική συσχέτιση εσωτερικών κινήτρων και συνεργασίας.....	85
4.3.11. Ερευνητική συσχέτιση εσωτερικών κινήτρων και εμποδίων	86
4.3.12. Ερευνητική συσχέτιση εξωτερικών κινήτρων και σύνθεσης της γνώσης	87
4.3.13. Ερευνητική συσχέτιση εξωτερικών κινήτρων και διαμοιρασμού της γνώσης....	88
4.3.14. Ερευνητική συσχέτιση εξωτερικών κινήτρων και συνεργασίας	89
4.3.15. Ερευνητική συσχέτιση εξωτερικών κινήτρων και ηγεσίας	90
4.3.16. Ερευνητική συσχέτιση εξωτερικών κινήτρων και κουλτούρας.....	91
4.3.17. Ερευνητική συσχέτιση εξωτερικών κινήτρων και εμποδίων.....	92
4.3.18. Ερευνητική συσχέτιση σύνθεσης και διαμοιρασμού της γνώσης	93
4.3.19. Ερευνητική συσχέτιση σύνθεσης της γνώσης και συνεργασίας.....	94
4.3.20. Ερευνητική συσχέτιση διαμοιρασμού της γνώσης και συνεργασίας	95
4.3.21. Ερευνητική συσχέτιση ηγεσίας και κουλτούρας	96
4.3.22. Ερευνητική συσχέτιση ηγεσίας και των εμποδίων	97
4.3.23. Ερευνητική συσχέτιση κουλτούρας και των εμποδίων	98
4.3.24. Επίδραση εργασιακής ικανοποίησης στους παράγοντες ΔτΓ.....	99
4.3.25. Ερευνητικές συσχετίσεις που δεν επαληθεύτηκαν	100
4.4. Εμπόδια για την εφαρμογή της ΔτΓ: αποτελέσματα ποσοτικής ανάλυσης περιεχομένου	100
4.4.1. Εμπόδια του εργασιακού περιβάλλοντος.....	102
4.4.2. Εμπόδια που σχετίζονται με την ηγεσία	102
4.4.3. Εμπόδια που σχετίζονται με τα χαρακτηριστικά του εργαζόμενου.....	103
4.5. Αποτελέσματα μοντέλου δομικών εξισώσεων	103
4.5.2. Το μοντέλο μέτρησης	104
4.5.2.1. Υπολογισμοί παραμέτρων – φορτίσεις παραγόντων	105
4.5.1.2. Μετρήσεις προσαρμογής	107

4.5.1.3. Εγκυρότητα και αξιοπιστία του μοντέλου	107
4.5.1.4. Παρουσίαση της επιβεβαιωτικής ανάλυσης περιεχομένου	109
Κεφάλαιο 5 – Συζήτηση των αποτελεσμάτων και συμπεράσματα	111
5.1. Επισκόπηση του θέματος.....	111
5.2. Applied Knowledge Management Inventory (AKMI)	112
5.3. Τα ερευνητικά ερωτήματα που διερευνήθηκαν.....	113
5.4. Μεθοδολογικές ερευνητικές προσεγγίσεις της εργασίας	113
5.5. Τα ερευνητικά ερωτήματα που απαντήθηκαν	114
5.6. Σύγκριση ευρημάτων με άλλες έρευνες.....	115
5.6.1. Στάση απέναντι στη ΔτΓ.....	115
5.6.2. Παρακινητικοί παράγοντες.....	116
5.6.3. Από τα δεδομένα και την εμπειρία στη γνώση.....	118
5.6.4. Το εσωτερικό οργανωσιακό περιβάλλον του νοσοκομείου ως φορέας γνώσης..	120
5.6.5. Ανασταλτικοί παράγοντες εφαρμογής της ΔτΓ	121
5.7. Δυνατά σημεία και αδυναμίες της διδακτορικής διατριβής	122
5.8. Συμβολή της παρούσας έρευνας στην επιστήμη της Διοίκησης Μονάδων Υγείας	123
5.9. Συμπεράσματα	125
5.10. Προτάσεις	126
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ.....	129
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	129
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	142
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α – ΚΡΙΤΙΚΗ ΛΙΣΤΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ.....	143
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β – ΕΓΚΡΙΣΗ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	144
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ - Το ερωτηματολόγιο.....	146

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΙΚΩΝ ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΩΝ/ΕΙΚΟΝΩΝ

Σχήμα 1. Διάγραμμα της σχέσης DIKW	7
Σχήμα 2. Το σπирάλ της γνώσης	8
Σχήμα 3. Η παλαιά διαχείριση της γνώσης.....	12
Σχήμα 4. Το μοντέλου του κύκλου ζωής της γνώσης.....	13
Σχήμα 5. Η τάση δημοσιεύσεων με το όρο «knowledge management» στο Pubmed.....	18
Σχήμα 6. Διάγραμμα ροής στρατηγικής αναζήτησης της συστηματικής ανασκόπησης	21
Σχήμα 7. Το τρίγωνο της δημιουργίας γνώσης στις μονάδες υγείας.....	35
Σχήμα 8. Απεικόνιση ομαδοποίησης ερωτήσεων.....	48
Σχήμα 9. Σχηματική απεικόνιση τελικού ερωτηματολογίου	54
Σχήμα 10. Γράφημα πλαισίου – απολήξεων των παραγόντων.....	66
Σχήμα 11. Αποτελέσματα σε «Η γνώση είναι αποκλειστική ιδιοκτησία του ατόμου και όχι του νοσοκομείου» ανάλογα με το εκπαιδευτικό επίπεδο»	69
Σχήμα 12. Σχέση πεποιθήσεων για τη ΔτΓ και εσωτερικών κινήτρων	77
Σχήμα 13. Σχέση πεποιθήσεων για τη ΔτΓ και εξωτερικών κινήτρων.....	78
Σχήμα 14. Σχέση πεποιθήσεων για τη ΔτΓ και σύνθεσης της γνώσης.....	79
Σχήμα 15. Σχέση πεποιθήσεων για τη ΔτΓ και διαμοιρασμού της γνώσης.....	80
Σχήμα 16. Σχέση πεποιθήσεων για τη ΔτΓ και συνεργασίας	81
Σχήμα 17. Σχέση εσωτερικών και εξωτερικών κινήτρων.....	82
Σχήμα 18. Σχέση εσωτερικών κινήτρων και σύνθεσης της γνώσης.....	83
Σχήμα 19. Σχέση εσωτερικών κινήτρων και διαμοιρασμού της γνώσης	84
Σχήμα 20. Σχέση εσωτερικών κινήτρων και συνεργασίας της γνώσης.....	85
Σχήμα 21. Σχέση εσωτερικών κινήτρων και των εμποδίων	86
Σχήμα 22. Σχέση εξωτερικών κινήτρων και σύνθεσης της γνώσης	87
Σχήμα 23. Σχέση εξωτερικών κινήτρων και διαμοιρασμού της γνώσης.....	88
Σχήμα 24. Σχέση εξωτερικών κινήτρων και συνεργασίας	89
Σχήμα 25. Σχέση εξωτερικών κινήτρων και της ηγεσίας	90
Σχήμα 26. Σχέση εξωτερικών κινήτρων και της κουλτούρας	91
Σχήμα 27. Σχέση εξωτερικών κινήτρων και των εμποδίων.....	92
Σχήμα 28. Σχέση σύνθεσης και διαμοιρασμού της γνώσης	93
Σχήμα 29. Σχέση σύνθεσης της γνώσης και συνεργασίας.....	94
Σχήμα 30. Σχέση διαμοιρασμού της γνώσης και συνεργασίας	95
Σχήμα 31. Σχέση ηγεσίας και κουλτούρας	96
Σχήμα 32. Σχέση διαμοιρασμού της ηγεσίας και των εμποδίων	97

Σχήμα 33. Σχέση διαμοιρασμού της κουλτούρας και των εμποδίων	98
Σχήμα 34. Το διερευνούμενο μοντέλο της διαχείρισης της γνώσης.....	104
Σχήμα 35. Η σχεδίαση της επιβεβαιωτικής παραγοντικής ανάλυσης	104

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1. Κυριότερα σημεία των άρθρων της συστηματικής ανασκόπησης.....	22
Πίνακας 2. Επεξηγηματική Παραγοντική ανάλυση	51
Πίνακας 3. Τιμές παραγόντων ερωτηματολογίου AKMI.....	55
Πίνακας 4. Έλεγχοι κανονικότητας Kolmogorov-Smirnov & Shapiro-Wilk.....	59
Πίνακας 5. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.....	65
Πίνακας 6. Αποτελέσματα παράγοντα «Πεποιθήσεις για τη ΔτΓ»	67
Πίνακας 7. Περιγραφική στατιστική ερώτησης 4 για το σύνολο του δείγματος.....	68
Πίνακας 8. Περιγραφική στατιστική ερώτηση 4 σε σχέση με το εκπαιδευτικό επίπεδο	68
Πίνακας 9. Αποτελέσματα παράγοντα «Εσωτερικά κίνητρα»	70
Πίνακας 10. Περιγραφική στατιστική ερωτήσεων 10 & 11 για το σύνολο του δείγματος.	70
Πίνακας 11. Αποτελέσματα παράγοντα «Εξωτερικά κίνητρα»	71
Πίνακας 12. Περιγραφική στατιστική ερώτησης 16 για το σύνολο του δείγματος.....	72
Πίνακας 13. Αποτελέσματα παράγοντα «Σύνθεση της γνώσης»	72
Πίνακας 14. Αποτελέσματα παράγοντα «Διαμοιρασμός της γνώσης»	73
Πίνακας 15. Αποτελέσματα παράγοντα «Συνεργασία».....	74
Πίνακας 16. Αποτελέσματα παράγοντα «Ηγεσία».....	74
Πίνακας 17. Αποτελέσματα παράγοντα «Κουλτούρα»	75
Πίνακας 18. Αποτελέσματα παράγοντα «Εμπόδια».....	76
Πίνακας 20. Συσχέτιση πεποιθήσεων για τη ΔτΓ και εξωτερικών κινήτρων με Spearman's rho	78
Πίνακας 21. Συσχέτιση πεποιθήσεων για τη ΔτΓ και σύνθεσης της γνώσης με Spearman's rho	79
Πίνακας 22. Συσχέτιση πεποιθήσεων για τη ΔτΓ και διαμοιρασμού της γνώσης με Spearman's rho	80
Πίνακας 23. Συσχέτιση πεποιθήσεων για τη ΔτΓ και συνεργασίας με Spearman's rho	81
Πίνακας 24. Συσχέτιση πεποιθήσεων εσωτερικών και εξωτερικών κινήτρων με Spearman's rho	82

Πίνακας 25. Συσχέτιση πεποιθήσεων εσωτερικών κινήτρων και σύνθεσης νέας γνώσης με Spearman's rho	83
Πίνακας 26. Συσχέτιση πεποιθήσεων εσωτερικών κινήτρων και διαμοιρασμού της γνώσης με Spearman's rho	84
Πίνακας 27. Συσχέτιση πεποιθήσεων εσωτερικών κινήτρων και συνεργασίας για τη γνώσης με Spearman's rho	85
Πίνακας 28. Συσχέτιση πεποιθήσεων εσωτερικών κινήτρων και εμποδίων με Spearman's rho	86
Πίνακας 29. Συσχέτιση πεποιθήσεων εξωτερικών κινήτρων και σύνθεσης νέας γνώσης με Spearman's rho	87
Πίνακας 30. Συσχέτιση πεποιθήσεων εξωτερικών κινήτρων και διαμοιρασμού της γνώσης με Spearman's rho	88
Πίνακας 31. Συσχέτιση πεποιθήσεων εξωτερικών κινήτρων και συνεργασίας για τη γνώσης με Spearman's rho	89
Πίνακας 32. Συσχέτιση πεποιθήσεων εξωτερικών κινήτρων και ηγεσίας με Spearman's rho	90
Πίνακας 33. Συσχέτιση πεποιθήσεων εξωτερικών κινήτρων και κουλτούρας με Spearman's rho	91
Πίνακας 34. Συσχέτιση πεποιθήσεων εξωτερικών κινήτρων και εμποδίων με Spearman's rho	92
Πίνακας 35. Συσχέτιση σύνθεσης και διαμοιρασμού της γνώσης με Spearman's rho	93
Πίνακας 36. Συσχέτιση σύνθεσης της γνώσης και συνεργασίας με Spearman's rho.....	94
Πίνακας 37. Συσχέτιση διαμοιρασμού της γνώσης και συνεργασίας με Spearman's rho ..	95
Πίνακας 38. Συσχέτιση διαμοιρασμού της ηγεσίας και της κουλτούρας με Spearman's rho	96
Πίνακας 39. Συσχέτιση διαμοιρασμού της ηγεσίας και των εμποδίων με Spearman's rho	97
Πίνακας 40. Συσχέτιση διαμοιρασμού της κουλτούρας και των εμποδίων με Spearman's rho	98
Πίνακας 41. Σχέση παράγοντα «Ηγεσία» με εργασιακή ικανοποίηση	99
Πίνακας 42. Σχέση παράγοντα «Κουλτούρα» με εργασιακή ικανοποίηση.....	99
Πίνακας 43. Σχέση παράγοντα «Εμπόδια» με εργασιακή ικανοποίηση	100
Πίνακας 44. Ποσοτική ανάλυση περιεχομένου: εμπόδια ΔτΓ.....	101
Πίνακας 46. Τυποποιημένες φορτίσεις παραγόντων	105
Πίνακας 47. Υπολογισμοί αντικειμένων	106
Πίνακας 48. Υπολογισμοί μεταβλητών	106

Πίνακας 49. Επιλεγμένοι δείκτες προσαρμογής του μοντέλου	107
Πίνακας 50. Εκτίμηση διακρίνουσας εγκυρότητας	108
Πίνακας 51. Υπολογισμοί συνδιακυμάνσεων	108

Συντομογραφίες

Δ/Α: Δεν απάντησαν

ΔΕ: Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης

ΔτΓ: Διαχείριση της Γνώσης

ΠΕ: Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης

ΤΑ: Τυπική απόκλιση

ΤΕ: Τεχνολογικής Εκπαίδευσης

ΥΕ: Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης

ΠΦΥ: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Σημείωση:

Οργανισμός: ένα σύνολο οργανωμένων ανθρώπων που εργάζονται μαζί για την ολοκλήρωση ενός κοινού στόχου

οργανισμός: ένα σύνολο από λειτουργικές δομές που συνδέονται αναπόσπαστα μεταξύ τους και σχηματίζουν ένα ενιαίο ζωντανό ον

Εισαγωγή

Η διαχείριση της γνώσης (knowledge management ή ΔτΓ) είναι μια συνεχής διαδικασία διαχείρισης όλων των ειδών γνώσης για να καλύψει τις παρούσες και αναδυόμενες ανάγκες, να αξιοποιήσει την υπάρχουσα και αποκτηθείσα γνώση και να αναπτύξει νέες ευκαιρίες (Quintas et al, 1997). Είναι συνυφασμένη με την ανθρώπινη υπόσταση, καθώς η εξελικτική πορεία της ανθρωπότητας βασίζεται στην ολοένα και αυξανόμενη ανακάλυψη και διάδοση γνώσεων, οι οποίες αλληλεπιδρούν, προσθέτονται ή διαψεύδονται δημιουργώντας νέα δεδομένα. Οι επιχειρήσεις χρησιμοποιούσαν ανέκαθεν τρόπους για τη μεταβίβαση των πληροφοριών, της εμπειρίας και εν τέλει της γνώσης. Ωστόσο η ΔτΓ αποτελεί ένα σύγχρονο επιστημονικό πεδίο με πρόσφατη ιστορία. Μόλις το 1959 η Edith Penrose επεσήμανε ότι η αύξηση της γνώσης επηρεάζει την παραγωγική δυνατότητα της επιχείρησης ανεξάρτητα από τις αλλαγές του περιβάλλοντος και αποτελεί μοναδική ευκαιρία μιας επιχείρησης να ξεχωρίσει. Οι ιδιωτικές επιχειρήσεις σύντομα κατάλαβαν τα πλεονεκτήματα της νέας φιλοσοφίας.

Η σουηδική Skandia ήταν ίσως η πρώτη εταιρεία που αποτύπωσε την αξία των πνευματικών περιουσιακών της στοιχείων στον ισολογισμό της (Gamble & Blackwell, 2001). Η δημόσια διοίκηση εφάρμοσε και αυτή με τη σειρά της προγράμματα διαχείρισης γνώσης. Ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης διεξήγαγε το 2002 έρευνα σε 20 κράτη – μέλη της, μεταξύ αυτών και στην Ελλάδα, σχετικά με τις πρακτικές διαχείρισης γνώσης σε υπουργεία, υπηρεσίες και φορείς της κεντρικής κυβέρνησης (OECD, 2003). Ανάμεσα στα συμπεράσματα της έρευνας ήταν ότι αν και η δημόσια διοίκηση αντιλαμβάνεται τα οφέλη, δεν έχουν επιτευχθεί σε πολλούς οργανισμούς οι διαρθρωτικές αλλαγές, ούτε έχει αλλάξει η κουλτούρα οργάνωσης, ώστε να αξιοποιηθούν σε βάθος οι πολιτικές διαχείρισης της γνώσης.

Στις αρχές της δεκαετίας του 1990 δημοσιεύθηκαν πολλά άρθρα και ουσιαστικά αναγνωρίστηκε το knowledge management ως μια προγραμματισμένη και συστηματική διαδικασία με συγκεκριμένους κανόνες και βασική προϋπόθεση την αλλαγή της φιλοσοφίας που διέπει όλες τις βαθμίδες ενός Οργανισμού: την ηγεσία, τα στελέχη και τους υπαλλήλους. Σταθμός για την επιστημολογική διάσταση της γνώσης υπήρξε το βιβλίο των Nonaka και Takeuchi (1995) με τίτλο «*The Knowledge-Creating Company*».

Η διαχείριση της γνώσης περιλαμβάνει τον εντοπισμό και την ανάλυση των διαθέσιμων και απαιτούμενων γνώσεων, καθώς και το σχεδιασμό και τον έλεγχο των δράσεων για την ανάπτυξη του κεφαλαίου της γνώσης, προκειμένου να εκπληρώσει τους στόχους του Οργανισμού. Το κεφάλαιο αυτό περικλείει τη γνώση σχετικά με τις αγορές, τα προϊόντα, τις τεχνολογίες και την οργάνωση που μια επιχείρηση κατέχει ή πρέπει να κατέχει και που επιτρέπει επικερδείς επιχειρηματικές διαδικασίες (Civi, 2000). Υπάρχουν τέσσερα είδη διαχείρισης της γνώσης:

1. η δημιουργία αποθετηρίων γνώσης από τις οποίες η γνώση μπορεί εύκολα να ανακτηθεί,
2. η βελτίωση της πρόσβασης στη γνώση για να διευκολύνει τη μεταφορά της μεταξύ των ατόμων,
3. η ενίσχυση ενός περιβάλλοντος γνώσης, ώστε αυτή να δημιουργηθεί, να μεταφερθεί και να χρησιμοποιηθεί πιο αποτελεσματικά,
4. η διαχείριση της γνώσης ως περιουσιακό στοιχείο και η εύρεση πρακτικών ώστε να αυξηθεί η αποτελεσματική της χρήση με την πάροδο του χρόνου (Davenport et al. 1998).

Από τα παραπάνω φαίνεται ότι η διαχείριση της γνώσης αποτελεί πεδίο που εμπεριέχει θεωρίες από πολλές επιστήμες. Η έννοια management αφορά στις επιστήμες της διοίκησης – διαχείρισης και των οικονομικών. Και αυτό, γιατί στις σύγχρονες επιχειρήσεις και Οργανισμούς υπάρχει συνεχής αναζήτηση, πώς το διαθέσιμο κεφάλαιο (ανθρώπινο και υλικό) θα μπορέσει να αλληλεπιδράσει ώστε να επιτευχθεί ο στόχος της βιωσιμότητας, της ανάπτυξης και της μεγιστοποίησης του οφέλους. Μέσα από την επιστήμη της διοίκησης, αλλά και τη διαχείριση της γνώσης ερμηνεύεται ο λόγος που επιχειρήσεις οι οποίες διαθέτουν τις κοινές πληροφορίες, αντίστοιχη τεχνολογία, και εργαζόμενους παρόμοιου εκπαιδευτικού επιπέδου αποδίδουν με μεγαλύτερη ή μικρότερη αποτελεσματικότητα σε διαφορετικά παραρτήματά τους. Ακόμη, η ΔτΓ αποτελεί αντικείμενο ενδιαφέροντος της κοινωνιολογίας καθώς η ανταλλαγή γνώσεων προϋποθέτει κοινωνική αλληλεπίδραση. Η επιστήμη της ψυχολογίας μπορεί να ερμηνεύσει την ανθρώπινη συμπεριφορά και τα εσωτερικά ή εξωτερικά κίνητρα που ωθούν το άτομο να μεταδώσει τη γνώση ή την εμπειρία του σε άλλους. Τέλος, οι επιστήμες της πληροφορίας και των επικοινωνιών δημιουργούν τα ψηφιακά εργαλεία για να διευκολυνθεί η διαχείριση της γνώσης, όπως αποθηκευτικές μονάδες, τεχνολογίες σύγχρονης,

ασύγχρονης και απομακρυσμένης επικοινωνίας, τεχνητής νοημοσύνης, και τεχνικές εξόρυξης δεδομένων (Prusak, 2001).

Η παρούσα διδακτορική διατριβή είναι δομημένη σε πέντε κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο αναφέρει το θεωρητικό υπόβαθρο της γνώσης και της διαχείρισης της γνώσης. Με σύντομο, αλλά και περιεκτικό τρόπο, εξετάζεται τι είναι γνώση, ποια είναι τα είδη της γνώσης και η σχέση της με άλλους αλληλένδετους όρους. Στη συνέχεια γίνεται γνωριμία με τη διαχείριση της γνώσης και τονίζεται η συμβολή της στην αύξηση της αποτελεσματικότητας των Οργανισμών και επιχειρήσεων. Τέλος, αιτιολογείται γιατί η διαχείριση της γνώσης στις μονάδες υγείας έχει ιδιαιτερότητες και πρέπει να εξετάζεται ξεχωριστά σε σχέση με άλλα εργασιακά περιβάλλοντα.

Το δεύτερο κεφάλαιο αποτελεί μια ολοκληρωμένη δευτερογενή έρευνα. Περιγράφεται αναλυτικά μια συστηματική ανασκόπηση της σύγχρονης βιβλιογραφίας με στοιχεία που αντλούνται από τις μεγαλύτερες βάσεις δεδομένων που φιλοξενούν μελέτες από τον τομέα της υγείας. Τα αποτελέσματα της έρευνας στην οποία χρησιμοποιήθηκε ως ερευνητική μέθοδος η ποιοτική ανάλυση περιεχομένου αποτέλεσαν τη βάση του κυρίου μέρους της έρευνας αυτής της διατριβής.

Στο τρίτο κεφάλαιο περιγράφεται η δημιουργία του ερωτηματολογίου AKMI (Applied Knowledge Management Inventory). Το AKMI δημιουργήθηκε στο πλαίσιο της διατριβής, όχι μόνο για να βοηθήσει να εξαχθούν αποτελέσματα μέσα από αυτή τη μελέτη. Στόχος είναι να αποτελέσει εργαλείο για να μπορούν οι επιστήμονες της διοίκησης μονάδων υγείας να αξιολογούν τις πεποιθήσεις, τα κίνητρα των εργαζομένων και άλλους παράγοντες αναφορικά με τη ΔτΓ στα νοσοκομεία και σε άλλους φορείς υγείας. Σε αυτήν την ενότητα παρουσιάζονται όλα τα στάδια της δημιουργίας, πιλοτικής εφαρμογής και των ελέγχων που πραγματοποιήθηκαν αναφορικά με την εγκυρότητα και την αξιοπιστία του ερωτηματολογίου. Παράλληλα περιγράφονται θέματα ηθικής και δεοντολογίας, τόπου και τρόπου συλλογής των δεδομένων και μεθοδολογικής προσέγγισης των αποτελεσμάτων.

Το τέταρτο κεφάλαιο αφορά στα αποτελέσματα της έρευνας. Αρχικά παρουσιάζονται τα περιγραφικά στοιχεία, στη συνέχεια γίνονται συσχετίσεις, για να βρεθούν οι πιο ισχυρές σχέσεις μεταξύ των παραγόντων της ΔτΓ, αλλά και των παραγόντων με άλλες ανεξάρτητες μεταβλητές. Τέλος, δημιουργείται ένα μοντέλο μέσα

από στατιστική ανάλυση δομικών εξισώσεων, που εμφανίζει παραστατικά ακόμη περισσότερες σχέσεις των λανθανουσών ή μη παρατηρούμενων μεταβλητών.

Η διδακτορική διατριβή ολοκληρώνεται με την τοποθέτηση των νέων γνώσεων σε αντιπαράθεση ή συμφωνία με την υφιστάμενη γνώση, μέσα από τη συζήτηση και ανάλυση των αποτελεσμάτων. Παράλληλα, διατυπώνονται τα δυνατά σημεία, και οι αδυναμίες της έρευνας, η συμβολή της στην επιστήμη, ενώ προτείνονται τρόποι για ακόμη μεγαλύτερη επέκταση της έρευνας σε νέες κατευθύνσεις. Τέλος, ακολουθούν προτάσεις προς τους επιστήμονες της διοίκησης μονάδων υγείας που σχεδιάζουν πολιτικές υγείας, τα επιτελικά και μεσαία στελέχη των νοσοκομείων, τους εργαζόμενους και την ακαδημαϊκή κοινότητα.

Κεφάλαιο 1 – Η έννοια της γνώσης

1.1. Η γνώση κατά τη διάρκεια των αιώνων

Το ανθρώπινο είδος εξελίσσεται μέσα από την παρατήρηση και τη γνωριμία με το περιβάλλον του. Από τους προσωκρατικούς χρόνους η αναζήτηση της γνώσης από τον Θαλή, τον Ηρόδοτο και τον Παρμενίδη ήταν αξία διαχρονική. Ο Δημόκριτος επέμενε να αναζητά κανείς την αιτία που κάτι συμβαίνει πέρα από την εμπειρία. Είναι δύσκολο να γνωρίζει κανείς τι σκεφτόταν ο Σωκράτης, εφόσον δεν άφησε ο ίδιος γραπτά κείμενα, όμως όπως φαίνεται από τις διηγήσεις των μαθητών του, συχνά προσποιούταν ότι δεν γνωρίζει τίποτε, ώστε να αντιμετωπίσει τα πράγματα χωρίς προκαταλήψεις. Η άποψη του Πλάτωνα αποτυπώνεται στην Πολιτεία ως εξής: «Στη σφαίρα της γνώσης, γίνεται ορατή, τελευταία και με μεγάλη δυσκολία, η ιδέα του αγαθού και, σαν γίνει ορατή, πρέπει κανείς να την συλλογιστεί ως την αιτία κάθε καλού και ωραίου πράγματος» (VII.518c), συνδέει δηλαδή τη γνώση με την αρετή. Αντίστοιχα, ο Αριστοτέλης θεωρεί ότι η κατάκτηση της γνώσης προκαλεί ευτυχία (Blackson, 2011).

Στη ρωμαϊκή εποχή το ενδιαφέρον για τη γνώση παραμένει αμείωτο. Ο Μανίλιος για παράδειγμα επιχειρεί να ερμηνεύσει τα ρήματα γνωρίζω (*novisse*) και καταλαβαίνω (*scire*), τα οποία αρχικά φαίνεται να περιγράφουν τρόπους νόησης, προσθέτοντας την έννοια σε βάθος (*penitus*). Δεν αρκεί δηλαδή να γνωρίζει κανείς κάτι, αλλά πρέπει να κατανοήσει σε βάθος όλες του τις πτυχές (König & Whitmarsh, 2007). Το Βυζάντιο είχε συγκεντρώσει επίσης όλο τον σύγχρονο επιστημονικό κόσμο στην Κωνσταντινούπολη προσπαθώντας να ερμηνεύσει τη γνώση (Kelley, 2012).

Κατά το Μεσαίωνα, η θεοκρατική αντίληψη στην Ευρώπη έφερε στασιμότητα στις επιστημονικές και ερευνητικές ανησυχίες, υπό το φόβο της τιμωρίας. Αλλά και στον αραβικό κόσμο, η άνοδος του Ισλάμ δεν βοήθησε προς αυτήν την κατεύθυνση. Πηγή γνώσης αποτελούσε το Κοράνι, το οποίο έπρεπε κανείς να αποστηθίζει και όχι τα πειράματα, η παρατήρηση και η ελεύθερη σκέψη (Rosenthal, 2007). Από την Αναγέννηση ξεκίνησε η συστηματική αποτύπωση της γνώσης σε γραπτά κείμενα, όχι μόνο των θεολογικών κειμένων, αλλά της ιστορίας, της φιλοσοφίας, των επιστημών και γενικότερα της πραγματικής σοφίας (*vera sapientia*) (Kelley, 2012).

Η σύγχρονη αντίληψη για τη γνώση τέθηκε τελικά κατά την περίοδο του Διαφωτισμού, όταν το 1745 προτάθηκε στους Denis Diderot και Jean Le Rond d'Alembert να συμμετέχουν στη μετάφραση της Κυκλοπαίδειας του Ephraim Chamber, μιας αγγλικής επιτομής δεδομένων της εποχής. Οι επιφανείς επιστήμονες αποφάσισαν να δημιουργήσουν κάτι νέο και έτσι γεννήθηκε η Εγκυκλοπαίδεια (Encyclopédie), που 21 χρόνια μετά περιελάμβανε 28 τόμους με περισσότερα από 71.000 λήμματα. Παράλληλα περιέγραψαν στους αναγνώστες πώς πρέπει να προσεγγίζουν τη μάθηση, μέσα από την αμφισβήτηση. Ο Diderot τελικά πέρασε τρεις μήνες στη φυλακή, διότι έγειρε ερωτήματα για την ύπαρξη του Θεού (Appleby, 2013).

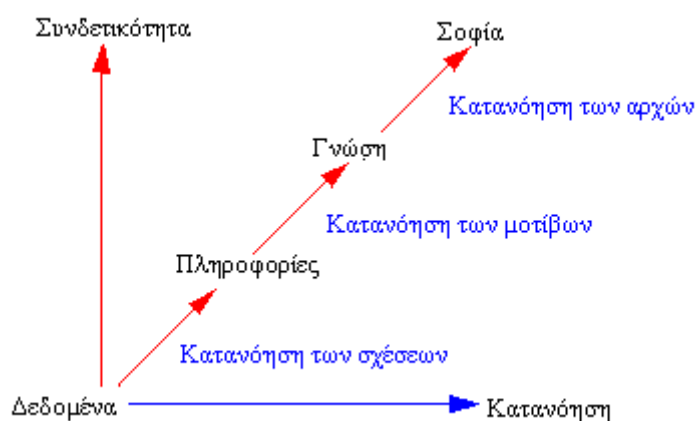
Φτάνοντας στη σημερινή εποχή, παρατηρεί κανείς μια έκρηξη της πληροφορίας και των δεδομένων. Τα γραπτά κείμενα των βιβλιοθηκών μετατράπηκαν στις πληροφορίες του διαδικτύου, και η εγκυκλοπαίδεια έδωσε τη θέση της στη Wikipedia. Το 2010 υπολογίστηκε ότι ο κόσμος δημιούργησε 1 ζεταμπάιτ δεδομένων και εκτιμήθηκε ότι το 2014 ο αριθμός θα επταπλασιαστεί (Villars et al, 2011). Η παρούσα κατάσταση συνοψίζεται σε μια φράση του αμερικανού συγγραφέα John Naisbitt (1982) στο βιβλίο του για τις μεγάλες τάσεις που μετασχηματίζουν τις ζωές μας: *«Πνιγόμαστε στις πληροφορίες και λιμοκτονούμε για γνώση»*.

Δημιουργήθηκε πλέον ο όρος «μεγάλα δεδομένα – big data» που περιγράφει το περιβάλλον, όπου μαζικές πηγές δεδομένων συνδυάζουν τόσο δομημένα όσο και μη δομημένα στοιχεία, έτσι ώστε η ανάλυση δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί πλέον με τη χρήση παραδοσιακών βάσεων δεδομένων και αναλυτικών μεθόδων, ακόμη και σε οργανωμένες επιστήμες όπως οι επιστήμες υγείας (Zhang et al, 2014). Συνεπώς, μέσα σε ένα πλήθος αναξιόπιστων και παραπλανητικών πληροφοριών, χάνονται οι χρήσιμες και ποιοτικές γνώσεις.

Για να τιθασευτεί ο όγκος, η ταχύτητα και η ποικιλία των μεγάλων δεδομένων, (των τριών V – volume, velocity, variety) (Laney, 2001), αναπτύχθηκε η εξόρυξη δεδομένων (data mining) που αποτελεί διεπιστημονικό υποπεδίο της επιστήμης των υπολογιστών. Από πλευράς οργάνωσης και ανθρώπινου παράγοντα, προκειμένου να μεγιστοποιηθεί το όφελος από τη συλλογή και αξιοποίηση της γνώσης σε μια επιχείρηση ή έναν Οργανισμό, η λύση δίνεται μέσα από τη διαχείριση της γνώσης.

1.2. Δεδομένα, πληροφορίες, γνώση και σοφία

Όταν αναφέρεται κανείς στη γνώση, χρησιμοποιεί κάποιες φορές εναλλακτικά όρους όπως πληροφορίες ή δεδομένα. Υπάρχουν όμως ποιοτικές διαφορές ανάμεσα στους όρους δεδομένα, πληροφορίες, γνώση και σοφία, τις οποίες ορισμένοι επιστήμονες παρουσιάζουν αλληλοσυνδεόμενες σε μια ιεραρχική σχέση. Πρώτος στο θέμα αναφέρθηκε ο Russell Ackoff (1989) σε άρθρο με τίτλο «Από τα δεδομένα στη σοφία», προσθέτοντας ένα ακόμη στοιχείο, την κατανόηση, ανάμεσα στις πληροφορίες και τη γνώση. Ύστεροι ερευνητές παρέλειψαν την κατανόηση, καθώς θεωρούν ότι περιλαμβάνεται σε κάθε στάδιο και δημιούργησαν την ιεραρχία DIKW από τα αρχικά των αγγλικών λέξεων data, information, knowledge και wisdom (Rowley, 2007, Bellinger et al, 2004). Η σχέση άλλοτε παρουσιάζεται ως συνεχές, ως διάγραμμα ή πυραμίδα, βάση της οποίας αποτελούν τα δεδομένα και κορυφή η σοφία. Η διαγραμματική σχέση παρουσιάζεται στο σχήμα 1.



Σχήμα 1. Διάγραμμα της σχέσης DIKW

Πηγή: Bellinger et al, 2004

Πιο αναλυτικά τα επιμέρους στοιχεία τα οποία εκφράζουν την ιεραρχική σχέση είναι:

- **Δεδομένα:** αποτελούν ένα σύνολο από διακριτά γεγονότα, παρατηρήσεις και μετρήσεις. Δεν έχουν καμία χρησιμότητα, εάν δεν αποκτήσουν μια αξιοποιήσιμη φόρμα. Η διαφορά τους με τις πληροφορίες είναι δηλαδή λειτουργική και όχι δομική.
- **Πληροφορίες:** προέρχονται από την παροχή πλαισίου και σχέσεων στα δεδομένα. Απαντούν στις ερωτήσεις που, ποιος, πότε και γιατί.
- **Γνώση:** αποτελείται από τις εμπειρίες, τις ιδέες, την οξυδέρκεια, τις αξίες και τις αποφάσεις των ατόμων καθώς και από την ανάλυση και επεξεργασία των

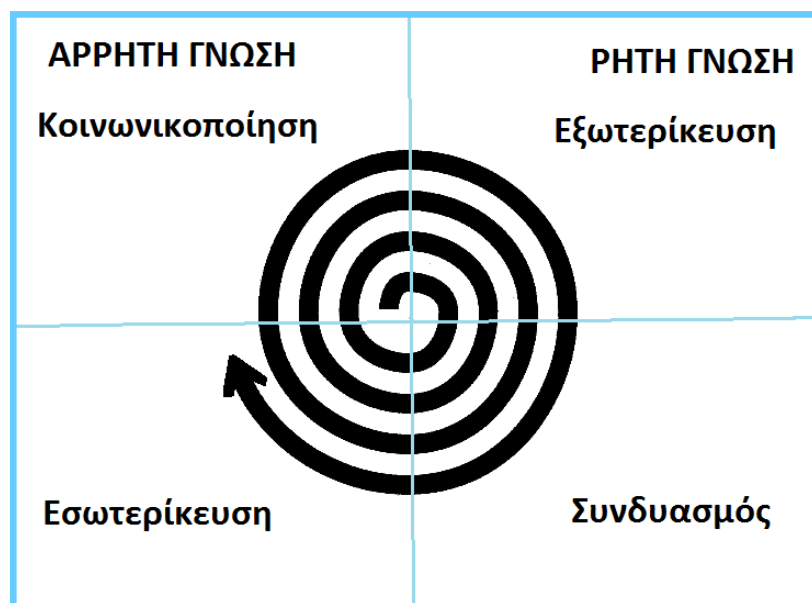
πληροφοριών και δεδομένων. Υπάρχει δηλαδή μόνο μέσα στο μυαλό του ατόμου που γνωρίζει. Σε αυτή την οπτική, η οργάνωση και η διαχείριση της γνώσης δεν αποτελούν υποπεδίο της επιστήμης της πληροφορίας (Zins, 2007). Απαντά στην ερώτηση πώς.

- **Σοφία:** εφαρμόζεται η προσωπική ερμηνεία για τον καθορισμό του γιατί, δηλαδή ποια είναι η αιτία που αυτή η ένδειξη είναι σημαντική και αυξάνει την αποτελεσματικότητα (BMC Software and Enterprise Management Associates, 2008, Rowley, 2007, Ackoff, 1989).

Υποστηρίζεται πως τα δεδομένα, οι πληροφορίες και η γνώση αναφέρονται στο παρελθόν και το παρόν, ενώ η σοφία στο μέλλον. Δεν είναι όμως εύκολο να επιτευχθεί η σοφία. Γι' αυτό και οι άνθρωποι πρέπει να κινηθούν διαδοχικά μέσα από τα προηγούμενα στάδια (Bellinger et al, 2004, Ackoff, 1989).

1.3. Οι διαστάσεις της γνώσης

Οι επιστήμονες υποστηρίζουν ότι η γνώση χωρίζεται σε ρητή (explicit) και άρρητη (tacit) (Nonaka and Takeuchi, 1995, Smith, 2001, Collins, 2010). Μέσα από αυτή τη θεωρία διατυπώθηκε το σπирάλ της γνώσης (Nonaka and Takeuchi, 1995), το οποίο παρουσιάζεται στο σχήμα 2.



Σχήμα 2. Το σπирάλ της γνώσης

Πηγή: Nonaka and Takeuchi, 1995

Η ερμηνεία του είναι η εξής: η ρητή γνώση, η οποία εκφράζεται με λέξεις και αριθμούς, αποτελεί μόνο την κορυφή του παγόβουνου. Ένα μεγάλο μέρος της γνώσης είναι πολύ δύσκολο να σχηματιστεί, να εκφραστεί και να μοιραστεί με τους υπόλοιπους ανθρώπους μέσα από την επικοινωνία. Για παράδειγμα, μπορεί κανείς να αναγνωρίσει εύκολα ένα πρόσωπο που έχει ξαναδεί, χωρίς να είναι ικανός να περιγράψει επακριβώς ποια χαρακτηριστικά του προσώπου βοήθησαν στην αναγνώριση. Είναι αυτό που ανέφερε το Michael Polanyi (1967) ότι «ο άνθρωπος ξέρει περισσότερα από όσα μπορεί να πει».

Η διαδικασία μετατροπής της άρρητης γνώσης σε ρητή είναι η ακόλουθη. Η άρρητη γνώση διαμοιράζεται στη φάση της κοινωνικοποίησης (Socialization) μέσα από ανεπίσημες συναντήσεις, καταιγισμό ιδεών, μαθητείες, κατά την επαφή με τους πελάτες και τους προμηθευτές. Η εξωτερίκευση (Externalization) είναι η καταγραφή και κρυσταλλοποίηση της γνώσης που μετατράπηκε πλέον σε ρητή, ενώ ο συνδυασμός (Combination) αφορά σε πιο σαφή διατύπωση αυτού που δημιουργήθηκε, για παράδειγμα μέσα από μια διαδικασία δημιουργίας νέας στρατηγικής για την αποτελεσματικότερη φροντίδα μιας ομάδας ασθενών. Η εσωτερίκευση (Internalization) είναι η μετατροπή της ρητής γνώσης σε άρρητη, όταν δηλαδή ο εργαζόμενος κατανοήσει τη νέα γνώση και αρχίζει να σχηματίζει νέες ιδέες. Η γέννηση της νέας γνώσης πυροδοτεί τη διαδικασία η οποία είναι ατέρμονη. Το σπινάλ της γνώσης αναφέρεται και ως μοντέλο SECI από τα αρχικά των συστατικών του στοιχείων (Nonaka and Takeuchi, 1995).

Ο Collins (2010) επιχείρησε να αποσαφηνίσει ακόμη περισσότερο τα δύο είδη γνώσης. Για τη ρητή γνώση ανέπτυξε την έννοια των στοιχειοσειρών (strings). Οι στοιχειοσειρές μπορούν μέσα από διάφορα μοντέλα να αποτυπώσουν ή να μετατρέψουν ένα ερέθισμα σε κάτι απτό. Αυτές περιλαμβάνουν τόσο τα αναλογικά όσο και τα ψηφιακά μέσα. Για παράδειγμα ο ήχος της φωνής μπορεί να μετατραπεί σε γραπτό κείμενο ή σε ένα ηλεκτρονικό αρχείο.

Αναφορικά με την άρρητη γνώση, ο Collins (2010) τη διαχώρισε σε τρεις υποκατηγορίες, τη σχεσιακή, τη σωματική και τη συλλογική άρρητη γνώση. Η *σχεσιακή άρρητη γνώση* περιλαμβάνει τη γνώση που είναι σιωπηρή απλά επειδή δεν έτυχε της προσοχής ή της ορθής αλληλεπίδρασης μεταξύ δύο ατόμων ή ενός ατόμου και του αντίστοιχου ερεθίσματος. Ένας ιατρός θα μπορούσε να αναγνωρίσει τη δυσφορία του

ασθενή του που τον επισκέφθηκε για ένα εξάνθημα εάν δεν ήταν πολύ απασχολημένος ή εάν ο ασθενής το εξέφραζε λεκτικά, όμως το γεγονός ότι αυτό δεν συνέβη, έχει σχέση απλά με τις συνθήκες. Η *σωματική άρρητη γνώση* περιλαμβάνει το είδος της γνώσης που παραμένει άρρητη λόγω των φυσικών περιορισμών του ανθρώπου. Συνεχίζοντας το προηγούμενο παράδειγμα, ο ασθενής αδυνατεί να περιγράψει ποια ακριβώς στιγμή ξεκίνησε ο κνησμός, ή η φλεγμονή ακριβώς γιατί το ανθρώπινο σώμα δεν έχει τη δυνατότητα να παρέχει τόσο δραστικά πληροφορίες για ενδεχόμενες αλλαγές. Εάν όμως υπήρχε ένα μηχάνημα που μετρούσε μόνιμα αυτές τις ενδείξεις, η άρρητη γνώση θα μετατρέπονταν σε ρητή. Τέλος, η *συλλογική άρρητη γνώση* παραμένει άρρητη γιατί εξαρτάται από το κοινωνικό πλαίσιο και δεν μπορεί να μετατραπεί σε ψηφιακές στοιχειοσειρές. Ο ασθενής επέλεξε να επισκεφθεί το συγκεκριμένο ιατρό, διότι ήταν πιο ευγενικός από έναν άλλο, χωρίς να μπορεί να προσδιορίσει επακριβώς τι σημαίνει αυτό (Henry, 2011).

1.4. Η κοινωνική κατασκευή της γνώσης

Ένας ακόμη τρόπος να κατανοήσει κανείς τη γνώση είναι σύμφωνα με τους ψυχολόγους και τους κοινωνιολόγους μέσα από τη θεωρία της κοινωνικής κατασκευής ή τον κοινωνικό κονστρουξιονισμό (social constructionism). Η θεωρία αυτή υποστηρίζει ότι η γνώση δεν είναι κάτι δεδομένο και σταθερό αλλά μεταβάλλεται και ερμηνεύεται ανάλογα με την κοινωνία στην οποία ζει κανείς και τον τρόπο που αντιλαμβάνεται κάθε άτομο τον κόσμο. Επιπρόσθετα, υποστηρίζεται ότι η γνώση και η κοινωνική δράση είναι αλληλένδετες έννοιες (Burr, 2015).

Η υγεία θεωρείται χαρακτηριστικό παράδειγμα της εξελικτικής ερμηνείας μιας έννοιας που καθορίζεται από τις αλλαγές στα κοινωνικά πρότυπα. Αρχικά υπήρχε η πεποίθηση ότι η απουσία της νόσου ορίζει την υγεία. Στη συνέχεια, η υγεία συνδέθηκε με τη σωματική και ψυχολογική ευεξία, ενώ μεταγενέστερα η υγεία συσχετίζεται με τον βαθμό των προβλημάτων που επιδρούν ή καθορίζουν τη δυνατότητα του ανθρώπου να ανταποκριθεί στα κοινωνικά του καθήκοντα. Είναι φανερό, ότι μέσα στις επιχειρήσεις και τους Οργανισμούς, η γνώση δημιουργείται ή μεταβάλλεται σε σχέση με τις κοινωνικές διαδικασίες.

1.5. Η σχέση της γνώσης με τους Οργανισμούς και τις επιχειρήσεις

Σύμφωνα με τους Maturana και Varela (1980, 1987) τα έμβια όντα είναι δυναμικά συστήματα με δομικά συστατικά. Τα ελάχιστα απαιτούμενα χαρακτηριστικά να θεωρηθούν ζώντα είναι να είναι διακριτά, αυτόνομα και να έχουν ικανότητα αυτορύθμισης και αυτοπαραγωγής. Από αυτά τα χαρακτηριστικά πιο δύσκολα γίνεται αντιληπτή η έννοια της αυτοπαραγωγής. Δηλαδή το σύστημα είναι τόσο οργανωμένο που τα συστατικά του στοιχεία παράγουν συλλογικά για να διατηρήσουν τη ζωή. Η έννοια της αυτοπαραγωγής συνδέεται με την ομοιόσταση που διατηρεί τις κρίσιμες μεταβλητές σταθερές για να αντιμετωπίσει ο οργανισμός απρόβλεπτες εξωτερικές διαταραχές (Hall, 2003). Ένα ειδικό είδος ομοιόστασης είναι η αυτοποίηση που αποτελεί μια κρίσιμη μεταβλητή ρύθμισης του οργανισμού (Beer, 1981) που επεκτείνεται και εμπεριέχει και τη γνωστική λειτουργία (Thompson, 2007). Εάν ο ζώντας οργανισμός δεν αντιδράσει και δεν καταφέρει να αυτορυθμιστεί πέραν ενός ορίου, τότε θα πεθάνει (Hall, 2003).

Οι von Krogh και Roos (1995) υποστήριξαν πως οι Οργανισμοί και οι επιχειρήσεις έχουν επίσης τις ιδιότητες της αυτοποίησης και των γνωστικών λειτουργιών. Απαρίθμησαν έξι απαραίτητα κριτήρια για να αναγνωρισθεί ένα σύστημα αυτοποιητικό:

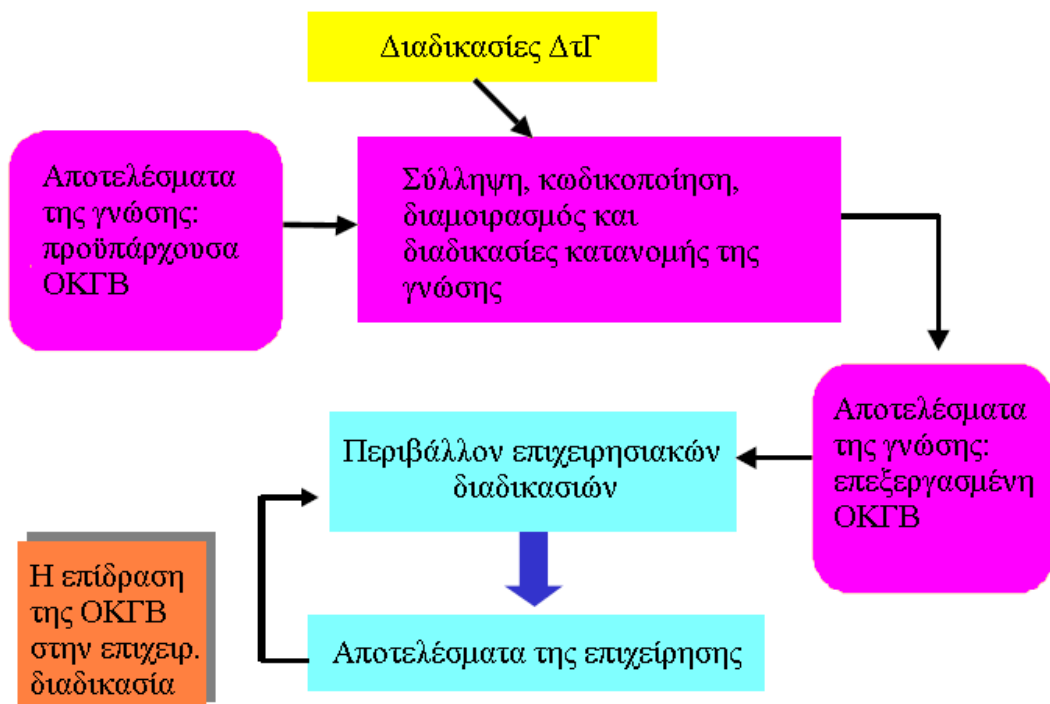
1. οριοθετείται από το περιβάλλον
2. τα στοιχεία του ορίζονται από το σύστημα
3. είναι δυναμικό
4. διατηρεί δυναμικά την ταυτότητά του
5. τα στοιχεία από το εσωτερικό και το εξωτερικό περιβάλλον μεταμορφώνονται μέσα από διαδικασίες για να λειτουργούν μέσα σε αυτό
6. έχει αυτόνομη αυτοπαραγωγή

Έτσι υποστηρίζεται ότι η γνωστική λειτουργία δεν υπάρχει μόνο στους ζώντες οργανισμούς, αλλά και στους Οργανισμούς και τις επιχειρήσεις που ως συστήματα υπάρχουν και εξελίσσονται μέσα στο περιβάλλον της αγοράς (Hall, 2003). Με βάση μια θεωρία που προέρχεται από την επιστήμη της βιολογίας, υπάρχει μια σύνδεση μεταξύ των ατόμων, και των οργανωμένων δομών της κοινωνίας όπως οι Οργανισμοί και οι επιχειρήσεις στην επιστήμη της διοίκησης (Goldspink & Kay, 2009). Οι γνωστικές λειτουργίες υπάρχουν μέσα στον Οργανισμό και τον βοηθούν να εξισορροπήσει με το

εξωτερικό περιβάλλον και να εξελιχθεί (Hall, 2003). Η ανάπτυξη επιτυγχάνεται όταν το πνευματικό κεφάλαιο αναπτύσσεται μέσα από τη διαχείριση της γνώσης σε Οργανισμούς που μαθαίνουν (Marg et al, 2003) και η καινοτομία επεκτείνεται και διατηρείται όσο είναι χρήσιμη, χωρίς να αποσυντίθεται μέσα στο χρόνο (Buchanan *et al*, 2006)

1.6. Τα εξελικτικά στυλ της διαχείρισης της γνώσης

Αν και η διαχείριση της γνώσης είναι μια σχετικά νέα έννοια, εντούτοις έχει υπάρξει αντικείμενο εξέλιξης μέσα στις δεκαετίες. Ο Firestone (2003) υποστηρίζει ότι υπάρχουν τρία στυλ ΔτΓ: το παλαιό, η διαχείριση της γνώσης δεύτερης γενιάς και η νέα ΔτΓ. Η παλαιά διαχείριση της γνώσης αφορούσε τη διατήρηση της γνώσης μέσα στον Οργανισμό, ήταν εστιασμένη στο να υπάρχει η πληροφορία στον κατάλληλο άνθρωπο την κατάλληλη στιγμή. Ο Firestone (2003) ονόμασε τόσο την πνευματική όσο και την καταγεγραμμένη γνώση μέσα στον Οργανισμό, Οργανωσιακά Κατανεμημένη Γνωσιακή Βάση (ΟΚΓΒ). Η ΟΚΓΒ τελειοποιείται με τη σύλληψη της πνευματικής γνώσης, την κωδικοποίηση και το διαμοιρασμό ώστε να ενισχύσει την ατομική επίδοση μέσα στην επιχειρηματική διαδικασία. Το εννοιολογικό πρότυπο της ΟΚΓΒ παρουσιάζεται στο παρακάτω σχήμα.

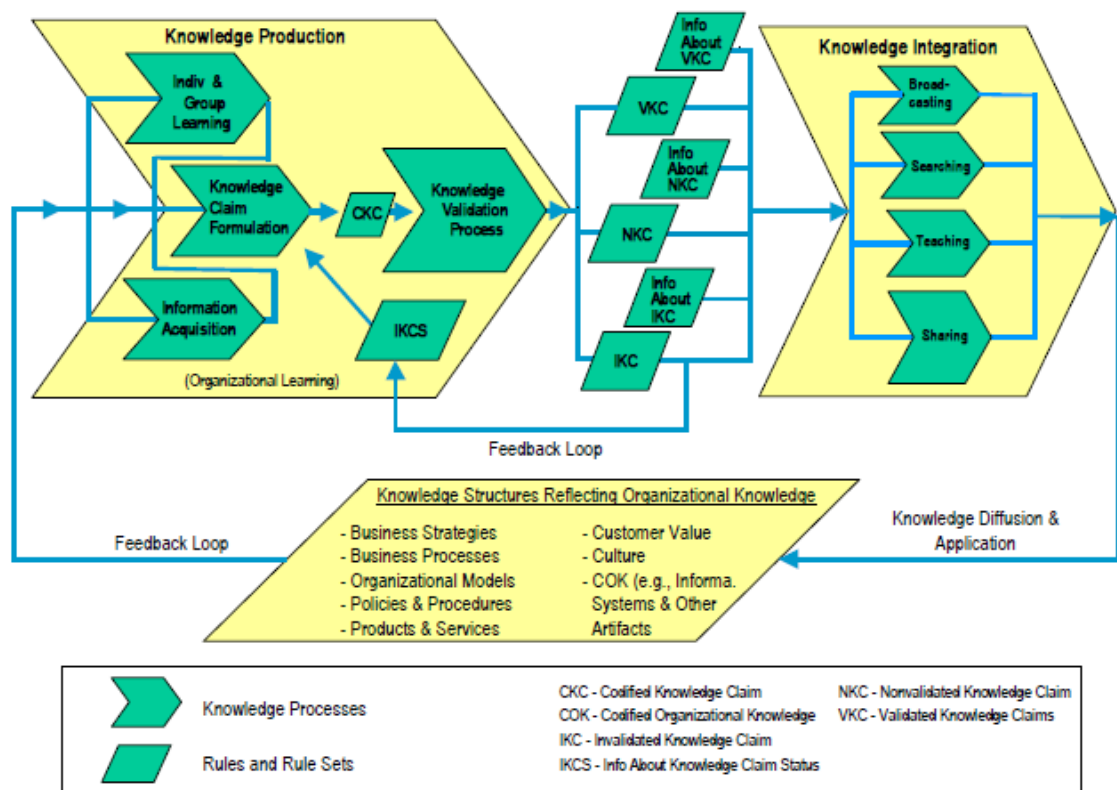


Σχήμα 3. Η παλαιά διαχείριση της γνώσης

Πηγή: Firestone, 2003

Η κριτική που ασκήθηκε στην παλαιά ΔΤΓ είναι ότι δεν εστιάζει στο πώς η γνώση δημιουργείται, παράγεται, ή ανακαλύπτεται και γενικότερα δεν εστιάζει στην πλευρά της ζήτησης της διαδικασίας της γνώσης (Jones, 2007). Ακόμη, δεν παρέχει έναν τρόπο να γίνει αντιληπτό πότε μια διατύπωση ή μια πεποίθηση μετατρέπεται από πληροφορία σε γνώση και δεν κάνει σαφή διάκριση ανάμεσα στη διαδικασία της γνώσης και τη διαχείριση της γνώσης (Firestone, 2003). Τέλος, η παλαιά διαχείριση της γνώσης δίνει μεγαλύτερη έμφαση στην τεχνολογία, τις τεχνικές εξόρυξης δεδομένων και γενικότερα είναι τεχνολογιοκεντρική (McElroy, 2003).

Στη συνέχεια προτάθηκε η διαχείριση της γνώσης δεύτερης γενιάς κατά την οποία δόθηκε έμφαση στον τρόπο που η γνώση παράγεται. Η διαδικασία ονομάστηκε μοντέλο κύκλου ζωής της γνώσης αναπαριστάται στο σχήμα 4.



Σχήμα 4. Το μοντέλο του κύκλου ζωής της γνώσης

Πηγή: McElroy, 2003

Ο κύκλος ζωής της γνώσης έχει πέντε στάδια (McElroy, 2003):

1. Η γνώση παράγεται μέσα στο μυαλό των ατόμων, καθώς «ο μόνος τρόπος για να μάθουν οι επιχειρήσεις είναι να μάθουν τα άτομα» (Senge, 1990)
2. Εάν αυτό που ανακαλύπτουν μέσα από την εμπειρία τους δεν συμφωνεί με αυτό που λειτουργεί στο εργασιακό τους περιβάλλον, αρχίζει να προκαλείται ένταση, και ανάγκη να επικοινωνήσουν την ανακάλυψή τους με συναδέλφους.
3. Οι κοινότητες ή ομάδες συμμετέχουν σε συνεχείς διαδικασίες παραγωγής γνώσης και διαπραγμάτευσης. Κάθε μέλος φέρνει τους δικούς του «ισχυρισμούς γνώσης» και μαζί τις συζητούν, τροποποιούν και ραφινάρουν. Όταν αυτή η νέα ιδέα γίνει ισχυρή προκαλείται και πάλι ένταση, αλλά σε ομαδικό επίπεδο και σε επίπεδο Οργανισμού.
4. Όταν οι ισχυρισμοί της κοινότητας της γνώσης έρχονται σε αντίθεση με το κατεστημένο του Οργανισμού, σταδιακά δημιουργείται σύγκρουση, η ένταση κλιμακώνεται και φτάνει μέχρι τα ανώτερα διοικητικά στελέχη, τα οποία ενδεχομένως να συμφωνήσουν με την προτεινόμενη αλλαγή. Εδώ επιτελείται η οργανωσιακή μάθηση ή η καινοτομία.
5. Καθώς η νέα γνώση διαχέεται σε όλο τον Οργανισμό, δημιουργεί εμπειρία, η οποία με τη σειρά της αποτελεί τη βάση για τη νέα γνώση σε μια διαδικασία ανατροφοδότησης.

Τέλος, το νέο στυλ διαχείρισης της γνώσης είναι μια ανοικτή διαδικασία, η οποία δίνει έμφαση στο άτομο και τις διαδικασίες και λιγότερο στην τεχνολογία, η οποία αποτελεί εργαλείο της ΔτΓ. Πλέον οι ισχυρισμοί της γνώσης διατυπώνονται ανοιχτά, εξετάζονται και αξιολογούνται σε συνεχή βάση με όλους τους ενδιαφερόμενους σε περιβάλλον διαφάνειας και εμπιστοσύνης, σε όλες τις ιεραρχικές βαθμίδες για να παραχθεί γνώση που είναι σύμφωνη τόσο με τις ανάγκες της προσφοράς αλλά και της ζήτησης (McElroy, 2003).

1.7. Η βελτίωση της επίδοσης των επιχειρήσεων και Οργανισμών μέσα από τη διαχείριση της γνώσης

Στις κλασικές οικονομίες του παρελθόντος, πηγή πλούτου αποτελούσαν οι πρώτες ύλες, η εργασία και το κεφάλαιο. Αυτό φαίνεται ότι πλέον δεν είναι αρκετό. Η επίδοση των επιχειρήσεων και των Οργανισμών εξαρτάται από την αλληλεπίδραση μεταξύ των επιχειρησιακών λειτουργιών και των ενδιαφερόμενων μερών του εσωτερικού και

εξωτερικού περιβάλλοντος (Gunasekaran & Ngai, 2007). Κυρίως όμως εξαρτάται από την τεχνολογία, την καινοτομία, την τεχνογνωσία, την εξέλιξη των επιστημών, τη δημιουργικότητα και την πληροφορία. Όλα αυτά προϋποθέτουν τη γνώση. Για να παραμείνουν οι εταιρείες εναρμονισμένες με τις δυναμικά μεταβαλλόμενες ανάγκες του επιχειρησιακού περιβάλλοντος θα πρέπει να μαθαίνουν και να τροποποιούν τη γνώση τους αναλόγως.

Η επίδοση των επιχειρήσεων συνδέεται ισχυρά με την ικανότητα για δημιουργία γνώσης στην επιχείρηση και σχετίζεται με την ικανότητα του Οργανισμού να εστιάζει στην αξία των ενδιάμεσων αποτελεσμάτων της γνώσης, που είναι τα κύρια στοιχεία από τα οποία ξεκινούν νέες καινοτομίες (Bogner and Bansal, 2007).

Εξάλλου, συχνά άτομα ή τμήματα που έχουν τα ίδια μέσα στη διάθεσή τους αποδίδουν σε διαφορετικό βαθμό. Αυτό οφείλεται πολλές φορές στην άρρητη γνώση ορισμένων εργαζομένων στις ομάδες. Έτσι οι επιχειρήσεις συχνά καλούν εργαζομένους από άλλες τοποθεσίες να επικοινωνήσουν τις εμπειρίες τους με άτομα από άλλες μονάδες προκειμένου να τους βοηθήσουν να γίνουν πιο αποτελεσματικοί (Civi, 2000).

Οι Lai και Chu (2002) εξέτασαν τη βαρύτητα που δίνουν στη διαχείριση της γνώσης οκτώ εταιρείες υψηλής τεχνολογίας και συμβουλευτικής που λειτουργούν σε ιδιαίτερα ανταγωνιστικό περιβάλλον και διαπίστωσαν ότι το συγκριτικό πλεονέκτημα μιας επιχείρησης είναι η γνώση που κατέχει. Για να αυξήσουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και ταυτόχρονα τα κέρδη τους, οι επιχειρήσεις ενίσχυσαν το διαμοιρασμό της γνώσης, την οποία θεώρησαν ως το πολυτιμότερο κεφάλαιο της επιχείρησής τους.

Η μέτρηση της αποτελεσματικότητας της διαχείρισης της γνώσης σε έναν Οργανισμό υπολογίζεται μέσα από αξιολόγηση που περιλαμβάνει τόσο ποιοτική όσο και ποσοτική έρευνα. Τα ποιοτικά ευρήματα μπορούν να βοηθήσουν στη βελτίωση των δεξιοτήτων των εργαζομένων, της ποιότητας των στρατηγικών, των βασικών επιχειρησιακών διαδικασιών, στην ανάπτυξη σχέσεων με τους πελάτες και τους προμηθευτές. Αντίστοιχα, με την αξιολόγηση των ποσοτικών στοιχείων μπορούν να εφαρμοστούν ενέργειες μείωσης του διαχειριστικού κόστους και του κύκλου παραγωγής του προϊόντος, ενώ επίσης ενδέχεται να αυξηθεί η παραγωγικότητα, το μερίδιο αγοράς, η αξία των μετοχών και τα έσοδα από τις πατέντες (Chen & Chen, 2005).

Κεφάλαιο 2 – Συστηματική ανασκόπηση της ΔτΓ στις μονάδες υγείας

2.1. Η διαχείριση της γνώσης στις μονάδες υγείας

Τα νοσοκομεία είναι οι πιο πολύπλοκοι Οργανισμοί που δημιούργησε ο άνθρωπος, ενώ τα τελευταία πενήντα χρόνια αποτελούν τους πιο ταχέα αναπτυσσόμενους Οργανισμούς σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες (Drucker, 2006). Σε ένα δευτεροβάθμιο νοσοκομείο 300 περίπου κλινών απασχολείται υπερδιπλάσιος αριθμός εργαζομένων, ενώ ένα τριτοβάθμιο μπορεί να απασχολεί χιλιάδες εργαζομένους. Οι περισσότεροι από τους εργαζόμενους, για παράδειγμα οι ιατροί και οι νοσηλευτές οφείλουν να αξιοποιούν καθημερινά τη γνώση τους για να ασκήσουν το έργο τους. Εκτός όμως από αυτές τις ειδικότητες, που αποτελούν το μεγαλύτερο ποσοστό των εργαζομένων, πάνω από τριάντα διαφορετικές ειδικότητες είναι απαραίτητες για τη λειτουργία του νοσοκομείου, όπως φυσιοθεραπευτές, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, διαιτολόγοι, τεχνολόγοι ιατρικών εργαστηρίων, χειριστές ακτινολογικών μηχανημάτων, βιοχημικοί, εργαζόμενοι στο τμήμα πληροφορικής, την τεχνική και τη βιοϊατρική υπηρεσία και διοικητικοί υπάλληλοι. Κάθε μία από αυτές τις ειδικότητες έχει το δικό της υπόβαθρο, κανονισμούς, οπτική, εκπαιδευτικές ανάγκες και διαδικασίες πιστοποίησης (Drucker, 2006). Η εφαρμογή στρατηγικών διαχείρισης της γνώσης σε ένα τόσο σύνθετο περιβάλλον δεν είναι εύκολη υπόθεση.

Ακόμη, στα νοσοκομεία ασκείται έντονα πίεση για βελτίωση της ποιότητας σε ένα περιβάλλον που ο χρόνος είναι κρίσιμος παράγοντας και οι «πελάτες» πιέζουν απαιτητικά για την παροχή της μέγιστης δυνατής εκροής, δηλαδή την ίαση του ασθενούς. Τα θέματα που προκύπτουν για τη συνεργατική προσπάθεια για την αξιοποίηση της γνώσης και τη βελτίωση της ποιότητας είναι:

- Πολυπλοκότητα: η ανάπτυξη και η διατήρηση της επίγνωσης είναι σύνθετη στη διοίκηση υπηρεσιών. Ο τρόπος της οργάνωσης, της πρόσβασης και του διαμοιρασμού των πληροφοριών, των ενδείξεων και της γνώσης είναι ποικίλα και πανταχού παρόντα ζητήματα, τόσο στις δημοσιεύσεις, όσο και στις ιστοσελίδες, στα κοινωνικά δίκτυα ή τις άτυπες συζητήσεις κατά τη διάρκεια του καφέ ή της βάρδιας.
- Υψηλή αξιοπιστία: σε ένα κινδυνώδες περιβάλλον με μόνιμο το ενδεχόμενο της αποτυχίας, όλοι πρέπει να συμμετέχουν με έναν ισχυρά εξαρτώμενο τρόπο. Η γνώση τροφοδοτεί την ευαισθησία.

- Πολυεπιστημονική συμμετοχή: όλο το πνευματικό κεφάλαιο πρέπει να είναι διαθέσιμο για να επαυξηθεί η βελτίωση της ποιότητας. Ο διαμοιρασμός της άρρητης γνώσης βοηθά σε αυτό.
- Κατανόηση: είναι ένα σκεπτικό που σχετίζεται με την ομαδική εργασία και την επιμέλεια για να αυξηθεί η εγκυρότητα μιας δράσης σε κρίσιμες καταστάσεις μέσω του διαμοιρασμού της γνώσης και της αποδοχής. Επιπρόσθετα η ΔτΓ συνδέεται με την οργανωσιακή κατανόηση.
- Συστημική σκέψη: οι Οργανισμοί μαθαίνουν μέσα από τη συστημική σκέψη. Η σταχυολόγηση των αποτυχιών είναι ένα στοιχείο ενός συστήματος που μαθαίνει μέσα σε ένα περιβάλλον ασφάλειας και βελτίωσης της ποιότητας (Zipperer, 2014).

Φαίνεται λοιπόν ότι η υιοθέτηση στρατηγικών ΔτΓ στον τομέα της υγείας μπορεί να είναι ευεργετική για τους ασθενείς, τους εργαζόμενους, τους φορείς και γενικότερα τη δημόσια υγεία. Για παράδειγμα, η αποτελεσματική ΔτΓ βοηθά στον έλεγχο των λοιμωδών νόσων στα νοσοκομεία (Chen et al, 2011). Οι Orzano et al (2008A) υποστηρίζουν ότι ο διαφορετικός βαθμός αξιοποίησης της ΔτΓ σε ιδιωτικά ιατρεία ή άλλες μονάδες υγείας μπορεί να βελτιώσει την απόδοση των φορέων.

Παρόλα αυτά οι μονάδες Φροντίδας Υγείας υιοθέτησαν σχετικά αργά τη ΔτΓ σε σχέση με τον τομέα των επιχειρήσεων (Kothari et al, 2011). Πρόσφατα, η ΔτΓ έχει κερδίσει επίσης το ενδιαφέρον των μελετητών στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Όπως φαίνεται και από το σχήμα 5, τα τελευταία 20 χρόνια στη διεθνή βάση αναζήτησης Pubmed το ενδιαφέρον για τον όρο «knowledge management» έχει ανοδική τάση. Επιπλέον, η ΔτΓ έχει διεισδύσει δυναμικά στις οργανωτικές και διοικητικές διαδικασίες στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης (Nicolini et al, 2008).



Σχήμα 5. Η τάση δημοσιεύσεων με το όρο «knowledge management» στο Pubmed

Από τη συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που αφορά στο υπό μελέτη θέμα, μπορούν να εξαχθούν χρήσιμα συμπεράσματα τόσο για το βαθμό αξιοποίησης της διαχείρισης της γνώσης και όσο και για τις απόψεις των εργαζομένων στις μονάδες υγείας. Η συστηματική ανασκόπηση μπορεί να αποτελέσει βάση για να δημιουργηθεί ένα αξιόπιστο εργαλείο – ερωτηματολόγιο στο ειδικό μέρος της παρούσας διδακτορικής διατριβής, ώστε η υπάρχουσα θεωρία να ελεγχθεί και να δημιουργηθεί νέα σύμφωνα με τα πιο σύγχρονα δεδομένα.

2.2. Ερευνητικά ερωτήματα της συστηματικής ανασκόπησης

Η συστηματική ανασκόπηση έχει ως στόχο να συλλέξει στοιχεία για τη διαχείριση της γνώσης στις μονάδες υγείας, σύμφωνα με τα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα:

1. Ποιες είναι οι πεποιθήσεις των διοικητών και των εργαζομένων στις μονάδες υγείας αναφορικά με τη ΔτΓ;
2. Πώς δημιουργείται η γνώση στις μονάδες υγείας;
3. Πώς διαχέεται η γνώση στις μονάδες υγείας;
4. Πώς εγκαθιδρύονται και αξιοποιούνται στρατηγικές ΔτΓ στις μονάδες υγείας;
5. Ποια είναι τα εμπόδια εφαρμογής της ΔτΓ στις μονάδες υγείας;

2.3. Μεθοδολογία της συστηματικής ανασκόπησης

Σε τρεις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (Medline, Cinahl and Health Source: nursing/academic edition) αναζητήθηκε ο όρος «knowledge management» για μια περίοδο περίπου δέκα ετών (από 1/1/2004 έως 25/11/2014). Επιλέχθηκαν οι συγκεκριμένες βάσεις δεδομένων καθώς εστιάζουν στη φροντίδα υγείας. Όλα τα άρθρα αξιολογήθηκαν ανεξάρτητα από δύο κριτές. Τα κριτήρια εισαγωγής ήταν:

1. Δημοσιεύσεις στην αγγλική γλώσσα σε περιοδικά που η επιλογή γίνεται από κριτές
2. Πρωτογενείς έρευνες
3. Οι συμμετέχοντες να είναι εργαζόμενοι σε μονάδες υγείας
4. Χρήση ποιοτικής, ποσοτικής ή μεικτής μεθοδολογίας
5. Τα άρθρα να εστιάζουν στη βελτίωση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας
6. Να απαντούν στα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν

2.3.1. Κριτική αξιολόγηση

Όλα τα άρθρα που εκπλήρωσαν τα κριτήρια εισαγωγής αξιολογήθηκαν για τη μεθοδολογική τους επάρκεια με τη λίστα ελέγχου κριτικής αξιολόγησης Joanna Briggs Institute Qualitative Assessment and Review Instrument - JBI QARI (Joanna Briggs Institute, 2003). Η συγκεκριμένη λίστα ελέγχου αποτελείται από δέκα ερωτήσεις που αφορούν σε κριτήρια που πρέπει να πληρούν μελέτες ποιοτικής προσέγγισης. Για παράδειγμα η τέταρτη ερώτηση αναφέρει: «Υπάρχει συνάφεια μεταξύ της ερευνητικής μεθοδολογίας και της παρουσίασης και ανάλυσης των δεδομένων;» Οι πιθανές απαντήσεις είναι ναι, όχι, ασαφές και δεν εφαρμόζεται. Ο αξιολογητής κρίνει τέλος αν τηρήθηκαν οι προϋποθέσεις της μεθοδολογικής ποιότητας και εξηγεί εάν απέκλεισε κάποιο άρθρο και για ποιο λόγο. Στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση, δεν αποκλείστηκε κάποιο άρθρο από αυτή τη διαδικασία.

Η εν λόγω λίστα αξιολόγησης εστιάζει σε πιθανά σφάλματα και διερευνά τη συνάφεια μεταξύ της ερευνητικής μεθοδολογίας και την προοπτική, τους στόχους, τις μεθόδους συλλογής των δεδομένων, την εκπροσώπηση και την ανάλυση των δεδομένων όπως επίσης και την ερμηνεία των αποτελεσμάτων (Pearson et al, 2007) (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α).

2.3.2. Σύνθεση των δεδομένων

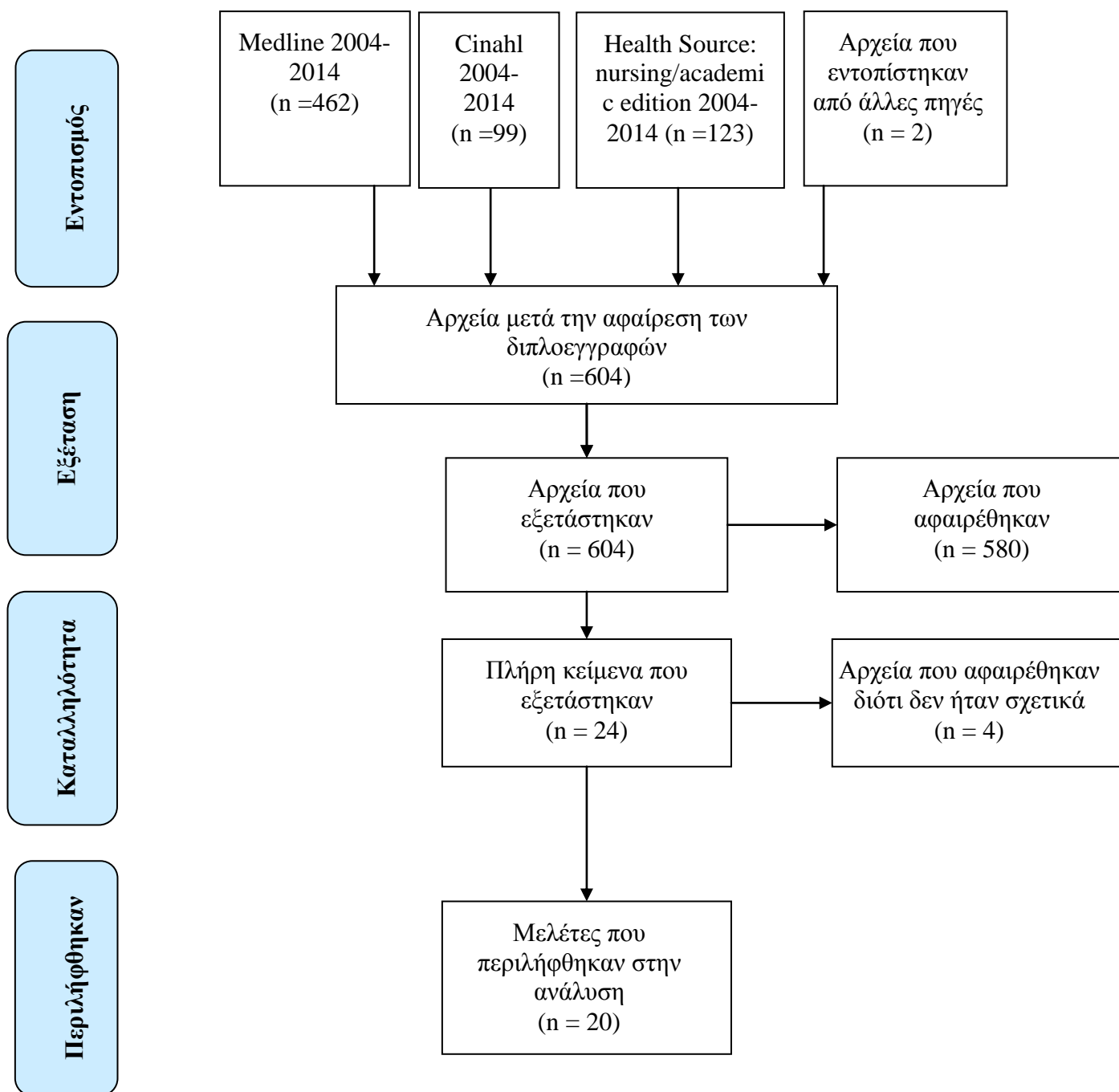
Για τη σύνθεση των δεδομένων από τις επιλεγμένες μελέτες, διενεργήθηκε ποιοτική ανάλυση περιεχομένου, η οποία είναι «μια ερευνητική τεχνική δημιουργίας αναπαραγωγίσιμων και έγκυρων συμπερασμάτων από κείμενα (ή άλλα σημαντικά πράγματα) στα πλαίσια της χρησιμότητάς τους» (Kirppendorff, 2004). Προκειμένου να υποστηρίξει έγκυρα και αξιόπιστα συμπεράσματα, η μεθοδολογία ακολουθεί συγκεκριμένη διαδικασία. Στην παρούσα εργασία υιοθετήθηκε η διαδικασία των οκτώ βημάτων των Zhang & Wildemuth (2009). Τα βήματα είναι:

1. Προετοιμασία των δεδομένων: όλα τα αρχεία .pdf μετατράπηκαν και ενοποιήθηκαν σε ένα μοναδικό αρχείο .doc
2. Ορισμός των σημασιολογικών μονάδων ανάλυσης: οι ερευνητές συμφώνησαν ότι σημασιολογικές μονάδες ανάλυσης θα είναι προτάσεις και παράγραφοι που εκφράζουν ιδέες σχετικές με το υπό μελέτη θέμα
3. Ανάπτυξη κατηγοριών και σχήματος κωδικοποίησης: σε αυτό το σημείο χρησιμοποιήθηκε τόσο επαγωγικός όσο και απαγωγικός συλλογισμός, που σημαίνει η μετακίνηση από το ειδικό στο γενικό και το ανάποδο
4. Έλεγχος του σχήματος κωδικοποίησης σε ένα δείγμα δεδομένων, συζήτηση των κανόνων κωδικοποίησης και προσαρμογές
5. Ολοκλήρωση της κωδικοποίησης
6. Εκτίμηση της συνοχής της κωδικοποίησης μέσα από την επανάληψη και την ανταλλαγή δεδομένων
7. Εξαγωγή συμπερασμάτων από τα κωδικοποιημένα δεδομένα: για τη διευκόλυνση της διαδικασίας οι σημασιολογικές μονάδες μεταφέρθηκαν σε ένα αρχείο .xls και χωρίστηκαν σε διαφορετικά φύλλα εργασίας ανάλογα με την κατηγορία
8. Παρουσίαση των αποτελεσμάτων

2.4. Αποτελέσματα της συστηματικής ανασκόπησης

Από την ερευνητική διαδικασία βρέθηκαν 602 αποτελέσματα από τα οποία: 138 ήταν γενικά άρθρα για τη ΔτΓ, 340 δεν εστίαζαν στη ΔτΓ, 106 αφορούσαν σε παρουσιάσεις έργων και 18 άρθρα ήταν κατάλληλα για ανάλυση. Στη συνέχεια προστέθηκαν δύο ακόμη άρθρα από τις βιβλιογραφικές αναφορές και έτσι το σύνολο των

άρθρων προς ανάλυση ήταν είκοσι. Το διάγραμμα ροής του ιστορικού αναζήτησης παρουσιάζεται στο σχήμα 6.



Σχήμα 6. Διάγραμμα ροής στρατηγικής αναζήτησης της συστηματικής ανασκόπησης

Τα άρθρα προέρχονται από εννέα χώρες (ΗΠΑ - 5, Ηνωμένο Βασίλειο- 4, Καναδάς - 4, Νότια Κορέα - 2, Ταιβάν - 2, Αυστραλία - 1, Ισπανία - 1, Σενεγάλη - 1, Ολλανδία - 1). Οι περισσότερες μελέτες (n = 13) είχαν ποιοτική προσέγγιση, πέντε είχαν ποσοτική και δύο χρησιμοποιούσαν μεικτή μεθοδολογία. Το συνολικό δείγμα είναι 2155 άτομα. Ο πίνακας 1 συνοψίζει τα κυριότερα σημεία των επιλεγμένων άρθρων.

Πίνακας 1. Κυριότερα σημεία των άρθρων της συστηματικής ανασκόπησης

A/A	ΑΡΘΡΟ	ΧΩΡΑ	ΜΕΘΟΔΟΣ	ΔΕΙΓΜΑ	ΚΥΡΙΟΤΕΡΑ ΣΗΜΕΙΑ
1	Lee & Hong, (2014)	Νότια Κορέα	Ποσοτική ερωτηματολόγιο	192 νοσηλευτές από τρεις μεγάλους Οργανισμούς υγείας	Οι παράγοντες που επηρεάζουν την πρόθεση και τη συμπεριφορά των εργαζομένων για ανταλλαγή γνώσεων στα νοσοκομεία είναι η αμοιβαιότητα, ο έλεγχος της συμπεριφοράς, και η εμπιστοσύνη
2	Yun, (2013)	Νότια Κορέα	Ποσοτική ερωτηματολόγιο	245 νοσηλευτές από πέντε νοσοκομεία στη Σεούλ	Οι δεξιότητες πληροφορικής είναι ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει τη στάση απέναντι στη χρήση εργαλείων ΔτΓ
3	Liu et al. (2012)	Ταϊβάν	Ποσοτική ερωτηματολόγιο	212 διοικητικοί υπάλληλοι σε ιατρικό κέντρο	Η επιρροή ενός κλίματος ομαδικότητας, καινοτομίας και αλτρουιστικής συμπεριφοράς επηρεάζει τη συμπεριφορά διαμοιρασμού της γνώσης
4	Ash et al. (2012)	ΗΠΑ	Ποιοτική, Μοντέλο πολλαπλών προοπτικών	82 άτομα που αντιπροσωπεύουν κλινικές, τεχνικές και διοικητικές ειδικότητες	Διάφορα θέματα σχετίζονται με την Κλινική Υποστήριξης Αποφάσεων και τη ΔτΓ: η ροή εργασιών, τα δεδομένα, η αλληλεπίδραση χρήστη – υπολογιστή, ο ρόλος των ειδικών, η επικοινωνία, εκπαίδευση και υποστήριξη.
5	Nembhard (2012)	ΗΠΑ	Ποσοτική Έρευνα σε οργανωσιακές ομάδες	52 ομάδες με 217 μέλη από 4 δομές υγείας	Οι συνεργατικές ομάδες που χρησιμοποιούν ενδοϋπηρεσιακές δραστηριότητες μάθησης βελτιώνουν την απόδοση του φορέα

6	Peirson et al. (2012)	Καναδάς	Ποιοτική Συνεντεύξεις, ομάδες εστιασμένης συζήτησης και επισκόπηση εγγράφων	2 σετ ημιδομημένων συνεντεύξεων και ομάδων εστιασμένης συζήτησης (n=27) με 70 εργαζόμενους, επισκόπηση 137 εγγράφων	Μεταξύ των παραγόντων για τη δημιουργία λήψης αποφάσεων βασισμένη σε τεκμήρια είναι και οι στρατηγικές ΔτΓ
7	Sylla et al. (2012)	Σενεγάλη	Ποιοτική	75 βασικοί πληροφοριοδότες και μέλη δύο ομάδων εστιασμένης συζήτησης	Η συνολική στρατηγική ΔτΓ για τον τομέα της υγείας περιλαμβάνει την ανάγκη για στρατηγικές ενδυνάμωσης και υποστήριξης του ρόλου της γνώσης των συντονιστών
8	Williams (2012)	Ηνωμένο Βασίλειο	Ποιοτική	25 διοικητικά στελέχη και ιατροί	Η εμπιστοσύνη και η δημιουργία διαπροσωπικών σχέσεων είναι σημαντικές για την ανταλλαγή άρρητης γνώσης
9	Gerrish et al. (2011)	Ηνωμένο Βασίλειο	Ποιοτική Πολλαπλή εργαλειακή μελέτη περίπτωσης	23 ανώτερων σπουδών νοσηλευτές που εργάζονται σε νοσοκομεία και μονάδες ΠΦΥ	Η ΔτΓ περιλαμβάνει διαφόρων ειδών τεκμήρια, που δρουν ως αποθετήρια για τους κλινικούς νοσηλευτές, για να τα συνθέσουν, ερμηνεύσουν και να τα αξιολογήσουν από διαφορετικές πηγές, από επίσημα ή ανεπίσημα μέσα
10	Chang et al. (2011)	Ταϊβάν	Μεικτή Συνεντεύξεις και ερωτηματολόγιο	Συνεντεύξεις σε 3 άτομα που σχεδιάζουν πολιτικές υγείας και 154 συμμετέχοντες στην ποσοτική έρευνα	Η ΔτΓ τονίζεται ως ένα ισχυρό και θετικό στοιχείο, το οποίο προβλέπει την καλή απόδοση σε έναν Οργανισμό.

11	Quinlan (2009)	Καναδάς	Ποιοτική Εθνογραφία	Παρακολουθήθηκε η εργασία τριών νεοπροσλαμβανόμενων επαγγελματιών υγείας που εκπλήρωναν τα κλινικά τους καθήκοντα	Οι ομαδικές ανταλλαγές διαλόγων διευκολύνουν τη μεταφορά της άρρητης γνώσης και δίνουν επικοινωνιακό χώρο για νέα γνώση
12	Orzano et al. (2008A)	ΗΠΑ	Ποσοτική Συγχρονική ανάλυση	13 δομές υγείας στις οποίες απάντησαν τουλάχιστον 60% των εργαζόμενων σε σχετικό ερωτηματολόγιο	Πρακτικές με μεγαλύτερη συμμετοχή των εργαζομένων στη λήψη αποφάσεων και αποτελεσματική επικοινωνία έχουν αυξημένες πιθανότητες ικανοποιητικής ΔτΓ
13	Orzano et al. (2008B)	ΗΠΑ	Ποιοτική Συνεντεύξεις και κλινικές συναντήσεις	Δύο δομές υγείας με υψηλές και δύο με χαμηλές αποδόσεις	Η κατανόηση των προτύπων αλληλεπίδρασης των σχέσεων εργασίας και της ΔτΓ μπορεί να εξηγήσει γιατί μερικές παρεμβάσεις έχουν ανάμεικτα αποτελέσματα και περιορισμένη βιωσιμότητα.
14	Sánchez- Polo & Cegarra- Navarro (2008)	Ισπανία	Ποιοτική	Συνεδρίες συνεντεύξεων δύο ημερών. Χωρίστηκαν σε 3 κατηγορίες ομάδων, νοσηλευτών, ιατρών, ηγετών	Η διοίκηση πρέπει να προσφέρει απτά οφέλη σε αυτούς που καλλιεργούν κλίμα και συμπεριφορές αποτελεσματικής μετάδοσης της γνώσης
15	Armstrong et al. (2007)	Αυστραλία	Ποιοτική I. Ανάλυση εγγράφων II. Επικοινωνίες με	47 κρατικοί λειτουργοί, συγγραφείς τεκμηριωμένων πρακτικών και επαγγελματίες	Πόροι ενεργούν ως μέσα για αλλαγή, μόνο όταν συνδέονται με τη ΔτΓ που περιλαμβάνει την εμπλοκή επαγγελματία. Οι μεσίτες της γνώσης

			ενδιαφερόμενους (συμβουλευτική, συνεντεύξεις και ομάδες εστιασμένης συζήτησης) III. Ανασκόπησης πηγών βασισμένων σε τεκμήρια για την προαγωγή υγείας		συμβάλλουν στον εντοπισμό και μετατροπή των τεκμηρίων σε πρακτική.
16	Kümpers et al. (2006)	Αγγλία και Ολλανδία	Ποιοτική Ημιδομημένες σε βάθος συνεντεύξεις	19 ιατροί, 20 επαγγελματίες άλλων ειδικοτήτων, 20 διοικητικοί, 12 διευθυντές, 20 φροντιστές	Η επαγγελματική και οργανωσιακή κουλτούρα και η διαθεσιμότητα των πόρων είναι σημαντικές επιρροές στα κίνητρα και την εκτιμώμενη δυνατότητα συμμετοχής στη μεταφορά γνώσεων.
17	De Lusignan et al. (2005)	Ηνωμένο Βασίλειο	Ποιοτική, Ατομικές και ομαδικές συνεντεύξεις	18 υψηλά στελέχη και 17 συνεντεύξεις με 22 άτομα	Χρειάζονται στρατηγικές ΔτΓ στην ΠΦΥ. Το μεγαλύτερο κενό στην τρέχουσα γνώση είναι πώς να γίνει αξιολόγηση των αναγκών και βελτιώσεις ποιότητας μέσα από τα στοιχεία που συλλέγονται
18	Ghosh & Scott (2005)	ΗΠΑ	Ποιοτική Γραπτές διηγήσεις	3 νοσηλευτές (προϊστάμενος, εκπαιδευτής, διευθυντής), ένας υπεύθυνος προσωπικού και ένα διοικητικό στέλεχος	Η φροντίδα υγείας χρειάζεται προσωπική προσέγγιση εστιάζοντας στην αναγνώριση προβλημάτων με τη χρήση διαδραστικών ιστότοπων γνώσης.
19	Lahaie (2005)	Καναδάς	Ποιοτική Εθνογραφικές	12 στελέχη από 4 μονάδες υγείας	Οι απαιτούμενες διοικητικές ικανότητες κρίνονται ανεπαρκείς να ελαχιστοποιήσουν την αρνητική

			συνεντεύξεις		επίδραση της απώλειας συλλογικής μνήμης από την αποχώρηση ενός έμπειρου στελέχους και έτσι χρειάζεται ΔτΓ.
20	Dobbins et al. (2004)	Καναδάς	Ποιοτική Ομάδες εστιασμένης συζήτησης	9 ομάδες από 5-7 συμμετέχοντες (n = 46), ιατρικό προσωπικό, διοικητικά στελέχη και άτομα που χαράσσουν πολιτικές υγείας	Οι συμμετέχοντες θα ήθελαν να λάβουν εξατομικευμένες ενημερώσεις στον τομέα που τους ενδιαφέρει. Υπάρχουν ευκαιρίες ΔτΓ για διαρκή επαγγελματική κατάρτιση και επιμόρφωση.

Τα κύρια ευρήματα από τις 20 μελέτες ομαδοποιήθηκαν σε επτά κατηγορίες: πεποιθήσεις για τη ΔτΓ, σύνθεση, διάχυση, συνεργασία, μέσα διαχείρισης της γνώσης, ηγεσία και εμπόδια.

Πεποιθήσεις για τη διαχείριση της γνώσης

Τα άτομα που εργάζονται σε Μονάδες Φροντίδας Υγείας προέρχονται από διαφορετικά επιστημονικά πεδία και επιστημονικά υπόβαθρα και πρέπει να συνεργάζονται για να παρέχουν υπηρεσίες υγείας. Θέματα ασφάλειας, ανωνυμίας, πρόληψης σφαλμάτων κατά την πρακτική και βελτίωση των εκροών υγείας αποτελούν ειδικά αντικείμενα των νοσοκομείων και των άλλων μονάδων φροντίδας υγείας. Έτσι, παρόλο που η ΔτΓ μπορεί να έχει ομοιότητες ανάμεσα σε Οργανισμούς με διαφορετικό προσανατολισμό, υπάρχουν ακόμη ορισμένα χαρακτηριστικά και στόχοι που είναι μοναδικοί στις μονάδες φροντίδας υγείας.

Μια πεποίθηση για τη ΔτΓ που αποτυπώνεται στα επιλεγμένα άρθρα είναι ότι η ΔτΓ σχετίζεται το ήθος των εργαζομένων στα νοσοκομεία (Chang et al, 2011). Επίσης, υποστηρίζεται ότι γεφυρώνει το χάσμα που δημιουργείται από την αντικατάσταση ενός έμπειρου επαγγελματία υγείας με έναν άπειρο. Ο χρόνος μετάβασης παρέχει την ευκαιρία για μεταφορά σημαντικής γνώσης και οργανωσιακής μνήμης (Lahaie, 2005). Η ΔτΓ περιλαμβάνει τη διαδικασία ανάπτυξης και ερμηνείας γνωσιακών στοιχείων προκειμένου να τα καταστήσει διαθέσιμα για τους χρήστες. Επιπρόσθετα, περιλαμβάνει την απόκτηση, τον εντοπισμό, την αξιολόγηση και τη διατήρηση της γνώσης (Ash et al, 2012). Φάνηκε ότι προτιμάται μια ευρεία προσέγγιση της ΔτΓ, ενώ οι στρατηγικές μάθησης είναι ύψιστης σημασίας για να επιτευχθούν στόχοι βελτίωσης της ποιότητας (De Lusignan et al, 2005).

Σύνθεση Γνώσης

Κάθε εργασιακό περιβάλλον είναι μοναδικό. Ακόμη και αν η ρητή γνώση είναι βασική για την παροχή φροντίδας υγείας, θα πρέπει να συνδυάζεται με τις τοπικές συνθήκες όπως η επιδημιολογία, οι συνήθειες, οι καιρικές συνθήκες και άλλα. Έτσι, δημιουργείται νέα γνώση. Ο όρος *παραγωγή γνώσης* χρησιμοποιείται για να περιγράψει τις δράσεις για τη δημιουργία νέας γνώσης, δηλαδή τη μετατροπή της άρρητης γνώσης σε

ρητή. Στα υπό εξέταση άρθρα υπήρξαν διάφοροι όροι που περιέγραφαν αυτό το γεγονός όπως ανάπτυξη, δημιουργία, παραγωγή γνώσης.

Για τη σύνθεση της γνώσης, οι διαδικασίες θα πρέπει να συνδέονται ικανοποιητικά με την έρευνα, την πρακτική και τις πολιτικές με μια ουσιαστική διασύνδεση (Armstrong, 2007). Διάφορα είδη γνώσεων θα πρέπει να «συναρμολογούνται» για να παρουσιάσουν μια σύνθετη εικόνα της τεκμηριωμένης πρακτικής. Ο συνδυασμός των ενδείξεων από την έρευνα με τις επαγγελματικές γνώσεις των επιστημόνων της υγείας και τις μαρτυρίες των ασθενών θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για να υποστηρίξουν μια συγκεκριμένη πορεία δράσης (Gerrish, 2011). Φαίνεται ότι οι αλληλεπιδράσεις των επαγγελματικών υγείας και των ασθενών είναι εκκινητές της δημιουργίας γνώσης (Ghosh & Scott, 2005). Ένας νοσηλευτής παρουσίασε την ακόλουθη δράση για δημιουργία νέας γνώσης (Gerrish, 2011, σελ. 2011):

«Συμπλήρωσα μια κλινική έκθεση για το περιστατικό για να αυξήσω το προφίλ του κινδύνου, ώστε να δημιουργήσω ένα πλάνο δράσης προκειμένου να μειωθεί ο κίνδυνος για μελλοντικούς ασθενείς. Επισκέφθηκα την ομάδα στην κοινότητα για να συζητήσω τη σημασία τήρηση των οδηγιών»

Προφανώς, η ανάπτυξη της γνώσης στηρίζεται σε κοινωνικά εργαλεία. Η διατύπωση της άρρητης γνώσης εκδηλώνεται μέσω του συλλογικού προβληματισμού (Orzano et al, 2008A), των τυπικών ή άτυπων συναντήσεων (Orzano et al, 2008B) και της διαλογικής ανταλλαγής (Quinlan, 2009). Ταυτόχρονα, οι τεχνολογίες ηλεκτρονικής υγείας, όπως τα συστήματα υποστήριξης των αποφάσεων, οι ενεργοί κατάλογοι, και τα πόρταλ διευκολύνουν τη δυναμική αλληλεπίδραση ανάμεσα σε κλινικούς ιατρούς. Όλες αυτές οι διαδικασίες οδηγούν στη σύνθεση της γνώσης (Ghosh & Scott, 2005).

Διάχυση της γνώσης

Η γνώση διαδίδεται μέσω της διάχυσης και της συνεργασίας. Η γνώση είναι ένα άυλο περιουσιακό στοιχείο των επιχειρήσεων και Οργανισμών. Η δημιουργία της γνώσης είναι μια απαραίτητη, αλλά όχι επαρκής συνθήκη για να αυξήσει την αξία της. Θα πρέπει να διαχέεται στους εργαζόμενους και να καλλιεργείται διαρκώς. Η διάχυση περιλαμβάνει ισοδύναμες ή σχετικές λέξεις όπως διαμοιρασμός, μεταφορά, διάχυση και ανταλλαγή γνώσης.

Οι άνθρωποι είναι πρόθυμοι να μοιραστούν πληροφορίες, γνώσεις και εμπειρίες εφόσον έχουν κίνητρα. Οι Lee & Hong (2014) υποστηρίζουν ότι οι άνδρες και οι υψηλότερα μορφωμένοι επαγγελματίες έχουν πιο ισχυρή πρόθεση να μοιραστούν τη γνώση τους. Επιπρόσθετα, τα δίκτυα παίζουν κρίσιμο ρόλο στην ανταλλαγή γνώσης, και περιλαμβάνουν αλληλεπιδράσεις με άτομα ή ομάδες που σε διαφορετική περίπτωση δεν θα συνεργάζονταν όπως πάροχοι από το δημόσιο και ιδιωτικό τομέα (Sylla et al, 2012). Η διάχυση είναι βασικά μετατροπή άρρητης γνώσης σε ρητή, και αντικατοπτρίζεται σε διαμοιρασμό πρωτοκόλλων, ενιαίες διαδικασίες αξιολόγησης και συμβατά πληροφοριακά συστήματα (Williams, 2012). Σημειώνεται ότι οι επαγγελματίες υγείας προτιμούν ενεργές σε σύγκριση με τις παθητικές μορφές διάχυσης (Armstrong et al, 2007).

Συνεργασία

Τόσο η σύνθεση όσο και η διάχυση είναι ενέργειες που γίνονται από άτομα τα οποία αλληλεπιδρούν, ενώ η τεχνολογία υποβοηθά στην μεταφορά των πληροφοριών. Συνεπώς η συνεργασία είναι μια ακόμη βασική παράμετρος της ΔτΓ. Αυτό ήταν εμφανές από την ανάλυση της συστηματικής ανασκόπησης, καθώς αποτέλεσε θέμα σε δέκα από τα 20 επιλεγμένα άρθρα. Οι ενδοοργανωσιακές εκπαιδευτικές δραστηριότητες είναι θεμελιώδη στοιχεία ενός συνεργατικού μοντέλου. Το μοντέλο αυτό περιλαμβάνει δραστηριότητες όπως μηνιαία συνέδρια μέσω τηλεδιασκέψεων, συναντήσεις πρόσωπο με πρόσωπο, ανταλλαγή μηνιαίων αναφορών και ομαδικές αποστολές ηλεκτρονικών μηνυμάτων σε πολλούς παραλήπτες με πανομοιότυπα ενδιαφέροντα (Nembhard, 2012).

Ένας έμπειρος νοσηλεύτης / νοσηλεύτρια υποστήριξε για τη συνεργασία (Gerrish, 2011, σελ. 2008):

«Η δουλειά μου εμπλέκεται με το ιατρικό έργο, τη συνταγογράφηση και τη θεραπευτική συμβουλή. Μιλώ διεξοδικά για το τι μπορεί να γίνει λέγοντας 'Λοιπόν, εγώ θα ενεργούσα έτσι, εσείς πώς θα λειτουργούσατε σε μια τέτοια κατάσταση;' Η ανατροφοδότηση σου δίνει σιγουριά, ώστε την επόμενη φορά είσαι πιο σίγουρος τι να κάνεις, με την ανατροφοδότηση κερδίζεις γνώση»

Προφανώς, οι νοσηλευτές είναι απαραίτητο να συνεργάζονται με άλλους επαγγελματίες υγείας για να αποκτήσουν τη γνώση που χρειάζεται προκειμένου να αναγνωρίσουν και να επιλύσουν τις ανάγκες των ασθενών, αφού αποτελούν μια

επαγγελματική ομάδα που είναι υπεύθυνη για το πλάνο φροντίδας των ασθενών (Ghosh & Scott, 2005). Ένα πλεονέκτημα της συνεργασίας και της διεπιστημονικής εκπαίδευσης είναι η καλύτερη κατανόηση των αντίστοιχων ρόλων και πρακτικών. Εκτός από αυτό, η συνεργασία παρέχει *«τη συνέργια που οδηγεί σε μεγαλύτερο ενδεχόμενο καινοτομίας και μειώνει τις επαγγελματικές αντιζηλίες και την αίσθηση της μοναδικότητας»* (Williams, 2012, σελ. 556).

Μέσα εγκαθίδρυσης και διατήρησης στρατηγικών ΔτΓ

Για την εγκαθίδρυση και διατήρηση στρατηγικών ΔτΓ σε μια μονάδα υγείας, δύο παράγοντες είναι βασικοί: η δέσμευση της διοίκησης μέσα από αποτελεσματική ηγεσία και η παρουσία ποικίλων μέσων μετάδοσης της γνώσης.

Η μεταφορά της γνώσης εξαρτάται από τη βοήθεια της τεχνολογίας της πληροφορίας (Chang et al, 2011). Η τεχνολογία της πληροφορίας θα πρέπει να υποστηρίζει τις επαγγελματικές αλληλεπιδράσεις, και να συλλαμβάνει τη γνώση και τις καλές πρακτικές από την κλινική πρακτική. Έμφαση πρέπει να δοθεί σε μια όχι πολύ αυστηρή κωδικοποίηση γιατί τότε δεν θα μπορεί να υποστηρίξει την σιωπηρή οργανωσιακή γνώση που επικρατεί στις μονάδες (Ghosh & Scott, 2005). Η νοοτροπία *«άμα το δημιουργήσεις, θα το χρησιμοποιήσουν»* είναι λάθος, καθώς το προσωπικό θα χρησιμοποιήσει ένα σύστημα μόνο στην περίπτωση που οι προγραμματιστές οικοδομούν στην ευαισθητοποίηση, δίνουν προοπτικές και προσφέρουν επαρκή εκπαίδευση (Peirson et al, 2012). Εάν οι χρήστες συμμετέχουν στη δημιουργία των πληροφοριακών συστημάτων, τότε αυξάνονται οι πιθανότητες αξιοποίησης του προγράμματος. Ένα παράδειγμα αξιοποίησης της τεχνολογίας είναι η δημιουργία μιας ιστοσελίδας τύπου «wiki» ή κάτι παρόμοιο, στο οποίο οι χρήστες μπορούν να επεξεργάζονται ή να προσθέτουν περιεχόμενο. Με αυτόν τον τρόπο παρέχονται τρόποι διαμοιρασμού και μεταφοράς της γνώσης σε διάφορα τμήματα, μειώνοντας το κόστος.

Πλέον η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας προτιμούν τις ηλεκτρονικές μορφές πληροφοριών από τα αρχεία σε χαρτί (Dobbins et al, 2004). Παρόλα αυτά, υπάρχουν κάποια άλλα σημαντικά μέσα μεταφοράς της γνώσης εκτός από τα ηλεκτρονικά, όπως τα διαγράμματα. Ένας εκπαιδευτής νοσηλευτών ανέφερε (Ghosh & Scott, 2005, σελ. 164):

«Συχνά βρίσκω πράγματα στα διαγράμματα και στη μελέτη των περιστατικών που μπορώ να χρησιμοποιήσω για να δημιουργήσω νοσηλευτικά δελτία για να προωθήσω καλές πρακτικές»

Άλλες πηγές γνώσης αποτελούν εγχειρίδια, λίστες ελέγχου, ενημερώσεις, αναφορές συνεδρίων, newsletters, πόστερ (Sylla et al, 2012), έγγραφα πολιτικής μεταρρύθμισης για την υγεία, αναφορές για τις υπηρεσίες υγείας και άλλα κανονιστικά έγγραφα (Quinlan, 2009). Πιο θετική στάση απέναντι στη διαχείριση της γνώσης υπάρχει σε περιβάλλοντα με πιο ομαδική κουλτούρα, συγκριτικά με αυτά στα οποία η ιεραρχία υπερτερεί (Yun, 2013).

Ο ρόλος της ηγεσίας

Η ηγεσία προωθεί το όραμα της ανάπτυξης και της επιτυχίας σε έναν Οργανισμό. Ως εκ τούτου, θα πρέπει να υποστηρίζει την εφαρμογή της ΔτΓ. Οι πρακτικές και η συμπεριφορά των ηγετών αποτελούν κρίσιμο παράγοντα για την επιτυχία του διαμοιρασμού της γνώσης (Liu et al, 2012). Οι προϊστάμενοι θα πρέπει να ενθαρρύνουν μια κουλτούρα αναζήτησης και επίλυσης των προβλημάτων στις μονάδες υγείας (Sánchez-Polo & Cegarra-Navarro, 2008), και να ενισχύουν το πνεύμα της διαρκούς μάθησης (Chang et al, 2011). Οι Οργανισμοί οφείλουν να δίνουν προσοχή στην αξιολόγηση της ροής των εργασιών πριν από οποιαδήποτε παρέμβαση (Ash et al, 2012), να δημιουργούν ομαλά κανάλια επικοινωνίας, ώστε οι υφιστάμενοι να μοιράζονται τη γνώση και την εμπειρία τους (Chang et al, 2011) και να περιορίζουν τη δυσπιστία (Kümpers et al, 2006). Παρόλα αυτά, ορισμένοι επαγγελματίες υγείας αισθάνονται ότι έχουν γίνει πολύ λίγα βήματα στους Οργανισμούς για να διατηρήσουν τη συλλογική μνήμη και να διαχειριστούν την άρρητη γνώση των μελών τους (Lahaie, 2005).

Οι ηγέτες παρακινούν τους εργαζόμενους να αγκαλιάσουν τη ΔτΓ. Στη μελέτη των Sánchez-Polo & Cegarra-Navarro (2008), οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι ο διαμοιρασμός της γνώσης με σκοπό τη βελτίωση των υπηρεσιών προς τους ασθενείς θα έπρεπε να φέρνει απτά οφέλη. Ένα ακόμη κίνητρο θα μπορούσε να είναι ο ανταγωνισμός στον τομέα της φροντίδας υγείας. Ένας συνεντευξιαζόμενος είπε (Ash et al, 2012, σελ. 17):

«Νομίζω ότι βασικός υποκινητής, χωρίς να αποτελεί έκπληξη, είναι η αναγνώριση ότι έχουμε την ανάγκη να διαχωριστούμε σαν Οργανισμός σε σύγκριση με τους ανταγωνιστές μας σε θέματα ασφάλειας και ποιότητας».

Ανάμεσα στο προσωπικό που εργάζεται στους Οργανισμούς, υπάρχουν άτομα που είναι πρόθυμα να μοιραστούν τη γνώση τους με τους άλλους. Αυτοί ονομάζονται «μεσίτες της γνώσης». Παρέχουν το απαραίτητο ανθρώπινο στοιχείο στην αλληλεπίδραση, επικοινωνία, καθοδήγηση και τις δεξιότητες για το διαμοιρασμό της γνώσης που είναι απαραίτητο για τη μεταφορά της γνώσης (Armstrong et al, 2007). Με άλλα λόγια, γεφυρώνουν το χάσμα από τη θεωρία στην πράξη (Gerrish et al, 2011). Οι ηγέτες θα πρέπει να εντοπίζουν τους μεσίτες της γνώσης στις μονάδες υγείας και να υποστηρίζουν την προσπάθειά τους.

Εμπόδια

Η αποκάλυψη των εμποδίων της ΔτΓ είναι το πρώτο βήμα για να προσπεραστούν. Ένα σημαντικό πρόβλημα για την εφαρμογή στρατηγικών ΔτΓ στις μονάδες υγείας είναι ο περιορισμένος χρόνος. Ιθύνοντες των πολιτικών δημόσιας υγείας ανέφεραν (Dobbins et al, 2004, σελ. 123):

«Αλήθεια, δεν διαβάζω πλέον βιβλία και άρθρα. Δεν υπάρχει πλέον χρόνος γι' αυτό...είναι θέμα χρόνου»

Το ίδιο επιχείρημα υποστήριξε και ένας επαγγελματίας ψυχικής υγείας (Kümpers et al, 2006, σελ. 161):

«Δεν έχω πρόβλημα ποτέ και πουθενά να πάω σε κάποιον και να του εξηγήσω τις βασικές αρχές της φροντίδας στην άνοια και τι προσπαθούμε να κάνουμε. Το μόνο πρόβλημα που έχω είναι ο χρόνος, και τι αναμένεται από εμένα να κάνω ως υπεύθυνος τμήματος συν τις υπόλοιπες αρμοδιότητες που έχω».

Αμφισβητείται επίσης η ποσότητα και η ποιότητα των πληροφοριών. Κάποιες φορές αυτές είναι ακριβείς και επαρκείς (De Lusignan et al, 2005), ενώ κάποιες άλλες υπάρχουν υπερβολικά πολλές πληροφορίες. Τα άτομα που λαμβάνουν αποφάσεις αναφέρουν ότι δυσκολεύονται από την προσπάθεια να αφομοιώσουν τις λαμβανόμενες πληροφορίες (Dobbins et al, 2004, σελ. 125):

«Σου στέλνονται τόσες πληροφορίες και οι περισσότεροι από εμάς φτάνουμε σε τέλμα από το περιεχόμενο των εισερχομένων ηλεκτρονικών μηνυμάτων. Για μένα, η διαχείριση της πληροφορίας εξελίσσεται σταδιακά σε προβληματική».

Άλλα συχνά εμπόδια της ΔτΓ σχετίζονται με τη ροή, όπως καθυστερήσεις στην παραλαβή των πληροφοριών και η ύπαρξη ή μη χρησιμότητας στις πληροφορίες που

διαμοιράζονται. Μπορεί δηλαδή να υπάρχει χαμηλή συνάφεια στις διαθέσιμες πληροφορίες σε τεχνικό επίπεδο, στην ποσότητα ή στην εξάρτηση από τα έντυπα αρχεία (Sylla et al, 2012). Επιπρόσθετα, υφίσταται ορισμένες φορές έλλειψη δεξιοτήτων από τους επαγγελματίες υγείας πώς να χρησιμοποιήσουν τις ενδείξεις στην πρακτική. Επιπροσθέτως, υπάρχουν δυσκολίες στη μετάφραση της τεχνικής ή ακαδημαϊκής γλώσσας για τους λιγότερο ειδικούς (Armstrong et al, 2007).

2.5. Συζήτηση από τα αποτελέσματα της συστηματικής ανασκόπησης

Σε αυτή τη συστηματική ανασκόπηση, αναλύθηκαν και συνδυάστηκαν τα ευρήματα από 20 πρωτογενείς μελέτες που επιλέχθηκαν με συστηματικό τρόπο, με σκοπό την αναγνώριση των κυριότερων στοιχείων της ΔτΓ στις μονάδες υγείας. Η δευτερογενής αυτή έρευνα είχε ακόμη ως στόχο να αξιοποιήσει τα στοιχεία αυτά για τη δημιουργία πρωτότυπου ερωτηματολογίου για την περαιτέρω διερεύνηση του θέματος. Η πλειοψηφία των άρθρων είχε ποιοτική προσέγγιση, ενώ και η φύση της παρούσας ανάλυσης (ποιοτική ανάλυση περιεχομένου) ήταν επίσης ποιοτική.

Στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση ακολουθήθηκε ένας παραγωγικός συλλογισμός ερευνητικής σκέψης, καθώς βοηθά να επιβεβαιωθούν ή να αμφισβητηθούν υποθέσεις που προκύπτουν από προδιατυπωμένες θεωρίες, οι οποίες πιθανά δεν έχουν διερευνηθεί επαρκώς. Η ποιοτική ανάλυση περιεχομένου βασίζεται σε μια επαγωγική συλλογιστική, ξεκινώντας από την παρατήρηση εμπειρικών περιπτώσεων για να δημιουργήσει τη θεωρία μέσα από την ανακάλυψη κοινών κατηγοριών και ομαδοποιήσεων των δεδομένων (Hsieh & Shannon, 2005). Η ερευνητική αυτή μεθοδολογία χρησιμοποιείται όταν δεν υπάρχει αρκετή γνώση για ένα θέμα ή αν η γνώση είναι αποσπασματική, (Elo & Kynge, 2007). Ταυτόχρονα, στην ανάλυση χρησιμοποιήθηκε παραγωγικός λογισμός, ο οποίος επιτρέπει στους ερευνητές να δημιουργήσουν ιδέες (Thorne, 2000). Μέσα από την ποιοτική ανάλυση περιεχομένου (Patton, 2002, Berg, 2001), επιχειρείται να εξελιχθεί η θεωρία με τη δημιουργία ενός νέου ερωτηματολογίου για τη διερεύνηση της ΔτΓ αξιοποιώντας στη συνέχεια πιο εξελιγμένα στατιστικά μοντέλα, όπως το μοντέλο δομικών εξισώσεων.

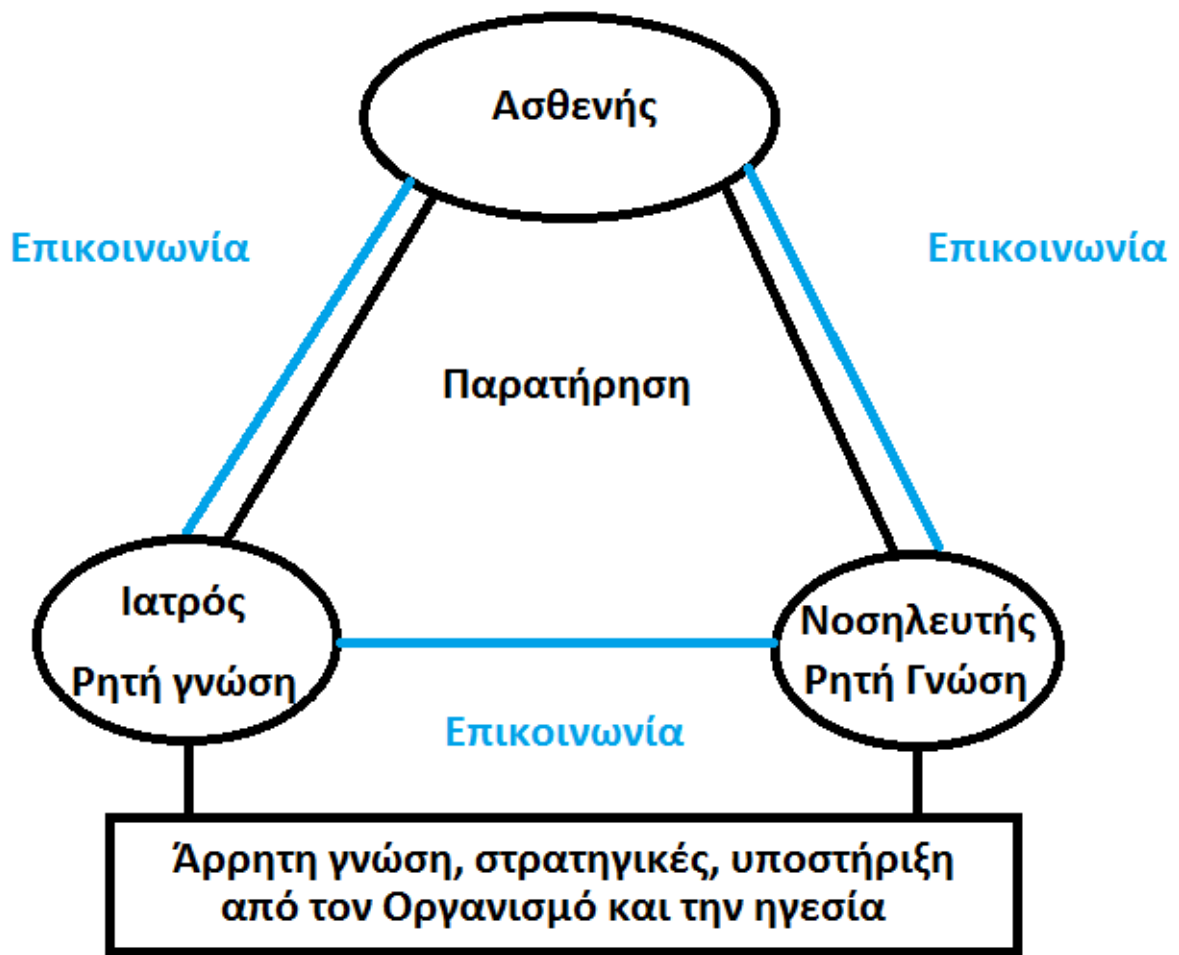
Η συστηματική ανασκόπηση αντιπροσωπεύει τις απόψεις εργαζομένων από εννέα διαφορετικές χώρες. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό, καθώς η εκάστοτε οργανωσιακή

κουλτούρα, επηρεάζει την πρόθεση των εργαζομένων να διαμοιραστούν τη γνώση (Supriah & Sandhu, 2011).

Η ανάλυση ανέδειξε διάφορες ιδέες για την εφαρμογή εργαλείων της τεχνολογίας της πληροφορίας στη διαχείριση της γνώσης, όπως τα υποστηρικτικά συστήματα λήψης αποφάσεων, ιστοσελίδες, ηλεκτρονικές βιβλιοθήκες και άλλα ενδοοργανωσιακά πληροφοριακά συστήματα. Βέλτιστες ποιοτικά νοσηλευτικές και ιατρικές πληροφορίες, χωρίς περιττά και ακατανόητα στοιχεία θα πρέπει να βρίσκονται στη διάθεση των επαγγελματιών υγείας, των οποίων ο χρόνος είναι περιορισμένος. Όπως ανέφερε ως McDermott (1999): «*Η τεχνολογία της πληροφορίας εμπνέει, αλλά δεν μπορεί να παρέχει τη διαχείριση της γνώσης*», γιατί η γνώση είναι μια ανθρώπινη δραστηριότητα. Είναι η απόσταξη της γνώσης και δημιουργείται σε πραγματικό χρόνο.

Αναγνωρίστηκαν ακόμη χρήσιμες διαπροσωπικές στρατηγικές ΔτΓ για τη σύλληψη και το διαμοιρασμό της γνώσης, όπως ομαδικές εκπαιδευτικές συνεδρίες, εργαστήρια και συναντήσεις. Αυτά τα στοιχεία έρχονται σε συμφωνία με αντίστοιχους μηχανισμούς από το γενικότερο επιχειρηματικό τομέα (Kothari et al, 2011). Επιπροσθέτως, ανιχνεύθηκε ένα ειδικό τρίγωνο ανάμεσα στον ιατρό, το νοσηλευτή και τον ασθενή. Τα δεδομένα που σημειώθηκαν από έναν έμπειρο ή προσεκτικό επαγγελματία μέσα από την παρατήρηση και την επικοινωνία με τον ασθενή πρέπει να συζητούνται και να αποτυπώνονται και μαζί με την άρρητη γνώση να δημιουργούν κάτι νέο (Σχήμα 7). Για το λόγο αυτό η ΔτΓ στις μονάδες υγείας πρέπει να έχει ως επίκεντρο τον ασθενή και όχι τις πληροφορίες. Αυτός ο συλλογισμός συμφωνεί με προηγούμενη δημοσίευση για τους χρόνιους ασθενείς (Winkelman & Choo, 2003).

Επιπροσθέτως, τα αποτελέσματα της συστηματικής ανασκόπησης συμφωνούν με την αντίληψη ότι οι Οργανισμοί φροντίδας υγείας προσφέρουν πολλαπλές ευκαιρίες για εκπαίδευση από την επιστήμη, τα αποτελέσματα της δουλειάς τους, τους συναδέλφους ίδιας ή διαφορετικής ειδικότητας, τους ασθενείς και το κοινωνικό περιβάλλον (Walburg, 2006).



Σχήμα 7. Το τρίγωνο της δημιουργίας γνώσης στις μονάδες υγείας

Άλλες μελέτες έχουν επίσης παλαιότερα αναδείξει τον ενδυναμωτικό ρόλο της ηγεσίας στη ΔτΓ. Η δημιουργία και διάχυση της γνώσης δύσκολα συμβαίνουν αυθόρμητα σε ομάδες, ενώ οι ηγέτες παρέχουν ουσιαστική ώθηση με την κατάλληλη καθοδήγηση και έμπνευση (Srivastava et al, 2006). Οι διαμορφωτές της κοινής γνώμης παίζουν επίσης βασικό ρόλο, αφού θεωρούνται εξουσιαστικές προσωπικότητες που ορίζουν ποιες πληροφορίες είναι χρήσιμες και ακριβείς και ποιες άχρηστες (Van de Walle & Van Dooren, 2010). Ειδικά στη φροντίδα υγείας, οι μάνατζερ θα πρέπει να ηγούνται με το παράδειγμά τους και να επενδύουν στα άτομα που υιοθετούν πρώτα τα εργαλεία της ΔτΓ και άλλες καινοτομίες (Berwick, 2003).

Ως αποτέλεσμα αυτής της συστηματικής ανασκόπησης, υποστηρίζεται ότι έξι είναι τα βασικά συστατικά της ΔτΓ: οι πεποιθήσεις για τη ΔτΓ, η σύνθεση, η διάχυση, η συνεργασία, τα μέσα μετάδοσης της γνώσης, η ηγεσία. Στον επιχειρηματικό τομέα ο Birkinshaw (2001) περιγράφει τρία στοιχεία της ΔτΓ: τη βελτίωση της ροής των

πληροφοριών στα άτομα, την ανάπτυξη συστημάτων για κωδικοποίηση και διαμοιρασμό της γνώσης μέσα στην εταιρεία, και την αξιοποίηση της γνώσης από πηγές έξω από την εταιρεία. Από την άλλη, οι Hoegl et al (2003) συνδέουν την έρευνά τους με τρία βασικά στοιχεία στη ΔτΓ: την επεξεργασία των πληροφοριών, την οικοδόμηση της γνώσης και την οργανωσιακή μνήμη. Η οπτική γωνία αυτού του πονήματος είναι προσανατολισμένη προς τον άνθρωπο και όχι τα συστήματα, διότι οι μονάδες φροντίδας υγείας εστιάζουν στη διασύνδεση ατόμων ποικίλων επιστημονικών κατευθύνσεων, που χρησιμοποιούν διάφορες πηγές γνώσης σύμφωνα με το επαγγελματικό τους επίπεδο, ο οποίος πρέπει να συνεργαστούν αποτελεσματικά.

Η επιτυχημένη ΔτΓ οδηγεί σε καλύτερες επιδόσεις στον τομέα της φροντίδας υγείας (Wu & Hu, 2012). Από την ανασκόπηση φαίνεται οι ηγέτες θα πρέπει να καλλιεργούν ένα περιβάλλον γνώσης και να επιβραβεύουν τα άτομα που προωθούν τη γνώση, όπως τους μεσίτες της γνώσης. Για το σκοπό αυτό μπορούν να διοργανώνονται κάθε χρόνο ημερίδες γνώσης, στις οποίες θα τονίζονται οι καλές πρακτικές. Επιπροσθέτως, τα εμπόδια θα πρέπει να περιορίζονται, να υπάρχουν συνδρομές σε ηλεκτρονικές βιβλιοθήκες και πληροφοριακά συστήματα φιλικά προς το χρήστη. Τέλος, οι εργαζόμενοι θα πρέπει να κατανοήσουν ότι εάν ενώσουν τις δυνάμεις τους και επενδύσουν στη συλλογική μνήμη, θα ωφεληθούν και οι ίδιοι.

Η συγκεκριμένη συστηματική ανασκόπηση, έχει και ορισμένους περιορισμούς. Τα άρθρα επιλέχθηκαν από τρεις βάσεις δεδομένων, ήταν στην αγγλική γλώσσα και αφορούσαν την πλέον πρόσφατη περίοδο δέκα ετών. Αυτό έγινε εν μέρει εσκεμμένα, καθώς έγινε προσπάθεια να εντοπισθούν οι δημοσιεύσεις για τη ΔτΓ στις μονάδες υγείας την εποχή της τεχνολογίας. Δεν ερευνήθηκε η γκρίζα βιβλιογραφία, ούτε βάσεις δεδομένων με επίκεντρο την πληροφορική, το οποίο σημαίνει ότι ενδεχομένως υπήρχαν δεδομένα που δεν ήταν δυνατόν να εντοπισθούν. Παρόλα αυτά, τα άρθρα ελέγχθηκαν για τη μεθοδολογική τους ποιότητα με κατάλληλο εργαλείο.

Αναγνωρίστηκε ότι οι μελέτες ποσοτικής μεθοδολογίας αναφορικά με την εκτίμηση της ετοιμότητας των μονάδων υγείας να αποδεχτούν τη ΔτΓ είναι ελάχιστες. Επιπλέον, πολλά ακόμα στοιχεία θα πρέπει να διερευνηθούν όσον αφορά στη διεύθυνση της ΔτΓ στις μονάδες υγείας με πιο συστηματικά εργαλεία. Θα πρέπει να εξετασθούν και να επιβεβαιωθούν ή διαψευσθούν προδιατυπωμένες θεωρίες που αφορούν στη διαχείριση της γνώσης, στο μηχανισμό με τον οποίο τα εσωτερικά και εξωτερικά κίνητρα παρακινούν

τα άτομα να δημιουργήσουν γνώση και να τα μοιραστούν με άλλους, ώστε να αποκτήσουν μεγαλύτερη αξία. Ακόμη πρέπει να εξετασθεί ποιος τύπος ηγέτη προωθεί τη διαχείριση της γνώσης, ποια είναι τα πιο αποτελεσματικά πληροφοριακά συστήματα ή ποια άλλα εργαλεία προάγουν τη γνώση και ποια ακόμη εμπόδια δυσχεραίνουν την εφαρμογή στρατηγικών ΔτΓ.

Κεφάλαιο 3 –Μεθοδολογία

3.1. Ερευνητικός σχεδιασμός

3.1.1. Το ερευνητικό πρόβλημα

Από τη συστηματική ανασκόπηση της σύγχρονης βιβλιογραφίας διαπιστώθηκε ότι οι ποσοτικές έρευνες για τη διερεύνηση της ΔτΓ σε μονάδες υγείας είναι ελάχιστες, και υπάρχει έλλειψη ενός ολοκληρωμένου ερωτηματολογίου που θα εξετάζει συνολικά το θέμα. Η παρούσα διδακτορική διατριβή φιλοδοξεί να καλύψει το κενό με τη δημιουργία ενός ερωτηματολογίου που θα αποτελέσει εργαλείο στα χέρια των ατόμων που ασκούν διοίκηση στις μονάδες υγείας, αλλά και σε ερευνητές που θέλουν να επεκτείνουν τη γνώση τους στο υπό μελέτη θέμα.

Ο σχεδιασμός ενός ερωτηματολογίου ειδικά για τις μονάδες υγείας είναι αναγκαίος καθώς οι υπηρεσίες υγείας παρουσιάζουν ιδιοτυπίες σε σχέση με άλλους Οργανισμούς, τόσο λόγω της ευαισθησίας του αγαθού υγείας, όσο και τις ποικιλίας των οπτικών με τις οποίες αντιμετωπίζεται το θέμα από τις διάφορες επαγγελματικές ομάδες που εμπλέκονται.

3.1.2. Ο ερευνητικός σκοπός

Η παρούσα διδακτορική διατριβή έχει ως σκοπό να εντοπίσει τα προβλήματα διαχείρισης της γνώσης στα ελληνικά νοσοκομεία, να ανιχνεύσει τις ευκαιρίες που μπορούν να αξιοποιηθούν και να προτείνει λύσεις που θα έχουν άμεση εφαρμογή για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας των νοσοκομείων. Επίσης, στόχος της εργασίας είναι να δημιουργηθεί ένα εργαλείο – ερωτηματολόγιο ΔτΓ που θα δοκιμασθεί μέσα από σταθερά μεθοδολογικά βήματα και θα μπορεί στο μέλλον να αξιοποιηθεί και από άλλες έρευνες σε διεθνές επίπεδο ακαδημαϊκών που επιθυμούν να εξετάσουν τη ΔτΓ σε άλλες μονάδες υγείας. Τέλος, στόχος είναι η δημιουργία ενός μοντέλου που θα συσχετίζει παράγοντες της ΔτΓ για να διερευνήσει διατυπωμένες θεωρίες συσχέτισης των παραγόντων που επιδρούν στη ΔτΓ.

3.1.3. Επιμέρους στόχοι

Οι επιμέρους ερευνητικοί στόχοι της παρούσας έρευνας, οι οποίοι είναι κλιμακούμενοι είναι οι ακόλουθοι:

1. Η δευτερογενής έρευνα μέσα από τη συστηματική ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας αναφορικά με τη Διαχείριση της Γνώσης στα νοσοκομεία
2. Η δημιουργία ερωτηματολογίου Διαχείρισης της Γνώσης με σκοπό τη διερεύνηση του υπό μελέτη θέματος μέσα από ποσοτική έρευνα.
3. Δημιουργία και αποτύπωση ενός νέου μοντέλου διαχείρισης της γνώσης

Μέσα από όλες αυτές τις διαφορετικές μεθοδολογικές προσεγγίσεις τα ερευνητικά ερωτήματα που καλούνται να απαντηθούν είναι:

Η πρώτη ομάδα ερευνητικών ερωτημάτων θα ψάξει για το βαθμό συμφωνίας σε δηλώσεις αναφορικά με τα παρακάτω:

1. Ποιες είναι οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας για τη Διαχείριση της Γνώσης;
2. Πώς δημιουργείται η νέα γνώση
3. Πώς διαμοιράζεται η γνώση;
4. Πώς αποθηκεύεται η γνώση;
5. Ποιος είναι ο ρόλος της ηγεσίας;
6. Υπάρχει κουλτούρα γνώσης στο νοσοκομείο;
7. Ποια είναι τα εμπόδια που δυσχεραίνουν τη Διαχείριση της Γνώσης.

Η δεύτερη ομάδα ερευνητικών ερωτημάτων θα διερευνήσει τις σχέσεις των παραγόντων ΔτΓ μεταξύ του ή με άλλες μεταβλητές, όπως:

1. Υπάρχει θετική (μερική) συσχέτιση των παραγόντων της ΔτΓ μεταξύ τους (πεποιθήσεις, εσωτερικά και εξωτερικά κίνητρα, σύνθεση, διαμοιρασμός, συνεργασία, ηγεσία, κουλτούρα και εμπόδια);
2. Υπάρχει θετική (μερική) συσχέτιση των παραγόντων της ΔτΓ με δημογραφικά στοιχεία όπως η ηλικία, το φύλο, η επαγγελματική κατάσταση και η εργασιακή εμπειρία;
3. Υπάρχει θετική (μερική) συσχέτιση των παραγόντων της ΔτΓ με άλλες ανεξάρτητες μεταβλητές όπως το άγχος, η εργασιακή ικανοποίηση ή η αυτο-αποτελεσματικότητα;
4. Υπάρχει ένα μοντέλο που να δείχνει σχηματικά τις συσχετίσεις των παραγόντων (ή μερικών από αυτούς) και να εξηγεί πρακτικά το μηχανισμό της ΔτΓ στις μονάδες υγείας;

3.2. Σχεδιασμός ερωτηματολογίου

3.2.1. Ανάγκη δημιουργίας ερωτηματολογίου για τη ΔτΓ στις μονάδες υγείας

Η δημιουργία ενός ερωτηματολογίου πρέπει να γίνεται με προσεκτικό σχεδιασμό. Γι' αυτό πρέπει να αναζητηθούν οι καλύτερες πρακτικές που θα βοηθήσουν στην κατανόηση σαφώς διατυπωμένων ερωτήσεων που θα μετρούν αυτό που στοχεύουν, χωρίς να κουράζουν τους συμμετέχοντες, ούτε να παραλείπουν σημαντικά στοιχεία ή να περιέχουν μεροληψίες. Ένας ακόμη στόχος των ερευνητών είναι η αύξηση της ανταπόκρισης των ερωτώμενων (Jenkins & Dillman, 1995). Αυτή μπορεί να επιτευχθεί με διάφορους τρόπους, που θα αναλυθούν στη συνέχεια.

3.2.2. Σύνταξη αρχικού ερωτηματολογίου - πηγές

Για να αυξηθούν η φαινομενική εγκυρότητα (face validity) και η εγκυρότητα περιεχομένου (content validity) οι ερωτήσεις πρέπει να δημιουργούνται από διάφορες πηγές, όπως η συζήτηση με ειδικούς, οι προτάσεις των ερωτηθέντων και η εκτενής ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας (Rattray & Jones, 2007). Προκειμένου να δημιουργηθεί το παρόν ερωτηματολόγιο, αρχικά πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας. Στη συνέχεια συντάχθηκε σχέδιο ερωτηματολογίου αποτελούμενο από 38 ερωτήσεις. Το περιεχόμενό του αποτέλεσε αντικείμενο συζήτησης με τρεις επαγγελματίες υγείας ξεχωριστά, έναν ιατρό, μία νοσηλεύτρια και μία κοινωνική λειτουργό που εργάζονται σε μονάδες υγείας για περισσότερα από δέκα έτη ο κάθε ένας. Και οι τρεις έχουν εργαστεί σε περισσότερες από μία μονάδες υγείας. Ακολούθως, με τις προτάσεις τους υπήρξαν διορθώσεις και το ερωτηματολόγιο απέκτησε περισσότερες ερωτήσεις σε κάθε κατηγορία.

3.2.3. Θέματα ηθικής και δεοντολογίας

Το ερωτηματολόγιο μαζί με το εισαγωγικό γράμμα και μια αίτηση κατατέθηκαν στη γραμματεία του Γενικού Νοσοκομείου Μεσσηνίας – Νοσηλευτική Μονάδα Καλαμάτας για να λάβει τις απαραίτητες εγκρίσεις. Στην αίτηση αναφέρθηκε ο σκοπός της

έρευνας, το πλαίσιο και ο εκπαιδευτικός φορέας, υπήρξε επεξήγηση του ερευνητικού πρωτοκόλλου και δέσμευση ότι θα τηρηθεί η εμπιστευτικότητα και η ανωνυμία. Ακόμη διατυπώθηκε η πρόθεση να κατατεθούν τα συνολικά αποτελέσματα της έρευνας στη διοίκηση του νοσοκομείου, προκειμένου να αξιοποιηθούν, εάν κρίνουν ότι μπορούν να συμβάλλουν για τη βελτίωση της υφιστάμενης κατάστασης στο νοσοκομείο. Το ερευνητικό πρωτόκολλο και το ερωτηματολόγιο έλαβαν έγκριση τόσο από την επιστημονική επιτροπή (αρ.18/19-12-2014/Θ.7), όσο και από το διοικητικό συμβούλιο (αρ. 1/16-1-2015/Θ.34) του Γενικού Νοσοκομείου Μεσσηνίας (ΑΔΑ: ΒΛΓΚ4690ΒΦ-ΥΤΟ) (Παράρτημα Α).

3.2.4. Εισαγωγικό γράμμα

Ένας από τους τρόπους που παρακινούν τους συμμετέχοντες να ανταποκριθούν στο κάλεσμα των ερευνητών είναι να τους κεντρίσουν το ενδιαφέρον με ένα εισαγωγικό γράμμα. Σε αυτό πρέπει να καταστεί σαφές ότι η συμμετοχή τους είναι εθελοντική, τα προσωπικά δεδομένα προστατεύονται και οι πληροφορίες θα αξιοποιηθούν αποκλειστικά για τη συγκεκριμένη έρευνα (Bissett, 1994, Leung, 2001). Η δέσμευση για συμμετοχή γίνεται πιο έντονη, όταν στο εισαγωγικό γράμμα αναφέρεται ο σκοπός της έρευνας και διατυπώνεται με σαφήνεια ότι η συμμετοχή των ερωτώμενων είναι σημαντική για να προκύψουν αποτελέσματα που θα έχουν θετικό αντίκτυπο στο φορέα τους ή γενικότερα στην επιστήμη (Duncan et al, 2015).

Το εισαγωγικό γράμμα που χρησιμοποιήθηκε για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας περιέχει όλα αυτά τα στοιχεία (σκοπό, προτροπή, διασφάλιση ανωνυμίας, αναφορά στη θετική επίδραση της συμμετοχής και ευχαριστίες). Επιπροσθέτως, η επιστολή ξεκινά με έναν απλό ορισμό για τη γνώση και τη διαχείρισή της στους Οργανισμούς που βοηθά όσους δεν είναι εξοικειωμένοι με τον όρο να ανταποκριθούν δίνοντας τις κατάλληλες απαντήσεις. Το εισαγωγικό γράμμα και το ερωτηματολόγιο που διανεμήθηκαν βρίσκονται στο Παράρτημα Β.

3.3. Επιλογή παραγόντων και ερωτήσεων

Όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενη ενότητα, στο ερωτηματολόγιο θεωρήθηκε απαραίτητο να διερευνηθούν διάφοροι παράγοντες που προέκυψαν από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και τη συζήτηση με εργαζόμενους σε μονάδες υγείας. Σκοπός των ερωτήσεων είναι να αποσαφηνίσουν τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας εργασίας και να δημιουργήσουν ένα αξιόπιστο ερωτηματολόγιο – εργαλείο για μελλοντική χρήση στις δομές υγείας. Οι παράγοντες που διερευνήθηκαν είναι: πεποιθήσεις για τη ΔτΓ, εσωτερικά κίνητρα, εξωτερικά κίνητρα, σύνθεση, διαμοιρασμός της γνώσης, συνεργασία, ηγεσία, κουλτούρα και εμπόδια. Όλες οι ερωτήσεις εκτός από μία είναι κλειστού τύπου. Η ανοιχτού τύπου ερώτηση αφορά στα εμπόδια για την εφαρμογή πολιτικών ΔτΓ στα νοσοκομεία και θα αναλυθεί ξεχωριστά. Το ερωτηματολόγιο ολοκληρώνεται με τρεις ερωτήσεις αναφορικά με την εργασιακή ικανοποίηση, την αίσθηση της ικανότητας που έχει κανείς να βοηθήσει τους άλλους (self-efficacy) και το άγχος της κατάστασης (state anxiety) και ορισμένες ερωτήσεις για τα δημογραφικά στοιχεία. Οι ερωτήσεις αυτές επιλέχθηκε να συμπληρωθούν στο τέλος για να μην υπάρχουν πολλές εγκαταλείψεις από τους δυνητικούς συμμετέχοντες (Rattray & Jones, 2007).

3.3.1. Πεποιθήσεις για τη διαχείριση της γνώσης

Κρίθηκε σημαντική η δημιουργία μιας κατηγορίας ερωτήσεων αναφορικά με τις πεποιθήσεις για τη ΔτΓ. Αυτή η κατηγορία ερωτήσεων βασίζεται στη θεωρία της έλλογης δράσης (theory of reasoned action), σύμφωνα με την οποία η στάση και τα πιστεύω των ατόμων σε συγκεκριμένα θέματα μπορούν να ερμηνεύσουν τη συμπεριφορά τους (Fishbein & Ajzen, 1975). Η κατηγορία αυτή βοηθά να εξετασθούν υποθέσεις, όπως:

1. Επηρεάζουν οι θετικές πεποιθήσεις για τη ΔτΓ την πρόθεση του εργαζόμενου για διαμοιρασμό ή σύνθεση νέας γνώσης;
2. Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της θετικής στάσης για τη ΔτΓ με την αίσθηση της αυτο-αποτελεσματικότητας;

Σε έρευνα των Chang et al. (2011) διαφάνηκε ότι η καλύτερη κατανόηση της ΔτΓ βοηθά στη βελτιωμένη επίδοση των εργαζόμενων στα νοσοκομεία. Εκτός νοσοκομειακού

τομέα έχουν ως τώρα βρεθεί άλλα αξιολογικά ευρήματα. Για παράδειγμα, εργαζόμενοι σε όμιλο εταιρειών στη Νότια Αφρική πιστεύουν ότι η θετική στάση των εργαζομένων στη διαχείριση της γνώσης μπορεί να δώσει ανταγωνιστικό πλεονέκτημα στην εταιρεία και να ενισχύσει την καινοτομία (Potgieter et al, 2013). Αναφορικά με τη δεύτερη ερευνητική υπόθεση, σε έρευνα στο Ισραήλ φάνηκε ότι η προσωπικότητα των βιβλιοθηκονόμων σε χαρακτηριστικά όπως η αυτο-αποτελεσματικότητα και η αυτοεκτίμηση σχετίζεται με τη στάση τους απέναντι στη ΔτΓ (Aharony, 2011).

3.3.2. Κίνητρα

Η έννοια της παρακίνησης είναι παρούσα σε όλα τα εισαγωγικά εγχειρίδια που ασχολούνται με το μάνατζμεντ, ενώ έχουν γραφτεί και ολόκληρα βιβλία με θέμα τα κίνητρα ή την παρακίνηση. Και αυτό γιατί σκοπός όσων ασχολούνται με τη διοίκηση είναι να επιτύχουν τους στόχους της επιχείρησής τους μέσα από την ενεργοποίηση του προσωπικού και την παροχή κατάλληλων κινήτρων. Τα κίνητρα ωθούν τους εργαζόμενους προς μια συγκεκριμένη κατεύθυνση, σε μια εσωτερική τάση να καλύψουν ορισμένες ανάγκες τους (Maslow, 1943). Η εκπλήρωση των αναγκών οδηγεί σε μία ανταμοιβή. Αυτή είναι ενδογενής αν προέρχεται από το εσωτερικό του ατόμου (π.χ. αίσθηση ικανοποίησης) ή εξωγενής όταν προέρχεται από εξωτερικούς παράγοντες (π.χ. επιβράβευση προϊσταμένου) (Buchbinder & Shanks, 2011).

Η διερεύνηση των κινήτρων που θα παρακινήσουν τους εργαζόμενους να δημιουργήσουν νέα γνώση και να την μοιραστούν με τους συναδέλφους τους στις μονάδες υγείας, αποτελεί έναν από τους κύριους στόχους της παρούσας έρευνας, αλλά και μια πρόκληση γενικότερα για όσους ασχολούνται με τη ΔτΓ. Γι' αυτό και θεωρήθηκε απαραίτητο να υπάρχει κατηγορία ερωτήσεων τόσο για τα εσωτερικά όσο και για τα εξωτερικά κίνητρα.

3.3.2.1. Εσωτερικά Κίνητρα

Τα εσωτερικά κίνητρα ενεργοποιούν το άτομο να δράσει για την ικανοποίηση που αντλεί από τη διαδικασία και την πρόκληση, και όχι λόγω εξωτερικών ανταμοιβών. Είναι πιο δύσκολο για τη διοίκηση να τα κατευθύνει σε σχέση με τα εξωτερικά κίνητρα, τα οποία είναι απτά, χωρίς όμως να είναι αδύνατο (Cameron, 2006). Η κατανόησή τους

μπορεί να βοηθήσει στην ερμηνεία της συμπεριφοράς και να δημιουργήσει τις προϋποθέσεις ώστε ο εργαζόμενος να βρει τρόπο να ικανοποιήσει τα εσωτερικά του κίνητρα. Για παράδειγμα, οι άνθρωποι αναζητούν σκοπούς στη ζωή τους και στο εργασιακό τους περιβάλλον, στους οποίους επιθυμούν να δεσμευθούν και να αντλήσουν ικανοποίηση όταν ολοκληρωθούν. Οι σκοποί που μοιράζονται με άλλα άτομα δημιουργούν δεσμούς και αίσθηση του ανήκειν, ενώ αντίθετα, η έλλειψη σκοπού επιβαρύνει ψυχολογικά το άτομο (Thomas, 2009). Εσωτερικά κίνητρα για τη διαχείριση της γνώσης μπορούν να είναι ενδεχομένως η ικανοποίηση από τη λήψη και τη μετάδοση της γνώσης και η προσωπική ευχαρίστηση που παίρνει κανείς όταν βοηθά τους άλλους ή όλη την επιχείρηση (Bednarczyk, 2010).

3.3.2.2. Εξωτερικά Κίνητρα

Στα εξωτερικά κίνητρα αναφέρονται διάφορες θεωρίες παρακίνησης, όπως η θεωρία της ενίσχυσης (reinforcement theory). Η θεωρία αυτή αναφέρει ότι τα άτομα ενεργοποιούνται όταν η συμπεριφορά τους ενισχύεται. Η ενίσχυση μπορεί να είναι θετική, δηλαδή παροχή αμοιβών ή αρνητική, δηλαδή μείωση ή πλήρης αφαίρεση της αμοιβής (Skinner, 1953). Η θεωρία αυτή μολονότι περιέχει θετικά στοιχεία, έχει δεχτεί κριτική ως μονοδιάστατη. Σε κάθε περίπτωση, όλες οι θεωρίες της παρακίνησης προσθέτουν κάτι ή ερμηνεύουν κάποια στοιχεία της ανθρώπινης συμπεριφοράς, χωρίς να υπάρχει απόλυτη ταύτιση αποκλειστικά με μία από αυτές (Buchbinder & Shanks, 2011).

Παραδείγματα που έχουν βρει εφαρμογή σε εταιρείες που εφαρμόζουν πολιτικές ΔτΓ είναι: η ηθική και οικονομική επιβράβευση των εργαζομένων που συμμετέχουν στη διαδικασία της σύνθεσης ή διάδοσης της γνώσης, η απαλλαγή από δυσάρεστα καθήκοντα (π.χ. κυκλικό ωράριο), ή η παροχή των αναγκαίων πόρων για να δοκιμάσει ο εργαζόμενος την ιδέα του. Η διορατικότητα του ηγέτη και η εξατομικευμένη παροχή κινήτρων ενδεχομένως είναι επιθυμητή (Bednarczyk, 2010).

Η διερεύνηση των εσωτερικών και εξωτερικών κινήτρων για το διαμοιρασμό της γνώσης έχει εξετασθεί μέσω εφαρμογής μοντέλου δομικών εξισώσεων σε έρευνα στην οποία συμμετείχαν 172 εργαζόμενοι από ιδιωτικές εταιρείες της Ταϊβάν (Lin, 2007). Η σύγκριση των αποτελεσμάτων με αυτά που θα προκύψουν από ένα δημόσιο νοσοκομείο στην Ελλάδα αναμένεται να παρουσιάσει ιδιαίτερο ενδιαφέρον.

3.3.3. Η σύνθεση της γνώσης

Η σύνθεση της γνώσης είναι βασικό στοιχείο για την προαγωγή της ΔτΓ στις μονάδες υγείας (Karamitri et al, 2015). Τα αποτελέσματα της συστηματικής ανασκόπησης ανέδειξαν αρκετούς τρόπους για τη δημιουργία της γνώσης όπως οι αλληλεπιδράσεις εργαζομένων (Ghosh & Scott, 2005), οι τυπικές και άτυπες συναντήσεις (Orzano et al, 2008B) και τα γραπτά τεκμήρια (Gerrish, 2011).

Ο παράγοντας «σύνθεση» θα επιχειρήσει να διαλευκάνει ποιες ομάδες εργαζομένων συμμετέχουν με μεγαλύτερο ενδιαφέρον στη διαδικασία και κατά πόσο συνδέεται η δημιουργία γνώσης με άλλους παράγοντες όπως η θετική στάση απέναντι στη ΔτΓ, η κουλτούρα (Auernhammer & Hall, 2013) ή η ηγεσία (Kumar, 2013), τα οποία έχουν εξετασθεί έως τώρα σε περιβάλλοντα εκτός νοσοκομείων.

3.3.4. Το μοίρασμα της γνώσης και συνεργασία

Το μοίρασμα της γνώσης μέσα από τη συνεργασία αποτελεί θεμελιώδες στοιχείο της διαχείρισης της γνώσης. Αυτό ισχύει, διότι μπορούν να λάβουν μέρος σε αυτήν όλοι οι εργαζόμενοι, ανεξάρτητα εάν διαθέτουν ή όχι εξαιρετικές ιδιότητες, όπως η διορατικότητα και η σύνθετη σκέψη που πιθανά να χρειάζονται για τη δημιουργία της γνώσης.

Ως παράγοντας του ερωτηματολογίου, το μοίρασμα και η συνεργασία θα εξετασθούν σε σχέση με τα κίνητρα, αλλά και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, τα οποία φαίνεται να παίζουν ρόλο στην πρόθεση διάχυσης της γνώσης (Lee & Hong, 2014). Επίσης θα διερευνηθεί εάν ο διαμοιρασμός είναι πιο εύκολος ενδονοσοκομειακά, με συναδέλφους, που ενδεχόμενα είναι φίλοι ή ανταγωνιστές ή εξωνοσοκομειακά με εργαζόμενους από άλλα νοσοκομεία (Nembhard, 2012). Οι Pezeshki Rad et al. (2011) είχαν κάποιες ενδιαφέρουσες ιδέες αναφορικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν την πρόθεση για διαμοιρασμό της γνώσης στο Υπουργείο Γεωργίας του Ιράν που αποτέλεσαν βάση για τη σύνταξη ορισμένων ερωτήσεων αυτής της κατηγορίας.

3.3.5. Ηγεσία

Οι ηγέτες ασκούν μεγάλη επιρροή στις επιχειρήσεις και τους Οργανισμούς. Από αυτούς αναμένεται να αποτελούν δεξαμενή γνώσης, να έχουν πρόσβαση σε πληροφορίες, να ενθαρρύνουν την καινοτομία, να είναι ανοιχτοί στην αμφισβήτηση των έως εχθές θεσφάτων και να ασκούν ηγεσία που φέρνει αλλαγές (Hayat et al, 2015), να καλλιεργούν την εμπιστοσύνη, να διευκολύνουν τη βιωματική μάθηση και άλλα (Nguyen & Mohamed, 2011).

Η ηγεσία δύναται να παρέχει επιβράβευση και άλλες αμοιβές σε εργαζόμενους που βοηθούν να επιτευχθούν στόχοι όπως η ΔτΓ, επηρεάζει την κουλτούρα γνώσης (Sánchez-Polo & Cegarra-Navarro, 2008) και τον τρόπο επικοινωνίας (Chang et al, 2011). Ο παράγοντας ηγεσία αναμένεται να συσχετισθεί με την κουλτούρα και τα εξωτερικά κίνητρα, αλλά και με την αυτό-αποτελεσματικότητα, για να διαπιστωθεί ο ρόλος της στη ΔτΓ.

3.3.6. Κουλτούρα

Η κουλτούρα της γνώσης αποτελεί τον προτελευταίο παράγοντα που εξετάζεται στο ερωτηματολόγιο. Σε αυτόν διερευνάται αν ο φορέας υγείας υποστηρίζει την καινοτομία και την έρευνα και αν καλλιεργεί περιβάλλον γνώσης. Η κουλτούρα είναι μια πολύ ευρεία έννοια που περιλαμβάνει ιδεολογίες, πρακτικές, νόρμες και κοινωνικές συμπεριφορές. Μπορεί να περιλαμβάνει την ευκαιρία ενσωμάτωσης, αλλά και την ελευθερία διαφοροποίησης (Alavi et al, 2005). Οι Sibbald et al. (2016) βρήκαν ότι η ηγεσία και η οργανωσιακή κουλτούρα συμβάλλουν στην υποστήριξη της ΔτΓ στα νοσοκομεία. Αυτή η θέση θα αξιολογηθεί στην παρούσα έρευνα. Ακόμη, θα δοκιμασθεί εάν υπάρχει ένα μοντέλο που θα συνδέει την κουλτούρα με τις γενικότερες πεποιθήσεις των εργαζομένων για τη ΔτΓ.

3.3.7. Εμπόδια

Πολλές φορές η διοίκηση νομίζει ότι έχει δημιουργήσει τις προϋποθέσεις για να εφαρμοσθεί η ΔτΓ, ή ακόμη οι εργαζόμενοι επιθυμούν να μοιραστούν τη γνώση τους,

όμως συναντούν εμπόδια. Στο παρελθόν τα θέματα έχει ως τώρα εξετασθεί μέσα από ποιοτική έρευνα (Dobbins et al, 2004, Lin et al, 2008). Στην παρούσα εργασία αποτυπώνονται ορισμένες διατυπώσεις για να αναζητηθεί ο βαθμός συμφωνίας των συμμετεχόντων αναφορικά με εμπόδια που έχουν αναφερθεί στο παρελθόν. Επιπροσθέτως, επιλέχθηκε για αυτόν τον παράγοντα και η μοναδική ανοικτού τύπου ερώτηση του ερωτηματολογίου σχετικά με τα τρία βασικότερα εμπόδια που θεωρούν οι εργαζόμενοι ότι δυσχεραίνουν την εφαρμογή της ΔτΓ.

3.4. Πιλοτική εφαρμογή

Το εκτεταμένο ερωτηματολόγιο δοκιμάστηκε πιλοτικά σε δείγμα 31 εργαζομένων (ιατρών, νοσηλευτών, διοικητικών υπαλλήλων, μαιών, επισκεπτών υγείας κλπ) σε δύο δημόσια Κέντρα Υγείας του νομού Μεσσηνίας (Μεσσήνης και Αγίου Νικολάου) και ένα δημόσιο Κέντρο Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης (Καλαμάτας). Οι συμμετέχοντες (24 γυναίκες και 7 άνδρες) είχαν μέσο όρο εργασιακής εμπειρίας τα 19,82 (ΤΑ 7,99) έτη και μέσο όρο ηλικίας τα 45,42 (ΤΑ 6,72) έτη.

Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε εκ νέου από τους ίδιους συμμετέχοντες δεκαπέντε μέρες αργότερα για να υποβληθεί σε διαδικασία ελέγχου – επανελέγχου (test – retest). Η αξιοπιστία ελέγχου – επανελέγχου μετρήθηκε με τον ενδοταξικό συντελεστή συσχέτισης (intraclass correlation coefficient - ICC) μεικτού μοντέλου δύο διευθύνσεων επί της απόλυτης συμφωνίας (two-way mixed model on absolute agreement) (Shrout & Fleiss, 1979) για όλες τις ερωτήσεις πλην των δημογραφικών. Τα αποτελέσματα του ICC ερμηνεύονται ανάλογα με τις τιμές που λαμβάνουν <0,40 φτωχά, 0,40-0,49 ανεκτά, 0,60-0,74 καλά, 0,75-1,00 άριστα (Cicchetti, 1994).

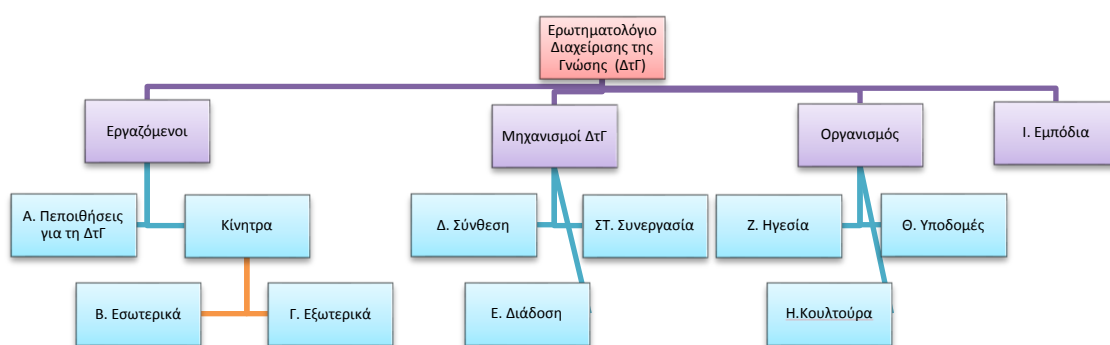
Ταυτόχρονα, για τις πρώτες 54 ερωτήσεις, που οι απαντήσεις τους λάμβαναν τιμές μέσα από μια κλίμακα τύπου Likert, μετρήθηκε ο συντελεστής συνέπειας Cronbach's Alpha (Cronbach, 1951). Για την εκτίμηση της αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας ο δείκτης Cronbach's Alpha πρέπει ιδεατά να λαμβάνει τιμές >0,70. Οι τιμές 0,70-0,79 θεωρούνται αποδεκτές, οι τιμές 0,80-0,89 καλές, οι τιμές 0,90-0,94 άριστες, ενώ οι τιμές που είναι μεγαλύτερες ή ίσες του 0,95 αντιμετωπίζονται με δυσπιστία (Γαλάνης, 2013).

Τα συνολικά αποτελέσματα από την διαδικασία ελέγχου – επανελέγχου στο δείγμα των 31 εργαζομένων σε μονάδες υγείας που δεν συμμετείχαν στην κυρίως έρευνα είναι τα εξής:

	mean	min	max
Cronbach's a	0,905	0,720	1,000
ICC single measures	0,831	0,558	1,000
ICC average measures	0,904	0,717	1,000

Εφαρμόστηκε ακόμη ο ζευγαρωτός έλεγχος t (paired t test). Για 53 από τις 54 ερωτήσεις (εκτός από την ερώτηση 4), η σημαντικότητα ήταν μεγαλύτερη από 0,05 το οποίο σημαίνει ότι δεν απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση και δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές των μέσων τιμών στις απαντήσεις που έδωσε το ίδιο δείγμα πληθυσμού την πρώτη και τη 15^η ημέρα. Σε αυτή την πιλοτική εφαρμογή, φάνηκε ότι το ερωτηματολόγιο πέρασε με επιτυχία τις αρχικές δοκιμασίες.

Το ερωτηματολόγιο που δόθηκε σχηματίστηκε μετά την πιλοτική εφαρμογή και περιελάμβανε 64 ερωτήσεις, από τις οποίες οι 54 αφορούσαν στους παράγοντες της ΔγΓ και οι 10 στα υπόλοιπα δημογραφικά στοιχεία. Σχηματικά το ερωτηματολόγιο έχει τη μορφή που απεικονίζεται στο σχήμα 8.



Σχήμα 8. Απεικόνιση ομαδοποίησης ερωτήσεων

3.5. Ολοκλήρωση του ερωτηματολογίου

3.5.1. Δείγμα

Η έρευνα έλαβε χώρα στο Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας που είναι ένα μέτριου μεγέθους επαρχιακό νοσοκομείο με 300 κλίνες. Είναι το μεγαλύτερο σε σύγκριση με το διασυνδεδεμένο Γενικό Νοσοκομείο Κυπαρισσίας, και εξυπηρετεί ουσιαστικά περιοχή ευθύνης 200.000 κατοίκων που αυξάνονται κατά πολύ τους καλοκαιρινούς μήνες λόγω της έντονης τουριστικής κίνησης. Η συλλογή των δεδομένων έγινε το χρονικό διάστημα από 19-2-2015 έως 16-6-2015. Το ίδιο έτος στο νοσοκομείο Καλαμάτας υπηρετούσαν περίπου 700 εργαζόμενοι σε αναλογία ανδρών – γυναικών 30%-70%. Αυτό ισχύει διότι οι γυναίκες αποτελούν ευρύτετη πλειοψηφία τόσο στο νοσηλευτικό, όσο και στο παραϊατρικό προσωπικό.

Ερωτήθηκαν για την πρόθεση να συμμετέχουν στην έρευνα 300 εργαζόμενοι και από αυτούς ερωτηματολόγια συμπλήρωσαν 261 (87%). Σύμφωνα με τα στοιχεία που βρίσκονται στο γραφείο ανθρώπινου δυναμικού του νοσοκομείου, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων αναφορικά με το φύλο, την ηλικία, την εργασιακή εμπειρία ομοιάζουν με τους εργαζόμενους που δεν συμμετείχαν στην έρευνα, με μια ελαφρώς μεγαλύτερη συμμετοχή των διοικητικών υπαλλήλων σε σχέση με το πραγματικό τους ποσοστό. Αναλυτικά τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος αναφέρονται στο κεφάλαιο των αποτελεσμάτων. Ο χρόνος συμπλήρωσης ήταν περίπου 10-15 λεπτά.

3.5.2. Ελλείπουσες τιμές και παραγοντική ανάλυση

Οι ελλείπουσες τιμές (missing values) αποτελούσαν λιγότερο από 3,2% για κάθε ερώτηση, ενώ για το συνολικό ερωτηματολόγιο η αναλογία ήταν πολύ χαμηλότερη (4%). Πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος Little's MCAR, για να προσδιορισθεί εάν ο μηχανισμός απουσίας των τιμών γίνεται με τυχαίο τρόπο, από τον οποίο πράγματι φάνηκε ότι ο έλεγχος είναι μη στατιστικά σημαντικός $>0,05$ και έτσι φαίνεται ότι ο μηχανισμός απουσίας των τιμών γίνεται με τυχαίο τρόπο. Για το λόγο αυτό δεν επιδιώκεται η συμπλήρωση των ελλειπουσών τιμών με κάποια μέθοδο υπολογισμού όπως για παράδειγμα ο αλγόριθμος της μεγιστοποίησης της προσδοκίας (estimation- maximization – EM) που μπορεί να οδηγήσει σε σφάλματα (Donders et al, 2006), αλλά η απαλοιφή των

ελλειπουσών τιμών κατά περίπτωση (listwise deletion) (Tabachnick & Fidell, 2001). Πριν από την περαιτέρω ανάλυση, έγινε μετατροπή των αντίθετων κωδικοποιήσεων σε νέες μεταβλητές.

Για να ελεγχθεί εάν τα δεδομένα είναι κατάλληλα για παραγοντική ανάλυση (factor analysis), πραγματοποιήθηκε η δοκιμασία Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), η οποία έλαβε τιμή $KMO=0,696$. Στη συνέχεια, ακολούθησε ο έλεγχος σφαιρικότητας του Barlett, που έδειξε στατιστικά σημαντική τιμή $p<0,001$. Και τα δύο τεστ κατέδειξαν ότι τα δεδομένα είναι κατάλληλα να αξιοποιηθούν μέσα από παραγοντική ανάλυση (Hammer et al, 2011). Επιπροσθέτως, το μέγεθος του δείγματος ήταν μεγαλύτερο από 250 άτομα, που αποτελεί προϋπόθεση για να εξαχθούν αξιόπιστα αποτελέσματα στην παραγοντική ανάλυση (MacCallum et al, 1999).

Αρχικά, η παραγοντική ανάλυση έγινε με τη μέθοδο παραγοντοποίησης άλφα (Alpha factoring), που είχε ως αποτέλεσμα 19 συνιστώσες με ιδιοτιμές που έλαβαν τιμή μεγαλύτερη από τη μονάδα να εξηγούν το 52,8% της διακύμανσης. Στη συνέχεια, μειώθηκαν οι ερωτήσεις αφαιρώντας έναν υποψήφιο παράγοντα (υποδομές που είχε πέντε ερωτήσεις) και αποσύροντας ακόμη εννέα ερωτήσεις. Οι περισσότερες από αυτές αφορούσαν σε αντίστροφη κωδικοποίηση, καθώς πιθανά να μπέρδεψαν τους συμμετέχοντες. Στη συνέχεια επαναλήφθηκε η παραγοντική ανάλυση με μέθοδο εξαγωγής Varimax, στην οποία δόθηκε η εναλλακτική για δημιουργία εννέα συνιστωσών. Η λύση αυτή ερμήνευε το 56,87% της διακύμανσης. Τα αποτελέσματα της επεξηγηματικής παραγοντικής ανάλυσης (explanatory factor analysis) παρουσιάζονται στον πίνακα 2.

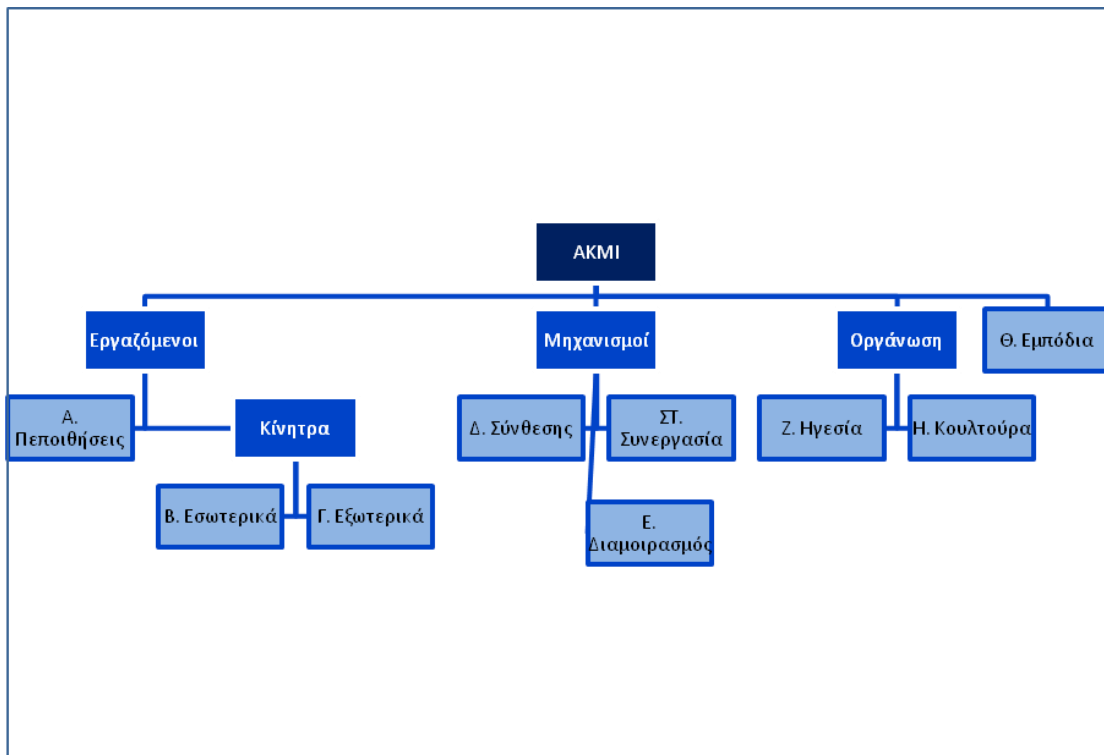
Πίνακας 2. Επεξηγηματική Παραγοντική ανάλυση

Αντικείμενα	Εταιρι κότητ α	Συνιστώσες								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
Κάθε νοσοκομείο πρέπει να διαθέτει πολιτικές Διαχείρισης της Γνώσης (ΔτΓ).	0,772	0,854								
Η ΔτΓ είναι σημαντική για την αποτελεσματικότητα του νοσοκομείου.	0,830	0,900								
Η ΔτΓ βοηθά να μειωθούν τα λάθη.	0,665	0,779								
Η κατάρκτηση της γνώσης βοηθά το άτομο να ενεργεί πιο αυτόνομα.	0,260	0,323								
Η αποθήκευση της γνώσης βοηθά στην προσαρμογή των εργαζομένων που μετακινούνται σε διαφορετικά τμήματα του νοσοκομείου.	0,453	<u>0,272</u>								
Αισθάνομαι όμορφα όταν μοιράζομαι τη γνώση μου με άλλους.	0,579		0,668							
Όταν γνωρίζω κάτι που είναι χρήσιμο στους συναδέλφους μου, τους ενημερώνω. Είναι θέμα αρχής.	0,575		0,675							
Θα συμμετείχα σε ένα σεμινάριο γιατί μου αρέσει η γνώση, ακόμη και χωρίς να λάβω μόρια ή πιστοποιητικό παρακολούθησης.	0,433		0,531							
Η κατάρκτηση της γνώσης μου δίνει δύναμη.	0,406		<u>0,381</u>							
Όταν μοιράζομαι τη γνώση, οι συνάδελφοί μου με σέβονται περισσότερο.	0,703			0,790						
Όταν μοιράζομαι τη γνώση, συσφίγγονται οι σχέσεις με τους συναδέλφους μου.	0,788			0,860						
Όταν βοηθώ τους συναδέλφους μου, και αυτοί με βοηθούν αντίστοιχα.	0,600			0,736						

Έχω μεγαλύτερες πιθανότητες προαγωγής όταν κατέχω τη γνώση.	0,529	<u>0,366</u>	
Συνθέτω νέα γνώση μέσω της παρατήρησης του εργασιακού περιβάλλοντος.	0,433		0,438
Η νέα γνώση δημιουργείται κατά τη διάρκεια ομαδικών συναντήσεων.	0,698		0,512
Η νέα γνώση δημιουργείται κατά τη διάρκεια σεμιναρίων.	0,618		<u>0,371</u>
Η γνώση διαμοιράζεται κατά τη διάρκεια ομαδικών συναντήσεων.	0,454		0,488
Η γνώση μοιράζεται με τη χρήση ηλεκτρονικών μέσων (ηλεκτρονικές σελίδες, Wikipedia, forum).	0,453		0,488
Μοιράζομαι τη γνώση με συναδέλφους που είναι φίλοι μου	0,319		0,514
Μοιράζομαι τη γνώση με συναδέλφους από το τμήμα μου.	0,453		0,544
Μοιράζομαι τη γνώση με συναδέλφους και άλλων ειδικοτήτων από όλο το νοσοκομείο.	0,714		<u>0,200</u>
Επικοινωνώ συχνά με συναδέλφους για να αντιμετωπίσουμε μια νέα κατάσταση.	0,359		0,411
Όταν συναντώ δυσκολίες, ρωτώ τους συναδέλφους μου.	0,497		0,487
Όταν γνωρίζω την εργασία των άλλων, αυτό βελτιώνει και τη δική μου απόδοση.	0,319		0,301
Η συνεργασία στη νέα γνώση μειώνει το άγχος της ευθύνης ενός λάθους.	0,391		<u>0,241</u>
Ο προϊστάμενός μου παρέχει την απαιτούμενη γνώση για να λυθούν τα προβλήματα.	0,686		0,762
Ο προϊστάμενός μου επιβραβεύει τα άτομα που μοιράζονται τις γνώσεις τους.	0,727		0,793
Η ηγεσία δημιουργεί κανάλια επικοινωνίας που βοηθούν στη γνώση.	0,674		<u>0,310</u>
Υπάρχουν στρατηγικές ΔτΓ στο νοσοκομείο	0,487		0,592
Στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, το προσωπικό παροτρύνεται να καινοτομήσει εάν έχει μια νέα ιδέα.	0,692		0,778

Το συγκεκριμένο νοσοκομείο υποστηρίζει την έρευνα.	0,668	0,764
Το συγκεκριμένο νοσοκομείο είναι ένας Οργανισμός δημιουργίας γνώσης.	0,589	0,726
Η συνεργασία ενισχύει την κουλτούρα της γνώσης στο τμήμα μου.	0,572	0,275
Δεν υπάρχει κουλτούρα γνώσης στο νοσοκομείο που εργάζομαι (αντίστροφη κωδικοποίηση).	0,484	0,594
Η ηγεσία στο συγκριμένο νοσοκομείο δεν έχει κατανοήσει τη σημασία της Διαχείρισης της Γνώσης (αντίστροφη κωδικοποίηση)	0,522	0,680
Δεν υπάρχει κουλτούρα γνώσης στο νοσοκομείο που εργάζομαι (αντίστροφη κωδικοποίηση).	0,489	0,634
Οι περισσότεροι συνάδελφοι στο νοσοκομείο μοιράζονται ελεύθερα τη γνώση τους.	0,458	<u>0,507</u>
Το πληροφοριακό σύστημα του νοσοκομείου δεν διευκολύνει τη ΔτΓ.	0,514	0,407
Δεν έχω πρόσβαση σε πληροφορίες που είναι χρήσιμες στην εργασία μου.	0,658	0,727
Δεν γνωρίζω πολύ καλά πού θα βρω τις πληροφορίες που μου χρειάζονται.	0,725	0,838

Για τον υπολογισμό της εσωτερικής συνοχής υπολογίστηκε ο δείκτης Cronbach's alpha συνολικά για τις εναπομένουσες ερωτήσεις και έλαβε τιμή 0.802. Ο δείκτης Cronbach's α υπολογίστηκε και για κάθε παράγοντα ως εξής : πεποιθήσεις – 0,724, εσωτερικά κίνητρα – 0,626, εξωτερικά κίνητρα – 0,739, σύνθεση της γνώσης – 0,652, διαμοιρασμός – 0,570, συνεργασία – 0,567, ηγεσία – 0,717, κουλτούρα – 0,821, εμπόδια – 0,664. Η τελική έκδοση των πρώτων 40 ερωτήσεων του ερωτηματολογίου, έπειτα δηλαδή από την αφαίρεση των ερωτήσεων που παρουσίασαν χαμηλή συσχέτιση με τις υπόλοιπες σύμφωνα την παραγοντική ανάλυση και την αξιολόγηση του δείκτη Cronbach's alpha, παρουσιάζεται στο σχήμα 9. Η διαφορά με τον αρχικό σχεδιασμό είναι η αφαίρεση ενός παράγοντα, που αφορούσε στις υποδομές και ορισμένων ερωτήσεων αντίστροφης κωδικοποίησης.



Σχήμα 9. Σχηματική απεικόνιση τελικού ερωτηματολογίου

Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι τιμές των σαράντα ερωτήσεων που συνιστούν το ερωτηματολόγιο AKMI στην τελική του μορφή, μαζί με το μέσο όρο, τη διάμεσο, την τιμή ασυμμετρίας (skewness), την τυπική απόκλιση, το μέσο όρο της τιμής του κάθε παράγοντα και το δείκτη Cronbach's Alpha του κάθε παράγοντα (Πίνακας 3).

Πίνακας 3. Τιμές παραγόντων ερωτηματολογίου ΑΚΜΙ

Αντικείμενα	Μέσος όρος	Διάμεσος	Ασυμμετρία	ΤΑ	Μέσος όρος παραγόντων	Cronbach's Alpha
Πεποιθήσεις					4,19	0,724
Κάθε νοσοκομείο πρέπει να διαθέτει πολιτικές Διαχείρισης της Γνώσης (ΔτΓ).	4,26	4,00	-1,548	0,151		
Η ΔτΓ είναι σημαντική για την αποτελεσματικότητα του νοσοκομείου.	4,30	4,00	-1,567	0,151		
Η ΔτΓ βοηθά να μειωθούν τα λάθη.	4,27	4,00	-1,210	0,151		
Η κατάκτηση της γνώσης βοηθά το άτομο να ενεργεί πιο αυτόνομα.	4,12	4,00	-1,068	0,151		
Η αποθήκευση της γνώσης βοηθά στην προσαρμογή των εργαζομένων που μετακινούνται σε διαφορετικά τμήματα του νοσοκομείου.	3,99	4,00	-1,086	0,151		
Εσωτερικά κίνητρα					4,33	0,626
Αισθάνομαι όμορφα όταν μοιράζομαι τη γνώση μου με άλλους.	4,27	4,00	-1,359	0,151		
Όταν γνωρίζω κάτι που είναι χρήσιμο στους συναδέλφους μου, τους ενημερώνω. Είναι θέμα αρχής.	4,42	4,00	-1,450	0,151		
Θα συμμετείχα σε ένα σεμινάριο γιατί μου αρέσει η γνώση, ακόμη και χωρίς να λάβω μόρια ή πιστοποιητικό παρακολούθησης.	4,29	4,00	-1,576	0,151		
Η κατάκτηση της γνώσης μου δίνει δύναμη.	4,35	4,00	-1,827	0,151		
Εξωτερικά κίνητρα					3,55	0,739
Όταν μοιράζομαι τη γνώση, οι συνάδελφοί μου με σέβονται περισσότερο.	3,56	4,00	-0,152	0,152		
Όταν μοιράζομαι τη γνώση, συσφίγγονται οι σχέσεις με τους συναδέλφους μου.	3,64	4,00	-0,345	0,151		
Όταν βοηθώ τους συναδέλφους μου, και αυτοί με βοηθούν	3,59	4,00	-0,484	0,151		

αντίστοιχα.						
Έχω μεγαλύτερες πιθανότητες προαγωγής όταν κατέχω τη γνώση.	3,39	3,00	-0,488	0,151		
Σύνθεση της γνώσης					3,85	0,652
Συνθέτω νέα γνώση μέσω της παρατήρησης του εργασιακού περιβάλλοντος.	3,91	4,00	-1,312	0,151		
Η νέα γνώση δημιουργείται κατά τη διάρκεια ομαδικών συναντήσεων.	3,68	4,00	-0,361	0,151		
Η νέα γνώση δημιουργείται κατά τη διάρκεια σεμιναρίων.	3,95	4,00	-0,571	0,151		
Διαμοιρασμός της γνώσης					3,74	0,669
Η γνώση διαμοιράζεται κατά τη διάρκεια ομαδικών συναντήσεων.	3,65	4,00	-0,597	0,151		
Η γνώση μοιράζεται με τη χρήση ηλεκτρονικών μέσων (ηλεκτρονικές σελίδες, Wikipedia, forum).	3,96	4,00	-0,692	0,151		
Μοιράζομαι τη γνώση με συναδέλφους που είναι φίλοι μου	3,44	4,00	-0,675	0,151		
από το τμήμα μου.	3,91	4,00	-1,206	0,151		
Μοιράζομαι τη γνώση με συναδέλφους και άλλων ειδικοτήτων	3,76	4,00	-0,961	0,152		
από όλο το νοσοκομείο.						
Συνεργασία					4,04	0,567
Επικοινωνώ συχνά με συναδέλφους για να αντιμετωπίσουμε μια νέα κατάσταση.	3,95	4,00	-0,675	0,151		
Όταν συναντώ δυσκολίες, ρωτώ τους συναδέλφους μου.	4,18	4,00	-0,295	0,151		
Όταν γνωρίζω την εργασία των άλλων, αυτό βελτιώνει και τη δική μου απόδοση.	3,97	4,00	-0,486	0,152		
Η συνεργασία στη νέα γνώση μειώνει το άγχος της ευθύνης ενός λάθους.	4,05	4,00	-0,612	0,151		
Ηγεσία					3,23	0,717
Ο προϊστάμενός μου παρέχει την απαιτούμενη γνώση για να λυθούν τα προβλήματα.	3,52	4,00	-0,499	0,152		
Ο προϊστάμενός μου επιβραβεύει τα άτομα που μοιράζονται τις γνώσεις τους.	3,29	4,00	-0,267	0,152		

Η ηγεσία δημιουργεί κανάλια επικοινωνίας που βοηθούν στη γνώση.	2,88	3,00	0,043	0,152		
Κουλτούρα					2,83	0,821
Η ηγεσία στο συγκριμένο νοσοκομείο δεν έχει κατανοήσει τη σημασία της Διαχείρισης της Γνώσης. (αντίστροφη κωδικοποίηση)	2,61	3,00	-0,070	0,152		
Υπάρχουν στρατηγικές ΔτΓ στο νοσοκομείο.	2,64	3,00	0,054	0,152		
Στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, το προσωπικό παροτρύνεται να καινοτομήσει εάν έχει μια νέα ιδέα.	2,77	3,00	0,087	0,152		
Το συγκεκριμένο νοσοκομείο υποστηρίζει την έρευνα.	2,76	3,00	0,043	0,152		
Το συγκεκριμένο νοσοκομείο είναι ένας Οργανισμός δημιουργίας γνώσης.	2,72	3,00	-0,009	0,152		
Η συνεργασία ενισχύει την κουλτούρα της γνώσης στο τμήμα μου.	3,68	4,00	-0,926	0,152		
Δεν υπάρχει κουλτούρα γνώσης στο νοσοκομείο που εργάζομαι (αντίστροφη κωδικοποίηση).	2,95	3,00	-0,048	0,152		
Σε αυτό το νοσοκομείο υπάρχουν κοινόχρηστα αρχεία διαθέσιμα για πληροφόρηση των εργαζομένων.	2,71	3,00	0,140	0,152		
Οι περισσότεροι συνάδελφοι στο νοσοκομείο μοιράζονται ελεύθερα τη γνώση τους.	2,76	3,00	0,011	0,152		
Εμπόδια					2,95	0,644
Το πληροφοριακό σύστημα του νοσοκομείου δεν διευκολύνει τη ΔτΓ.	3,19	3,00	-0,266	0,152		
Δεν έχω πρόσβαση σε πληροφορίες που είναι χρήσιμες στην εργασία μου.	2,81	3,00	0,368	0,151		
Δεν γνωρίζω πολύ καλά πού θα βρω τις πληροφορίες που μου χρειάζονται.	2,84	3,00	0,011	0,151		

3.5.3. Φαινομενική εγκυρότητα και εγκυρότητα περιεχομένου

Η φαινομενική εγκυρότητα (face validity) διαφέρει από άλλα είδη τεχνικής εγκυρότητας. Αφορά στην καταλληλότητα, ευαισθησία και σχετικότητα μιας δοκιμής ή ερωτηματολογίου και των επιμέρους στοιχείων της. Αν και ως όρος, η φαινομενική εγκυρότητα φαίνεται κάπως αόριστος, εν τούτοις αποτελεί σημαντικό στοιχείο για την επιτυχία ενός ερωτηματολογίου (Weiner & Craighead, 2010). Στην παρούσα έρευνα πολλοί συμμετέχοντες ανέφεραν ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ενδιαφέρον και κατανοητό. Πρόσθεσαν ότι συνειδητοποίησαν πόσο χρήσιμη είναι η διαχείριση της γνώσης και πως στο μέλλον θα μπορούσαν να συμμετέχουν περισσότερο στο διαμοιρασμό της γνώσης.

Η εγκυρότητα του περιεχομένου (content validity) είναι ένα χαρακτηριστικό που σχετίζεται με την ικανότητα ενός ερωτηματολογίου να μετρήσει την ιδέα για την οποία προορίζεται. Μπορεί να ελεγχθεί μόνο από επαΐοντες με υποκειμενικά/ποιοτικά κριτήρια (Gotzamani & Tsiotras, 2001). Στην παρούσα περίπτωση, το ερωτηματολόγιο έγινε αντικείμενο εκτεταμένης συζήτησης με τρεις έμπειρους επαγγελματίες υγείας από διάφορα εργασιακά περιβάλλοντα κατά τη διάρκεια της πιλοτικής εφαρμογής για να τεκμηριωθεί η εγκυρότητα περιεχομένου. Επιπροσθέτως, διενεργήθηκε παραγοντική ανάλυση για να εδραιωθεί και η εγκυρότητα της εννοιολογικής κατασκευής (construct validity) (Windisch et al, 2003).

3.6. Στατιστική ανάλυση αποτελεσμάτων

3.6.1. Περιγραφική στατιστική

Η περιγραφική στατιστική χρησιμοποιείται, όταν ο σκοπός της έρευνας είναι να περιγράψει τα δεδομένα που έχουν συλλεχθεί (Weinberg & Abramowitz, 2008). Στην παρούσα εργασία οι συνεχείς μεταβλητές εκφράστηκαν με το μέσο όρο (mean) και την τυπική απόκλιση (TA) και οι κατηγορικές μεταβλητές εκφράστηκαν σε συχνότητες. Ακόμη παρουσιάζεται ένα συνολικό γράφημα πλαισίου – απολήξεων για να γίνει επισκόπηση των αποτελεσμάτων των τελικών παραγόντων του ερωτηματολογίου και ένα διάγραμμα μωσαϊκού που είναι μια γραφική απεικόνιση που επιτρέπει την ταυτόχρονη εξέταση δύο ή περισσότερων κατηγορικών μεταβλητών.

3.6.2. Επαγωγική στατιστική

Η επαγωγική στατιστική χρησιμοποιείται, όταν ο σκοπός της έρευνας είναι να συσχετίζει τα δεδομένα και να καταλήξει σε γενικεύσεις (Weinberg & Abramowitz, 2008). Ο έλεγχος της κανονικότητας των συνεχών μεταβλητών πραγματοποιήθηκε με τους ελέγχους Kolmogorov-Smirnov και Shapiro-Wilk (για μικρά δείγματα), αλλά και με την οπτική επιβεβαίωση μέσα από γραφικές αναπαραστάσεις (ιστογράμματα, normal Q-Q Plots & detrended Q-Q Plots). Από τους ελέγχους φάνηκε ότι η κατανομή δεν παρουσιάζει συμμετρικότητα, συνεπώς για την ανάλυση αξιοποιήθηκαν μη παραμετρικές δοκιμασίες (Πίνακας 4).

Πίνακας 4. Έλεγχοι κανονικότητας Kolmogorov-Smirnov & Shapiro-Wilk

Παράγοντες	Έλεγχος κανονικότητας					
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Πεποιθήσεις	0,176	221	0,000	0,884	221	0,000
Εσωτερικά κίνητρα	0,140	221	0,000	0,897	221	0,000
Εξωτερικά κίνητρα	0,107	221	0,000	0,968	221	0,000
Σύνθεσης	0,222	221	0,000	0,916	221	0,000
Διαμοιρασμός	0,150	221	0,000	0,939	221	0,000
Συνεργασία	0,215	221	0,000	0,933	221	0,000
Ηγεσία	0,075	221	0,004	0,978	221	0,002
Κουλτούρα	0,074	221	0,006	0,988	221	0,062
Εμπόδια	0,107	221	0,000	0,977	221	0,001

a. Διόρθωση σημαντικότητας του Lilieforce

Για τη διερεύνηση της στατιστικής συσχέτισης των ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός συντελεστής Spearman's rho, σύμφωνα με τον οποίο βαθμός $r=0,10$ δηλώνει μικρή συσχέτιση, βαθμός $r=0,30$ μέτρια συσχέτιση και βαθμός $r=0,50$ ή μεγαλύτερος, δηλώνει μεγάλη συσχέτιση. Ως κριτήριο σημαντικότητας ορίστηκε η τιμή του $p < 0,05$. Η τιμή $p < 0,1$ θεωρήθηκε στατιστικά ενδεικτική και η τιμή $p < 0,001$ στατιστικά πολύ σημαντική.

Επιπρόσθετα, η επίδραση της εργασιακής ικανοποίησης στην ηγεσία, την κουλτούρα και τα εμπόδια εφαρμογής της ΔτΓ εξετάστηκαν με σύγκριση των μέσων με αναφορά σε ανάλυση διακύμανσης ANOVA.

3.6.3. Ποσοτική ανάλυση περιεχομένου

Ενώ στη συστηματική ανασκόπηση αξιοποιήθηκε η ποιοτική ανάλυση περιεχομένου, στη μοναδική ανοικτού τύπου ερώτηση του ερωτηματολογίου έγινε χρήση της ποσοτικής ανάλυσης περιεχομένου. Η ποσοτική ανάλυση περιεχομένου παρέχει έναν τρόπο να πραγματοποιηθεί συστηματική και ποσοτική ανάλυση ενός κειμένου με την εφαρμογή δομημένου πλαισίου με σκοπό την περιγραφή μιας κατάστασης (Rose et al, 2014). Σε αυτή την περίπτωση ο στόχος ήταν η αξιοποίηση του έκδηλου περιεχομένου (Berelson 1952).

3.6.4. Δομικά μοντέλα εξισώσεων

Ο όρος μοντέλα δομικών εξισώσεων (structural equation modeling - SEM) αποτελεί ένα γενικό όρο που περιγράφει ένα μεγάλο αριθμό στατιστικών μοντέλων, τα οποία χρησιμοποιούνται για να εκτιμήσουν την εγκυρότητα διατυπωμένων θεωριών σε εμπειρικά δεδομένα (Kolenikov, 2011). Τα μοντέλα αυτά αναφέρονται και με άλλες διατυπώσεις όπως αιτιολογικά μοντέλα (causal modeling), αιτιώδης ανάλυση (causal analysis), μοντέλα ταυτόχρονων εξισώσεων (simultaneous equation modeling), ανάλυση διαδρομών (path analysis) και επιβεβαιωτική ανάλυση περιεχομένου (confirmatory factor analysis). Τα δύο τελευταία είναι στην πραγματικότητα ειδικές κατηγορίες SEM (Ullman & Bentler, (2003).

Η εφαρμογή των μοντέλων δομικών εξισώσεων κερδίζει συνεχώς έδαφος τις τελευταίες τρεις δεκαετίες, σε πολλά επιστημονικά πεδία των κοινωνικών κυρίως επιστημών όπως η ψυχολογία, η διοίκηση και το μάρκετινγκ (Green & Thompson, 2008). Πρόκειται για μια ευέλικτη μέθοδο που μπορεί να εφαρμοσθεί σε πλήθος επιστημονικών ερευνών τόσο σε εμπειρικά όσο σε μη εμπειρικά, σε συγχρονικά και διαχρονικά δεδομένα (Lei & Wu, 2007).

Στατιστικά, τα SEM αποτελούν επεκτάσεις διαδικασιών γενικών γραμμικών παλινδρομήσεων, όπως η ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) και η ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης (multiple regression analysis) (Lei & Wu, 2007). Υπερτερούν όμως, καθώς ξεπερνούν ζητήματα αναδρομικότητας και υπολογίζουν τα σφάλματα μέτρησης (Iacobucci, 2009). Στα πλεονεκτήματά τους περιλαμβάνεται ακόμη η δυνατότητα να

παρουσιάζονται με ένα εύληπτο τρόπο με σχηματική αναπαράσταση των πολλαπλών σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών, οι οποίες όμως απαιτούν μια αρχική εξοικείωση με το αντικείμενο καθώς ακολουθούν μια διαφορετική ορολογία από την κλασική επαγωγική στατιστική.

Τα μοντέλα δομικών εξισώσεων αποτελούνται από δύο μέρη. Το πρώτο είναι η επιβεβαιωτική ανάλυση περιεχομένου (confirmatory factor analysis - CFA), που είναι ένα μοντέλο μέτρησης το οποίο διερευνά πόσο ισχυρές είναι οι σχέσεις ανάμεσα στις παρατηρούμενες με τις λανθάνουσες μεταβλητές. Όπως λέει και η ονομασία της, η μέθοδος αυτή ελέγχει εάν ισχύει μία εκ των προτέρων διατυπωμένη θεωρία. Συνεπώς, ο ερευνητής καθορίζει ποια αντικείμενα θα φορτώσουν σε ποιους παράγοντες, σε αντίθεση με την επεξηγηματική ανάλυση περιεχομένου (explanatory factor analysis) στην οποία όλα τα αντικείμενα φορτώνουν σε όλους τους παράγοντες και ακολουθούν τα συμπεράσματα από τις φορτώσεις (Iacobucci, 2009). Το δεύτερο είναι ένα μοντέλο δομικού μονοπατιού το οποίο σχετίζει τις λανθάνουσες μεταβλητές μεταξύ τους.

Για την ανάλυση του μοντέλου δομικών εξισώσεων που αφορά στα αποτελέσματα της παρούσας διατριβής χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα AMOS v.22. Για την επιβεβαίωση της μονοδιαστατικότητας (unidimensionality) χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS v.22, ενώ η εγκυρότητα υπολογίστηκε στο λογιστικό πρόγραμμα Excel 2007.

3.6.4.1. Απεικόνιση μεταβλητών

Οι μεταβλητές που ερευνώνται και μπορούν να μετρηθούν με τη χρήση κατάλληλων εργαλείων όπως το ύψος, το βάρος, ονομάζονται παρατηρούμενες μεταβλητές (observed variables). Στη βιβλιογραφία συναντά κανείς και άλλες ονομασίες για τις παρατηρούμενες μεταβλητές όπως φανερές ή πρόδηλες μεταβλητές (manifest variables), εξωγενείς μεταβλητές (exogenous variables), δείκτες (indicators) και αντικείμενα (items). Συμβολίζονται με τετράγωνο ή ορθογώνιο παραλληλόγραμμο σχήμα. Αντίστοιχα, οι μεταβλητές που δεν μπορούν να μετρηθούν άμεσα, αλλά προσδιορίζονται μέσα από παρατηρούμενες μεταβλητές (όπως η εργασιακή ικανοποίηση) ονομάζονται μη παρατηρούμενες μεταβλητές (unobserved variables). Εναλλακτικές ορολογίες για τις μη παρατηρούμενες μεταβλητές είναι: λανθάνουσες μεταβλητές (latent variables), ενδογενείς

μεταβλητές (endogenous variables), δομές (constructs), παράγοντες (factors). Στα δομικά μοντέλα εξισώσεων παρουσιάζονται με σχήμα κυκλικό ή οβάλ. Οι παράγοντες μπορεί να είναι κοινοί (common), όταν μοιράζονται σε πολλές παρατηρούμενες μεταβλητές, ή μοναδικοί (unique), όταν η επίδρασή τους σχετίζεται μόνο με μια παρατηρούμενη μεταβλητή. Το σχήμα ολοκληρώνεται με τα σφάλματα μέτρησης που συμβολίζονται από τον κύκλο και το γράμμα e (error). Παρατηρεί κανείς επίσης διάφορα βέλη που παρουσιάζουν σχέσεις προς μία ή και δύο κατευθύνσεις, ανάλογα με την επίδραση που ασκούν τα μέρη μεταξύ τους και τιμές που δείχνουν την σημαντικότητα της σχέσης (Δαφέρμος, 2013, Kolenikov, 2011, Schreiber et al, 2006).

3.6.4.2. Μετρήσεις καταλληλότητας και προσαρμογής

Ένα μοντέλο πρέπει να περάσει τα κατώφλια από ορισμένες στατιστικές δοκιμασίες για να δείξει ότι ευσταθεί. Για τον έλεγχο της απόλυτης προσαρμογής (absolute fit), ο δείκτης χ^2 είναι ο παλαιότερα χρησιμοποιούμενος. Έχει όμως αρκετά μειονεκτήματα, καθώς δεν επιδέχεται αποκλίσεις από την κανονική κατανομή, ενώ πάρα πολύ συχνά απορρίπτει πολύ μεγάλα, ή πολύ μικρά δείγματα (Kenny & McCoach, 2003). Για το λόγο αυτό στην παρουσίαση των αποτελεσμάτων μιας μελέτης επιλέγεται συνήθως να αναφερθεί ο κανονικοποιημένος χ^2 (normed chi-square). Ο δείκτης αυτός υπολογίζεται από το λόγο του χ^2 προς το βαθμό ελευθερίας (degree of freedom – df). Αποδεκτή θεωρείται τιμή μικρότερη από 0,5 για τον κανονικοποιημένο χ^2 (Wheaton et al, 1977), αλλά ιδανικά μικρότερη από 0,3 (Schreiber et al, 2006).

Ένας ακόμη έλεγχος περιλαμβάνει την ομάδα δεικτών για τον έλεγχο της στοιχειώδους προσαρμογής (incremental fit). Για αυτά τα μοντέλα η μηδενική υπόθεση είναι ότι όλες οι μεταβλητές είναι ασυσχέτιστες. Ο πρώτος δείκτης της ομάδας είναι ο κανονικοποιημένος δείκτης προσαρμογής (Normed-fit Index –NFI) που συγκρίνει το χ^2 με τη μηδενική υπόθεση και αποδεκτή τιμή του θεωρείται τιμή μεγαλύτερη του 0,90. Εξέλιξη αυτού αποτελεί ο δείκτης συγκριτικής προσαρμογής (Comparative Fit Index – CFI), καθώς λειτουργεί καλά και σε μικρά δείγματα. Αποδεκτή θεωρείται τιμή $CFI \geq 0,90$ και ιδανικά $\geq 0,95$ (Hooper et al, 2008).

Σε συνδυασμό με τα παραπάνω, είναι καλό να εξεταστεί πόσο «φειδωλό» (parsimonious) είναι ένα μοντέλο, πόσο δηλαδή δεν χρησιμοποιεί παραπάνω ερωτήματα

που δεν προσθέτουν κάτι νέο στην έρευνα, αλλά αντίθετα αυξάνουν την ανάγκη για μεγαλύτερο μέγεθος δείγματος. Οι σχετικοί δείκτες φειδωλότητας που εξετάζονται πρέπει να λάβουν τιμή $\geq 0,50$ (Hooper et al, 2008).

Ένας ακόμη έλεγχος που πραγματοποιείται για να εκτιμηθεί η καλή προσαρμογή ονομάζεται ο δείκτης της τετραγωνικής ρίζας του μέσου σφάλματος της εκτίμησης (Root Mean Square Error of Approximation - RMSEA). Υπολογίζει τη απόκλιση μεταξύ παρατηρούμενου πίνακα συνδυασφοράς προς το βαθμό ελευθερίας και το υποθετικό πίνακα συνδυασφοράς που υποδηλώνει το μοντέλο. Ως δείκτης ορισμένες φορές παρουσιάζει το μειονέκτημα να απορρίπτει υπερβολικά το μοντέλο εάν το δείγμα είναι μικρό (Chen, 2007). Αποδεκτή τιμή για το RMSEA θεωρείται τιμή που δεν μην ξεπερνά το 0,08, και να μην έχει μεγάλα διαστήματα εμπιστοσύνης (Schreiber et al, 2006).

3.6.4.3. Εγκυρότητα και αξιοπιστία του μοντέλου

Στη συνέχεια εξετάζεται η εγκυρότητα κατασκευής (construct validity) του μοντέλου. Η εγκυρότητα κατασκευής είναι ο βαθμός στον οποίο ένα σύνολο μετρήσιμων αντικειμένων πραγματικά αντανακλά τις θεωρητικές λανθάνουσες μεταβλητές που έχει σχεδιαστεί να μετρά, δηλαδή είναι ένα αποτελεσματικό μέτρο μιας θεωρητικής κατασκευής (John & Benet-Martínez, 2000). Υπολογίζεται εκτιμώντας τη συγκλίνουσα, τη διακρίνουσα και τη νομολογική εγκυρότητα (Bertea & Zait, 2011).

Η συγκλίνουσα εγκυρότητα (convergent validity) εκτιμάται από τρία στοιχεία, συγκεκριμένα από τις φορτώσεις των παραγόντων, με τη μέση υπολογισμένη διακύμανση (Average Variance Extracted – AVE) και τη σύνθετη αξιοπιστία (composite reliability). Η σύνθετη αξιοπιστία αποτελεί ένα μέτρο εσωτερικής συνέπειας των αντικειμένων του παράγοντα, απεικονίζοντας το βαθμό που δείχνουν τον κοινό παράγοντα (Werts et al, 1978). Ενδεδειγμένη τιμή θεωρείται για κάθε παράγοντα τιμή $>0,70$, όμως γίνονται αποδεκτές και χαμηλότερες τιμές ιδιαίτερα όταν η έρευνα χαρακτηρίζεται διερευνητική. Αντίστοιχα, η AVE προτείνεται να έχει τιμή $> 0,5$ (Nunnally & Bernstein, 1994).

Η διακρίνουσα εγκυρότητα (discriminant validity) υποθέτει ότι τα αντικείμενα σχετίζονται μεταξύ τους σε υψηλότερο βαθμό από αντικείμενα άλλων κατασκευών με τα οποία θεωρητικά δεν θα πρέπει να συσχετίζονται (Bertea & Zait, 2011). Η διακρίνουσα

εγκυρότητα υπολογίστηκε με την προσέγγιση των Fornell & Larcker (1981) η AVE για κάθε κατασκευή θα πρέπει να είναι υψηλότερη από την τετραγωνική συσχέτιση ανάμεσα στις κατασκευές (Squared Interconstruct Correlation – SIC). Τέλος, η νομολογική εγκυρότητα (nomological validity) ελέγχεται με το να ελέγχεται εάν οι σχέσεις μεταξύ των κατασκευών έχουν νόημα (Diamantopoulos et al, 2013).

Εφόσον η επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση περάσει όλες τις δοκιμασίες, τότε πραγματοποιείται αντίστοιχα το δεύτερο σκέλος του μοντέλου δομικών εξισώσεων, για το οποίο μετράει ο ερευνητής άλλη μια φορά όλους τους παραπάνω δείκτες. Εάν και πάλι οι δείκτες βρίσκονται εντός των καθορισμένων ορίων, τότε το μοντέλο μπορεί να επιβεβαιώσει ή να απορρίψει τις ερευνητικές υποθέσεις.

Κεφάλαιο 4 – Αποτελέσματα

4.1. Δημογραφικά στοιχεία

Το ερωτηματολόγιο συμπλήρωσαν 261 εργαζόμενοι του Γενικού Νοσοκομείου Μεσσηνίας (Νοσηλευτική Μονάδα Καλαμάτας) σε σύνολο 300 που προσεγγίστηκαν (ποσοστό συμπλήρωσης 87%). Πιο συγκεκριμένα, το 29,1% ήταν άνδρες και το 70,9% γυναίκες. Ως προς το επάγγελμα, 39,1% ήταν νοσηλευτές (n=102), 22,6% διοικητικοί υπάλληλοι (n=59), 18% ιατροί (n=47), 8% παραϊατρικό προσωπικό (n=21), 2,7% μαίες και επισκέπτριες υγείας (n=7), και 9,6% ασκούσαν άλλο επάγγελμα (n=25). Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν κατηγορίας ΤΕ (42%), και ακολουθούσαν ΔΕ (21,8%), ΠΕ (16,9%), Μεταπτυχιακό (12,6%), Διδακτορικό (4,2%) και ΥΕ (2,3%). Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν τα 44,61 ($\pm 8,06$) έτη, ο μέσος χρόνος εργασίας σε οποιοδήποτε φορέα ήταν τα 18,94 έτη ($\pm 8,69$) και ο μέσος χρόνος εργασίας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο ήταν τα 14,17 έτη ($\pm 9,18$) (Πίνακας 5). Οι αναλογίες εργαζομένων τόσο στο φύλο, όσο και στις επαγγελματικές ομάδες ομοιάζουν αναλογικά το σύνολο των εργαζομένων.

Πίνακας 5. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

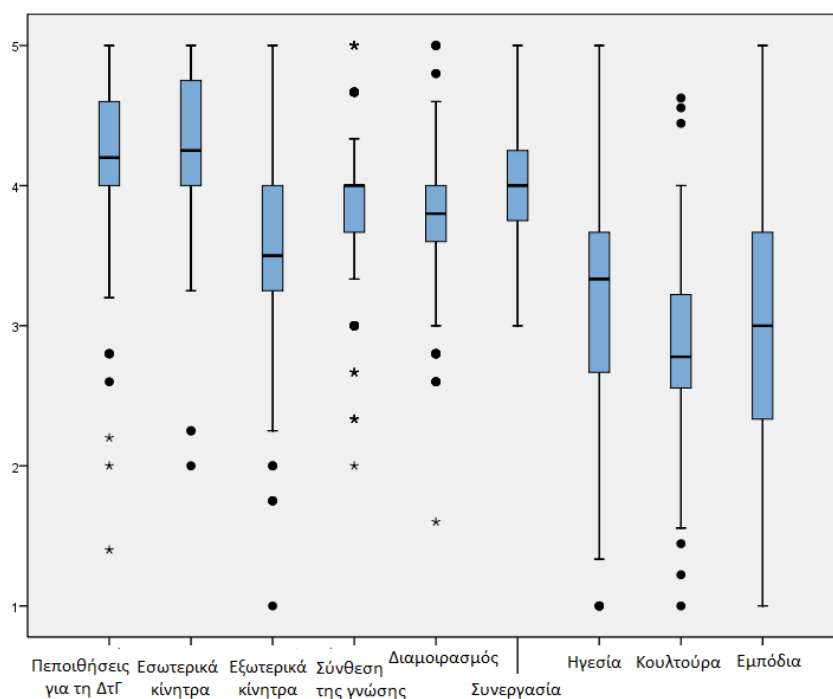
		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Φύλο					
Έγκυρα	Άνδρες	75	28,7	29,1	29,1
	Γυναίκες	183	70,1	70,9	100
	Σύνολο	258	98,9	100	
Δ/Α		3	1,1		
Σύνολο		261	100		
Επάγγελμα					
Έγκυρα	Ιατρός	47	18	18	18
	Νοσηλεύτης/τρια	102	39,1	39,1	57,1
	Διοικητικός υπάλληλος	59	22,6	22,6	79,7
	Παραϊατρικά	21	8	8	87,7
	Μαίες – Επισκέπτριες Υγείας	7	2,7	2,7	90,4
	Άλλο	25	9,6	9,6	100
	Σύνολο	261	100	100	
	Εκπαιδευτικό Επίπεδο				
	ΥΕ	6	2,3	2,3	2,3
	ΔΕ	57	21,8	22,2	24,5
	ΤΕ	107	41	41,6	66,1

ΠΕ	43	16,5	16,7	82,9
Μεταπτυχιακό	33	12,6	12,8	95,7
Διδακτορικό	11	4,2	4,3	100
Σύνολο	257	98,5	100	
Δ/Α	4	1,5		
Σύνολο	261	100		

	N	Min	Max	Mean	Std. Deviation
Ηλικία	254	21	62	44,61	8,18
Συνολική εργασιακή εμπειρία	257	0,4	36	18,94	8,76
Εργασιακή εμπειρία στο συγκεκριμένο νοσοκομείο	256	0,4	35	14,17	9,18

4.2. Περιγραφική στατιστική ανάλυση

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της περιγραφικής στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων. Μια επισκόπηση των τιμών που δόθηκαν ως μέσος όρος σε κάθε παράγοντα παρουσιάζονται στο γράφημα πλαισίου – απολήξεων της εικόνας 10.



Σχήμα 10. Γράφημα πλαισίου – απολήξεων των παραγόντων

4.2.1. Αποτελέσματα για πεποιθήσεις για τη διαχείριση της γνώσης

Η συνολική βαθμολογία του παράγοντα «πεποιθήσεις για τη ΔτΓ» έλαβε υψηλή βαθμολογία με μέσο όρο 4,19 (ΤΑ:0,52). Πιο αναλυτικά το 92% του δείγματος δήλωσε ότι τα νοσοκομεία πρέπει να διαθέτουν πολιτικές ΔτΓ (54,8% συμφωνώ & 37,2% συμφωνώ απόλυτα). Ακόμη μεγαλύτερο ποσοστό 95% υποστήριξε ότι η ΔτΓ είναι σημαντική για την αποτελεσματικότητα του νοσοκομείου (56,7% συμφωνώ & 38,3% συμφωνώ απόλυτα). Το 93,1% φαίνεται να συμφωνεί (56,7%) ή συμφωνεί απόλυτα (36,1%) ότι η ΔτΓ βοηθά να μειωθούν τα λάθη). Κάπως χαμηλότερο ποσοστό 84,5% συμφωνούν (49,8%) ή συμφωνούν απόλυτα (34,5%) ότι η κατάκτηση της γνώσης βοηθά το άτομο να ενεργεί πιο αυτόνομα, και 82% συμφωνούν (57,9%) ή συμφωνούν απόλυτα (24,1%) ότι η αποθήκευση της γνώσης βοηθά στην προσαρμογή των εργαζομένων που μετακινούνται σε διαφορετικά τμήματα του νοσοκομείου (Πίνακας 6).

Πίνακας 6. Αποτελέσματα παράγοντα «Πεποιθήσεις για τη ΔτΓ»

Ερωτήσεις σχετικά με τις πεποιθήσεις για τη Διαχείριση της Γνώσης		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	Σύνολο συμπληρωμένων	Ελλείπουσες τιμές	Σύνολο
1 Κάθε νοσοκομείο πρέπει να διαθέτει πολιτικές Διαχείρισης της Γνώσης (ΔτΓ).	N	4	2	13	143	97	259	2	261
	%	1,5	0,8	5,0	54,8	37,2	99,2	0,8	100,0
2 Η ΔτΓ είναι σημαντική για την αποτελεσματικότητα του νοσοκομείου.	N	3	3	6	148	100	260	1	261
	%	1,1	1,1	2,3	56,7	38,3	99,6	0,4	100,0
3 Η ΔτΓ βοηθά να μειωθούν τα λάθη.	N	2	3	13	148	95	261	0	261
	%	0,8	1,1	5,0	56,7	36,4	100,0	0,0	100,0
5 Η κατάκτηση της γνώσης βοηθά το άτομο να ενεργεί πιο αυτόνομα.	N	2	13	26	130	90	261	0	261
	%	0,8	5,0	10,0	49,8	34,5	100,0	0,0	100,0
6 Η αποθήκευση της γνώσης βοηθά στην προσαρμογή των εργαζομένων που μετακινούνται σε διαφορετικά τμήματα του νοσοκομείου.	N	3	14	28	151	63	259	2	261
	%	1,1	5,4	10,7	57,9	24,1	99,2	0,8	100,0

Από τον παράγοντα «Πεποιθήσεις για τη Διαχείριση της Γνώσης» αποκλείστηκε η δήλωση «Η γνώση είναι αποκλειστική ιδιοκτησία του ατόμου και όχι του νοσοκομείου» στην οποία το δείγμα των συμμετεχόντων φάνηκε να μην έχει ομοιογενή άποψη με το 52,1% να διαφωνεί απόλυτα ή να διαφωνεί με τη δήλωση (Πίνακας 7).

Πίνακας 7. Περιγραφική στατιστική ερώτησης 4 για το σύνολο του δείγματος

Ερώτηση που αποκλείστηκε στον παράγοντα «Πεποιθήσεις για τη Διαχείριση της Γνώσης»		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	Σύνολο συμπληρωμένων	Ελλείψεις τιμές	Σύνολο
4 Η γνώση είναι αποκλειστική ιδιοκτησία του ατόμου και όχι του νοσοκομείου.	N	29	107	49	51	25	261	0	261
	%	11,1	41,0	18,8	19,5	9,6	100,0	0,0	100,0

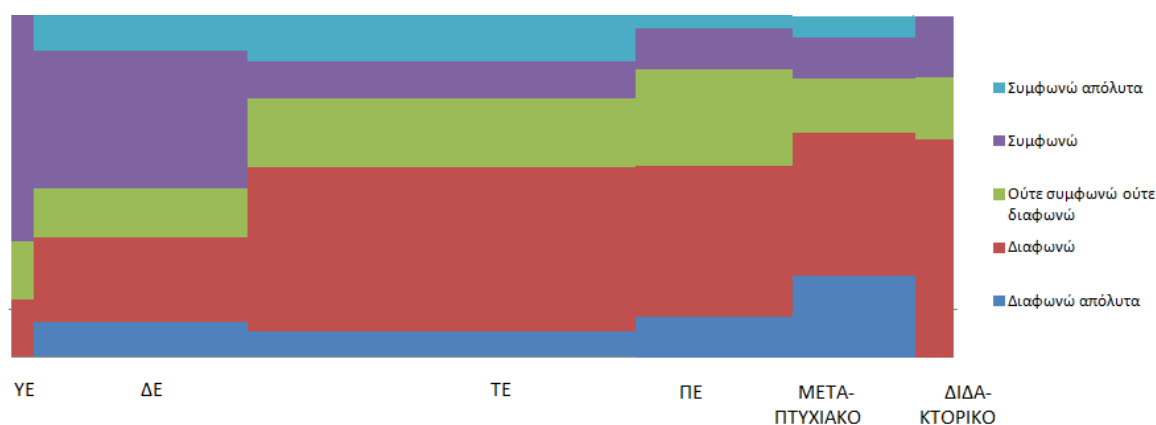
Σε επίπεδο επαγγελματικού κλάδου, ένα πολύ μικρό ποσοστό ιατρών 14,9% συμφωνεί ή συμφωνεί απόλυτα με αυτή την άποψη, σε σύγκριση με τους διοικητικούς υπαλλήλους από τους οποίους το 44,1% συμφωνεί ή συμφωνεί απόλυτα. Αυτό σημαίνει ότι η επαγγελματική κατηγορία των ιατρών φαίνεται να κατανοεί περισσότερο ότι οι γνώσεις αποτελούν ομαδική υπόθεση και όχι ατομική. Αντίστοιχα, φαίνεται ότι όσο αυξάνονται τα έτη εκπαίδευσης, τόσο περισσότερο οι εργαζόμενοι διαπιστώνουν ότι οι γνώσεις ανήκουν στην ομάδα (Πίνακας 8).

Πίνακας 8. Περιγραφική στατιστική ερώτηση 4 σε σχέση με το εκπαιδευτικό επίπεδο

4 Η γνώση είναι αποκλειστική ιδιοκτησία του ατόμου και όχι του νοσοκομείου.				
64 Ποιο είναι το επίπεδο σπουδών σας;		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ	
ΥΕ	Διαφωνώ	1	16,7	
	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	1	16,7	
	Συμφωνώ	4	66,7	
	ΣΥΝΟΛΟ	6	100,0	
ΔΕ	Διαφωνώ απόλυτα	6	10,5	
	Διαφωνώ	14	24,6	
	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	8	14,0	
	Συμφωνώ	23	40,4	
ΣΥΝΟΛΟ	Συμφωνώ απόλυτα	6	10,5	
	ΣΥΝΟΛΟ	57	100,0	
	ΤΕ	Διαφωνώ απόλυτα	9	8,4
		Διαφωνώ	50	46,7
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ		21	19,6	
Συμφωνώ		12	11,2	
ΣΥΝΟΛΟ	Συμφωνώ απόλυτα	15	14,0	
	ΣΥΝΟΛΟ	107	100,0	
	ΠΕ	Διαφωνώ απόλυτα	5	11,6
		Διαφωνώ	19	44,2
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ		12	27,9	
Συμφωνώ		5	11,6	
ΣΥΝΟΛΟ	Συμφωνώ απόλυτα	2	4,7	
	ΣΥΝΟΛΟ	43	100,0	
	Μεταπτυχιακό	Διαφωνώ απόλυτα	8	24,2
		Διαφωνώ	14	42,4
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ		5	15,2	

	Συμφωνώ	4	12,1
	Συμφωνώ απόλυτα	2	6,1
	ΣΥΝΟΛΟ	33	100,0
Διδακτορικό	Διαφωνώ	7	63,6
	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	2	18,2
	Συμφωνώ	2	18,2
	ΣΥΝΟΛΟ	11	100,0

Τα αποτελέσματα από τη συγκεκριμένη ερώτηση παρουσιάζονται πιο αναπαραστατικά μέσα από ένα διάγραμμα μωσαϊκού (Σχήμα 11).



Σχήμα 11. Αποτελέσματα σε «Η γνώση είναι αποκλειστική ιδιοκτησία του ατόμου και όχι του νοσοκομείου» ανάλογα με το εκπαιδευτικό επίπεδο»

4.2.2. Αποτελέσματα για εσωτερικά κίνητρα

Η συνολική βαθμολογία του παράγοντα «εσωτερικά κίνητρα» ήταν υψηλή με μέσο όρο 4,33 (ΤΑ:0,49). Συγκεκριμένα, το 93,1% του δείγματος δήλωσε ότι αισθάνεται όμορφα όταν μοιράζεται τη γνώση του με άλλους (57,5% συμφωνώ & 35,2% συμφωνώ απόλυτα). Ακόμη μεγαλύτερο ποσοστό 96,1% υποστήριξε ότι όταν γνωρίζουν κάτι που είναι χρήσιμο στους συναδέλφους τους, τους ενημερώνουν, καθώς είναι θέμα αρχής (49% συμφωνώ & 47,1% συμφωνώ απόλυτα). Το 92,3% φαίνεται να συμφωνεί (52,5%) ή συμφωνεί απόλυτα (39,8%) ότι θα συμμετείχαν σε ένα σεμινάριο γιατί τους αρέσει η γνώση, ακόμη και χωρίς να λάβουν μόρια ή πιστοποιητικό. Τέλος, το 91,5% συμφωνούν (42,1%) και συμφωνούν απόλυτα (49,4%) ότι η κατάκτηση της γνώσης δίνει δύναμη στο άτομο (Πίνακας 9).

Πίνακας 9. Αποτελέσματα παράγοντα «Εσωτερικά κίνητρα»

Ερωτήσεις σχετικά με τα εσωτερικά κίνητρα		Διαφωνό απόλυτα	Διαφωνό	Ούτε συμφωνό ούτε διαφωνό	Συμφωνό	Συμφωνό απόλυτα	Σύνολο συμπληρωμένων	Ελλεί πουσε ς τιμές	Σύνολο
7 Αισθάνομαι όμορφα όταν μοιράζομαι τη γνώση μου με άλλους.	N	3	1	13	150	93	260	1	261
	%	1,1	0,4	5,0	57,5	35,6	99,6	0,4	100,0
8 Όταν γνωρίζω κάτι που είναι χρήσιμο στους συναδέλφους μου, τους ενημερώνω. Είναι θέμα αρχής.	N	2	1	6	128	123	260	1	261
	%	0,8	0,4	2,3	49,0	47,1	99,6	0,4	100,0
9 Θα συμμετείχα σε ένα σεμινάριο γιατί μου αρέσει η γνώση, ακόμη και χωρίς να λάβω μόρια ή πιστοποιητικό παρακολούθησης.	N	4	2	13	137	104	260	1	261
	%	1,5	0,8	5,0	52,5	39,8	99,6	0,4	100,0
12 Η κατάρτιση της γνώσης μου δίνει δύναμη.	N	5	6	10	110	129	260	1	261
	%	1,9	2,3	3,8	42,1	49,4	99,6	0,4	100,0

Οι ερωτήσεις 10 και 11 του αρχικού ερωτηματολογίου, ερωτήσεις που αρχικά τοποθετήθηκαν με πρόθεση την αντίστροφη κωδικοποίηση, δεν περιλήφθηκαν στον παράγοντα εσωτερικά κίνητρα. Παρουσιάζουν όμως ενδιαφέρον καθώς το σύνολο σχεδόν του δείγματος (97,1%) διαφωνούν με την άποψη ότι τους είναι αδιάφορο να ενημερωθούν για τις εξελίξεις στον τομέα τους. Αντίστοιχα το 72,1% διαφωνούν απόλυτα (33%) ή διαφωνούν (39,1%) με την άποψη ότι δεν έχουν κίνητρο να μάθουν νέα πράγματα στο χώρο της εργασίας τους (Πίνακας 10). Ιδιαίτερα τα άτομα που δεν ήταν καθόλου ικανοποιημένα από την εργασία τους απάντησαν κατά 71,4% ότι δεν έχουν κίνητρο να μάθουν νέα πράγματα από την εργασία τους (συμφωνώ 57,1%, συμφωνώ απόλυτα 14,3%).

Πίνακας 10. Περιγραφική στατιστική ερωτήσεων 10 & 11 για το σύνολο του δείγματος

Ερωτήσεις που αποκλείστηκαν στον παράγοντα «Εσωτερικά κίνητρα»		Διαφωνό απόλυτα	Διαφωνό	Ούτε συμφωνό ούτε διαφωνό	Συμφωνό	Συμφωνό απόλυτα	Σύνολο συμπληρωμένων	Ελλεί πουσε ς τιμές	Σύνολο
10 Μου είναι αδιάφορο να ενημερωθώ για τις εξελίξεις στον τομέα μου.	N	143	111	2	4	1	261	0	261
	%	54,8	42,5	0,8	1,5	0,4	100,0	0,0	100,0
11 Δεν έχω κίνητρο να μάθω νέα πράγματα στον χώρο εργασίας μου.	N	86	102	31	32	10	261	0	261
	%	33,0	39,1	11,9	12,3	3,8	100,0	0,0	100,0

4.2.3. Αποτελέσματα για εξωτερικά κίνητρα

Ο παράγοντας «εξωτερικά κίνητρα» έλαβε συνολική βαθμολογία 3,55 (ΤΑ:0,66). Στη δήλωση «Όταν μοιράζομαι τη γνώση, οι συνάδελφοί μου με σέβονται περισσότερο» το 38,7% ούτε συμφωνεί, ούτε διαφωνεί, το 40,6% συμφωνεί και το 11,5% συμφωνεί απόλυτα. Στη δήλωση «Όταν μοιράζομαι τη γνώση, συσφίγγονται οι σχέσεις με τους συναδέλφους μου» οι συμμετέχοντες απάντησαν κατά 36% ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ, συμφωνώ κατά 42,5% και συμφωνώ απόλυτα κατά 14,6%. Στη δήλωση «Όταν βοηθώ τους συναδέλφους μου, και αυτοί με βοηθούν αντίστοιχα», το 30,7% ούτε συμφωνεί, ούτε διαφωνεί, το 48,7% συμφωνεί και το 10,7% συμφωνεί απόλυτα. Ακόμη το 34,5% των συμμετεχόντων ούτε συμφωνεί, ούτε διαφωνεί στη δήλωση «Έχω μεγαλύτερες πιθανότητες προαγωγής όταν κατέχω τη γνώση», συμφωνεί το 37,9% και συμφωνεί απόλυτα το 11,5% (Πίνακας 11).

Πίνακας 11. Αποτελέσματα παράγοντα «Εξωτερικά κίνητρα»

Ερωτήσεις σχετικά με τα εξωτερικά κίνητρα		Διαφω νό απόλυ τα	Διαφω νό	Ούτε συμφω νό ούτε διαφω νό	Συμφω νό	Συμφω νό απόλυ τα	Σύνολο συμπληρ ωμένων	Ελλεί πουσε ς τιμές	Σύνολο
13 Όταν μοιράζομαι τη γνώση, οι συνάδελφοί μου με σέβονται περισσότερο.	N	2	18	101	106	30	257	4	261
	%	0,8	6,9	38,7	40,6	11,5	98,5	1,5	100,0
14 Όταν μοιράζομαι τη γνώση, συσφίγγονται οι σχέσεις με τους συναδέλφους μου.	N	4	13	94	111	38	260	1	261
	%	1,5	5,0	36,0	42,5	14,6	99,6	0,4	100,0
15 Όταν βοηθώ τους συναδέλφους μου, και αυτοί με βοηθούν αντίστοιχα.	N	3	23	80	127	28	261	0	261
	%	1,1	8,8	30,7	48,7	10,7	100,0	0,0	100,0
17 Έχω μεγαλύτερες πιθανότητες προαγωγής όταν κατέχω τη γνώση.	N	14	28	90	99	30	261	0	261
	%	5,4	10,7	34,5	37,9	11,5	100,0	0,0	100,0

Από τον παράγοντα «Εξωτερικά κίνητρα» αποκλείστηκε η δήλωση «Δεν αισθάνομαι ότι επιβραβεύομαι όταν συμμετέχω στη Διαχείριση της Γνώσης» στην οποία οι συμμετέχοντες φάνηκε να μην έχει ομοιογενή άποψη με το 33,7% ούτε να συμφωνεί ούτε να διαφωνεί απόλυτα και το 37,5% να συμφωνεί με τη δήλωση (Πίνακας 12). Ειδικά το 65,6% των ατόμων που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο και είναι λίγο ικανοποιημένοι από την εργασία τους δήλωσαν ότι δεν αισθάνονται να επιβραβεύονται όταν συμμετέχουν στη ΔτΓ (53,1% συμφωνώ, 12,5% συμφωνώ απόλυτα).

Πίνακας 12. Περιγραφική στατιστική ερώτησης 16 για το σύνολο του δείγματος

Ερώτηση που αποκλείστηκε στον παράγοντα «Πεποιθήσεις για τη Διαχείριση της Γνώσης»		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	Σύνολο συμπληρωμένων	Ελλείψεις τιμές	Σύνολο
16 Δεν αισθάνομαι ότι επιβραβεύομαι όταν συμμετέχω στη Διαχείριση της Γνώσης.	N	4	46	88	98	23	259	2	261
	%	1,5	17,6	33,7	37,5	8,8	99,2	0,8	100,0

4.2.4. Αποτελέσματα για σύνθεση της γνώσης

Η συνολική βαθμολογία για τον παράγοντα «Σύνθεση της γνώσης» είναι 3,85 (TA:0,52). Πιο αναλυτικά, με τη δήλωση «Συνθέτω νέα γνώση μέσω της παρατήρησης του εργασιακού περιβάλλοντος» συμφωνούν 71,6% των συμμετεχόντων και συμφωνούν απόλυτα το 12,3% (σύνολο 88,9%). Με τη δήλωση «Η νέα γνώση δημιουργείται κατά τη διάρκεια ομαδικών συναντήσεων» συμφωνούν 53,3% και συμφωνούν απόλυτα το 10,7% (σύνολο 64%). Επιπροσθέτως, με τη δήλωση «Η νέα γνώση δημιουργείται κατά τη διάρκεια σεμιναρίων» συμφωνούν 69% των συμμετεχόντων και συμφωνούν απόλυτα το 14,2% (σύνολο 73,2) (Πίνακας 13).

Πίνακας 13. Αποτελέσματα παράγοντα «Σύνθεση της γνώσης»

Ερωτήσεις σχετικά τη σύνθεση της γνώσης		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	Σύνολο συμπληρωμένων	Ελλείψεις τιμές	Σύνολο
18 Συνθέτω νέα γνώση μέσω της παρατήρησης του εργασιακού περιβάλλοντος.	N	2	11	27	187	32	259	2	261
	%	0,8	4,2	10,3	71,6	12,3	99,2	0,8	100,0
19 Η νέα γνώση δημιουργείται κατά τη διάρκεια ομαδικών συναντήσεων.	N	0	18	75	139	28	260	1	261
	%	0,0	6,9	28,7	53,3	10,7	99,6	0,4	100,0
20 Η νέα γνώση δημιουργείται κατά τη διάρκεια σεμιναρίων.	N	0	6	38	180	37	261	0	261
	%	0,0	2,3	14,6	69,0	14,2	100,0	0,0	100,0

4.2.5. Αποτελέσματα για διαμοιρασμό της γνώσης

Η συνολική βαθμολογία για τον παράγοντα «Διαμοιρασμός της γνώσης» είναι 3,81 (TA:0,46). Τον παράγοντα απαρτίζουν πέντε δηλώσεις. Με τη δήλωση «Η γνώση διαμοιράζεται κατά τη διάρκεια ομαδικών συναντήσεων», ούτε συμφωνούν, ούτε

διαφωνούν 29,5% των συμμετεχόντων, 57,5% συμφωνούν και συμφωνούν απόλυτα 6,9%. Με τη άποψη «Η γνώση μοιράζεται με τη χρήση ηλεκτρονικών μέσων (ηλεκτρονικές σελίδες, Wikipedia, forum)» συμφωνούν πολύ περισσότεροι (66,7% συμφωνώ και 15,3% συμφωνώ απόλυτα). Αναφορικά με το με ποιους μοιράζονται οι συμμετέχοντες τη γνώση τους, η πλειοψηφία της μοιράζεται με συναδέλφους που είναι και φίλοι (60,7%), συναδέλφους από το τμήμα (84,7%), και κάπως λιγότεροι με συναδέλφους από όλο το νοσοκομείο (72,4%) (Πίνακας 14).

Πίνακας 14. Αποτελέσματα παράγοντα «Διαμοιρασμός της γνώσης»

Ερωτήσεις σχετικά το διαμοιρασμό της γνώσης		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	Σύνολο συμπληρωμένων	Ελλείψεις τιμές	Σύνολο
24. Η γνώση διαμοιράζεται κατά τη διάρκεια ομαδικών συναντήσεων	N	1	15	77	150	18	261	0	261
	%	0,4	5,7	29,5	57,5	6,9	100,0	0,0	100,0
25 Η γνώση μοιράζεται με τη χρήση ηλεκτρονικών μέσων (ηλεκτρονικές σελίδες, Wikipedia, forum).	N	1	4	40	174	40	259	2	261
	%	0,4	1,5	15,3	66,7	15,3	99,2	0,8	100,0
26 Μοιράζομαι τη γνώση με συναδέλφους που είναι φίλοι μου	N	6	51	43	143	18	261	0	261
	%	2,3	19,5	16,5	54,8	6,9	100,0	0,0	100,0
27 Μοιράζομαι τη γνώση με συναδέλφους από το τμήμα μου.	N	1	13	26	189	32	261	0	261
	%	0,4	5,0	10,0	72,4	12,3	100,0	0,0	100,0
28 Μοιράζομαι τη γνώση με συναδέλφους από όλο το νοσοκομείο.	N	2	12	55	167	22	258	3	261
	%	0,8	4,6	21,1	64,0	8,4	98,9	1,1	100,0

4.2.6. Αποτελέσματα για συνεργασία

Η συνολική βαθμολογία για τον παράγοντα «Συνεργασία» είναι 4,04 (ΤΑ:0,57). Πιο συγκεκριμένα, το 82,8% δηλώνουν «Επικοινωνώ συχνά με συναδέλφους για να αντιμετωπίσουμε μια νέα κατάσταση» (συμφωνώ 68,2%, συμφωνώ απόλυτα 14,6%), το 96,2% όταν συναντούν δυσκολίες, ρωτούν τους συναδέλφους τους (συμφωνώ 68,2%, συμφωνώ απόλυτα 14,6% στη σχετική δήλωση), 81,2 % συμφωνούν (64%) ή συμφωνούν απόλυτα (17,2%) πως όταν γνωρίζουν την εργασία των άλλων, αυτό βελτιώνει και τη δική τους απόδοση. Επιπρόσθετα, 85,4% συμφωνούν (63,2%) ή συμφωνούν απόλυτα (22,2%) πως «Η συνεργασία στη νέα γνώση μειώνει το άγχος της ευθύνης ενός λάθους» (Πίνακας 15).

Πίνακας 15. Αποτελέσματα παράγοντα «Συνεργασία»

Ερωτήσεις σχετικά τη συνεργασία		Διαφω νό απόλυ τα	Διαφω νό	Ούτε συμφω νό ούτε διαφω νό	Συμφω νό	Συμφω νό απόλυ τα	Σύνολο συμπληρ ωμένων	Ελλεί πουσε ς τιμές	Σύνολο
30 Επικοινωνώ συχνά με συναδέλφους για να αντιμετωπίσουμε μια νέα κατάσταση.	N	0	8	36	178	38	260	1	261
	%	0,0	3,1	13,8	68,2	14,6	99,6	0,4	100,0
31 Όταν συναντώ δυσκολίες, ρωτώ τους συναδέλφους μου.	N	0	3	7	190	61	261	0	261
	%	0,0	1,1	2,7	72,8	23,4	100,0	0,0	100,0
33 Όταν γνωρίζω την εργασία των άλλων, αυτό βελτιώνει και τη δική μου απόδοση.	N	0	6	40	167	45	258	3	261
	%	0,0	2,3	15,3	64,0	17,2	98,9	1,1	100,0
34 Η συνεργασία στη νέα γνώση μειώνει το άγχος της ευθύνης ενός λάθους.	N	0	7	30	165	58	260	1	261
	%	0,0	2,7	11,5	63,2	22,2	99,6	0,4	100,0

4.2.7. Αποτελέσματα για ηγεσία

Ο παράγοντας «Ηγεσία» έλαβε συνολική βαθμολογία 3,23 (ΤΑ:0,67). Αν και ο προϊστάμενος θα έπρεπε να παρέχει την απαιτούμενη γνώση για να λυθούν τα προβλήματα, μόλις το 55,2% θεωρεί ότι αυτό ισχύει στο συγκεκριμένο νοσοκομείο (39,5% συμφωνώ & 15,7% συμφωνώ απόλυτα). Ακόμη λιγότεροι (43,7%) συμφωνούν (34,1%) ή συμφωνούν απόλυτα (9,6%) ότι ο προϊστάμενος επιβραβεύει τα άτομα που μοιράζονται τις γνώσεις τους, και λιγότεροι από τους μισούς (29,1%) συμφωνούν (34,1%) ή συμφωνούν απόλυτα (14,7%) ότι η ηγεσία έχει κατανοήσει τη σημασία της ΔτΓ. Μόλις το 14,5% συμφωνούν (13,4%) ή συμφωνούν απόλυτα (1,1%) ότι υπάρχουν στρατηγικές ΔτΓ στο νοσοκομείο και ένα 27,6% συμφωνούν (24,5%) ή συμφωνούν απόλυτα (3,1%) ότι η ηγεσία δημιουργεί κανάλια επικοινωνίας που βοηθούν στη γνώση. Προφανώς στο συγκεκριμένο νοσοκομείο θα πρέπει να γίνει αρκετή δουλειά από πλευράς ηγεσίας προς αυτή την κατεύθυνση.

Πίνακας 16. Αποτελέσματα παράγοντα «Ηγεσία»

Ερωτήσεις σχετικά την ηγεσία		Διαφω νό απόλυ τα	Διαφω νό	Ούτε συμφω νό ούτε διαφω νό	Συμφω νό	Συμφω νό απόλυ τα	Σύνολο συμπληρ ωμένων	Ελλεί πουσε ς τιμές	Σύνολο
35 Ο προϊστάμενός μου παρέχει την απαιτούμενη γνώση για να λυθούν τα προβλήματα.	N	10	31	72	103	41	257	4	261
	%	3,8	11,9	27,6	39,5	15,7	98,5	1,5	100,0

	N	11	42	93	89	25	260	1	261
36 Ο προϊστάμενός μου επιβραβεύει τα άτομα που μοιράζονται τις γνώσεις τους.	%	4,2	16,1	35,6	34,1	9,6	99,6	,4	100,0
	N	15	80	91	64	8	258	3	261
39 Η ηγεσία δημιουργεί κανάλια επικοινωνίας που βοηθούν στη γνώση.	%	5,7	30,7	34,9	24,5	3,1	98,9	1,1	100,0

4.2.8. Αποτελέσματα για κουλτούρα

Ο παράγοντας «Κουλτούρα» βαθμολογήθηκε συνολικά με 2,83 (ΤΑ:0,59). Αναλυτικότερα, μόνο το 20,7% συμφωνεί (17,6%) ή συμφωνεί απόλυτα (3,1%) ότι στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, το προσωπικό παροτρύνεται να καινοτομήσει εάν έχει μια νέα ιδέα, και το 20,3% συμφωνεί (17,2%) ή συμφωνεί απόλυτα (3,1%) ότι το συγκεκριμένο νοσοκομείο υποστηρίζει την έρευνα. Ακόμη χαμηλότερο είναι το ποσοστό (16,5%) που συμφωνεί (17,2%) ή συμφωνεί απόλυτα (3,1%) ότι το συγκεκριμένο νοσοκομείο είναι ένας Οργανισμός δημιουργίας γνώσης. Το 67,1% συμφωνεί (57,1%) ή συμφωνεί απόλυτα (10%) ότι όταν υπάρχει συνεργασία ενισχύεται η κουλτούρα της γνώσης στο εκάστοτε τμήμα, όμως μόνο 29,9% συμφωνεί (24,9%) ή συμφωνεί απόλυτα (5%) ότι υπάρχει κουλτούρα γνώσης στο νοσοκομείο που εργάζεται. Κάπως περισσότεροι (37,1%) συμφωνούν (31,4%) ή συμφωνούν απόλυτα (5,7%) ότι στο νοσοκομείο που εργάζονται υπάρχουν κοινόχρηστα αρχεία διαθέσιμα για πληροφόρηση των εργαζομένων. Τέλος, μόλις 19,9% συμφωνούν (18,8%) ή συμφωνούν απόλυτα (1,1%) ότι οι περισσότεροι συνάδελφοι στο νοσοκομείο μοιράζονται ελεύθερα τη γνώση τους (Πίνακας 17).

Πίνακας 17. Αποτελέσματα παράγοντα «Κουλτούρα»

Ερωτήσεις σχετικά την κουλτούρα		Διαφο νό απόλυ τα	Διαφο νό	Ούτε συμφω νό ούτε διαφο νό	Συμφω νό	Συμφω νό απόλυ τα	Σύνολο συμπληρ ωμένων	Ελλεί πουσε ς τιμές	Σύνολο
37 Η ηγεσία στο συγκριμένο νοσοκομείο δεν έχει κατανοήσει τη σημασία της Διαχείρισης της Γνώσης (αντίστροφη κωδικοποίηση, έχει κατανοήσει)	N	6	40	98	76	38	258	3	261
	%	2,3	15,3	37,5	29,1	14,6	98,9	1,1	100,0
38 Υπάρχουν στρατηγικές ΔτΓ στο νοσοκομείο.	N	23	88	108	35	3	257	4	261
	%	8,8	33,7	41,4	13,4	1,1	98,5	1,5	100,0
40 Στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, το προσωπικό παροτρύνεται να καινοτομήσει εάν έχει μια νέα ιδέα	N	22	77	103	46	8	256	5	261
	%	8,4	29,5	39,5	17,6	3,1	98,1	1,9	100,0
41 Το συγκεκριμένο νοσοκομείο υποστηρίζει την έρευνα.	N	25	73	106	45	8	257	4	261
	%	9,6	28,0	40,6	17,2	3,1	98,5	1,5	100,0

42 Το συγκεκριμένο νοσοκομείο είναι ένας Οργανισμός δημιουργίας γνώσης.	N	23	75	117	38	5	258	3	261
	%	8,8	28,7	44,8	14,6	1,9	98,9	1,1	100,0
43 Η συνεργασία ενισχύει την κουλτούρα της γνώσης στο τμήμα μου.	N	5	16	61	149	26	257	4	261
	%	1,9	6,1	23,4	57,1	10,0	98,5	1,5	100,0
44 Δεν υπάρχει κουλτούρα γνώσης στο νοσοκομείο που εργάζομαι (αντίστροφη κωδικοποίηση).	N	11	55	112	65	13	256	5	261
	%	4,2	21,1	42,9	24,9	5,0	98,1	1,9	100,0
45 Σε αυτό το νοσοκομείο υπάρχουν κοινόχρηστα αρχεία διαθέσιμα για πληροφόρηση των εργαζομένων.	N	11	41	109	82	15	258	3	261
	%	4,2	15,7	41,8	31,4	5,7	98,9	1,1	100,0
23 Οι περισσότεροι συνάδελφοι στο νοσοκομείο μοιράζονται ελεύθερα τη γνώση τους.	N	16	84	107	49	3	259	2	261
	%	6,1	32,2	41,0	18,8	1,1	99,2	0,8	100,0

4.2.9. Αποτελέσματα για εμπόδια

Ο παράγοντας «εμπόδια» αποτελείται από τρεις δηλώσεις και έλαβε συνολική βαθμολογία 2,95 (TA:0,71). Το 36,1% του δείγματος συμφωνεί (31,4%) ή συμφωνεί απόλυτα ότι το πληροφοριακό σύστημα του νοσοκομείου δεν διευκολύνει τη ΔτΓ. Παρόλα αυτά μόνο το 22,6% αναφέρει ότι δεν έχει πρόσβαση σε πληροφορίες που είναι χρήσιμες στην εργασία μου και το 30,7% ότι δεν γνωρίζουν πολύ καλά που θα βρουν τις πληροφορίες που τους χρειάζονται (Πίνακας 18).

Πίνακας 18. Αποτελέσματα παράγοντα «Εμπόδια»

Ερωτήσεις σχετικά τη εμπόδια		Διαφω νό απόλυ τα	Διαφω νό	Ούτε συμφω νό ούτε διαφω νό	Συμφω νό	Συμφω νό απόλυ τα	Σύνολο συμπληρ ωμένων	Ελλεί πουσε ς τιμές	Σύνολο
46 Το πληροφοριακό σύστημα του νοσοκομείου δεν διευκολύνει τη ΔτΓ.	N	11	41	109	82	15	258	3	261
	%	4,2	15,7	41,8	31,4	5,7	98,9	1,1	100,0
52 Δεν έχω πρόσβαση σε πληροφορίες που είναι χρήσιμες στην εργασία μου.	N	6	101	93	53	6	259	2	261
	%	2,3	38,7	35,6	20,3	2,3	99,2	0,8	100,0
53 Δεν γνωρίζω πολύ καλά πού θα βρω τις πληροφορίες που μου χρειάζονται.	N	15	98	67	74	6	260	1	261
	%	5,7	37,5	25,7	28,4	2,3	99,6	0,4	100,0

Ορισμένα εμπόδια που είχαν διατυπωθεί σε άλλες έρευνες δεν επιβεβαιώθηκαν. Για παράδειγμα μόλις το 19,5% συμφωνεί (18%) ή συμφωνεί απόλυτα (1,5%) ότι δεν έχει χρόνο να μελετήσει νέα πράγματα. Ειδικά για τα εμπόδια της διαχείρισης της γνώσης, το θέμα πρόκειται να διαλευκανθεί περισσότερο από την ανοικτού τύπου σχετική ερώτηση, την οποία απάντησαν οι συμμετέχοντες.

4.3. Επαγωγική στατιστική ανάλυση 4.3.1. Ερευνητική συσχέτιση πεποιθήσεων για τη ΔτΓ και εσωτερικών κινήτρων

Διερευνάται η ερευνητική υπόθεση αν υπάρχει σχέση μεταξύ των θετικών πεποιθήσεων για τη διαχείριση της γνώσης με τα εσωτερικά κίνητρα ως εξής:

H_0 Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των θετικών πεποιθήσεων για τη ΔτΓ με τα εσωτερικά κίνητρα για συμμετοχή σε αυτή τη φιλοσοφία

H_1 Υπάρχει (μερική) συσχέτιση μεταξύ των θετικών πεποιθήσεων για τη ΔτΓ με τα εσωτερικά κίνητρα για συμμετοχή σε αυτή τη φιλοσοφία

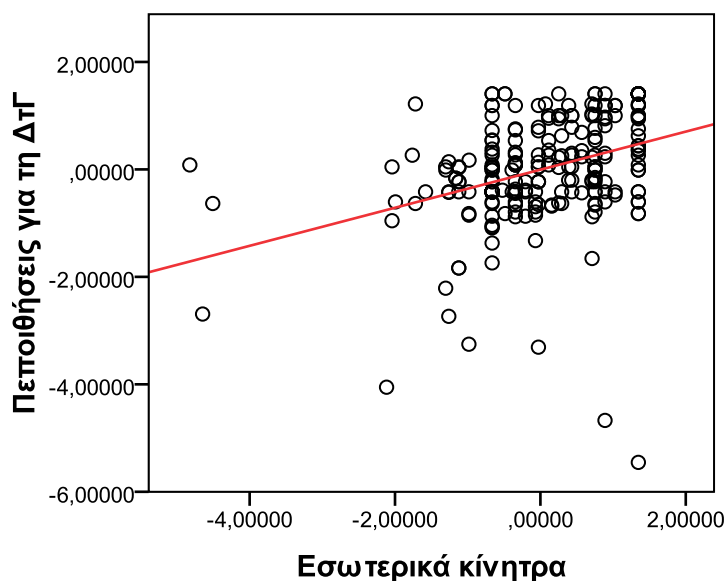
Πίνακας 19. Συσχέτιση πεποιθήσεων για τη ΔτΓ και εσωτερικών κινήτρων με Spearman's rho

Συσχετίσεις ^a			
		Πεποιθήσεις για τη ΔτΓ	Εσωτερικά κίνητρα
Πεποιθήσεις για τη ΔτΓ	Συντελεστής συσχέτισης	1,000	0,414**
	Sig. (2-tailed)	.	0,000
Εσωτερικά κίνητρα	Συντελεστής συσχέτισης	0,414**	1,000
	Sig. (2-tailed)	0,000	.

Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,01 (διπλής ουράς)

a. Pairwise N = 253

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι υπάρχει μια στατιστικά πολύ σημαντική ($p < 0,001$) μέτρια ($\text{rho} = 0,414$) θετική συσχέτιση μεταξύ των θετικών πεποιθήσεων για τη ΔτΓ με τα εσωτερικά κίνητρα για συμμετοχή σε αυτή τη φιλοσοφία. Σύμφωνα με το διάγραμμα όμως υπάρχουν και αρκετά απομονωμένα στοιχεία (Σχήμα 12).



Σχήμα 12. Σχέση πεποιθήσεων για τη ΔτΓ και εσωτερικών κινήτρων

4.3.2. Ερευνητική συσχέτιση πεποιθήσεων για τη ΔτΓ και εξωτερικών κινήτρων

Ακόμη, διερευνάται η ερευνητική υπόθεση αν υπάρχει σχέση μεταξύ των θετικών πεποιθήσεων για τη διαχείριση της γνώσης με τα εξωτερικά κίνητρα ως εξής:

H_0 Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των θετικών πεποιθήσεων με τα εξωτερικά κίνητρα για συμμετοχή στη ΔτΓ

H_1 Υπάρχει (μερική) συσχέτιση μεταξύ των θετικών πεποιθήσεων με τα εξωτερικά κίνητρα για συμμετοχή στη ΔτΓ

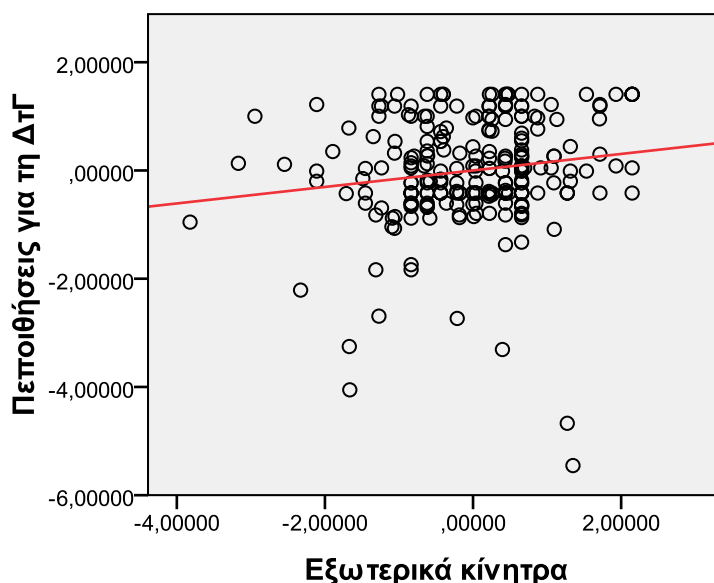
Πίνακας 20. Συσχέτιση πεποιθήσεων για τη ΔτΓ και εξωτερικών κινήτρων με Spearman's rho

Συσχετίσεις ^a			
		Πεποιθήσεις για τη ΔτΓ	Εξωτερικά κίνητρα
Πεποιθήσεις για τη ΔτΓ	Συντελεστής συσχέτισης	1,000	0,163**
	Sig. (2-tailed)	.	0,010
Εξωτερικά κίνητρα	Συντελεστής συσχέτισης	0,163**	1,000
	Sig. (2-tailed)	0,010	.

Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,01 (διπλής ουράς)

a. Pairwise N = 253

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι υπάρχει μια στατιστικά σημαντική ($p < 0,05$) ασθενής ($\rho = 0,163$) θετική συσχέτιση μεταξύ των θετικών πεποιθήσεων για τη ΔτΓ με τα εξωτερικά κίνητρα για συμμετοχή στη διαχείριση της γνώσης. Σύμφωνα με το διάγραμμα (Σχήμα 13) υπάρχουν και αρκετά απομονωμένα στοιχεία.



Σχήμα 13. Σχέση πεποιθήσεων για τη ΔτΓ και εξωτερικών κινήτρων

4.3.3. Ερευνητική συσχέτιση πεποιθήσεων για τη ΔτΓ και σύνθεσης της γνώσης

Εξετάζεται εάν υπάρχει σχέση μεταξύ των θετικών πεποιθήσεων για τη διαχείριση της γνώσης με την πρόθεση των εργαζομένων να συνθέσουν γνώση ως εξής:

H_0 Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των θετικών πεποιθήσεων με τη σύνθεση νέας γνώσης

H_1 Υπάρχει (μερική) συσχέτιση μεταξύ των θετικών πεποιθήσεων με τη σύνθεση νέας γνώσης

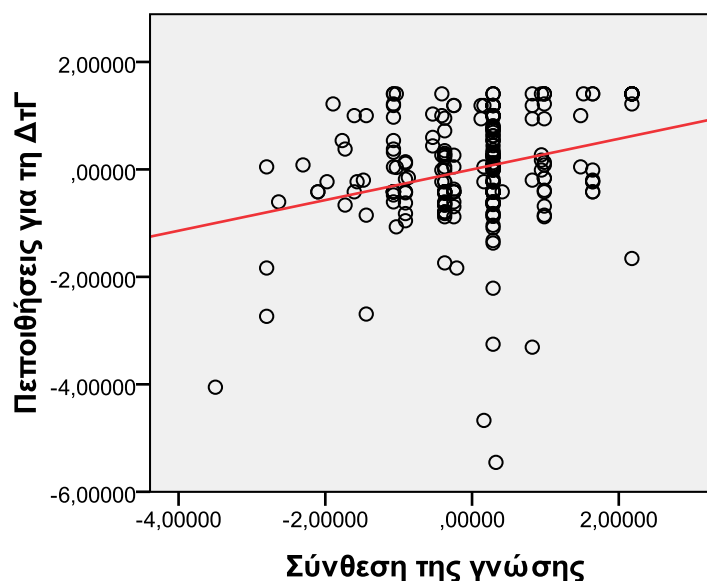
Πίνακας 21. Συσχέτιση πεποιθήσεων για τη ΔτΓ και σύνθεσης της γνώσης με Spearman's rho

Συσχετίσεις ^a		Πεποιθήσεις για τη ΔτΓ	Σύνθεση της γνώσης
Πεποιθήσεις για τη ΔτΓ	Συντελεστής συσχέτισης	1,000	0,241**
	Sig. (2-tailed)	.	0,000
Σύνθεση της γνώσης	Συντελεστής συσχέτισης	0,241**	1,000
	Sig. (2-tailed)	0,000	.

Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,01 (διπλής ουράς)

a. Pairwise N = 253

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι υπάρχει μια στατιστικά πολύ σημαντική ($p < 0,001$) ασθενής ($\rho = 0,241$) θετική συσχέτιση μεταξύ των θετικών πεποιθήσεων για τη ΔτΓ με την πρόθεση για σύνθεση νέας γνώσης. Σύμφωνα με το Διάγραμμα (σχήμα 14) όμως υπάρχουν και αρκετά απομονωμένα στοιχεία.



Σχήμα 14. Σχέση πεποιθήσεων για τη ΔτΓ και σύνθεσης της γνώσης

4.3.4. Ερευνητική συσχέτιση πεποιθήσεων για τη ΔτΓ και του διαμοιρασμού της γνώσης

Μια ακόμη ερευνητική υπόθεση είναι εάν η θετικές πεποιθήσεις για τη διαχείριση της γνώσης προωθούν την τάση για μοίρασμα της γνώσης που κατέχει το άτομο ως εξής:

H_0 Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των θετικών πεποιθήσεων με το διαμοιρασμό της γνώσης

H_1 Υπάρχει (μερική) συσχέτιση μεταξύ των θετικών πεποιθήσεων με το διαμοιρασμό της γνώσης

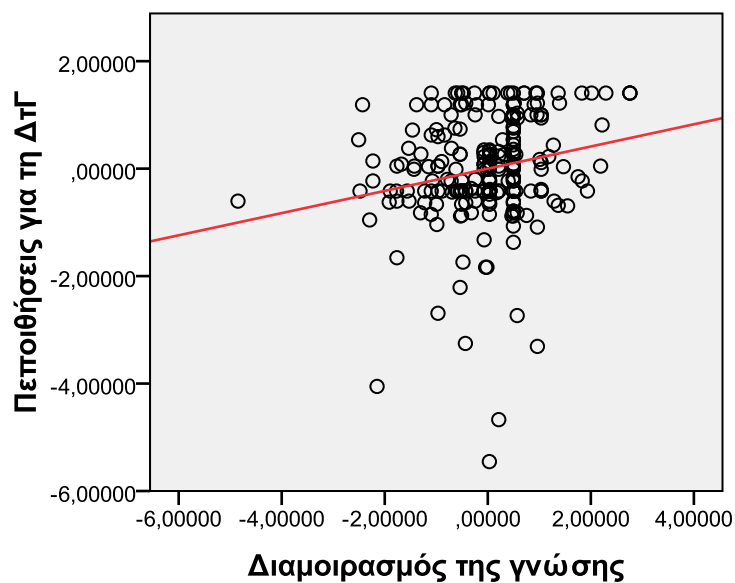
Πίνακας 22. Συσχέτιση πεποιθήσεων για τη ΔτΓ και διαμοιρασμού της γνώσης με Spearman's rho

Συσχετίσεις ^a			
		Πεποιθήσεις για τη ΔτΓ	Διαμοιρασμός της γνώσης
Πεποιθήσεις για τη ΔτΓ	Συντελεστής συσχέτισης	1,000	0,209**
	Sig. (2-tailed)	.	0,001
Διαμοιρασμός της γνώσης	Συντελεστής συσχέτισης	0,209**	1,000
	Sig. (2-tailed)	0,001	.

Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,01 (διπλής ουράς)

a. Pairwise N = 253

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι υπάρχει μια στατιστικά σημαντική ($p < 0,01$) ασθενής ($\text{rho} = 0,209$) θετική συσχέτιση μεταξύ των θετικών πεποιθήσεων για τη ΔτΓ με την πρόθεση για διαμοιρασμό της γνώσης. Σύμφωνα με το Διάγραμμα (σχήμα 15) όμως υπάρχουν και ορισμένα απομονωμένα στοιχεία.



Σχήμα 15. Σχέση πεποιθήσεων για τη ΔτΓ και διαμοιρασμού της γνώσης

4.3.5. Ερευνητική συσχέτιση πεποιθήσεων για τη ΔτΓ και της συνεργασίας

Μια ακόμη ερευνητική υπόθεση είναι εάν ένα άτομο έχει θετικές πεποιθήσεις για τη ΔτΓ συνεργάζεται περισσότερο με τους συναδέλφους του σε θέματα γνώσεων, δηλαδή:

H_0 Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των θετικών πεποιθήσεων με τη συνεργασία

H_1 Υπάρχει (μερική) συσχέτιση μεταξύ των θετικών πεποιθήσεων με τη συνεργασία

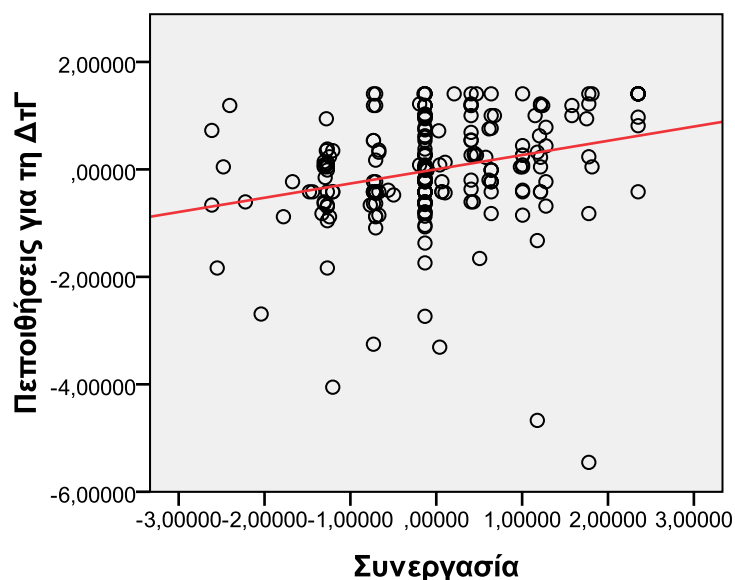
Πίνακας 23. Συσχέτιση πεποιθήσεων για τη ΔτΓ και συνεργασίας με Spearman's rho

Συσχετίσεις ^a		Πεποιθήσεις για τη ΔτΓ	Συνεργασία
Πεποιθήσεις για τη ΔτΓ	Συντελεστής συσχέτισης	1,000	0,326**
	Sig. (2-tailed)	.	0,000
Συνεργασία	Συντελεστής συσχέτισης	0,326**	1,000
	Sig. (2-tailed)	0,000	.

Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,01 (διπλής ουράς)

a. Pairwise N = 253

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι υπάρχει μια στατιστικά πολύ σημαντική ($p < 0,001$) μέτρια ($\text{rho} = 0,326$) θετική συσχέτιση μεταξύ των θετικών πεποιθήσεων για τη ΔτΓ με την συνεργασία με τους συναδέλφους. Το Διάγραμμα (σχήμα 16) δείχνει ότι υπάρχουν και κάποια απομονωμένα στοιχεία.



Σχήμα 16. Σχέση πεποιθήσεων για τη ΔτΓ και συνεργασίας

4.3.6. Ερευνητική συσχέτιση εσωτερικών και εξωτερικών κινήτρων

Μια ακόμη ερευνητική υπόθεση είναι εάν ένα άτομο που παρακινείται να συμμετέχει στη ΔτΓ από εσωτερικά κίνητρα, παρακινείται και από εξωτερικά, ως εξής:

H_0 Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των εσωτερικών και εξωτερικών κινήτρων για συμμετοχή στη ΔτΓ

H_1 Υπάρχει (μερική) συσχέτιση μεταξύ των εσωτερικών και εξωτερικών κινήτρων για συμμετοχή στη ΔτΓ

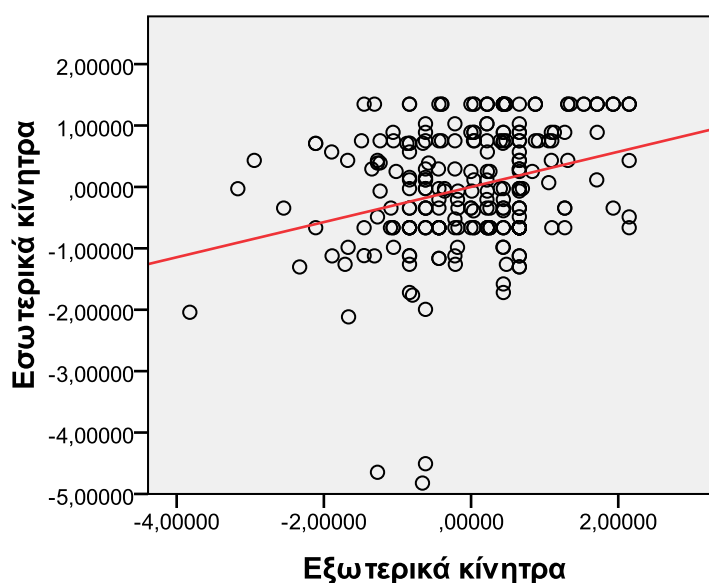
Πίνακας 24. Συσχέτιση πεποιθήσεων εσωτερικών και εξωτερικών κινήτρων με Spearman's rho

Συσχετίσεις ^a			
		Εσωτερικά Κίνητρα	Εξωτερικά Κίνητρα
Εσωτερικά Κίνητρα	Συντελεστής συσχέτισης	1,000	,258**
	Sig. (2-tailed)	.	,000
Εξωτερικά Κίνητρα	Συντελεστής συσχέτισης	,258**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,000	.

Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,01 (διπλής ουράς)

a. Pairwise N = 252

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι υπάρχει μια στατιστικά πολύ σημαντική ($p < 0,001$) ασθενής ($\rho = 0,258$) θετική συσχέτιση μεταξύ των εσωτερικών και εξωτερικών κινήτρων για συμμετοχή στη διαχείριση της γνώσης. Το Διάγραμμα (Σχήμα 17) δείχνει ότι υπάρχουν και λίγα απομονωμένα στοιχεία.



Σχήμα 17. Σχέση εσωτερικών και εξωτερικών κινήτρων

4.3.7. Ερευνητική συσχέτιση εσωτερικών κινήτρων και σύνθεσης της γνώσης

Εξετάζεται εάν ένα άτομο που παρακινείται από εσωτερικά κίνητρα, συνθέτει νέα γνώση, ως εξής:

H_0 Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των εσωτερικών κινήτρων και σύνθεσης νέας γνώσης

H_1 Υπάρχει (μερική) συσχέτιση μεταξύ των εσωτερικών κινήτρων και σύνθεσης νέας γνώσης

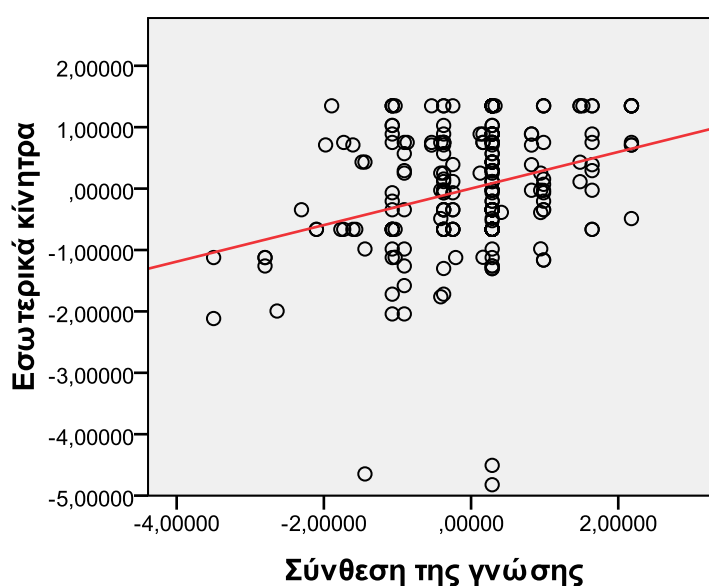
Πίνακας 25. Συσχέτιση πεποιθήσεων εσωτερικών κινήτρων και σύνθεσης νέας γνώσης με Spearman's rho

Συσχετίσεις ^a			
		Εσωτερικά Κίνητρα	Σύνθεση της γνώσης
Εσωτερικά Κίνητρα	Συντελεστής συσχέτισης	1,000	0,247**
	Sig. (2-tailed)	.	0,000
Σύνθεση της γνώσης	Συντελεστής συσχέτισης	0,247**	1,000
	Sig. (2-tailed)	0,000	.

Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,01 (διπλής ουράς)

a. Pairwise N = 254

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι υπάρχει μια στατιστικά πολύ σημαντική ($p < 0,001$) ασθενής ($\rho = 0,247$) θετική συσχέτιση μεταξύ των εσωτερικών κινήτρων και της τάσης για σύνθεση νέας γνώσης. Το Διάγραμμα (Σχήμα 18) δείχνει ότι υπάρχουν και κάποια απομονωμένα στοιχεία.



Σχήμα 18. Σχέση εσωτερικών κινήτρων και σύνθεσης της γνώσης

4.3.8. Ερευνητική συσχέτιση εσωτερικών κινήτρων και διαμοιρασμού της γνώσης

Διερευνάται εάν ένα άτομο που παρακινείται από εσωτερικά κίνητρα, μοιράζεται της γνώση του και το ανάποδο, ως εξής:

H_0 Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των εσωτερικών κινήτρων και του διαμοιρασμού της γνώσης

H_1 Υπάρχει (μερική) συσχέτιση μεταξύ των εσωτερικών κινήτρων και του διαμοιρασμού της γνώσης

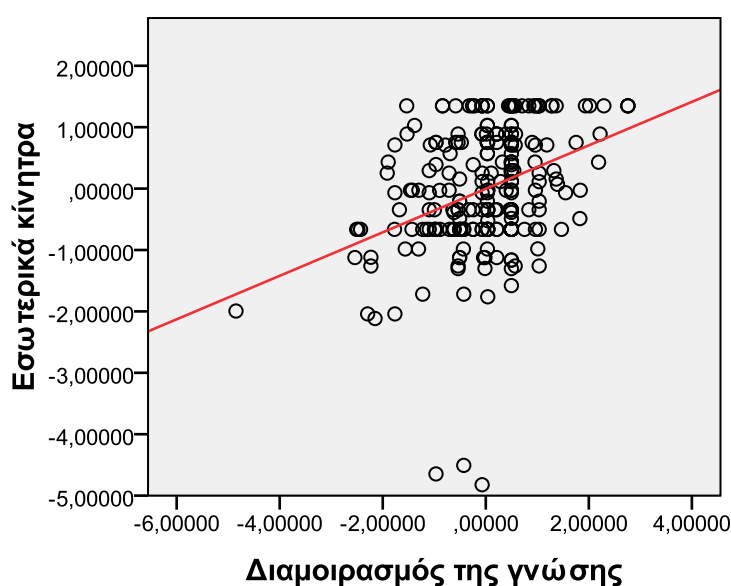
Πίνακας 26. Συσχέτιση πεποιθήσεων εσωτερικών κινήτρων και διαμοιρασμού της γνώσης με Spearman's rho

Συσχετίσεις ^a			
		Εσωτερικά Κίνητρα	Διαμοιρασμός της γνώσης
Εσωτερικά Κίνητρα	Συντελεστής συσχέτισης	1,000	0,318**
	Sig. (2-tailed)	.	0,000
Διαμοιρασμός της γνώσης	Συντελεστής συσχέτισης	0,318**	1,000
	Sig. (2-tailed)	0,000	.

Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,01 (διπλής ουράς)

a. Pairwise N = 251

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι υπάρχει μια στατιστικά πολύ σημαντική ($p < 0,001$) μέτρια ($\rho = 0,318$) θετική συσχέτιση μεταξύ των εσωτερικών κινήτρων και της τάσης για διαμοιρασμό της γνώσης. Το Διάγραμμα (Σχήμα 19) δείχνει την ύπαρξη της σχέσης αυτής και λίγων απομονωμένων στοιχείων.



Σχήμα 19. Σχέση εσωτερικών κινήτρων και διαμοιρασμού της γνώσης

4.3.10. Ερευνητική συσχέτιση εσωτερικών κινήτρων και συνεργασίας

Διερευνάται εάν ένα άτομο που παρακινείται από εσωτερικά κίνητρα, συνεργάζεται με τους συναδέλφους του σε θέματα γνώσεων, ως εξής:

H_0 Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των εσωτερικών κινήτρων και συνεργασίας για τη γνώση

H_1 Υπάρχει (μερική) συσχέτιση μεταξύ των εσωτερικών κινήτρων και συνεργασίας για τη γνώση

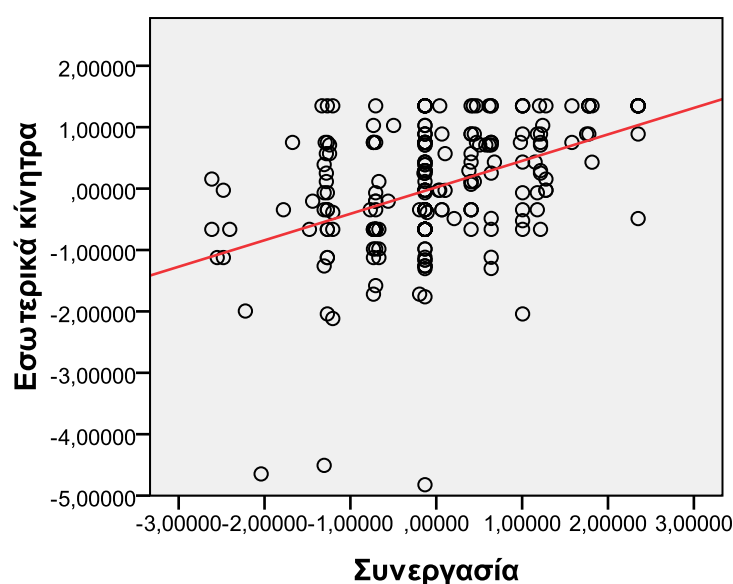
Πίνακας 27. Συσχέτιση πεποιθήσεων εσωτερικών κινήτρων και συνεργασίας για τη γνώσης με Spearman's rho

Συσχετίσεις ^a			
		Εσωτερικά Κίνητρα	Συνεργασία
Εσωτερικά Κίνητρα	Συντελεστής συσχέτισης	1,000	0,424**
	Sig. (2-tailed)	.	0,000
Συνεργασία	Συντελεστής συσχέτισης	0,424**	1,000
	Sig. (2-tailed)	0,000	.

Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,01 (διπλής ουράς)

a. Pairwise N = 252

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι υπάρχει μια στατιστικά πολύ σημαντική ($p < 0,001$) μέτρια ($\rho = 0,424$) θετική συσχέτιση μεταξύ των εσωτερικών κινήτρων και της συνεργασίας των εργαζομένων για τη γνώση. Το Διάγραμμα (Σχήμα 20) δείχνει την ύπαρξη της σχέσης αυτής και ορισμένων απομονωμένων στοιχείων.



Σχήμα 20. Σχέση εσωτερικών κινήτρων και συνεργασίας της γνώσης

4.3.11. Ερευνητική συσχέτιση εσωτερικών κινήτρων και εμποδίων

Εξετάζεται εάν ένα άτομο που παρακινείται από εσωτερικά κίνητρα, επηρεάζεται αρνητικά από τα εμπόδια, ως εξής:

H_0 Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των εσωτερικών κινήτρων και των εμποδίων

H_1 Υπάρχει (μερική) συσχέτιση μεταξύ των εσωτερικών κινήτρων και των εμποδίων

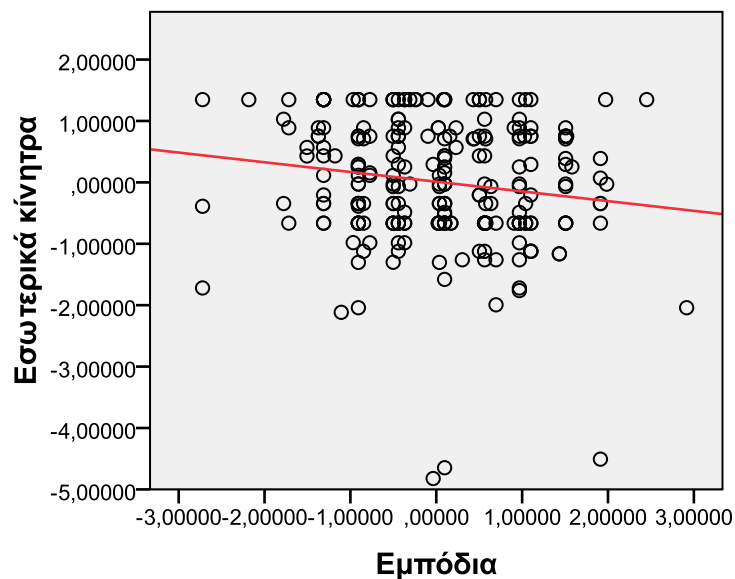
Πίνακας 28. Συσχέτιση πεποιθήσεων εσωτερικών κινήτρων και εμποδίων με Spearman's rho

Συσχετίσεις ^a			
		Εξωτερικά Κίνητρα	Κουλτούρα
Εξωτερικά Κίνητρα	Συντελεστής συσχέτισης	1,000	-0,163**
	Sig. (2-tailed)	.	0,009
Κουλτούρα	Συντελεστής συσχέτισης	-0,163**	1,000
	Sig. (2-tailed)	0,009	.

Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,01 (διπλής ουράς)

a. Pairwise N = 253

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι υπάρχει μια στατιστικά σημαντική ($p < 0,01$) ασθενής ($\rho = -0,163$) αρνητική συσχέτιση μεταξύ των εσωτερικών κινήτρων και των εμποδίων. Το Διάγραμμα (Σχήμα 21) δείχνει την ύπαρξη μη γραμμικής σχέσης και αρκετών απομονωμένων στοιχείων.



Σχήμα 21. Σχέση εσωτερικών κινήτρων και των εμποδίων

4.3.12. Ερευνητική συσχέτιση εξωτερικών κινήτρων και σύνθεσης της γνώσης

Εξετάζεται αν σε ένα άτομο που θα του δοθούν εξωτερικά κίνητρα, θα παρακινηθεί να συνθέσει ένα γνώση, ως εξής:

H_0 Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των εξωτερικών κινήτρων και σύνθεσης νέας γνώσης

H_1 Υπάρχει (μερική) συσχέτιση μεταξύ των εξωτερικών κινήτρων και σύνθεσης νέας γνώσης

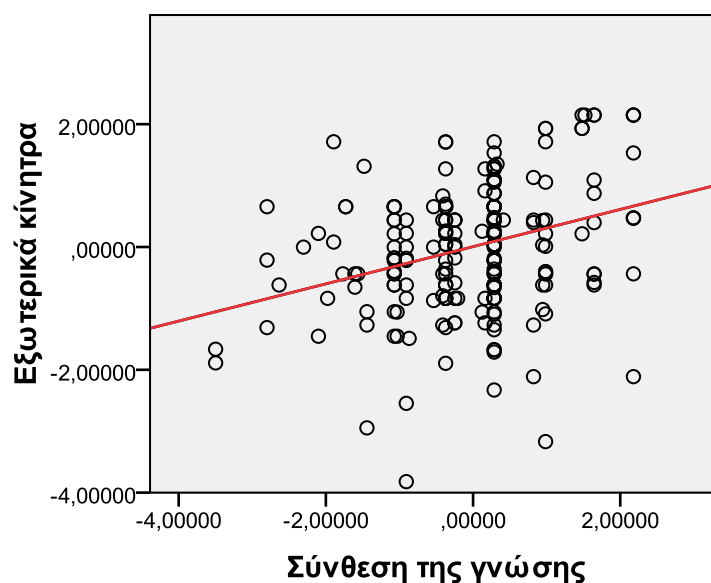
Πίνακας 29. Συσχέτιση πεποιθήσεων εξωτερικών κινήτρων και σύνθεσης νέας γνώσης με Spearman's rho

Συσχετίσεις ^a			
		Εξωτερικά Κίνητρα	Σύνθεση της γνώσης
Εξωτερικά Κίνητρα	Συντελεστής συσχέτισης	1,000	0,269**
	Sig. (2-tailed)	.	0,000
Σύνθεση της γνώσης	Συντελεστής συσχέτισης	0,269**	1,000
	Sig. (2-tailed)	0,000	.

Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,01 (διπλής ουράς)

a. Pairwise N = 253

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι υπάρχει μια στατιστικά πολύ σημαντική ($p < 0,001$) ασθενής ($\rho = 0,269$) θετική συσχέτιση μεταξύ των εξωτερικών κινήτρων και της σύνθεσης νέας γνώσης. Το Διάγραμμα (Σχήμα 22) δείχνει την ύπαρξη μη γραμμικής σχέσης και ορισμένων απομονωμένων στοιχείων.



Σχήμα 22. Σχέση εξωτερικών κινήτρων και σύνθεσης της γνώσης

4.3.13. Ερευνητική συσχέτιση εξωτερικών κινήτρων και διαμοιρασμού της γνώσης

Διερευνάται εάν ένα άτομο που παρακινείται από εξωτερικά κίνητρα, θα μοιραστεί της γνώση του και το ανάποδο, ως εξής:

H_0 Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των εξωτερικών κινήτρων και του διαμοιρασμού της γνώσης

H_1 Υπάρχει (μερική) συσχέτιση μεταξύ των εξωτερικών κινήτρων και του διαμοιρασμού της γνώσης

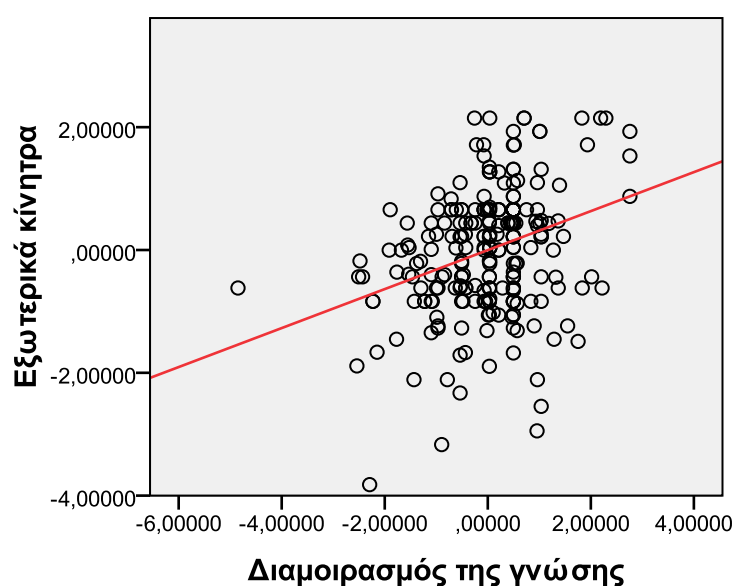
Πίνακας 30. Συσχέτιση πεποιθήσεων εξωτερικών κινήτρων και διαμοιρασμού της γνώσης με Spearman's rho

		Συσχετίσεις ^a	
		Εξωτερικά Κίνητρα	Διαμοιρασμός της γνώσης
Εξωτερικά Κίνητρα	Συντελεστής συσχέτισης	1,000	0,266**
	Sig. (2-tailed)	.	0,000
Διαμοιρασμός της γνώσης	Συντελεστής συσχέτισης	0,266**	1,000
	Sig. (2-tailed)	0,000	.

Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,01 (διπλής ουράς)

a. Pairwise N = 250

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι υπάρχει μια στατιστικά πολύ σημαντική ($p < 0,001$) ασθενής ($rho = 0,266$) θετική συσχέτιση μεταξύ των εξωτερικών κινήτρων και της τάσης για διαμοιρασμό της γνώσης. Το Διάγραμμα (Σχήμα 23) δείχνει την ύπαρξη της σχέσης αυτής και λίγων απομονωμένων στοιχείων.



Σχήμα 23. Σχέση εξωτερικών κινήτρων και διαμοιρασμού της γνώσης

4.3.14. Ερευνητική συσχέτιση εξωτερικών κινήτρων και συνεργασίας

Διερευνάται εάν ένα άτομο που παρακινείται από εξωτερικά κίνητρα, συνεργάζεται με τους συναδέλφους του σε θέματα γνώσεων, ως εξής:

H_0 Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των εξωτερικών κινήτρων και συνεργασίας για τη γνώση

H_1 Υπάρχει (μερική) συσχέτιση μεταξύ των εξωτερικών κινήτρων και συνεργασίας για τη γνώση

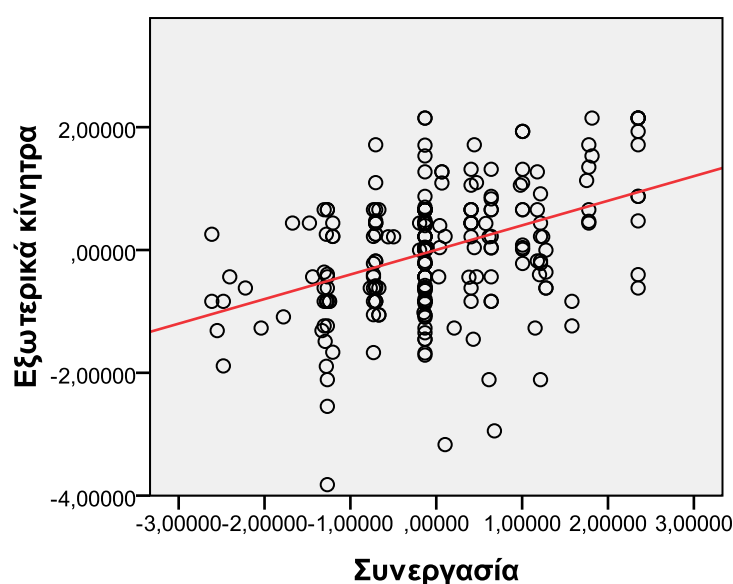
Πίνακας 31. Συσχέτιση πεποιθήσεων εξωτερικών κινήτρων και συνεργασίας για τη γνώσης με Spearman's rho

Συσχετίσεις ^a			
		Εξωτερικά Κίνητρα	Συνεργασία
Εξωτερικά Κίνητρα	Συντελεστής συσχέτισης	1,000	0,377**
	Sig. (2-tailed)	.	0,000
Συνεργασία	Συντελεστής συσχέτισης	0,377**	1,000
	Sig. (2-tailed)	0,000	.

Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,01 (διπλής ουράς)

a. Pairwise N = 251

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι υπάρχει μια στατιστικά πολύ σημαντική ($p < 0,001$) μέτρια ($\rho = 0,377$) θετική συσχέτιση μεταξύ των εξωτερικών κινήτρων και της συνεργασίας των εργαζομένων για τη γνώση. Το Διάγραμμα (Σχήμα 24) δείχνει την ύπαρξη της σχέσης αυτής και ορισμένων απομονωμένων στοιχείων.



Σχήμα 24. Σχέση εξωτερικών κινήτρων και συνεργασίας

4.3.15. Ερευνητική συσχέτιση εξωτερικών κινήτρων και ηγεσίας

Διερευνάται εάν ένα άτομο που παρακινείται από εξωτερικά κίνητρα, επηρεάζεται από την ύπαρξη υποστηρικτικής ηγεσίας, ως εξής:

H_0 Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των εξωτερικών κινήτρων και ηγεσίας

H_1 Υπάρχει (μερική) συσχέτιση μεταξύ των εξωτερικών κινήτρων και ηγεσίας

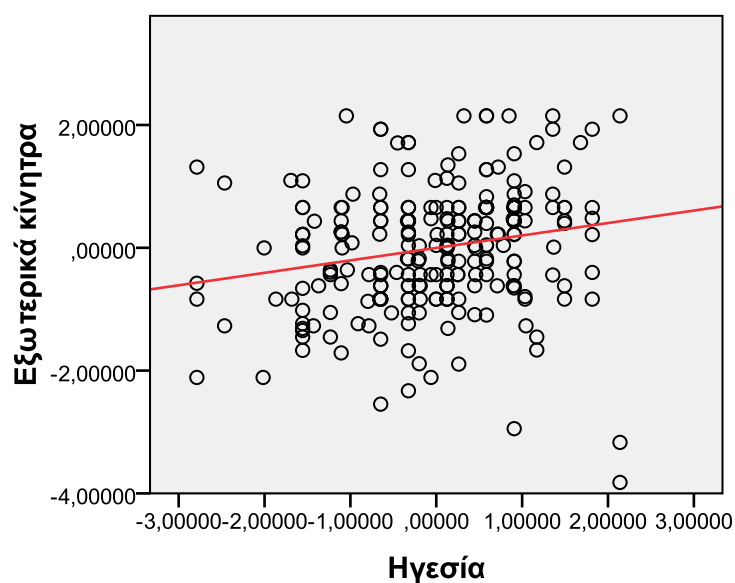
Πίνακας 32. Συσχέτιση πεποιθήσεων εξωτερικών κινήτρων και ηγεσίας με Spearman's rho

Συσχετίσεις ^a			
		Εξωτερικά Κίνητρα	Ηγεσία
Εξωτερικά Κίνητρα	Συντελεστής συσχέτισης	1,000	0,262**
	Sig. (2-tailed)	.	0,000
Ηγεσία	Συντελεστής συσχέτισης	0,262**	1,000
	Sig. (2-tailed)	0,000	.

Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,01 (διπλής ουράς)

a. Pairwise N = 250

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι υπάρχει μια στατιστικά πολύ σημαντική ($p < 0,001$) ασθενής ($\rho = 0,262$) θετική συσχέτιση μεταξύ των εξωτερικών κινήτρων και της ηγεσίας. Το Διάγραμμα (Σχήμα 25) δείχνει την ύπαρξη μη γραμμικής σχέσης και αρκετών απομονωμένων στοιχείων.



Σχήμα 25. Σχέση εξωτερικών κινήτρων και της ηγεσίας

4.3.16. Ερευνητική συσχέτιση εξωτερικών κινήτρων και κουλτούρας

Ανιχνεύεται εάν ένα άτομο που παρακινείται από εξωτερικά κίνητρα, επηρεάζεται από την ύπαρξη κουλτούρας γνώσης στον Οργανισμό, ως εξής:

H_0 Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των εξωτερικών κινήτρων και της κουλτούρας

H_1 Υπάρχει (μερική) συσχέτιση μεταξύ των εξωτερικών κινήτρων και της κουλτούρας

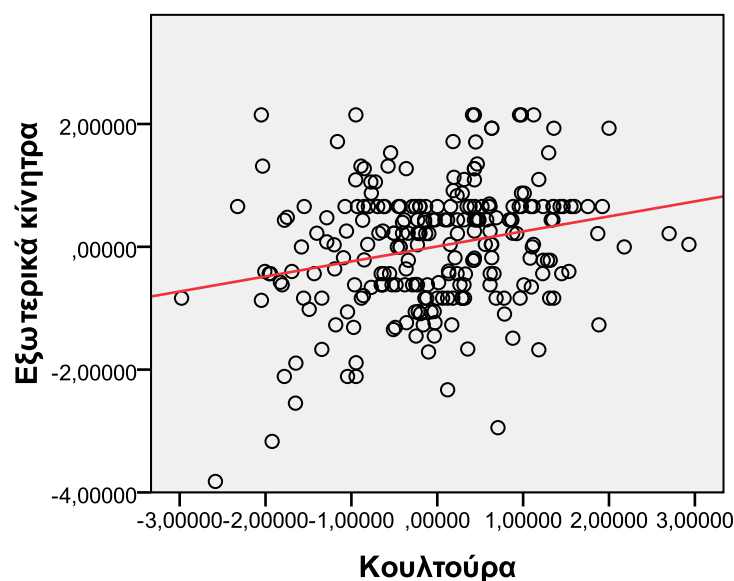
Πίνακας 33. Συσχέτιση πεποιθήσεων εξωτερικών κινήτρων και κουλτούρας με Spearman's rho

Συσχετίσεις ^a			
		Εξωτερικά Κίνητρα	Κουλτούρα
Εξωτερικά Κίνητρα	Συντελεστής συσχέτισης	1,000	0,216**
	Sig. (2-tailed)	.	0,000
Κουλτούρα	Συντελεστής συσχέτισης	0,216**	1,000
	Sig. (2-tailed)	0,000	.

Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,01 (διπλής ουράς)

a. Pairwise N = 245

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι υπάρχει μια στατιστικά πολύ σημαντική ($p < 0,001$) ασθενής ($\rho = 0,216$) θετική συσχέτιση μεταξύ των εξωτερικών κινήτρων και της κουλτούρας. Το Διάγραμμα (Σχήμα 26) δείχνει την ύπαρξη μη γραμμικής σχέσης και αρκετών απομονωμένων στοιχείων.



Σχήμα 26. Σχέση εξωτερικών κινήτρων και της κουλτούρας

4.3.17. Ερευνητική συσχέτιση εξωτερικών κινήτρων και εμποδίων

Εξετάζεται εάν ένα άτομο που παρακινείται από εξωτερικά κίνητρα, επηρεάζεται αρνητικά από τα εμπόδια, ως εξής:

H_0 Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των εξωτερικών κινήτρων και των εμποδίων

H_1 Υπάρχει (μερική) συσχέτιση μεταξύ των εξωτερικών κινήτρων και των εμποδίων

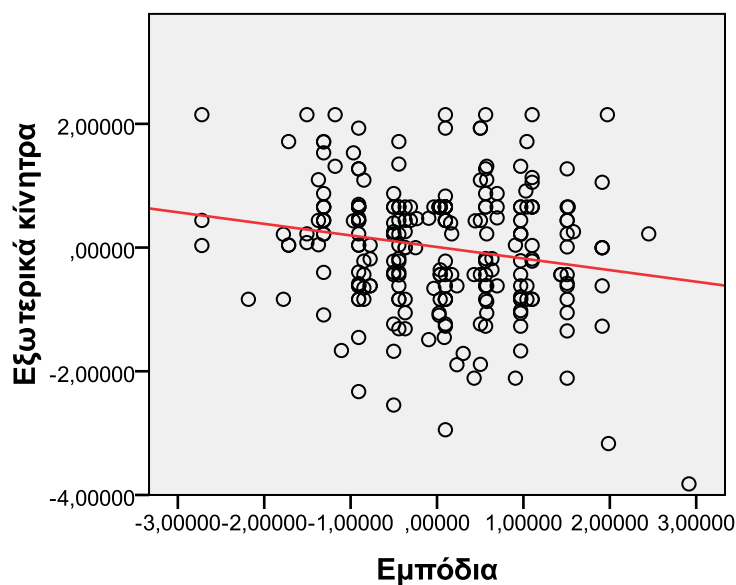
Πίνακας 34. Συσχέτιση πεποιθήσεων εξωτερικών κινήτρων και εμποδίων με Spearman's rho

Συσχετίσεις ^a			
		Εξωτερικά Κίνητρα	Κουλτούρα
Εξωτερικά Κίνητρα	Συντελεστής συσχέτισης	1,000	-0,161**
	Sig. (2-tailed)	.	0,022
Κουλτούρα	Συντελεστής συσχέτισης	-0,161**	1,000
	Sig. (2-tailed)	0,022	.

Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,01 (διπλής ουράς)

a. Pairwise N = 245

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι υπάρχει μια στατιστικά σημαντική ($p < 0,05$) ασθενής ($\text{rho} = -0,161$) αρνητική συσχέτιση μεταξύ των εξωτερικών κινήτρων και των εμποδίων. Το Διάγραμμα (Σχήμα 27) δείχνει την ύπαρξη μη γραμμικής σχέσης και αρκετών απομονωμένων στοιχείων.



Σχήμα 27. Σχέση εξωτερικών κινήτρων και των εμποδίων

4.3.18. Ερευνητική συσχέτιση σύνθεσης και διαμοιρασμού της γνώσης

Μια ακόμη ερευνητική υπόθεση είναι εάν υπάρχει σχέση μεταξύ αυτών που συνθέτουν γνώση και αυτών που τη διαμοιράζονται

H_0 Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ σύνθεσης και διαμοιρασμού της γνώσης

H_1 Υπάρχει (μερική) συσχέτιση μεταξύ σύνθεσης και διαμοιρασμού της γνώσης

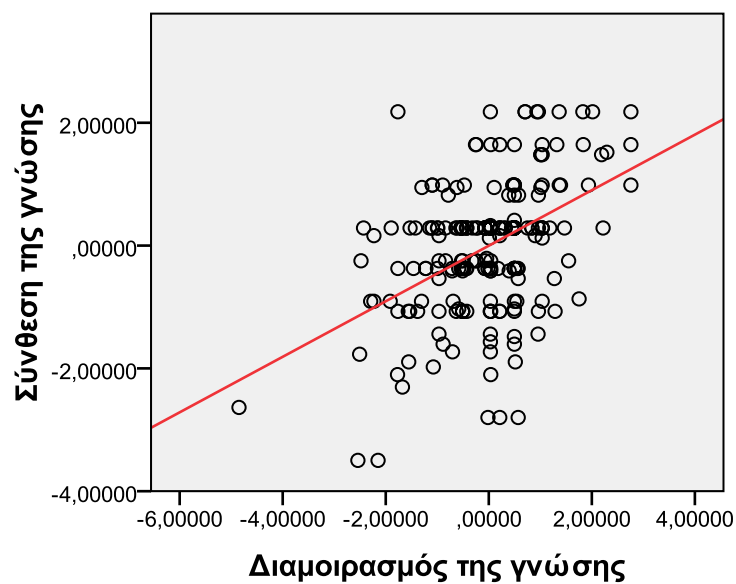
Πίνακας 35. Συσχέτιση σύνθεσης και διαμοιρασμού της γνώσης με Spearman's rho

Συσχετίσεις ^a			
		Σύνθεση της γνώσης	Διαμοιρασμός της γνώσης
Σύνθεση της γνώσης	Συντελεστής συσχέτισης	1,000	0,380**
	Sig. (2-tailed)	.	0,000
Διαμοιρασμός της γνώσης	Συντελεστής συσχέτισης	0,380**	1,000
	Sig. (2-tailed)	0,000	.

Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,01 (διπλής ουράς)

a. Pairwise N = 252

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι υπάρχει μια στατιστικά πολύ σημαντική ($p < 0,001$) μέτρια ($\text{rho} = -0,380$) θετική συσχέτιση μεταξύ της σύνθεσης και διαμοιρασμού της γνώσης. Το Διάγραμμα (Σχήμα 28) δείχνει τη σχέση των δύο παραγόντων και λίγων απομονωμένων στοιχείων.



Σχήμα 28. Σχέση σύνθεσης και διαμοιρασμού της γνώσης

4.3.19. Ερευνητική συσχέτιση σύνθεσης της γνώσης και συνεργασίας

Επιπροσθέτως, εξετάζεται η ερευνητική υπόθεση εάν τα άτομα που συνθέτουν γνώση συνεργάζονται και πιο συχνά και το ανάποδο, ως εξής:

H_0 Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ σύνθεσης της γνώσης και συνεργασίας

H_1 Υπάρχει (μερική) συσχέτιση μεταξύ σύνθεσης της γνώσης και συνεργασίας

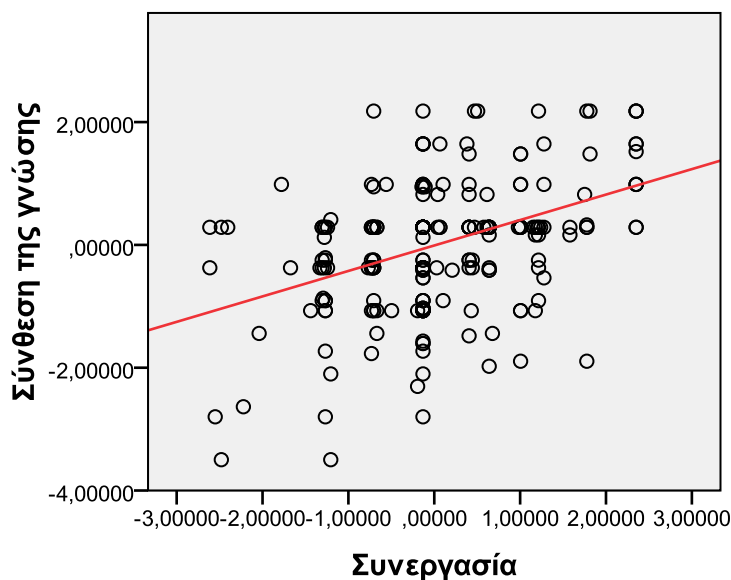
Πίνακας 36. Συσχέτιση σύνθεσης της γνώσης και συνεργασίας με Spearman's rho

Συσχετίσεις ^a		Σύνθεση της γνώσης	Συνεργασία
Σύνθεση της γνώσης	Συντελεστής συσχέτισης	1,000	0,353**
	Sig. (2-tailed)	.	0,000
Συνεργασία	Συντελεστής συσχέτισης	0,353**	1,000
	Sig. (2-tailed)	0,000	.

Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,01 (διπλής ουράς)

a. Pairwise N = 253

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι υπάρχει μια στατιστικά πολύ σημαντική ($p < 0,001$) μέτρια ($\text{rho} = -0,353$) θετική συσχέτιση μεταξύ της σύνθεσης της γνώσης και συνεργασίας. Το Διάγραμμα (Σχήμα 29) δείχνει τη σχέση των δύο παραγόντων και αρκετών απομονωμένων στοιχείων.



Σχήμα 29. Σχέση σύνθεσης της γνώσης και συνεργασίας

4.3.20. Ερευνητική συσχέτιση διαμοιρασμού της γνώσης και συνεργασίας

Επιπροσθέτως, εξετάζεται η ερευνητική υπόθεση εάν τα άτομα που μοιράζονται γνώση συνεργάζονται και πιο συχνά και το ανάποδο, ως εξής:

H_0 Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ διαμοιρασμού της γνώσης και συνεργασίας

H_1 Υπάρχει (μερική) συσχέτιση μεταξύ διαμοιρασμού της γνώσης και συνεργασίας

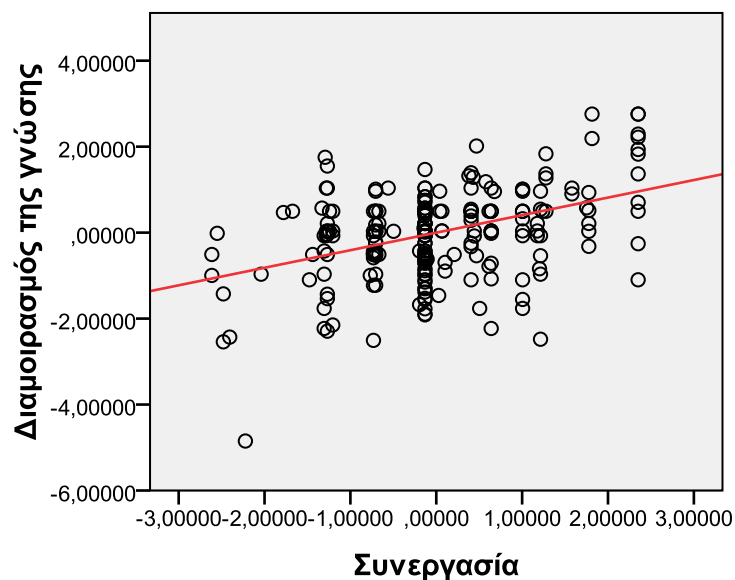
Πίνακας 37. Συσχέτιση διαμοιρασμού της γνώσης και συνεργασίας με Spearman's rho

Συσχετίσεις ^a		Διαμοιρασμός της γνώσης	Συνεργασία
Διαμοιρασμός της γνώσης	Συντελεστής συσχέτισης	1,000	0,329**
	Sig. (2-tailed)	.	0,000
Συνεργασία	Συντελεστής συσχέτισης	0,329**	1,000
	Sig. (2-tailed)	0,000	.

Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,01 (διπλής ουράς)

a. Pairwise N = 250

Τα αποτελέσματα φανερώνουν ότι υπάρχει μια στατιστικά πολύ σημαντική ($p < 0,001$) μέτρια ($\rho = -0,329$) θετική συσχέτιση μεταξύ του διαμοιρασμού της γνώσης και της συνεργασίας. Το Διάγραμμα (Σχήμα 30) δείχνει τη σχέση των δύο παραγόντων και λίγων απομονωμένων στοιχείων.



Σχήμα 30. Σχέση διαμοιρασμού της γνώσης και συνεργασίας

4.3.21. Ερευνητική συσχέτιση ηγεσίας και κουλτούρας

Επιπροσθέτως, εξετάζεται η ερευνητική υπόθεση μια ηγεσία που προωθεί τη γνώση επηρεάζει την κουλτούρα της γνώσης σε έναν Οργανισμό, ως εξής:

H_0 Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της ηγεσίας και της κουλτούρας

H_1 Υπάρχει (μερική) συσχέτιση μεταξύ της ηγεσίας και της κουλτούρας

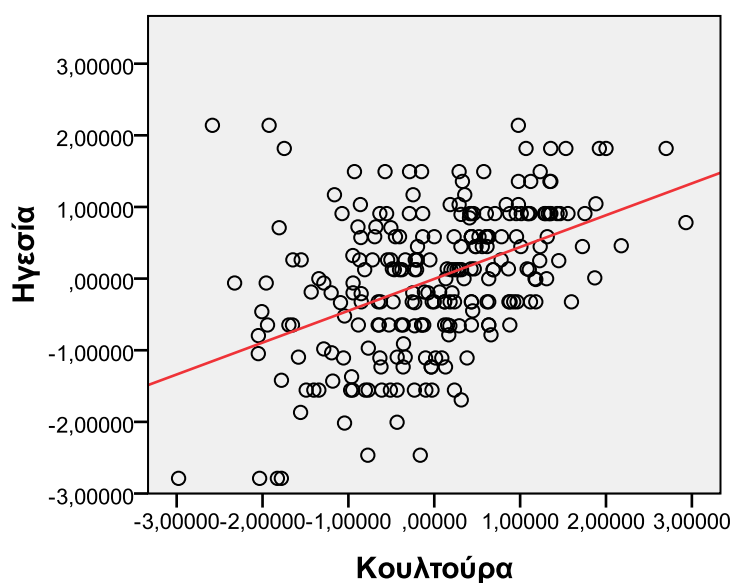
Πίνακας 38. Συσχέτιση διαμοιρασμού της ηγεσίας και της κουλτούρας με Spearman's rho

Συσχετίσεις ^a			
		Ηγεσία	Κουλτούρα
Ηγεσία	Συντελεστής συσχέτισης	1,000	0,447**
	Sig. (2-tailed)	.	0,000
Κουλτούρα	Συντελεστής συσχέτισης	0,447**	1,000
	Sig. (2-tailed)	0,000	.

Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,01 (διπλής ουράς)

a. Pairwise N = 245

Τα αποτελέσματα φανερώνουν ότι υπάρχει μια στατιστικά πολύ σημαντική ($p < 0,001$) μέτρια ($\text{rho} = -0,447$) θετική συσχέτιση μεταξύ της ηγεσίας και της κουλτούρας της γνώσης. Το Διάγραμμα (Σχήμα 31) δείχνει τη σχέση των δύο παραγόντων και λίγων απομονωμένων στοιχείων.



Σχήμα 31. Σχέση ηγεσίας και κουλτούρας

4.3.22. Ερευνητική συσχέτιση ηγεσίας και των εμποδίων

Ακόμη, εξετάζεται η ερευνητική υπόθεση ότι υπάρχει επιρροή της ηγεσίας στα εμπόδια για τη ΔτΓ σε έναν Οργανισμό, ως εξής:

H_0 Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της ηγεσίας και των εμποδίων

H_1 Υπάρχει (μερική) συσχέτιση μεταξύ της ηγεσίας και της κουλτούρας

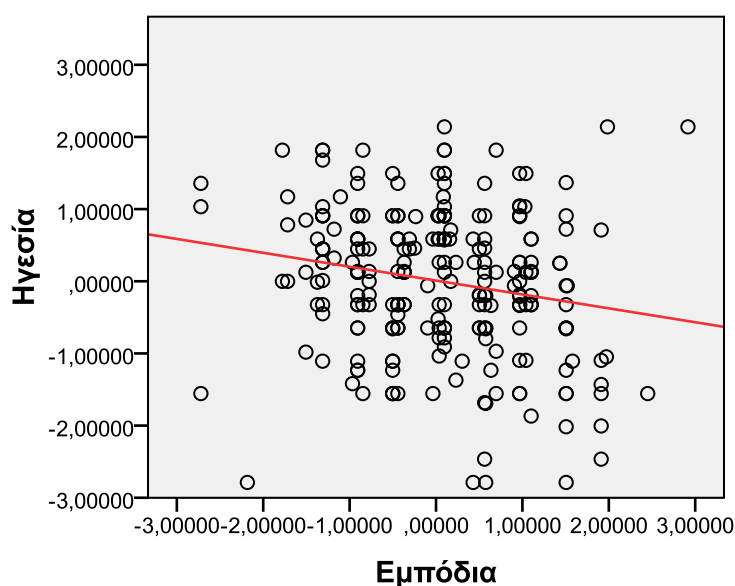
Πίνακας 39. Συσχέτιση διαμοιρασμού της ηγεσίας και των εμποδίων με Spearman's rho

Συσχετίσεις ^a			
		Ηγεσία	Εμπόδια
Ηγεσία	Συντελεστής συσχέτισης	1,000	-0,196**
	Sig. (2-tailed)	.	0,002
Εμπόδια	Συντελεστής συσχέτισης	-0,196**	1,000
	Sig. (2-tailed)	0,000	.

Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,01 (διπλής ουράς)

a. Pairwise N = 252

Τα αποτελέσματα φανερώνουν ότι υπάρχει μια στατιστικά σημαντική ($p < 0,01$) ασθενής ($\text{rho} = -0,196$) αρνητική συσχέτιση μεταξύ της ηγεσίας και των εμποδίων για τη ΔτΓ. Το Διάγραμμα (Σχήμα 32) δείχνει τη σχέση των δύο παραγόντων και ορισμένων απομονωμένων στοιχείων.



Σχήμα 32. Σχέση διαμοιρασμού της ηγεσίας και των εμποδίων

4.3.23. Ερευνητική συσχέτιση κουλτούρας και των εμποδίων

Ακόμη, εξετάζεται η ερευνητική υπόθεση ότι υπάρχει σχέση μεταξύ της κουλτούρας και των εμποδίων για τη ΔτΓ σε έναν Οργανισμό, ως εξής:

H_0 Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της κουλτούρας και των εμποδίων

H_1 Υπάρχει (μερική) συσχέτιση μεταξύ της κουλτούρας και της κουλτούρας

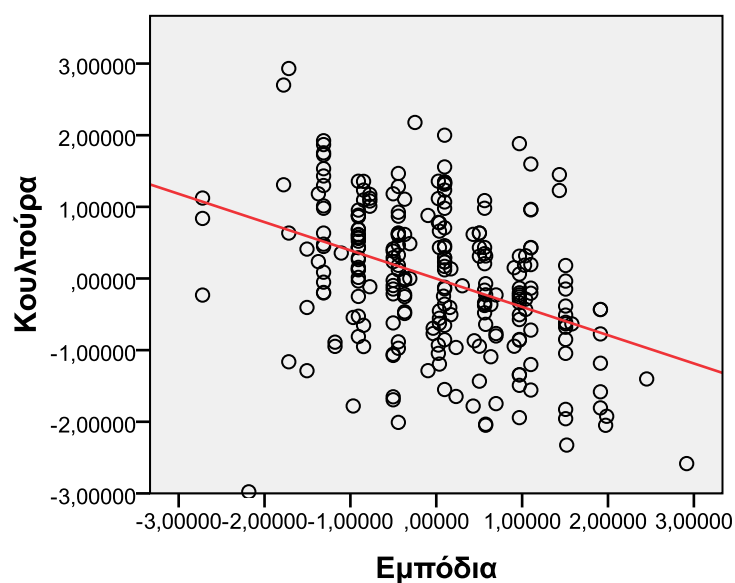
Πίνακας 40. Συσχέτιση διαμοιρασμού της κουλτούρας και των εμποδίων με Spearman's rho

Συσχετίσεις ^a			
		Κουλτούρα	Εμπόδια
Κουλτούρα	Συντελεστής συσχέτισης	1,000	-0,384**
	Sig. (2-tailed)	.	0,000
Εμπόδια	Συντελεστής συσχέτισης	-0,384**	1,000
	Sig. (2-tailed)	0,000	.

Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,01 (διπλής ουράς)

a. Pairwise N = 248

Τα αποτελέσματα φανερώνουν ότι υπάρχει μια στατιστικά πολύ σημαντική ($p < 0,001$) μέτρια ($\text{rho} = -0,384$) αρνητική συσχέτιση μεταξύ της κουλτούρας και των εμποδίων για τη ΔτΓ. Το Διάγραμμα (Σχήμα 33) δείχνει τη σχέση των δύο παραγόντων και κάποιων απομονωμένων στοιχείων.



Σχήμα 33. Σχέση διαμοιρασμού της κουλτούρας και των εμποδίων

4.3.24. Επίδραση εργασιακής ικανοποίησης στους παράγοντες ΔτΓ

Εξετάσθηκε η επίδραση της εργασιακής ικανοποίησης στους παράγοντες ΔτΓ και βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση της με την κουλτούρα ($r=0,207$, $p<0,001$) και την ηγεσία. ($r=0,277$, $p<0,001$). Επειδή αυτοί οι δύο παράγοντες παρουσιάζουν μια σχετικά κανονική κατανομή (κουλτούρα, κύρτωση = $-0,331$ λοξότητα = $0,339$) (ηγεσία, κύρτωση = $-0,181$ λοξότητα = $0,458$), αποφασίστηκε να πραγματοποιηθεί σύγκριση των μέσων με αναφορά στην ανάλυση διακύμανσης ANOVA.

Στον πίνακα 41 φαίνεται ότι όσο πιο ικανοποιημένοι είναι οι εργαζόμενοι, τόσο βαθμολογούν πιο υψηλά την ηγεσία. Η ανάλυση διακύμανσης ANOVA έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά των μέσων ανάμεσα στις ομάδες ($F=6,206$, $p<0,001$).

Πίνακας 41. Σχέση παράγοντα «Ηγεσία» με εργασιακή ικανοποίηση

Ηγεσία*Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εργασία σας;	Μέσος όρος	N	Τυπική απόκλιση
Καθόλου	2,5143	7	0,937
Λίγο	2,7097	31	0,726
Ούτε λίγο ούτε πολύ	2,9143	119	0,666
Πολύ	3,1500	84	0,542
Πάρα πολύ	3,5800	10	0,702
Σύνολο	2,9833	251	0,671

Στον πίνακα 42 φαίνεται ότι όσο πιο ικανοποιημένοι είναι οι εργαζόμενοι, τόσο βαθμολογούν πιο υψηλά την κουλτούρα. Η ανάλυση διακύμανσης ANOVA έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά των μέσων ανάμεσα στις ομάδες ($F=7,759$, $p<0,001$).

Πίνακας 42. Σχέση παράγοντα «Κουλτούρα» με εργασιακή ικανοποίηση

Κουλτούρα*Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εργασία σας;	Μέσος όρος	N	Τυπική απόκλιση
Καθόλου	2,2449	7	0,703
Λίγο	2,6429	30	0,484
Ούτε λίγο ούτε πολύ	2,8484	115	0,580
Πολύ	3,0459	84	0,501
Πάρα πολύ	3,4444	9	0,887
Σύνολο	2,8956	245	0,590

Στον πίνακα 43 φαίνεται ότι όσο λιγότερο ικανοποιημένοι είναι οι εργαζόμενοι, τόσο έντονα αξιολογούν τα εμπόδια για τη ΔτΓ. Η ανάλυση διακύμανσης ANOVA έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά των μέσων ανάμεσα στις ομάδες ($F=7,015, p<0,001$).

Πίνακας 43. Σχέση παράγοντα «Εμπόδια» με εργασιακή ικανοποίηση

Εμπόδια*Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εργασία σας;	Μέσος όρος	N	Τυπική απόκλιση
Καθόλου	3,7619	7	0,917
Λίγο	3,1556	30	0,687
Ούτε λίγο ούτε πολύ	3,0417	120	0,663
Πολύ	2,7209	86	0,666
Πάρα πολύ	2,5667	10	0,737
Σύνολο	2,9473	253	0,708

4.3.25. Ερευνητικές συσχετίσεις που δεν επαληθεύτηκαν

Από τα δεδομένα δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές σχέσεις μεταξύ των πεποιθήσεων για τη ΔτΓ, των εσωτερικών κινήτρων, της σύνθεσης, του διαμοιρασμού και της συνεργασίας με την ηγεσία, την κουλτούρα και τα εμπόδια. Επίσης, δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές σχέσεις όλων των παραγόντων με το φύλο, την ηλικία, τα χρόνια εργασιακής εμπειρίας, το επίπεδο εκπαίδευσης, την εργασιακή ομάδα, και το άγχος.

4.4. Εμπόδια για την εφαρμογή της ΔτΓ: αποτελέσματα ποσοτικής ανάλυσης περιεχομένου

Τα εμπόδια για την εφαρμογή της διαχείρισης της γνώσης στα νοσοκομεία δεν είναι ξεκάθαρα και για το λόγο αυτό στο ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε μία ανοικτού τύπου ερώτηση στην οποία οι συμμετέχοντες καλούνταν να απαντήσουν «*Ποια είναι κατά τη γνώμη σας τα τρία βασικότερα εμπόδια για τη Διαχείριση της Γνώσης*». Στην ερώτηση απάντησαν 161 άτομα και διατυπώθηκαν 446 απαντήσεις που αξιοποιήθηκαν μέσα από ποσοτική ανάλυση περιεχομένου. Με την ερευνητική αυτή μέθοδο γίνεται αναγωγή, ομαδοποίηση και καταμέτρηση των απόψεων των συμμετεχόντων (Polit, 1996). Η αξιοπιστία της ποσοτικής ανάλυσης περιεχομένου είναι σχετικά εύκολο να επιτευχθεί καθώς ασχολείται με την πρόδηλη έννοια και όχι με τη λανθάνουσα, ιδιαίτερα όταν η

κωδικοποίηση γίνει από δύο άτομα και στη συγκεκριμένη περίπτωση οι απαντήσεις εξετάστηκαν χωριστά και από δεύτερο άτομο, ενώ έγινε σύγκριση των απαντήσεων (Schreier, 2012).

Οι απαντήσεις χωρίστηκαν σε τέσσερις μεγάλες ομάδες που στο σύνολο χωρίζονται σε 17 κατηγορίες εμποδίων. Οι κατηγορίες εμποδίων είναι: εμπόδια από το εργασιακό περιβάλλον για τα οποία υπήρξαν 167 αναφορές, εμπόδια που σχετίζονται με τη ηγεσία με 143 αναφορές, εμπόδια που αφορούν στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των εργαζομένων, όπως τα βιώνουν οι συνάδελφοί τους με 117 αναφορές και τέλος μια μικρότερη ομάδα του εξωτερικού περιβάλλοντος με 19 αναφορές και σχετίζονταν με την παρούσα οικονομική κατάσταση. Συγκεντρωτικά οι ομάδες, οι κατηγορίες και τα αποτελέσματα αναφέρονται στον πίνακα 44. Στη συνέχεια γίνεται αναλυτικότερη παρουσίαση για τις τρεις πρώτες ομάδες ανά κατηγορία και όχι για κάθε συμμετέχοντα ξεχωριστά (Paavilainen et al, 2002).

Πίνακας 44. Ποσοτική ανάλυση περιεχομένου: εμπόδια ΔτΓ

Ομάδα	Κατηγορία Εμποδίου ΔτΓ	Αναφορές	
Εργασιακό περιβάλλον	Αντισυναδελφικότητα – κακή συνεργασία	67	
	Έλλειψη χρόνου	29	
	Κακή επικοινωνία - παραπληροφόρηση	24	
	Φόρτος εργασίας – εργασιακή εξουθένωση	18	
	Συγκρούσεις	13	
	Έλλειψη προσωπικού	9	
	Πολυπλοκότητα εργασίας σε νοσοκομείο, περιστατικών	7	
	Θέματα Ηγεσίας	Απουσία ευκαιριών συμμετοχής σε συνεχιζόμενη εκπαίδευση	33
		Έλλειψη κινήτρων - επιβράβευσης	27
		Μη κατανόηση - αποθάρρυνση από την ηγεσία	24
Έλλειψη πληροφοριακών υποδομών διασύνδεσης		21	
Έλλειψη οργάνωσης		19	
Χαρακτηριστικά εργαζομένου	Έλλειψη στρατηγικής ΔτΓ	19	
	Ανεπάρκεια, ατομικισμός, ανταγωνισμός, εγωισμός, ιδιοτέλεια	76	
	Χαμηλό μορφωτικό και αντιληπτικό επίπεδο εργαζομένων	22	
	Αδιαφορία – αμέλεια	19	
Εξωτερικό περιβάλλον	Δυσμενής οικονομική κατάσταση	19	
	Σύνολο	446	

4.4.1. Εμπόδια του εργασιακού περιβάλλοντος

Ένα θετικό εργασιακό περιβάλλον βοηθά την αποδοτικότητα σε όλους τους τομείς. Αντίθετα, ένα εργασιακό περιβάλλον γεμάτο αρνητικά στοιχεία δεν προάγει την πρόοδο. Σημαντικό εμπόδιο για την εφαρμογή των αρχών της διαχείρισης της γνώσης αποτελεί κατά τη δήλωση των συμμετεχόντων η αντισυναδεφικότητα και η έλλειψη συνεργασίας, όπως δήλωσαν 67 από τα 161 άτομα που συμπλήρωσαν την ερώτηση. Η έλλειψη χρόνου αναφέρθηκε 29 φορές, με τη σημείωση από ορισμένα άτομα ότι αυτή η έλλειψη χρόνου μηδενίζει το χρόνο για διαμοιρασμό της γνώσης. Ακόμη όμως και όταν υφίσταται επικοινωνία, η επικοινωνία αυτή είναι κακή και υπάρχει παραπληροφόρηση (24 αναφορές). Άλλο εμπόδιο σχετικό με το χρόνο είναι και ο φόρτος εργασίας που οδηγεί στην εργασιακή εξουθένωση (18 αναφορές). Η υπερβολική κούραση αλλά και η κακή επικοινωνία δημιουργούν συγκρούσεις (13 αναφορές) που συχνά επιτείνονται λόγω και της έλλειψης προσωπικού (9 αναφορές). Αξιοσημείωτο και ξεχωριστό είναι το νοσοκομειακό περιβάλλον καθώς δυσχεραίνει τη διαχείριση της γνώσης λόγω πολυπλοκότητας των περιστατικών, νομικών θεμάτων, ανασφάλειας και κυκλικού ωραρίου (7 αναφορές).

4.4.2. Εμπόδια που σχετίζονται με την ηγεσία

Η ηγεσία δίνει το όραμα και τον προσανατολισμό σε μια επιχείρηση ή έναν Οργανισμό. Επίσης, υποστηρίζει τους εργαζόμενους παρέχοντας πόρους για τις κατάλληλες υποδομές. Οι απαντήσεις που δόθηκαν στην ανοικτού τύπου ερώτηση σχετικά με τα εμπόδια για την εφαρμογή της Διαχείρισης της Γνώσης είχαν 143 αναφορές που σχετίζονταν με την ηγεσία, τη διοίκηση ή τους προϊστάμενους. Τριάντα τρεις φορές αναφέρθηκε ότι δεν δίνονται ευκαιρίες στους εργαζόμενους να συμμετέχουν σε ημερίδες και σεμινάρια, καθώς πολλοί δεν επιλέγονται σε αυτά ή δεν ενημερώνονται. Ακόμη 27 από αυτούς αναφέρουν ότι δεν παρέχονται κίνητρα για συμμετοχή στη ΔτΓ ή δεν επιβραβεύονται εάν τελικά συμμετέχουν. Είκοσι ένα άτομα δήλωσαν ότι η ηγεσία δεν έχει κατανοήσει τα οφέλη από τη ΔτΓ, ενώ κάποιοι έχουν παραμείνει σε παλαιές πρακτικές και τους αποθαρρύνουν από την καινοτομία. Υπήρξαν επίσης 21 αναφορές σχετικά με την απουσία κατάλληλων προγραμμάτων, υποδομών και τεχνικής υποστήριξης. Ακόμη, 19 άτομα ανέφεραν προβλήματα που σχετίζονται με την έλλειψη στρατηγικών ΔτΓ και

οργάνωσης, αλλά και καθηκοντολογίου που θεμελιώνει δικαιώματα και αποσαφηνίζει τις υποχρεώσεις και τους διακριτούς ρόλους.

4.4.3. Εμπόδια που σχετίζονται με τα χαρακτηριστικά του εργαζόμενου

Οι συμμετέχοντες ήταν αρκετά αυστηροί με τους συναδέλφους τους και το μερίδιο ευθύνης που έχουν για τη δυσχέρεια να επιτύχει η διαχείριση της γνώσης. Οι αναφορές πάνω στο θέμα αυτό ήταν οι πιο συχνές και σε 76 περιπτώσεις αναφέρθηκαν θέματα όπως ο εγωισμός, ο ατομικισμός, ο ανταγωνισμός, η ιδιοτέλεια, η στενοκεφαλία, η εμπάθεια και οι προσωπικές φιλοδοξίες. Ακόμη, 22 περιπτώσεις αφορούσαν στο μορφωτικό και αντιληπτικό επίπεδο των εργαζομένων, ενώ 19 φορές υποστηρίχθηκε ότι εμπόδιο της ΔτΓ είναι η αδιαφορία και η αμέλεια των εργαζομένων.

4.5. Αποτελέσματα μοντέλου δομικών εξισώσεων

4.5.1. Εξεταζόμενες υποθέσεις με το μοντέλο δομικών εξισώσεων

Οι εξεταζόμενες υποθέσεις βάσει των δεδομένων της βιβλιογραφίας που εξετάστηκαν στο θεωρητικό μέρος είναι οι παρακάτω:

H₁ Τα εσωτερικά κίνητρα επηρεάζουν θετικά τις πεποιθήσεις για τη ΔτΓ

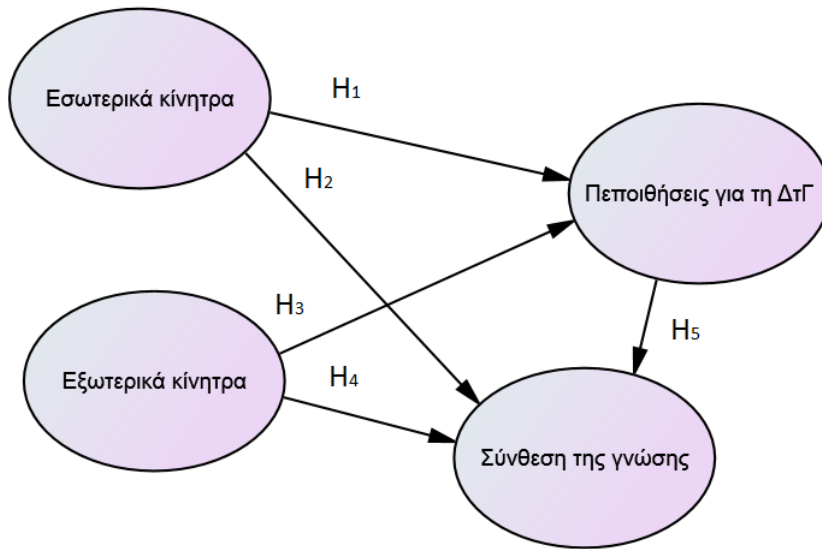
H₂ Τα εσωτερικά κίνητρα επηρεάζουν θετικά τη σύνθεση της γνώσης

H₃ Τα εξωτερικά κίνητρα επηρεάζουν θετικά τις πεποιθήσεις για τη ΔτΓ

H₄ Τα εξωτερικά κίνητρα επηρεάζουν θετικά τη σύνθεση της γνώσης

H₅ Οι πεποιθήσεις για τη ΔτΓ επηρεάζουν θετικά τη σύνθεση της γνώσης

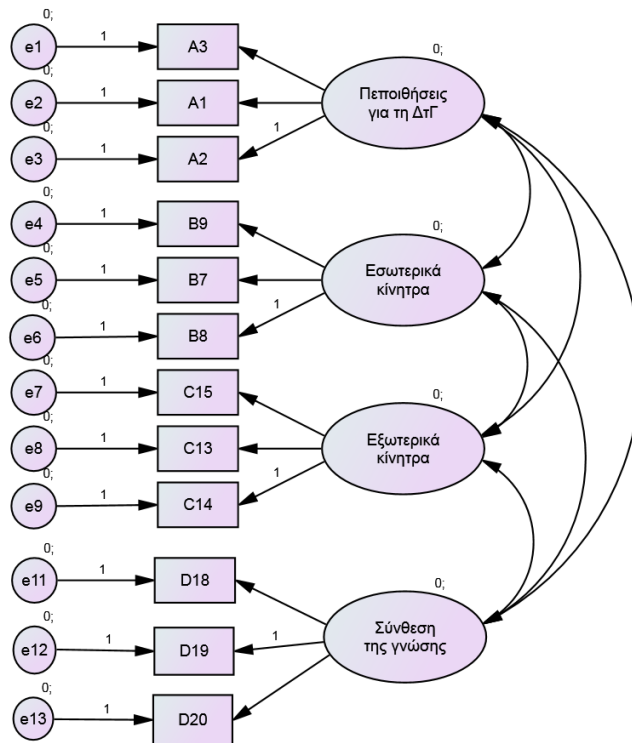
Στο σχήμα 34 απεικονίζονται οι ερευνητικές υποθέσεις που θα εξετασθούν. Τα οβάλ σχήματα αντιστοιχούν στους παράγοντες ή της μη παρατηρούμενες μεταβλητές. Οι υπό εξέταση σχέσεις φαίνονται από τα βέλη που έχουν κάθε φορά την αντίστοιχη φορά από τον ένα παράγοντα στον άλλο.



Σχήμα 34. Το διερευνούμενο μοντέλο της διαχείρισης της γνώσης

4.5.2. Το μοντέλο μέτρησης

Το σχήμα 35 εμφανίζει την CFA σύμφωνα με τα δεδομένα που επιλέχθηκαν. Οι παρατηρούμενες μεταβλητές είναι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου και τα οβάλ σχήματα είναι οι παράγοντες.



Σχήμα 35. Η σχεδίαση της επιβεβαιωτικής παραγοντικής ανάλυσης

4.5.2.1. Υπολογισμοί παραμέτρων – φορτίσεις παραγόντων

Οι υπολογισμοί των παραμέτρων εμφανίζονται στα εξαγωγή αποτελέσματα κειμένου του AMOS. Οι μη τυποποιημένες φορτίσεις των παραγόντων που παρέμειναν στο μοντέλο παρουσιάζονται στον πίνακα 45.

Πίνακας 45. Μη τυποποιημένες φορτίσεις παραγόντων

Παράγοντας	Αντικείμενο	Φόρτιση παράγοντα	S.E.	C.R.	P
Πεποιθήσεις για τη ΔτΓ	A2	1			
	A1	0,933	0,06	15,592	***
	A3	0,752	0,057	13,099	***
Εσωτερικά κίνητρα	B8	1			
	B7	1,006	0,134	7,513	***
	B9	0,708	0,118	6,001	***
Εξωτερικά κίνητρα	C14	1			
	C13	0,778	0,069	11,286	***
	C15	0,634	0,068	9,331	***
Σύνθεση της γνώσης	D18	0,428	0,079	5,449	***
	D19	1			
	D20	0,486	0,079	6,118	***

Οι μη κανονικοποιημένες φορτίσεις παραγόντων (unstandardized factor loadings) είναι στατιστικά πολύ σημαντικές ($p < 0,001$) και συνεπώς υποδηλώνουν ότι τα αντικείμενα που χρησιμοποιήθηκαν ως δείκτες αποτελούν επαρκή μέτρα των σχετικών παραγόντων στους οποίους φορτώθηκαν.

Πίνακας 46. Τυποποιημένες φορτίσεις παραγόντων

Παράγοντας	Αντικείμενο	Φόρτιση παράγοντα
Πεποιθήσεις για τη ΔτΓ	A2	0,943
	A1	0,83
	A3	0,716
Εσωτερικά κίνητρα	B8	0,754
	B7	0,713
	B9	0,464
Εξωτερικά κίνητρα	C14	0,94
	C13	0,757
	C15	0,601
Σύνθεση της γνώσης	D18	0,451
	D19	0,946
	D20	0,566

Στο παραπάνω πίνακα (46) παρουσιάζονται οι τυποποιημένες φορτίσεις των αντικειμένων στους παράγοντες. Ακολουθεί ο πίνακας 47 με το μέσο όρο, το τυπικό σφάλμα (standard error – S.E.), τον κριτικό λόγο (critical ratio – C.R.) και την τιμή p.

Πίνακας 47. Υπολογισμοί αντικειμένων

Παράγοντας	Αντικείμενο	Μέσος όρος	S.E.	C.R.	P
Πεποιθήσεις για τη ΔτΓ	A2	4,306	0,042	101,697	***
	A1	4,261	0,045	94,792	***
	A3	4,268	0,042	101,828	***
Εσωτερικά κίνητρα	B8	4,421	0,04	111,85	***
	B7	4,268	0,042	101,628	***
	B9	4,29	0,045	94,315	***
Εξωτερικά κίνητρα	C14	3,64	0,052	69,391	***
	C13	3,562	0,051	70,123	***
	C15	3,59	0,052	69,107	***
Σύνθεση της γνώσης	D18	3,908	0,042	92,563	***
	D19	3,683	0,047	78,487	***
	D20	3,95	0,038	103,761	***

Και πάλι φαίνεται ότι όλες οι φορτίσεις είναι στατιστικά σημαντικές. Ακολουθούν στον πίνακα 48 οι διακυμάνσεις των μεταβλητών, το τυπικό σφάλμα, ο κριτικός λόγος και η τιμή p.

Πίνακας 48. Υπολογισμοί μεταβλητών

Μεταβλητές (παράγοντες και σφάλματα)	Υπολογισμοί	S.E.	C.R.	P
Πεποιθήσεις για τη ΔτΓ	0,414	0,045	9,243	***
Εσωτερικά κίνητρα	0,23	0,042	5,498	***
Εξωτερικά κίνητρα	0,631	0,076	8,303	***
Σύνθεση της γνώσης	0,511	0,086	5,943	***
e3	0,052	0,019	2,655	0,008
e2	0,163	0,022	7,448	***
e1	0,222	0,022	9,93	***
e6	0,175	0,031	5,657	***
e5	0,225	0,034	6,651	***
e4	0,421	0,041	10,284	***
e9	0,084	0,044	1,899	0,058
e8	0,285	0,037	7,779	***
e7	0,448	0,043	10,305	***
e11	0,367	0,035	10,473	***
e12	0,061	0,07	0,863	0,388
e13	0,256	0,028	9,131	***

Σημειώνεται, ότι ορισμένοι υπολογισμοί που παρουσιάζονται σε άλλα μοντέλα δεν δύναται να παρουσιαστούν στο παρόν, καθώς η ύπαρξη ελλειπουσών τιμών δεν το επιτρέπει. Αυτό ισχύει και για ορισμένους δείκτες της ενότητας των μετρήσεων προσαρμογής, αλλά και την αδυναμία μέτρησης δεικτών τροποποίησης (modification indices).

4.5.1.2. Μετρήσεις προσαρμογής

Για να προχωρήσει ο ερευνητής στο επόμενο βήμα, πρέπει το μοντέλο να έχει καλή προσαρμογή (model fit). Βασική προϋπόθεση για να συμβαίνει αυτό είναι να βρίσκονται ορισμένοι δείκτες προσαρμογής ανάμεσα σε επιτρεπτά όρια αξιοπιστίας. Ο πίνακας 49 παρουσιάζει ενδεικτικές τιμές του μοντέλου από ορισμένους δείκτες προσαρμογής.

Πίνακας 49. Επιλεγμένοι δείκτες προσαρμογής του μοντέλου

Έλεγχος προσαρμογής του μοντέλου	Εύρος τιμών αποδοχής	Τιμή ελέγχου
Κανονικοποιημένο χ^2 (CMIN/DF)	<5 (ιδανικά <3)	2,099
NFI	>0,9	0,915
CFI	>0,9 (ιδανικά >0,95)	0,950
PRATIO	>0,50	0,615
RMSEA	<0,08	0,063

Ο παραπάνω πίνακας δείχνει ότι οι έλεγχοι προσαρμογής πραγματοποιήθηκαν και επιτυχία και το μοντέλο είναι κατάλληλο για να αναλυθεί περαιτέρω.

4.5.1.3. Εγκυρότητα και αξιοπιστία του μοντέλου

Η συγκλίνουσα εγκυρότητα (convergent validity) εκτιμάται από τρία στοιχεία, συγκεκριμένα από τις φορτώσεις των παραγόντων που στην περίπτωση μας είναι μεγαλύτερες από 0,451, με τη μέση υπολογισμένη διακύμανση (Average Variance Extracted – AVE) και τη σύνθετη αξιοπιστία (composite reliability). Σε αυτήν την έρευνα οι τιμές για κάθε παράγοντα είναι: Πεποιθήσεις για τη ΔτΓ - 0,87, Εσωτερικά κίνητρα - 0,69, Εξωτερικά κίνητρα - 0,82 και Σύνθεση της Γνώσης - 0,71. Στο εξεταζόμενο μοντέλο AVE = 0,55 το οποίο είναι αποδεκτό.

Η εκτίμηση της διακρίνουσας εγκυρότητας (discriminant validity) παρουσιάζεται στον πίνακα 50, και επιβεβαιώνεται ότι η συνθήκη ότι η AVE για κάθε κατασκευή είναι υψηλότερη από την τετραγωνική συσχέτιση ανάμεσα στις κατασκευές καλύπτεται.

Πίνακας 50. Εκτίμηση διακρίνουσας εγκυρότητας

	Κατασκευές	VE	SIC 1	SIC 2	SIC 3	SIC 4
1	Πεποιθήσεις για τη ΔτΓ	0,70		0,12	0,01	0,05
2	Εσωτερικά κίνητρα	0,43	0,12		0,14	0,10
3	Εξωτερικά κίνητρα	0,61	0,01	0,14		0,09
4	Σύνθεση της γνώσης	0,47	0,05	0,10	0,09	

Αναφορικά με τη νομολογική εγκυρότητα, από τα εξαγωγή στοιχεία του AMOS που αναφέρονται στα αποτελέσματα υπολογισμού των συνδιακυμάνσεων, φαίνεται ότι μόνο η σχέση πεποιθήσεις με εξωτερικά κίνητρα δεν είναι στατιστικά σημαντική, ενώ όλες οι άλλες είναι πολύ σημαντικές ή σημαντικές.

Πίνακας 51. Υπολογισμοί συνδιακυμάνσεων

Κατασκευές			Υπολο- γισμοί	S.E.	C.R.	P
Πεποιθήσεις για τη ΔτΓ	↔	Εσωτερικά κίνητρα	0,108	0,025	4,248	***
Πεποιθήσεις για τη ΔτΓ	↔	Εξωτερικά κίνητρα	0,043	0,035	1,235	0,217
Σύνθεση της γνώσης	↔	Πεποιθήσεις για τη ΔτΓ	0,101	0,032	3,145	0,002
Εσωτερικά κίνητρα	↔	Εξωτερικά κίνητρα	0,144	0,032	4,524	***
Σύνθεση της γνώσης	↔	Εσωτερικά κίνητρα	0,107	0,028	3,835	***
Σύνθεση της γνώσης	↔	Εξωτερικά κίνητρα	0,168	0,041	4,145	***

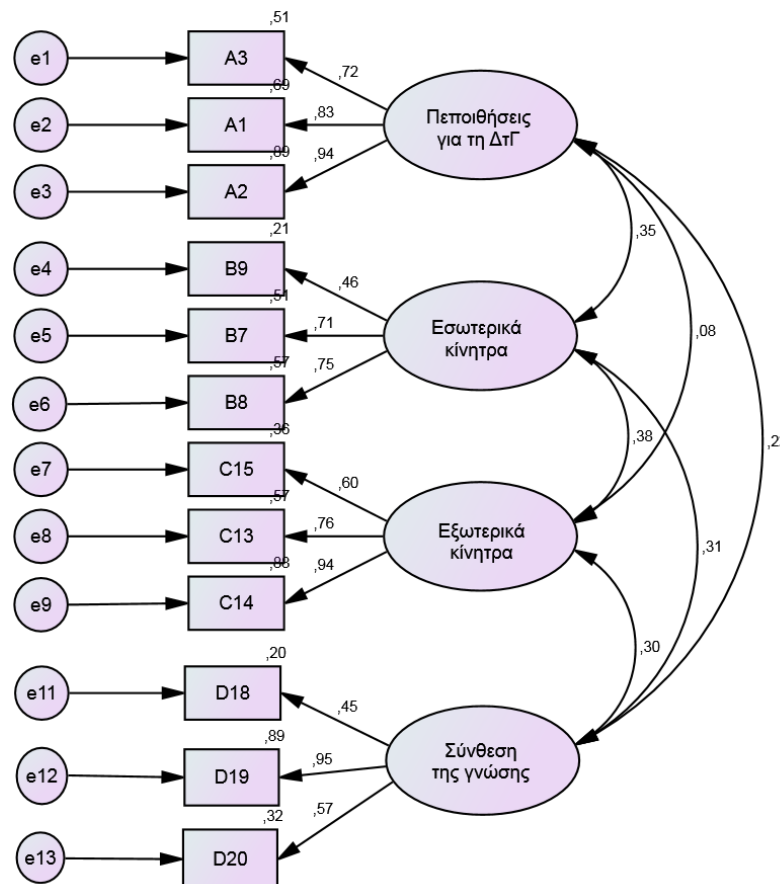
Ακολούθως αναφέρεται πως ο δείκτης Cronbach's alpha για κάθε κατασκευή που είναι για τις πεποιθήσεις για τη ΔτΓ 0,864, για τα εξωτερικά κίνητρα 0,661, για τα εξωτερικά κίνητρα 0,811, και για τη σύνθεση της γνώσης 0,652.

Ολοκληρώνοντας την ενότητα για την εγκυρότητα και την αξιοπιστία του μοντέλου εξετάζεται εάν κάθε αντικείμενο φορτώνει σε μία κατασκευή (unidimensionality). Με την εξέταση χωριστά κάθε κατασκευής (item reduction),

προκύπτουν αποτελέσματα σύμφωνα με τα οποία οι ιδιοτιμές (eigenvalues) με μέθοδο εξαγωγής την ανάλυση κύριων συνιστωσών (principal component analysis) είναι: για τις πεποιθήσεις για τη ΔτΓ είναι 2,362 εξηγώντας 78,73% των περιπτώσεων, για τα εξωτερικά κίνητρα 1,811 εξηγώντας 60,36% των περιπτώσεων, για τα εξωτερικά κίνητρα 2,180 εξηγώντας 72,68% των περιπτώσεων, και για τη σύνθεση της γνώσης 1,781 εξηγώντας το 59,36% των περιπτώσεων. Όλες οι κατασκευές εξηγούν περισσότερο από 50% των περιπτώσεων της κάθε κατασκευής σύμφωνα και με τον έλεγχο του μοναδικού παράγοντα του Harman (Harman's single factor test).

4.5.1.4. Παρουσίαση της επιβεβαιωτικής ανάλυσης περιεχομένου

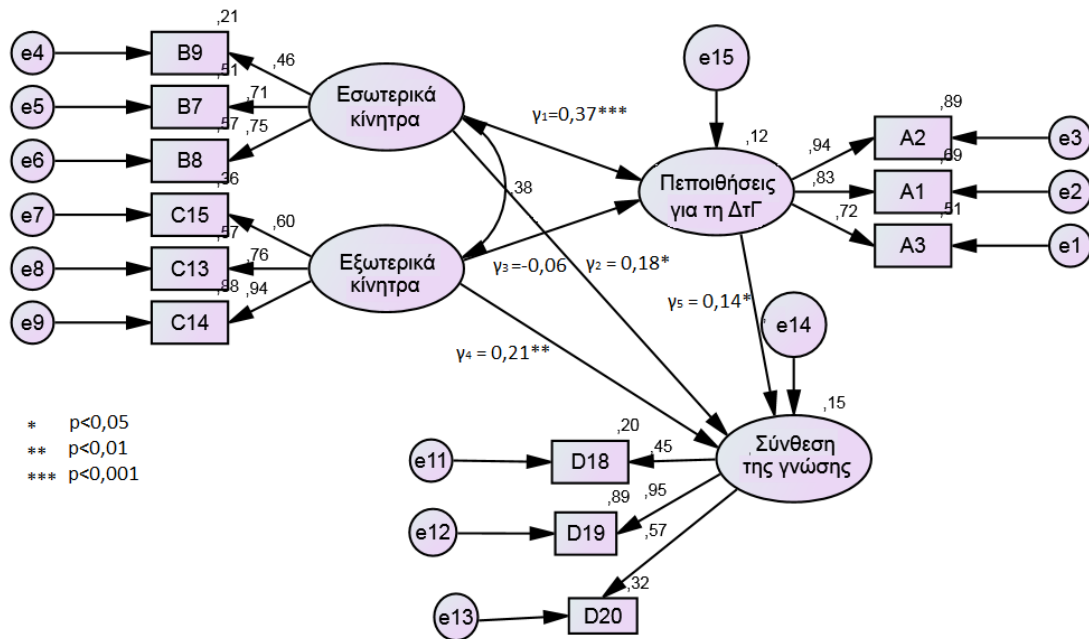
Στα δομικά μοντέλα εξισώσεων δεν υπάρχει ένας μοναδικός δείκτης από τον οποίο απορρίπτεται ή επιβεβαιώνεται ένα μοντέλο, αλλά λαμβάνονται υπόψη ένα πλήθος μετρήσεων. Για το εξεταζόμενο μοντέλο κρίνονται επαρκή για να προχωρήσει κανείς στο επόμενο στάδιο του δομικού μοντέλου. Η οπτική αναπαράσταση των τυποποιημένων υπολογισμών της επιβεβαιωτικής παραγοντικής ανάλυσης παρουσιάζονται στο σχήμα 36.



Σχήμα 36. Αποτελέσματα επιβεβαιωτικής παραγοντικής ανάλυσης

4.5.2. Το δομικό μοντέλο

Εφόσον αποκτήθηκε εμπιστοσύνη στο μοντέλο μέτρησης, αναπτύσσεται ένα δομικό μοντέλο και ελέγχεται εάν το θεωρητικό μοντέλο βρίσκεται σε συνέπεια με τα στοιχεία που συλλέχθηκαν. Οι δείκτες προσαρμογής παραμένουν στα ίδια περίπου επίπεδα και συγκεκριμένα $CMIN/DF = 2,099$, $NFI = 0,912$, $CFI = 0,950$, $PRATIO = 0,615$, και $RMSEA = 0,065$



Σχήμα 37. Το δομικό μοντέλο

Στο σχήμα 37 εμφανίζονται οι συντελεστές από τους υπολογισμούς των διαδρομών (τιμές γ) και τα επίπεδα σημαντικότητας της κάθε διαδρομής. Όπως προβλέφθηκε στην υπόθεση ένα (H_1), τα εσωτερικά κίνητρα επηρεάζουν θετικά τις πεποιθήσεις για τη ΔτΓ ($\gamma_1=0,37$, $p < 0,001$). Η H_2 επιβεβαιώθηκε και αυτή καθώς τα εσωτερικά κίνητρα φαίνεται να επηρεάζουν θετικά τη σύνθεση της γνώσης ($\gamma_2=0,37$, $p < 0,05$). Αντίθετα, δεν επιβεβαιώθηκε η τρίτη υπόθεση αναφορικά με την επίδραση των εξωτερικών κινήτρων στις πεποιθήσεις για τη διαχείριση της γνώσης. Όμως, όπως αναφέρθηκε στην υπόθεση 4, τα εξωτερικά κίνητρα επηρεάζουν θετικά τη σύνθεση της γνώσης ($\gamma_4=0,21$, $p < 0,01$) και επιβεβαιώθηκε η υπόθεση 5, δηλαδή υπάρχει σύνδεση των πεποιθήσεων για τη ΔτΓ, οι οποίες επηρεάζουν θετικά τη σύνθεση της γνώσης ($\gamma_5=0,14$, $p < 0,05$).

Κεφάλαιο 5 – Συζήτηση των αποτελεσμάτων και συμπεράσματα

5.1. Επισκόπηση του θέματος

Η παρούσα διδακτορική διατριβή έχει ως στόχο να συμβάλει στην αποσαφήνιση των βασικότερων παραγόντων που επηρεάζουν τη διαχείριση της γνώσης στα νοσοκομεία και τις άλλες μονάδες υγείας. Αρχικά αναλύθηκε το θεωρητικό υπόβαθρο της γνώσης. Εξετάστηκε τι είναι η γνώση και ποια η σχέση της με άλλες αλληλένδετες έννοιες όπως τα δεδομένα, οι πληροφορίες και η σοφία. Στη συνέχεια έγινε πιο εκτεταμένη αναφορά στη ρητή και την άρρητη γνώση, αλλά και το μηχανισμό μετατροπής της άρρητης γνώσης σε ρητή. Έγινε ξεκάθαρο παρά όλα αυτά ότι η γνώση είναι δυναμική και μεταβάλλεται σύμφωνα με τη θεωρία της κοινωνικής κατασκευής ανάλογα με το κοινωνικό γίνεσθαι. Ακολούθως, ορίστηκε τι είναι διαχείριση της γνώσης, ποια είναι η εξελικτική πορεία της θεωρίας μέσα στις δεκαετίες και ποιες είναι οι θετικές επιδράσεις της στην απόδοση των επιχειρήσεων και Οργανισμών. Αποσαφηνίστηκε γιατί η εξέταση της ΔτΓ παρουσιάζει ιδιαιτερότητες στις μονάδες υγείας και ποιοι είναι οι λόγοι που πρέπει να εξετάζεται χωριστά.

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση της σύγχρονης βιβλιογραφίας σε τρεις βάσεις δεδομένων αναφορικά με τη διαχείριση της γνώσης στις μονάδες υγείας. Τα βήματα της συστηματικής ανασκόπησης ήταν σαφώς οριοθετημένα, για να παράγουν αναπαραγωγίσιμα αποτελέσματα. Το ιστορικό αναζήτησης βασίστηκε σε συγκεκριμένα κριτήρια εισαγωγής – αποκλεισμού και μέσα από 604 αρχικά αποτελέσματα εντοπίστηκαν είκοσι άρθρα που ήταν κατάλληλα προς ανάλυση. Η μεθοδολογική ανάλυση που επιλέχθηκε ήταν η ποιοτική ανάλυση περιεχομένου, η οποία έχει συγκεκριμένα στάδια για να εντοπισθούν και να ερμηνευθούν τα κυριότερα σημεία των 20 πρωτογενών ερευνών. Από τα αποτελέσματα της δευτερογενούς έρευνας διαπιστώθηκε ότι η σε βάθος εξερεύνηση του θέματος είναι εφικτή μόνο με τη δημιουργία ενός νέου, καινοτόμου ερωτηματολογίου που καλείται να απαντήσει σε όλα τα ανακύπτοντα ερωτήματα. Η γένεση ενός νέου ερωτηματολογίου ήταν η μοναδική επιλογή, καθώς στην έως τώρα διεθνή βιβλιογραφία δεν εντοπίστηκε κάποιο ήδη χρησιμοποιούμενο σχετικό ερωτηματολόγιο. Η συμβολή της συγκεκριμένης διδακτορικής διατριβής στην επιστήμη της διοίκησης μονάδων υγείας είναι αρχικά αυτό το εργαλείο.

5.2. Applied Knowledge Management Inventory (AKMI)

Προκειμένου να παρουσιασθεί το ερωτηματολόγιο στο διεθνή κοινό και να υπενθυμίζει την ελληνική καταγωγή του, έλαβε την ονομασία Applied Knowledge Management Inventory (AKMI). Έτσι, τα αρχικά της κάθε μίας λέξης δημιουργούν το αρκτικόλεξο AKMI, που όπως γίνεται η επεξήγηση, αναφέρεται στην ακμή. Η ακμή κατά μία έννοια και σύμφωνα με το Ελληνικό Λεξικό Τεγόπουλος – Φυτράκης (1993) σημαίνει το ανώτερο σημείο μιας εξελικτικής πορείας, όπου φτάνει η ανάπτυξη, η άνθηση. Το όνομα αυτό τονίζει ότι η υιοθέτηση στρατηγικών διαχείρισης της γνώσης σε έναν Οργανισμό οδηγεί στην άνοδο και εξέλιξή του στο ιδιαίτερα απαιτητικό περιβάλλον των υπηρεσιών υγείας.

Τα στάδια για τη δημιουργία του ερωτηματολογίου δημιουργήθηκαν με συστηματικά βήματα όπως επιβάλλουν οι κανόνες της ερευνητικής μεθοδολογίας, διότι τα ακατάλληλα ερευνητικά εργαλεία που δεν είναι αυστηρά σχεδιασμένα, οδηγούν αναπόφευκτα σε κακή ποιότητα δεδομένων και παραπλανητικά συμπεράσματα (Boynton & Greenhalgh, 2004). Για να ξεκινήσει ένα ερωτηματολόγιο απαιτείται βαθιά αναζήτηση της υφιστάμενης γνώσης. Εδώ, πριν από τη δημιουργία του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση της σύγχρονης βιβλιογραφίας, για να ανακύψουν τα σημαντικότερα στοιχεία της διαχείρισης της γνώσης που θα έπρεπε να διερευνηθούν στα νοσοκομεία. Εκτενής βιβλιογραφική ανασκόπηση πριν από τη δημιουργία ενός νέου ερωτηματολογίου είναι συνήθης και σε άλλα ερωτηματολόγια στο διεθνή χώρο και στην Ελλάδα (Aletas et al, 2010).

Επιπρόσθετα, εφόσον δεν βρέθηκαν ερωτηματολόγια διαχείρισης της γνώσης για τις μονάδες υγείας, αναζητήθηκαν κατάλληλες ερωτήσεις και διατυπώσεις από ερωτηματολόγια από άλλους επιχειρηματικούς κλάδους ή κλάδους του δημόσιου τομέα που θα μπορούσαν να μεταφερθούν στο περιβάλλον των νοσοκομείων. Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για τη δημιουργία νέων ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε και προτού σχεδιαστεί ερωτηματολόγιο που διερευνά τις γνώσεις, τις στάσεις και τις αντιλήψεις των ατόμων αναφορικά πρακτικές βασισμένες στην τεκμηρίωση σε μονάδες υγείας (McEvoy et al, 2010). Το ερωτηματολόγιο AMKI υιοθέτησε αδρά κάποιες διατυπώσεις από το ερωτηματολόγιο του Aharony (2011) που προέρχεται από το πεδίο της βιβλιοθηκονομίας. Ο Aharony αρχικά και αυτός τροποποίησε μια σειρά από άλλα ερωτηματολόγια για να καταλήξει στη δική του πρόταση. Το ίδιο έπραξαν και οι Pezeshki Rad et al, (2010) με το

ερωτηματολόγιο που δημιούργησαν αναφορικά με την πρόθεση των εργαζομένων στον αγροτικό τομέα να μοιραστούν τη γνώση τους. Και από αυτό το ερωτηματολόγιο τροποποιήθηκαν ορισμένες ερωτήσεις και εντάχθηκαν στο ΑΚΜΙ.

5.3. Τα ερευνητικά ερωτήματα που διερευνήθηκαν

Πολλά ερευνητικά ερωτήματα τέθηκαν στο κεφάλαιο της μεθοδολογίας και ένα μεγάλο μέρος από αυτά αποσαφηνίστηκαν στη συνέχεια μέσα από την έρευνα. Τα ερωτήματα αυτά ήταν: ποιοι είναι οι παράγοντες ΔτΓ, και ποιες οι απόψεις των εργαζόμενων για αυτούς. Συγκεκριμένα διερευνήθηκε τι πιστεύουν οι εργαζόμενοι για τη ΔτΓ, ποια είναι ορισμένα από τα εσωτερικά και εξωτερικά κίνητρα που τους παρακινούν, πώς συνθέτουν και διαμοιράζουν τη γνώση, ποιος είναι ο ρόλος της συνεργασίας, της ηγεσίας, της κουλτούρας και των εμποδίων. Ακόμη εξετάστηκε πώς συσχετίζονται μεταξύ τους αυτοί οι παράγοντες, και πώς συσχετίζονται σε σχέση με δημογραφικά στοιχεία ή άλλες μεταβλητές όπως το άγχος, η εργασιακή ικανοποίηση και η αυτο-αποτελεσματικότητα. Τέλος διερευνήθηκε εάν υπάρχει κάποιο μοντέλο που να συνδέει ορισμένους από αυτούς τους παράγοντες δίνοντας λύσεις πρακτικής εφαρμογής της θεωρίας.

5.4. Μεθοδολογικές ερευνητικές προσεγγίσεις της εργασίας

Για να εξαχθούν αποτελέσματα από τα δεδομένα που συλλέχθηκαν αξιοποιήθηκαν πολλές διαφορετικές ερευνητικές προσεγγίσεις. Αρχικά, η δευτερογενής έρευνα αναλύθηκε με ποιοτική ανάλυση περιεχομένου. Στη συνέχεια δημιουργήθηκε το ερωτηματολόγιο με διαδικασίες ελέγχου – επανελέγχου, μειώθηκαν και επιβεβαιώθηκαν οι παράγοντες με διερευνητική παραγοντική ανάλυση, μετρήθηκε η αξιοπιστία και η εγκυρότητα του τελικού ερωτηματολογίου. Τα δεδομένα από την κυρίως έρευνα αναλύθηκαν επίσης πολλαπλώς. Για την περιγραφική στατιστική οι συνεχείς μεταβλητές παρουσιάστηκαν με το μέσο όρο και την τυπική απόκλιση, και οι κατηγορικές μεταβλητές με τις συχνότητες. Κάποιες γραφικές αναπαραστάσεις βοήθησαν στην κατανόηση των αποτελεσμάτων. Στη συνέχεια έγιναν συσχετίσεις με τον μη παραμετρικό συντελεστή Spearman's Rho σε κάποια δεδομένα συγκρίθηκαν οι μέσοι με ανάλυση διακύμανσης ANOVA. Η ανοικτή ερώτηση αναλύθηκε με ποσοτική ανάλυση περιεχομένου, ενώ ακολούθησε διαδικασία με μοντέλο δομικών εξισώσεων και όλες τις σχετικές δοκιμασίες.

5.5. Τα ερευνητικά ερωτήματα που απαντήθηκαν

Από την έρευνα διαφαίνεται ότι οι παράγοντες της ΔτΓ είναι εννέα: πεποιθήσεις, εσωτερικά και εξωτερικά κίνητρα, σύνθεση, συνεργασία, διαμοιρασμός, ηγεσία, κουλτούρα και εμπόδια. Οι εργαζόμενοι δείχνουν να πιστεύουν ότι η ΔτΓ βοηθά την προσωπική εξέλιξη, καθώς υποστηρίζουν ότι η γνώση τους δίνει δύναμη. Τα εσωτερικά κίνητρα είναι ιδιαίτερα ισχυρά, καθώς οι συμμετέχοντες συμφωνούν σε πολύ μεγάλο βαθμό ότι αισθάνονται ωραία όταν μοιράζονται τη γνώση τους και ενδιαφέρονται για τη βελτίωση της γνώσης ακόμη και χωρίς ανταλλάγματα. Από την άλλη είναι πιο δύσπιστοι, αναφορικά με τα εξωτερικά κίνητρα, διότι βρίσκουν ότι η ηγεσία δεν έχει κατανοήσει τα οφέλη από τη ΔτΓ και το νοσοκομείο δεν υποστηρίζει αρκετά την έρευνα και την καινοτομία. Πολλά ήταν τα εμπόδια για την εφαρμογή της ΔτΓ στο εσωτερικό περιβάλλον του νοσοκομείου, λόγω της μη υποστηρικτικής ηγεσίας, αλλά και της στάσης των εργαζόμενων απέναντι στους συναδέλφους τους.

Αναφορικά με τις συσχετίσεις των παραγόντων, οι πεποιθήσεις, τα κίνητρα, η σύνθεση, και ο διαμοιρασμός συσχετίζονται στατιστικά σημαντικά μεταξύ τους. Επίσης η ηγεσία συσχετίζεται με τη συνεργασία, την κουλτούρα και τα εμπόδια και η κουλτούρα συνδέεται με τα εμπόδια. Αναφορικά με ανεξάρτητες μεταβλητές, βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις της εργασιακής ικανοποίησης με τα κίνητρα, την ηγεσία, την κουλτούρα και τα εμπόδια και σημαντικά στατιστικές συσχετίσεις της αυτο-αποτελεσματικότητας με τα εσωτερικά κίνητρα, το διαμοιρασμό, τη συνεργασία, και τα εμπόδια. Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις των παραγόντων της ΔτΓ με δημογραφικά στοιχεία. Αυτό σημαίνει ότι η γνώση ενδιαφέρει όλες τις ομάδες των εργαζομένων και τα σχεδιαζόμενα προγράμματα μπορούν να απευθυνθούν σε όλους.

Επιπλέον, σημαντικά στοιχεία διαπιστώνονται από το μοντέλο δομικών εξισώσεων, που μπορούν να βρουν πρακτική εφαρμογή στα νοσοκομεία. Το κυρίαρχο στοιχείο που μπορεί να ερμηνευθεί είναι ποια είναι τα άτομα που τελικά συνθέτουν γνώση. Για να παρακινηθούν οι εργαζόμενοι να συνθέσουν γνώση, θα πρέπει να πιστεύουν ότι αυτό βοηθάει τον Οργανισμό. Τα εσωτερικά κίνητρα επιδρούν ώστε να φέρουν το άτομο σε διαδικασία να θέλει να συνθέσει γνώση μέσα από την παρατήρηση του περιβάλλοντος. Όμως και τα εξωτερικά κίνητρα παρακινούν προς αυτή την κατεύθυνση. Έτσι, η ηγεσία θα πρέπει να υποστηρίζει το έργο των ατόμων που πιστεύουν στη γνώση. Οι δημιουργοί της γνώσης να συνθέτουν γνώση οικειοθελώς, όμως τα εξωτερικά κίνητρα μπορούν να εντατικοποιήσουν το έργο τους.

5.6. Σύγκριση ευρημάτων με άλλες έρευνες

5.6.1. Στάση απέναντι στη ΔτΓ

Όταν ένα άτομο έχει μια θετική στάση απέναντι σε μία ιδέα, τότε δρα κατάλληλα προς αυτό που του προκαλεί θετικά συναισθήματα. Αυτή η άποψη έχει από καιρό τεκμηριωθεί και βρίσκει εφαρμογή σε πολλούς τομείς όπως το μάρκετινγκ και οι πωλήσεις (Schweingruber, 2006) αλλά και το μάνατζμεντ, καθώς η θετική στάση απέναντι στον εργασιακό χώρο αυξάνει την εργασιακή ικανοποίηση και ισχυροποιεί τη δέσμευση στον οργανισμό που τον εργοδοτεί (Stander & Rothmann, 2009). Ως προς το περιεχόμενο, το θέμα πεποιθήσεις για τη διαχείριση της γνώσης, εξετάστηκε με ποσοτικές έρευνες και σε άλλες ομάδες επαγγελματιών όπως βιβλιοθηκονόμοι στην Ινδία (Nazim & Mukherje, 2011), αλλά και σε άλλους τομείς όπως οι κατασκευές και ο σχεδιασμός κτιρίων στην Ισπανία (Forcada et al, 2013).

Μια ευρεία πλειοψηφία συμμετεχόντων πιστεύουν ότι κάθε νοσοκομείο θα πρέπει να εφαρμόζει πολιτικές διαχείρισης της γνώσης, οι οποίες είναι σημαντικές για τη βελτίωση της απόδοσης στα νοσοκομεία. Αυτό το αποτέλεσμα έρχεται σε συμφωνία με τα ευρήματα από αντίστοιχη έρευνα στην Ταϊβάν, οι οποίοι υποστηρίζουν ότι με την εφαρμογή στρατηγικών ΔτΓ υπάρχει θετική επίδραση στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Chang et al, 2011). Παρόλα αυτά οι εργαζόμενοι πιστεύουν ότι οι προϊστάμενοι δεν έχουν κατανοήσει τα οφέλη από την ΔτΓ και δεν υπάρχουν στρατηγικές που τους διευκολύνουν. Για τα νοσοκομεία του δημόσιου τομέα, αυτό φαίνεται να ισχύει και στην Πορτογαλία, καθώς υπάρχουν μεν ορισμένες στρατηγικές ΔτΓ, δεν είναι όμως τόσο συστηματικές και οργανωμένες, όπως ίσως σε πιο ανταγωνιστικές ιδιωτικές επιχειρήσεις (Cruz & Ferreira, 2016). Σε άλλη έρευνα φαίνεται ότι γενικότερα οι εργαζόμενοι σε μεγάλες επιχειρήσεις, κατανοούν και εφαρμόζουν στρατηγικές ΔτΓ περισσότερο από ότι σε μικρές επιχειρήσεις (McAdam & Reid, 2001).

Επιπλέον, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η πλειοψηφία των εργαζομένων συμφωνούν ότι η ΔτΓ βοηθά να μειωθούν τα λάθη, τα οποία στην περίπτωση των υπηρεσιών υγείας είναι ορισμένες φορές μοιραία. Αυτό το αποτέλεσμα επιβεβαιώνεται από τη θεωρία που υποστηρίζει το μοντέλο ταξινόμησης του Eindhoven. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, υπάρχουν τρεις βασικές αιτίες για τα λάθη: προβλήματα τεχνολογίας, προβλήματα οργάνωσης δηλαδή αδυναμίας μεταφοράς γνώσεων και προβλήματα ατομικά

που χωρίζονται σε θέματα έλλειψης γνώσεων, δεξιοτήτων και κανόνων. Έτσι δύο από τις τρεις βασικές πηγές λαθών αναφέρονται στην έλλειψη γνώσεων είτε σε ομαδικό είτε σε ατομικό επίπεδο (Smith & Raab, 2015). Όλα αυτά μπορεί να τα λύσει η ΔτΓ.

Η παρούσα μελέτη έδειξε ως πλεονέκτημα της ΔτΓ το γεγονός ότι βοηθά το άτομο να λειτουργεί αυτόνομα και να προσαρμοστεί εάν αλλάξει τμήμα στο οποίο εργάζεται. Επεξηγηματικά, όταν υπάρχουν στρατηγικές ΔτΓ, η γνώση είναι αποτυπωμένη με προσβάσιμο τρόπο για όποιον τη χρειαστεί. Η έννοια της χαμένης συλλογικής μνήμης και η ανησυχία ότι η αλλαγή μπορεί να φέρει προβλήματα εάν δεν έχει προβλεφθεί η σωστή ενημέρωση και μεταφορά εμπειρίας, ερευνήθηκε έρευνας σε νοσοκομείο στον Καναδά και όλες οι προτεινόμενες λύσεις είχαν ως αντικείμενο την ορθή εφαρμογή στρατηγικών ΔτΓ (Lahaie, 2005).

5.6.2. Παρακινητικοί παράγοντες

Οι τρόποι που παρακινούνται οι εργαζόμενοι να συμμετέχουν στη ΔτΓ, δηλαδή να μοιραστούν κυρίως τη γνώση που κατέχουν ή έχουν ανακαλύψει στο περιβάλλον των μονάδων υγείας αποτελούν βασικό στοιχείο έρευνας στην παρούσα διατριβή, καθώς τα συμπεράσματα θα βοηθήσουν τους μάνατζερ των υπηρεσιών υγείας να υποκινήσουν και το δικό τους προσωπικό σε ένα νοσοκομειακό περιβάλλον γνώσης. Αναζητώντας τη σχετική βιβλιογραφία, φαίνεται ότι τα εσωτερικά και τα εξωτερικά κίνητρα ΔτΓ εξερευνήθηκαν και σε άλλα επιστημονικά πεδία (Lin, 2007, Harder, 2008).

Όσον αφορά στα εσωτερικά κίνητρα, τα οποία πέτυχαν και το μεγαλύτερο βαθμό συμφωνίας σε σχέση με όλους τους άλλους παράγοντες, οι εργαζόμενοι δηλώνουν σχεδόν σύσσωμοι ότι αισθάνονται ωραία όταν μοιράζονται τη γνώση τους με άλλους, και πως για αυτούς είναι θέμα αρχής να μεταφέρουν μια νέα γνώση στους συναδέλφους τους. Καθώς η μετάδοση μιας νέας γνώσης δεν είναι με τη στενή έννοια «υποχρέωση» που ορίζεται από ένα καθηκοντολόγιο, μπορεί να δοθεί σε αυτήν μια ερμηνεία ότι είναι εργασία προαιρετική και εθελοντική, μέσα από την οποία ο ρόλος του εργαζόμενου αλλάζει και από συνεργάτης μετατρέπεται σε εκπαιδευτής ή μεσίτης της γνώσης. Παρόλο που οι πολλαπλοί ρόλοι μπορεί σε κάποιους να φαντάζονται στρεσογόνοι, το μοντέλο του Sieber (1974) υποστηρίζει ότι αυτοί οι ρόλοι τονώνουν το εγώ, δημιουργούν αυτοπεποίθηση και αίσθηση ότι μακροπρόθεσμα θα υπάρχουν οφέλη. Η λειτουργία των εργαζομένων στον

εργασιακό χώρο μέσα από εθελοντική βάση έχει εξετασθεί σε ποιοτική έρευνα στη Βόρεια Αμερική και οι εργαζόμενοι απάντησαν ότι νιώθουν καλά για τον εαυτό τους ή νιώθουν περηφάνια από τους εναλλακτικούς ρόλους. Το αναφερόμενο άρθρο ενημέρωνε κυρίως τους προϊστάμενους ανθρώπινου δυναμικού (Geroy et al, 2000). Φαίνεται όμως ότι η προτροπή για αλλαγή ρόλων μπορεί να αξιοποιηθεί και από όσους ασχολούνται με τη ΔτΓ. Υπάρχει όμως μια αντίφαση, και αυτή προκύπτει από τα ποιοτικά δεδομένα του ερωτηματολογίου. Ενώ σχεδόν όλοι οι εργαζόμενοι δηλώνουν ότι όταν γνωρίζουν κάτι, ενημερώνουν τους συναδέλφους τους, αντίστροφα, δεν αισθάνονται ότι λαμβάνουν γνώση. Έτσι, στην ανοικτού τύπου ερώτηση αναφορικά με τα εμπόδια που υπάρχουν για την εφαρμογή της ΔτΓ στα νοσοκομεία, οι συμμετέχοντες εξέφρασαν με πολλούς διαφορετικούς τρόπους την δυσαρέσκειά τους από τη συμπεριφορά των συναδέλφων τους, τους χαρακτήρισαν αδιάφορους, ανταγωνιστικούς και ατομικιστές.

Τα εσωτερικά κίνητρα βρέθηκε να συνδέονται με την αυτο-αποτελεσματικότητα δηλαδή την άποψη που έχει το άτομο για το πόσο ικανό είναι να παρέχει τη γνώση. Γενικότερα, ως τώρα η αυτο-αποτελεσματικότητα συνδεόταν κυρίως με τις δεξιότητες στην πληροφορική και στο χειρισμό πληροφοριακών συστημάτων ΔτΓ (Lai, 2009) και λιγότερο με την αυτο-αποτελεσματικότητα στην καθημερινή εργασία. Τα στοιχεία αυτής της έρευνας δείχνουν σημαντική σχέση της αυτο-αποτελεσματικότητας και της πρόθεσης για διαμοιρασμό ή δημιουργία γνώσης. Αυτό το εύρημα βρίσκεται σε συμφωνία με την υφιστάμενη βιβλιογραφία (Tohidinia & Mosakhani, 2010), ενώ άλλη έρευνα υποστηρίζει ότι ο πιο σημαντικός παράγοντας για την ποιότητα του διαμοιρασμού της γνώσης είναι η προσωπικότητα, η οποία επηρεάζει την αίσθηση της αυτο-αποτελεσματικότητας (Ismail & Yusof, 2010).

Το μοντέλο δομικών εξισώσεων έδειξε ότι τα εσωτερικά κίνητρα σχετίζονται θετικά με τις πεποιθήσεις, τα εξωτερικά κίνητρα και τη σύνθεση της γνώσης. Σε παρόμοια έρευνα που χρησιμοποιήθηκε η ίδια στατιστική ανάλυση, επιβεβαιώνεται ότι ο παράγοντας «ικανοποίηση να βοηθάς τους άλλους» (που είναι μέρος των δικών μας εσωτερικών κινήτρων) συνδέεται με τη στάση απέναντι στη διαχείριση της γνώσης και την πρόθεση για διαμοιρασμό (Lin, 2007).

Αναφορικά με τα εξωτερικά κίνητρα, τα οποία εκφράζονται ως αναμενόμενες ανταμοιβές από τον Οργανισμό δεν φάνηκε να σχετίζονται με τη στάση απέναντι στη ΔτΓ (Lin, 2007). Ομοίως και στο παρόν SEM, ενώ οι πεποιθήσεις επηρεάζονται από τα

εσωτερικά κίνητρα, δεν επηρεάζονται από τα εξωτερικά. Ερμηνεύοντας το αποτέλεσμα, μπορεί κανείς να πει, ότι όσα εξωτερικά κίνητρα και να δοθούν δεν μπορούν να αλλάξουν τις πεποιθήσεις των εργαζομένων. Σύμφωνα με τη θεωρία της αυτοδιάθεσης (self-determination theory), η παρακίνηση στοχεύει στην κάλυψη έμφυτων ψυχολογικών αναγκών, όπως η ανάγκη για αυτονομία, που είναι η βάση για την αυτο-κινητοποίηση και ολοκλήρωση της προσωπικότητας (Ryan & Deci, 2000). Γενικότερα, ως εξωτερικά κίνητρα, θεωρήθηκαν στην παρούσα μελέτη, ο σεβασμός από τους συναδέλφους, η σύσφιξη των σχέσεων και η αλληλεγγύη. Όμως οι εργαζόμενοι φάνηκαν σχετικά δύσπιστοι σχετικά με το ενδεχόμενο να λάβουν προαγωγή εάν συμμετέχουν στη ΔτΓ. Η έρευνα έδειξε ότι υπάρχει σύνδεση των εσωτερικών με τα εξωτερικά κίνητρα. Αυτό το εύρημα υποστηρίχθηκε και από προηγούμενη μελέτη. Έχει υποστηριχθεί, για παράδειγμα, ότι η έλλειψη εξωτερικών κινήτρων αποδυναμώνει κάποιες φορές και τα εσωτερικά, ή ότι τα εξωτερικά είναι εξίσου σημαντικά με τα εσωτερικά κίνητρα (Yoo et al, 2012).

5.6.3. Από τα δεδομένα και την εμπειρία στη γνώση

Οι εργαζόμενοι συμφώνησαν ότι η γνώση δημιουργείται μέσα από την παρατήρηση του εργασιακού περιβάλλοντος στο νοσοκομείο. Αυτό το εύρημα επιβεβαιώνει την προϋπάρχουσα θεωρία, σύμφωνα με την οποία μέσα από την κοινωνικοποίηση, η άρρητη γνώση μετατρέπεται σε ρητή (Nonaka & Takeuchi, 1995). Οι Gerrish et al (2011) ερμηνεύουν ακόμη περισσότερο το θέμα σύνθεση της γνώσης στο εργασιακό περιβάλλον και αναφέρουν ότι αναμιγνύοντας διαφόρων ειδών στοιχεία φτάνει κανείς στην πρακτική που είναι βασισμένη στις ενδείξεις. Μια ακόμη πιο συνειδητή λειτουργία δημιουργίας γνώσης προτείνεται από τους Andersen & Broberg (2016), με την εφαρμογή της συμμετοχικής προσομοίωσης (participatory simulation). Με αυτή τη μέθοδο, οι επαγγελματίες υγείας προσομοιώνουν και σχεδιάζουν τον τρόπο που θα εφαρμόσουν μια εργασία μελλοντικά, όπως σε ένα επόμενο χειρουργείο.

Τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου έδειξαν ότι οι εργαζόμενοι συμφωνούν πως η γνώση δημιουργείται και μοιράζεται κατά τη διάρκεια ομαδικών συναντήσεων. Έρευνα για τη διαχείριση της γνώσης στη νοσηλευτική εκπαίδευση ποιοτικής μεθοδολογίας από το Ιράν επιβεβαιώνει αυτά τα ευρήματα. Οι συμμετέχοντες πίστευαν ότι στις ομαδικές συναντήσεις με τους συναδέλφους δημιουργείται γνώση μέσα από αναπαραστάσεις, συζητήσεις και διαβουλεύσεις (Hassanian et al, 2015).

Αναφορικά με τα επιμορφωτικά προγράμματα, τα σεμινάρια και τις ημερίδες, οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι είναι ένα μέσο για δημιουργία γνώσης. Σε σχέση με τα εμπόδια όμως, εξέφρασαν την άποψη ότι δεν έχουν συχνά την ευκαιρία να συμμετέχουν, είτε λόγω της οικονομικής κρίσης, είτε γιατί οι προϊστάμενοί τους δεν τους επιλέγουν.

Επιπρόσθετα, δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές αναφορικά με τη δημιουργία και το διαμοιρασμό της γνώσης, ανάλογα με δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως τα χρόνια εργασιακής εμπειρίας, το φύλο και η ηλικία. Έρευνα στη Βόρεια Κορέα στην οποία συμμετείχαν 192 νοσηλευτές από τρία νοσηλευτικά ιδρύματα κατέληξε σε όμοιο συμπέρασμα με το παρόν (Lee et al, 2014). Σε άλλη έρευνα όμως βρέθηκε ότι οι άνδρες και οι υψηλότερα μορφωμένοι επαγγελματίες έχουν πιο ισχυρή πρόθεση να μοιραστούν τη γνώση τους (Lee & Hong, 2014).

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι εργαζόμενοι συμφωνούν πως η γνώση μοιράζεται και μέσα από ηλεκτρονικά μέσα. Σε έρευνα προηγούμενων ετών φάνηκε ότι οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν και άλλα μέσα όπως τα διαγράμματα για διαδικασία διαμοιρασμού της γνώσης (Ghosh & Scott, 2005).

Υψηλές βαθμολογίες έλαβαν οι ερωτήσεις που αφορούσαν στη συνεργασία, η οποία είναι και αυτή απαραίτητη τόσο για τη μετατροπή της άρρητης γνώσης σε ρητή. Η μετατροπή λαμβάνει χώρα στο στάδιο της κοινωνικοποίησης, και το στάδιο της εξωτερίκευσης, δηλαδή όταν κάποιος δημιουργήσει πλέον μια γνώση και θέλει να την επικοινωνήσει. Η διαφορά της διάχυσης της γνώσης με τη συνεργασία είναι ότι η πρώτη έχει συνήθως μία κατεύθυνση από τον πομπό στο δέκτη και η δεύτερη είναι αμφίδρομη. Οι επαγγελματίες υγείας του δείγματος δήλωσαν σε μεγάλη πλειοψηφία πως όταν αντιμετωπίζουν μια νέα κατάσταση ή συναντούν μια δυσκολία, επικοινωνούν συχνά με τους συναδέλφους του. Φανερώνεται δηλαδή ότι η επικοινωνία είναι θεμελιώδης για τη ΔτΓ στις μονάδες υγείας και οι ηγέτες πρέπει να ενθαρρύνουν την επικοινωνία, προωθώντας την ανταλλαγή της γνώσης (McInerney, 2002).

Η συνεργασία για ανταλλαγή γνώσεων επιβεβαιώνεται και σε έρευνα στην οποία συμμετείχαν αποκλειστικά νοσηλευτές που όμως αναγνώριζαν ότι η δουλειά τους αναμειγνύεται με αυτή των ιατρών, οπότε η συνεργασία αναμένεται σε πολυεπιστημονικό επίπεδο (Gerrish et al, 2011). Οι εργαζόμενοι στο νοσοκομείο της παρούσας μελέτης δηλώνουν ότι συνεργάζονται με συναδέλφους από το τμήμα τους, από άλλα τμήματα,

ακόμη και από άλλα νοσοκομεία. Στη Δανία φάνηκε ότι η συνεργασία για τη διαχείριση της γνώσης μπορεί να επεκταθεί και στις αλληλεπιδράσεις εργαζομένων δημόσιου με ιδιωτικό τομέα στα νοσοκομεία αν επιτευχθεί το σωστό μείγμα συνέργειας (collaboration) και συνεργασίας (cooperation) (Nissen et al, 2014). Τέλος, οι εργαζόμενοι είναι περισσότερο θετικοί στη συνεργασία για ανταλλαγή και δημιουργία γνώσης, όσο πιο θετικές πεποιθήσεις έχουν για τη ΔτΓ, και όσο πιο πολλά εσωτερικά και εξωτερικά κίνητρα λαμβάνουν από το εργασιακό περιβάλλον.

5.6.4. Το εσωτερικό οργανωσιακό περιβάλλον του νοσοκομείου ως φορέας γνώσης

Το εσωτερικό οργανωσιακό περιβάλλον περιλαμβάνει τις δομές και την κουλτούρα μιας επιχείρησης ή ενός Οργανισμού. Στις δομές ανήκει η ιεραρχία, και κυρίως η ηγεσία που επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό και την οργανωσιακή κουλτούρα. Μια ισχυρή κουλτούρα βοηθά να επιτευχθούν στρατηγικοί στόχοι και υψηλή απόδοση (Daft & Marcic, 2011). Συνεπώς τα ευρήματα που αφορούν στους παράγοντες της ηγεσίας και της κουλτούρας αποκτούν ιδιαίτερο ενδιαφέρον.

Αναφορικά με την ηγεσία, οι προηγούμενες έρευνες δείχνουν ότι ορισμένα στυλ ηγεσίας σχετίζονται με πρακτικές της διαχείρισης της γνώσης (Singh, 2008). Οι Zheng et al (2010) υποστηρίζουν ότι η ΔτΓ σχετίζεται με την οργανωσιακή κουλτούρα και οι Leidner et al (2006) υποστηρίζουν την αντίθετη φορά, δηλαδή ότι η οργανωσιακή κουλτούρα επηρεάζει τη ΔτΓ. Πάντως φαίνεται σύμφωνα με τα αποτελέσματα ότι οι δύο αυτοί παράγοντες έχουν μεταξύ τους πολύ ισχυρή στατιστικά πολύ σημαντική συσχέτιση, δηλαδή η ηγεσία επηρεάζει την κουλτούρα της γνώσης και το αντίστροφο. Στην παρούσα μελέτη, η κουλτούρα δείχνει να σχετίζεται με την πρόθεση για διαμοιρασμό της γνώσης προφανώς γιατί βοηθά να διευκολυνθούν τα κανάλια επικοινωνίας. Αντίστοιχα, η ηγεσία συνδέεται με τη συνεργασία. Σε νοσοκομεία στην Ιορδανία φάνηκε αντίθετα ότι η κουλτούρα και όχι η ηγεσία σχετίζονται με τη συνεργασία (Alhalhouli et al, 2014).

Γενικότερα, τόσο ο παράγοντας ηγεσία, όσο και ο παράγοντας κουλτούρα, δεν έλαβαν υψηλή γενική βαθμολογία, καθώς πολλοί εργαζόμενοι δεν πήραν ξεκάθαρη θέση εάν το νοσοκομείο και οι προϊστάμενοί τους υποστηρίζουν τη ΔτΓ. Οι μόνοι εργαζόμενοι

που βαθμολόγησαν θετικά τόσο την ηγεσία όσο και την κουλτούρα είναι αυτοί που δήλωσαν πως είναι ικανοποιημένοι από την εργασία τους.

Τα εξωτερικά κίνητρα συνδέονται με θέματα ηγεσίας και οργανωσιακής κουλτούρας. Ο ρόλος της ηγεσίας στα εξωτερικά κίνητρα που διαφάνηκε σε αυτή την έρευνα έχει ανιχνευθεί και σε άλλα εργασιακά περιβάλλοντα εκτός από το νοσοκομείο (Tohidinia & Mosakhani, 2010). Ο διαμοιρασμός της γνώσης προϋποθέτει οι εργαζόμενοι να συνεργάζονται σε ένα οργανωτικό περιβάλλον γνώσης. Στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, η συνεργασία βρέθηκε να σχετίζεται με όλα τα κίνητρα, ενώ η κουλτούρα με τα εξωτερικά. Ταυτόχρονα εντοπίστηκε η σχέση μεταξύ εξωτερικών μόνο κινήτρων με την ηγεσία και την κουλτούρα. Αυτό είναι αναμενόμενο, εφόσον τα εσωτερικά κίνητρα αφορούν στην προσωπικότητα και γενικότερα τα προσωπικά χαρακτηριστικά των ατόμων, ενώ τα εξωτερικά κίνητρα επηρεάζονται με εξωγενείς παράγοντες.

Ακόμη ένα ενδιαφέρον εύρημα που σχετίζεται με το περιβάλλον του νοσοκομείου είναι ο ρόλος της εργασιακής ικανοποίησης. Από τα αποτελέσματα βρέθηκε ότι η ικανοποίηση συνδέεται θετικά με την κουλτούρα και την ηγεσία, ενώ αρνητικά με τα εμπόδια, με την έννοια ότι όσο πιο δυσαρεστημένος είναι ένας εργαζόμενος, τόσο πιο έντονα γίνονται αντιληπτά τα εμπόδια για τη ΔτΓ. Στη Φινλανδία, υποστηρίχθηκε σε έρευνα ότι η διαχείριση της γνώσης και συγκεκριμένα η δημιουργία, η διατήρηση, ο διαμοιρασμός και η κωδικοποίηση της γνώσης μπορούν να αυξήσουν την εργασιακή ικανοποίηση. Έτσι πρότειναν στους μάνατζερ την εφαρμογή της φιλοσοφίας της ΔτΓ, όχι μόνο για το καλό της γνώσης αυτής καθ' εαυτής αλλά και για να έχουν πιο ικανοποιημένους εργαζόμενους (Kianto et al, 2016).

5.6.5. Ανασταλτικοί παράγοντες εφαρμογής της ΔτΓ

Η ΔτΓ άργησε να εφαρμοσθεί στα νοσοκομεία (Kothari et al, 2011) και αυτό μπορεί να οφείλεται στις ιδιοτυπίες αυτού του πολύπλοκου Οργανισμού. Για παράδειγμα, οι επαγγελματίες υγείας στην Ελλάδα δοκιμάζουν καθημερινά τις αντοχές τους σε ένα σύστημα υγείας υποστελεχωμένο, όπου κάποιες φορές μπορεί να φαντάζει πολυτέλεια να τους ζητά κανείς οτιδήποτε άλλο, πέρα από το να ανταπεξέλθουν στην καθημερινότητα. Συνεπώς, δεν αποτελεί έκπληξη ότι τα ζητήματα του χρονικού περιορισμού και της υποστελέχωσης δηλώθηκαν ως εμπόδια εφαρμογής ΔτΓ. Στις Ολλανδία και την Αγγλία οι

εργαζόμενοι που υποστηρίζουν ασθενείς με άνοια δηλώνουν και αυτοί προβλήματα χρόνου που τους δυσκολεύουν να ασχοληθούν με τη μετάδοση της γνώσης (Kümpers et al, 2006).

Στο νοσοκομείο που αποτέλεσε τον τόπο της έρευνας, οι συμμετέχοντες μετατοπίζουν την ευθύνη στους άλλους για την έλλειψη συνεργασίας στη δημιουργία και μεταφορά γνώσης, είτε στους συναδέλφους τους που θεωρούν ότι είναι ανταγωνιστικοί και ατομιστές, είτε στους προϊστάμενούς τους που δεν υποστηρίζουν αρκετά τη ΔτΓ. Αυτό επιβεβαιώνει την άποψη ότι τα εμπόδια στη ΔτΓ είναι κατά βάση κοινωνικά (Cases et al, 2013), και άρα πρέπει να ενισχυθούν οι σχέσεις συνεργασίας μεταξύ των εργαζομένων.

Αρκετοί εργαζόμενοι δήλωσαν ακόμη ότι η έλλειψη δεξιοτήτων χειρισμού των πληροφοριακών συστημάτων δημιουργεί αδυναμίες συμμετοχής στη ΔτΓ. Στην Τουρκία, ιατροί, κυρίως οι γυναίκες, θεώρησαν επίσης αυτό ως ένα σημαντικό εμπόδιο (Gider et al, 2015).

5.7. Δυνατά σημεία και αδυναμίες της διδακτορικής διατριβής

Κάθε συγχρονική μελέτη, εξετάζει τα δεδομένα σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Αυτό σημαίνει ότι τα γεγονότα της εποχής επηρεάζουν τους συμμετέχοντες που είναι μέρος αυτής καθημερινότητας. Με αυτή την έννοια, σε μια άλλη περίοδο είναι δυνατό να υπήρχαν διαφοροποιήσεις στις απαντήσεις ακόμη και των ίδιων συμμετεχόντων. Ακόμη, πρέπει να αναφερθεί ότι κατά την εξέλιξη της στατιστικής ανάλυσης έγιναν ορισμένες παραδοχές που χωρίς να είναι απαγορευτικές, ήταν απλά αποδεκτές, σύμφωνα με τα εγχειρίδια στατιστικής μεθοδολογίας, όπως για παράδειγμα η απλά επαρκής βαθμολογία του Cronbach's alpha σε δύο παράγοντες. Επίσης, δεν μπορεί να κάνει κανείς πρώιμες γενικεύσεις των συμπερασμάτων, εφόσον αυτή αποτελεί την πρώτη σχετική έρευνα, ενώ φιλοδοξία αποτελεί η χρήση του εργαλείου AKMI και από άλλους ερευνητές στο μέλλον.

Το κυριότερο πλεονέκτημα αυτής της διδακτορικής διατριβής είναι ότι εισάγει στην επιστήμη της Διοίκησης Μονάδων Υγείας ένα νέο εργαλείο για τη μέτρηση των παραγόντων και ανάλυση των σημαντικότερων παραγόντων που συνθέτουν τη Διαχείριση της Γνώσης. Ο σχεδιασμός πραγματοποιήθηκε έχοντας υπόψη το ιδιότυπο περιβάλλον των

νοσοκομείων και των άλλων Οργανισμών Υγείας, και τις πολύπλοκες σχέσεις των επαγγελματιών υγείας.

Επιπρόσθετα, ο σχεδιασμός του ΑΚΜΙ έγινε πολύ προσεκτικά, με σαφή μεθοδολογικά βήματα τα οποία περιλάμβαναν απλή και συστηματική ανασκόπηση της σύγχρονης βιβλιογραφίας, πιλοτική εφαρμογή και επανεφαρμογή, εκτενείς συζητήσεις με επαγγελματίες υγείας, μείωση των αντικειμένων με παραγοντική ανάλυση σύμφωνα με τα κύρια ευρήματα.

Το ΑΚΜΙ αποτελεί ένα ιδανικό εργαλείο γιατί αντλεί συμπυκνωμένα δεδομένα σε αποδεκτό χρονικό διάστημα, και μοιάζει να κρατά το ενδιαφέρον, εφόσον δεν υπήρχαν πολλές εγκαταλείψεις, αλλά ευρεία συμμετοχή. Ένα από τα ενδιαφέροντα σημεία αυτής της διατριβής είναι η αξιοποίηση πολλών μεθοδολογικών προσεγγίσεων, με ένα κοινό στόχο, την αποκάλυψη όσο το δυνατόν περισσότερων στοιχείων αναφορικά με τη ΔτΓ στα νοσοκομεία. Οι προσεγγίσεις αυτές περιλάμβαναν δευτερογενή έρευνα, δημιουργία εργαλείου μέτρησης, περιγραφική στατιστική, επαγωγική στατιστική, ποιοτική έρευνα και προχωρημένη στατιστική ανάλυση με δημιουργία μοντέλου δομικών εξισώσεων. Τέλος, η σημαντικότερη ικανοποίηση ήταν η ανατροφοδότηση από τους συμμετέχοντες που αυθόρμητα εξέφρασαν την ικανοποίησή τους από το περιεχόμενο, αφού αρκετοί ανέφεραν ότι *«το ερωτηματολόγιο είναι το πρώτο βήμα τους για ενεργό συμμετοχή στη διαδικασία της διαχείρισης της γνώσης»*.

5.8. Συμβολή της παρούσας έρευνας στην επιστήμη της Διοίκησης Μονάδων Υγείας

Η συμβολή της διατριβής στην επιστήμη της Διοίκησης Μονάδων Υγείας είναι πολλαπλή. Σε επίπεδο ελληνικής βιβλιογραφίας, αποτελεί τη μοναδική διδακτορική διατριβή με αυτή τη θεματολογία. Σε αναζήτηση στα αποθετήρια, εντοπίστηκε με τίτλο μία ακόμη διδακτορική διατριβή με τίτλο *«Συστήματα διαχείρισης γνώσης σε οργανισμούς φροντίδας υγείας»* που να αναφέρεται στην πρόταση για λειτουργία ενός πληροφοριακού συστήματος και το δείγμα αποτέλεσαν 55 μεταπτυχιακοί φοιτητές στο περιβάλλον του πανεπιστημίου με προσανατολισμό προς την τεχνολογία (Μπαλής, 2007).

Το παρόν πόνημα έχει επίκεντρο τον άνθρωπο και προσπαθεί να ερμηνεύσει συμπεριφορές και στάσεις, προκειμένου να συμμετέχουν στη ΔτΓ. Συνεπώς η ανάγνωση αυτής της εργασίας μπορεί να αποτελέσει ένα πρώτο βήμα για τη γνωριμία των επαγγελματιών υγείας όλων των ειδικοτήτων, με το ενδιαφέρον πεδίο της διαχείρισης της γνώσης. Εργαζόμενοι και από άλλες δομές μπορούν να λάβουν σημαντικές γνώσεις που θα τις αξιοποιήσουν στον τομέα τους.

Το μοντέλο της ΔτΓ δίνει περαιτέρω ερμηνείες για να κατανοηθεί ποια χαρακτηριστικά υποκινούν τους εργαζομένους να συνθέσουν τη γνώση στον Οργανισμό. Είναι τα άτομα που αγαπούν τη γνώση και αισθάνονται όμορφα όταν τη μοιράζονται με τους συναδέλφους τους. Επίσης είναι αυτοί που έχουν βαθιά πίστη ότι η διαχείριση της γνώσης μπορεί να βοηθήσει έναν Οργανισμό να προοδεύσει.

Μια ειδική ομάδα που μπορεί να βρει στοιχεία προς αξιοποίηση, είναι τα στελέχη του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα μονάδων υγείας, που κατέχουν θέσεις ευθύνης. Η βιβλιογραφία έχει δείξει ότι οι διοικητές και οι προϊστάμενοι που εντάσσουν στρατηγικές ΔτΓ στον Οργανισμό που υπηρετούν, βλέπουν μεγαλύτερες αποδόσεις, λιγότερα λάθη και περισσότερη ικανοποίηση των εργαζομένων τους. Τα συμπεράσματα αυτής της έρευνας και κυρίως οι προτάσεις μπορούν να βρουν εφαρμογή σε κάθε μονάδα υγείας.

Τα πανεπιστήμια είναι φορείς έρευνας και εξέλιξης. Η έρευνα πραγματοποιείται μέσα από κατάλληλα σχεδιασμένα ερωτηματολόγια. Η διαχείριση της γνώσης στα νοσοκομεία είναι ένα θέμα επίκαιρο που δεν έχει κορεστεί από την υπερανάλυση, αλλά έχει ακόμη πολλά σημεία που πρέπει να απαντηθούν ή να επιβεβαιωθούν. Το ΑΚΜΙ μπορεί να αποτελέσει εργαλείο στα χέρια των ακαδημαϊκών δασκάλων και σπουδαστών για περαιτέρω έρευνα.

Μια σύγκριση της παρούσας έρευνας με άλλα νοσοκομεία στην Ελλάδα, την Κύπρο ή σε άλλα μέρη του κόσμου θα είχε πραγματικό ενδιαφέρον. Αντίστοιχα, μια διαχρονική μελέτη, και επανεξέταση του ίδιου φορέα όταν έχουν πραγματοποιηθεί βασικές αλλαγές όπως αλλαγή της ηγεσίας, θα έδειχνε αν τελικά ο ρόλος του διοικητή επιδρά καταλυτικά στη ΔτΓ ή τα μεσαία στελέχη αποτελούν το βασικό πυρήνα της κουλτούρας της γνώσης σε μια μονάδα υγείας.

Επίσης, μελλοντικές έρευνες μπορούν να χρησιμοποιήσουν ως βάση αυτή εδώ την εργασία και να δημιουργήσουν έναν οδηγό συνέντευξης, με τον οποίο να δημιουργήσουν μια ποιοτική έρευνα. Μέσα από συνεντεύξεις με στελέχη των μονάδων υγείας μεμονωμένα, ή με ομάδες εστιασμένης συζήτησης, μπορεί να επιβεβαιωθεί η υφιστάμενη θεωρία ή να δημιουργηθούν νέα δεδομένα. Επιπρόσθετα, το ΑΚΜΙ μπορεί να αξιοποιηθεί σε νέες έρευνες σε νοσοκομεία.

5.9. Συμπεράσματα

Η διαχείριση της γνώσης αποτελεί μια φιλοσοφία αξιοποίησης της δύναμης που έχει η γνώση στη σημερινή εποχή του ανταγωνισμού και της έλλειψης πόρων. Ειδικά στη διοίκηση μονάδων υγείας, η εφαρμογή στρατηγικών ΔτΓ ενδέχεται να βοηθήσει να μειωθούν τα λάθη, το οποίο είναι εξαιρετικά σημαντικό για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν τη διαχείριση της γνώσης είναι οι πεποιθήσεις για τη ΔτΓ, τα εσωτερικά και τα εξωτερικά κίνητρα συμμετοχής σε αυτήν, η σύνθεση της γνώσης, ο διαμοιρασμός, η συνεργασία, η ηγεσία, η κουλτούρα και τα εμπόδια. Για τη διερεύνηση των παραπάνω στις μονάδες υγείας, δημιουργήθηκε πλέον ένα αξιόπιστο εργαλείο που ονομάστηκε ΑΚΜΙ, με το οποίο οι ερευνητές μπορούν να εξετάσουν το θέμα της ΔτΓ στις μονάδες υγείας.

Από την έρευνα φάνηκε ότι οι εργαζόμενοι αναγνωρίζουν την αξία της γνώσης και αναζητούν το μοίρασμά της με τους συναδέλφους. Επίσης εκφράζουν την άποψη να συμμετέχουν σε επιστημονικές ημερίδες και συνέδρια για την περαιτέρω εξέλιξή τους. Η γνώση δεν φάνηκε να έχει «προτίμηση» σε φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο ή εργασιακή εμπειρία. Αυτό σημαίνει ότι τα προγράμματα που ενδέχεται να εφαρμοστούν αφορούν σε όλους τους εργαζόμενους. Αναφορικά όμως με στοιχεία της προσωπικότητας, σχετίζεται με το πόσο ένα άτομο αισθάνεται ικανό να προσφέρει γνώση στους άλλους, δηλαδή με την αίσθηση της αυτο-αποτελεσματικότητας. Ακόμη, στοιχεία της ΔτΓ συνδέονται με το βαθμό της εργασιακής ικανοποίησης.

Το πόσο θα συμμετέχει κανείς στις διαδικασίες της ΔτΓ εξαρτάται κυρίως από τα εσωτερικά κίνητρα που κινητοποιούν το άτομο προς μια ορισμένη συμπεριφορά και τα εξωτερικά κίνητρα που θα δοθούν από το περιβάλλον. Από την άλλη η δημιουργία της γνώσης και ο διαμοιρασμός της επηρεάζονται από τα ερεθίσματα που θα δοθούν. Το μοντέλο δομικών εξισώσεων, έδειξε έναν ιδιαίτερο σύνδεσμο μεταξύ εσωτερικών κινήτρων και πεποιθήσεων, καθώς και εσωτερικών και εξωτερικών κινήτρων με την τάση που έχει το άτομο να προσπαθεί να συνθέσει νέα γνώση.

Παρόλα αυτά, υπάρχουν εμπόδια που πρέπει να υπερκεραστούν για να είναι αποτελεσματική η ΔτΓ. Ένα σκέλος αφορά στο περιβάλλον και ένα στους ίδιους τους εργαζόμενους. Στο πρώτο σκέλος πρέπει να τροποποιηθεί η κουλτούρα του νοσοκομείου, και να μετατραπεί σε μια κουλτούρα γνώσης. Με άλλα λόγια, η γνώση θα πρέπει να μοιράζεται ελεύθερα μέσα στην ιεραρχία χωρίς να αποτελεί στοιχείο εξουσίας, αλλά συνεργασίας. Αυτό μπορεί να βοηθήσει τους εργαζόμενους ιδίως όταν πρέπει να εισαχθεί μια νέα πρακτική ή όταν μετακινούνται από ένα τμήμα σε ένα άλλο. Η κυκλικότητα (rotation) είναι άλλωστε συχνό φαινόμενο στα νοσοκομεία, στα οποία οι εργαζόμενοι μετακινούνται για να καλύψουν διάφορες ανάγκες, αλλά και για να μάθουν περισσότερα αντικείμενα.

Η κουλτούρα γνώσης θα κάνει ακόμη εύκολη την «απώλεια» ενός έμπειρου στελέχους, όταν αυτό αποχωρήσει από την υπηρεσία, λόγω συνταξιοδότησης, εφόσον μέσα από πολλαπλές ευκαιρίες θα μπορέσει να μεταδώσει τη γνώση και την εμπειρία του στους νεότερους. Όταν διακατέχεται ένας Οργανισμός από τις αρχές της αλληλεγγύης στη γνώση, τότε με αργές αλλά σταθερές διαδικασίες μπορεί να αλλάξει και η στάση των πιο δύσπιστων ότι η γνώση δεν είναι απλά ιδιοκτησία του ατόμου, αλλά βοηθά για την προαγωγή όλου του Οργανισμού. Με αυτόν τον τρόπο, θα ξεπεραστούν και εμπόδια που σχετίζονται με τον ατομικισμό και τον ανθρώπινο εγωισμό.

5.10. Προτάσεις

Η ηγεσία έχει την τυπική και συχνά την άτυπη εξουσία να τροποποιήσει συμπεριφορές και να αλλάξει την κουλτούρα σε έναν Οργανισμό. Συνεπώς, οι προτάσεις απευθύνονται κυρίως σε αυτήν. Κάθε εργαζόμενος στο νοσοκομείο θα πρέπει να αισθάνεται ότι δεν έχει να φοβηθεί τίποτε εάν μοιραστεί τη γνώση, ακόμη και αν τελικά

αποδειχθεί ότι η συγκεκριμένη ιδέα δεν είναι εφαρμόσιμη στον Οργανισμό. Αντίθετα θα πρέπει να υποστηρίζεται η καινοτομία και να εξετάζονται οι προτάσεις με προσοχή. Μόνο με αυτόν τον τρόπο θα μπορέσει να εξωτερικευθεί η γνώση και από άρρητη να μετατραπεί σταδιακά σε ρητή.

Επίσης, πρέπει να διευκολύνονται τα κανάλια επικοινωνίας μεταξύ των εργαζομένων. Οι προϊστάμενοι για παράδειγμα, θα πρέπει να επιδιώκουν να οργανώνουν συναντήσεις με το προσωπικό στις οποίες η θεματολογία να αφορά στη νέα γνώση, τη συνεργασία και την ανταλλαγή απόψεων. Καλό είναι οι συναντήσεις να μην αφορούν απαραίτητα μία επαγγελματική κατηγορία όπως οι ιατροί ή οι νοσηλευτές χωριστά, αλλά κάποιες φορές οι συναντήσεις να γίνονται σε επίπεδο διεπιστημονικό για παράδειγμα σε επίπεδο κλινικής, γιατί τότε εμπλουτίζονται οι απόψεις και ενδέχεται να προκύψουν πιο ενδιαφέροντα στοιχεία.

Η διοίκηση οφείλει να διοργανώνει επιμορφωτικά προγράμματα και να διευκολύνει όλους τους εργαζόμενους που επιδιώκουν να αυξήσουν το μορφωτικό τους επίπεδο. Τα προγράμματα αυτά θα πρέπει να γίνονται τόσο μέσα στο φορέα, αλλά και σε συνεργασία με άλλες μονάδες υγείας για να υπάρχει ανταλλαγή απόψεων και με άτομα που χρησιμοποιούν διαφορετικές και ίσως πιο αποτελεσματικές πρακτικές.

Η παροχή κινήτρων θα βοηθήσει στη συμμετοχή των εργαζομένων στη διαχείριση της γνώσης. Γι' αυτό θα πρέπει να αναγνωρίζεται η συμβολή των εργαζομένων που έχουν ενεργούν προς όφελος της μετάδοσης της γνώσης με τρόπους που θα είναι εμφανείς τόσο στους ίδιους, όσο και στους συναδέλφους τους. Με αυτόν τον τρόπο και πιο διστακτικοί εργαζόμενοι θα μπορέσουν να ξεφύγουν από την αίσθηση που έχουν ότι το ατομικό τους συμφέρον είναι να κρατήσουν τη γνώση αποκλειστικά για τον εαυτό τους και θα συμμετέχουν και αυτή σε ένα περιβάλλον που η γνώση μεταφέρεται από γραφείο σε γραφείο και από κλινική σε κλινική.

Σε επίπεδο οργάνωσης, μπορούν να γίνουν και άλλες ενέργειες που θα διευκολύνουν τη γνώση. Για παράδειγμα, τα πληροφοριακά συστήματα πρέπει να έχουν επίκεντρο το χρήστη, να δημιουργούνται και να βελτιώνονται μέσα από τις υποδείξεις αυτών που τα χρησιμοποιούν στην καθημερινότητά τους. Η αξιοποίηση κοινόχρηστων αρχείων, του ιατρικού φακέλου ασθενούς ή απολογιστικών στοιχείων θα πρέπει να είναι εφικτή για όσους ενδιαφέρονται να εξελίξουν τον τρόπο που εργάζονται. Αυτές οι

ενέργειες βοηθούν τους νεοπροσλαμβανόμενους εργαζόμενους ή όσους μετακινούνται σε άλλα τμήματα του νοσοκομείου. Ακόμη όμως και άτυπα δίκτυα, όπως τα κοινά κοινωνικά δίκτυα, μπορούν να γίνουν πηγή γνώσης και καλό είναι να προωθούνται και να τροφοδοτούνται συνεχώς με νέα και ενδιαφέροντα στοιχεία.

Τα ίδια τα νοσοκομεία, αποτελούν πεδίο έρευνας. Ακόμη όμως δεν έχει δοθεί η έμφαση που απαιτείται στη διαχείριση της γνώσης σε αυτά. Τα επιστημονικά και διοικητικά συμβούλια, όχι μόνο οφείλουν να διευκολύνουν τους εργαζόμενους που διεξάγουν μια έρευνα, αλλά θα πρέπει να προαπαιτούν να ενημερώνονται για τα αποτελέσματα των ερευνών που ενέκριναν, ώστε να μαθαίνουν από τις έρευνες τις απόψεις των εργαζόμενων, των ασθενών, των συνοδών τους ή των προμηθευτών. Τοιουτοτρόπως, θα μπορέσουν να γίνουν βελτιωτικές κινήσεις που θα βοηθήσουν στην πρόοδο του φορέα, μέσα από μια δυναμική διαδικασία εξέλιξης.

Μια πρόταση ακόμη είναι να κάνουν οι ηγέτες τη γνώση «διάσημη» μέσα από πράξεις δημοσιότητας. Για παράδειγμα, όλες οι εργασίες που αφορούν στο φορέα, όπως προφορικές ή αναρτημένες ανακοινώσεις σε συνέδρια και τα άρθρα που δημοσιεύθηκαν σε επιστημονικά περιοδικά με κριτές να κατατίθενται μια φορά το χρόνο σε μια επιστημονική επιτροπή που θα τα αξιολογεί και θα βραβεύει σε ειδική εκδήλωση τις καλύτερες από αυτές. Αυτός ο τρόπος θα δημιουργούσε πρότυπα και εργαζόμενους που θα ήθελαν μέσα από τη μίμηση να γίνουν και αυτοί καλύτεροι αφού θα κατέχουν τη γνώση. Άλλη περίπτωση είναι να αναγνωρίζεται η αξία των ατόμων που έχουν κατοχυρωθεί στα μάτια των συναδέλφων τους ως μεσίτες της γνώσης.

Η διαχείριση της γνώσης μπορεί να αποτελέσει εργαλείο για την αποτελεσματική διοίκηση των μονάδων υγείας, αρκεί να αλλάξει η νοοτροπία και να υποστηριχθούν από όλες τις βαθμίδες της ιεραρχίας και το σύνολο των εργαζομένων πρωτοβουλίες που διέπονται από δημιουργικότητα, έμπνευση και καινοτομία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ackoff, R. (1989). From Data to Wisdom. *Journal of Applied Systems Analysis*, 16: 3-9.
- Aharony, N. (2011). Librarians' attitudes toward knowledge management. *College & Research Libraries*, 72(2), 111-126.
- Alavi, M., Kayworth, T. R., & Leidner, D. E. (2005). An empirical examination of the influence of organizational culture on knowledge management practices. *Journal of management information systems*, 22(3), 191-224.
- Aletras, V. H., Kostarelis, A., Tsitouridou, M., Niakas, D., & Nicolaou, A. (2010). Development and preliminary validation of a questionnaire to measure satisfaction with home care in Greece: an exploratory factor analysis of polychoric correlations. *BMC health services research*, 10(1), 1.
- Alhalhouli, Z. T., Hassan, Z. B., & Der, C. S. (2014). Factors affecting knowledge sharing behavior among stakeholders in Jordanian hospitals using social networks. *International Journal of Computer and Information Technology*, 3(5), 919-928.
- Andersen, S. N., & Broberg, O. (2016). A framework of knowledge creation processes in participatory simulation of hospital work systems. *Ergonomics*, 1-17.
- Appleby, J. (2013). *Shores of Knowledge: New World Discoveries and the Scientific Imagination*. WW Norton & Company.
- Armstrong, R., Waters, E., Crockett, B., & Keleher, H. (2007). The nature of evidence resources and knowledge translation for health promotion practitioners. *Health Promotion International*, 22(3), 254-260.
- Ash, J. S., Sittig, D. F., Guappone, K. P., Dykstra, R. H., Richardson, J., Wright, A., Carpenter, J., McMullen, C., Shapiro, M., Bunce, A., & Middleton, B. (2012). Recommended practices for computerized clinical decision support and knowledge management in community settings: a qualitative study. *BMC medical informatics and decision making*, 12(1), 6.
- Auernhammer, J., & Hall, H. (2013). Organizational culture in knowledge creation, creativity and innovation: Towards the Freiraum model. *Journal of Information Science*, doi: 10.1177/0165551513508356.

- Bednarczyk, T. K. (2010). Human resources and motivation in knowledge management. *Management and Production Engineering Review*, 1(4), 13-18.
- Beer, S. (1981). *Brain of the firm: the managerial cybernetics of organization*. New York: J. Wiley.
- Bellinger, G., Castro, D., & Mills, A. (2004). Data, information, knowledge, and wiTAom, <http://www.systems-thinking.org/dikw/dikw.htm>, [22-11-2016]
- Berelson B. (1952) *Content Analysis in Communication Research*, New. York: FreePress.
- Berg BL. (2001). *Qualitative Research Methods for the Social Sciences*. Boston: Allyn and Bacon
- Berteau, P., & Zait, A. (2011). Methods for testing discriminant validity. *Management & Marketing-Craiova*, (2), 217-224.
- Berwick, D. M. (2003). Disseminating innovations in health care. *Jama*, 289(15), 1969-1975.
- Birkinshaw, J. (2001). Why is knowledge management so difficult?. *Business strategy review*, 12(1), 11-18.
- Bissett, A. F. (1994). Designing a questionnaire. Send a personal covering letter. *BMJ: British Medical Journal*, 308(6922), 202.
- Blackson, T. A. (2011). *Ancient Greek philosophy: from the Presocratics to the Hellenistic philosophers*. John Wiley & Sons.
- BMC Software and Enterprise Management Associates (2008). Gleaning WiTAom from Data The role of service knowledge management in IT decision-making and ITIL® V3, Best Practices White Paper, <http://documents.bmc.com/products/documents/12/90/91290/91290.pdf>, [22-11-2016]
- Bogner, W. C., & Bansal, P. (2007). Knowledge management as the basis of sustained high performance. *Journal of Management Studies*, 44(1), 165-188.
- Boynton, P. M., & Greenhalgh, T. (2004). Selecting, designing, and developing your questionnaire. *Bmj*, 328(7451), 1312-1315.
- Buchanan DA, Fitzgerald L, Ketley D. (Eds.). (2006). *The Spread and Sustainability of Organizational Change: Modernizing Healthcare*. Routledge.
- Buchbinder, S. B., & Shanks, N. H. (2011). *Introduction to health care management*. Jones & Bartlett Publishers.
- Burr, V. (2015). *Social constructionism (3rd edition)*. New York: Routledge.

- Cameron, J. (2006). *Rewards and intrinsic motivation: Resolving the controversies*^y. Westport, CT: Bergin & Garvey. AP.
- Cases, M., Furlong, L. I., Albanell, J., Altman, R. B., Bellazzi, R., Boyer, S., ... & Gea, J. (2013). Improving data and knowledge management to better integrate health care and research. *Journal of internal medicine*, 274(4), 321-328.
- Chang, Y. Y., Hsu, P. F., Li, M. H., & Chang, C. C. (2011). Performance evaluation of knowledge management among hospital employees. *International journal of health care quality assurance*, 24(5), 348-365.
- Chen, F. F. (2007). Sensitivity of goodness of fit indexes to lack of measurement invariance. *Structural equation modeling*, 14(3), 464-504.
- Chen, M. Y., & Chen, A. P. (2006). Knowledge management performance evaluation: a decade review from 1995 to 2004. *Journal of information science*, 32(1), 17-38.
- Chen, Y. H., Liu, C. F., & Hwang, H. G. (2011). Key factors affecting healthcare professionals to adopt knowledge management: The case of infection control departments of Taiwanese hospitals. *Expert Systems with Applications*, 38(1), 450-457.
- Cicchetti, D. V. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological assessment*, 6(4), 284.
- Civi, E. (2000). Knowledge management as a competitive asset: a review. *Marketing Intelligence & Planning*, 18(4), 166-174.
- Collins, H. (2010). *Tacit and explicit knowledge*. University of Chicago Press: Chicago.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *psychometrika*, 16(3), 297-334.
- Cruz, S. G., & Ferreira, M. M. F. (2016). Knowledge management in Portuguese healthcare institutions. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(3), 492-499.
- Daft, R., & Marcic, D. (2011). *Understanding management*. Mason, OH: South-Western Cengage Learning
- Davenport, T. H., De Long, D. W., & Beers, M. C. (1998). Successful knowledge management projects. *Sloan management review*, 39(2), 43-57.
- Dawes, M., & Sampson, U. (2003). Knowledge management in clinical practice: a systematic review of information seeking behavior in physicians. *International journal of medical informatics*, 71(1), 9-15.

- De Lusignan, S., Wells, S., Shaw, A., Rowlands, G., & Crilly, T. (2005). A knowledge audit of the managers of primary care organizations: top priority is how to use routinely collected clinical data for quality improvement. *Informatics for Health and Social Care*, 30(1), 69-80.
- Diamantopoulos, A., Fritz, W., & Hildebrandt, L. (Eds.). (2013). *Quantitative Marketing and Marketing Management: Marketing Models and Methods in Theory and Practice*. Springer Science & Business Media.
- Dobbins, M., DeCorby, K., & Twiddy, T. (2004). A knowledge transfer strategy for public health decision makers. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 1(2), 120-128.
- Donders, A. R. T., van der Heijden, G. J., Stijnen, T., & Moons, K. G. (2006). Review: a gentle introduction to imputation of missing values. *Journal of clinical epidemiology*, 59(10), 1087-1091.
- Drucker, P. F. (2006). *Classic Drucker: essential wisdom of Peter Drucker from the pages of Harvard Business Review*. Harvard Business Press.
- Duncan, A., Bonetti, D., Clarkson, J., & Ramsay, C. (2015). Improving trial questionnaire response rates using behaviour change theory. *Trials*, 16(Suppl 2), P92.
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*, 62(1), 107-115.
- Firestone, J. M. (2008). The New Knowledge Management: a paradigm and its problems. <http://www.kmci.org/media/Firestone-tnkmparadigm.pdf>
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Boston: Addison-Wesley
- Forcada, N., Fuertes, A., Gangoells, M., Casals, M., & Macarulla, M. (2013). Knowledge management perceptions in construction and design companies. *Automation in construction*, 29, 83-91.
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of marketing research*, 39-50.
- Gamble P.R. & Blackwell G. (2001). *Knowledge management: a state of the art guide*, London: Kogan Page
- Geroy, G. D., Wright, P. C., & Jacoby, L. (2000). Toward a conceptual framework of employee volunteerism: An aid for the human resource manager. *Management Decision*, 38(4), 280-287.
- Gerrish, K., McDonnell, A., Nolan, M., Guillaume, L., Kirshbaum, M., & Tod, A. (2011). The role of advanced practice nurses in knowledge brokering as a means of

- promoting evidence-based practice among clinical nurses. *Journal of advanced nursing*, 67(9), 2004-2014.
- Ghosh, B., & Scott, J. E. (2005). Comparing knowledge management in health-care and technical support organizations. *Information Technology in Biomedicine, IEEE Transactions on*, 9(2), 162-168.
 - Gider, Ö., Ocak, S., & Top, M. (2015). Perceptions of Physicians About Knowledge Sharing Barriers in Turkish Health Care System. *Journal of medical systems*, 39(5), 1-13.
 - Goldspink, C., & Kay, R. (2009). Autopoiesis and organizations: a biological view of social system change and methods for their study. *Autopoiesis in Organization Theory and Practice*, 6, 89.
 - Gotzamani, K. D., & Tsiotras, G. D. (2001). An empirical study of the ISO 9000 standards' contribution towards total quality management. *International Journal of Operations & Production Management*, 21(10), 1326-1342.
 - Green, S. B., & Thompson, M. S. (2008). Structural equation modeling in clinical psychology research, in *Handbook of Research Methods in Clinical Psychology*, Roberts MC & Ilardi SS (eds), Blackwell Publishing 138.
 - Gunasekaran, A., & Ngai, E. W. T. (2007). Knowledge management in 21st century manufacturing. *International Journal of Production Research*, 45(11), 2391-2418.
 - Hall, W. P. (2003, August). Organizational autopoiesis and knowledge management. In *Twelfth International Conference on Information Systems Development—Methods & Tools, Theory & Practice, Melbourne, Australia*.
 - Hammer, A., Ernstmann, N., Ommen, O., Wirtz, M., Manser, T., Pfeiffer, Y., & Pfaff, H. (2011). Psychometric properties of the Hospital Survey on Patient Safety Culture for hospital management (HSOPS_M). *BMC health services research*, 11(1), 1.
 - Harder, M. (2008), How do rewards and management styles influence the motivation to share knowledge?. Working Paper No. 6/2008, Center for Strategic Management and Globalization, Frederiksberg, 12 February
 - Hassanian, Z. M., Ahanchian, M. R., Ahmadi, S., Gholizadeh, R. H., & Karimi-Moonaghi, H. (2015). Knowledge Creation in Nursing Education. *Global journal of health science*, 7(2), 44-55
 - Hayat, A., Hasanvand, M. M., Nikakhlag, S., & Dehghani, M. R. (2015). The role of leadership styles in knowledge management processes. *Journal of Health Management and Informatics*, 2(2), 41-46.

- Henry, S. G. (2011). A Clinical Perspective on Tacit Knowledge and Its Varieties. *Tradition and Discovery: The Polanyi Society Periodical*, 38(1), 13-17.
- Hoegl, M., Parboteeah, K. P., & Munson, C. L. (2003). Team-Level Antecedents of Individuals' Knowledge Networks. *Decision Sciences*, 34(4), 741-770.
- Hooper, D., Coughlan, J., & Mullen, M. (2008). Structural equation modelling: Guidelines for determining model fit. *The Electronic Journal of Business Research Methods* 6 (1): 53-60
- Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to Qualitative Content Analysis, *Qualitative Health Research*, 15(9): 1277-1288
- Iacobucci, D. (2009). Everything you always wanted to know about SEM (structural equations modeling) but were afraid to ask. *Journal of Consumer Psychology*, 19, 673-680.
- Ismail, M. B., & Yusof, Z. M. (2010). The impact of individual factors on knowledge sharing quality. *Journal of Organizational Knowledge Management*, 13.
- Jenkins, C. R., & Dillman, D. A. (1995). *Towards a theory of self-administered questionnaire design*. Survey Measurement and Process Quality, New York: John Wiley and Sons
- Joanna Briggs Institute. (2003). The JBI-Qualitative Assessment and Review Instrument (JBI-QARI). *Adelaide: JBI*.
- John, O. P., & Benet-Martínez, V. (2000). Measurement: Reliability, construct validation, and scale construction. *Handbook of research methods in social and personality psychology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Jones, C. R. (2007). *Exploring the practices of knowledge sharing between projects: An investigation of the dimensions of what, when, and how knowledge is shared*. Ann Arbor: ProQuest.
- Karamitri, I., Talias, M. A., & Bellali, T. (2015). Knowledge management practices in healthcare settings: a systematic review. *The International journal of health planning and management*. doi: 10.1002/hpm.2303
- Kelley, D. R. History and the Encyclopedia (2012). Kelley, D. R., & Popkin, R. H. (Eds.). *The Shapes of Knowledge from the Renaissance to the Enlightenment* (Vol. 124). Springer Science & Business Media.
- Kenny, D. A., & McCoach, D. B. (2003). Effect of the number of variables on measures of fit in structural equation modeling. *Structural equation modeling*, 10(3), 333-351.

- Kianto, A., Vanhala, M., & Heilmann, P. (2016). The impact of knowledge management on job satisfaction. *Journal of Knowledge Management*, 20(4): 621-636.
- Kolenikov, S. (2011). Biases of parameter estimates in misspecified structural equation models. *Sociological methodology*, 41(1), 119-157.
- König, J., & Whitmarsh, T. (Eds.). (2007). *Ordering knowledge in the Roman Empire*. Cambridge University Press.
- Kothari, A., Hovanec, N., Hastie, R., & Sibbald, S. (2011). Lessons from the business sector for successful knowledge management in health care: a systematic review. *BMC health services research*, 11(1), 173.
- Krippendorff, K. (2004). *Content Analysis: an Introduction to its Methodology*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kumar, M. (2013). Effect of Leadership Behaviors on Knowledge Creation in Indian Organizations. *Delhi Business Review*, 14(2): 57-82.
- Kümpers, S., Mur, I., Hardy, B., Maarse, H., & Raak, A. V. (2006). The importance of knowledge transfer between specialist and generic services in improving health care: a cross-national study of dementia care in England and The Netherlands. *The International journal of health planning and management*, 21(2), 151-167.
- Lahaie, D. (2005). The impact of corporate memory loss: what happens when a senior executive leaves?. *Leadership in Health Services*, 18(3), 35-48.
- Lai, H., & Chu, T. H. (2002). Knowledge management: a review of industrial cases. *Journal of Computer Information Systems*, 42(5), 26-39.
- Lai, J. Y. (2009), "How reward, computer self-efficacy, and perceived power security affect knowledge management systems success: An empirical investigation in high-tech companies". *Journal of the American society for information science and technology*, 60 (2), 332-347.
- Laney, D. (2001). 3D data management: Controlling data volume, velocity and variety. *META Group Research Note*, 6, 70.
- Lee, E. J., Kim, H. S., & Kim, H. Y. (2014). Relationships between core factors of knowledge management in hospital nursing organisations and outcomes of nursing performance. *Journal of clinical nursing*, 23(23-24), 3513-3524.
- Lee, H. S., & Hong, S. A. (2014). Factors Affecting Hospital Employees' Knowledge Sharing Intention and Behavior, and Innovation Behavior. *Osong public health and research perspectives*, 5(3), 148-155.

- Lei, P. W., & Wu, Q. (2007). Introduction to structural equation modeling: Issues and practical considerations. *Educational Measurement: issues and practice*, 26(3), 33-43.
- Leidner, D., Alavi, M. and Kayworth, T. (2008), The role of culture in knowledge management: a case study of two global firms. *International Journal of e-Collaboration*, 2 (1), 17-40.
- Leung, W. C. (2001). How to design a questionnaire. *student BMJ*, 9(11), 187-189.
- Lin, C., Tan, B., & Chang, S. (2008). An exploratory model of knowledge flow barriers within healthcare organizations. *Information & Management*, 45(5), 331-339.
- Lin, H. F. (2007). Effects of extrinsic and intrinsic motivation on employee knowledge sharing intentions. *Journal of information science*. 33 (2): 135-149.
- Liu, F. C., Cheng, K. L., Chao, M., & Tseng, H. M. (2012). Team innovation climate and knowledge sharing among healthcare managers: mediating effects of altruistic intentions. *Chang Gung Medical Journal*, 35(5), 408-419.
- MacCallum, R. C., Widaman, K. F., Zhang, S., & Hong, S. (1999). Sample size in factor analysis. *Psychological methods*, 4(1), 84.
- Marr, B., Gupta, O., Pike, S., & Roos, G. (2003). Intellectual capital and knowledge management effectiveness. *Management Decision*, 41(8), 771-781.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological review*, 50(4), 370.
- Maturana, H. R., & Varela, F. J. (1980). *Autopoiesis and cognition: The realization of the living* (No. 42). Springer Science & Business Media.
- Maturana, H. R., & Varela, F. J. (1987). *The tree of knowledge: The biological roots of human understanding*. New Science Library/Shambhala Publications.
- McAdam, R., & Reid, R. (2001). SME and large organisation perceptions of knowledge management: comparisons and contrasts. *Journal of knowledge management*, 5(3), 231-241.
- McDermott, R. (2000). Why information technology inspired but cannot deliver knowledge management. *Knowledge and communities*, 41(4), 21-35.
- McElroy, M. W. (2000). The new knowledge management: Knowledge and innovation, *Journal of the Knowledge Management Consortium International*, 1(1), 43-67
- McEvoy, M. P., Williams, M. T., & Olds, T. S. (2010). Development and psychometric testing of a trans-professional evidence-based practice profile questionnaire. *Medical teacher*, 32(9), e373-e380.

- McInerney, C. (2002). Knowledge management and the dynamic nature of knowledge. *Journal of the American society for Information Science and Technology*, 53(12), 1009-1018.
- Naisbitt, J. (1982). *Megatrends: Ten new directions transforming our lives*. New York: Warner Books.
- Nazim, M., & Mukherje, B. (2011). Implementing knowledge management in Indian academic libraries. *Journal of Knowledge Management Practice*, 12(3).
- Nembhard, I. M. (2012). All teach, all learn, all improve?: the role of interorganizational learning in quality improvement collaboratives. *Health care management review*, 37(2), 154-164.
- Nguyen, H. N., & Mohamed, S. (2011). Leadership behaviors, organizational culture and knowledge management practices: An empirical investigation. *The Journal of Management Development*, 30(2), 206-221.
- Nicolini, D., Powell, J., Conville, P., & Martinez-Solano, L. (2008). Managing knowledge in the healthcare sector. A review. *International Journal of Management Reviews*, 10(3), 245-263.
- Nissen, H. A., Evald, M. R., & Clarke, A. H. (2014). Knowledge sharing in heterogeneous teams through collaboration and cooperation: Exemplified through Public–Private–Innovation partnerships. *Industrial Marketing Management*, 43(3), 473-482.
- Nonaka I. & Takeuchi H. (1995). *The Knowledge-Creating Company: how Japanese Companies Create the Dynamics of Innovation*, New York: Oxford University Press, pp. 8-9
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). The assessment of reliability. *Psychometric theory*, 3(1), 248-292.
- OECD (2003). *Conclusions from the results of the survey of knowledge management practices for ministries/department/agencies of central government in OECD member countries*, GOV/PUMA/HRM(2003)2
- Orzano, A. J., McInerney, C. R., Tallia, A. F., Scharf, D., & Crabtree, B. F. (2008A). Family medicine practice performance and knowledge management. *Health Care Management Review*, 33(1), 21-28.
- Orzano, A. J., Ohman-Strickland, P. A., & Patel, M. (2008B). What can family medicine practices do to facilitate knowledge management?. *Health care management review*, 33(3), 216-224.

- Paavilainen, E., Åstedt-Kurki, P., Paunonen-Ilmonen, M., & Laippala, P. (2002). Caring for maltreated children: a challenge for health care education. *Journal of advanced nursing*, 37(6), 551-557.
- Patton, M.Q. (2002). *Qualitative Research and Evaluation Methods*. Thousand Oaks, CA: Sage
- Pearson, A., Field, J., & Jordan, Z. (2007). *Evidence-based clinical practice in nursing and health care: assimilating research, experience and expertise*, Blackwell: Oxford.
- Peirson, L., Ciliska, D., Dobbins, M., & Mowat, D. (2012). Building capacity for evidence informed decision making in public health: a case study of organizational change. *BMC Public Health*, 12(1), 137.
- Penrose, E. T. *The Theory of the Growth of the Firm*, Wiley, New York, 1959
- Pezeshki Rad, G., Alizadeh, N., Zamani Miandashti, N., & Shabanali Fami, H. (2011). Factors influencing knowledge sharing among personnel of agricultural extension and education organization in iranian ministry of jihad-e agriculture. *Journal of Agricultural Science and Technology*, 13, 491-501.
- Pezeshki Rad, G., Alizadeh, N., Zamani Miandashti, N., & Shabanali Fami, H. (2011). Factors influencing knowledge sharing among personnel of agricultural extension and education organization in iranian ministry of jihad-e agriculture. *Journal of Agricultural Science and Technology*, 13, 491-501.
- Polanyi, M. (1967). *The Tacit Dimension*. Anchor Books, New York.
- Polit D. (1996) *Data Analysis and Statistics for Nursing Research*. Appleton & Lange, Stamford.
- Potgieter, A., Dube, T., & Rensleigh, C. (2013). Knowledge management awareness in a research and development facility: Investigating employee perceptions. *SA Journal of Information Management*, 15(2), 6-pages.
- Prusak, L. (2001). Where did knowledge management come from?. *IBM systems journal*, 40(4), 1002-1007.
- Quinlan, E. (2009). The ‘actualities’ of knowledge work: an institutional ethnography of multi-disciplinary primary health care teams. *Sociology of Health & Illness*, 31(5), 625-641.
- Quintas P., Lafere P., Jones G. (1997). Knowledge Management: a Strategic Agenda, *Long Range Planning*, 30(3): 385-391
- Rattray, J., & Jones, M. C. (2007). Essential elements of questionnaire design and development. *Journal of clinical nursing*, 16(2), 234-243.

- Rogers, E. M. (2010). *Diffusion of innovations*. New York: Simon and Schuster.
- Rose, S., Spinks, N., & Canhoto, A. I. (2014). *Management research: Applying the principles*. Routledge.
- Rosenthal, F. (2007). *Knowledge triumphant: the concept of knowledge in medieval Islam*. Leiden: E. J. Brill.
- Rowley, J. E. (2007). The wiTAom hierarchy: representations of the DIKW hierarchy. *Journal of information science*. 33(2), 163-180
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American psychologist*, 55(1), 68.
- Sánchez-Polo, M. T., & Cegarra-Navarro, J. G. (2008). Implementing Knowledge Management Practices in Hospital-in-the-Home Units. *Journal of nursing care quality*, 23(1), 18-22.
- Schreiber, J. B., Nora, A., Stage, F. K., Barlow, E. A., & King, J. (2006). Reporting structural equation modeling and confirmatory factor analysis results: A review. *The Journal of educational research*, 99(6), 323-338.
- Schreier, M. (2012). *Qualitative content analysis in practice*. Sage Publications.
- Schweingruber, D. (2006). Success through a positive mental attitude?: The Role of Positive Thinking in Door-to-Door Sales. *The Sociological Quarterly*, 47(1), 41-68.
- Senge P. (1990). *The Fifth Discipline*, New York, NY: Doubleday/Currency.
- Shrout, P. E., & Fleiss, J. L. (1979). Intraclass correlations: uses in assessing rater reliability. *Psychological bulletin*, 86(2), 420.
- Sibbald, S. L., Wathen, C. N., & Kothari, A. (2016). An empirically based model for knowledge management in health care organizations. *Health care management review*, 41(1), 64-74.
- Sieber, S. D. (1974). Toward a theory of role accumulation. *American sociological review*, 39(August): 567-578.
- Singh, S. K. (2008), Role of leadership in knowledge management: a study, *Journal of knowledge management*, 12(4), 3-15.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York, NY: Simon and Schuster.
- Smith, E. A. (2001). The role of tacit and explicit knowledge in the workplace. *Journal of knowledge Management*, 5(4), 311-321.

- Smith, M. L., & Raab, S. S. (2015). General Principles of How Errors Occur and How They May Be Reduced. In *Error Reduction and Prevention in Surgical Pathology*, New York: Springer.
- Srivastava, A., Bartol, K. M., & Locke, E. A. (2006). Empowering leadership in management teams: Effects on knowledge sharing, efficacy, and performance. *Academy of management journal*, 49(6), 1239-1251.
- Stander, M., & Rothmann, S. (2009). The relationship between leadership, job satisfaction and organisational commitment. *SA Journal of Human Resource Management*, 6(3), 7-13.
- Suppiah, V., & Singh Sandhu, M. (2011). Organisational culture's influence on tacit knowledge-sharing behaviour. *Journal of knowledge management*, 15(3), 462-477.
- Sylla, A. H., Robinson, E. T., Raney, L., & Seck, K. (2012). Qualitative study of health information needs, flow, and use in Senegal. *Journal of health communication*, 17(sup2), 46-63.
- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S. (2001). Using multivariate statistics (4th edition). Needham Height, MA: Allyn & Bacon
- Thomas, K. W. (2009). *Intrinsic motivation at work: What really drives employee engagement*. San Francisco, CA: Berrett-Koehler Publishers.
- Thompson, E. (2007). *Mind in life*. Cambridge, MA, London: Harvard University Press
- Thorne, S. (2000). Data analysis in qualitative research. *Evidence based nursing*, 3(3), 68-70.
- Tohidinia, Z., & Mosakhani, M. (2010). Knowledge sharing behaviour and its predictors. *Industrial Management & Data Systems*, 110(4), 611-631.
- Ullman, J. B., & Bentler, P. M. (2003). *Structural equation modeling*. in Handbook of Psychology: Research Methods in Psychology Volume 2 Shinka JA & Velicer WF (eds) John Wiley & Sons, Inc..
- Van de Walle, S., & Van Dooren, W. (2010). How is information used to improve performance in the public sector: Exploring the dynamics of performance information. In *Connecting knowledge and performance in public services: From knowing to doing*. Walshe, K. Harvey, G., & Jas, P. (eds). Cambridge University Press: Cambridge.
- Villars, R. L., Olofson, C. W., & Eastwood, M. (2011). Big data: What it is and why you should care. *White Paper, IDC*.

- Von Krogh, G., & Roos, J. (1995). *Organizational Epistemology*. New York, NY:St. Martin's Press.
- Walburg, J. (2006). The learning organisation in the health sector. In *Performance management in health care: improving patient outcomes: an integrated approach*, Walburg, J. (ed.). Psychology Press.
- Wallace, D. P. (2007). *Knowledge management: historical and cross-disciplinary themes*, Westport, Connecticut, Libraries Unlimited: London.
- Weinberg, S. L., & Abramowitz, S. K. (2008). *Statistics using SPSS: An integrative approach*. Cambridge University Press.
- Weiner, I. B., & Craighead, W. E. (2010). *The Corsini encyclopedia of psychology* (Vol. 2). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons
- Werts, C. E., Rock, D. A., Linn, R. L., & Jöreskog, K. G. (1978). A general method of estimating the reliability of a composite. *Educational and Psychological Measurement*. 38(4): 933-938.
- Wheaton, B., Muthen, B., Alwin, D. F., & Summers, G. F. (1977). Assessing reliability and stability in panel models. *Sociological methodology*, 8(1), 84-136.
- Williams, P. M. (2012). Integration of health and social care: a case of learning and knowledge management. *Health & social care in the community*, 20(5), 550-560.
- Windisch, W., Freidel, K., Schucher, B., Baumann, H., Wiebel, M., Matthys, H., & Petermann, F. (2003). The Severe Respiratory Insufficiency (SRI) Questionnaire A specific measure of health-related quality of life in patients receiving home mechanical ventilation. *Journal of clinical epidemiology*, 56(8), 752-759.
- Winkelman, W. J., & Choo, C. W. (2003). Provide-sponsored virtual communities for chronic patients: improving health outcomes through organizational patient-centred knowledge management. *Health Expectations*, 6(4), 352-358.
- Wu, I. L., & Hu, Y. P. (2012). Examining knowledge management enabled performance for hospital professionals: A dynamic capability view and the mediating role of process capability. *Journal of the Association for Information Systems*, 13(12), 976-999.
- Yoo, S. J., Han, S. H., & Huang, W. (2012). The roles of intrinsic motivators and extrinsic motivators in promoting e-learning in the workplace: A case from South Korea. *Computers in Human Behavior*, 28(3), 942-950.
- Yun, E. K. (2013). Predictors of attitude and intention to use knowledge management system among Korean nurses. *Nurse education today*, 33(12), 1477-1481.

- Zhang, G. L., Sun, J., Chitkushev, L., & Brusica, V. (2014). Big data analytics in immunology: A knowledge-based approach. *BioMed research international*, *oi: 10.1155/2014/437987*
- Zhang, Y., & Wildemuth, B. M. (2009). Qualitative analysis of content. In *Applications of Social Research Methods to Questions in Information and Library*, Wildemuth B. (Ed); Libraries Unlimited: Westport, CT.
- Zheng, W., Yang, B. and McLean, G. N. (2010), Linking organizational culture, structure, strategy, and organizational effectiveness: Mediating role of knowledge management, *Journal of Business research*, 63(7), 763-771.
- Zins, C. (2007). Conceptual approaches for defining data, information, and knowledge. *Journal of the American society for information science and technology*, 58(4), 479-493.
- Zipperer, L. (Ed.). (2014). *Knowledge Management in Healthcare*. Dorchester: Gower Publishing, Ltd.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Γαλάνης Π. (2013). Εγκυρότητα και αξιοπιστία ερωτηματολογίων στις επιδημιολογικές μελέτες, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 30(1): 97-110
- Δαφέρμος Β. (2013). *Παραγοντική ανάλυση: διερευνητική με το SPSS και επιβεβαιωτική με το LISREL και το AMOS*, Θεσσαλονίκη: εκδ. Ζήτη
- Μπαλής Χ. Θ. (2007). *Συστήματα διαχείρισης γνώσης σε οργανισμούς φροντίδας υγείας*, Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
- Τεγόπουλος – Φυτράκης (1993). *Ελληνικό Λεξικό*, έκδοση Η΄

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α – ΚΡΙΤΙΚΗ ΛΙΣΤΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ



JBΙ Κριτική λίστα αξιολόγησης για ποιοτική έρευνα

Αξιολογητής _____ Ημερομηνία _____

Συγγραφέας _____ Έτος _____ Κωδ. Αριθμός _____

	Κωδ. Αριθμός			
	Ναι	Όχι	Ασαφές	Δεν εφαρμόζεται
1. Υπάρχει συνάφεια μεταξύ της δηλούμενης φιλοσοφικής προοπτικής και της ερευνητικής μεθοδολογίας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Υπάρχει συνάφεια μεταξύ της ερευνητικής μεθοδολογίας και τις ερευνητικής ερώτησης ή των σκοπών;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Υπάρχει συνάφεια μεταξύ της ερευνητικής μεθοδολογίας και των μεθόδων συλλογής των δεδομένων;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Υπάρχει συνάφεια μεταξύ της ερευνητικής μεθοδολογίας και της παρουσίασης και ανάλυσης των δεδομένων?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Υπάρχει συνάφεια μεταξύ της ερευνητικής μεθοδολογίας και της ερμηνείας των αποτελεσμάτων;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Υπάρχει δήλωση που προσδιορίζει τη θέση του ερευνητή πολιτισμικά και θεωρητικά;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Αναφέρεται η επίδραση του ερευνητή στην έρευνα και το αντίθετο;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Εκπροσωπούνται ικανοποιητικά οι συμμετέχοντες και οι φωνές τους;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Είναι η έρευνα ηθική σύμφωνα με τα τρέχοντα κριτήρια, ή για πρόσφατες έρευνες υπάρχουν τεκμήρια για σχετική έγκριση από την κατάλληλη επιτροπή;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Προκύπτουν τα συμπεράσματα στη ροή της έρευνας από την ανάλυση, ή την ερμηνεία των δεδομένων;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Συνολική αξιολόγηση: Περικλείεται Αποκλείεται Αναζήτηση περισσότερων πληροφοριών

Σχόλια (περιλαμβανομένων αυτών για τον αποκλεισμό)

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
6^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ-
ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ-ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ**

**ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ
01/16.01.2015
Του Γενικού Νοσοκομείου Μεσσηνίας**

ΘΕΜΑ: 34 << Επί της με αρ.πρωτ. 19486/20.11.2014 αίτησης της κ. Καραμήτρη Ιωάννας σχετικά με την διεξαγωγή έρευνας διδακτορικού επιπέδου.>>

Σχετικά με το θέμα αυτό η εισηγήτρια κ. Γεωργία Λιακέα Δ/κή Διευθύντρια της Νοσηλευτικής Μονάδας Καλαμάτας και μέλος του Συμβουλίου, θέτει υπόψη των μελών:

- 1) Την με αρ.πρωτ. 19486/20.11.2014 αίτηση της κ. Καραμήτρη Ιωάννας υπαλλήλου Κλάδου ΤΕ Διοικητικού – Λογιστικού της Νοσηλευτικής Μονάδας Καλαμάτας και Διοικητικά Υπεύθυνης Κέντρου Φυσικής και Ιατρικής Αποκατάστασης Καλαμάτας με την οποία αιτείται την χορήγηση άδειας διεξαγωγής έρευνας διδακτορικού επιπέδου στο Γενικό Νοσοκομείο Μεσσηνίας με θέμα «Η διαχείριση της γνώσης στις Μονάδες Υγείας».
- 2) Την με αρ. 18/19.12.2014 (Θ-7) απόφαση του Επιστημονικού Συμβουλίου του Γενικού Νοσοκομείου Μεσσηνίας, με την οποία εγκρίνεται η διεξαγωγή έρευνας διδακτορικού επιπέδου στο Γενικό Νοσοκομείο Μεσσηνίας με θέμα «Η διαχείριση της γνώσης στις Μονάδες Υγείας», από την Καραμήτρη Ιωάννα υπάλληλο του Κλάδου ΤΕ Διοικητικού-Λογιστικού της Νοσηλευτικής Μονάδας Καλαμάτας και Διοικητικά Υπεύθυνης του Κέντρου Φυσικής και Ιατρικής Αποκατάστασης Καλαμάτας.

Κατόπιν των ανωτέρω ΕΙΣΗΓΕΙΤΑΙ όπως το Συμβούλιο εγκρίνει την διεξαγωγή έρευνας διδακτορικού επιπέδου στο Γενικό Νοσοκομείο Μεσσηνίας με θέμα «Η διαχείριση της γνώσης στις Μονάδες Υγείας», από την κ.Καραμήτρη Ιωάννα υπάλληλο του Κλάδου ΤΕ Διοικητικού-Λογιστικού της Νοσηλευτικής Μονάδας Καλαμάτας και Διοικητικά Υπεύθυνης του Κέντρου Φυσικής και Ιατρικής Αποκατάστασης Καλαμάτας.

Το Δ.Σ. αφού έλαβε υπόψη του όλα τα ανωτέρω καθώς επίσης τις διατάξεις:

Α) Του Οργανισμού του Νοσοκομείου Β.Δ. 31/1-20/2/56 (ΦΕΚ 69/Α/56) καθώς τροποποιήθηκε - συμπληρώθηκε μεταγενέστερα και αναμορφώθηκε με την αρ. Υ4α/οικ. 121798/12 (ΦΕΚ 3477/31.12.2012 Τεύχος Δεύτερο) απόφαση των Υπουργών Οικονομικών – Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης-Υγείας.

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ 01/16.01.2015

Β) Του Οργανισμού του Γενικού Νοσοκομείου – Κέντρου Υγείας Κυπαρισσίας αρ. Α3β/οικ.4786/87 (ΦΕΚ 170/Β/1987) απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοιν.Ασφαλίσεων καθώς τροποποιήθηκε – συμπληρώθηκε και αναμορφώθηκε μεταγενέστερα.

Γ) Την με αρ. Υ4α/οικ. 123890/2012 (ΦΕΚ 3499/31.12.2012 Τεύχος Δεύτερο) απόφαση των Υπουργών Οικονομικών – Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης-Υγείας, σχετικά με τον Ενοποιημένο Οργανισμό του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας και του Γενικού Νοσοκομείου –Κ.Υ. Κυπαρισσίας.

Δ) Του Ν. 3329/2005.

Ε) Του Ν.3527/2007.

Και μετά από διαλογική συζήτηση και ανταλλαγή απόψεων

ΑΠΟΦΑΣΙΖΕΙ ΟΜΟΦΩΝΑ

Εγκρίνει την διεξαγωγή έρευνας διδακτορικού επιπέδου στο Γενικό Νοσοκομείο Μεσσηνίας με θέμα «Η διαχείριση της γνώσης στις Μονάδες Υγείας», από την κ.Καραμήτρη Ιωάννα υπάλληλο του Κλάδου ΤΕ Διοικητικού-Λογιστικού της Νοσηλευτικής Μονάδας Καλαμάτας και Διοικητικά Υπεύθυνης του Κέντρου Φυσικής και Ιατρικής Αποκατάστασης Καλαμάτας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ - Το ερωτηματολόγιο

Η διαχείριση της γνώσης στις Μονάδες Υγείας

Παρακαλώ διαβάστε την αρχική σελίδα προτού συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο

Για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου χρειάζονται περίπου 10 λεπτά από το χρόνο σας

Η γνώση είναι κάτι παραπάνω από πληροφορία. Είναι μια άυλη αξία που συμπεριλαμβάνει ό,τι διαβάσαμε και αυτά που μας εκπαίδευσαν, σε συνδυασμό με την εμπειρία που αποκτήσαμε από την εργασία μας και το υλικό που είναι διαθέσιμο για να προχωρήσουμε στη δημιουργία νέας γνώσης. **Διαχείριση της γνώσης** είναι μια φιλοσοφία σύμφωνα με την οποία οι Οργανισμοί, οι επιχειρήσεις και οι εργαζόμενοι αξιοποιούν εργαλεία και κανάλια επικοινωνίας για να συνθέσουν, προάγουν και διατηρήσουν τη γνώση στο εργασιακό τους περιβάλλον.

Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελεί μέρος της διδακτορικής διατριβής μου που αφορά στη διαχείριση της γνώσης (knowledge management) σε δομές παροχής φροντίδας υγείας, υπό την εποπτεία του κ. Τάλια Μιχάλη του Ανοικτού Πανεπιστημίου της Κύπρου. Σας παρακαλώ, βρείτε λίγο χρόνο να το συμπληρώσετε, ώστε να γίνουν κάποια στοιχεία κατανοητά για τους μηχανισμούς και τα εμπόδια στη διαχείριση της γνώσης. Με την ολοκλήρωση της διδακτορικής διατριβής, τα αποτελέσματα θα ανακοινωθούν, ενώ τα συμπεράσματα και οι προτάσεις θα κατατεθούν στη διοίκηση με στόχο τη βελτίωση της παρούσας κατάστασης στο συγκεκριμένο θέμα.

Η διασφάλιση της ανωνυμίας είναι εγγυημένη, καθώς θα συμπληρώσετε ένα ανώνυμο ερωτηματολόγιο. Σκοπίμως στα δημογραφικά στοιχεία δεν δημιουργήθηκε πεδίο που αναφέρει το τμήμα στο οποίο εργάζεστε, παρά μόνον την κατηγορία προσωπικού, ώστε να μην υπάρχει ούτε η υπόνοια έμμεσης αποκάλυψης της ταυτότητας του συμμετέχοντος.

Σας ευχαριστώ από καρδιάς για τη βοήθειά σας.

Ιωάννα Καραμήτρη, MSc Διοίκησης Μονάδων Υγείας

Ερωτηματολόγιο Διαχείρισης της Γνώσης (ΔτΓ) σε Μονάδες Υγείας

Α.		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
1	Κάθε νοσοκομείο πρέπει να διαθέτει πολιτικές Διαχείρισης της Γνώσης (ΔτΓ).					
2	Η ΔτΓ είναι σημαντική για την αποτελεσματικότητα του νοσοκομείου.					
3	Η ΔτΓ βοηθά να μειωθούν τα λάθη.					
4	Η γνώση είναι αποκλειστική ιδιοκτησία του ατόμου και όχι του νοσοκομείου.					
5	Η κατάκτηση της γνώσης βοηθά το άτομο να ενεργεί πιο αυτόνομα.					
6	Η αποθήκευση της γνώσης βοηθά στην προσαρμογή των εργαζομένων που μετακινούνται σε διαφορετικά τμήματα του νοσοκομείου.					

Β.		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
7	Αισθάνομαι όμορφα όταν μοιράζομαι τη γνώση μου με άλλους.					
8	Όταν γνωρίζω κάτι που είναι χρήσιμο στους συναδέλφους μου, τους ενημερώνω. Είναι θέμα αρχής.					
9	Θα συμμετείχα σε ένα σεμινάριο γιατί μου αρέσει η γνώση, ακόμη και χωρίς να λάβω μόρια ή πιστοποιητικό παρακολούθησης.					
10	Μου είναι αδιάφορο να ενημερωθώ για τις εξελίξεις στον τομέα μου.					
11	Δεν έχω κίνητρο να μάθω νέα πράγματα στον χώρο εργασίας μου.					
12	Η κατάκτηση της γνώσης μου δίνει					

	δύναμη.					
--	---------	--	--	--	--	--

Γ.		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
13	Όταν μοιράζομαι τη γνώση, οι συνάδελφοί μου με σέβονται περισσότερο.					
14	Όταν μοιράζομαι τη γνώση, συσφίγγονται οι σχέσεις με τους συναδέλφους μου.					
15	Όταν βοηθώ τους συναδέλφους μου, και αυτοί με βοηθούν αντίστοιχα.					
16	Δεν αισθάνομαι ότι επιβραβεύομαι όταν συμμετέχω στη Διαχείριση της Γνώσης.					
17	Έχω μεγαλύτερες πιθανότητες προαγωγής όταν κατέχω τη γνώση.					

Δ.		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
18	Συνθέτω νέα γνώση μέσω της παρατήρησης του εργασιακού περιβάλλοντος.					
19	Η νέα γνώση δημιουργείται κατά τη διάρκεια ομαδικών συναντήσεων.					
20	Η νέα γνώση δημιουργείται κατά τη διάρκεια σεμιναρίων.					
21	Δεν μπορώ να δημιουργήσω νέα γνώση.					
22	Γραπτά στοιχεία (πίνακες, ιστορικό, νόμοι) που βρίσκονται στο νοσοκομείο αποτελούν πηγές νέας γνώσης.					
Ε.		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
23	Οι περισσότεροι συνάδελφοι στο νοσοκομείου μοιράζονται ελεύθερα τη					

	γνώση τους.					
24	Η γνώση διαμοιράζεται κατά τη διάρκεια ομαδικών συναντήσεων.					
25	Η γνώση μοιράζεται με τη χρήση ηλεκτρονικών μέσων (ηλεκτρονικές σελίδες, Wikipedia, forum).					
26	Μοιράζομαι τη γνώση με συναδέλφους που είναι φίλοι μου.					
27	Μοιράζομαι τη γνώση με συναδέλφους από το τμήμα μου.					
28	Μοιράζομαι τη γνώση με συναδέλφους και άλλων ειδικοτήτων από όλο το νοσοκομείο.					
29	Μοιράζομαι τη γνώση με συναδέλφους από άλλα νοσοκομεία.					

ΣΤ.		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
30	Επικοινωνώ συχνά με συναδέλφους για να αντιμετωπίσουμε μια νέα κατάσταση.					
31	Όταν συναντώ δυσκολίες, ρωτώ τους συναδέλφους μου.					
32	Η συνεργασία είναι σπάνια στο τμήμα μου.					
33	Όταν γνωρίζω την εργασία των άλλων, αυτό βελτιώνει και τη δική μου απόδοση.					
34	Η συνεργασία στη νέα γνώση μειώνει το άγχος της ευθύνης ενός λάθους.					

Z.		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
35	Ο προϊστάμενός μου παρέχει την					

	απαιτούμενη γνώση για να λυθούν τα προβλήματα.					
36	Ο προϊστάμενός μου επιβραβεύει τα άτομα που μοιράζονται τις γνώσεις τους.					
37	Η ηγεσία στο συγκριμένο νοσοκομείο δεν έχει κατανοήσει τη σημασία της Διαχείρισης της Γνώσης.					
38	Υπάρχουν στρατηγικές ΔτΓ στο νοσοκομείο.					
39	Η ηγεσία δημιουργεί κανάλια επικοινωνίας που βοηθούν στη γνώση.					

Η.		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
40	Στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, το προσωπικό παροτρύνεται να καινοτομήσει εάν έχει μια νέα ιδέα.					
41	Το συγκεκριμένο νοσοκομείο υποστηρίζει την έρευνα.					
42	Το συγκεκριμένο νοσοκομείο είναι ένας Οργανισμός δημιουργίας γνώσης.					
43	Η συνεργασία ενισχύει την κουλτούρα της γνώσης στο τμήμα μου.					
44	Δεν υπάρχει κουλτούρα γνώσης στο νοσοκομείο που εργάζομαι.					

Θ.		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
45	Σε αυτό το νοσοκομείο υπάρχουν κοινόχρηστα αρχεία διαθέσιμα για πληροφόρηση των εργαζομένων.					
46	Το πληροφοριακό σύστημα του νοσοκομείου δεν διευκολύνει τη ΔτΓ.					

47	Οι πληροφορίες στο διαδίκτυο συντελούν στην ενημέρωσή μου.					
48	Οι πληροφορίες στο διαδίκτυο είναι πάρα πολλές και δεν είναι πάντα αξιόπιστες.					
49	Τα πληροφοριακά συστήματα πρέπει να σχεδιάζονται σε συνεργασία με τους χρήστες των προγραμμάτων.					

I.		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
50	Δεν έχω χρόνο να μελετήσω νέα πράγματα.					
51	Θέματα ασφάλειας προσωπικών δεδομένων ασθενών εμποδίζουν το διαμοίρασμα της γνώσης στο νοσοκομείο.					
52	Δεν έχω πρόσβαση σε πληροφορίες που είναι χρήσιμες στην εργασία μου.					
53	Δεν γνωρίζω πολύ καλά πού θα βρω τις πληροφορίες που μου χρειάζονται.					
54	Οι συγκρούσεις εμποδίζουν τη Διαχείριση της Γνώσης.					
55	Ποια είναι κατά τη γνώμη σας τα τρία βασικότερα εμπόδια για τη Διαχείριση της Γνώσης;	(Προσδιορίστε)				

56. Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εργασία σας;

Καθόλου	Λίγο	Ούτε λίγο ούτε πολύ	Πολύ	Πάρα πολύ

57. Πόσο σίγουροι είστε ότι έχετε την ικανότητα να παρέχετε πολύτιμες γνώσεις σε άλλα άτομα στο νοσοκομείο;

Καθόλου	Λίγο	Ούτε λίγο ούτε πολύ	Πολύ	Πάρα πολύ

58. Πόσο άγχος έχετε αυτή τη στιγμή;

Καθόλου	Λίγο	Ούτε λίγο ούτε πολύ	Πολύ	Πάρα πολύ

59. Είστε άνδρας γυναίκα

60. Πόσα χρόνια εμπειρία έχετε; _____ (σε οποιοδήποτε νοσοκομείο)

61. Πόσο καιρό εργάζεστε στο συγκεκριμένο νοσοκομείο; _____

62. Πόσο χρονών είστε; _____

63. Είστε ιατρός νοσηλεύτης/τρια διοικητικός/ή υπάλληλος

άλλη ειδικότητα (προσδιορίστε) _____

64. Το επίπεδο σπουδών σας είναι Διδακτορικό Μεταπτυχιακό

ΠΕ ΤΕ ΔΕ ΥΕ

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΑΣ

