

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ

ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

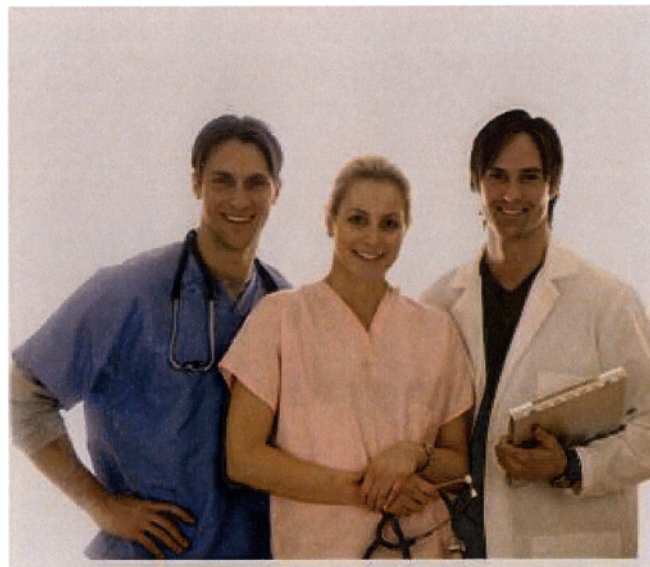
ΣΧΟΛΗ: ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ

ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

ΤΜΗΜΑ: ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

*«Το ανθρώπινο δυναμικό και οι σχέσεις επικοινωνίας
στο νοσοκομείο»*



Σπουδάστρια: Κλοκίδου Ειρήνη, ΑΜ: 2005026

Επιβλέπων Καθηγητής: Τσουντας Κωνσταντίνος

Νοέμβριος 2010

Αθήνα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η σωστή διοίκηση του ανθρώπινου δυναμικού αποτελεί, κατά γενική ομολογία, έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες για την επιβίωση και επιτυχημένη πορεία μιας επιχείρησης ή ενός οργανισμού. Αυτό επιβάλλεται για λόγους τόσο οργανωτικούς όσο και ανθρωπιστικούς, καθώς η επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων συνδέεται άμεσα με την καλή σωματική και ψυχική τους υγεία. Η αποτελεσματική συνεργασία μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών αποτελεί καίριο παράγοντα για την παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας.

Βασικός σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να διερευνήσει τις σχέσεις επικοινωνίας που αναπτύσσονται μεταξύ του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού καθώς και να προσδιορίσει τους παράγοντες που τις επηρεάζουν και τις διαμορφώνουν ώστε να αποσαφηνιστούν τα σημεία σύγκλισης και απόκλισης των επαγγελμάτων.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Κατά την εκπόνηση της παρούσας εργασίας η πρακτική και ψυχολογική βοήθεια που έλαβα ήταν καταλυτική για την ολοκλήρωσή της. Θα ήθελα λοιπόν να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα Καθηγητή μου κ. **Κωνσταντίνο Τσουντα**, για την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγησή της όπως και για την υπομονή που επέδειξε όλους αυτούς τους μήνες.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους ανθρώπους του προσωπικού μου περιβάλλοντος, για την αμέριστη συμπαράστασή τους, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια των τελευταίων μηνών της προσπάθειάς μου.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους βοήθησαν στην επιτυχή ολοκλήρωση αυτής της πτυχιακής εργασίας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο	9
Ο ΚΛΑΔΟΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙ ΘΕΩΡΙΕΣ ΜΑΝΑΤΖΜΕΝΤ – ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	9
1.1 ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ.....	9
1.2 ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	10
1.2.1 Η φιλοσοφία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας.....	11
1.2.2 Το ελληνικό υγειονομικό σύστημα.....	12
1.3 Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	13
1.3.1 Εισαγωγικές αναφορές.....	14
1.3.2 Ιστορική αναδρομή.....	15
1.3.3 Η ποιότητα στις υπηρεσίες.....	17
1.4 ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ.....	19
1.5 ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ.....	25
1.6 ΜΑΝΑΤΖΜΕΝΤ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ.....	26
1.7 ΘΕΩΡΙΕΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ.....	28
1.7.1 Οι μελέτες Hawthorne και ο Mayo (1927-1932).....	28
1.7.2 Η θεωρία του Taylor και το επιστημονικό management (1911).....	29
1.7.3 Η Θεωρία της Επιρροής.....	30
1.7.4 Η Θεωρία της Διάθεσης.....	31
1.7.5 Η Θεωρία των Δύο Παραγόντων – Herzberg (1966).....	31
1.7.6 Η Θεωρία των Χαρακτηριστικών της Εργασίας.....	32
1.8 ΘΕΩΡΙΕΣ ΥΠΟΚΙΝΗΣΗΣ.....	33
1.8.1 Η Θεωρία του Maslow (1940 – 1950).....	33
1.8.2 Η Θεωρία της Κάλυψης των Τριών Αναγκών του McClelland (1961).....	34
1.8.3 Η Θεωρία της Προσδοκίας.....	35
1.8.4 Η Θεωρία της Ισοτιμίας.....	36
1.8.5 Η θεωρία του Δικαίου του Adams (1963, 1965).....	36
1.8.6 Η θεωρία της Προσδοκίας του Vroom (1964).....	36
1.8.7 Ο McGregor και η θεωρία του Χ και Υ (1960).....	37
1.9 ΕΝΔΟΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ.....	38
1.9.1 Κατάρτιση των Επαγγελματιών Υγείας.....	39
1.9.2 Το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία – Πρόνοια».....	40
1.10 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ.....	41
1.11 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΔΟΣΗ.....	46
1.12 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ.....	49
1.13 ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ.....	52
1.13.1 Επαγγελματική ικανοποίηση υγειονομικού προσωπικού.....	55
1.13.2 Επαγγελματική ικανοποίηση και κίνητρα.....	56

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	57
Η ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ	57
2.1 ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ.....	57
2.2 ΤΥΠΟΙ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ.....	58
2.3 ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ.....	59
2.4 ΟΡΓΑΝΩΣΗ.....	60
2.4.1 Οργανωτική Δομή.....	61
2.4.2 Οργανωτικός Σχεδιασμός.....	61
2.4.3 Οργανογράμματα Μονάδων Υγείας.....	61
2.5. ΔΙΟΙΚΗΣΗ.....	64
2.5.1. Διοικητικά Όργανα.....	65
2.5.2 Επιστημονικά Όργανα.....	66
2.5.3 Επιστημονο-διοικητικά Όργανα.....	67
2.5.4 Η Επιτροπή Ενδονοσοκομειακών Λοιμώξεων.....	68
2.6 Η ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ.....	69
2.7 ΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ.....	70
2.8 ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΕΝΟΣ ΤΟΜΕΑ ΣΕ ΤΜΗΜΑΤΑ.....	71
2.9 Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ.....	72
2.9.1 Διάρθρωση της Ιατρικής Υπηρεσίας.....	73
2.9.2 Διάρθρωση του Ιατρικού Τμήματος.....	74
2.9.3 Διατομεακά Τμήματα.....	77
2.9.4 Απογευματινά Ιατρεία.....	77
2.10 ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ.....	77
2.11 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ.....	78
2.11.1 Διάρθρωση της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας.....	79
2.11.2 Διάρθρωση του Νοσηλευτικού Τομέα σε Τμήματα.....	79
2.12 Η ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ.....	80
2.12.1 Διάρθρωση της Διοικητικής Υπηρεσίας.....	81
2.12.2 Οργανόγραμμα Διάρθρωσης της Διοικητικής Υπηρεσίας.....	82
2.13 Η ΤΕΧΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ.....	84
2.13.1 Διάρθρωση της Τεχνικής Υπηρεσίας.....	84
2.13.2 Οργανόγραμμα Διάρθρωσης της Τεχνικής Υπηρεσίας.....	85
2.14 ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ.....	86
2.15 ΟΙ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ.....	88
2.16 Η ΘΕΣΗ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ ΣΤΟ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟ ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ.....	89
2.17 ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ.....	90
2.18 ΤΑ ΜΕΣΑ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ.....	91
2.19 ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ.....	93

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο..... **94**

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ ΚΑΙ ΣΧΕΣΕΙΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ..... **94**

3.1 ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	94
3.2 ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ.....	96
3.2.1 Ανθρώπινο Δυναμικό.....	97
3.2.2 Πολιτική Διαχείρισης του Ανθρώπινου Δυναμικού.....	99
3.3 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ.....	100

3.4 ΑΝΘΡΩΠΙΝΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ	103
3.5 ΣΧΕΣΕΙΣ ΕΡΓΑΤΙΚΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ	104
3.6 ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ	105
3.6.1 Χαρακτηριστικά της Οργανωσιακής Κουλτούρας.....	106
3.6.2 Ο ρόλος και οι λειτουργίες της κουλτούρας στην επιχείρηση.....	108
3.7 Η ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ	111
3.8 Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	112
3.9 ΔΟΜΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	113
3.9.1 Μορφές Επικοινωνίας.....	114
3.9.2 Τύποι Επικοινωνίας	117
3.9.3 Είδη Επικοινωνίας	118
3.10 ΑΡΧΕΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	118
3.11 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΑΓΟΥΝ ΤΗΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ	119
3.12 ΦΡΑΙΜΟΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	120
3.13 ΣΧΕΣΕΙΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	121
3.14 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ	122
3.15 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ	124
3.16 ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕΤΑΞΥ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	125
3.17 ΔΙΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΙΑΤΡΟΥ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ	126
3.18 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΣΥΓΚΡΟΥΣΗ.....	127
3.18.1 Είδη Συγκρούσεων	128
3.18.2 Αίτια συγκρούσεων.....	128
3.18.3 Διαχείριση συγκρούσεων	129
3.19 ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΙΑΤΡΩΝ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ.....	130
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	133
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	136
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	136
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	140
ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ	141

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σωστή διοίκηση του ανθρώπινου δυναμικού αποτελεί, κατά γενική ομολογία, έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες για την επιβίωση και επιτυχημένη πορεία μιας επιχείρησης ή ενός οργανισμού. Αυτό επιβάλλεται για λόγους τόσο οργανωτικούς όσο και ανθρωπιστικούς, καθώς η επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων συνδέεται άμεσα με την καλή σωματική και ψυχική τους υγεία. Η αποτελεσματική συνεργασία μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών αποτελεί καίριο παράγοντα για την παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας καθώς η νοσηλευτική και η ιατρική είναι άρρηκτα συνυφασμένες όσον αφορά την νοσοκομειακή περίθαλψη. Η καλή νοσοκομειακή περίθαλψη εξαρτάται από ένα σύστημα που θα εξασφαλίζει τη συνέχεια των πληροφοριών και την διεπαγγελματική συνεργασία.

Βασικός σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να διερευνήσει τις σχέσεις επικοινωνίας που αναπτύσσονται μεταξύ του ανθρώπινου δυναμικού που στελεχώνει ένα νοσοκομείο καθώς και να προσδιορίσει τους παράγοντες που τις επηρεάζουν και τις διαμορφώνουν ώστε να αποσαφηνιστούν τα σημεία σύγκλισης και απόκλισης των επαγγελμάτων.

Η εργασία χωρίζεται σε 3 κεφάλαια τα οποία διαμορφώνονται ως εξής:

Το **1^ο Κεφάλαιο** με τίτλο **Ο Κλάδος της Υγείας και οι Θεωρίες Μανατζμεντ – Επαγγελματικής Ικανοποίησης**, αναφέρεται γενικά στον τομέα της Υγείας στην Ελλάδα και στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Επίσης γίνεται μια παρουσίαση της επαγγελματικής ικανοποίησης στα επαγγέλματα υγείας.

Στο **2^ο Κεφάλαιο** με τίτλο **Η Διάρθρωση του Νοσοκομείου**, περιγράφεται η διάρθρωση και οι υπηρεσίες ενός νοσοκομείου, καθώς και οι δημόσιες σχέσεις ενός νοσοκομείου.

Το **Κεφάλαιο 3^ο** με τίτλο **Διαχείριση Ανθρώπινων Πόρων και Σχέσεις Συνεργασίας και Επικοινωνίας του Προσωπικού**, αναφέρει την σημασία και την αναγκαιότητα της επικοινωνίας μέσα σε έναν οργανισμό υγείας. Επίσης, αναφέρεται

στην σπουδαιότητα που διακατέχει τις σχέσεις επικοινωνίας και συνεργασίας μέσα σε έναν οργανισμό υγείας.

Τέλος, παρουσιάζονται τα **Συμπεράσματα** της εργασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ'

Ο ΚΛΑΔΟΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙ ΘΕΩΡΙΕΣ MANAGEMENT – ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας διαμόρφωσε το 1946 τον δικό του ορισμό, που αποτελεί σήμερα την επικρατέστερη και πιο γνωστή προσέγγιση για τον προσδιορισμό της υγείας. Σύμφωνα με τον καταστατικό χάρτη του Π.Ο.Υ, υγεία είναι: «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, και όχι η απλή απουσία της αρρώστιας ή της αναπηρίας». Με τον ορισμό αυτό αναγνωρίζονται πρώτα απ' όλα δυο παράμετροι που οριοθετούν την υγεία: η παράμετρος της απουσίας της αρρώστιας και η παράμετρος της ευεξίας. Αναγνωρίζεται, επίσης, σε ότι αφορά την ευεξία, η ύπαρξη ψυχικής και κοινωνικής διάστασης, πέρα από τη σωματική¹. Ο ορισμός της «υγείας», συνεπώς, εξαρτάται από τον τρόπο θεώρησης του ζωντανού οργανισμού και της σχέσης του με το περιβάλλον. Η θεώρηση αυτή διαφέρει από πολιτισμό σε πολιτισμό και μεταβάλλεται με το πέρασμα του χρόνου².

1.1 Γενικά Χαρακτηριστικά

Η υγεία είναι μία παγκόσμια κοινότητα. Η ιατρική περίθαλψη μπορεί να προσφερθεί σε νοσοκομεία, ιδιωτικά ή δημόσια, από εξειδικευμένους ιατρούς ή από γενικούς παθολόγους με σύγχρονα μέσα ή πεπαλαιωμένη τεχνολογία. Η περίθαλψη χρηματοδοτείται από την γενική φορολογία ή την κοινωνική ασφάλιση ή από το

¹ Τούντας Γ., «Κοινωνία και υγεία», Εκδόσεις Οδυσσέας, Αθήνα, 2000, σελ 12.

² Αναγνωστόπουλος, Π., Παπαδάτου, Γ., «Η Ψυχολογία στο χώρο της υγείας», Εκδόσεις Μέρμηνα, Αθήνα, 1999, σελ 7.

προσωπικό εισόδημα ή από έναν συνδυασμό των παραπάνω μέσων³. Η Παγκόσμια Τράπεζα στην Έκθεσή της «Υγεία, Διατροφή και Πληθυσμός» υπολόγισε ότι το 1997 δαπανήθηκαν για την υγεία περισσότερα από 2330 δισεκατομμύρια δολάρια, δηλαδή το 9% του Παγκόσμιου Ακαθάριστου Προϊόντος, γεγονός που κατατάσσει την υγεία στους μεγαλύτερους κλάδους της οικονομίας.

Είναι γενικά αποδεκτό ότι πρωταρχικοί στόχοι των οργανισμών υγείας είναι η διάγνωση, θεραπεία, επανένταξη και η εκπαίδευση των ασθενών. Παλιότερα, οι managers του κλάδου πίστευαν ότι η παροχή υψηλού επιπέδου ιατρικών υπηρεσιών αρκούσε, αλλά πλέον οι ασθενείς απαιτούν ευγένεια, ποικιλία, άνεση, επικοινωνία και κατανόηση. Η ιατρική περίθαλψη πλέον δεν περιορίζεται στην θεραπεία μίας ασθένειας⁴. Συνεπώς, κι ενώ η παροχή ιατροφαρμακευτικής μέριμνας αποτελεί την κύρια ευθύνη των νοσοκομείων, η Διοίκηση Νοσηλευτικών Μονάδων αποκτά νέα αντικείμενα και σκοπούς. Η αναδιοργάνωση του κλάδου της υγείας έχει ξεκινήσει από τα τέλη της δεκαετίας του 1980 και παραμένει καίριο ζήτημα παγκοσμίως. Ο ανασχηματισμός του κλάδου οφείλεται κυρίως στην παγκοσμιοποίηση, στην αύξηση του κόστους των υπηρεσιών, αλλά και στην αλλαγή της κοινωνικής συνείδησης σχετικά με την υγεία που μέχρι τότε θεωρούταν αποκλειστικά δημόσιο αγαθό. Η καλή ποιότητα αποτελεί τον επιθυμητό στόχο στον κλάδο της υγείας. Κρίνεται ουσιώδης η παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών, αλλά και η αναγνώριση αυτών από τους ασθενείς.

1.2 Πολιτική υγείας στην Ελλάδα

Το 1983, ορόσημο αποτέλεσε η δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.). Ήταν η πρώτη ουσιαστικά ολοκληρωμένη πολιτική υγείας που εφαρμόστηκε ποτέ στην Ελλάδα.

³ Freeman, R., "Competition in context: the politics of health care reform in Europe", *International Journal for Quality in Health Care*, 1998, pp 18-20.

⁴ Αγγελόπουλος, Μ.Χ., «Η Βελτίωση της Ποιότητας στον Τομέα της Υγείας: Παρανοήσεις και Εξηγήσεις». Πρακτικά Συνεδρίου με θέμα: Εφαρμογή του management Ολικής Ποιότητας στο Χώρο των Υπηρεσιών Υγείας, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη, 1995, σελ. 11.

Η νομοθεσία του Ε.Σ.Υ. του 1983 ήταν βασικά προσανατολισμένη στην αποκέντρωση του συστήματος και στην εισαγωγή ενός ενιαίου πλαισίου ανάπτυξης των υπηρεσιών υγείας, στην αναμόρφωση του θεσμού του οικογενειακού γιατρού και στην αναδιοργάνωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Δραστικές ρυθμίσεις περιλάμβαναν τη διοικητική διάρθρωση των νοσοκομείων τις εργασιακές σχέσεις των γιατρών με την καθιέρωση της «αποκλειστικής απασχόλησης», την ανάπτυξη των αποκεντρωμένων κέντρων υγείας στην περιφέρεια, μηχανισμούς σχεδιασμού και αποκέντρωσης υπηρεσιών.

1.2.1 Η φιλοσοφία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας

Κεντρική φιλοσοφία του Ε. Σ. Υ αποτέλεσε η ανάληψη από το κράτος της ευθύνης παροχής καθολικών υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες του, ανεξαρτήτως ηλικίας, φύλου και εισοδήματος.

Η ίδρυση νέων ιδιωτικών νοσοκομείων απαγορεύτηκε. Προβλέφθηκε επίσης μια πολιτική συγχώνευσης της χρηματοδότησης των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών ταμείων, πολιτική που κρίθηκε απαραίτητη για το συντονισμό, ορθολογικοποίηση, αναδιανομή και συγκράτηση της αυξανόμενης ζήτησης των υπηρεσιών⁵.

Η εγκαθίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας συνοδεύτηκε από σημαντική μεγέθυνση των ανθρώπινων, υλικών και οικονομικών πόρων και από ευρεία αναδιάρθρωση οργανωτικού, οικονομικού και χρηματοδοτικού. Πριν το γεγονός, ότι το εγχείρημα αυτό παρέμεινε σε ένα μεταβατικό στάδιο, εντούτοις προσέφερε μια πλούσια εμπειρία κοινωνικού, πολιτικού, επιστημονικού και τεχνικού προβληματισμού.

Αναμφίβολα, η προσπάθεια αυτή, εργώδης και επίπονη, συνεισέφερε θετικά αποτελέσματα, όπως η ισότητα στην πρόσβαση προς τις υπηρεσίες υγείας, ο

⁵ Κυριόπουλος, Γ., Σισσούρας, Α., «*Ενιαίος φορέας υγείας. Αναγκαιότητα και ανταπάτη*», Θεμέλιο και Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα, 1997, σελ 47.

περιορισμός των περιφερειακών και κοινωνικών ανισοτήτων και η αύξηση του κατά κεφαλήν διανεμόμενου πραγματικού οφέλους σε υπηρεσίες υγείας, αλλά προκάλεσε και παρενέργειες. Έλλειψη σταθερής πολιτικής συνέπειας, καθαρών προτεραιοτήτων, ουσιαστικού σχεδιασμού, οργανωτικής υποδομής, διοικητικών μηχανισμών, αποδοτικής χρηματοδότησης, μακροπρόθεσμης υποστήριξης από τον ιατρικό κόσμο, ελέγχου του κόστους, αξιολόγησης της δαπανηρής ιατρικής τεχνολογίας, είναι μερικές από τις αιτίες της αποτυχίας. Η δημιουργία του Ε. Σ. Υ αποτελεί την πρώτη – και τελευταία μέχρι σήμερα – μεταρρύθμιση στο χώρο της υγείας στην Ελλάδα. Δυστυχώς, το σύστημα δεν κατάφερε να εκπληρώσει μεγάλο μέρος από τους στόχους του. Δεν κατάφερε – αν προσπάθησε ποτέ – να κερδίσει την εμπιστοσύνη και την υποστήριξη των πολιτών⁶.

1.2.2 Το ελληνικό υγειονομικό σύστημα

Το ελληνικό υγειονομικό σύστημα όσον αφορά τα βασικά επίπεδα υγειονομικής φροντίδας έχει την εξής διάρθρωση:

- *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ):* Η φροντίδα αυτή αφορά την περίθαλψη του ατόμου εξωνοσοκομειακά, χωρίς να είναι απαραίτητη η νοσηλεία του σε νοσοκομείο. Το άτομο απολαμβάνει υπηρεσίες που σχετίζονται με την πρόληψη και τη διάγνωση της νόσου, και η περίθαλψη αυτή μπορεί να πραγματοποιείται είτε από το δημόσιο (κέντρα υγείας, εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων και ασφαλιστικών ταμείων), όσο και από τον ιδιωτικό τομέα (ιατρούς που ασκούν ελεύθερο επάγγελμα, μικροβιολογικά εργαστήρια, διαγνωστικά κέντρα και εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών θεραπευτηρίων). Στις μη αστικές περιοχές η φροντίδα παρέχεται κυρίως από τα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά Ιατρεία που ανήκουν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας.

- *Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας:* Το επίπεδο αυτό έχει να κάνει με υπηρεσίες που παρέχονται στους ασθενείς είτε μέσα σε δημόσια νοσοκομεία του ΕΣΥ είτε εκτός ΕΣΥ (στρατιωτικά, ΙΚΑ) και ιδιωτικές κλινικές.

⁶ Κυριόπουλος, Γ., Σισσούρας, Α., «Ενιαίος φορέας υγείας. Αναγκαιότητα και αυταπάτη», Θεμέλιο και Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα, 1997, σελ. 47-48.

- *Επείγουσα Προνοσοκομειακή Ιατρική Φροντίδα*: Σ' αυτή την κατηγορία ανήκει η φροντίδα που παρέχεται σε πανελλήνιο εύρος μέσω του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ).

- *Ψυχιατρική Περίθαλψη*: Αφορά τα ψυχιατρικά νοσοκομεία του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Ακόμη, η ψυχιατρική περίθαλψη υποστηρίζεται και από τα ψυχιατρικά τμήματα των Γενικών Νοσοκομείων, καθώς και από ένα δίκτυο εξωνοσοκομειακών και κοινοτικών δομών του δημόσιου τομέα που λειτουργεί σε όλη την χώρα.

Για την ανάπτυξη όλων των ανωτέρω επιπέδων φροντίδας θα πρέπει το υγειονομικό σύστημα να διακατέχεται από ποιοτική παροχή υπηρεσιών. Η ποιότητα της νοσοκομειακής περίθαλψης είναι ο τομέας εκείνος που ενδιαφέρει περισσότερο απ' όλους την επιστημονική κοινότητα, την πολιτεία, τους επαγγελματίες υγείας και ακόμη πιο πολύ, τους ασθενείς. Απαραίτητο στοιχείο για την καλή και αποτελεσματική λειτουργία όλων των επιπέδων φροντίδας είναι η διαεπαγγελματική συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών που σχετίζονται με την παροχή φροντίδας⁷.

1.3 Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας

Τα εθνικά συστήματα Υγείας σε παγκόσμια κλίμακα αντιμετωπίζουν αυξανόμενες προκλήσεις όπως αυτές απορρέουν μέσα από την ιδιοτυπία της υγείας ως δημόσιο και κοινωνικό αγαθό. Η παροχή υπηρεσιών υγείας έχει από τη φύση της ιδιαιτερότητες οι οποίες παρουσιάζονται στην συνέχεια.

⁷ Διλίντας, Α., Σεβαστάκη, Ε., Νεονάκης, Ι., «Η αναζήτηση της ποιότητας στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία», *Επιθεώρηση Υγείας*, τ. 17, τεύχ. 101, 2006, σελ. 12.

1.3.1 Εισαγωγικές αναφορές

Η παροχή υπηρεσιών υγείας εντάσσεται στην κατηγορία της παροχής υπηρεσιών. Η παροχή υπηρεσιών διαφέρει αισθητά από την παραγωγή αγαθών. Οι σημαντικότερες διαφορές είναι οι ακόλουθες⁸:

- Οι υπηρεσίες έχουν άυλη φύση. Δεν μπορούμε να τις πιάσουμε, να τις μυρίσουμε και να τις εκτιμήσουμε πριν τις καταναλώσουμε. Η έλλειψη υλικής υπόστασης έχει ως αποτέλεσμα να μην είναι δυνατή η εποπτεία στην παραγωγή τους, ο έλεγχος και η επιθεώρηση των διαδικασιών κλπ.
- Ανάμεσα στην παραγωγή και την διάθεση των υπηρεσιών μεσολαβεί σχεδόν μηδενικός χρόνος. Καταναλώνονται αμέσως μόλις παραχθούν χωρίς να υπάρχει η δυνατότητα αποθήκευσής τους, καθώς και η δυνατότητα διόρθωσης λαθών.
- Οι υπηρεσίες είναι προϊόντα εντάσεως εργασίας και όχι κεφαλαίου όπως η μεταποίηση. Δηλαδή, η επιτυχία της παραγωγής τους εξαρτάται σε πολύ μεγάλο βαθμό από το ανθρώπινο δυναμικό που συμμετέχει σε αυτή.
- Οι υπηρεσίες θα πρέπει να προσαρμόζονται απόλυτα στον πελάτη και στις απαιτήσεις του. Συνεπώς, η αλληλεπίδραση πελάτη και εργαζομένου είναι απαραίτητη για την παραγωγή της τέλει υπηρεσίας.
- Τέλος, οι υπηρεσίες είναι προϊόντα μοναδικά για κάθε πελάτη μιας και προσαρμόζονται απόλυτα στις διαφορετικές απαιτήσεις και ανάγκες του.

Το έντονα ανταγωνιστικό περιβάλλον μέσα στο οποίο λειτουργούν οι επιχειρήσεις σήμερα καθώς και η έντονη ευαισθητοποίηση των καταναλωτών σε θέματα ποιότητας έχει προσανατολίσει το σύγχρονο management στην υιοθέτηση αρχών ποιότητας και στην ενσωμάτωσή τους στις επιχειρησιακές στρατηγικές.

Ποιότητα είναι ο βαθμός στον οποίο ένα σύνολο δομικών χαρακτηριστικών εκπληρώνει τις απαιτήσεις ενός καταναλωτή. Αποτελεί δηλαδή τον χαρακτήρα, το

⁸ Σκορδή Α., «Διοίκηση ολικής ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας», Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών, 1997, σελ. 33-36

χαρακτηριστικό ή την ιδιότητα οποιουδήποτε πράγματος που το κάνει καλό ή κακό, αξιέπαινο ή κατακριτέο, δηλαδή ο βαθμός αριστείας που κατέχει ένα πράγμα.

Συνεπώς, ποιότητα είναι ο βαθμός κατά τον οποίο, ένα προϊόν ή μια υπηρεσία ανταποκρίνεται ή και ξεπερνά τις προσδοκίες του πελάτη⁹.

1.3.2 Ιστορική αναδρομή

Η έννοια της ποιότητας στον τομέα της υγείας συμβαδίζει με τη γέννηση της επιστήμης της υγείας. Η αρχαιότερη καταγεγραμμένη αναφορά ανάγεται στον αρχαία Αίγυπτο όπου τα πρώτα «κριτήρια αξιολόγησης» της ιατρικής φροντίδας αποτυπώνονται σε ιερογλυφική γραφή, πάνω σε λίθινες πλάκες. Συγκεκριμένα, τα κριτήρια αυτά είναι η παρατήρηση, η περίθαλψη ή η άρνηση της νοσηλείας¹⁰.

Το 2000 π.Χ. γίνεται αναφορά στην ποιότητα της χειρουργικής πρακτικής από τον ποινικό κώδικα του βασιλέως Χαμουραμί και μάλιστα με προβλεπόμενη ποινή, βασισμένη στο μέγεθος της βλάβης που πιθανόν προκύπτει από κακή χειρουργική φροντίδα με ατυχή έκβαση¹¹.

Αναφορά για την ανάγκη διασφάλισης της ποιότητας, συναντούμε και στους δεοντολογικούς κανόνες και τους κώδικες ηθικής στην εποχή του Ιπποκράτη, όπως εκφράζεται από την επιταγή «ωφελείν ή μη βλάπτειν». Τους επόμενους αιώνες δε σημειώνεται κάποια εξέλιξη στις αρχές του Ιπποκράτη, κυρίως γιατί η υγεία αντιμετωπίζεται ως μέσο αγαθοεργιών της Εκκλησίας και των εκάστοτε αυτοκρατόρων¹².

⁹Κρητικός, Α., «Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, μια Θεωρητική Προσέγγιση», Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, 2005, σελ. 10-11.

¹⁰ Ανάρτηση στο www.cyna.org/16thx/nine.pdf, την 12/06/2010

¹¹ Gamson, E., "An introduction to the History of Medicine", 1929, p.81.

¹² Ανάρτηση στο www.cyna.org/16thx/nine.pdf την 12/06/2010

Ο ποιοτικός έλεγχος, ουσιαστικά, ξεκινάει από το 1858, όταν η Florence Nightingale, νοσηλεύτρια κατά τον Κριμαϊκό Πόλεμο, προσπάθησε να εφαρμόσει πρόγραμμα ποιοτικού ελέγχου, βασιζόμενη στους δείκτες θνησιμότητας των νοσηλευόμενων ασθενών.

Αργότερα, το 1908, ο Dr. Groves διενήργησε μια σειρά από έρευνες, προκειμένου να συνδέσει την ποιότητα των ιατρικών υπηρεσιών με τους δείκτες θνησιμότητας, αλλά και ανικανότητας των ιατρών σε χειρουργικές επεμβάσεις. Το παράδειγμά του ακολουθεί ο χειρουργός Godman, τέσσερα χρόνια αργότερα, σε νοσοκομείο της Μασαχουσέτης. Το έργο του, όπως και αυτό της Nightingale, εστιάστηκε στο νοσοκομείο. Είναι περισσότερο γνωστός για την ανάπτυξη ενός πλαισίου αξιολόγησης της νοσοκομειακής περίθαλψης, το οποίο ονόμασε «η ιδέα του τελικού αποτελέσματος». Δηλαδή, κατά τον Godman, τα νοσοκομεία έπρεπε να παρακολουθούν τους ασθενείς που περιέθαλπαν, τόσο κατά τη νοσηλεία τους, όσο και για ορισμένο χρονικό διάστημα μετά τη λήψη εξιτηρίου¹³.

Η ανάγκη ελέγχου των διαδικασιών και του κόστους οδήγησε σε επαναφορά της έννοιας της ποιότητας την δεκαετία του 1960. Ακολούθησε η συστηματική μελέτη και εφαρμογή του ποιοτικού ελέγχου των πρακτικών των νοσοκομείων και η δειλή εμφάνιση των πρώτων προτύπων για τις διαδικασίες σε αυτά, την επόμενη δεκαετία.

Η εισαγωγή μέτρων αξιολόγησης των ιατρικών διαδικασιών και η βελτίωση της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών χαρακτηρίζονται ως επανάσταση στον κλάδο. Στα τέλη της δεκαετίας του 1980, αρχίζει η εκτενής ενασχόληση ακαδημαϊκών και επαγγελματιών με το θέμα της ποιότητας στην ιατρική περίθαλψη. Δημιουργήθηκαν πληθώρα εθνικών και διεθνών προτύπων για την διασφάλιση της ποιότητας και αρκετοί οργανισμοί για την προώθηση του ζητήματος¹⁴.

¹³ Αθανασοπούλου, Μ., Καλοκαιρινού, Α., «Η Συμβολή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας». Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα, 2004, σελ. 111-112.

¹⁴ Αθανασοπούλου, Μ., Καλοκαιρινού, Α., «Η Συμβολή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας». Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα, 2004, σελ. 113-114.

1.3.3 Η ποιότητα στις υπηρεσίες

Η υπηρεσία είναι κοινωνική ενέργεια που προϋποθέτει άμεση επαφή του πελάτη με τον αντιπρόσωπο της εταιρίας που παρέχει την υπηρεσία. Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της υπηρεσίας διαφοροποιούν την έννοια της ποιότητας στον εκάστοτε κλάδο. Η συμμόρφωση των χαρακτηριστικών της υπηρεσίας με τις απαιτήσεις του πελάτη κρίνεται αναγκαία. Οι διαδικασίες παραγωγής και παράδοσης της υπηρεσίας θα πρέπει να είναι απόλυτα συμμορφωμένες με τις ανάγκες του καταναλωτή¹⁵.

Οι βασικές διαστάσεις της ποιότητας στις υπηρεσίες είναι οι ακόλουθες:

- *Αξιοπιστία*: η ικανότητα να παρέχεται ακριβώς η υποσχόμενη υπηρεσία π.χ. η τήρηση των προθεσμιών και των προβλεπόμενων διαδικασιών.
- *Ανταπόκριση*: η προθυμία και θέληση της εταιρίας να εξυπηρετήσει πλήρως τον πελάτη.
- *Ασφάλεια*: η κατάρτιση των εργαζομένων και η προθυμία που εμφανίζουν απέναντι στην ικανοποίηση του πελάτη.
- *Ακρίβεια*: η εκτέλεση της υπηρεσίας ορθά με την πρώτη φορά.
- *Μοναδικότητα*: η παραγωγή μίας υπηρεσίας διαφορετική για κάθε πελάτη¹⁶.

Η ποιότητα μιας υπηρεσίας μπορεί να αξιολογηθεί επίσης και από τα χαρακτηριστικά της έρευνας, της εμπειρίας και της πίστης¹⁷.

Τα νοσοκομεία υπάρχουν και λειτουργούν ακριβώς για να παρέχεται, στους ασθενείς, φροντίδα η οποία είναι ή πρέπει να είναι συνεχής, απρόσκοπτη και πάνω σε 24ωρη βάση. Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας αφενός παραμένει διαχρονικό ζητούμενο και αφετέρου αποτελεί ένα αμφιλεγόμενο θέμα. Πέραν τούτου τα συστήματα καθώς και

¹⁵ Σκορδή, Α., «Διοίκηση ολικής ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας», Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών, 1997, σελ.19.

¹⁶ Parasuraman, A. LL. Berry & VA Zeitham., "Refinement and Reassessment of the SERVQual Scale", *Journal of Retailing*, 67, 1991, p. 4.

¹⁷ Κρητικός, Α., «Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, μια Θεωρητική Προσέγγιση», Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, 2005, σελ. 28-29.

οι σχετικές πολιτικές υγείας περιπλέκονται και περιπλέκουν το όλο θέμα όλο και περισσότερο.

Παρόλο που οι παρεμβάσεις του κάθε συστήματος παροχής φροντίδας υλοποιούνται με πρόθεση το όφελος του ατόμου και της κοινωνίας γενικότερα, εντούτοις μερικές φορές προκαλείται βλάβη: τα κλινικά λάθη. Με τα λάθη «τραυματίζεται» παράλληλα και η ποιότητα. Οι συνεχείς εξελίξεις στον τομέα της υγείας σε συνδυασμό με την αλματώδη αύξηση των επενδύσεων, την προοδευτική επικράτηση σε μεγάλο βαθμό των νέων τεχνολογιών, την αύξηση των πόρων –ανθρωπίνων και υλικών- οδηγούν αναπόδραστα σε προβληματισμό των εμπλεκομένων – παροχέων και χρηστών -γύρω από θέματα ποιότητας, χωρίς φυσικά να παραγνωρίζεται η επάρκεια και η ποσότητα των παρεχομένων υπηρεσιών.

Επιπρόσθετα, οι χρήστες εκτός από την επάρκεια και την προσβασιμότητα επιζητούν ποιοτική φροντίδα υγείας σε επίπεδο ικανοποίησης και ανταποκρισιμότητας¹⁸. Από πολύ ενωρίς, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) καθόρισε ότι η ποιότητα στο χώρο της υγείας περιλαμβάνει διαγνωστικές και θεραπευτικές πράξεις ώστε να διασφαλίζεται το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα, ενώ το Υπουργείο Υγείας της Αγγλίας απλουστεύοντας την περί ποιότητας στην υγεία έννοια καθόρισε ότι πρέπει “να γίνονται τα σωστά πράγματα, για τους σωστούς ανθρώπους στο σωστό χρόνο”¹⁹. Η αναζήτηση της ποιότητας συγκαταλέγεται ανάμεσα στους στόχους των υπηρεσιών υγείας και τείνει να καλύπτει όλο φάσμα τους.

Παράλληλα, η ποιότητα συσχετίζεται με το σύστημα υγείας και τους χρήστες γιατί ακριβώς η ποιότητα δεν παρουσιάζεται εν κενώ αφού αφορά, κατά κύριο λόγο, τους επαγγελματίες και τους χρήστες του συστήματος υγείας. Ταυτόχρονα, η ποιότητα στον τομέα υγείας διαφέρει κατά πολύ από την επιζητούμενη ποιότητα σε άλλους

¹⁸ Κυριόπουλος Γ., «Η Εθνική Πολιτική Υγείας: Κατευθυντήριες γραμμές για την ανασυγκρότηση του Υγειονομικού Τομέα στην Ελλάδα», Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία, 2003, σελ. 92.

¹⁹ Department of Health, “A First Class Service: Quality in the New NHS”. London: Secretary of State for Health, 1998, pp.22-25.

είδους υπηρεσίες ή και στο βιομηχανικό πεδίο²⁰. Ο ορισμός της ποιότητας ενέχει τουλάχιστον δύο όψεις, αυτή του πελάτη/χρήστη και αυτή του παραγωγού του προϊόντος ή της υπηρεσίας. Σύμφωνα με την οπτική του πελάτη, η ποιότητα συνδέεται με τις προσδοκίες και την ικανοποίηση, ενώ από την οπτική του παραγωγού συνδέεται με την ποιότητα σχεδιασμού και την ικανότητα της παραγωγικής διαδικασίας να ανταποκριθεί στις προδιαγραφές, οι οποίες έχουν τεθεί στην φάση του σχεδιασμού. Κατά συνέπεια, ο παραγωγός διασφαλίζει κατά την παραγωγική διαδικασία την ύπαρξη χαρακτηριστικών τα οποία σχετίζονται με τις ανάγκες του πελάτη, και για αυτό τον λόγο τελικά η ποιότητα ετεροπροσδιορίζεται και αξιολογείται από τον πελάτη²¹.

1.4 Διοίκηση Ολικής Ποιότητας

Οι αναζητήσεις για την αποτελεσματικότερη άσκηση της διοίκησης δεν σταμάτησαν. Οι σύγχρονες εξελίξεις στη τεχνολογία, οι διαφοροποιημένες απαιτήσεις της αγοράς, αλλά και οι τόσες κοινωνικές και κυρίως οικονομικές αλλαγές της δεκαετίας του 1990 επηρέασαν και τη θεωρητική σκέψη και την πρακτική της διοίκησης. Μέσα από όλη αυτή την αναζήτηση και την παρατήρηση επιτυχημένων μοντέλων και τρόπων διοίκησης, διαμορφώθηκε μια συγκεκριμένη τάση διοίκησης. Η τάση αυτή, η οποία γνώρισε ιδιαίτερη ανάπτυξη κατά την τρέχουσα δεκαετία και καταλαμβάνει πλέον αρκετά μεγάλο μέρος της σύγχρονης βιβλιογραφίας, είναι η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (Total Quality Management ή αλλιώς TQM).

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, είναι ένα σύστημα διοίκησης – διαχείρισης επιχειρήσεων και οργανισμών, το οποίο αναπτύχθηκε στην Ιαπωνία το 1950 από τον Αμερικανό καθηγητή William Edwards Deming, επεκτάθηκε αργότερα στην Αμερική και μόλις τη δεκαετία του '80 άρχισε να εφαρμόζεται και στην Ευρώπη.

²⁰ Σιγάλας Ι., "Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, Εγχειρίδιο Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου "Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο - Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις", Τόμος Δ, Εκδόσεις Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, Πάτρα, 1999, σελ. 12-13.

²¹ Κωσταγιόλας Π., Καϊτελίδου Δ., Χατζοπούλου Μ., «Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας», Παπασωτηρίου, Αθήνα, 2007, σελ. 46-48

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας αποτελεί σύστημα διοίκησης, με βάση το οποίο επιδιώκεται η μεγιστοποίηση της αξίας του παρεχομένου προϊόντος ή υπηρεσίας, όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τον πελάτη, με πλήρη συμμετοχή όλων των εργαζομένων²².

Πρέπει να τονιστεί ότι στη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, ως πελάτης δεν εννοείται μόνο ο τελικός αποδέκτης του ολοκληρωμένου προϊόντος ή της υπηρεσίας, αλλά και κάθε άτομο ή τμήμα μέσα στον οργανισμό που δέχεται το αποτέλεσμα ή την επίδραση της δραστηριότητας κάποιου άλλου εργαζόμενου ή τμήματος του οργανισμού. Κάθε εργαζόμενος ή τμήμα του οργανισμού αναπτύσσει, στα πλαίσια της εργασίας του, δραστηριότητες, οι οποίες επηρεάζουν τη λειτουργία άλλων τμημάτων ή την εργασία άλλων ατόμων. Το γεγονός αυτό καθιστά κάθε εργαζόμενο στον οργανισμό πελάτη κάποιου και ταυτόχρονα προμηθευτή κάποιου άλλου.

Κάθε οργανισμός, λοιπόν, έχει τους εσωτερικούς και τους εξωτερικούς πελάτες του. Όλοι αυτοί οι πελάτες συγκροτούν την αλυσίδα των πελατών, στην οποία μόνο ο τελευταίος κρίκος της αποτελεί τον εξωτερικό πελάτη-χρήστη, δηλαδή τον αποδέκτη του ολοκληρωμένου προϊόντος-υπηρεσίας που παράγει ο οργανισμός²³.

Η επιδίωξη ενός οργανισμού που εφαρμόζει Διοίκηση Ολικής Ποιότητας είναι η συνεχής ικανοποίηση όλων των πελατών του, τόσο των εξωτερικών, όσο και των εσωτερικών. Οι εξωτερικοί πελάτες ενός οργανισμού δεν μπορεί να είναι ικανοποιημένοι όταν είναι δυσαρεστημένοι οι εσωτερικοί του πελάτες.

Για να γίνουν πιο κατανοητά τα παραπάνω, παραθέτουμε το ακόλουθο παράδειγμα, το οποίο προέρχεται από το χώρο των νοσοκομείων. Θεωρούμε τους εξής φορείς: τις κλινικές του νοσοκομείου, το Μικροβιολογικό του Εργαστήριο, το φαρμακείο του νοσοκομείου και τους ασθενείς που νοσηλεύονται και επηρεάζονται από τους τρεις παραπάνω τομείς του νοσοκομείου. Οι κλινικές αποτελούν τους πελάτες του

²² Τσιότρας, Γ., «Βελτίωση Ποιότητας», Εκδόσεις Μπένου, Αθήνα, 1995, σελ. 12-13.

²³ Αναρτήθηκε στο http://www.econ.uoi.gr/metaptixiaktes_spoudes/ergasies%20Msc/.pdf την 05/07/2010

Μικροβιολογικού Εργαστηρίου, καθότι ζητούν απ' αυτό τα αποτελέσματα των ασθενών που νοσηλεύονται στις κλινικές. Ταυτόχρονα, το εργαστήριο είναι πελάτης του φαρμακείου του νοσοκομείου, όσον αφορά στον εφοδιασμό του με τα αντιδραστήρια που είναι απαραίτητα για τη διενέργεια των εξετάσεων που ζητούν οι κλινικές. Η συνισταμένη όλων αυτών των επιμέρους δραστηριοτήτων διαμορφώνει την τελική ολοκληρωμένη υπηρεσία (διάγνωση, θεραπεία), τελικός αποδέκτης της οποίας είναι ο ασθενής, που αποτελεί και τον τελικό (εξωτερικό) πελάτη του νοσοκομείου.

Αν ένας ή περισσότεροι από τους τομείς αυτούς δεν λειτουργήσουν αποτελεσματικά και η εξυπηρέτηση των εσωτερικών πελατών δεν είναι η ενδεδειγμένη, είναι σίγουρο ότι η ποιότητα της υπηρεσίας που θα προσφερθεί στον εξωτερικό πελάτη-ασθενή, θα είναι χαμηλότερη. Πιο συγκεκριμένα, έστω ότι το φαρμακείο εφοδιάζει το μικροβιολογικό εργαστήριο με χαμηλής ή κακής ποιότητας αντιδραστήρια (π.χ. έχει παρέλθει η ημερομηνία λήξης της ισχύος τους), με συνέπεια τα αποτελέσματα των εξετάσεων που διενεργούνται από το μικροβιολογικό να μην είναι αξιόπιστα. Αναγκάζεται λοιπόν, αφού διαμαρτυρηθεί στο φαρμακείο, να ζητήσει νέα αντιδραστήρια, να πραγματοποιήσει ξανά αιμοληψίες από τους ασθενείς και να επαναλάβει τις εξετάσεις. Οι κλινικές, από την πλευρά τους, μη έχοντας τα αποτελέσματα των εξετάσεων, δεν μπορούν να προχωρήσουν στη διάγνωση του προβλήματος των ασθενών και καθυστερεί η έναρξη της θεραπείας. Βλέπουμε, λοιπόν, ότι το μικροβιολογικό εργαστήριο (εσωτερικός πελάτης) δεν είναι ικανοποιημένο από το φαρμακείο (προμηθευτής), οι κλινικές (εσωτερικός πελάτης) δεν είναι ικανοποιημένες από το μικροβιολογικό (προμηθευτής) των αποτελεσμάτων των εξετάσεων και προφανώς δυσαρεστημένοι είναι οι ασθενείς των κλινικών (εξωτερικοί πελάτες), αφού καθυστερεί η διάγνωση του προβλήματός τους και παρατείνεται η διάρκεια νοσηλείας τους στο νοσοκομείο²⁴.

Έμφαση δίνεται στην πρόσληψη και όχι στην θεραπεία, την εφαρμογή σε έκταση και την υπευθυνότητα σε βάθος. Η ΔΟΠ ορίζεται ως «ένας τρόπος οργάνωσης και εμπλοκής του συνόλου της επιχείρησης, κάθε τμήμα. Κάθε δραστηριότητα ή

²⁴ Κρητικός, Α., «Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, μια Θεωρητική Προσέγγιση», Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, 2005, σελ. 21-22.

λειτουργία, κάθε μεμονωμένο άτομο σε κάθε επίπεδο». Η ΔΟΠ δίνει έμφαση στην συνεχή ανταλλαγή πληροφορήσης σε όλα τα επίπεδα της επιχείρησης και το ανθρώπινο δυναμικό ενθαρρύνεται να εμπλακεί στην διαδικασία παραγωγής του προϊόντος και παροχή υπηρεσίας. Μια πολύ γνωστή πτυχή αυτής της ιδέας είναι οι κύκλοι ποιότητας. Θα πρέπει να προετοιμάζονται για προσαρμογή στην έννοια της εξουσιοδότησης, ομάδες εργασίας που συναντώνται, συζητάνε και επιλύουν ορισμένα προβλήματα παραγωγής ή εξυπηρέτησης²⁵.

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας λοιπόν εισάγει μια ευρύτερη διάσταση στη διοικητική σκέψη, μια διαφορετική αντιμετώπιση της λειτουργίας της διοίκησης σε έναν οργανισμό. Η ΔΟΠ είναι η αδιάκοπη προσπάθεια για συνεχή βελτίωση, τα μικρά βήματα εμπρός κάθε μέρα, αυτό που οι Ιάπωνες αποκαλούν *kaizen*. Η προσπάθεια αυτή περιλαμβάνει την αντίληψη ότι η ολική ποιότητα είναι ένας δρόμος «χωρίς τερματισμό» και καθοδηγεί την έμφυτη διάθεση για πρόοδο, η οποία πιστεύουμε ότι υπάρχει σε όλους τους εργαζόμενούς μας. Έχουμε ξοδέψει αρκετό χρόνο εξηγώντας στους εργαζόμενούς μας ότι ο καθένας έχει κάποια ευθύνη να συμμετέχει στη συνεχή βελτίωση και αυτοί έχουν αποκριθεί με ενθουσιασμό σε αυτήν μας την προσέγγιση!»²⁶.

Η ποιότητα ενός προϊόντος ή υπηρεσίας προδικάζεται και κατευθύνεται από το αν βελτιώνονται οι διαδικασίες που το παράγουν. Η ποιότητα είναι αποτέλεσμα ενός συστήματος το οποίο εργάζεται με αφοσιωμένους ανθρώπους και όχι από αφοσιωμένους ανθρώπους που εργάζονται μέσα στο σύστημα. Όταν υπάρχει πρόβλημα με την ποιότητα, συνήθως κατά 85% φταίει το σύστημα και μόνο κατά ένα 15% φταίει οι εργαζόμενοι σε αυτό²⁷.

²⁵ Δημητρακόπουλος, Α., «Η εφαρμογή των αρχών διοίκησης ολικής ποιότητας στον τομέα παροχής ξενοδοχειακών υπηρεσιών, η περίπτωση στην Κρήτη», Πτυχιακή, Εργασία Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας, ΑΤΕΙ Κρήτης, Ηράκλειο, 2010, σελ. 18.

²⁶ Δημητρακόπουλος, Α., «Η εφαρμογή των αρχών διοίκησης ολικής ποιότητας στον τομέα παροχής ξενοδοχειακών υπηρεσιών, η περίπτωση στην Κρήτη», Πτυχιακή, Εργασία Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας, ΑΤΕΙ Κρήτης, Ηράκλειο, 2010, σελ. 19.

²⁷ Deming, W.E., "Quality Productivity and Competitive Position", MIT Center of Advanced Engineering Study, Cambridge, 1982, p 50.

Η ΔΟΠ ξεκινώντας από την αφετηρία ότι η ποιότητα δεν είναι στατικό χαρακτηριστικό αλλά συνεχώς μπορεί να βελτιώνεται επειδή οι ανάγκες και οι επιθυμίες διαφοροποιούνται, υιοθετεί την άποψη ότι στην ανώτατη ηγεσία μετατίθεται η ευθύνη για τον μακροχρόνιο σχεδιασμό και τη στρατηγική λήψη μέτρων δημιουργίας των κατάλληλων προϋποθέσεων και του περιβάλλοντος, ώστε να λειτουργούν και να εξελίσσονται αποτελεσματικά οι διαδικασίες βελτίωσής της.

Ο W. Edward Deming (1993) στον κύκλο PCDA, Σχεδιασμός (Planning), Έργο (Doing), Έλεγχος (Checking) και Δράση (Acting) υποστηρίζει και περιγράφει ως εξής τον κύκλο:

- Σχεδιάζω μια αλλαγή για βελτίωση της δραστηριότητας
- Εκτελώ τη δοκιμή στην προτεινόμενη αλλαγή
- Ελέγχω ή μελετώ τα αποτελέσματα της δοκιμής
- Παίρνω την ανατροφοδότηση και ενέργεια ανάλογα με τα αποτελέσματά τους, είτε υιοθετώντας την αλλαγή είτε απορρίπτοντάς την και προτείνοντας στην θέση της κάποια άλλη.

Με την διαδικασία του κύκλου υπάρχει συνεχής ποιοτική βελτίωση χωρίς τέλος.

Στις αρχές της ΔΟΠ κατατάσσεται και η πλήρης συμμετοχή του ανθρώπινου δυναμικού που λαμβάνει μέρος στη διαδικασία βελτίωσης της ποιότητας, με στόχο όλοι να εκπληρώνουν το έργο τους βελτιώνοντας το τελικό αποτέλεσμα. Η επιτυχία της συμμετοχής προϋποθέτει ότι:

- Όλοι γνωρίζουν και συνειδητοποιούν σε βάθος τις αξίες του αγαθού της μόρφωσης, την πολιτική και τους σκοπούς του οργανισμού.
- Το ανθρώπινο δυναμικό πρέπει να διαθέτει τις απαραίτητες δεξιότητες, γνώσεις και ικανότητες να εκτελέσει το σκοπό του.
- Πρέπει να υπάρχει αμοιβαία συνείδηση και εμπιστοσύνη μεταξύ ανώτατης εκπαιδευτικής ηγεσίας και του ανθρώπινου εκπαιδευτικού παράγοντα και να δίνεται η δυνατότητα στον τελευταίο να συμμετέχει στον σχεδιασμό των διαδικασιών της

ποιοτικής βελτίωσης.

Η συμμετοχή του ανθρώπινου δυναμικού της εκπαίδευσης στην εφαρμογή της ΔΟΠ θεωρούμε ότι μπορεί να γίνει μέσω:

- Της εσωτερικής δομικής επικοινωνίας των εκπαιδευτικών μονάδων
- Της συστηματικής εκπαίδευσης και ενημέρωσης, ώστε να γνωρίζουν σε βάθος τις νέες αλλαγές και
- Ενός συστήματος προτάσεων και ευκαιριών για συνεχή βελτίωση, που δίνει τη δυνατότητα να αξιολογηθούν τα πλεονεκτήματα και να βελτιωθούν οι αδυναμίες²⁸.

Οι υπηρεσίες υγείας που ασχολούνται με τον άνθρωπο δεν αρκεί μόνο να έχουν αναγορεύσει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών τους σε βασικό στοιχείο λειτουργίας τους αλλά οφείλουν να προβαίνουν σε συνεχή έλεγχο και βελτίωσή της, προκειμένου να εμπνέουν στο κοινωνικό σύνολο εμπιστοσύνη και ασφάλεια για τις δραστηριότητές τους.

Η αποτελεσματική εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στηρίζεται στην αποδοχή και τήρηση τριών βασικών αρχών-αξιομάτων, οι οποίες παρουσιάζονται παρακάτω.

α) Η δέσμευση της ηγεσίας. Χωρίς τη δέσμευση της ανώτατης ηγεσίας δεν είναι δυνατή καμία αλλαγή στον οργανισμό. Τα ανώτατα στελέχη είναι αυτά τα οποία πρέπει να θέσουν σαν στόχο τη βελτίωση της ποιότητας και να το επιβεβαιώνουν διαρκώς στην πράξη. Προσωπικοί ανταγωνισμοί μεταξύ των στελεχών και έλλειψη ομαδικού πνεύματος αναμφίβολα δε διευκολύνουν την επίτευξη του στόχου, της βελτίωσης, δηλαδή, της ποιότητας.

β) Επιστημονική γνώση. Η κατάλληλη εκπαίδευση και γνωστική επάρκεια όλων των εργαζομένων και στελεχών του οργανισμού είναι απαραίτητες, προκειμένου για την επιτυχή εφαρμογή ενός προγράμματος Διοίκησης Ολικής

²⁸ Δημητρακόπουλος, Α., «Η εφαρμογή των αρχών διοίκησης ολικής ποιότητας στον τομέα παροχής ξενοδοχειακών υπηρεσιών. η περίπτωση στην Κρήτη», Πτυχιακή, Εργασία Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας, ΑΤΕΙ Κρήτης, Ηράκλειο, 2010, σελ. 20-21.

Ποιότητας. Το προϊόν της εργασίας όλων πρέπει να είναι υψηλής ποιότητας. Οι εργαζόμενοι πρέπει να αναπτύσσουν τη δημιουργικότητά τους και να εφαρμόζουν νεωτεριστικές ιδέες για συνεχή βελτίωση. Η συνεχής εκπαίδευση και επιμόρφωση του προσωπικού κρίνεται αναγκαία. Μόνο έτσι θα είναι σε θέση να επισημάνουν την αιτία μιας δυσλειτουργίας και να δώσουν έγκαιρα την ενδεδειγμένη λύση, προλαμβάνοντας έτσι ένα μεγαλύτερο ίσως πρόβλημα.

γ) Συμμετοχή όλου του προσωπικού. Για την εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας απαιτείται η ενεργός ανάμειξη όλων στη διαδικασία της συνεχούς βελτίωσης των προϊόντων ή υπηρεσιών. Άλλωστε, γι' αυτό χαρακτηρίζεται και «ολική». Όλοι οι εργαζόμενοι είναι υπεύθυνοι για την ποιότητα του προϊόντος ή της υπηρεσίας που παράγει/παρέχει ο οργανισμός και προσωπικά καθένας για την ποιότητα της δικής του εργασίας²⁹.

Με την εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, το ουσιαστικό πλεονέκτημα για τον οργανισμό είναι η καλλιέργεια ομαδικού πνεύματος μεταξύ των εργαζομένων. Τα μέλη της ομάδας αισθάνονται ότι αγωνίζονται για έναν κοινό σκοπό.

1.5 Διεθνείς οργανισμοί πιστοποίησης και διασφάλισης ποιότητας

Την έννοια της πιστοποίησης για νοσοκομειακές μονάδες συναντούμε πρώτη φορά το 1918 σε μία έρευνα του American College of Surgeons όπου ορίζονται πέντε προϋποθέσεις που θεωρούνται ουσιώδεις για την παροχή κατάλληλης φροντίδας σε ασθενείς. Μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, η αυξημένη επιτήδευση της ιατρικής επιστήμης αλλά και η πολυπλοκότητα της οργάνωσης των νοσοκομείων οδήγησαν σε αναθεώρηση των προτύπων. Το 1951 δημιουργήθηκε η Ένωση για την Πιστοποίηση

²⁹ Αναρτήθηκε στο <http://www.econ.uoi.gr/metaptixiakesspoudes/ergasies%20Msc/.pdf> την 05/07/2010

των Νοσοκομείων με την σύμπραξη των American College of Physicians, American College of Surgeons και του Καναδικού Ιατρικού Συλλόγου.

Τα προγράμματα πιστοποίησης συστημάτων και υπηρεσιών υγείας πολλαπλασιάστηκαν τα τελευταία 15 χρόνια και πλέον υπάρχει πληθώρα αυτών για κάθε είδος οργανισμού υγείας. Πριν το 1995, δεν υπήρχε νομοθετική ρύθμιση στην Ευρώπη που να αφορά την πιστοποίηση. Σήμερα, η μέτρηση της απόδοσης των οργανισμών υγείας αποτελεί θεσμό, ενώ σε Ιταλία και Γαλλία, ο νόμος ορίζει κατευθυντήριες γραμμές για την πιστοποίηση των οργανισμών υγείας³⁰.

Στην χώρα μας, δεν υπάρχει καμία κυβερνητική πρωτοβουλία για την εισαγωγή προγραμμάτων διασφάλισης ποιότητας ή για την πιστοποίηση των υπηρεσιών υγείας. Υπάρχουν, όμως, κυβερνητικές εξαγγελίες για νομοθετικές αλλαγές που θα επιβάλλουν την βελτίωση ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Επιπρόσθετα, δεν υπάρχουν προγράμματα πιστοποίησης ή πρότυπα οργανωσιακής συγκρότησης για τους οργανισμούς υγείας³¹.

1.6 Μάνατζμεντ και επαγγελματική ικανοποίηση

Στη διάρκεια των χρόνων ο τομέας που ασχολείται με την επαγγελματική ικανοποίηση, έχει αναπτύξει διάφορες θεωρίες σχετικά με το «σωστό» management και τον κυρίαρχο ρόλο του στην επίτευξή της. Αυτές αποτέλεσαν τη βάση για την εξέλιξη της έρευνας σχετικά με την επαγγελματική ικανοποίηση, με αποτέλεσμα να καταλήξουμε σήμερα στον όρο του επιστημονικού management, στα πλαίσια του οποίου γίνεται προσπάθεια να επιτευχθεί η καλύτερη δυνατή επαγγελματική ικανοποίηση σε συνδυασμό με την καλύτερη δυνατή παραγωγικότητα. Στην συνέχεια αναφέρονται ενδεικτικά κάποιες από τις βασικότερες θεωρίες.

³⁰Walshe et al, "New rituals for Old", Butterworth-Heinemann, Oxford Publishing, Oxford, 2001, pp.66-67.

³¹Κρητικός, Α., «Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, μια Θεωρητική Προσέγγιση», Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, 2005, σελ. 20.

Μία από τις πρώτες αναφορές στην εργασιακή ικανοποίηση αποτελούν οι μελέτες Hawthorne. Οι μελέτες αυτές (1924-1933), αρχικά αφιερωμένες στον Elton Mayo του Harvard Business School, προσπάθησαν να αξιολογήσουν τις επιδράσεις διάφορων καταστάσεων στην παραγωγικότητα των εργαζομένων. Οι μελέτες αυτές έδειξαν ότι οι αλλαγές στις εργασιακές συνθήκες προσωρινά αύξησαν την παραγωγικότητα³².

Το επιστημονικό management είχε επίσης σημαντική επίδραση στη μελέτη της εργασιακής ικανοποίησης. Το βιβλίο του Frederick Winslow Taylor (1911) συνέβαλε στην αλλαγή φιλοσοφίας στη βιομηχανική παραγωγή, οδηγώντας σε μια πιο μοντέρνα προσέγγιση της εργασίας με τη δημιουργία ομάδων και ωρομισθίων εργαζομένων. Αρχικά η αύξηση στην παραγωγή ήταν μεγάλη, διότι οι εργαζόμενοι αναγκάστηκαν να δουλεύουν σε πολύ γρήγορους ρυθμούς. Στη συνέχεια όμως η εξοντωτική εργασία οδήγησε στην απογοήτευση και τη δυσαρέσκεια, δίνοντας έτσι την ευκαιρία στους ερευνητές να απαντήσουν σε πολλές νέες ερωτήσεις, σχετικά με την εργασιακή ικανοποίηση³³.

Η θεωρία της ιεράρχησης των αναγκών του Maslow, μια θεωρία υποκίνησης, θεμελίωσε τη θεωρία της εργασιακής ικανοποίησης. Η θεωρία αυτή εξηγεί ότι οι άνθρωποι προσπαθούν να ικανοποιήσουν 5 βασικές ανάγκες τους, με την ακόλουθη σειρά: φυσιολογικές, ασφάλειας, κοινωνικές, αυτοεκτίμησης και αυτοπραγμάτωσης. Το μοντέλο αυτό χρησιμοποιήθηκε ως βάση, πάνω στην οποία οι πρώτοι ερευνητές ανέπτυξαν τις θεωρίες της εργασιακής ικανοποίησης³⁴.

³² Χατζηπαντελής, Σ.Ε., Σιγάλας, Ι., «Η Εργασιακή Ικανοποίηση (Job Satisfaction) του Νοσηλευτικού Προσωπικού στο Εθνικό Σύστημα Υγείας», *Ιατρική Θεώρηση*, τεύχος 51, Αθήνα, 2008, σελ. 6

³³ Μυταρά, Μ., Νικολάου, Ε., «Διερεύνηση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης και της Επαγγελματικής Ικανοποίησης, των Νοσηλευτών που εργάζονται στο χώρο του Χειρουργείου στα Νοσοκομεία της Κρήτης», Πτυχιακή εργασία, Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας Πρόνοιας, ΑΤΕΙ Κρήτης, Ηράκλειο, 2008, σελ. 16-17.

³⁴ Μπιτσάνη, Ε., «Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων. Ζητήματα και Σύγχρονες Προσεγγίσεις στη Θεωρία της Οργανωσιακής και Διοικητικής Συμπεριφοράς», Εκδόσεις «Διώνικος», Αθήνα, 2006, σελ. 140.

1.7 Θεωρίες Επαγγελματικής Ικανοποίησης

Οι σημαντικότερες θεωρίες Επαγγελματικής Ικανοποίησης, παρουσιάζονται στην συνέχεια της ενότητας αυτής.

1.7.1 Οι μελέτες Hawthorne και ο Mayo (1927-1932)

Μία από ης πρώτες αναφορές στην εργασιακή ικανοποίηση αποτελούν οι μελέτες Hawthorne. Οι μελέτες αυτές (1924-1933), αρχικά αφιερωμένες στον Elton Mayo του Harvard Business School, προσπάθησαν να αξιολογήσουν τις επιδράσεις διάφορων καταστάσεων στην παραγωγικότητα των εργαζομένων. Έδειξαν ότι οι αλλαγές στις εργασιακές συνθήκες προσωρινά αύξησαν την παραγωγικότητα³⁵.

Σύμφωνα με το Mayo οι διαπροσωπικές σχέσεις των εργαζομένων τόσο μεταξύ τους όσο και με τη διοίκηση είναι καθοριστικός παράγοντας υποκίνησης και επαγγελματικής ικανοποίησης. Μαζί με την ομάδα των ερευνητών του πήραν μία ομάδα έξι γυναικών από τη Western Electric Company στο Σικάγο τις οποίες απομόνωσαν από τους υπόλοιπους εργαζομένους και άλλαξαν τις συνθήκες εργασίας τους, με διάφορους τρόπους, (καινούριο σύστημα αμοιβών, μεγαλύτερα διαλείμματα, φαγητό και αναψυκτικά κ.α.), για διάστημα πέντε ετών και παρακολούθησαν τις επιπτώσεις στην παραγωγικότητα και το ηθικό της ομάδας. Σε όλες τις περιπτώσεις η παραγωγικότητα βελτιώθηκε. Στο τέλος του πειράματος ο Mayo πίστευε ότι απέδειξε αυτό που ήθελε και επέστρεψε τις εργαζόμενες στις προηγούμενες συνθήκες εργασίας τους (εργασία έξι συνεχόμενες μέρες την εβδομάδα, χωρίς διαλείμματα για ξεκούραση, φαγητό κ.τ.λ.). Με έκπληξη διαπίστωσε ότι η αποδοτικότητα των γυναικών έφτασε στα υψηλότερα δυνατά επίπεδα και έτσι άρχισε να αναθεωρεί τα συμπεράσματά του.

³⁵ Χατζηπαντελής, Σ.Ε., Σιγάλας, Ι., «Η Εργασιακή Ικανοποίηση (Job Satisfaction) του Νοσηλευτικού Προσωπικού στο Εθνικό Σύστημα Υγείας», *Ιατρική Θεώρηση*, τεύχος 51, Αθήνα, 2008, σελ.7.

Τελικά διαπίστωσε ότι αρχικά οι γυναίκες αισθάνθηκαν σπουδαίες απλά γιατί είχαν διαχωριστεί από τους υπόλοιπους εργαζομένους. Στη συνέχεια όμως ανέπτυξαν μεταξύ τους πολύ καλές διαπροσωπικές σχέσεις, απέκτησαν αυτοτέλεια στη δουλειά τους και δημιούργησαν ένα ευχάριστο εργασιακό περιβάλλον. Με το πείραμα αυτό ο Mayo αποφάσισε ότι η επαγγελματική ικανοποίηση σε μεγάλο βαθμό εξαρτάται από τις καλές διαπροσωπικές σχέσεις και ότι η ισχύς της ομάδας δεν πρέπει ποτέ να υποεκτιμάται.

1.7.2 Η θεωρία του Taylor και το επιστημονικό management (1911)

Το επιστημονικό management είχε επίσης σημαντική επίδραση στη μελέτη της εργασιακής ικανοποίησης. Το βιβλίο του Frederick Winslow Taylor (1911), παρόλο που δέχτηκε σκληρή κριτική, συνέβαλε στην αλλαγή φιλοσοφίας στη βιομηχανική παραγωγή, οδηγώντας σε μια πιο μοντέρνα προσέγγιση της εργασίας με τη δημιουργία ομάδων και ωρομισθίων εργαζομένων. Αρχικά η αύξηση στην παραγωγή ήταν μεγάλη, διότι οι εργαζόμενοι αναγκάστηκαν να δουλεύουν σε πολύ γρήγορους ρυθμούς. Στη συνέχεια όμως η εξοντωτική εργασία οδήγησε στην απογοήτευση και τη δυσαρέσκεια, δίνοντας έτσι την ευκαιρία στους ερευνητές να απαντήσουν σε πολλές νέες ερωτήσεις, σχετικά με την εργασιακή ικανοποίηση³⁶.

Η κεντρική ιδέα του επιστημονικού management του Taylor βασιζόταν στον καταμερισμό της εργασίας. Για να επιτύχει καλύτερες αποδόσεις από τους εργαζομένους στην Αγγλική βιομηχανία, συνδυασμένες και με επαγγελματική ικανοποίηση από μέρους τους, δημιούργησε σε κάθε μονάδα «υπηρεσίες σχεδιασμού» τις οποίες και επιφόρτισε με την υποχρέωση:

- να αναπτύξουν επιστημονικές μεθόδους για να γίνεται η κάθε εργασία
- να ορίσουν στόχους για την παραγωγικότητα

³⁶Μυταρά, Μ., Νικολάου, Ε., «Διερεύνηση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης και της Επαγγελματικής Ικανοποίησης, των Νοσηλευτών που εργάζονται στο χώρο του Χειρουργείου στα Νοσοκομεία της Κρήτης», Πτυχιακή εργασία, Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας Πρόνοιας, ΑΤΕΙ Κρήτης, Ηράκλειο, 2008, σελ. 7.

- να ορίσουν σύστημα ανταμοιβών για την επίτευξη των προκαθορισμένων στόχων
- να εκπαιδεύσουν το προσωπικό στις μεθόδους που πρέπει να χρησιμοποιεί για να επιτευχθούν οι στόχοι³⁷.

1.7.3 Η Θεωρία της Επιρροής

Η θεωρία της επιρροής του Edwin A. Locke (1976) είναι η πιο διαδεδομένη μέχρι σήμερα. Η βασική αρχή της θεωρίας αυτής καθορίζει ότι η ικανοποίηση εξαρτάται από την επικαλυπτόμενη σχέση μεταξύ του «τι θέλει ο καθένας από τη δουλειά του» και του «τι έχει στη δουλειά του».

Επιπλέον, η θεωρία αυτή υποστηρίζει ότι η ικανοποίηση εξαρτάται από την αξία που δίνει ο εργαζόμενος σε ένα συγκεκριμένο πεδίο της δουλειάς του (π.χ., ο βαθμός αυτονομίας στην εργασία), και αν αυτή δεν απαντάται στη δουλειά του τότε είναι δυσαρεστημένος. Έτσι, όταν ένα άτομο αξιολογεί ιδιαίτερα μια συγκεκριμένη πτυχή της δουλειάς του, τότε ανάλογα με το αποτέλεσμα είναι ιδιαίτερα ευτυχής ή δυστυχής, σε σχέση με έναν άλλο εργαζόμενο που δεν τον απασχολεί σοβαρά αυτή η πτυχή της εργασίας³⁸.

³⁷Μυταρά, Μ., Νικολάου, Ε., «Διερεύνηση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης και της Επαγγελματικής Ικανοποίησης, των Νοσηλευτών που εργάζονται στο χώρο του Χειρουργείου στα Νοσοκομεία της Κρήτης», Πτυχιακή εργασία, Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επαγγελματών Υγείας Πρόνοιας, ΑΤΕΙ Κρήτης, Ηράκλειο, 2008, σελ. 8.

³⁸Μυταρά, Μ., Νικολάου, Ε., «Διερεύνηση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης και της Επαγγελματικής Ικανοποίησης, των Νοσηλευτών που εργάζονται στο χώρο του Χειρουργείου στα Νοσοκομεία της Κρήτης», Πτυχιακή εργασία, Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επαγγελματών Υγείας Πρόνοιας, ΑΤΕΙ Κρήτης, Ηράκλειο, 2008, σελ. 9.

1.7.4 Η Θεωρία της Διάθεσης

Η θεωρία της διάθεσης είναι μια γενική θεωρία, η οποία υποδηλώνει ότι τα άτομα έχουν εσωτερικές διαθέσεις, οι οποίες καθορίζουν κάποιες τάσεις σχετικά μ' ένα συγκεκριμένο επίπεδο ικανοποίησης, ανεξάρτητα από το είδος της εργασίας³⁹.

1.7.5 Η Θεωρία των Δύο Παραγόντων – Herzberg (1966)

Η θεωρία των δύο παραγόντων του Frederick Herzberg προσπαθεί να εξηγήσει την ικανοποίηση και την υποκίνηση στο περιβάλλον εργασίας. Η θεωρία αυτή υποστηρίζει ότι η ικανοποίηση και η απογοήτευση οφείλονται σε διαφορετικούς παράγοντες - παράγοντες υποκίνησης και παράγοντες υγιεινής, αντίστοιχα. Κατατάσσει τις ανθρώπινες ανάγκες σε δύο κατηγορίες: τα κίνητρα που μπορούν να υποκινήσουν τον άνθρωπο και τα αντικίνητρα, η έλλειψη των οποίων έχει αρνητικές επιπτώσεις, αλλά η παρουσία τους δεν υποκινεί⁴⁰.

Οι παράγοντες υποκίνησης είναι αυτοί που κάνουν τους ανθρώπους να βελτιώσουν την απόδοσή τους και τους ικανοποιούν, π.χ., η επιτυχία στην εργασία, η αναγνώριση, η προαγωγή. Παράγοντες υγιεινής θεωρούνται οι αμοιβές, οι πολιτικές του οργανισμού, οι πρακτικές της διοίκησης και άλλες εργασιακές καταστάσεις. Η θεωρία αυτή δέχτηκε πολλές κριτικές⁴¹.

Οι παράγοντες υγιεινής περιλαμβάνουν:

- τη γενικότερη πολιτική και τη διοίκηση της εταιρείας-υπηρεσίας

³⁹ Μυταρά, Μ., Νικολάου, Ε., «Διερεύνηση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης και της Επαγγελματικής Ικανοποίησης, των Νοσηλευτών που εργάζονται στο χώρο του Χειρουργείου στα Νοσοκομεία της Κρήτης», Πτυχιακή εργασία, Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επαγγελματών Υγείας Πρόνοιας, ΑΤΕΙ Κρήτης, Ηράκλειο, 2008, σελ. 10

⁴⁰ Μπιτσάνη, Ε., «Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων. Ζητήματα και Σύγχρονες Προσεγγίσεις στη Θεωρία της Οργανωσιακής και Διοικητικής Συμπεριφοράς», Εκδόσεις «Διόνικος», Αθήνα, 2006, σελ. 141.

⁴¹ Μπιτσάνη, Ε., «Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων. Ζητήματα και Σύγχρονες Προσεγγίσεις στη Θεωρία της Οργανωσιακής και Διοικητικής Συμπεριφοράς», Εκδόσεις «Διόνικος», Αθήνα, 2006, σελ. 141.

- τους μισθούς και τα χρηματικά επιδόματα
- την ποιότητα της επίβλεψης που παρέχεται
- την ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων
- τις εργασιακές συνθήκες
- το αίσθημα της ασφάλειας στην εργασία

Οι παράγοντες υποκίνησης οι οποίοι περιλαμβάνουν:

- τη θέση εργασίας
- τις ευκαιρίες για προαγωγή
- την αναγνώριση
- τις προκλήσεις της εργασίας
- την αίσθηση της προσωπικής καλλιέργειας μέσα από την εργασία⁴².

1.7.6 Η Θεωρία των Χαρακτηριστικών της Εργασίας

Οι Hackman και Oldham πρότειναν το μοντέλο χαρακτηριστικών της εργασίας, το οποίο χρησιμοποιείται ευρύτατα για τη μελέτη της επίδρασης συγκεκριμένων χαρακτηριστικών της εργασίας στα αποτελέσματα, μεταξύ των οποίων και η εργασιακή ικανοποίηση.

Το μοντέλο αυτό υποστηρίζει ότι υπάρχουν 5 κεντρικά χαρακτηριστικά της εργασίας (ποικιλία δυνατοτήτων, ταυτότητα καθηκόντων, σημαντικότητα καθηκόντων, αυτονομία και ανατροφοδότηση), τα οποία επηρεάζουν, μέσω ψυχολογικών καταστάσεων, τα αποτελέσματα στην εργασία (ικανοποίηση, υποκίνηση κ.λπ.). Μπορεί να συνδυαστεί, έτσι ώστε να δημιουργηθεί ένα μοντέλο μέτρησης της εργασίας, ένας δείκτης που εκφράζει την επιρροή της εργασίας στις διαθέσεις και στην συμπεριφορά των εργαζομένων⁴³.

⁴² Μπιτσάνη, Ε., «Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων. Ζητήματα και Σύγχρονες Προσεγγίσεις στη Θεωρία της Οργανωσιακής και Διοικητικής Συμπεριφοράς», Εκδόσεις «Διόνικος», Αθήνα, 2006, σελ. 142.

⁴³ Μυταρά, Μ., Νικολάου, Ε., «Διερεύνηση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης και της Επαγγελματικής Ικανοποίησης, των Νοσηλευτών που εργάζονται στο χώρο του Χειρουργείου στα Νοσοκομεία της

1.8 Θεωρίες Υποκίνησης

Η υποκίνηση μπορεί να ορισθεί ως μια διαδικασία ενεργοποίησης των ικανοτήτων και δεξιοτήτων των εργαζομένων, με σκοπό την επίτευξη των στόχων του Οργανισμού. Παραδοσιακά η υποκίνηση αντιμετωπιζόταν με την παροχή οικονομικών και κοινωνικών κινήτρων, καθώς και κινήτρων που συνδέονται με τη φύση της εργασίας. Δεν υπήρχε όμως συστηματοποιημένη γνώση και αντιμετώπιση⁴⁴. Για τον λόγο αυτό, αναπτύχθηκαν ολοκληρωμένες και τεκμηριωμένες θεωρίες, σχετικά με τις ανθρώπινες ανάγκες και την υποκίνηση, οι οποίες αναφέρονται στη συνέχεια επιγραμματικά.

1.8.1 Η Θεωρία του Maslow (1940 – 1950)

Η θεωρία της ιεράρχησης των αναγκών του Maslow θεμελίωσε τη θεωρία της εργασιακής ικανοποίησης. Η θεωρία αυτή υποστηρίζει ότι οι ανθρώπινες ανάγκες είναι ιεραρχικά δομημένες και η προσπάθεια κάλυψής τους πρέπει να ακολουθεί την εξής σειρά: φυσιολογικές (βιολογικές ανάγκες) ανάγκες (τροφή, νερό, αέρας κ.τ.λ.), ανάγκες ασφάλειας, κοινωνικές ανάγκες(αγάπη και τρυφερότητα), αυτοεκτίμηση (ανάγκη για σεβασμό), αυτοπραγμάτωση (ανάγκη για ενασχόληση με αυτό πραγματικά που ταιριάζει σε κάποιον)⁴⁵. Το μοντέλο αυτό χρησιμοποιήθηκε ως βάση πάνω στην οποία οι πρώτοι ερευνητές ανέπτυξαν τις θεωρίες της εργασιακής ικανοποίησης.

Κρήτης», Πτυχιακή εργασία, Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας Πρόνοιας, ΑΤΕΙ Κρήτης, Ηράκλειο, 2008, σελ. 11

⁴⁴ Κουτούζης, κ.α., «*Η εκπαιδευτική μονάδα ως οργανισμός*», Εκδόσεις Μέριμνα, Αθήνα, 1999, σελ. 38

⁴⁵ Μπιτσάνη, Ε., «*Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων. Ζητήματα και Σύγχρονες Προσεγγίσεις στη Θεωρία της Οργανωσιακής και Διοικητικής Συμπεριφοράς*», Εκδόσεις «Διόνικος», Αθήνα, 2006, σελ. 140.



Πηγή: Πανεπιστήμιο Αθηνών

Σχήμα 1.1: Η Ιεράρχηση των Αναγκών κατά τον Maslow

Παρόλο που η θεωρία του Maslow δεν έχει αποδειχθεί πλήρως, είναι εύκολο να γίνει κατανοητή αν αναρωτηθεί κανείς πόσοι άνθρωποι υποκινούνται όταν τους δίνονται τίτλοι διάκρισης, όταν μπαίνουν οι φωτογραφίες τους στα ενημερωτικά φυλλάδια των εταιριών κ.τ.λ. Επίσης πόσοι άνθρωποι ασχολούνται με όλο τους τον ενθουσιασμό με εξωεπαγγελματικές δραστηριότητες και χόμπι και γιατί πραγματικά δεν μπορούν να εξωτερικεύσουν λίγο από αυτό τον ενθουσιασμό και στην εργασία τους. Μήπως τελικά οι εκάστοτε managers είναι υπεύθυνοι στο να τους εμπνεύσουν προς αυτή την κατεύθυνση;⁴⁶

1.8.2 Η Θεωρία της Κάλυψης των Τριών Αναγκών του McClelland (1961)

Η θεωρία της κάλυψης των τριών αναγκών του McClelland υποστηρίζει ότι υπάρχουν τρεις βασικές ανθρώπινες ανάγκες που πρέπει να καλύπτει κάθε εργαζόμενος μέσα από την εργασία του. Σύμφωνα με υπάρχουν τρεις βασικές ανάγκες:

1) ανάγκη για επίτευξη, (achievement) η οποία περιλαμβάνει:

⁴⁶ Μπιτσάνη, Ε., «Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων. Ζητήματα και Σύγχρονες Προσεγγίσεις στη Θεωρία της Οργανωσιακής και Διοικητικής Συμπεριφοράς», Εκδόσεις «Διόνικος», Αθήνα, 2006, σελ 140.

- την προσωπική υπευθυνότητα (personal responsibility)
- την ανατροφοδότηση (feedback)
- τη μείωση του κινδύνου (moderate risk)

2) ανάγκη για ισχύ, (power) η οποία περιλαμβάνει:

- τη δυνατότητα επιρροής (influence)
- δυνατότητα για διάκριση-ανάδειξη (competitive)

3) ανάγκη για αποδοχή (affiliation) η οποία περιλαμβάνει:

- δημιουργία φιλικών σχέσεων
- κλίμα συνεργασίας (co-operative)

Οι εργαζόμενοι έχουν την επιθυμία να καλύψουν και τις τρεις ανάγκες, διαφέρουν όμως στον τρόπο με τον οποίο αυτές οι ανάγκες τους κινητοποιούν⁴⁷.

1.8.3 Η Θεωρία της Προσδοκίας

Η θεωρία αυτή ασχολείται με το τι καθορίζει την πρόθεση του ατόμου να καταβάλει προσωπική προσπάθεια στη δουλειά, η οποία συνεισφέρει στην απόδοση του τμήματος ή ολόκληρου του οργανισμού όπου δουλεύει. Υποστηρίζει δε, ότι η επαγγελματική παρακίνηση ενός ατόμου προσδιορίζεται από:

- α) τι πιστεύει για τις σχέσεις προσπάθειας - απόδοσης,
- β) τι πιστεύει για τις σχέσεις δουλειάς και αποτελεσμάτων και
- γ) από το πόσο επιθυμεί τα αποτελέσματα από τη δουλειά⁴⁸

⁴⁷Μυταρά, Μ., Νικολάου, Ε., «Διερεύνηση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης και της Επαγγελματικής Ικανοποίησης, των Νοσηλευτών που εργάζονται στο χώρο του Χειρουργείου στα Νοσοκομεία της Κρήτης», Πτυχιακή εργασία, Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επαγγελματών Υγείας Πρόνοιας, ΑΤΕΙ Κρήτης, Ηράκλειο, 2008, σελ. 11-12.

⁴⁸Μπιτσάνη, Ε., «Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων. Ζητήματα και Σύγχρονες Προσεγγίσεις στη Θεωρία της Οργανωσιακής και Διοικητικής Συμπεριφοράς», Εκδόσεις «Διώνικος», Αθήνα, 2006, σελ. 142.

1.8.4. Η Θεωρία της Ισοτιμίας

Η θεωρία αυτή υποστηρίζει ότι η δικαιοσύνη και η ισοτιμία είναι δύο παράμετροι που επηρεάζουν σημαντικά τη στάση των εργαζομένων και εξηγούν την αντίδρασή τους απέναντι σε προσπάθειες υποκίνησης⁴⁹.

1.8.5 Η θεωρία του Δικαίου του Adams (1963,1965)

Ο Adams υποστήριξε πως ο εργαζόμενος συγκρίνει τα αποτελέσματα (αμοιβές, αναγνώριση, εξέλιξη κ.λπ.) της προσπάθειάς του στην εργασία, με αυτά της προσπάθειας των συναδέλφων του. Αν ο εργαζόμενος αντιληφθεί ότι υφίσταται αδικία, ενεργεί με διάφορους τρόπους προκειμένου να αντισταθεί:

- Αρχίζει να έχει χαμηλότερη παραγωγικότητα
- Υποβιβάζει την ποιότητα
- Αυξάνονται οι ημέρες απουσίας του από την εργασία
- Μπορεί να καταλήξει και σε εθελοντική παραίτηση⁵⁰.

1.8.6 Η θεωρία της Προσδοκίας του Vroom (1964)

Σύμφωνα με το Vroom ο κάθε εργαζόμενος δρα με ένα συγκεκριμένο τρόπο που βασίζεται στην προσδοκία ενός προκαθορισμένου αποτελέσματος που θεωρεί ότι θα

⁴⁹Μυταρά, Μ., Νικολάου, Ε., «Διερεύνηση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης και της Επαγγελματικής Ικανοποίησης, των Νοσηλευτών που εργάζονται στο χώρο του Χειρουργείου στα Νοσοκομεία της Κρήτης», Πτυχιακή εργασία, Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επαγγελματών Υγείας Πρόνοιας, ΑΤΕΙ Κρήτης, Ηράκλειο, 2008, σελ. 13-14.

⁵⁰Μυταρά, Μ., Νικολάου, Ε., «Διερεύνηση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης και της Επαγγελματικής Ικανοποίησης, των Νοσηλευτών που εργάζονται στο χώρο του Χειρουργείου στα Νοσοκομεία της Κρήτης», Πτυχιακή εργασία, Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επαγγελματών Υγείας Πρόνοιας, ΑΤΕΙ Κρήτης, Ηράκλειο, 2008, σελ. 12-13

έχουν οι πράξεις του και στην ελκυστικότητα αυτού του αποτελέσματος όπως π.χ. αμοιβές ,αναγνώριση, εξέλιξη κ.λπ⁵¹.

1.8.7 Ο McGregor και η θεωρία του X και Y(1960)

Ο McGregor ανέπτυξε αυτές τις δύο θεωρίες της ανθρώπινης συμπεριφοράς στην εργασία. Σύμφωνα με τον ίδιο δεν είναι απαραίτητο οι εργαζόμενοι να ανήκουν οπωσδήποτε στον ένα τύπο ή στον άλλο. Κατά κύριο λόγο έβλεπε οι δύο αυτές θεωρίες είναι εκ διαμέτρου αντίθετες – έχοντας μάλιστα μεταξύ τους ένα ευρύ φάσμα πιθανών διαφορετικών εργασιακών συμπεριφορών.

Οι εργαζόμενοι σύμφωνα με τη θεωρία X μπορούν να περιγραφούν σαν:

- Άτομα που δεν τους αρέσει η εργασία και προσπαθούν με κάθε ευκαιρία να την αποφύγουν.
- Άτομα που δεν έχουν φιλοδοξίες, δεν τους αρέσουν οι υπευθυνότητες και προτιμούν να τους καθοδηγεί κάποιος άλλος.
- Άτομα που θέλουν να εργάζονται εκ του ασφαλούς.
- Οι εργαζόμενοι σύμφωνα με τη θεωρία Y έχουν τα εξής χαρακτηριστικά σύμφωνα με το McGregor:
- Θεωρούν ότι η εργασία είναι κάτι φυσιολογικό, όπως και η ξεκούραση.
- Είναι καθημερινοί άνθρωποι που δεν αντιπαθούν την εργασία και ανάλογα με τις εργασιακές συνθήκες θεωρούν την εργασία είτε σαν πηγή ικανοποίησης είτε σαν πηγή τιμωρίας.

⁵¹Μυταρά, Μ., Νικολάου, Ε., «Διερεύνηση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης και της Επαγγελματικής Ικανοποίησης, των Νοσηλευτών που εργάζονται στο χώρο του Χειρουργείου στα Νοσοκομεία της Κρήτης», Πτυχιακή εργασία, Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επαγγελματών Υγείας Πρόνοιας, ΑΤΕΙ Κρήτης, Ηράκλειο, 2008, σελ. 14

- Άτομα που επιδιώκουν να αποκτήσουν υπευθυνότητες –εφ’ όσον έχουν κάποια υποκίνηση.

Το management για τους εργαζόμενους της κατηγορίας X πρέπει να στοχεύει στην υποκίνηση των εργαζομένων μέσω της επιβράβευσής τους, ενώ η πρόκληση για τους εργαζόμενους της κατηγορίας Y είναι η δημιουργία μιας εργασιακής κουλτούρας στα πλαίσια της οποίας οι εργαζόμενοι θα μπορούν να αναπτύξουν τη δημιουργικότητά τους⁵².

1.9 Ενδοεπιχειρησιακή Εκπαίδευση και Κατάρτιση Προσωπικού

Με τον όρο ενδοεπιχειρησιακή εκπαίδευση γενικά εννοούμε κάθε προγραμματισμένη προσπάθεια εκ μέρους των υπευθύνων εκπαίδευσης ενός οργανισμού ή επιχείρησης για επιμόρφωση, εκπαίδευση ή ανάπτυξη που γίνεται στο χώρο της επιχείρησης με απώτερο στόχο την βελτίωση των αποτελεσμάτων της. Αν και οι τρεις όροι επιμόρφωση, εκπαίδευση και ανάπτυξη αποδίδονται και με τον γενικότερο όρο ενδοεπιχειρησιακή εκπαίδευση εντούτοις παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές⁵³ και ως προς τους ιδιαίτερους στόχους που εξυπηρετούν και ως προς την μεθοδολογία επίτευξής τους.

Ο όρος επιμόρφωση αναφέρεται στην διαδικασία απόκτησης ευρύτερης μόρφωσης και ο στόχος της δεν σχετίζεται αποκλειστικά με τις εξειδικευμένες απαιτήσεις κάποιας εργασίας ενώ παρέχεται από δημόσιους φορείς (σχολεία, πανεπιστήμια κ.τ.λ) και όχι από την επιχείρηση. Με τον όρο εκπαίδευση ή κατάρτιση εννοούμε τη εξειδίκευση του ήδη απασχολούμενου ή νεοπροσληφθέντος εργαζόμενου σε θέματα

⁵² Μιταρά, Μ., Νικολάου, Ε., «Διερεύνηση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης και της Επαγγελματικής Ικανοποίησης, των Νοσηλευτών που εργάζονται στο χώρο του Χειρουργείου στα Νοσοκομεία της Κρήτης», Πτυχιακή εργασία, Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επαγγελματών Υγείας Πρόνοιας, ΑΤΕΙ Κρήτης, Ηράκλειο, 2008, σελ. 15-17.

⁵³ Χαλάς, Γ., «Πώς μαθαίνουν οι μάνατζερ. Εκπαίδευση και Επάγγελμα», Εκδόσεις Ίων, Αθήνα, 1989, σελ. 68-69.

γνωστικού, τεχνικού περιεχομένου ή συμπεριφοράς που αφορούν την ορθή εκτέλεση μιας συγκεκριμένης εργασίας. Στόχος της κατάρτισης είναι η βελτίωση της αποδοσης του εργαζόμενου μέσα στα πλαίσια των καθηκόντων και των υπευθυνότητων του.

Ο όρος ανάπτυξη αναφέρεται στη συνολική ποιοτική πρόοδο των εργαζόμενων όσον αφορά την πνευματική, συναισθηματική ή φυσική τους κατάσταση. Στόχος της ανάπτυξης είναι η προετοιμασία των εργαζομένων να λειτουργήσουν σε διαφορετικό εργασιακό περιβάλλον από το συνηθισμένο και ειδικότερα να εννοήσουν, να αποδεχθούν και να κάνουν πράξη την αλλαγή.

1.9.1 Κατάρτιση των Επαγγελματιών Υγείας

Η κατάσταση των επαγγελματιών υγείας αποτελεί αφενός μεν υπηρεσιακή υποχρέωση, αφετέρου αναγκαιότητα αλλά και δικαίωμα του εργαζομένου το οποίο υποστηρίζεται μέσω των προγραμμάτων κατάρτισης με τη συνεργασία της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Τα Νοσοκομεία ως, σύγχρονοι οργανισμοί, διείδαν τις εξελίξεις στον τρόπο εργασίας του επιχειρησιακού αυτού συστήματος και επένδυσαν στον τομέα της κατάρτισης με στόχο τη βελτίωση των δεξιοτήτων και ικανοτήτων του ανθρώπινου δυναμικού.

Τα προγράμματα κατάρτισης σχεδιάζονται για να καλύπτουν τις ανάγκες της εργασίας και κάθε πρόγραμμα επικεντρώνεται σε τρεις βασικούς άξονες:

- **Στόχοι:** Οι στόχοι του προγράμματος είναι αυτοί που καθορίζουν τι θα είναι ικανός να κάνει ο εκπαιδευόμενος, αφού θα έχει λάβει μέρος στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα
- **Στρατηγική:** Η στρατηγική ενός προγράμματος ταυτίζεται με τη στρατηγική που ακολουθεί η εταιρία ή η επιχείρηση ή οργανισμός δημοσίου και ιδιωτικού τομέα.

- **Τρόπος εκπαίδευσης:** Ο τρόπος εκπαίδευσης αφορά στο πώς ο εργαζόμενος θα αποκτήσει τις παραπάνω δεξιότητες που του χρειάζονται για να μπορεί να αποδώσει όσο το καλύτερο δυνατό στην εργασία του.

Αναπτύχθηκε λοιπόν μια συστηματική κινητοποίηση και θέσπιση διαδικασιών συνεχιζόμενης κατάρτισης (Κ.Ε.Κ) σε νοσοκομεία του ΕΣΥ. Ειδικά την τελευταία δεκαετία, η εκπαίδευση νοσοκομειακών υπαλλήλων όλων των ειδικοτήτων παρουσίασε συνεχή αυξητική τάση. Σε αυτό συνέβαλε και η χρηματοδότηση των προγραμμάτων από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, που συνοδεύτηκε από αύξηση των διατιθέμενων εθνικών πόρων.

1.9.2 Το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία – Πρόνοια»

Το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία – Πρόνοια 2000 / 2006» παρενέβη στρατηγικά σε τέσσερις τομείς δράσης, που αντιστοιχούν στους τέσσερις Άξονες Προτεραιότητας του Προγράμματος, δηλαδή της Υγείας, της Ψυχικής Υγείας, της Πρόνοιας και των Ανθρώπινων Πόρων.

Στον άξονα των Ανθρώπινων Πόρων, προβλέπονταν παρεμβάσεις που αφορούσαν στο ανθρώπινο δυναμικό των τομέων της Υγείας, της Ψυχικής Υγείας και της Πρόνοιας, οι οποίες περιλάμβαναν την ανάπτυξη και εφαρμογή δράσεων δια βίου κατάρτισης με στόχο τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών σε όλους τους τομείς και για όλες τις ειδικότητες εργαζομένων. Ειδικότερα οι στόχοι αυτοί οριοθετούνταν ως εξής:

1. Σύνδεση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων με τους στρατηγικούς στόχους της μεταρρύθμισης και εναρμόνιση του περιεχομένου της εκπαίδευσης προς τις διοικητικές και οργανωτικές αλλαγές του Εθνικού Συστήματος Υγείας και του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας.
2. Συμβολή του προσωπικού στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών τους πολίτες.

3. Αύξηση της παραγωγικότητας και αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών.
4. Προώθηση της ισότιμης πρόσβασης των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας.
5. Στήριξη της απασχόλησης και δημιουργία νέων ευκαιριών και δυνατοτήτων εργασιακής ένταξης⁵⁴.

1.10 Επαγγελματική Ικανοποίηση

Η σωστή διοίκηση του ανθρώπινου δυναμικού αποτελεί, κατά γενική ομολογία, έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες για την επιβίωση και επιτυχημένη πορεία μιας επιχείρησης ή ενός οργανισμού. Αφορά ένα πλήθος διαφορετικών παραμέτρων με κορωνίδα την επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων, η μέτρηση της οποίας επιβάλλεται για λόγους τόσο οργανωτικούς όσο και ανθρωπιστικούς, καθώς συνδέεται άμεσα με την καλή σωματική και ψυχική τους υγεία και συνεπώς με την εργασιακή τους αποδοτικότητα.

Η επαγγελματική δραστηριότητα κάθε ατόμου καταλαμβάνει το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου του και καθορίζει την πορεία της ζωής του. Το επάγγελμα θα πρέπει να αποτελεί εφελτήριο για δημιουργία και κοινωνική προσφορά, μαζί με την πλήρωση των καθημερινών απαιτήσεων της ζωής. Καταλαμβάνει ένα μεγάλο μέρος της καθημερινότητας. Συχνά δε, αυτό γίνεται και σε βάρος των υπολοίπων πτυχών της ζωής μας όπως είναι για παράδειγμα ο ελεύθερος χρόνος, οι κοινωνικές σχέσεις, κλπ. Για το λόγο αυτό και καθορίζει σε μεγάλο βαθμό τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται τη θέση του μέσα στο κοινωνικό σύνολο. Η σύγχρονη κοινωνία αποδίδει μεγάλη σημασία στις συνθήκες εργασίας και στην ικανοποίηση που αντλεί ο

⁵⁴ Γούλα, Α., «Διοίκηση και Διαχείριση Νοσοκομείου». Β' Έκδοση, Εκδόσεις Σταμούλης, Αθήνα, 2007, σελ 72-73.

εργαζόμενος από αυτή. Αναφέρεται χαρακτηριστικά η ύπαρξη του «Ευρωπαϊκού Ιδρύματος για τη Βελτίωση των Συνθηκών Διαβίωσης και Εργασίας», του οποίου οι έρευνες διεξάγονται ανά πενταετία και παρέχουν μια εικόνα της ποιότητας και των συνθηκών εργασίας, αλλά και της εργασιακής ικανοποίησης από το 1991-'92 και μετά⁵⁵.

Η γνώση της ανθρώπινης συμπεριφοράς στο χώρο της εργασίας, καθώς και των κινήτρων ή αντικινήτρων που τη διαμορφώνουν και τη μεταβάλλουν, είναι καθοριστική για την επίτευξη των στόχων κάθε οργανισμού. Κατ' επέκταση, και η μέτρηση της επαγγελματικής ικανοποίησης των εργαζομένων πρέπει να αποτελεί ένα από τα πλέον ουσιώδη θέματα, καθώς συνδέεται με την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών και την αποτελεσματικότητα του οργανισμού, πολύ περισσότερο μάλιστα όταν ο οργανισμός αυτός απευθύνεται στον άνθρωπο και τις ανάγκες υγείας του και πρέπει το μοντέλο διοίκησης και οι συνθήκες εργασίας να συνεισφέρουν παράλληλα και στην επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων⁵⁶.

Σύμφωνα με τον Spector (1997) η εργασιακή ικανοποίηση είναι ένα θέμα που τα τελευταία χρόνια έχει αρχίσει να απασχολεί ιδιαίτερα τους ερευνητές αλλά και τους επαγγελματίες του χώρου. Ο Locke (1976) υπολόγισε πως είχαν γραφτεί τουλάχιστον 3.350 άρθρα πάνω σε αυτό το θέμα ενώ το 1985 ο αριθμός αυτός ανήλθε στα 4.793. Παρόλα αυτά ο αριθμός των κειμένων που σχετίζονται με τους εργαζόμενους στο χώρο της υγείας παραμένει σχετικά μικρός. Ο Sarata το 1974 ανακάλυψε πως λιγότερες από 20 έρευνες αφορούσαν το χώρο της υγείας, και κυρίως τις νοσοκόμες. Λίγα χρόνια αργότερα οι Dehlinger και Perlman χαρακτήρισαν τους εργαζόμενους σε αυτόν τον κλάδο ως «το ξεχασμένο προσωπικό της βιομηχανίας». Κατά τα τέλη του 1970 άρχισε να παρουσιάζεται ερευνητικό ενδιαφέρον όσον αφορά τις συγκρίσεις με τους εργάτες άλλων βιομηχανιών (π.χ. Cherniss&Egnatios, 1978; Frontz, 1978; Zaharia & Baumeister, 1979) καθώς και τις αιτίες της ικανοποίησης (π.χ. Dorr, Honea, & Pozner, 1980; Folkins, O'Reilly, Roberts, & Miller, 1977; Sarata, 1977; Spector & Marlowe, 1983).

⁵⁵ Αναρτήθηκε στο <http://www.eurofound.europa.eu/about/index.htm> την 21/06/2010

⁵⁶ Ποζουκίδου, Β.Α., Θεοδώρου, Μ.Μ., Καϊτελίδου, Δ., «Επαγγελματική Ικανοποίηση του Νοσηλευτικού και Παραϊατρικού Προσωπικού σε ένα Δημόσιο Γενικό Νοσοκομείο», *Νοσηλευτική*, τεύχος 46, Απρίλιος, Αθήνα, 2007, σελ. 13.

Παρά το γεγονός ότι έχουν διατυπωθεί διαφορετικοί ορισμοί για την εργασιακή ικανοποίηση δεν υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός όρος. Στην ουσία περιγράφει πόσο ικανοποιημένο είναι ένα άτομο με την εργασία του. Αποτελεί έναν σχετικά πρόσφατο όρο, αφού στους προηγούμενους αιώνες η εργασία του κάθε ατόμου ήταν συχνά προκαθορισμένη και είχε άμεση σχέση με την εργασία των γονέων⁵⁷. «Επαγγελματική ικανοποίηση σημαίνει απλά πώς οι άνθρωποι αισθάνονται σε σχέση με την εργασία τους, καθώς και με τις διαφορετικές διαστάσεις της εργασίας τους»⁵⁸.

Η επαγγελματική ικανοποίηση ή δυσαρέσκεια, είναι το αποτέλεσμα της σχέσης ανάμεσα στις προσδοκίες που έχουν τα άτομα για την εργασία τους και στο τι πραγματικά μπορούν να πάρουν από αυτήν. Είναι λοιπόν προφανές πως η ικανοποίηση που αντλεί το άτομο από την εργασία του, αποτελεί στην ουσία μία συμπεριφορά ή στάση η οποία συνδέεται με άλλες σημαντικές συμπεριφορές ή στάσεις στο χώρο εργασίας. Σε ανθρωπιστικό επίπεδο, η υψηλή επαγγελματική ικανοποίηση συνδέεται θετικά με την καλή σωματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων, καθώς και με την ποιότητα της εργασιακής τους ζωής⁵⁹.

Οι διάφορες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί υποδεικνύουν πως το επίπεδο εργασιακής ικανοποίησης επηρεάζεται από πλήθος παραγόντων όπως το επίπεδο των αμοιβών και άλλων οικονομικών ωφελειών, η δικαιοσύνη στο σύστημα προαγωγών, η ποιότητα των συνθηκών εργασίας, η ηγεσία και οι κοινωνικές σχέσεις μεταξύ των εργαζομένων, το είδος της εποπτείας που ασκείται στον /στην εργαζόμενο /η καθώς και τα χαρακτηριστικά της συγκεκριμένης εργασίας (ποικιλία καθηκόντων, ενδιαφέροντα και ευκαιρίες, απαιτήσεις κ.λπ.).

⁵⁷Χατζηπαντελής, Σ.Ε., Σιγάλας, Ι., «Η Εργασιακή Ικανοποίηση (Job Satisfaction) του Νοσηλευτικού Προσωπικού στο Εθνικό Σύστημα Υγείας», *Ιατρική Θεώρηση*, τεύχος 51, Αθήνα, 2008, σελ.8.

⁵⁸Spector, P. E., "Job satisfaction: Application, Assesment, Causes and Concequences (Advanced Topics in Organizational Behaviours)", Sage Publications U.S.A., 1997, p. 34

⁵⁹Ποζουκίδου, Β.Α., Θεοδώρου, Μ.Μ., Καϊτελίδου, Δ., «Επαγγελματική Ικανοποίηση του Νοσηλευτικού και Παραϊατρικού Προσωπικού σε ένα Δημόσιο Γενικό Νοσοκομείο», *Νοσηλευτική*, τεύχος 46, Απρίλιος, Αθήνα, 2007, σελ. 15.

Η εργασιακή ικανοποίηση, ως έννοια, και η υποκίνηση δεν ταυτίζονται, παρόλο που είναι στενά συνδεδεμένες μεταξύ τους. Μέσω της οργάνωσης και του σχεδιασμού εργασίας θα πρέπει να προάγεται η εργασιακή ικανοποίηση και απόδοση, με μεθόδους, όπως οι εναλλαγές καθηκόντων, η διεύρυνση και ο εμπλουτισμός της εργασίας. Επιπλέον παράγοντες που συμβάλλουν στον βαθμό ικανοποίησης από την εργασία είναι ο τρόπος και η μορφή της διοίκησης, η συμμετοχή των εργαζομένων και η δημιουργία και ενίσχυση αυτόνομων ομάδων εργασίας.

Δύο είναι οι βασικοί άξονες που δομούν την επαγγελματική ικανοποίηση ενός ατόμου:

- οι περιβαλλοντικοί παράγοντες, δηλαδή τις «εξωτερικές επιδράσεις» που το άτομο δέχεται από το περιβάλλον εργασίας του.
- οι ατομικοί παράγοντες, δηλαδή τα «εσωτερικά» κίνητρα του ατόμου και τα προσωπικά του βιώματα που φέρνει μαζί του στην εργασία⁶⁰.

Σύμφωνα με τον Spector, τα περιβαλλοντικά χαρακτηριστικά εργασίας που συνδέονται με την επαγγελματική ικανοποίηση του ατόμου αφορούν:

- 1) Στα δομικά χαρακτηριστικά του οργανισμού, δηλαδή στο φυσικό περιβάλλον εργασίας και τις σχέσεις με τους συναδέλφους.
- 2) Στους ρόλους που έχουν οι εργαζόμενοι σε έναν οργανισμό. Εδώ τονίζεται ιδιαίτερα το πόσο σημαντικό είναι να είναι «ξεκάθαροι» οι ρόλοι των εργαζομένων στο πλαίσιο της επιχείρησης, της υπηρεσίας κ.λπ. ώστε να αποφεύγονται οι συγκρούσεις που προκαλεί η σύγχυση και αμφισημία των ρόλων.
- 3) Στο στρες, δηλαδή την πίεση που συχνά υφίστανται τα άτομα στο χώρο εργασίας τους.

⁶⁰ Ταλιαδώρου, Α., «Η επαγγελματική ικανοποίηση. Η σημασία της για τον εργαζόμενο και την επιχείρηση», 2004, Αναρτήθηκε στο <http://istoselides.gr/news/article.php?=2390>.

4) Στη δυνατότητα συνδυασμού επαγγελματικών και οικογενειακών υποχρεώσεων

Η επιτυχημένη διαχείριση του εργατικού δυναμικού ενός οργανισμού εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό στις τακτικές που ακολουθεί σε θέματα όπως η ευελιξία στο ωράριο, άδειες, δομές για τη φύλαξη παιδιών κλπ. Είναι επίσης αξιοσημείωτο το γεγονός πως παρά την γενική αντίληψη ότι οι γυναίκες εγκαταλείπουν την εργασία τους λόγω οικογενειακών υποχρεώσεων, στην πραγματικότητα, όπως μια σύμβουλος εργασίας αναφέρει: «Εξαιτίας της δυσαρέσκειάς τους από την εργασία, οι γυναίκες αποφασίζουν πως ήρθε η στιγμή να κάνουν οικογένεια.»⁶¹.

Από πλευράς οργάνωσης, η υψηλή ικανοποίηση συνδέεται με χαμηλούς δείκτες απουσιών από την εργασία και κινητικότητας των εργαζομένων, με μείωση της μη κανονικής προσέλευσης στην εργασία και της συχνότητας των ατυχημάτων, ενώ θεωρείται αιτία ορισμένων θετικών συμπεριφορών, όπως της συνεργασίας και της ποιότητας παροχής υπηρεσιών. Η υψηλή επαγγελματική ικανοποίηση συνδέεται με το ενδιαφέρον των εργαζομένων για την εταιρεία και με ισχυρή δέσμευση και ταύτιση με τους στόχους της, ενώ σχετίζεται αρνητικά με τη συμμετοχή στις συνδικαλιστικές οργανώσεις και θετικά με την απόδοση⁶². Έρευνες των Herzberg et al έδειξαν ότι η ικανοποίηση είναι υψηλή στα πρώτα χρόνια της εργασίας του προσωπικού. Στη συνέχεια μειώνεται, με αποκορύφωμα τα 20 χρόνια εργασίας, ενώ κοντά στα 30 χρόνια και μέχρι το τέλος της υπηρεσίας του αυξάνεται και πάλι.

Σήμερα, οι αλλαγές στον εργασιακό χώρο είναι πολλές και απρόβλεπτες, με πολλές θετικές και αρνητικές επιπτώσεις. Τα νέα κοινωνικά δεδομένα, η εντατικοποίηση και οι ευέλικτες μορφές εργασίας, οι νέες τεχνολογίες και η μοναχική εργασία αλλάζουν τη μορφή πολλών επαγγελμάτων. Οι σύγχρονες αυτές τάσεις που παρατηρούνται στις συνθήκες εργασίας είναι πιθανόν να μειώσουν το επίπεδο ικανοποίησης των εργαζομένων. Παράλληλα, προκαλούν καταστάσεις μεγάλης πίεσης, με αποτέλεσμα

⁶¹ Μανουσάκη Μαρία, «Επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων σε δομές και προγράμματα Κοινωνικής Μέριμνας, ανοιχτού τύπου, στους Δήμους του Νομού Λασιθίου», Μεταπτυχιακή Εργασία, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο, 2006, σελ. 12.

⁶² Kreinter, Kinichi, "Organizational Behavior", Burr Ridge Publishing, ILL, 1995, p.48.

την εμφάνιση των λεγόμενων «επαγγελματικών ασθενειών» του εργασιακού άγχους, της χρόνιας κόπωσης και της ψυχολογικής εξουθένωσης⁶³.

1.11 Επαγγελματική ικανοποίηση και απόδοση

Η έννοια της επαγγελματικής ικανοποίησης είναι αναπόσπαστα συνδεδεμένη με την έννοια της απόδοσης. Παρόλο που αρχικά οι έρευνες ασχολούνταν είτε με την μια έννοια είτε με την άλλη και παρά το γεγονός πως κάποιοι υποστήριζαν πως οι πλέον ανεπτυγμένες τεχνικές management θα ωφελούσαν την μια σε βάρος της άλλης, σύγχρονες μελέτες αποδεικνύουν την άρρηκτη και αναλογική τους σχέση⁶⁴. Την περίοδο της επικράτησης του κινήματος των Ανθρωπίνων Σχέσεων, μέσα από την προοπτική του “ανθρωποκεντρικού” management, σχεδόν ταυτόχρονα με την εμφάνιση του όρου «ικανοποίηση από εργασία», πραγματοποιήθηκαν και οι πρώτες μελέτες για την σχέση της επαγγελματικής ικανοποίησης και της αποδοτικότητας. Έγινε σαφές από τις επιστήμες της Διοίκησης και της Οικονομίας πως ένας από τους βασικότερους παράγοντες που επηρεάζει το επίπεδο της οικονομικής ανάπτυξης και της ποιότητας ζωής, στον ευρύτερο κοινωνικοοικονομικό χώρο, είναι και η απόδοση των εργαζομένων στις επιχειρήσεις⁶⁵.

Από το 1980 και μετά, τόσο οι συνθήκες στην αγορά εργασίας-πχ αύξηση ανεργίας, οικονομική ύφεση-όσο και η σύνδεση της επαγγελματικής ικανοποίησης με άλλες στάσεις και συμπεριφορές στην εργασία, οδήγησαν στην αποδυνάμωση της κυριαρχίας της έννοιας, στις δημοσιεύσεις και τις μελέτες της οργανωτικής ψυχολογίας και της διοίκησης υπηρεσιών και επιχειρήσεων. Η διαφοροποίηση αυτή παρουσιάζεται να συνδέεται με τις γενικότερες εξελίξεις στον χώρο της κοινωνίας

⁶³ Ποζουκίδου, Β.Α., Θεοδώρου, Μ.Μ., Καϊτελίδου, Δ., «Επαγγελματική Ικανοποίηση του Νοσηλευτικού και Παραϊατρικού Προσωπικού σε ένα Δημόσιο Γενικό Νοσοκομείο», *Νοσηλευτική*, τεύχος 46, Απρίλιος, Αθήνα, 2007, σελ. 17.

⁶⁴ Katzell, A.R., Yankelovich, D., “*Improving Productivity and Job Satisfaction*”, New York University, N.Y, U.S.A, 1975, p.45.

⁶⁵ Mayo, E., “*The social problems of an industrial civilization*”. Boston, Harvard University, Graduate School of Business Administration, 1945, pp.71-72.

αλλά και με πολιτισμικές αλλαγές στο επίπεδο της εργασιακής κουλτούρας, σε ζητήματα όπως για παράδειγμα ο διαχωρισμός εργασιακού και ελεύθερου χρόνου, δημόσιου και ιδιωτικού βίου. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να επανεκτιμηθεί η αξία και ο ρόλος της εργασίας, η οποία επαναπροσδιορίστηκε αναφορικά με την αξία και το ρόλο του ελεύθερου χρόνου στη ζωή του/ της σύγχρονου /ης εργαζόμενου / ης.

Χαρακτηριστικό είναι ότι ερευνητές, οι οποίοι μελέτησαν τους παράγοντες που επηρεάζουν περισσότερο την απόδοση μιας επιχείρησης, κατέληξαν μεταξύ των άλλων στο συμπέρασμα ότι, η διαφοροποίηση των κερδών και η διαφοροποίηση της παραγωγικότητας μεταξύ των επιχειρήσεων οφείλεται στα διαφορετικά επίπεδα ικανοποίησης των εργαζομένων τους από την εργασία. Είναι γεγονός ότι, υπάρχουν εκατοντάδες μελέτες, οι οποίες χρησιμοποιώντας διαφορετικές επιστημονικές οδούς, καταλήγουν σε σαφή θετικά συμπεράσματα αναφορικά με τη σχέση ικανοποίησης και παραγωγικότητας, ορίζοντας την πρώτη ως αίτιο και τη δεύτερη ως αποτέλεσμα .

Υπάρχουν πολλές συμπεριφορές και αποτελέσματα από την πλευρά των υπαλλήλων που θεωρούνται ως τα αποτελέσματα της εργασιακής ικανοποίησης ή της εργασιακής δυσαρέσκειας. Κάτι τέτοιο δεν περιλαμβάνει μόνο μεταβλητές που σχετίζονται με την εργασία όπως είναι η επίδοση στην εργασία και η παραίτηση αλλά και μεταβλητές που δεν σχετίζονται με αυτή όπως είναι η υγεία και η ικανοποίηση από την ζωή. Πολλές από αυτές τις πιθανές επιπτώσεις της εργασιακής ικανοποίησης έχει αποδειχθεί ότι συνδέονται με αυτή⁶⁶.

Ένας σημαντικός αριθμός οργανωτικά σχετικών συμπεριφορών θεωρούνται ως το αποτέλεσμα εργασιακής ικανοποίησης ή εργασιακής δυσαρέσκειας. Πολλοί ερευνητές έδειξαν ότι η εργασιακή ικανοποίηση συνιστά μία συμπεριφορά που επιδρά σημαντικά στην ευημερία των οργανώσεων. Τρεις από αυτές τις συμπεριφορές είναι η επίδοση στην εργασία, η παραίτηση και η απουσία των υπαλλήλων. Τα τελευταία χρόνια, η εργασιακή ικανοποίηση θεωρείται σημαντική καθώς έχει σημαντικές επιπτώσεις σε μεταβλητές που αφορούν πιο πολύ τους

⁶⁶ Πετρίλη, Σ., «Έρευνα επίδρασης μιας σειράς εσωτερικών και εξωτερικών παραγόντων στο αίσθημα εργασιακής ικανοποίησης υπαλλήλων ιδιωτικών εταιριών», Μεταπτυχιακή Εργασία, Τμήμα Ψυχολογίας, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Αθήνα, 2007, σελ. 17-18.

υπαλλήλους απ' ότι τις οργανώσεις. Ιδιαίτερο δε είναι το ενδιαφέρον που παρουσιάζει η σχέση ανάμεσα στην εργασιακή ικανοποίηση και την υγεία με την Ενημερία⁶⁷.

Ως αποτέλεσμα, το θέμα της ικανοποίησης που αντλεί ο άνθρωπος από την εργασία του, εξετάζεται πλέον, όχι στο πλαίσιο της συνολικής (global) ικανοποίησης που λαμβάνει, αλλά των επιμέρους συνιστωσών της ικανοποίησης (facets) που αφορούν, τόσο στις διαφορετικές όψεις της εργασίας του, όσο και στον τρόπο ζωής -life style- του κάθε ατόμου. Επίσης, το πέρασμα από την αντίληψη για την εργασία ως αυτοσκοπό, στην άποψη της εργασίας ως παιχνίδι και δημιουργική ενασχόληση- σύμφωνα με την άποψη του Rifkin - η εμφάνιση της "εργασιομανίας" και η ανάγκη επίλυσης του προβλήματος συνδυασμού επαγγελματικής και οικογενειακής ζωής, είχαν ως αποτέλεσμα να τεθεί το ζήτημα της επαγγελματικής ικανοποίησης σε νέες βάσεις, χωρίς όμως να χάσει την άμεση σχέση του με τις θεωρίες κινήτρων για την εργασία. Η απαγκίστρωση της εργασίας από τη σφαίρα της οικονομικής αναγκαιότητας και η μετουσίωσή της σε ένα μέσο ατομικής και κοινωνικής αυτοπραγμάτωσης, ξαναφέρει το ζήτημα της επαγγελματικής ικανοποίησης στο προσκήνιο της σύγχρονης ατομικής και κοινωνικής πραγματικότητας⁶⁸.

Είναι γεγονός ότι η επαγγελματική ικανοποίηση μπορεί να είναι ενδεικτική για τον τρόπο που το άτομο διαχειρίζεται τις καταστάσεις. Η δυσαρέσκεια από την εργασία συχνά υποδεικνύει προβλήματα στην ατομική ή επαγγελματική ζωή. Κατά αντιστοιχία, η ομαλή λειτουργία ενός οργανισμού συνδέεται άμεσα με το βαθμό ικανοποίησης των συνεργατών του. Ένα συχνό σφάλμα όμως των εταιριών είναι η καλλιέργεια "απατηλών" προσδοκιών στους εργαζόμενους. Οι τυχόν δεσμεύσεις του οργανισμού για παροχές - σε υλικό ή ηθικό επίπεδο - στους εργαζόμενους πρέπει να ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα ώστε να μην οδηγούν σε υπερβολικές προσδοκίες εκ μέρους των υπαλλήλων ή συνεργατών του. Τέτοιες πρακτικές μπορούν

⁶⁷Spector, P.E., "Measurement of Human Service Staff Satisfaction:Development of the Job Satisfaction Survey", *American Journal of Community Psychology*, Vol 13, No. 6, University of South Florida, U.S.A., 1985, ππ.17-18.

⁶⁸Μωυσάκη Μαρία, «Επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων σε δομές και προγράμματα Κοινωνικής Μέριμνας, ανοιχτού τύπου, στους Δήμους του Νομού Λασιθίου», Μεταπτυχιακή Εργασία, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο, 2006, σελ. 19.

να οδηγήσουν σε αντίθετα αποτελέσματα, όπως υποπαραγωγικότητα και αποχωρήσεις. Οι οργανισμοί και η εργοδοσία έχουν την ηθική υποχρέωση να φέρονται με συνέπεια και υπευθυνότητα στους εργαζόμενους, κάτι που δυστυχώς δεν τηρείται σε μεγάλο βαθμό στην ελληνική πραγματικότητα, αλλά και σε άλλες κοινωνίες και πολύ περισσότερο στο επίπεδο των άτυπων εργασιακών σχέσεων. Για αυτόν το λόγο, η παρουσία εργασιακών / οργανωτικών ψυχολόγων στις επιχειρήσεις έχει στις μέρες μας αναδειχθεί, ως μια αυξανόμενη ανάγκη για την ομαλή λειτουργία της εκάστοτε οργανωτικής δομής και του ανθρώπινου δυναμικού της⁶⁹.

Σε κάθε περίπτωση λοιπόν, η αποδοτικότητα των εργαζομένων είναι το αποτέλεσμα της ικανοποίησης, της παρακίνησης και της αφοσίωσής τους προς τον οργανισμό.

1.12 Επαγγελματική ικανοποίηση και υγεία

Ένας ακόμα τομέας με τον οποίο μπορεί να συνδέεται η εργασιακή δυσαρέσκεια είναι και αυτός της υγείας και της ευημερίας των υπαλλήλων. Πράγματι, η εργασιακή δυσαρέσκεια συνιστά αφορμή σοβαρών ασθενειών ακόμα και θανάτου. Ορισμένες έρευνες δείχνουν ότι η εργασιακή ικανοποίηση συνδέεται με μεταβλητές υγείας καθώς οι δυσαρεστημένοι υπάλληλοι αναφέρουν περισσότερα προβλήματα υγείας, όπως είναι οι διαταραχές ύπνου και οι διαταραχές στομάχου, από τους ικανοποιημένους υπαλλήλους. Η δυσαρέσκεια συνδέεται επίσης με αρνητικά συναισθήματα στον εργασιακό χώρο, όπως είναι το άγχος και η κατάθλιψη. Αυτές οι αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις μπορεί να θεωρηθούν ως ενδεικτικές συναισθηματικής ευημερίας στον εργασιακό χώρο. Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι τα στοιχεία που συνδέουν την έλλειψη εργασιακής ικανοποίησης με πολύ σοβαρά προβλήματα υγείας, όπως είναι η καρδιοπάθεια, είναι πολύ δύσκολο να παραχθούν.

⁶⁹Μωυσάκη Μαρία. «Επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων σε δομές και προγράμματα Κοινωνικής Μέριμνας, ανοιχτού τύπου, στους Δήμους του Νομού Λασιθίου», Μεταπτυχιακή Εργασία, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο, 2006, σελ 20.

Τα άτομα που απεχθάνονται τη δουλειά τους, σύμφωνα με έρευνες, έχουν μειωμένο όριο ζωής. Αν ισχύει κάτι τέτοιο, εύλογα η εργασιακή ικανοποίηση ανάγεται σε μία σημαντική κοινωνική προτεραιότητα. Πιο συγκεκριμένα, όπως προαναφέρθηκε, η εργασιακή ικανοποίηση συνδέεται με φυσικά ή ψυχοσωματικά συμπτώματα αλλά και με συναισθηματικές καταστάσεις άγχους και κατάθλιψης⁷⁰.

Σύμφωνα με τον Brief και τους συνεργάτες του (1988) καθώς και με τον Watson και τους συνεργάτες του (1986), οι άνθρωποι που έχουν αρνητικά συναισθήματα τείνουν να είναι δυσαρεστημένοι με την εργασία τους και βιώνουν φυσικά συμπτώματα. Συμπερασματικά λοιπόν διαπιστώνουμε ότι η εργασιακή δυσαρέσκεια δηλώνει ότι κάτι δεν πάει καλά για ένα άτομο στη δουλειά του και αν αυτό έχει διάρκεια, μακροπρόθεσμα μπορεί προκαλέσει δισεπίλυτα φυσικά και ψυχολογικά προβλήματα υγείας⁷¹.

Στο σημείο αυτό, αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι, τα ατυχήματα που σημειώνονται στον εργασιακό χώρο προκαλούν και αυτά με τη σειρά τους εργασιακή δυσαρέσκεια καθώς συνιστούν ένα γεγονός που δημιουργεί άγχος και που μειώνει την ελκυστικότητα της εργασίας⁷². Το πώς οι εργασιακές στάσεις των ανθρώπων επηρεάζουν τη φυσιολογία τους απορρέει από έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στη Σουηδία γύρω από το εργασιακό άγχος. Στις περισσότερες περιπτώσεις, το άγχος συνδέεται σε γενικές γραμμές με προβλήματα και παρά το γεγονός ότι ένα μέτριο επίπεδο άγχους συνιστά μία πολύτιμη πηγή κινήτρων, ένα υψηλό επίπεδο άγχους συνήθως οδηγεί στη χειροτέρευση της επίδοσης ακόμα και σε δυσλειτουργία. Γι αυτόν ακριβώς το λόγο, ένα σημαντικό σημείο της ατομικής αλλαγής έγκειται στη διαχείριση του άγχους με τέτοιο τρόπο ώστε η ζωή να γίνεται ευχάριστη και γεμάτη⁷³.

⁷⁰Spector, P. E., "Job satisfaction: Application, Assesment, Causes and Concequences (Advanced Topics in Organizational Behaviours)", Sage Publications U.S.A., 1997, pp. 104-105.

⁷¹Spector, P. E., "Job satisfaction: Application, Assesment, Causes and Concequences (Advanced Topics in Organizational Behaviours)", Sage Publications U.S.A., 1997, pp. 108-109.

⁷²Vroom, V.H., "Work and Motivation". New York: John Wiley and Sons Publishing, Inc. 1964, p.30.

⁷³Quick, J., Murphy, L.R., Hurrell, J., & Orman, D., "The value of work, the risk of distress, and the power of prevention" *American Psychological Association*, Washington, DC, 1992, p 22.

Παρότι ο καθένας γνωρίζει τι είδους συναισθήματα προκαλεί το άγχος και τι είδους επίδραση έχει στη συμπεριφορά και στα συναισθήματα, δεν υπάρχει ένας ξεκάθαρος και γενικός ορισμός του άγχους στη βιβλιογραφία της διοίκησης και της ψυχολογίας⁷⁴. Το άγχος ορίζεται ως μία γενική αντίδραση σε μία ενέργεια ή σε μία κατάσταση που εγείρει ειδικές φυσικές και ψυχολογικές απαιτήσεις (ή και τα δύο) από το άτομο. Οι άνθρωποι αντιδρούν διαφορετικά σε διάφορες απαιτήσεις. Έτσι λοιπόν, είναι δύσκολο να καθοριστεί ένα πρόγραμμα διαχείρισης άγχους στον εργασιακό χώρο που να ανταποκρίνεται στις ανάγκες όλων των μελών της οργάνωσης, παρόλο που τέτοιου είδους παρεμβάσεις εστιάζονται στη μείωση των αρνητικών επιπτώσεων στρεσογόνων παραγόντων.

Αυτό που συνήθως συμβαίνει είναι ότι υπάρχει η γενικότερη τάση να ερευνάται η εργασία ως επί το πλείστον στον εργασιακό χώρο, οι υπάλληλοι, ωστόσο, επηρεάζονται από γεγονότα και καταστάσεις και εκτός του εργασιακού τους χώρου. Η ικανοποίηση από τη ζωή αναφέρεται στα συναισθήματα ενός ατόμου για τη ζωή σε γενικές γραμμές. Μπορεί με άλλα λόγια να υπολογιστεί με βάση συγκεκριμένους τομείς της ζωής όπως είναι η οικογένεια. Μπορεί όμως να υπολογιστεί και συνολικά, ως μία συνολική ικανοποίηση από τη ζωή. Επειδή ακριβώς η ικανοποίηση από τη ζωή αντανακλά συνολικά συναισθήματα που αφορούν τη ζωή, θεωρείται ως μία μέτρηση της συναισθηματικής ευημερίας.

Δεδομένου ότι η εργασία συνιστά έναν από τα συστατικά μέρη της ζωής υπαλλήλων, είναι προφανές ότι η εργασιακή ικανοποίηση και η ικανοποίηση από τη ζωή θα πρέπει να συνδέονται. Τρεις υποθέσεις έχουν συζητηθεί για το πώς συνδέονται η ικανοποίηση από την εργασία και από τη ζωή. Σύμφωνα με μία πρώτη αντίληψη, τα συναισθήματα σε έναν τομέα της ζωής επηρεάζουν τα συναισθήματα και σε άλλους τομείς. Ένα άτομο που είναι ευχαριστημένο από τη δουλειά του είναι πιθανότατα ευχαριστημένο γενικά και από τη ζωή του. Υπάρχει επίσης και η άποψη ότι οι άνθρωποι αναπληρώνουν τη δυσαρέσκεια σε έναν τομέα της ζωής καλλιεργώντας ικανοποίηση σε έναν άλλο. Ένα υποκείμενο που διεκπεραιώνει μία δυσάρεστη εργασία θα διοχετεύσει σε μεγάλο βαθμό την ενέργειά του σε δραστηριότητες που δε

⁷⁴Kahn E., Byosiere, M., "Leadership and Organisational Development", *British Journal of Clinical Governance*. Vol. 3, 1990, pp 31-33.

σχετίζονται με την εργασία αυτή τη στιγμή που ένα υποκείμενο που έχει μία δυσάρεστη ζωή, εκτός εργασίας, θα καταβάλλει μεγαλύτερη προσπάθεια στην εργασία του. Τέλος, υπάρχει και η κατηγορία εκείνη των ανθρώπων που διαχωρίζουν την εργασία τους από την προσωπική τους ζωή⁷⁵.

Η πρώτη υπόθεση προβλέπει μία θετική συσχέτιση ανάμεσα στην εργασιακή ικανοποίηση και στην ικανοποίηση από τη ζωή. Τα συναισθήματα σε έναν τομέα της ζωής επηρεάζουν άλλα, καταλήγοντας σε θετικές σχέσεις μεταξύ των δύο ειδών ικανοποίησης.

Η δεύτερη υπόθεση προβλέπει το αντίθετο. Ένα άτομο που είναι δυσαρεστημένο σε έναν τομέα θα είναι ικανοποιημένο σε άλλους. Η τρίτη και τελευταία υπόθεση δεν προβλέπει καμία σχέση. Οι άνθρωποι διαχωρίζουν τους τομείς της ζωής έτσι ώστε η εργασιακή ικανοποίηση και η ικανοποίηση από τη ζωή να μην σχετίζονται. Τα ευρήματα ερευνών γύρω από αυτό τον τομέα ευνοούν ξεκάθαρα την πρώτη υπόθεση. Πολλές έρευνες εντόπισαν ότι η εργασιακή ικανοποίηση και η ικανοποίηση από τη ζωή συσχετίζονται θετικά. Είναι επομένως πολύ πιθανό η εργασιακή ικανοποίηση να προκαλεί ικανοποίηση από τη ζωή και το αντίθετο⁷⁶.

1.13 Εργασιακή κατάσταση του προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία

Είναι γεγονός πως τα Εθνικά Συστήματα Υγείας παγκοσμίως έρχονται αντιμέτωπα με προκλήσεις που διαρκώς πολλαπλασιάζονται, ως αποτέλεσμα της ιδιομορφίας της υγείας ως δημόσιο και κοινωνικό αγαθό. Το φάσμα αναγκών όσον αφορά την παροχή φροντίδας υγείας καθώς και οι οικονομικές δυσχέρειες περιορίζουν τη δυνατότητα

⁷⁵Spector, P. E., "Job satisfaction: Application, Assessment, Causes and Consequences (Advanced Topics in Organizational Behaviours)", Sage Publications U.S.A., 1997, pp.142-143.

⁷⁶Spector, P.E., "Measurement of Human Service Staff Satisfaction: Development of the Job Satisfaction Survey", *American Journal of Community Psychology*, Vol 13, No. 6, University of South Florida, U.S.A., 1985, pp.147-148.

των υπηρεσιών να ενισχύσουν τις δομές και το ανθρώπινο δυναμικό. Επιπλέον παρατηρείται παγκόσμια κρίση σε ότι αφορά την έλλειψη νοσηλευτών.

Ανεξάρτητα από τις πρακτικές, τον τρόπο εργασίας και τη χώρα προέλευσης, το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό διαθέτει ένα κοινό βασικό χαρακτηριστικό: αποτελούν επαγγελματίες δεσμευμένους να λειτουργούν βασισμένοι στη φιλοσοφία της ολιστικής προσέγγισης για την εξατομικευμένη παροχή φροντίδας υγείας. Ως επαγγελματίες, έχουν ανάγκη από ένα περιβάλλον εργασίας, το οποίο θα αναγνωρίζει την κοινωνική και υγειονομική πλευρά του έργου τους, καθώς επίσης και το πεδίο δράσης, όπως αυτό καθορίζεται από τη ρυθμιστική νομοθεσία της χώρας⁷⁷.

Η αποτελεσματικότητα ενός συστήματος υγείας εξαρτάται κυρίως από την επάρκεια, την ποιότητα και την ορθολογική κατανομή του υγειονομικού – βοηθητικού προσωπικού. Η ισόρροπη ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία-πρόνοια δεν είναι κάτι το απόλυτο αλλά έχει σχέση με τον καθορισμό των στόχων που πρέπει να επιτευχθούν⁷⁸. Η εργασιακή απασχόληση στην υγεία-πρόνοια είναι συνάρτηση της βελτίωσης της υγείας και της ποιότητας ζωής του πληθυσμού⁷⁹.

Σε όλο τον κόσμο τα προβλήματα ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία-πρόνοια είναι ποσοτικά και ποιοτικά και μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως εξής⁸⁰:

- Προβλήματα στο σχεδιασμό: Είναι συχνό φαινόμενο να βασίζονται οι αποφάσεις σε ανεπαρκείς και ελλιπώς μελετημένες εκτιμήσεις. Τα σχέδια βασίζονται περισσότερο στη βεβαιότητα ότι τα χρήματα θα δοθούν εκ των

⁷⁷Χατζηπαντελής, Σ.Ε., Σιγάλας, Ι., «Η Εργασιακή Ικανοποίηση (Job Satisfaction) του Νοσηλευτικού Προσωπικού στο Εθνικό Σύστημα Υγείας», *Ιατρική Θεώρηση*, τεύχος 51, Αθήνα, 2008, σελ.13

⁷⁸Mejia, A., "A World trends in health manpower development:a re-view", *WorldHealth Statistics Quarterly*, vol:33, 1980, pp. 26-27.

⁷⁹ Moran, R., "There's no Time to Learn...Like the Present". *Clinical Governance, An International Journal*. Vol.8, no.1., 2003, pp.40-41.

⁸⁰Abel-Smith, B., "*The world economics crisis,part 2: Health manpower out of balance*", *Health Policy Planning*, CA, 1986, pp.57-66, Mejia, A., "*A Health Manpower out of balance: conflicts and prospects*", Council for International Organization of Medical Sciences, Geneva, 1987, pp. 90-101

υστέρων και λιγότερο στην ανάπτυξη προγραμμάτων για συγκεκριμένες ειδικότητες επαγγελματιών με σαφώς καταγεγραμμένα προσόντα.

- Προβλήματα στην παραγωγή: Παρατηρούνται σημαντικές αποκλίσεις μεταξύ των ακαδημαϊκών στόχων και των απαιτήσεων των υπηρεσιών. Η πρόληψη, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, η αποκατάσταση και η κατ'οίκον φροντίδα έρχονται σε δεύτερη μοίρα.
- Προβλήματα στη διαχείριση: Η έλλειψη κινήτρων, ιδιαίτερα στις πιο απομακρυσμένες περιοχές, προκαλούν τη μη αποδοτική χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας-πρόνοιας. Η σύγχυση των ρόλων και αρμοδιοτήτων, μαζί με την έλλειψη συνεχιζόμενης εκπαίδευσης μειώνουν την ικανοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού.

Το μοντέλο Kristensen (1999) για την κοινωνική και ψυχολογική ευημερία συνδυάζει έξι παράγοντες άγχους, τους οποίους συσχετίζει τόσο με το άτομο όσο και με τον οργανισμό. Για την καλύτερη κοινωνική και ψυχολογική ευημερία απαιτούνται, μεταξύ άλλων:

- Στοιχεία που ταιριάζουν στα χαρακτηριστικά και τις δυνατότητες του ατόμου.
- Κοινωνική υποστήριξη από τους συναδέλφους και τη διοίκηση, πρόσβαση στην εκπαίδευση και στις ευκαιρίες επαγγελματικής ανέλιξης.
- Αυτονομία και έλεγχος στον προγραμματισμό.
- Ισορροπία μεταξύ παρεχόμενων υπηρεσιών και αμοιβής⁸¹.

⁸¹ Χατζηπαντελής, Ε., «Διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού», Εκδόσεις Μεταίχμιο, Αθήνα, 1999, σελ. 63-65.

1.13.1 Επαγγελματική ικανοποίηση υγειονομικού προσωπικού

Η επαγγελματική ικανοποίηση αφορά το πώς αισθάνεται το προσωπικό των δημόσιων νοσοκομείων για την εργασιακή τους ζωή. Συνεπώς, το επίπεδο επαγγελματικής ικανοποίησης του υγειονομικού προσωπικού αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για το συνολικό επίπεδο ικανοποίησης των χρηστών υγείας.

Γύρω από το θέμα αυτό έχουν γίνει αρκετές έρευνες, οι οποίες έχουν καταλήξει ότι οι παρακάτω μεταβλητές σχετίζονται με την ικανοποίηση του υγειονομικού προσωπικού στον χώρο εργασίας:

- Το προσωπικό που ανέφερε ότι είχε πολύ καλή υγεία ήταν περισσότερο ικανοποιημένο, σε σχέση με αυτό που ανέφερε καλή υγεία.
- Το προσωπικό που είχε σπουδάσει δήλωσε περισσότερο ικανοποιημένο.
- Το προσωπικό καριέρας δήλωσε περισσότερο ικανοποιημένο.
- Το προσωπικό που ανέφερε ως ευχάριστο το περιβάλλον που εργάζονται, με φιλικές σχέσεις με συναδέλφους, ήταν περισσότερο ικανοποιημένο.
- Το προσωπικό που θεωρούσε ότι ανταμείβεται δίκαια στη δουλειά τους ήταν περισσότερο ευχαριστημένο.
- Το προσωπικό που ανέφερε ότι τα οργανωτικά χαρακτηριστικά του οργανισμού που εργάζονται δεν παρεμβαίνουν στην καθημερινή εργασία τους ήταν πιο ικανοποιημένο.
- Το προσωπικό που αισθάνεται ότι η δουλειά τους δεν εμποδίζει ή παρεμβαίνει στην οικογενειακή τους ζωή ήταν περισσότερο ευχαριστημένο.
- Το προσωπικό που ανέφεραν μικρότερο φορτίο εργασίας ήταν περισσότερο ευχαριστημένο⁸².

⁸² Χατζηπαντελής, Ε., «Διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού», Εκδόσεις Μεταίχμιο, Αθήνα, 1999, σελ. 66-69.

1.13.2 Επαγγελματική ικανοποίηση και κίνητρα

Η απόδοση του προσωπικού εξαρτάται από το επίπεδο κινήτρων. Ωστόσο, τα κίνητρα επηρεάζουν μόνο τις πτυχές της απόδοσης, οι οποίες μπορούν να ελεγχθούν από τους εργαζόμενους προσωπικά. Η απόδοση όμως εξαρτάται και από τη δομή του οργανισμού και αλλά και από το περιβάλλον.

Σύμφωνα με τους Sullivan και Decker το περιβάλλον εργασίας στο χώρο της υγείας επηρεάζεται από τους χρήστες των προϊόντων υγείας, τους παράγοντες που παρέχουν τις υπηρεσίες αυτές καθώς και τις οικονομικές συνθήκες, π.χ επίπεδα αποζημίωσης, τεχνολογία και κανονισμοί. Παρομοίως, ο Cullen έδωσε έμφαση σε 4 βασικά εμπόδια τα οποία εμποδίζουν την ομαλή λειτουργία ενός οργανισμού υγείας και οδηγούν σε δυσλειτουργικά εργασιακά περιβάλλοντα.

- Πολλαπλοί κανονισμοί
- Άρνηση παροχής φροντίδας στους μη ασφαλισμένους
- Έλλειψη προσωπικού
- Επικοινωνιακά προβλήματα μεταξύ του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού

Επιπλέον υλικό παρατίθεται από τον Kreitzer ο οποίος ορίζει ως δυσλειτουργικά εργασιακά περιβάλλοντα αυτά τα οποία χαρακτηρίζονται από υψηλά επίπεδα stress, υψηλό λόγο νοσηλευτών – ασθενών, υπερβολικές σωματικές απαιτήσεις, επικοινωνιακά προβλήματα μεταξύ ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και σωματική ή ψυχολογική βία. Οι παράγοντες αυτοί ποικίλουν σε ένταση και συμβάλλουν στην εργασιακή δυσαρέσκεια εκ μέρους του υγειονομικού προσωπικού⁸³.

⁸³Μουσαύκη Μαρία, «Επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων σε δομές και προγράμματα Κοινωνικής Μέριμνας, ανοιχτού τύπου, στους Δήμους του Νομού Λασιθίου», Μεταπτυχιακή Εργασία, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο, 2006, σελ. 34-35.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Η ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Το Νοσοκομείο στην εποχή της επικράτησης της βιοιατρικής τεχνολογίας και της βιογενετικής, αποτελεί το θεμελιώδη δομικό λίθο του Συστήματος Υγείας. Είναι το βασικό υποσύστημα προσφοράς ιατρονοσηλευτικών υπηρεσιών, με κύριο στόχο την κάλυψη δευτεροβάθμιων, τριτοβάθμιων και εξειδικευμένων πρωτοβάθμιων αναγκών υγείας. Παράλληλα, είναι το κέντρο ανάπτυξης έρευνας και εξειδίκευσης των ανθρωπίνων πόρων του συστήματος υγείας. Το νοσοκομείο με την άσκηση της εν λόγω πολιτικής, αποτελεί συνέχεια και συμπληρωματικό μηχανισμό του συστήματος εκπαίδευσης σε κάθε χώρα για τα επαγγέλματα υγείας.

2.1 Νομική Μορφή

Η νομική μορφή του νοσοκομείου διαφοροποιεί τους παραπάνω στόχους, οι οποίοι εξαρτώνται από το εάν το νοσοκομείο είναι δημόσια, δηλαδή Ν.Π.Δ.Δ ή ιδιωτική επιχείρηση. Η νομική μορφή του νοσοκομείου αντανακλά δύο παραμέτρους. Αφενός μεν το ιδιοκτησιακό του καθεστώς, δηλαδή εάν ο ιδιοκτήτης είναι το κοινωνικό σύνολο και διαχειριστής το κράτος ή εάν έχει ιδιώτη ιδιοκτήτη. Αφετέρου το σκοπό ίδρυσης και λειτουργίας του, δηλαδή το εάν στοχεύει αποκλειστικά στην κάλυψη των υγειονομικών αναγκών ενός πληθυσμού χωρίς ο επενδυτικός αυτός στόχος να έχει κερδοσκοπική κατεύθυνση ή το εάν στοχεύει στην κάλυψη της ζήτησης αναγκών υγείας με στόχο αποκλειστικά το κέρδος.

Οι στόχοι κάθε νοσοκομειακής μονάδας επιτυγχάνονται με τον καταλληλότερο συνδυασμό των παραγωγικών συντελεστών δηλαδή με τις εισροές, όπως οι πόροι, υλικοί πόροι, τεχνολογικές μέθοδοι και οικονομικοί πόροι. Θα χαρακτηρίζαμε το νοσοκομειακό υποσύστημα ως οικονομική μονάδα, ως μονάδα εντάσεως εργασίας, επειδή η προσφορά υπηρεσιών βασίζεται κατά κύριο λόγο στο εξειδικευμένο

ανθρώπινο δυναμικό. Η προσφορά αυτή εντάσσεται στην παραγωγή υπηρεσιών και εξ' αυτού τα νοσοκομεία ανήκουν στον τριτογενή τομέα της οικονομίας. Λόγο του μεγάλου αριθμού απασχολουμένων, συνήθως άνω των 100 ατόμων, κατατάσσονται στις μεγάλες επιχειρησιακές μονάδες (οργανισμούς τις χώρας)⁸⁴.

2.2 Τύποι Νοσοκομείων

Ο νοσοκομειακός τομέας περιλαμβάνει διαφορετικούς τύπους ιδρυμάτων τα οποία διαφοροποιούνται ανάλογα με τα εξής χαρακτηριστικά:

1. Το σκοπό ή τη λειτουργία τους. Διακρίνονται σε γενικά και ειδικά. Τα γενικά (general) νοσοκομεία έχουν τμήματα των περισσότερων ή όλων των ειδικοτήτων, ενώ τα ειδικά (specialty) εξειδικεύονται στη νοσηλεία περιπτώσεων ορισμένων μόνο ειδικοτήτων (μαιευτικά, ψυχιατρικά).
2. Το είδος των περιπτώσεων που νοσηλεύουν. Διακρίνονται σε νοσοκομεία «οξείας νοσηλείας» (acute hospitals,) όπου η διάρκεια νοσηλείας είναι μικρότερη από ένα μήνα και σε νοσοκομεία χρόνιων περιπτώσεων (long-term hospitals). Τα νοσοκομεία χρόνιων περιπτώσεων είναι γενικής νοσηλείας, όπως τα γηριατρικά, ή ειδικής νοσηλείας όπως τα ψυχιατρικά .
3. Τη νομική τους μορφή. Διακρίνονται σε κρατικά, δημοτικά, κοινωφελή ιδρύματα ασφαλιστικών οργανισμών και ιδιωτικά. Εδώ η κυριότερη διάκριση αφορά στην ιδιοκτησία και στο χαρακτήρα της οικονομικής τους οργάνωσης.
4. Τη γεωγραφική τους εμβέλεια και τον πληθυσμό που εξυπηρετούν. Διακρίνονται σε τοπικά (local) με περιοχή ευθύνης έως 50.000 κατοίκους, νομαρχιακά (district), που εξυπηρετούν έως 200.000 κατοίκους και

⁸⁴ Γούλα, Α., «Διοίκηση και Διαχείριση Νοσοκομείου». Β' Έκδοση, Εκδόσεις Σταμούλης, Αθήνα, 2007, σελ. 21.

περιφερειακά για πληθυσμούς μέχρι 1.000.000.000 κατοίκους. Το εύρος της έκτασης της περιοχής ή του πληθυσμού που εξυπηρετούν ορίζει και το εύρος των υπηρεσιών που τα διάφορα νοσοκομεία πρέπει να είναι σε θέση να προσφέρουν. Τα τοπικά και νομαρχιακά νοσοκομεία ανήκουν στη δευτεροβάθμια φροντίδα και τα περιφερειακά στην τριτοβάθμια

5. Τον εκπαιδευτικό τους ρόλο. Διακρίνονται σε αμιγώς πανεπιστημιακά νοσοκομεία που έχουν περιορισμένο εκπαιδευτικό ρόλο με την έννοια ορισμένων πανεπιστημιακών τμημάτων και σε νοσοκομεία που δεν επιτελούν εκπαιδευτικό έργο. Τα νοσοκομεία με εκπαιδευτικό ρόλο εντάσσονται συνήθως στην κατηγορία της τριτοβάθμιας φροντίδας⁸⁵.

2.3 Νοσοκομειακές Μονάδες

Σε κάθε περίπτωση και ανεξάρτητα από την νομική μορφή, το ιδιοκτησιακό καθεστώς, το μέγεθος, την περιοχή ή το χρονικό διάστημα ίδρυσης, οι νοσοκομειακές μονάδες υποχρεούνται να συνδυάζουν και να αξιοποιούν τους συντελεστές παραγωγής προκειμένου να πετύχουν συγκεκριμένη παραγωγική λειτουργία προς την επίτευξη των στόχων που αναφέρθηκαν προηγουμένως. Οι νοσοκομειακές μονάδες για την επίτευξη της παραγωγικής τους λειτουργίας αναπτύσσουν παράλληλα οικονομικές, διοικητικές, θεσμικές και άλλες λειτουργίες.

Καμία επιχειρησιακή μονάδα, με την ευρεία έννοια του όρου επιχείρηση, δεν μπορεί να πετύχει οποιαδήποτε παραγωγική λειτουργία χωρίς:

- Την επίτευξη καταμερισμού των επιμέρους εργασιών των Διευθύνσεων, Τομέων και Τμημάτων της

⁸⁵ Σιουρούνη Ε., «Σημειώσεις Διοικητικής Πρακτικής», Παραδόσεις μαθημάτων, Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας, Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας, ΤΕΙ Καλαμάτας, Καλαμάτα, 2006, σελ 58.

- Το σχεδιασμό και τον προγραμματισμό κάθε επιμέρους παραγωγικής διαδικασίας
- Τη δυνατότητα να διαπιστώνει τα πεδία ευθύνης των απασχολουμένων, την περιγραφή των καθηκόντων τους ή ακόμη και να οριοθετεί τον τρόπο λήψης των αποφάσεων στην ιεραρχική και πυραμιδική διοικητική δομή.

Η επιτυχής παραγωγική λειτουργία, δηλαδή η επίτευξη προσφοράς ποιοτικών υπηρεσιών και κάλυψης των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού, διέρχεται από τη συστηματική μελέτη του Διοικητικού και Οργανωτικού πλαισίου του Νοσοκομείου. Απαιτεί δηλαδή:

- Α. Τον προσδιορισμό των οργάνων διοίκησης και των αρμοδιοτήτων τους, καθώς και των πεδίων ευθύνης της ιεραρχικής πυραμίδας
- Β. Την πλήρη οργανωτική διάρθρωση και τμηματοποίηση της επιχειρησιακής αυτής μονάδας και
- Γ. Τη λειτουργική και διοικητική αλληλοσύνδεση και αλληλεξάρτηση των Διευθύνσεων, Τομέων και Τμημάτων⁸⁶.

2.4 Οργάνωση

Αποτελεσματική οργάνωση σημαίνει ανάπτυξη διαρθρωτικών καθηκόντων, διεργασιών και πόρων έτσι ώστε να ικανοποιούνται πραγματικά οι στόχοι του οργανισμού. Οργάνωση για την ποιότητα σημαίνει να εξασφαλίζεται ότι ο οργανισμός ικανοποιεί του στόχους ποιότητας που έχει θέσει. Σημαίνει επίσης να υπάρχει ευελιξία δράσης και οπτικής, για την ανταπόκριση στο μεταβαλλόμενο εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον. Στο εσωτερικό σημαίνει εφαρμογή μιας ευέλικτης και πιο δεκτικής προσέγγισης στη διαχείριση των ανθρωπίνων πόρων και της τεχνολογίας και των διεργασιών που χρησιμοποιούν. Στο εξωτερικό, σημαίνει

⁸⁶Γούλα, Α., «Διοίκηση και Διαχείριση Νοσοκομείου». Β' Έκδοση, Εκδόσεις Σταμούλης, Αθήνα, 2007, σελ 22.

εφαρμογή μιας ευέλικτης και πιο δεκτικής προσέγγισης στη διαχείριση των αναγκών και επιθυμιών των πελατών και αντιμετώπιση των συνεχών πιέσεων του ανταγωνισμού.

2.4.1 Οργανωτική Δομή

Δομή ή Διάρθρωση είναι η ανάπτυξη ενός σοφούς πλαισίου καθηκόντων και ευθυνών που συνεισφέρουν αποτελεσματικά στην αποδοτική λειτουργία ενός οργανισμού, κατευθύνοντας τη συμπεριφορά ατόμων, ομάδων και τμημάτων του οργανισμού προς της εκπλήρωση στόχων που έχει θέσει ο οργανισμός. Δομή υπάρχει σε κάθε οργανισμό, και μπορεί να συμπίπτει με την ιεραρχία, όμως μερικές δομές είναι λιγότερο αποτελεσματικές από άλλες, σε δεδομένες καταστάσεις.

2.4.2 Οργανωτικός Σχεδιασμός

Εφαρμογή του οργανωτικού σχεδιασμού είναι ο καθορισμός των λειτουργικών σχέσεων ανάμεσα στην ποσότητα εξειδίκευσης μίας θέσης εργασίας, στην ποσότητα εκχώρησης αρμοδιοτήτων και εξουσίας που χορηγείται στους κατόχους μίας δεδομένης θέσης εργασίας και στην έκταση ελέγχου μέσα στην οποία πρέπει να λειτουργούν τα άτομα αυτά⁸⁷.

2.4.3 Οργανογράμματα Μονάδων Υγείας

Τα οργανογράμματα των μονάδων υγείας αποτελούν ένα από τα κύρια μέσα αντίληψης της οργανωτικής δομής των Νοσοκομειακών Μονάδων και των Μονάδων Πρόνοιας. Η επιχειρησιακή ιδιομορφία της νοσοκομειακής μονάδας θεωρεί απαραίτητη την ύπαρξή επί μέρους διοικητικών κέντρων εξουσίας (διοικητικές οντότητες όπως διοικητής, Διοικητικό Συμβούλιο, Διεύθυνση, Υποδιεύθυνση, Τμήμα,

⁸⁷ James P., «Μάνατζμεντ Ολικής Ποιότητας – Μια Εισαγωγή», Εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα, 2007, σελ.175.

Αυτοτελές Γραφείο κ.τ.λ) μέσα στον οργανισμό, της μονάδας με στόχο το συντονισμό των επιμέρους συντελεστών παραγωγής και ιδιαίτερα του ανθρώπινου δυναμικού⁸⁸.

Οι επιμέρους διοικητικές οντότητες στην νοσοκομειακή μονάδα επικοινωνούν υπηρεσιακά μεταξύ τους και ασκούν εξουσία. Ο βαθμός εξουσίας κάθε διοικητικού κέντρου εξαρτάται από την σημαντικότητα του μέσα στην διαδικασία σχεδιασμού παραγωγής και διάθεσης του νοσοκομειακού προϊόντος που είναι η άριστη παροχή υγείας.

Τα οργανογράμματα αναλαμβάνουν την ιεραρχική απεικόνιση των παραπάνω σχέσεων, κάνοντας σαφή:

- Την ιεράρχηση των εξουσιών
- Της επίσημης διόδους επικοινωνίας των τμημάτων,
- Καθώς και τις επίσημες διόδους επικοινωνίας του προσωπικού

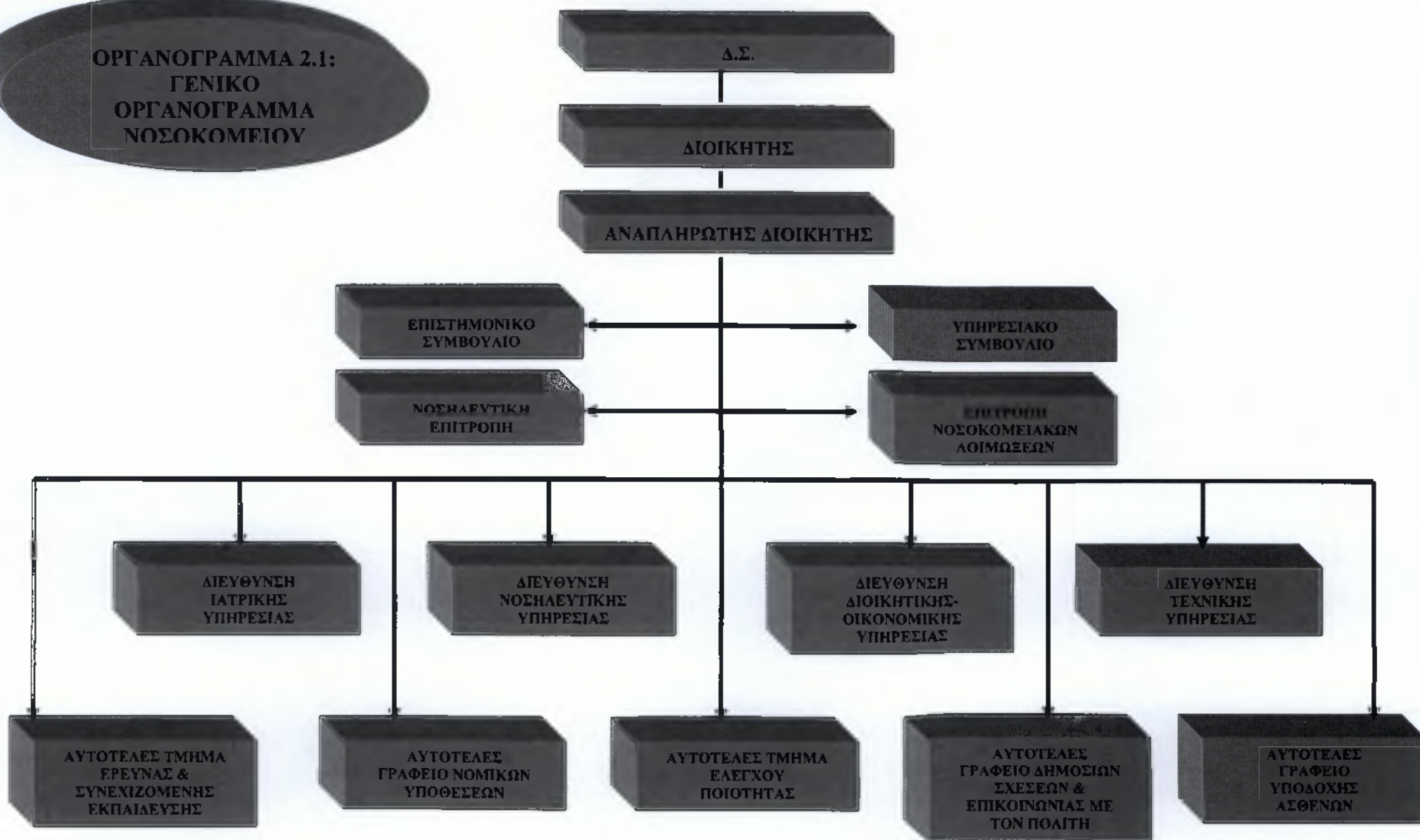
Η οργανωτική δομή της νοσοκομειακής μονάδας μπορεί να απεικονιστεί με την βοήθεια διαφορετικών τύπων οργανογραμμάτων. Η χρήση του κατάλληλου τύπου οργανογράμματος εξαρτάται:

- Από το μέγεθος της νοσοκομειακής μονάδας
- Την συχνότητα άσκησης ενεργειών ρουτίνας
- Τη φιλοσοφία διοίκησης που διέπει τη μονάδα (διοίκηση ιεραρχικής δομής, συμμετοχικό σύστημα διοίκησης κλπ.)
- Το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας⁸⁹.

⁸⁸ Δρούμπαλης, Φ., «Οργάνωση και Διοίκηση Μονάδων Υγείας», Παραδόσεις μαθημάτων, Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας, Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας, ΤΕΙ Καλαμάτας, Καλαμάτα, 2006.

⁸⁹ Δρούμπαλης, Φ., «Οργάνωση και Διοίκηση Μονάδων Υγείας», Παραδόσεις μαθημάτων, Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας, Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας, ΤΕΙ Καλαμάτας, Καλαμάτα, 2006.

**ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ 2.1:
ΓΕΝΙΚΟ
ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ**



Πηγή: Γούλα, 2007

2.5. Διοίκηση

Τα όργανα που απαρτίζουν ή που συνιστούν την ιεραρχική διοικητική πυραμίδα στο Δημόσιο Νοσοκομείο μπορούν να διακριθούν, λόγω της υψηλής επιστημονικής νοσοκομειακής λειτουργίας, σε αμιγώς διοικητικά και σε επιστημονικά όργανα που έχουν και διοικητικές ευθύνες. Η αναγκαιότητα επιστημονικής τεκμηρίωσης κάθε λήψης απόφασης, όπως για παράδειγμα η προμήθεια ιδιαίτερα εξειδικευμένου βιοτεχνολόγου εξοπλισμού, απαιτεί όχι μόνο ιδιαίτερη οικονομική ανάλυση, όχι μόνο γνώση του τρόπου και των διαδικασιών προμήθειας του εν λόγω εξοπλισμού, αλλά κυρίως επιστημονική τεκμηρίωση της αναγκαιότητας προμήθειας του εξοπλισμού αυτού. Είναι προδήλως φανερό ότι χωρίς τη διοικητικό-επιστημονική αλληλεξάρτηση των οργάνων αυτών δεν μπορεί να επιτευχθεί καμία λήψη απόφασης.

Τα διοικητικά όργανα του νοσοκομείου είναι:

- Το διοικητικό συμβούλιο
- Ο διοικητής
- Ο αναπληρωτής διοικητής
- Οι διευθυντές των τεσσάρων διευθύνσεων του νοσοκομείου
- Οι διευθυντές των επιμέρους τμημάτων της ιατρικής υπηρεσίας
- Οι υποδιευθυντές των διευθύνσεων του νοσοκομείου

Τα επιστημονικά όργανα του νοσοκομείου είναι:

- Το επιστημονικό συμβούλιο

Άλλα διοικητικο-επιστημονικά όργανα του νοσοκομείου είναι:

- Το υπηρεσιακό συμβούλιο
- Η επιτροπή νοσοκομειακών λοιμώξεων

- Η νοσηλευτική επιτροπή
- Ομάδα εκτίμησης και ελέγχου εφημερίας⁹⁰.

2.5.1. Διοικητικά Όργανα

Το Διοικητικό Συμβούλιο

Το Διοικητικό Συμβούλιο του νοσοκομείου, σύμφωνα με το Ν.3329/05, άρθρο 7, είναι επταμελές για Νοσοκομεία μέχρι 399 οργανικές κλινικές και εννιαμελές για νοσοκομεία με 400 και άνω οργανικές κλίνες.

Μέλη Διοικητικού Συμβουλίου

- Ο Διοικητής του νοσοκομείου ως Πρόεδρος του Δ.Σ.
- Τρία μέλη σε νοσοκομεία έως 399 οργανικές κλίνες και τέσσερα μέλη σε νοσοκομεία με 400 κλίνες και άνω οργανικές κλίνες, που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με τους αναπληρωτές τους .
- Ο Αναπληρωτής Διοικητής του νοσοκομείου, σε νοσοκομεία με 400 και άνω οργανικές κλίνες, με αναπληρωτή του το Δ/ντ της Διοικητικής Υπηρεσίας .
- Ένας εκπρόσωπος των γιατρών που υπηρετούν στο νοσοκομείο, ο οποίος εκλέγεται με τον αναπληρωτή του από τους γιατρούς του ΕΣΥ και τους γιατρούς μέλη ΔΕΠ που υπηρετούν στο νοσοκομείο
- Ο Διευθυντής της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας με αναπληρωτή τον αρχαιότερο Διευθυντή Νοσηλευτικού Τομέα
- Ένας εκπρόσωπος του λοιπού, πλην των γιατρών του ΕΣΥ, προσωπικού του νοσοκομείου, ο οποίος εκλέγεται με τον αναπληρωτή του, από το λοιπό, πλην των γιατρών του ΕΣΥ, προσωπικό του νοσοκομείου⁹¹.

⁹⁰ Γούλα, Α., «Διοίκηση και Διαχείριση Νοσοκομείου». Β' Έκδοση, Εκδόσεις Σταμούλης, Αθήνα, 2007, σελ 24.

2.5.2 Επιστημονικά Όργανα

Το Επιστημονικό Συμβούλιο

Σε κάθε Νοσοκομείο σύμφωνα με το Ν.3329/05, άρθρο 7, συνίσταται εννιαμελές επιστημονικό συμβούλιο.

Μέλη του Επιστημονικού Συμβουλίου αποτελούν:

- Δύο γιατροί με βαθμό Διευθυντή, που εκλέγονται από όλους τους Διευθυντές γιατρούς του νοσοκομείου, με τους αναπληρωτές τους.
- Ένας γιατρός με βαθμό Αναπληρωτή Διευθυντή, που εκλέγεται από όλους τους Αναπληρωτές Διευθυντές γιατρούς του Νοσοκομείου, με τον αναπληρωτή του.
- Ένας γιατρός με βαθμό Επιμελητή Α που εκλέγεται από όλου τους Επιμελητές Α του Νοσοκομείου, με τον αναπληρωτή του.
- Ένα γιατρός με βαθμό αναπληρωτή Β που εκλέγεται από όλους τους Επιμελητές Β του Νοσοκομείου, με τον αναπληρωτή του.
- Ένας επιστήμονας της Ιατρικής Υπηρεσίας, μη γιατρός, κατηγορίας ΠΕ.
- Ένα επιστήμονας της Ιατρική Υπηρεσίας, μη γιατρός, κατηγορίας ΤΕ με βαθμό τουλάχιστον Α, που εκλέγεται από όλους τους μη γιατρούς υπαλλήλους κατηγορίας ΠΕ και ΤΕ αντίστοιχα, που υπάγονται στην Ιατρική Υπηρεσία.
- Ένα ειδικευόμενος γιατρός, που εκλέγεται από όλους τους ειδικευομένους γιατρούς του νοσοκομείου με τον αναπληρωτή του.

⁹¹ Γούλα, Α., «Διοίκηση και Διαχείριση Νοσοκομείου». Β' Έκδοση, Εκδόσεις Σταμούλης, Αθήνα, 2007, σελ 25.

- Ένα Νοσηλευτής ΠΕ με βαθμό Α, και ελλείπει αυτού ένας Νοσηλευτής ΤΕ ή μαία ή επισκέπτρια υγείας με βαθμό Α που εκλέγεται από όλους τους νοσηλευτές και μαίες του Νοσοκομείου, με τον αναπληρωτή του⁹².

2.5.3 Επιστημονο-διοικητικά Όργανα

Το Υπηρεσιακό Συμβούλιο

Σε κάθε υπηρεσία συνιστάται με απόφαση του οικείου υπουργού, που δημοσιεύεται στην εφημερίδα της Κυβέρνησης, Υπηρεσιακό Συμβούλιο. Κατ'εξάιρεση, επιτρέπεται η σύσταση περισσότερων συμβουλίων όταν αυτό επιβάλλεται από ειδικότερους υπηρεσιακούς λόγους. Σε περίπτωση σύστασης περισσότερων υπηρεσιακών συμβουλίων στην ίδια υπηρεσία ή νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου, με την πράξη σύστασής τους καθορίζεται η αρμοδιότητα καθενός από αυτά. Κάθε υπηρεσιακό συμβούλιο αποτελεί ιδιαίτερη αρχή. Τα υπηρεσιακά συμβούλια λειτουργούν και ως Πειθαρχικά Συμβούλια

Σύμφωνα με τον υπαλληλικό κώδικα του 2006 τα υπηρεσιακά συμβούλια του προσωπικού των δημόσιων σχέσεων και των Ν.Π.Δ.Δ., είναι πενταμελή.

Μέλη Υπηρεσιακού Συμβουλίου αποτελούν:

- Ένας μόνιμος υπάλληλος, που ορίζεται πρόεδρος του υπηρεσιακού συμβουλίου και που εκλέγεται μεταξύ πέντε εν ενεργεία προϊσταμένων Διεύθυνσης οι οποίοι υπάγονται στην αρμοδιότητα του υπηρεσιακού συμβουλίου και έχουν τον περισσότερο χρόνο άσκησης καθηκόντων προϊσταμένου Διεύθυνσης.
- Δύο μόνιμους υπαλλήλους με βαθμό Α και με άσκηση καθηκόντων προϊσταμένου τμήματος ενός τουλάχιστον έτους, οι οποίοι εκλέγονται

⁹² Γούλα, Α., «Διοίκηση και Διαχείριση Νοσοκομείου». Β' Έκδοση, Εκδόσεις Σταμούλης, Αθήνα, 2007, σελ. 25.

μεταξύ αυτών που υπάγονται στην αρμοδιότητα του υπηρεσιακού συμβουλίου και υπηρετούν στην έδρα του ή στο νομό Αττικής, για τα υπηρεσιακά συμβούλια που εδρεύουν αυτό. Αν ο αριθμός των υπηρετούντων στην έδρα του υπηρεσιακού συμβουλίου ή στο νομό αυτού ή του νομού Αττικής αντίστοιχα.

- Δυο αιρετούς εκπροσώπους των υπαλλήλων με βαθμό Α.⁹³.

2.5.4 Η Επιτροπή Ενδονοσοκομειακών Λοιμώξεων

Σε κάθε Νοσοκομείο συγκροτείται με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου και μετά από εισήγηση του Επιστημονικού Συμβουλίου, Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων.

1. Η Νοσηλευτική Επιτροπή

Μέλη της Νοσηλευτικής Επιτροπής αποτελούν:

- Ο Διευθυντής της νοσηλευτικής υπηρεσίας.
- Ένας προϊστάμενος τμήματος από κάθε τομέα της νοσηλευτικής υπηρεσίας.
- Ένας διπλωματούχος νοσηλευτικού τμήματος από κάθε τομέα.

2. Η Ομάδα Εκτίμησης και Ελέγχου της Εφημερίας

Η υπ.αρ.53080/05 απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης μεταρρύθμισε ριζικά τον τρόπο εφημεριών των Νοσοκομείων στο Λεκανοπέδιο της Αττικής και εισήγαγε την εναλλασσόμενη καθημερινή εφημερία. Στόχος της απόφασης αυτής, είναι η ενεργοποίηση και λειτουργία

⁹³ Γούλα, Α., «Διοίκηση και Διαχείριση Νοσοκομείου». Β' Έκδοση, Εκδόσεις Σταμούλης, Αθήνα, 2007, σελ 26.

όλων των Νοσοκομείων σε καθημερινή βάση με εναλλασσόμενη μορφή ως Νοσοκομεία Πρωινής Λειτουργίας και ως Νοσοκομεία Κύριας Εφημερίας.

Μέλη της Ομάδας Εκτίμησης και Ελέγχου Εφημερίας

- Ο Αναπληρωτής Διοικητής του Νοσοκομείου.
- Ο Συντονιστής Εφημερίας του Νοσοκομείου.
- Οι Διευθυντές των Τομέων.
- Η Διευθύντρια της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας κατά την πρωινή λειτουργία ή η εφημερεύουσα προϊσταμένη του Νοσοκομείου κατά την κύρια εφημερία 16/ωρη ή 24/ωρη⁹⁴.

2.6 Η Διάρθρωση του Νοσοκομείου

Κάθε Οργανισμός, ανάλογα με το μέγεθος του, αποτελείται από Διευθύνσεις, Τομείς, Τμήματα και Αυτοτελείς Μονάδες.

Με την οργάνωση επιδιώκεται ο καταμερισμός των θεμελιωδών λειτουργιών μίας επιχειρησιακής μονάδας μεταξύ τμημάτων και απασχολούμενων, δηλαδή, μεταξύ Διευθύνσεων, Τομέων, Τμημάτων και εξειδικευμένου ανθρωπίνου δυναμικού, ανάλογα με τα ιεραρχικά τα καθήκοντα, προσδιορίζοντας παράλληλα τα εύρος αυτών των καθηκόντων. (Η επίτευξη των στόχων του νοσοκομείου επιτυγχάνεται μέσω του προγραμματισμού και σχεδιασμού του τρόπου οργάνωσης της εργασίας προς υλοποίηση του επιθυμητού αποτελέσματος).

Η αλληλοσύνδεση και αλληλοεξάρτηση των επιμέρους εργασιών εύρος των εργασιών κάθε τμήματος και κάθε ατόμου, διαμορφώνουν κάθε φορά τις σχέσεις

⁹⁴ Γούλα, Α., «Διοίκηση και Διαχείριση Νοσοκομείου». Β' Έκδοση, Εκδόσεις Σταμούλης, Αθήνα, 2007, σελ 27.

εξουσίας και συνεργασίας μεταξύ των απασχολουμένων, σχέσεις που αποτυπώνονται στο οργανόγραμμα μίας νοσοκομειακής μονάδας και καταδεικνύουν με σαφήνεια τα όρια των διοικητικών αυτών σχέσεων⁹⁵.

2.7 Οι Υπηρεσίες του Νοσοκομείου

Τέσσερις βασικές υπηρεσίες – διευθύνσεις διαρθρώνουν το Νοσοκομείο του ΕΣΥ:

- 1) Η Ιατρική Υπηρεσία
- 2) Η Νοσηλευτική Υπηρεσία
- 3) Η Τεχνική – Ξενοδοχειακή Υπηρεσία

Η όλη δομή και ανάπτυξη των μονάδων του νοσοκομείου στηρίζεται στους τέσσερις αυτούς βασικούς άξονες. Και οι τέσσερις υπηρεσίες - διευθύνσεις, με τη δική της δόμηση η κάθε μία, υπάγονται στο διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου. Εκτός των ανωτέρω βασικών υπηρεσιών –διευθύνσεων σε κάθε νοσοκομείο αναπτύσσονται αυτοτελή τμήματα και γραφεία τα οποία δεν υπάγονται στις τέσσερις διευθύνσεις αλλά υπάγονται κατευθείαν στο Διοικητή του Νοσοκομείου.

Τα αυτοτελή αυτά τμήματα και γραφεία μπορεί να είναι:

- Το Τμήμα Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης
- Το Γραφείο Νομικών Υποθέσεων
- Το Τμήμα Ελέγχου Ποιότητας
- Το Γραφείο Δημοσίων Σχέσεων και Επικοινωνίας με τον Πολίτη

⁹⁵ Γούλα, Α., «Διοίκηση και Διαχείριση Νοσοκομείου». Β' Έκδοση, Εκδόσεις Σταμούλης, Αθήνα, 2007, σελ 30.

- Το Γραφείο Υποδοχής Ασθενών

Με τον οργανισμό το Νοσοκομείου επίσης προσδιορίζονται η δύναμη των κλινών, η αριθμητική σύνθεση το προσωπικού κατά κλάδο και βαθμό και η αναλογία κλινών και τμημάτων για την υποστήριξη και προώθηση των δραστηριοτήτων του νοσοκομείου. Επίσης προβλέπεται η έκδοση ενιαίου εσωτερικού κανονισμού λειτουργίας των νοσοκομείων. Στο οργανόγραμμα 1 παρουσιάζεται η Οργανωτική Δομή ενός νοσοκομείου 600 κλινών όπου μπορεί να διαφανεί, σε αρκετά μεγάλο εύρος, η αναλυτική τμηματοποίηση του⁹⁶.

2.8 Διάρθρωση ενός Τομέα σε Τμήματα

Όπως διαπιστώνεται, στο Νοσοκομειακό υποσύστημα, υπάρχει ένας υπερβολικά μεγάλος αριθμός ενεργειών και δραστηριοτήτων και κατά συνέπεια ο καταμερισμός της εργασίας αποτελεί μία πολυσύνθετη οργανωτική διαδικασία η οποία βρίσκει τη λύση της στη δημιουργία περισσότερων του ενός τομέων για ομοειδείς εξειδικευμένες ιατρικές πράξεις, όπως για παράδειγμα του Παθολογικού Τομέα.

Ο Παθολογικός Τομέας, ανάλογα με τη δύναμη των κλινών και το εύρος των παρεμβάσεων, κατανέμεται σε δύο ή τρεις τομείς (Παθολογικός Α'Β'Γ') για την επίτευξη μίας ορθολογικότερης ταξινόμηση του μεγάλου αριθμού των τμημάτων που ανήκουν σε αυτόν. Η πλήρης ταξινόμηση και τμηματοποίηση όλων των τομέων εμφανίζεται στο Οργανόγραμμα 2.

Συγκεκριμένα ο Παθολογικός τομέας διακρίνεται σε:

⁹⁶ Γούλα, Α., «Διοίκηση και Διαχείριση Νοσοκομείου». Β' Έκδοση, Εκδόσεις Σταμούλης, Αθήνα, 2007, σελ 31.

- Α' Παθολογικό
- Παθολογικό/ Ογκολογικό
- Ακτινοθεραπείας
- Χημειοθεραπείας
- Γαστρεντερολογικό
- Ρευματολογικό
- Δερματολογικό
- Αλλεργιολογικό
- Αιματολογικό
- Νευρολογικό
- Νεφρολογικό
- Καρδιολογικό

Ο κάθε Τομέας της Ιατρικής Υπηρεσίας αναπτύσσει εξειδικευμένα τμήματα ή κλινικές όπου προϊστανται ΓΙΑΤΡΟΙ ΔΙΕΥΘΥΝΤΕΣ ή άλλοι επιστήμονες της Ιατρικής Υπηρεσίας με βαθμό Διευθυντή. Τα τμήματα λειτουργούν με επιστημονική αυτοτέλεια και ισοτιμία⁹⁷.

2.9 Η Ιατρική Υπηρεσία

Ο Ν.2889/2001, καθορίζει τους υπευθύνους της Ιατρικής Υπηρεσίας. Σ' αυτήν προϊσταται ο Διευθυντής Ιατρική Υπηρεσίας που έχει ως κύριο έργο την παρακολούθηση της εύρυθμης λειτουργίας της.

⁹⁷ Γούλα, Α., «Διοίκηση και Διαχείριση Νοσοκομείου». Β' Έκδοση, Εκδόσεις Σταμούλης, Αθήνα, 2007, σελ. 33.

Οι αρμοδιότητες του διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας είναι:

- Ο συντονισμός του έργου των τμημάτων των διαφόρων Τομέων της Διεύθυνσης
- Η εισήγηση του προγράμματος και του ωραρίου λειτουργίας των τακτικών εξωτερικών ιατρείων
- Η εισήγηση για τη χορήγηση οποιασδήποτε μορφής άδειας και γενικά
- Ο έλεγχος τυχόν δυσλειτουργιών της Ιατρική Υπηρεσίας

2.9.1 Διάρθρωση της Ιατρικής Υπηρεσίας

Η Ιατρική Υπηρεσία διαρθρώνεται στους κάτωθι τομείς:

- Παθολογικός Τομέας
- Χειρουργικός Τομέας
- Ψυχιατρικός Τομέας ή Τομέας Ψυχικής Υγείας
- Άλλα Διατομεακά Τμήματα

Μπορεί ακόμη, ανάλογα με το μέγεθος και τη δύναμη των κλινών του νοσοκομείου, να αναπτυχθούν:

- Παιδιατρικός Τομέας
- Τομέας Επεικονίσεις

Σε κάθε τομέα προϊστάται ο Διευθυντής του Τομέα ο οποίος είναι υπεύθυνος για το συντονισμό τις λειτουργίας⁹⁸.

2.9.2 Διάρθρωση του Ιατρικού Τμήματος

Η παροχή ιατρονοσηλευτικής φροντίδας υγείας από ένα Ιατρικό Τμήμα, απαιτεί τη συνεργασία πολλών ειδικοτήτων και βαθμίδων εργαζομένων. Για παράδειγμα σε ένα Παθολογικό Τμήμα Ελληνικού Δημοσίου Νοσοκομείου 45κλινών ακολουθείται συνήθως η κάτωθι οργανωτική διάρθρωση:

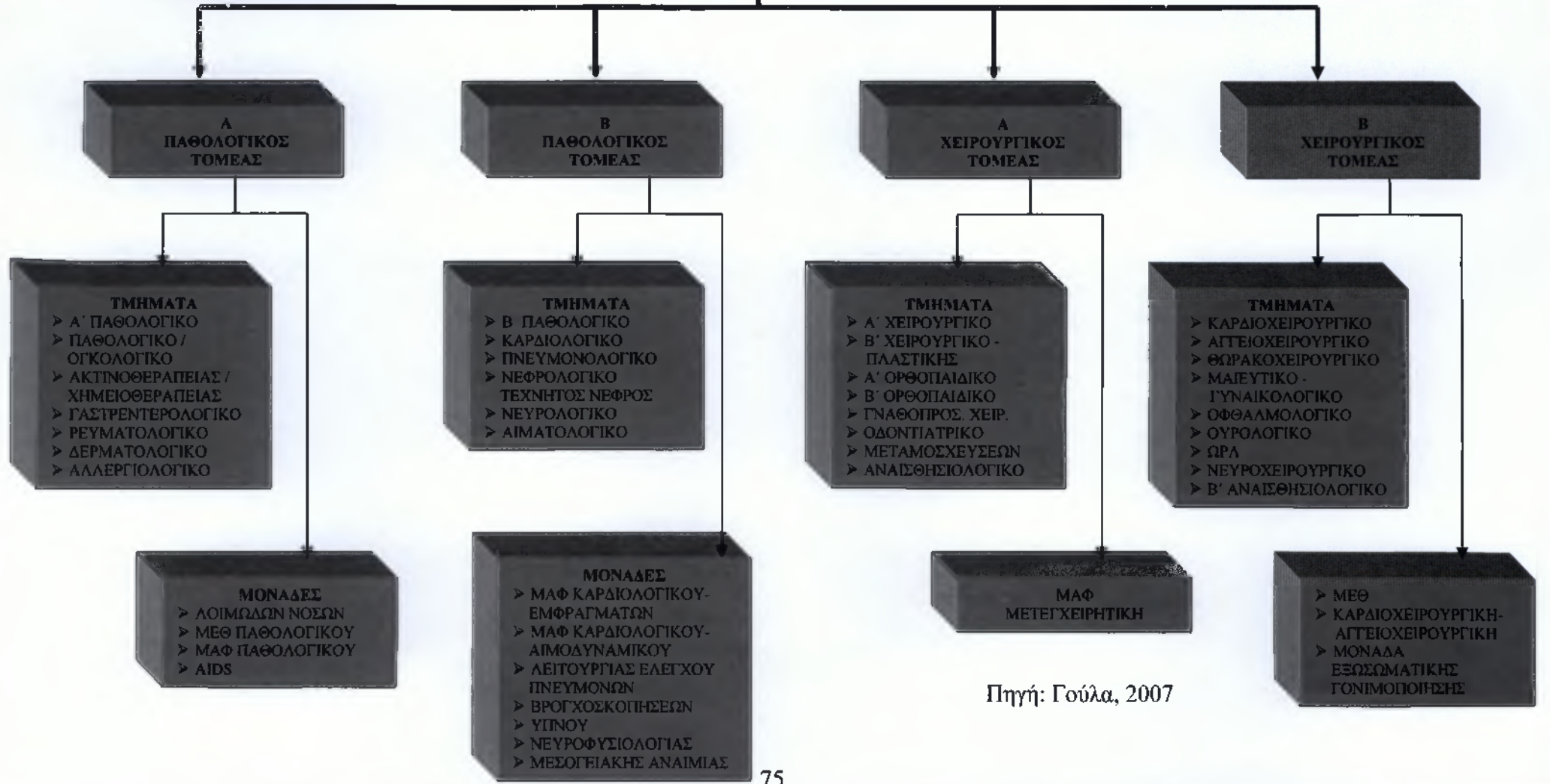
1. Ένας Διευθυντής Γιατρός
2. Τέσσερις Αναπληρωτές Διευθυντές Γιατροί
3. Έξι Επιμελητές Α'
4. Δύο Επιμελητές Β'
5. Είκοσι τρεις Ειδικευόμενοι Γιατροί
6. Μία Νοσηλεύτρια Προϊστάμενη Τμήματος
7. Μία Αναπληρώτρια Προϊστάμενη Τμήματος
8. Μία ΠΕ Νοσηλεύτρια
9. Πέντε ΤΕ Νοσηλεύτριες
10. Έξι ΔΕ Νοσηλεύτριες
11. Μία ΥΕ Βοηθός Θαλάμου
12. Δύο Τραυματιοφορείς
13. Πέντε Τραπεζοκόμες
14. Τρεις Καθαρίστριες
15. Ένας Διοικητικός Υπάλληλος⁹⁹

⁹⁸ Γούλα, Α., «Διοίκηση και Διαχείριση Νοσοκομείου». Β' Έκδοση, Εκδόσεις Σταμούλης, Αθήνα, 2007, σελ. 32.

⁹⁹ Γούλα, Α., «Διοίκηση και Διαχείριση Νοσοκομείου». Β' Έκδοση, Εκδόσεις Σταμούλης, Αθήνα, 2007, σελ. 32.

**ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ 2.2:
ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ
ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ**

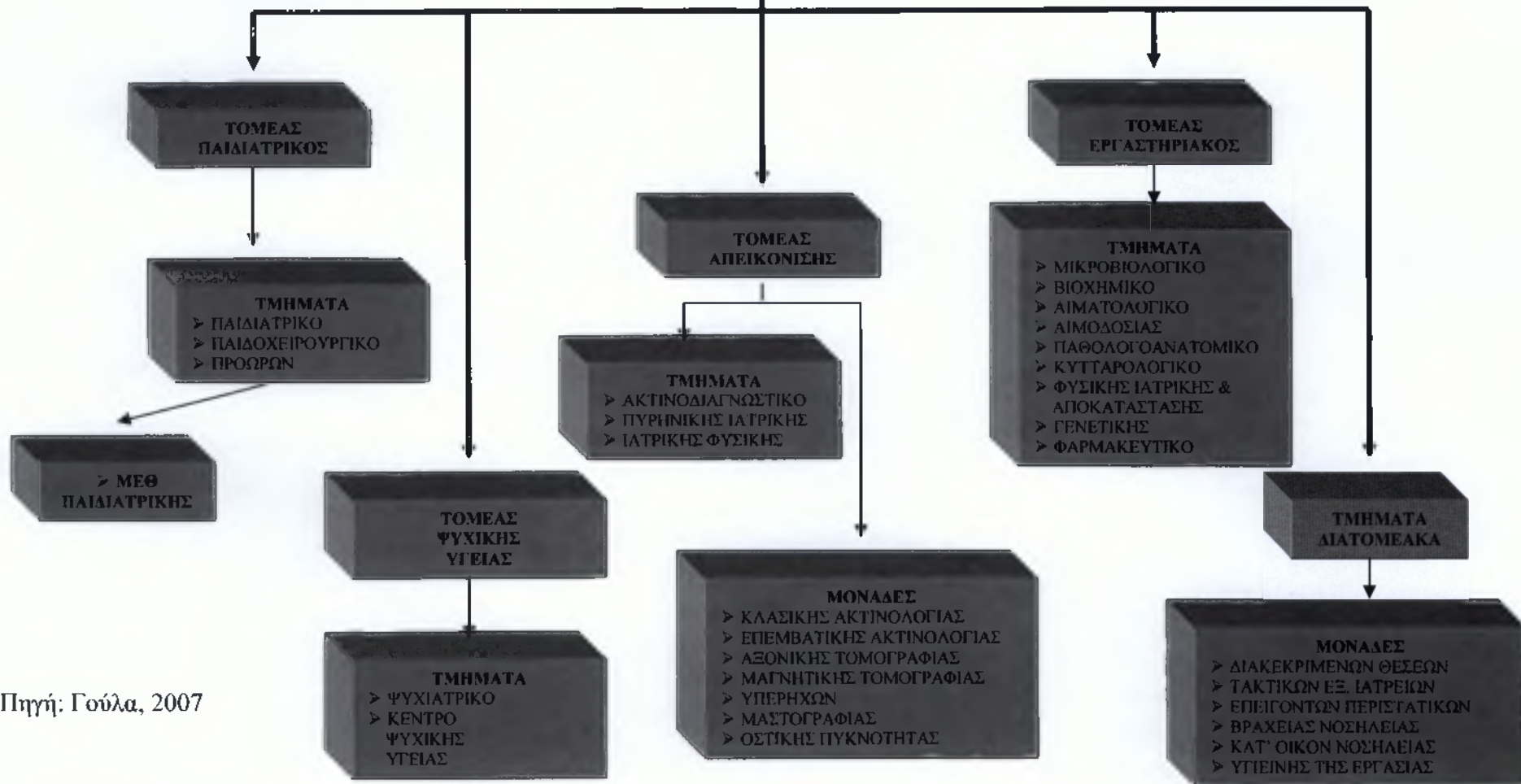
**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ
ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ**



Πηγή: Γούλα, 2007

ΣΥΝΕΧΕΙΑ
ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ
ΔΙΑΡΘΡΩΣΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ
ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ
**ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ**



Πηγή: Γούλα, 2007

2.9.3 Διατομεακά Τμήματα

Σε κάθε Νοσοκομείο δημιουργούνται Διατομεακά Τμήματα – Μονάδες για την εξυπηρέτηση όλων των τομέων κατά την υλοποίηση των εν λόγω δραστηριοτήτων

Στα Διατομεακά Τμήματα ανήκουν οι Μονάδες:

- Τακτικών Εξωτερικών Ιατριών
- Επείγοντων Περιστατικών
- Κατ'οίκον Νοσηλείας και Υγιεινής της Εργασίας¹⁰⁰.

2.9.4 Απογευματινά Ιατρεία

Με την υπ. απ. 40620/01 επιτρέπεται στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, μετά το τακτικό ωράριο, η λειτουργία απογευματινών ιατριών και η διενέργεια διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων. Ο προγραμματισμός των διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων που διενεργούνται μετά το τακτικό ωράριο πραγματοποιείται, με επιμέλεια του Διευθυντή του Τομέα, υπό την προϋπόθεση, ότι διασφαλίζεται κατά απόλυτη προτεραιότητα η εξυπηρέτηση των αναγκών της εφημερίας των νοσηλευόμενων ασθενών και των τακτικών πρωινών εξωτερικών ιατριών¹⁰¹.

2.10 Πανεπιστημιακές Κλινικές

Σε μερικά νοσοκομεία λειτουργούν Πανεπιστημιακές Κλινικές, εργαστήρια και ειδικές μονάδες. Οι μονάδες αυτές εντάσσονται στον αντίστοιχο τομέα της ιατρικής

¹⁰⁰Γούλα, Α., «Διοίκηση και Διαχείριση Νοσοκομείου». Β' Έκδοση, Εκδόσεις Σταμούλης, Αθήνα, 2007, σελ 35.

¹⁰¹Γούλα, Α., «Διοίκηση και Διαχείριση Νοσοκομείου». Β' Έκδοση, Εκδόσεις Σταμούλης, Αθήνα, 2007, σελ.35.

υπηρεσίες του νοσοκομείου και αποτελούν οργανικά του τμήματα. Στελεχώνονται από γιατρούς και άλλους επιστήμονες του ιατρικού τμήματος του Πανεπιστημίου.

2.11 Νοσηλευτική Υπηρεσία

Της νοσηλευτική υπηρεσίας προϊστάται η Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, η οποία έχει τη γενική ευθύνη του προσφερόμενου νοσηλευτικού έργου και ακολουθεί ιεραρχικά η Υποδιευθύντρια. Οι αρμοδιότητες της Διευθύντριας της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας είναι:

1. Ο έλεγχος και η εποπτεία της ομαλής λειτουργίας των κλινικών το νοσοκομείου
2. Ο καθορισμός των καθηκόντων των νοσηλευτριών και η υποχρέωση της ακριβούς τέλεσης των οδηγιών των γιατρών σχετικά με τη νοσηλεία, τη διαίτα και γενικά τη θεραπεία των ασθενών
3. Ο έλεγχος για την καθαριότητα των νοσηλευτικών τομέων και τμημάτων
4. Η φροντίδα για την καθαριότητα, τους κανόνες υγιεινής, την επάρδεια νοσηλευτικού υλικού στα τμήματα
5. Ο έλεγχος και η υπογραφή των προγραμμάτων εφημερίας που καταρτίζονται από τους τομείς,
6. Η ευθύνη και η υπογραφή όλων θεμάτων που άπτονται των διαδικασιών και των λειτουργιών της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας
7. Η τήρηση του τακτικού μητρώου του Νοσηλευτικού Προσωπικού που υπηρετεί στο Νοσοκομείο και η σύνταξη των εκθέσεων αξιολόγησης προσωπικού,
8. Η εισήγηση για τις προαγωγές του νοσηλευτικού προσωπικού και η επιβολή πειθαρχικών κυρώσεων στο προσωπικό που απάγεται στην αρμοδιότητα της
9. Οι μετακινήσεις του Νοσηλευτικού και Βοηθητικού προσωπικού από Τμήματα σε Τμήματα

10. Η συνυπογραφή των εντύπων διακίνησης φαρμακευτικού και υγειονομικού υλικού ελέγχοντας την καλή διάθεση αυτών¹⁰².

2.11.1 Διάρθρωση της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

Η Νοσηλευτική Υπηρεσία διαρθρώνεται σε Νοσηλευτικούς Τομείς όπως ακριβώς και η Ιατρική Υπηρεσία. Ο ιατρικός τομέας στον οποίο δεν αντιστοιχεί νοσηλευτικός τομέας είναι ο εργαστηριακός γιατί οι απλές νοσηλευτικές πράξεις αναλαμβάνονται από το παραϊατρικό προσωπικό το οποίο έχει λάβει βασικές γνώσεις στο σύστημα αρχικής εκπαίδευσης ενώ κατά την πρακτική άσκηση πριν τη λήψη του πτυχίου του έχει καταρτιστεί σχετικά με τη λήψη αίματος κ.ά.

Οι νοσηλευτικοί τομείς αποτελούνται από νοσηλευτικά τμήματα και αυτοτελείς μονάδες. Τα νοσηλευτικά τμήματα αποτελούν λειτουργικές μονάδες του ιατρικού τομέα με νοσηλευτική αυτοτέλεια .

Στα τμήματα περιλαμβάνονται:

A) μη αυτοτελείς μονάδες που αποτελούν λειτουργικές μονάδες του αντίστοιχου τμήματος και

B) αυτοτελείς μονάδες, όπως για παράδειγμα η ΜΕΘ μπορεί να ανήκει είτε στο Α' Παθολογικό Τμήμα του Α' Νοσηλευτικού Τομέα είτε η ΜΕΘ του Καρδιοχειρουργικού Τμήματος στο Δ' Νοσηλευτικού Τομέα κ.ά.

2.11.2 Διάρθρωση του Νοσηλευτικού Τομέα σε Τμήματα

Η διάρθρωση ενός Νοσηλευτικού Τομέα σε τμήματα, όπως για παράδειγμα του Α' Νοσηλευτικού Τομέα, μπορεί να είναι:

¹⁰² Γούλα, Α., «Διοίκηση και Διαχείριση Νοσοκομείων». Β' Έκδοση, Εκδόσεις Σταμούλης, Αθήνα, 2007, σελ.35.

- Α' Παθολογικό
- Ακτινοθεραπευτικό
- Χημειοθεραπείας
- Γαστρεντερολογικό
- Ρευματολογικό
- Δερματολογικό
- Αλλεργιολογικό και Αυτοτελείς Μονάδες Λοιμώξεων
- ΜΕΘ
- ΜΑΦ
- AIDS¹⁰³.

2.12 Η Διοικητική Υπηρεσία

Η Διοικητική υπηρεσία διαρθρώνεται γύρω από δύο βασικούς άξονες στους οποίους εντάσσονται κατηγορίες δραστηριοτήτων που αφορούν αφενός μεν, τη διοικητική λειτουργία του Νοσοκομείου και αφετέρου δε, την οικονομική του λειτουργία. Επειδή πλέον, η Διοίκηση και η Οργάνωση Επιχειρήσεων – Οργανισμών ανήκει, ως κλάδος στο ενιαίο πεδίο της Οικονομικής Επιστήμης, το οποίο έχει επικρατήσει σε επιχειρησιακό επίπεδο να ορίζεται ως οικονομικά και διοίκηση επιχειρήσεων, στο Νοσοκομείο τα δύο αυτά πεδία ευθύνης και ο καταμερισμός των εργασιών τους ανήκουν στην Διεύθυνση της Διοικητικής Υπηρεσίας, η οποία διαρθρώνεται σε υποδιεύθυνση διοικητικού και υποδιεύθυνση οικονομικού.

¹⁰³ Γούλα, Α., «Διοίκηση και Διαχείριση Νοσοκομείων». Β' Έκδοση, Εκδόσεις Σταμούλης, Αθήνα, 2007, σελ.37.

Κάθε υποδιεύθυνση χωρίζεται σε τμήματα και γραφεία ανάλογα με την εξειδίκευση και το εύρος των δραστηριοτήτων τους. Τα όργανα διοίκησης της Διεύθυνσης, των Υποδιευθύνσεων, των Τμημάτων και των Γραφείων είναι τα ακόλουθα:

- Διευθυντής Διοικητικής Υπηρεσίας
- Υποδιευθυντής Διοικητικής Υπηρεσίας
- Υποδιευθυντής Οικονομικής Υπηρεσίας
- Προϊστάμενοι Τμημάτων και Γραφείων¹⁰⁴.

2.12.1 Διάρθρωση της Διοικητικής Υπηρεσίας

Η Διοικητική Υπηρεσία διαρθρώνεται στις κάτωθι δύο υποδιευθύνσεις:

1. Η Υποδιεύθυνση Διοικητικού στην οποία υπάγονται:

- Το Τμήμα Προσωπικού
- Το Τμήμα Γραμματείας
- Το Γραφείο Πρωτοκόλλου
- Το Γραφείο Αρχείων και Φακέλων
- Το Τμήμα Γραμματείας των Εξωτερικών Ιατρείων
- Το Τμήμα Κίνησης Ασθενών
- Το Γραφείο Εισιτηρίων – Εξιτηρίων Ασθενών
- Το Λογιστήριο Ασθενών
- Η Γραμματεία ΤΕΠ και η Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας

¹⁰⁴ Γούλα, Α., «Διοίκηση και Διαχείριση Νοσοκομείων». Β' Έκδοση, Εκδόσεις Σταμούλης, Αθήνα, 2007, σελ.39.

- Το Τμήμα Κοινωνικής Υπηρεσίας
- Το Τμήμα Παραϊατρικών Επαγγελμάτων

2. Η Υποδιεύθυνση Οικονομικού στην οποία υπάγονται:

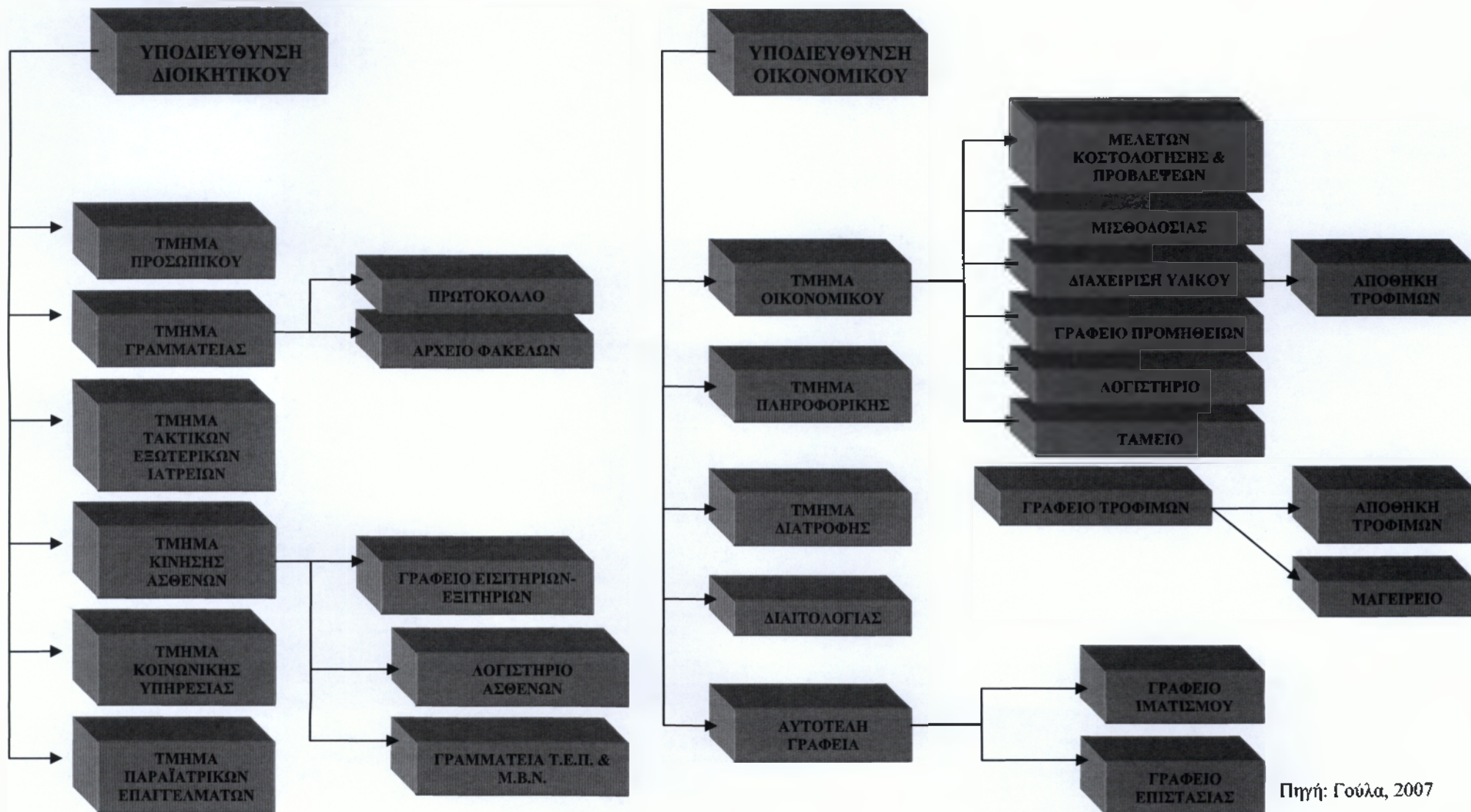
- Το γραφείο μελετών κοστολόγησης και προβλέψεων
- Το γραφείο διαχείριση υλικού και η αποθήκη υλικού
- Το γραφείο προμηθειών
- Το ταμείο
- Το λογιστήριο
- Το γραφείο μισθοδοσίας
- Το τμήμα τροφίμων
- Το γραφείο διαιτολόγου
- Η αποθήκη τροφίμων
- Τα μαγειρεία
- Τα αυτοτελή γραφεία: επιστασίας και ιματισμού¹⁰⁵.

2.12.2 Οργανόγραμμα Διάρθρωσης της Διοικητικής Υπηρεσίας

¹⁰⁵ Γούλα, Α., «Διοίκηση και Διαχείριση Νοσοκομείου». Β' Έκδοση, Εκδόσεις Σταμούλης, Αθήνα, 2007, σελ.40.

**ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ 2.3:
ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ
ΔΙΑΡΘΡΩΣΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ**

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ**



Πηγή: Γούλα, 2007

2.13 Η Τεχνική Υπηρεσία

Η Τεχνική υπηρεσία αποτελεί τον τέταρτο πυλώνα στήριξης της επιχειρησιακής λειτουργίας του νοσοκομείου λόγω της πολυπλοκότητας των τεχνολογικών εφαρμογών που διεξάγονται πλέον στο νοσοκομειακό χώρο.

2.13.1 Διάρθρωση της Τεχνικής Υπηρεσίας

Η Τεχνική Υπηρεσία, διαρθρώνεται σε δύο τμήματα:

1. Το Τμήμα Βιοϊατρικής Τεχνολογίας
2. Το Τμήμα Τεχνικού.

Αναλόγως του μεγέθους του νοσοκομείου τα ανωτέρω τμήματα μπορεί να εξειδικεύονται στους κάτωθι τομείς ή γραφεία:

A) Τμήμα Βιοϊατρικής Τεχνολογίας (BIT)

- Γραφείο Προγραμματισμού και Προμήθειας (BIT)
- Γραφείο Κοστολόγησης Επισκευών και Συντήρησης (BIT)
- Γραφείο Λειτουργικής Αξιολόγησης (BIT)
- Ερευνητικός Τομέας (BIT)

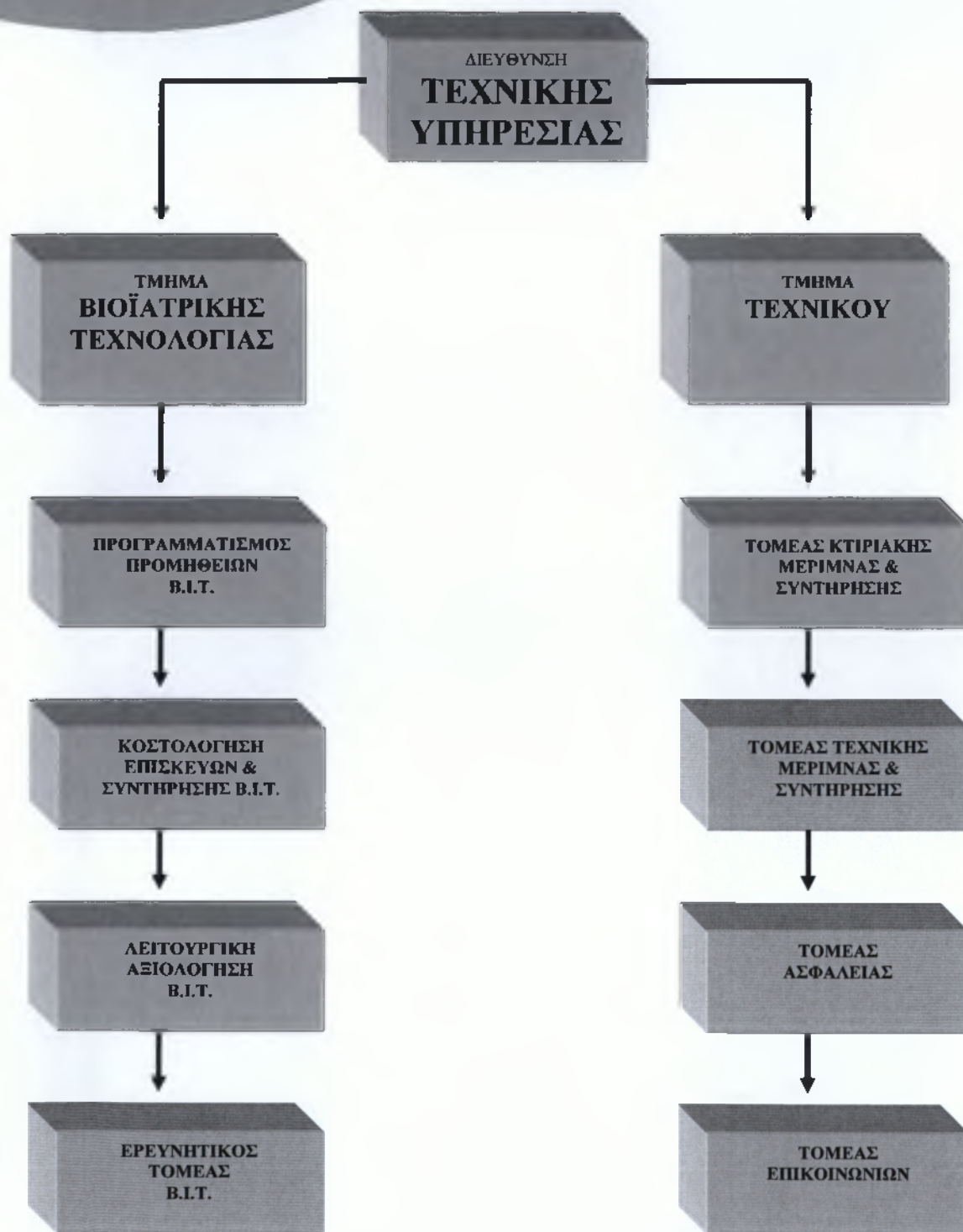
B) Τμήμα Τεχνικού

- Τομέας Κτιριακής Μέριμνας και Συντήρησης
- Τομέας Τεχνικής Μέριμνας και Συντήρησης
- Τομέας Ασφαλείας
- Τομέας Επικοινωνιών¹⁰⁶

¹⁰⁶ Γούλα, Α., «Διοίκηση και Διαχείριση Νοσοκομείων». Β' Έκδοση, Εκδόσεις Σταμούλης, Αθήνα, 2007, σελ.40.

2.13.2 Οργανόγραμμα Διάρθρωσης της Τεχνικής Υπηρεσίας

**ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ 2.4:
ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ
ΔΙΑΡΘΡΩΣΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ**



Πηγή: Γούλα, 2007

2.14 Ειδικότητες στο Νοσοκομείο

Κυριότερη διαδικασία προγραμματισμού στελέχωσης του Νοσοκομείου θεωρείται η διερεύνηση των αναγκών ειδικοτήτων για την κάλυψη του συνόλου των παραγωγικών αναγκών και η συστηματοποίηση τους σε κατηγορίες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.1 ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ- ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ

Παθολογίας	Δερματολογίας	Οφθαλμολογίας
Καρδιολογίας	Ορθοπαιδικής	Ωτορινολαρυγγολογίας
Παιδιατρικής	Αναισθησιολογίας	Αγγειολογίας
Οδοντιατρικής	Ενδοκρινολογίας	Αιματολογίας
Νεφρολογίας	Ουρολογίας	Μικροβιολογίας
Παθολογοανατομίας	Παιδοχειρουργικής	Ψυχιατρικής
Ακτινοδιαγνωστικής	Κυτταρολογίας	Παιδοψυχιατρικής
Γαστρεντερολογίας	Ρευματολογίας	Νευρολογίας
Νευροχειρουργικής	Πνευμονολογίας	Χειρουργικής
Γυναικολογικής – μαιευτικής	Πλαστικής χειρουργικής	Γναθοχειρουργικής
Φυσικής ιατρικής και αποκατάσταση	Επείγουσας ιατρικής	Ιατρικής εργασίας

Πηγή: Γούλα Α., 2007

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

ΠΕ Νοσηλευτικής	ΤΕ Νοσηλευτικής	ΤΕ Επισκεπτών – τριών Υγείας
ΤΕ Μαιευτικής	ΔΕ Αδελφών Νοσοκόμων	ΔΕ Πρακτικών νοσοκόμων
ΥΕ Μεταφορέων ασθενών	ΥΕ Νοσοκόμων	ΥΕ Βοηθοί θαλάμου
ΥΕ Νεκροτομών	ΥΕ Σαβανωτων	

Πηγή: Γούλα Α., 2007

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3. ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΜΗ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

ΠΕ Φαρμακοποιών	ΠΕ Βιοχημικών-Χημικών	ΠΕ Βιολόγων
ΠΕ Ακτινοφυσικών	ΠΕ Ψυχολόγων	ΠΕ Λογοθεραπευτών
ΠΕ Κοινωνικής Εργασίας	ΠΕ Διαιτολόγων	ΤΕ Κοινωνικής Εργασίας
ΤΕ Ιατρικών Εργαστηρίων	ΤΕ Φυσιοθεραπευτών	ΤΕ Ραδιολογίας – Ακτινολογίας
ΤΕ Τεχνολόγων Τροφίμων και διατροφής	ΤΕ Εποπτών Δημόσιας Υγιεινής	ΤΕ Εργοθεραπευτών
ΔΕ Παρασκευαστών	ΔΕ Χειριστών Εμφανιστών	ΔΕ Βοηθών Φαρμακείου

Πηγή: Γούλα Α., 2007

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.4. ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

ΠΕ Διοικητικού – Λογιστικού	ΠΕ Κοστολόγων	Πληροφορικής
ΠΕ Στατιστικής	ΤΕ Πληροφορικής	Διοίκησης Νοσοκομείου
ΤΕ Βιβλιοθηκονομίας	ΤΕ Διοικητικού-Λογιστικού	Δακτυλογραφών
ΔΕ Διοικητικού Λογιστηρίου	ΤΕ Τηλεφωνητών	Ηλεκτρονικών Υπολογιστών
ΔΕ Κλητήρων-Θυρών	ΔΕ Αποθηκάρων	Χειριστών μηχανημάτων αναπαραγωγής εγγράφων

Πηγή: Γούλα Α., 2007

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.5. ΤΕΧΝΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

ΔΕ Οδηγοί αυτοκινήτου	Χειριστών ιατρικών συσκευών	ΔΕ οικοδόμοι
ΔΕ Ράπτες	Θερμαστές	ΔΕ ξυλουργοί
ΔΕ Απολυμαντές	Ηλεκτροτεχνικοί	ΔΕ ψυκτική
ΔΕ Κηπουρών	Εργοδηγοί	ΔΕ ελαιοχρωματιστές
ΔΕ Κλιναβιστών απολυμαντών	Μηχανοτεχνίτες	ΔΕ χειριστές μηχανημάτων
ΔΕ Σχεδιαστές	Υδραυλικοί	ΔΕ σιδηρουργοί

Πηγή: Γούλα Α., 2007

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.6. ΤΕΧΝΟΛΟΓΟΙ

ΠΕ μηχανικών – ηλεκτρολόγων	ΠΕ Αρχιτεκτόνων	ΠΕ Πολιτικών Μηχανικών
ΠΕ μηχανολόγων – μηχανικών	ΤΕ Ηλεκτρολογίας	ΤΕ Τεχνολογικών Εφαρμογών
ΠΕ ηλεκτρονικής		ΤΕ Μηχανολογίας

Πηγή: Γούλα Α., 2007

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.7. ΛΟΙΠΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

ΥΕ Πλύντες	ΥΕ Τραπεζοκόμοι	ΤΕ Μαγείρων
ΥΕ Κλητήρες	ΥΕ Βοηθοί μάγειρων	ΔΕ Μαγείρων
ΥΕ Θυρωροί	ΥΕ Λαντζιέρηδες	ΥΕ Πρεσαδόροι
ΥΕ Καθαριστές	ΥΕ Εργατών	ΥΕ Φυλάκων-Νυχτοφυλάκων

Πηγή: Γούλα Α., 2007

2.15 Οι Δημόσιες Σχέσεις των Νοσοκομείων

Οι δημόσιες σχέσεις είναι μια μορφή επικοινωνίας, που αποβλέπουν στην ανάπτυξη ενός πνεύματος αμοιβαίας εμπιστοσύνης και κατανόησης μεταξύ των ατόμων και ομάδων. Οι δημόσιες σχέσεις είναι μια διοικητική λειτουργία, διαρκούς και προγραμματισμένου χαρακτήρα, με την οποία δημόσιοι και ιδιωτικοί οργανισμοί επιδιώκουν να κερδίσουν και να διατηρήσουν την κατανόηση, τη συμπάθεια και την υποστήριξη εκείνων με του οποίου έρχονται σε επαφή, με αώτερο σκοπό να συντονίσουν όσο το δυνατόν την πολιτική και την τακτική δράσης τους, για να επιτύχουν με την προγραμματισμένη και την εκτεταμένη πληροφόρηση πιο αποδοτική συνεργασία και πιο αποτελεσματική εκπλήρωση των κοινών επιδιώξεων και στην συμφερόντων.

Οι δημόσιες σχέσεις έχουν σαν διπλή κατευθυντήρια γραμμή να μεταδώσουν το μήνυμα του οργανισμού που αναλαμβάνει πολιτική Δημόσιων Σχέσεων προς την

κοινή γνώμη και αντίστροφα να του μεταφέρουν τις σχετικές με αυτό και τη δραστηριότητα του απόψεις κοινής γνώμης. Για αυτόν ακριβώς τον λόγο λέγεται ότι οι Δημόσιες Σχέσεις εκτελούν ταυτόχρονα ρόλο πομπού και δέκτη. Αυτός ο διπλός ρόλος αποτελεί και την ασφαλιστική δικλείδα του θεσμού για την ανάπτυξη Σχέσεων μια που επιτρέπει να ακουστούν παράλληλα οι απόψεις αντιθέτων παραγόντων της κοινωνικής επικοινωνίας.

Σαν βάση άσκησης του κοινωνικού ρόλου αλλά και της ομαλής λειτουργίας ενός οργανισμού υγείας βρίσκεται η σωστή επικοινωνία, μια επικοινωνία με τις εξής δυο κατευθύνσεις:

A) Στο εσωτερικό (εργαζόμενοι)

B) Στο εξωτερικό (ασθενείς, κοινό, άλλοι φορείς)¹⁰⁷

2.16 Η Θέση των Δημοσίων Σχέσεων στο Εσωτερικό Οργανόγραμμα

Οι δημόσιες σχέσεις αποτελούν επιτελικό όργανο στις Διοικητικές και ως εκ τούτου τοποθετούνται πλησίον στους επικεφαλούς της Διοίκησης και υπάγεται απ' ευθείας σ' αυτή βοηθώντας στη γρήγορη αποτελεσματική αντιμετώπιση όποιων προβλημάτων, με τελικό στόχο «για το καλό του συνόλου και το γενικότερο κοινωνικό συμφέρον».

Στην περίπτωση που ξεπεραστούν οι ανασταλτικοί εκείνοι παράγοντες και λειτουργήσουν τα γραφεία Δημοσίων Σχέσεων στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα της χώρας μας, θα πρέπει οι Δημόσιες Σχέσεις να ασκούνται από στελέχη ικανά και όχι από εμπειρικούς εργαζόμενους, διαφορετικά δεν θα είναι σε θέση να υπηρετούν σωστά και αποτελεσματικά τον θεσμό.

¹⁰⁷Στάθης, Ι.Γ., «Διάλογοι για το Νοσοκομειακό Management», 3^η Έκδοση, Εκδόσεις «Mediforce Services S.A.», Αθήνα, 2004, σελ. 386.

Τα προσόντα που κρίνονται απαραίτητα, σε ιδανικό φυσικά επίπεδο, άλλα από τα οποία είναι έμφυτα, άλλα εξελίξιμα και άλλα επίκτητα, είναι τα παρακάτω:

- Εσωτερική ευγένεια (αγάπη και ενδιαφέρον για τον συνάνθρωπο)
- Ευχέρεια επικοινωνίας (πλούσια γκάμα κυμάτων επικοινωνίας)
- Αντικειμενικότητα (αλίμονο εάν παρασύρεται από πάθη, φανατισμούς, προκαταλήψεις)
- Ευθυκρισία (η σωστή κρίση οδηγεί στην καρδιά του προβλήματος)
- Θάρρος, γνώμη (οι Δημόσιες Σχέσεις απαιτούν την αλήθεια και η αλήθεια απαιτεί θάρρος)
- Οργανωμένη σκέψη (ένα μυαλό που να συνθέτει και να αναλύει μεθοδικά και γρήγορα)
- Εμφάνιση (δεν φθάνει να είσαι τίμια αλλά και να φαίνεσαι τίμια)
- Διοικητική και εκτελεστική ικανότητα
- Μόρφωση
- Οργάνωση και μεθόδευση εργασίας¹⁰⁸.

2.17 Αποστολή των Δημοσίων Σχέσεων

Βασική αποστολή των δημοσίων Σχέσεων είναι να φέρουν κοντά τις διάφορες ομάδες ανθρώπων που συχνά και για διαφορετικό η κάθε ομάδα έχει διαφορετική άποψη –πρόβλημα –συμφέρον. Προβλήματα που κατά κανόνα οφείλονται στην έλλειψη επικοινωνίας, κατανόησης και καλής θέλησης .

¹⁰⁸ Στάθης, Ι.Γ., «Διάλογοι για το Νοσοκομειακό Management», 3^η Έκδοση, Εκδόσεις «Mediforce Services S.A.», Αθήνα, 2004, σελ. 89.

Οι Δημόσιες Σχέσεις θα δώσουν μια άλλη διάσταση, την κοινωνική και ταυτόχρονα αποκτούν ιδιαίτερο ενδιαφέρον και νόημα στις υπηρεσίες υγείας και έχουν συγκεκριμένη αποστολή.

Η αποστολή των Δημόσιων Σχέσεων στο Νοσοκομείο είναι:

- Ο εξανθρωπισμός των σχέσεων των ανθρώπων – ομάδων που συνδέονται μεταξύ τους άμεσα ή έμμεσα με το Νοσοκομείο
- Η κοινωνικότητα του Νοσοκομείου
- Η παραγωγικότητα
- Δημιουργία εικόνας κύρους και καλής φήμης
- Καλές σχέσεις με το Προσωπικό
- Καλές σχέσεις με τις Αρχές
- Καλές σχέσεις με τον Τύπο
- Πληροφόρηση- Ενημέρωση
- Καλές σχέσεις με το Κοινό.

2.18 Τα μέσα των Δημοσίων Σχέσεων

Ο τελικός στόχος των Δημοσίων Σχέσεων δεν είναι άλλος παρά η επικοινωνία και ο στόχος αυτός θα γίνει πραγματικότητα με την βοήθεια των επικοινωνιακών μέσων. Μερικά από τα μέσα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν τόσο στον εσωτερικό χώρο του νοσοκομείου όσο και στο εξωτερικό περιβάλλον είναι:

I. Στο εσωτερικό

- Επιστολική επικοινωνία (διοίκηση εργαζομένων).
- Πληροφοριακό έντυπο (ανακοινώσεις, έντυπα, εγκύκλιοι)

- Περιοδικά του νοσοκομείου
- Εφημερίδα των εργαζομένων
- Σεμινάρια-διαλέξεις , ομιλίες
- Μαθήματα & εκπαιδευτικά προγράμματα
- Εκθέσεις από εργαζομένους
- Ευχετήριες κάρτες σε σημαντικές εορτές
- Κοινωνικες εκδηλώσεις βραβεία στους εργαζομένους

Με την τακτική αυτή ανοίγει ο δρόμος για την πραγμάτωση της ανθρώπινης επαφής και προωθούν σε μεγάλο βαθμό της ανθρώπινες σχέσης. Με την εφαρμογή καλών διαπροσωπικών σχέσεων στον χώρο της εργασίας περά από την ποιοτική παρεχόμενη υπηρεσία, επιτυγχάνεται ένα κλίμα ευχάριστο, ήρεμο και πολιτισμένο, που οπωσδήποτε καλλιεργεί τον αμοιβαίο σεβασμό και συσφίγγει τις σχέσης της διοίκησης και εργαζομένων.

II. Τα μέσα που χρησιμοποιούνται από τις δημόσιες σχέσης προς τα έξω είναι:

- Επιστημονικές μερίδες- συμπόσιο
- Εορταστικές εκδηλώσεις (εγκαίνια - επέτειοι)
- Προβολή του έργου του νοσοκομείου από τα Μ.Μ.Ε., με σκοπό να ενημερωθεί το κοινό
- Δεξιώσεις - συνεστιάσεις
- Συνεντεύξεις τύπου
- Δελτία τύπου τα όποια είναι τα κυριότερα «εργαλεία» των δημοσίων σχέσεων¹⁰⁹.

¹⁰⁹Στάθης, Ι.Γ., «Διάλογοι για το Νοσοκομειακό Management», 3^η Έκδοση, Εκδόσεις «Mediforce Services S.A.», Αθήνα, 2004, σελ. 92.

2.19 Τα αποτελέσματα των Δημοσίων Σχέσεων

Αποτελέσματα που θα μπορούσε να έχει η εφαρμογή των Δημοσίων Σχέσεων στα Ελληνικά Νοσοκομεία είναι:

1. Καλύτερη επικοινωνία με τους καταναλωτές υγείας και κατά συνέπεια καλύτερη εξυπηρέτηση τους, ενώ παράλληλα γίνονται και αυτά κοινωνοί των επιτευγμάτων των Νοσοκομείων και των προσφορών τους προς το κοινωνικό σύνολο.
2. Αύξηση της παραγωγικότητας, με την καλλιέργεια κλίματος καλής συνεργασίας και παροχής κινήτρων, γιατί κάθε άνθρωπος που καλείται να δημιουργήσει μέσα στα κοινωνικά πλαίσια, έχει ανάγκη από διάφορα κίνητρα, τα οποία εκφράζουν τις υλικές, πνευματικές και ηθικές συνθήκες που επιτρέπουν στον κάθε εργαζόμενο να αισθανθεί.
3. Αρμονικότερες σχέσεις μεταξύ Διοίκησης και εργαζομένων.
4. Βελτίωση της συνεργασίας με τα διάφορα τμήματα του Νοσοκομείου.
5. Πρόληψη ή λύση των οποιωνδήποτε προβλημάτων εργαζομένων.
6. Περισσότερο επιμελημένα τα όποια μέσα επικοινωνίας επιλέξουν.
7. Θετική επιρροή στα κέντρα λήψης αποφάσεων και δημιουργίας καλής εικόνας, συνείδηση.
8. Βοήθεια για καλύτερη εκτίμηση των αναγκών και καλύτερο σχεδιασμό.
9. Αποτελεσματική αντιμετώπιση καταστάσεων που μπορεί να φέρουν σε δύσκολη θέση το Νοσοκομείο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ ΚΑΙ ΣΧΕΣΕΙΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Σύμφωνα με την τελευταία τάση οι λειτουργίες της διοίκησης είναι ο σχεδιασμός, η οργάνωση, η διεύθυνση και ο έλεγχος. Αφού τεθούν οι στόχοι μιας εργασίας και επιλεγούν οι μέθοδοι επίτευξής τους, αναπτύσσεται ένα σύστημα στόχων. Η απορρέουσα δομή ονομάζεται οργάνωση της εργασίας και οι προσπάθειες ανάπτυξης της λειτουργίας της οργάνωσης.

3.1 Οργάνωση της Εργασίας

Με την οργάνωση της εργασίας αξιοποιείται ορθολογικά η συμπεριφορά του ανθρώπινου παράγοντα και η χρησιμοποίηση των κάθε είδους μέσων για την επίτευξη των προκαθορισμένων στόχων. Δηλαδή με την οργάνωση της εργασίας μεθοδεύεται η συντονισμένη και ελεγχόμενη συλλογική δραστηριότητα. Κάθε μορφή οργάνωσης της εργασίας διαρθρώνεται από δύο διαφορετικές δομές:

1. Την τυπική δομή, από τους κατέχοντες θέσεις υπευθύνων στην ιεραρχική δομή και
2. Την άτυπη δομή, που αντανακλά τις επιθυμίες και προτιμήσεις των ατόμων – μελών.

Επιπλέον, η σύγχρονη θεωρία της οργάνωσης υποστηρίζει την αντίληψη ότι η οργάνωση της εργασίας οφείλει να γίνεται αντιληπτή ως ένα ολοκληρωμένο σύστημα που δομείται από πολυλειτουργικές και αλληλεπιδρώμενες μονάδες. Μία οργανωτική δομή πρέπει να προσαρμόζεται στο κατά περίπτωση πρόβλημα. Στην οργανωτική

δομή πρέπει να ενσωματώνονται αποτελεσματικά οι στόχοι, οι μέθοδοι και οι άνθρωποι. Οι τυπικοί οργανισμοί παραγωγής υπηρεσιών είναι οργανωμένοι με τον κλασικό τρόπο δόμησης (κάθετη, οριζόντια, δόμηση ή γραφειοκρατική πυραμίδα με περιορισμένη ή διευρυμένη βάση και υψηλή ή χαμηλή διάμεσο αντίστοιχα). Η κλασική, η νεοκλασική και η σύγχρονη θεωρία συνήθως συνυπάρχουν και αλληλεπιδρούν μεταξύ τους.

Η λειτουργία της οργάνωσης καλλιεργεί την ανθρώπινη ανάγκη για συνεργασία. Η αποτελεσματικότητα της οργάνωσης της εργασίας στηρίζεται στην προαγωγή της συνεργασίας των μελών της για την επίτευξη των στόχων της, ενώ η αποδοτικότητα της οριοθετείται στην επίτευξη των στόχων της με το ελάχιστο δυνατό κόστος. Το νοσοκομείο, ως γνωστόν, όπως και άλλοι οργανισμοί και επιχειρήσεις ή υπηρεσίες, ακολουθεί του μοντέλο εργασίας κλασικών θεωρητικών του Weber και του Taylor.

Κύρια χαρακτηρίστηκα γνωρίσματα της θεωρίας του Taylor περί επιστημονικής οργάνωσης της εργασίας είναι ο καταμερισμός και η τμηματοποίηση της παραγωγικής διαδικασίας σε επιμέρους λειτουργικά σύνολα, ανάλογα με το επίπεδο εξειδίκευσης που απαιτείται για την ολοκλήρωση των εργασιών σε κάθε στάδιο της παραγωγής.

Ο Max Weber, ένας από του κύριους εκπροσώπους του γραφειοκρατικού διοικητικού μοντέλου οργάνωσης της εργασίας θεωρεί μια ιδεατή οργανωτική δομή ότι είναι βασισμένη στη ορθολογικοποίηση των ομαδικών δραστηριοτήτων. Οι κλασικές αρχές οργάνωσης της εργασίας είναι:

- I. **Η εξειδίκευση της εργασίας.** Προκαλείται έτσι αύξηση της αποδοτικότητας, αλλά συχνά επιφέρει ψυχοσωματικά συμπτώματα εργασιακής νευρώσεως
- II. **Η τμηματοποίηση.** Οι όμοιες λειτουργίες ομαδοποιούνται και συγκεντρώνονται σε τμήματα. Η τμηματοποίηση επιφέρει αποδοτικότητα αλλά όπως και στην εξειδίκευση, εκδηλώνονται προβλήματα εργασιακής νευρώσεως
- III. **Η έκταση του ελέγχου.** Ο αριθμός των υφισταμένων πρέπει να είναι περιορισμένος για να εξασφαλίζεται η αποτελεσματικότητα του ελέγχου

- IV. **Η εναρμόνιση εξουσίας και των ευθυνών.** Αντίστοιχα στη σχέση μεταξύ των ευθυνών και της εξουσίας για να υπάρχει ανταπόκριση
- V. **Η εξουσιοδότηση.** Εκχώρηση εξουσιών, αρμοδιοτήτων, ευθυνών και υποχρέωση λογοδοσίας
- VI. **Η μοναδικότητα της εντολής.** Η ανάθεση ευθυνών γίνεται μόνον από έναν, τον άμεσο προϊστάμενο¹¹⁰.

3.2 Διαχείριση Ανθρώπινων Πόρων

Διαχείριση Ανθρώπινων Πόρων είναι η διαδικασία σχεδιασμού μέτρων και δραστηριοτήτων για το εργατικό δυναμικό με στόχο τη βελτίωση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας της λειτουργίας του οργανισμού. Από την άποψη αυτή Ποιότητα και Διαχείριση Ανθρώπινων Πόρων φαίνεται να συμβαδίζουν. Και οι δύο έχουν στόχο να εξασφαλίσουν την επίτευξη των στόχων του οργανισμού με τον αποτελεσματικότερο τρόπο. Η Διαχείριση Ανθρώπινων Πόρων όσον αφορά τους μάντζερ ανθρώπινων πόρων, ασχολείται με την επιλογή, εκπαίδευση και επιμόρφωση του εργατικού δυναμικού, συμπεριλαμβανομένων των μάντζερ¹¹¹.

Η διοίκηση των Ανθρώπινων Πόρων, ως διαδικασία, περιλαμβάνει τα εξής βασικά βήματα:

- Σχεδιασμός των Ανθρώπινων Πόρων
- Στρατολόγηση υποψηφίου προσωπικού
- Επιλογή προσωπικού
- Εκπαίδευση και ανάπτυξη του προσωπικού
- Αμοιβή του προσωπικού

¹¹⁰ Μπιτσάνη, Ε., «Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων. Ζητήματα και Σύγχρονες Προσεγγίσεις στη Θεωρία της Οργανωσιακής και Διοικητικής Συμπεριφοράς», Εκδόσεις «Διώνικος», Αθήνα, 2006, σελ 79.

¹¹¹ James P., «Μάντζμεντ Ολικής Ποιότητας – Μια Εισαγωγή», Εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα, 2007, σελ 240.

– Αξιολόγηση του προσωπικού¹¹².

3.2.1 Ανθρώπινο Δυναμικό

Ο οξύτατος ανταγωνισμός που ήδη οδηγεί τις επιχειρήσεις σε ριζική αναδιοργάνωση και ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού τους, τις αναγκάζει να αντιμετωπίσουν το τελευταίο ως κεφάλαιο πλέον και όχι ως κόστος¹¹³. Σήμερα, μιλώντας για ανθρώπινο δυναμικό εννοούμε τη *χρησιμοποίηση διαφόρων ενεργειών οι οποίες στοχεύουν στην αποτελεσματική διοίκηση των ανθρώπων μέσα σε ένα εργασιακό χώρο με τέτοιο τρόπο ώστε να ωφεληθεί το άτομο, η επιχείρηση και η κοινωνία.*

Ο ορισμός αυτός περιέχει τρία βασικά στοιχεία:

- Ωφέλεια ατόμου, επιχείρησης, κοινωνίας
- Χρησιμοποίηση συγκεκριμένων ενεργειών για τη διοίκηση του ανθρώπινου δυναμικού.
- Σύνδεση με τους στόχους της επιχείρησης¹¹⁴.

Σύμφωνα με τον Storey, η Διοίκηση Ανθρώπινου Δυναμικού (HRM) ορίζεται ως : *Μία σαφής προσέγγιση για τη διοίκηση των εργαζομένων με σκοπό την αναζήτηση του ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος μέσω της στρατηγικής ανάπτυξης αφοσιωμένου και ικανού ανθρώπινου δυναμικού χρησιμοποιώντας τεχνικές βασιζόμενες στην κουλτούρα, τη δομή και το προσωπικό της επιχείρησης.*

¹¹² Χαιροπούλου, Σ., «Αξιολόγηση Διοικητικών Στελεχών», Πτυχιακή Εργασία, Τμήμα Λογιστικής, Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, 2008, σελ. 12.

¹¹³ Ξηροτύρη-Κουφίδου, Σ. «Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων: Η Πρόκληση του 21ου Αιώνα στο Εργασιακό Περιβάλλον». 3η έκδοση, Εκδόσεις Ανίκουλα, Θεσσαλονίκη, 2001, σελ. 22-23.

¹¹⁴ Ξηροτύρη-Κουφίδου, Σ. «Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων: Η Πρόκληση του 21ου Αιώνα στο Εργασιακό Περιβάλλον». 3η έκδοση, Εκδόσεις Ανίκουλα, Θεσσαλονίκη, 2001, σελ. 23-24.

Η διαχείριση των ανθρωπίνων πόρων αποτελεί το θεμελιώδες κεφάλαιο άσκησης διοικητικού έργου στις νοσοκομειακές μονάδες και η διερεύνηση των παραγόντων αλλά και των τεχνικών που διαμορφώνουν το διαχειριστικό αυτό πλέγμα, συνιστούν ίσως το βασικότερο μελετητικό ενδιαφέρον της διοίκησης.

Τόσο οι οικονομολόγοι όσο και οι διοικητική υπεύθυνοι των επιχειρήσεων ενδιαφέρονται πάντα να βελτιώσουν την παραγωγικότητα της εργασίας γιατί εκτιμούν ότι, χωρίς τη βελτίωση της παραγωγικότητας, ο στόχος βελτίωσης της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας είναι αδύνατος.

Αν και φαίνεται ότι το σύγχρονο management επεμβαίνει με διαφορετικές μεθόδους στη βελτίωση της παραγωγικότητας τις εργασίας εντούτοις, η θεωρητική βάση για την ανάπτυξη της παραγωγικότητας εστιάζεται στη θεωρία του ανθρωπίνου κεφαλαίου όπου η επένδυση στον τομέα της υγείας αλλά κύριος στον τομέα τις εκπαίδευσης και της γνώσης, αποτελούν το θεμέλιο για ένα παραγωγικότερο ανθρώπινο δυναμικό.

Ο Σαρρής (2001) αναφέρει ότι σύμφωνα με τη θεωρία του συμμετοχικού management η αναγνώριση της σημασίας του ανθρωπίνου παράγοντα και η απόδοση της οφειλόμενης αξίας προς αυτόν ενεργού ως προσδιοριστές της παραγωγικότητας.

Οι λέξεις – κλειδιά που κυριαρχούν στο σύγχρονο τόπο διοίκηση είναι:

- Υποκίνηση-παρακίνηση
- Ενεργοποίηση
- Επικοινωνία
- Υπευθυνότητα
- Συναισθηματική επένδυση¹¹⁵

¹¹⁵ Γούλα, Α., «Διοίκηση και Διαχείριση Νοσοκομείου». Β' Έκδοση, Εκδόσεις Σταμούλης, Αθήνα, 2007, σελ.55.

Συμμετοχή του προσωπικού στις διεργασίες παραγωγής έργου, στις διαδικασίες λήψης των αποφάσεων και στις εργασιακές σχέσεις συνολικά, παράγοντες που συνιστούν το επίπεδο ικανοποίηση των απασχολούμενων στο νοσοκομειακό υποσύστημα¹¹⁶.

3.2.2 Πολιτική Διαχείρισης του Ανθρώπινου Δυναμικού

Για τις νοσοκομειακές μονάδες, ο σύγχρονος τρόπος διοίκησης βασίζεται πλέον όπως τονίζει και ο Ζηλίδης Χ, (2005) στην «Πολιτική διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού» η οποία περιλαμβάνει ένα σύνολο δραστηριοτήτων και μέτρων που αποβλέπουν στην ενεργοποίηση και αποτελεσματικότερη αξιοποίηση του προσωπικού, όπως:

- I. Το σύστημα προσλήψεων
- II. Το σύστημα κινήτρων – αντικινήτρων
- III. Ο μηχανισμός επιστημονικής αναβάθμισης και βαθμολογικής εξέλιξης
- IV. Ο καθορισμός κριτηρίων για την οριοθέτηση των αρμοδιοτήτων και τέλος
- V. Η λήψη μέτρων για την κινητοποίηση και ενεργοποίηση του προσωπικού

Ο Σούλης (1982) έχει συνοψίσει το μελετητικό κύκλο για την επίτευξη του στόχου της βελτίωσης της παραγωγικότητας του ανθρώπινου δυναμικού του νοσοκομειακού υποσυστήματος, ο οποίος οριοθετείται:

1. Στην πολιτική διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού, όπως αυτή αναφέρεται ανωτέρω
2. Στη διερεύνηση του επιπέδου ικανοποίησης του από την εργασία και

¹¹⁶ Σαρρής, Μ., «Κοινωνιολογία της Υγείας και Ποιότητα Ζωής», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2001, σελ. 40-42.,

Γούλα, Α., «Διοίκηση και Διαχείριση Νοσοκομείου». Β' Έκδοση, Εκδόσεις Σταμούλης, Αθήνα, 2007, σελ.55.

3. Στην αίσθηση ασφάλειας που λαμβάνουν οι εργαζόμενοι από την εφαρμοζόμενη πολιτική για την υγιεινή και ασφάλεια των νοσοκομειακών χωρών¹¹⁷ (σχήμα 3.1).



Πηγή: Γούλα, Α, 2007

Σχήμα 3.1 Διαχείριση Ανθρώπινου Δυναμικού

3.3 Προγραμματισμός Ανθρώπινου Δυναμικού

Είναι γενικά παραδεκτό ότι προκειμένου να επιβιώσει ένας οργανισμός στο σημερινό ιδιαίτερα ανταγωνιστικό και γρήγορα μεταβαλλόμενο κόσμο, πρέπει να στραφεί στη βελτίωση της απόδοσης και την εξασφάλιση της ευελιξίας και της προσαρμοστικότητας. Το ανταγωνιστικό πλεονέκτημα μπορεί να αποκτηθεί όταν οι διαχειριστές (managers) αναγνωρίσουν και διαπιστώσουν ότι οι καθημερινές καταστάσεις που αντιμετωπίζουν σχεδόν αναπόφευκτα περιλαμβάνουν και την άσκηση ελέγχου και τη δυνατότητα μάθησης. Επιπλέον, τα ερευνητικά στοιχεία δείχνουν ότι η μέγιστη απόδοση και το συνεχές ανταγωνιστικό πλεονέκτημα εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τη δυνατότητα των οργανισμών να μαθαίνουν και

¹¹⁷ Γούλα, Α., «Διοίκηση και Διαχείριση Νοσοκομείου». Β' Έκδοση, Εκδόσεις Σταμούλης, Αθήνα, 2007, σελ.56.

να προσαρμόζονται στις αλλαγές. Η Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων μπορεί να διαδραματίσει έναν ζωτικής σημασίας ρόλο παρέχοντας μια συγκεκριμένη μεθοδολογία και ένα σύνολο εργαλείων για την επιτυχή εφαρμογή της διαχείρισης Οργανωσιακής Γνώσης στο περιβάλλον του οργανισμού¹¹⁸.

Η Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων συχνά θεωρείται ως επεκτεινόμενο κλειστό σύστημα επειδή εστιάζεται περισσότερο στις διαδικασίες μέσα στα ευρύτερα καθορισμένα όριά του, παρά τονίζει τις προκλήσεις των ορίων από εξωτερικούς παράγοντες. Διάφοροι Θεωρητικοί της Διοίκησης Ανθρωπίνων Πόρων υποστηρίζουν ότι έμφαση της διοίκησης Ανθρωπίνων Πόρων δίνεται στην αναθεώρηση της υπάρχουσας γνώσης, η οποία είναι καλά προσαρμοσμένη για σταθερές συνθήκες. Εντούτοις, κάτω από γρήγορα μεταβαλλόμενες συνθήκες, η προσπάθεια της διοίκησης Ανθρωπίνων Πόρων να χρησιμοποιήσει τις υπάρχουσες δυνάμεις παρά να αναπτύξει νέες, μπορεί να οδηγήσει μια γρήγορα – προσαρμοζόμενη εταιρία (fast – learning firm) σε μειονεκτική θέση καθώς αποκλείει "τον απαραίτητο πειραματισμό για την ανακάλυψη νέων εναλλακτικών λύσεων". Στην περίπτωση του τομέα Τεχνολογιών Πληροφορικής (IT) οι αλλαγές είναι δραματικές και ο ενσωματωμένος ρόλος της διοίκησης Ανθρωπίνων Πόρων και διαχείρισης Γνώσης είναι ουσιαστικός.

Πρέπει συνεπώς οι επιχειρήσεις να διαθέτουν ένα σύνολο εργαλείων και μεθόδων διοίκησης Ανθρωπίνων Πόρων για την διαχείριση Γνώσης. Παγκοσμίως, υπάρχει μια τάση προσανατολισμού των επιχειρήσεων κυρίως προς τον έλεγχο παρά προς την εκμάθηση. Πρέπει να αποδειχθεί εάν και πώς η Διοίκησης Ανθρωπίνων Πόρων επεξηγεί την εξέλιξη από την προσαρμοστική στην παραγωγική εκμάθηση. Επιπλέον, η διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων ως πρώτο βήμα στην οικοδόμηση της γνώσης των επιχειρήσεων είναι ένα ζήτημα που πρέπει να εξεταστεί¹¹⁹.

Για τον προγραμματισμό των ανθρώπινων πόρων ακολουθούνται ορισμένα βήματα – ενέργειες τα οποία είναι:

¹¹⁸Χαιροπούλου, Σ., «Αξιολόγηση Διοικητικών Στελεχών», Πτυχιακή Εργασία, Τμήμα Λογιστικής, Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, 2008, σελ. 10-12.

¹¹⁹ Αναρτήθηκε στο <http://diorganosi.certh.gr> την 21/07/2010

- Πόσοι άνθρωποι θα χρειαστούν, ποιας ειδικότητας και ποιων πόρων;
- Είναι διαθέσιμοι αυτοί οι άνθρωποι στην επιχείρηση;
- Ποιους περιορισμούς επιβάλλει το εξωτερικό περιβάλλον και ποιες ευκαιρίες δημιουργεί;
- Ποσοτική και Ποιοτική σύγκριση μεταξύ προσφοράς και ζήτησης
- Με βάση το προηγούμενο αποτέλεσμα τίθενται στόχοι και καθορίζονται τα σχέδια δράσης ώστε να εξισωθεί η ζήτηση με την προσφορά ανθρώπινων πόρων.

Τα επιμέρους βήματα είναι τα εξής:

A) Ανάλυση του εξωτερικού περιβάλλοντος

- Σύνθεση εργατικού δυναμικού και εργασιακά πρότυπα
- Κυβερνητικές αποφάσεις
- Οικονομικές συνθήκες
- Ανταγωνιστές
- Χαρακτηριστικά της χώρας / περιοχής

B) Ανάλυση του εσωτερικού περιβάλλοντος

- Ανάλυση θέσεων εργασίας
- Καταγραφή των προσόντων και ικανοτήτων του υφιστάμενου προσωπικού¹²⁰.

¹²⁰ Μπιτσάνη, Ε., «Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων. Ζητήματα και Σύγχρονες Προσεγγίσεις στη Θεωρία της Οργανωσιακής και Διοικητικής Συμπεριφοράς», Εκδόσεις «Διώνικος», Αθήνα, 2006, σελ 145.

3.4 Ανθρώπινες Σχέσεις

Έχουν διατυπωθεί διάφοροι ορισμοί προκειμένου να αποδώσουν την έννοια των ανθρώπινων σχέσεων (human relations). Αυτοί είναι:

1. Γενικοί
2. Ειδικοί

Οι πρώτοι αναφέρονται σε γενικούς προσδιορισμούς της έννοιας των ανθρώπινων σχέσεων, όπως π.χ. ότι οι ανθρώπινες σχέσεις είναι το κοινό μυαλό ή η καλή θέληση, ένα πλατύ χαμόγελο μια θερμή χειραψία, ένα κτύπημα στον ώμο του συνεργάτη σας κλπ. Οι ορισμοί αυτοί έχουν μια βάση αλήθειας, αλλά δεν εκφράζουν πλήρως της έννοια των ανθρώπινων σχέσεων.

Οι δεύτεροι προσδιορίζουν ακριβώς το πλαίσιο, όπου κινούνται και δρουν οι ανθρώπινες σχέσεις. Μεταξύ αυτών αναφέρουμε τους εξής:

1. Ανθρώπινες σχέσεις είναι αυτές που αναφέρονται στον χειρισμό ειδικών ψυχολογικών θεμάτων των εργαζομένων μέσα σε μια επιχείρηση.
2. Ανθρώπινες σχέσεις είναι το σύνολο των ενσυνείδητων και συστηματικών ενεργειών της ηγεσίας και του προσωπικού συγκεκριμένης επιχείρησης για αμοιβαία δημιουργία και διατήρηση ομαλής επικοινωνίας για κοινότητα ιδεών, αξιών και συμφερόντων, για αξιοπρέπεια και σεβασμό της προσωπικότητας και των αναγκών κάθε ανθρώπου, μέσα και έξω απ' την επιχείρηση, με στόχο την επίτευξη του σκοπού της οργάνωσης.
3. Ανθρώπινες σχέσεις είναι το σύνολο των ενεργειών της διοίκησης και του προσωπικού μίας επιχείρησης ή υπηρεσίας, που απορρέει από τη γνώση της νοοτροπίας των εργαζομένων για την ικανοποίηση των αναγκών των εργαζομένων για τη δική τους ωφέλεια, αλλά και για την απόδοσή τους.

4. Ανθρώπινες σχέσεις είναι ένας τρόπος συμπεριφοράς προς τους ανθρώπους, σύμφωνος προς τα ιδεώδη και τις αξίες της δημοκρατικής κοινωνίας. Είναι ένας τρόπος αντίδρασης προς τις κοινωνικές καταστάσεις, τα άτομα και τις ομάδες που δημιουργούν αυτές τις καταστάσεις. Είναι σχέσεις που διέπονται από σεβασμό προς την ατομική προσωπικότητα, της αξιοπρέπεια και την αξία των ανθρώπων¹²¹.

3.5 Σχέσεις Εργατικού Δυναμικού και Διαχείριση Ανθρώπινων Πόρων

Μεγάλο τμήμα των πιέσεων που ασκεί το ΜΟΠ στις πρακτικές της ΔΑΠ απορρέει από την ανάγκη να επιτευχθεί συμμετοχή του εργατικού δυναμικού και αύξηση της δέσμευσης του στους στόχους του οργανισμού. Αυτό γενικά σημαίνει τη μετάβαση, από διαχωρισμένες δομές που είναι σχεδιασμένες να υποστηρίζουν το άτομο σε ισότιμες δομές που υποστηρίζουν την ομάδα. Κατά συνέπεια, ως άμεση αντίδραση έχουν αναπτυχθεί τα προγράμματα συμμετοχής των εργαζομένων. Οι κύκλοι ποιότητας, οι ομάδες βελτίωσης της ποιότητας. Οι ομάδες για την ποιότητα στην εργασιακή ζωή και όλα τα παρόμοια είναι ετικέτες που εξαγγέλλουν όλες το ίδιο θέμα: Τον προσανατολισμό στη συλλογική εργασία και στις ομάδες. Από την άποψη αυτή, η ΔΑΠ και το ΜΟΠ έχουν αναπτύξει παρόμοιες γραμμές λειτουργίας με βάση πολυάριθμες, και κατά τα φαινόμενα αποτελεσματικές, θεωρίες για τη δυναμική των ομάδων¹²².

Τα Προγράμματα Συμμετοχής προσφέρουν ορισμένα πλεονεκτήματα. Αυτά είναι:

¹²¹ Μπιτσάνη, Ε., «Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων. Ζητήματα και Σύγχρονες Προσεγγίσεις στη Θεωρία της Οργανωσιακής και Διοικητικής Συμπεριφοράς», Εκδόσεις «Διώνικος», Αθήνα, 2006, σελ 45.

¹²² James P., «Μάνατζμεντ Ολικής Ποιότητας – Μια Εισαγωγή», Εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα, 2007, pp.50-52.

- Προσφέρουν ένα μηχανισμό για την ανάπτυξη εργασιακής εμπιστοσύνης και συνεργασίας
- Αναπτύσσουν αυξημένη δέσμευση στους στόχους του οργανισμού
- Αξιοποιούν προηγουμένως αχρησιμοποίητες δεξιότητες και προσόντα που παρέχουν τη βάση για καινοτομία και δημιουργικότητα
- Ενισχύουν την προσανατολισμένη στην ποιότητα νοοτροπία, προσφέρουν εργαλεία και αναπτύσσουν διαδικασίες που διέπονται από την ποιότητα.

3.6 Οργανωσιακή Κουλτούρα

Η οργανωσιακή κουλτούρα είναι αυτή που καθιστά μια οργάνωση διαφορετική από μίαν άλλη. Επειδή η κουλτούρα αποτελείται από διαφορετικά στοιχεία είναι δύσκολο να περιγραφεί επακριβώς. Αλλάζει με τον καιρό καθώς αλλάζουν οι άνθρωποι και δημιουργείται από τις ενέργειες των υπαλλήλων, τις αποφάσεις και την επικοινωνία μεταξύ τους.

Σύμφωνα με τον Jones (2001) η οργανωσιακή κουλτούρα είναι ένα συλλογικό φαινόμενο, μας περιβάλλει όλους και μοιράζεται με ανθρώπους που ζουν στο ίδιο εργασιακό περιβάλλον μέσα στο οποίο και την έμαθαν. Προέρχεται από την αλληλεπίδραση μεταξύ των ατόμων της Οργάνωσης και μεταξύ αυτών και του εξωτερικού περιβάλλοντος. Διαμορφώνεται από την αλληλεπίδραση των χαρακτηριστικών των μελών της οργανωσιακής δομής, της οργανωσιακής ηθικής και του συστήματος ανταμοιβών των μελών. Είναι κανόνες, αξίες τελικού σκοπού και τρόπου συμπεριφοράς.

Ο Morgan (1997) περιγράφει την οργανωσιακή κουλτούρα ως ένα ενεργό φαινόμενο μέσω του οποίου οι άνθρωποι από κοινού δημιουργούν και αναδημιουργούν τους κόσμους στους οποίους ζουν. Στοιχεία Οργανωσιακής Κουλτούρας μπορεί να είναι δηλωμένες ή υπαινικσόμενες αξίες, προσδοκίες για την συμπεριφορά υπαλλήλων, συνήθειες, τελετουργικά, σύμβολα, μεταφορές, ιστορίες σχετικά με το παρελθόν τις ομάδας. Ακόμη η «γλώσσα» που χρησιμοποιεί η ομάδα καθώς και το γενικό κλίμα

που αντανακλάται στον τρόπο αλληλεπίδρασης των μελών μεταξύ τους, με τους έξω αλλά και με το περιβάλλον¹²³.

3.6.1 Χαρακτηριστικά της Οργανωσιακής Κουλτούρας

Σύμφωνα με τον Robbins (1993) τα χαρακτηριστικά της οργανωσιακής κουλτούρας είναι:

- ❖ Η ταυτότητα του μέλους, ο βαθμός δηλαδή στον οποίον οι υπάλληλοι ταυτίζονται με το σύνολο της οργάνωσης και όχι μόνο με τον τομέα τους
- ❖ Η έμφαση στη ομάδα, ο βαθμός στον οποίον οι εργαζόμενοι οργανώνονται γύρω από ομάδες
- ❖ Η εστίαση στους ανθρώπους, βαθμός στον οποίον οι αποφάσεις λαμβάνουν υπόψη την επίδραση του αποτελέσματος στους ανθρώπους της οργάνωσης
- ❖ Η ολοκλήρωση των μονάδων, ο βαθμός στον οποίον τα τμήματα της οργάνωσης λειτουργούν με έναν τρόπο αλληλεξάρτησης
- ❖ Ο έλεγχος, ο βαθμός στον οποίον οι κανονισμοί χρησιμοποιούνται για τον έλεγχο συμπεριφοράς
- ❖ Η ανοχή στον κίνδυνο, ο βαθμός στον οποίον οι υπάλληλοι ενθαρρύνονται να είναι καινοτόμοι
- ❖ Τα κριτήρια αμοιβής ο βαθμός στον ποιον το σύστημα αμοιβών και προαγωγών γίνεται σύμφωνα με την απόδοση παρά με την αρχαιότητα.
- ❖ Η ανοχή στη διαφωνία, ο βαθμός στον οποίον οι εμπλεκόμενοι μπορούν να αντιμετωπίζουν ανοιχτά την κριτική και την διαφωνία
- ❖ Ο προσανατολισμός στα μέσα-στόχους, ο βαθμός στον οποίον η διοίκηση εστιάζεται σε αποτελέσματα παρά σε διαδικασίες

¹²³ James P., «Μάνατζμεντ Ολικής Ποιότητας – Μια Εισαγωγή», Εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα, 2007, σελ.251.

- ❖ Η εστίαση στο ανοιχτό σύστημα, ο βαθμός στον οποίον η Οργάνωση ανταποκρίνεται στο εξωτερικό περιβάλλον.

Ο Ταγιουπί (1968) ορίζει το οργανωσιακό κλίμα ως μια ποιότητα το εσωτερικού περιβάλλοντος που δοκιμάζεται από τα μέλη, επηρεάζει την συμπεριφορά και μπορεί να περιγράψει σε όρους αξιών ενός ιδιαίτερου συνόλου χαρακτηριστικών της οργάνωσης.

Ο Denison (1990) διακρίνει 4 βασικές όψεις της οργανωσιακής κουλτούρας που μπορούν να μεταφραστούν σε 4 υποθέσεις:

1. **Η υπόθεση της συνοχής:** Είναι η ιδέα ότι το μοίρασμα των πιστεύω και κοινών αξιών ανάμεσα στους συμμετέχοντες θα αυξήσει τον εσωτερικό συντονισμό και με κάποια έννοια ταυτότητας από την πλευρά των μελών. Έχει θετική επίδραση αφού παρέχει ολοκλήρωση και συνεργασία, αλλά και αρνητική αφού ισχυρή συνοχή σημαίνει αυξημένη πιθανότητα αντίστασης σε αλλαγές.
2. **Η υπόθεση του σκοπού:** Η ιδέα ότι το μοίρασμα σκοπών, στρατηγικής και κατεύθυνσης μπορεί να συντονίσει τα μέλη προς συλλογικούς στόχους. Δίνει έμφαση στην σταθερότητα του Οργανισμού.
3. **Η υπόθεση της προσαρμογής:** Η ιδέα ότι κανόνες και πιστεύω που βελτιώνουν την ικανότητα της Οργάνωσης να μεταφράζει σημάδια του περιβάλλοντος σε εσωτερικές συμπεριφορές αλλαγές θα προάγει την επιβίωση και ανάπτυξη της.
4. **Η υπόθεση της συμμετοχής:** Η ιδέα ότι η συμμετοχή θα συνεισφέρει στην έννοια της ευθύνης, αποστολής, δεσμευσης και πίστης.

Η πρώτη και τέταρτη υπόθεση εστιάζουν στις εσωτερικές οργανωσιακές δυναμικές ενώ η δεύτερη και η Τρίτη εστιάζουν στη σχέση της οργάνωσης με το εξωτερικό περιβάλλον¹²⁴.

¹²⁴ James P., «Μάνατζμεντ Ολικής Ποιότητας – Μια Εισαγωγή», Εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα, 2007, σελ 251.

3.6.2 Ο ρόλος και οι λειτουργίες της κουλτούρας στην επιχείρηση

Ο Greenberg, J. (2000) υποστηρίζει ότι η κουλτούρα ενός οργανισμού περιγράφει το τμήμα του εσωτερικού περιβάλλοντος του που ενσωματώνει ένα σύνολο υποθέσεων, πεποιθήσεων και αξιών τις οποίες τα μέλη του οργανισμού μοιράζονται και χρησιμοποιούν στις δραστηριότητές τους. Η κουλτούρα είναι δυνατό να επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα ερμηνεύουν τα διάφορα γεγονότα ή ακόμα να επιδρά στα οργανωσιακά και επικοινωνιακά μοντέλα της επιχείρησης.

Είναι φυσικό η κουλτούρα ενός οργανισμού να παρέχει ένα αίσθημα ταυτότητας στα μέλη του. Όσο σαφέστερα προσδιορίζονται οι κοινές αντιλήψεις και αξίες ενός οργανισμού τόσο στενότερη είναι η σύνδεση των εργαζομένων με την αποστολή της εταιρείας και τόσο σημαντικότεροι αισθάνονται για την πορεία της. Κι αυτό γιατί οι άνθρωποι έχουν δυσκολία στο να σκεφτούν πέρα από το ίδιο συμφέρον. Με τον τρόπο αυτό ενισχύεται η αφοσίωση των ατόμων στο όραμα του οργανισμού και η αίσθηση ότι αποτελούν μέρος ενός ευρύτερου και καλά ορισμένου συνόλου. Επιπλέον, η κουλτούρα διασαφηνίζει και ενισχύει πρότυπα συμπεριφοράς. Κάτι τέτοιο είναι πολύ σημαντικό τόσο για τα νέα όσο και για τα παλαιότερα μέλη του οργανισμού. Ουσιαστικά, η κουλτούρα καθοδηγεί τις πράξεις και τα λόγια των εργαζομένων, αποσαφηνίζοντας τι πρέπει να λέγεται ή να γίνεται κάτω από συγκεκριμένες, κάθε φορά, συνθήκες. Υπό αυτή την έννοια, παρέχεται σταθερότητα στη συμπεριφορά ενός ατόμου σε διαφορετικές καταστάσεις και διαφορετικών ατόμων κάτω από τις ίδιες καταστάσεις.¹²⁵

Σύμφωνα με τον Edgar Schein (1985) η κουλτούρα παρουσιάζει συγκεκριμένες λειτουργίες. Αυτές τις διακρίνει σε εκείνες που διευθετούν θέματα προσαρμογής και επιβίωσης στο εξωτερικό περιβάλλον και σε εκείνες που διευθετούν ζητήματα εσωτερικής ολοκλήρωσης.

¹²⁵Καλεμικεράκης, Ι., «Πολιτιστικά πρότυπα και Οργανωσιακή Κουλτούρα Νοσοκομείου», Μεταπτυχιακή Εργασία, Αθήνα 2005, σελ. 8

Η προσαρμογή στο εξωτερικό περιβάλλον περιλαμβάνει την επίτευξη των στόχων και την αντιμετώπιση εξωγενών παραγόντων. Τέτοια θέματα αποτελούν οι δραστηριότητες που πρέπει να πραγματοποιηθούν, οι μέθοδοι που θα χρησιμοποιηθούν για την επίτευξη των στόχων και οι τρόποι αντιμετώπισης της επιτυχίας ή της αποτυχίας.

Τα μέλη ενός οργανισμού μπορούν, μέσω των κοινών τους εμπειριών, να αναπτύξουν κοινές απόψεις που θα τους βοηθήσουν στις καθημερινές τους δραστηριότητες. Επίσης, πρέπει να γνωρίζουν την αληθινή αποστολή του οργανισμού, ώστε να κατανοούν τον τρόπο με τον οποίον τα ίδια συμμετέχουν στη επίτευξη της μέσω της αλληλεπίδρασης τους με αυτόν.

Κάθε ομάδα ατόμων σε ένα οργανισμό τείνει α) να διαχωρίζει τις σημαντικές από τις ασήμαντες εξωτερικές δυνάμεις β) να αναπτύσσει τρόπους για τη μέτρηση των επιτευγμάτων τους και γ) να εφευρίσκει λόγους για τους οποίους οι προσαρμογή στο εξωτερικό περιβάλλον αφορούν την αντιμετώπιση της εξωτερικής πραγματικότητας.

Η οργανωσιακή κουλτούρα παρέχει, ακόμα, απαντήσεις σε θέματα εσωτερικής ολοκλήρωσης. Η εσωτερική ολοκλήρωση αφορά στη δημιουργία συλλογικής ταυτότητας στην εύρεση μεθόδων αποτελεσματικής συνεργασίας και συνύπαρξης. Η διαδικασία της εσωτερικής ολοκλήρωσης συνήθως ξεκινά με τη δημιουργία μίας νομαδικής ταυτότητας. Με άλλα λόγια, κάθε ομάδα ατόμων και κάθε υποκουλτούρα αναπτύσσει ένα είδος μοναδικού ορισμού για τον εαυτό της. Στη συνέχεια, μέσω διαλόγων και αλληλεπιδράσεων, τα μέλη του οργανισμού αρχίζουν να χαρακτηρίζουν τον κόσμο τους, άλλοτε ως σφυρηλατήσιμο ή άκαμπτο και άλλοτε γεμάτο ευκαιρίες ή απειλητικό¹²⁶.

Αναλυτικότεροι είναι οι Πίνακες 3.1 και 3.2 που ακολουθούν:

¹²⁶ Καλεμικεράκης, Ι., «Πολιτιστικά πρότυπα και Οργανωσιακή Κουλτούρα Νοσοκομείου», Μεταπτυχιακή Εργασία, Αθήνα 2005, σελ. 18

Πίνακας 3.1: Λειτουργίες της κουλτούρας αναφορικά με θέματα εξωτερικής προσαρμογής και επιβίωσης.

1. **Αποστολή και Στρατηγική:** αποκτάται κοινή αντίληψη της κύριας αποστολής, των πρωτεύοντων διαδικασιών, των έκδηλων ή μη λειτουργιών της.
2. **Στόχοι:** αναπτύσσεται κοινή αντίληψη των στόχων της επιχείρησης, όπως αυτοί προκύπτουν από την κύρια αποστολή της.
3. **Μέσα:** αναπτύσσεται κοινή αντίληψη των μέσων που θα χρησιμοποιηθούν για την επίτευξη των στόχων της επιχείρησης, όπως, η οργανωσιακή δομή, το σύστημα ανταμοιβών της και εξουσίας.
4. **Μέτρηση:** αναπτύσσεται κοινή αντίληψη των κριτηρίων που θα χρησιμοποιηθούν για την μέτρηση του πόσο καλά η ομάδα τα καταφέρνει στην επίτευξη των στόχων της, όπως το σύστημα πληροφοριών και ελέγχου.
5. **Διόρθωση:** αναπτύσσεται κοινή αντίληψη για τις απαραίτητες διορθωτικές στρατηγικές που πρέπει να εφαρμοστούν στην περίπτωση που οι στόχοι δεν επιτευχθούν.

Πηγή: Καλεμκεράκης, Ι, 2005

Πίνακας 3.2: Λειτουργίες της κουλτούρας αναφορικά με θέματα εσωτερικής ολοκλήρωσης

- **Κοινή γλώσσα και κώδικες επικοινωνίας:** αν τα μέλη ενός οργανισμού δεν μπορούν να επικοινωνήσουν και να συνεννοηθούν, τότε είναι αδύνατος ο σχηματισμός ομάδας.
 - **Όρια ομάδας και κριτήρια αποδοχής ή αποκλεισμού:** αναπτύσσεται κοινή αντίληψη του ποιος είναι εντός και ποιος εκτός των ορίων της ομάδας και ποία τα κριτήρια που καθορίζουν την αποδοχή κάποιου στην ομάδα.
 - **Δύναμη και θέση:** κάθε οργανισμός πρέπει να αναπτύσσει τα κριτήρια και τους κανόνες που καθορίζουν το πώς κάποιος αποκτά, διατηρεί και χάνει εξουσία.
- **Ενότητα ,Φιλία και Αγάπη:** κάθε οργανισμός πρέπει να αναπτύξει τους κατάλληλους κανόνες για την εξασφάλιση ισότιμων σχέσεων μεταξύ των δύο φύλων κατά την εκτέλεση των επιχειρησιακών δραστηριοτήτων.

Πηγή: Καλεμικεράκης. Ι, 2005

3.7 Η Επικοινωνία

Επικοινωνία είναι η διεργασία μεταβίβασης πληροφοριών ή η διαδικασία παραγωγής και μετάδοσης μηνυμάτων. Δηλαδή η ύπαρξη συζήτησης μεταξύ δύο ή περισσότερων ατόμων και ανταλλαγή μηνυμάτων. Η επικοινωνία γεννιέται με τις ανταλλαγές

ανάμεσα στους ανθρώπους και χαρακτηρίζει κάθε τύπο κοινωνίας. Εγκαθιστά μια σύνδεση και μια ανταλλαγή ανάμεσα στα άτομα και στις ομάδες πράγμα που αποτελεί την αναγκαία συνθήκη για την εγκαθίδρυση και τη διατήρηση μιας αλληλεπίδρασης. Χωρίς την επικοινωνία οι άνθρωποι δεν θα είχαν καμία κοινωνική σχέση¹²⁷.

Η επικοινωνία υφίσταται όταν ένα άτομο στέλνει μήνυμα, ο οποίος ονομάζεται πομπός, σ ένα άλλο άτομο, ο οποίος δέχεται το μήνυμα και το επεξεργάζεται. Αυτός λέγεται δέκτης. Η διαδικασία της επικοινωνίας μπορεί να εμποδιστεί από πολλούς και ποικίλους παράγοντες οι οποίοι αλλοιώνουν την ποιότητα του μηνύματος¹²⁸.

3.8 Η Αναγκαιότητα της Επικοινωνίας

Η ικανότητα για επικοινωνία είναι πάρα πολύ σημαντική καθώς επιδρά στην ποιότητα των ανθρωπίνων σχέσεων μέσα στο επιχειρησιακό περιβάλλον, στην ποιότητα των αποφάσεων, στην αποτελεσματικότητα της καθοδήγησης και καθορίζει τον τρόπο αντίληψης του επιχειρησιακού περιβάλλοντος και τη σύσταση που οριοθετείται απέναντι σε αυτό. Η επικοινωνία επιδρά στις λειτουργίες του προγραμματισμού και ελέγχου, αφού αυτές εξαρτώνται από τις διαδικασίες και τα μέσα πληροφόρησης όπως:

- Την ανάθεση καθηκόντων και ευθυνών ώστε να ορίζονται και προδιαγράφονται σαφώς οι εργασιακοί ρόλοι
- Την συνειδητή ανάπτυξη της κατάτμησης του οργανισμού σε συγκεκριμένες μονάδες οι οποίες αυτενεργοποιούνται

¹²⁷ Μπιτσάνη, Ε., «Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων. Ζητήματα και Σύγχρονες Προσεγγίσεις στη Θεωρία της Οργανωσιακής και Διοικητικής Συμπεριφοράς», Εκδόσεις «Διώνικος», Αθήνα, 2006, σελ 257

¹²⁸ Ραγιά Α., 2003, «Νοσηλευτική», Τεύχος 42, σελ. 20.

- Την ανάπτυξη ιεραρχικών απαιτήσεων για τη διεκπεραίωση λειτουργιών συντονισμού¹²⁹.

3.9 Δομή Επικοινωνίας

Δεδομένης της περιπλοκότητας του σύγχρονου νοσοκομείου και των πολλαπλών εξειδικεύσεων των επαγγελματιών υγείας, το ζήτημα της οργάνωσης ενός συστήματος επικοινωνίας και ροής πληροφοριών αποκτά ιδιαίτερη σημασία. Ο όγκος και το είδος των πληροφοριών που διακινούνται καθημερινά απαιτεί ένα σύστημα διαχείρισης που εξασφαλίζει την ποιότητα της επικοινωνίας μεταξύ των λειτουργών υγείας που ασκούν διαφορετικούς ρόλους και είναι φορείς θέσεων εργασίας διαφορετικής ισχύος και κύρους, όπως, εξίσου, μεταξύ αυτών των ιδίων και των ασθενών. Η ποιότητα της επικοινωνίας είναι, ως γνωστόν, η παράμετρος εκείνη που καθορίζει σημαντικά την ικανοποίηση ασθενή αλλά και των λειτουργιών υγείας. Ο βαθμός ικανοποίηση των δύο αυτών συντελεστών αποκτά βαρύνουσα σημασία στη διασφάλιση της συνολικής ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

Στο πλαίσιο της επικοινωνίας τόσο μεταξύ των ιδίων των λειτουργών υγείας όσο και μεταξύ αυτών και των ασθενών αναπτύσσονται σχέσεις και ρόλοι επικοινωνίας που επηρεάζουν τη ροή της πληροφορίας, ανάλογα με τη θέση που κατέχουν στην ιεραρχία του συστήματος *οργάνωσης, λειτουργίας και διοίκησης*. Η επικοινωνία αυτή επηρεάζεται επίσης όχι μόνο από την τυπική δομή της οργάνωσής του, αλλά και από την άτυπη δομή, αυτή που διαμορφώνεται μέσα από τις καθημερινές σχέσεις του προσωπικού στο εργασιακό του περιβάλλον. Τόσο η τυπική όσο και η άτυπη δομή διαμορφώνουν ειδικούς τύπους επικοινωνίας μεταξύ των οποίων αναπτύσσονται διαφορετικές μορφές, ανάλογα με το είδος το μέγεθος και τη ροή των πληροφοριών που διακινούνται. Οι τύποι αυτοί επικοινωνίας εμπεριέχουν και εκδηλώνουν παράλληλα τις σχέσεις κύρους, εξουσίας και ισχύος μεταξύ ιατρού και νοσηλευτή ή ιατρού /νοσηλευτή και αρρώστου, ενώ ταυτόχρονα δεν απουσιάζουν τα ‘παιχνίδια’

¹²⁹ Μπιτσάνη, Ε., «Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων. Ζητήματα και Σύγχρονες Προσεγγίσεις στη Θεωρία της Οργανωσιακής και Διοικητικής Συμπεριφοράς», Εκδόσεις «Διώνικος», Αθήνα, 2006, σελ. 256.

αυτά καθ' εαυτής της επικοινωνίας (εικονική ή πραγματική μη κατανόηση, παρανόηση, παρεξήγηση, παρερμηνεία μηνύματος –πληροφορία).

Ως γνωστόν λειτουργία της επικοινωνίας για να πραγματοποιηθεί απαιτεί την ύπαρξη τεσσάρων προϋποθέσεων: α) ενός πομπού, β) ενός δέκτη, γ) ενός μηνύματος – πληροφορία και δ) μίας οδού επικοινωνίας που θα επιτρέψει τη μεταβίβαση (αποστολή και λήψη) του μηνύματος. Κατά την κίνηση του μηνύματος στην οδό επικοινωνίας υπεισέρχονται συγχυτικοί παράγοντες, τυπικής ή άτυπης, αντικειμενικής ή υποκειμενικής υφής και διάστασης, που αλλοιώνουν το αποστελλόμενο μήνυμα κατά την παραλαβή και την επεξεργασία του από το δέκτη. Η λέξη κλειδί στη λειτουργία της επικοινωνίας είναι η λέξη κατανόηση¹³⁰.

3.9.1 Μορφές Επικοινωνίας

Οι μορφές της επικοινωνίας σε γενικές γραμμές είναι:

1. **Λεκτική Επικοινωνία.** Είναι η ανταλλαγή πληροφοριών με τη χρήση λέξεων και λαμβάνει τη μορφή του γραπτού και προφορικού λόγου. Η λεκτική επικοινωνία βασίζεται στη χρήση της «γλώσσας» η οποία αποτελεί ένα καθορισμένο τρόπο χρησιμοποίησης των λέξεων, έτσι ώστε οι άνθρωποι να μπορούν να μοιράζονται αποτελεσματικά τις πληροφορίες. Χρησιμοποιείται πολύ από τους νοσηλευτές, όταν συνομιλούν με τους ασθενείς, όταν δίνουν προφορικές αναφορές σε άλλους νοσηλευτές, όταν αναπτύσσουν σχέδια φροντίδας και όταν καταγράφουν τις σημειώσεις νοσηλευτικής προόδου.
2. **Μη Λεκτική Επικοινωνία.** Είναι η ανταλλαγή πληροφοριών χωρίς την χρησιμοποίηση λέξεων. Μερικές φορές αναφέρεται και ως γλώσσα του σώματος και βοηθά στην κατανόηση περίπλοκων νοημάτων του προφορικού λόγου.

¹³⁰ Μπιτσάνη, Ε., «Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων. Ζητήματα και Σύγχρονες Προσεγγίσεις στη Θεωρία της Οργανωσιακής και Διοικητικής Συμπεριφοράς», Εκδόσεις «Διώνικος», Αθήνα, 2006, σελ.256

3. **Άγγιγμα.** Το άγγιγμα εκφράζει την προσωπική συμπεριφορά και έχει διαφορετικό νόημα για το κάθε άτομο. Το άγγιγμα θεωρείται ως ένας από τους πιο αποτελεσματικούς μη λεκτικούς τρόπους έκφρασης συναισθημάτων, όπως είναι και η άνεση, η αγάπη, η αφοσίωση, η ασφάλεια, ο θυμός, η απογοήτευση, η επιθετικότητα, ο ενθουσιασμός και πολλά άλλα.
4. **Οπτική Επαφή.** επικοινωνία συχνά αρχίζει με την οπτική επαφή. Για παράδειγμα μια ματιά, είναι συχνά μια μέθοδος συγκέντρωσης της προσοχής, ώστε να ξεκινήσει μια συζήτηση. Επίσης, η οπτική επαφή δείχνει σεβασμό και επιθυμία για ακρόαση κάποιων μηνυμάτων.
5. **Εκφράσεις του Προσώπου.** Το πρόσωπο είναι το πιο εκφραστικό τμήμα του σώματος. Τα ποικίλα μηνύματα που μεταβιβάζουν οι εκφράσεις του προσώπου είναι ο θυμός, η χαρά, η θλίψη, η καχυποψία, ο φόβος, η περιφρόνηση κ.ά. Μερικοί άνθρωποι έχουν υπερβολικά εκφραστικά πρόσωπα ενώ άλλοι κρύβουν τα συναισθήματα τους, έτσι ώστε δύσκολα καταλαβαίνει κανείς τι έχουν. Οι νοσηλευτές πρέπει να γνωρίζουν να ελέγχουν τις εκφράσεις του δικού τους προσώπου. Για παράδειγμα, όταν ένας ασθενής έρθει στο νοσοκομείο με εγκαύματα, μπορεί να παρακολουθήσει τις αντιδράσεις του νοσηλευτή, όταν απομακρύνονται τα καμένα ρούχα. Κάθε σημάδι απέχθειας, αποστροφής μπορεί να έχει σοβαρές επιπτώσεις στον ασθενή, όσον αφορά την εικόνα του εαυτού του.
6. **Στάση Σώματος.** Ο τρόπος με τον οποίο ένα άτομο τοποθετεί το σώμα του μεταφέρει μη λεκτικά μηνύματα. Τα υγιή και με θετική συμπεριφορά άτομα έχουν καλή ευθυγράμμιση του σώματος. Τα καταθλιπτικά ή κουρασμένα άτομα συχνά γέρνουν το σώμα τους.
7. **Βάδισμα.** Το ζωνρό περπάτημα συνήθως μεταφέρει μήνυμα ευεξίας, ενώ το λιγότερο αποφασιστικό και συρτό βάδισμα, δείχνει θλιμμένο ή αποθαρρυμένο άτομο. Για παράδειγμα, ασθενείς που αναρρώνουν μετά από εγχείρηση κοιλίας, συνήθως περπατούν με ελαφρά κλίση προς τα εμπρός, με αργό ρυθμό.
8. **Χειρονομίες.** Οι χειρονομίες έχουν την ικανότητα να μεταφέρουν πολλά μηνύματα. Για παράδειγμα, το κλώτσημα ενός αντικειμένου συχνά εκφράζει

θυμό. Το κτύπημα του ποδιού συνήθως φανερώνει άγχος ή θυμό. Επίσης, το γνέψιμο με το χέρι σημαίνει ότι κάποιος καλεί κάποιο άτομο να πλησιάσει. Οι χειρονομίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν επίσης όταν δύο άτομα που μιλούν διαφορετικές γλώσσες θέλουν να επικοινωνήσουν.

9. Γενική Εμφάνιση. Η γενική εμφάνιση είναι ίσως ένας υποσυνείδητος τρόπος επικοινωνίας. Οι περισσότερες ασθένειες προκαλούν αλλαγές στην γενική τους εμφάνιση. Η παρατήρηση των αλλαγών στην εμφάνιση αποτελεί μία σημαντική ευθύνη των νοσηλευτών. Για παράδειγμα, ένα άτομο με ανεπαρκή πρόσληψη υγρών έχει ξηρό δέρμα που ρυτιδώνεται εύκολα και έχει μειωμένο μυϊκό τόνο, ενώ τα μάτια του μπορεί να έχουν θολή όραση. Από την αντίθετη πλευρά ένα υγιές άτομο ακτινοβολεί, από την καλή κατάσταση της υγείας του, μέσω της γενικής του εμφάνισης. Μια υγιής και ευχάριστη γενική εμφάνιση του καθενός μεταβιβάζει την αισιοδοξία και τη χαρά και στον περίγυρο του, φέρνει λοιπόν τα άτομα σε νοητή επαφή, οπότε η προβολή της γενικής εμφάνισης αποτελεί έναν ιδιαίτερο τρόπο επικοινωνίας.
10. Ένδυση και Καλλωπισμός. Τα υγιή άτομα έχουν αυξημένη αυτοεκτίμηση με αποτέλεσμα να προσέχουν τις λεπτομέρειες και το πώς ντύνονται, ενώ τα άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση δείχνουν λιγότερο ενδιαφέρον στο ρουχισμό τους. Όταν αυτά τα άτομα τελικά ενδιαφερθούν για τον εαυτό τους, αποτελεί ένδειξη της αποκατάστασης της υγείας τους. Μια ενδεχόμενη περιποιημένη ένδυση και ένας ευχάριστος καλλωπισμός ίσως θα μπορούσε να θεωρηθεί ένας ακόμη υποσυνείδητος τρόπος επικοινωνίας μιας και ο καθ'ένας προσπαθεί να είναι όσο πιο καλλωπισμένος μπορεί για να είναι προσίτος στο κοινωνικό του περίγυρο ή ενδεχομένως θέλοντας να προσελκύσει και άλλους κοντά του.
11. Ήχοι. Το κλάμα, το βογκητό, η δυσκολία στην αναπνοή και ο αναστεναγμός είναι προφορικές αλλά μη λεκτικοί τρόποι επικοινωνίας. Για παράδειγμα, ένα άτομο μπορεί να κλάψει από λύπη ή από χαρά. Επίσης, ο αναστεναγμός μπορεί να είναι ανακούφιση ενός ατόμου από κάτι αλλά από την άλλη μπορεί να δηλώνει απροθυμία ή στεναχώρια για κάτι¹³¹.

¹³¹ Ραγιά Α., 2003, «Νοσηλευτική», Τεύχος 42, σελ. 22.

3.9.2 Τύποι Επικοινωνίας

1. Ατομικές Γραπτές Επικοινωνίες
 - i) Επιστολή
 - ii) Προσωπικό Σημείωμα
2. Συλλογικές Γραπτές Επικοινωνίες
 - i) Άρθρα
 - ii) Χρονικά
 - iii) Δελτίο
 - iv) Εγχειρίδιο
 - v) Εγκύκλιος
3. Προφορικές Ατομικές Επικοινωνίες
 - i) Διάλογος
 - ii) Τηλεφωνική Επικοινωνία
4. Συλλογικές Προφορικές Επικοινωνίες
 - i) Διάλεξη
5. Οπτικές Επικοινωνίες
 - i) Φωτογραφίες και Φίλμς¹³².

¹³² Σαρρής, Μ., «Κοινωνιολογία της Υγείας και Ποιότητα Ζωής», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2001, σελ. 219.

3.9.3 Είδη Επικοινωνίας

- I. Από πάνω προς τα κάτω: Η επικοινωνία προς τα κάτω χρησιμοποιείται για κοινοποίηση στόχων και διαδικασιών, για οδηγίες και ανατροφοδότηση, ενώ τα βασικά της προβλήματα είναι το φιλτράρισμα των μηνυμάτων, η υπερφόρτωση και η καθυστέρηση.
- II. Από κάτω προς τα πάνω: Η επικοινωνία προς τα πάνω χρησιμοποιείται για αναφορές απόδοσης, σχετικά με προβλήματα και τη γενική κατάσταση της εταιρίας, για μεταβίβαση παραπόνων και ανατροφοδότηση. Το βασικό πρόβλημα είναι το φιλτράρισμα, το οποίο οδηγεί σε έλλειψη σωστής πληροφόρησης.
- III. Οριζόντια: Η οριζόντια επικοινωνία είναι χρήσιμη για τον συντονισμό των διάφορων τμημάτων, τη συνεργασία για την αναζήτηση λύσεων, την ανταλλαγή εμπειριών και πληροφοριών και την αναζήτηση υποστήριξης¹³³.

3.10 Αρχές Επικοινωνίας

Για την επίτευξη μιας καλής επικοινωνίας δύο ή περισσότερων ατόμων πρέπει να ισχύουν τα εξής:

- Η χρήση απλής γλώσσας, έτσι ώστε το άλλο άτομο να μπορέσει εύκολα να κατανοήσει το μήνυμα.
- Η χρήση περισσότερων του ενός τρόπου διαβίβασης του μηνύματος, για το ενδεχόμενο να αποτύχει ο ένας τρόπος.
- Η προσπάθεια επανάληψης, ώστε να γίνει κατανοητό.

¹³³ Σαρρής, Μ., «Κοινωνιολογία της Υγείας και Ποιότητα Ζωής», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2001, σελ. 219

- Η χρησιμοποίηση ελέγχου έτσι ώστε να διαπιστωθεί αν διαβιβάστηκε και κατανοήθηκε σωστά το μήνυμα.
- Η προσπάθεια, ώστε το μήνυμα να ακολουθείται από πράξεις¹³⁴.

3.11 Παράγοντες που προάγουν την αποτελεσματική Επικοινωνία

Η ικανοποιητική και σωστή επικοινωνία εξαρτάται από ορισμένους σημαντικούς παράγοντες. Αυτοί είναι:

- Η αρμονική σχέση μεταξύ των ατόμων.
- Συγκεκριμένοι αντικειμενικοί σκοποί. Επικοινωνούν καλύτερα δυο άτομα όταν έχουν κοινούς στόχους και συνεργάζονται για την επίτευξη κοινού σκοπού.
- Άνετο περιβάλλον. Η επικοινωνία προάγεται όταν υπάρχει άνετο περιβάλλον όπου τα άτομα αισθάνονται μεταξύ τους χαλαρή και ευχάριστη ατμόσφαιρα χωρίς βιασύνη και άγχος.
- Ιδιωτικότητα. Αν και δεν είναι πάντοτε εύκολο, όταν η επικοινωνία διεξάγεται μεταξύ δυο ατόμων δεν πρέπει να παρεμβάλλονται τρίτοι έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η κατάλληλη ιδιωτικότητα.
- Εμπιστευτικότητα. Η διαχείριση των πληροφοριών πρέπει να γίνεται με την κατάλληλη εμπιστευτικότητα αν κρίνεται αναγκαίο έτσι ώστε ο ένας να μην εκθέτει τον άλλον.
- Επικέντρωση στο συνομιλητή. Η ανταλλαγή πληροφοριών και η επικοινωνία γίνονται σωστά όταν υπάρχει επικέντρωση και προσήλωση των συνομιλητών μεταξύ τους, ο καθ'ένας στις ιδέες και στις απόψεις του άλλου.
- Κατάλληλος ρυθμός. Τα άτομα που επικοινωνούν πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τους ότι ο ένας πρέπει να προσαρμόζεται στο ρυθμό του άλλου, να μην απευθύνονται βεβιασμένα πολλές ερωτήσεις ταυτόχρονα και να υπάρχει άνεση χρόνου.

¹³⁴ Λανάρα, Β., «Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών», Γ' έκδοση, εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα, 2003, σελ. 24-25

- Παροχή προσωπικού χώρου. Ορισμένοι άνθρωποι για να επικοινωνήσουν καλύτερα χρειάζονται έναν ορισμένο προσωπικό χώρο στον οποίο αισθάνονται περισσότερη άνεση με το άτομο με το οποίο επικοινωνούν.¹³⁵

3.12 Φραγμοί Επικοινωνίας

Οι φραγμοί της επικοινωνίας μπορεί να θεωρηθεί ότι είναι οι αντίθετοι από τους παραπάνω παράγοντες οι οποίοι προάγουν την επικοινωνία. Κάποιοι από τους επιπλέον παράγοντες οι οποίοι εμποδίζουν την αποτελεσματική επικοινωνία είναι οι παρακάτω:

- Αποτυχία αντίληψης της προσωπικότητας του συνομιλητή. Η σωστή επικοινωνία απαιτεί γνώση και κατανόηση της θέσης και της κατάστασης στην οποία βρίσκεται ο συνομιλητής, καθώς και των προβλημάτων και των ανησυχιών που τον διακατέχουν. Αν κάτι τέτοιο δεν ισχύει τότε η επικοινωνία είναι προβληματική, δύσκολα συνεχίζεται και συνήθως ο απώτερος σκοπός της αποτυγχάνει.
- Αποτυχία ακρόασης. Η διεξαγωγή της σωστής επικοινωνίας απαιτεί και σωστή ακρόαση. Στη περίπτωση που δεν υπάρχει προσεκτική και σε βάθος ακρόαση η επικοινωνία αποτυγχάνει. Οι συνομιλητές πρέπει να έχουν τη διάθεση της προσεκτικής ακρόασης ο ένας στον άλλον για να καταφέρουν να αντιληφθούν πλήρως ο ένας τη κατάσταση του άλλου.
- Ακατάλληλα σχόλια και ερωτήσεις. Σε συγκεκριμένες περιπτώσεις συγκεκριμένοι τύποι σχολίων και ερωτήσεων θα πρέπει να αποφεύγονται επειδή συνήθως τείνουν να εμποδίσουν την αποτελεσματική επικοινωνία φορτίζοντας συναισθηματικά τα άτομα που επικοινωνούν.

¹³⁵ Λανάρα, Β., «Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών», Γ' έκδοση, εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα, 2003, σελ. 27.

- Επιρροή προκαταλήψεων και στερεοτύπων. Οι συνομιλητές οφείλουν να είναι απαλλαγμένοι από προκαταλήψεις. Αν δεν είναι ικανοί για αυτό τουλάχιστον πρέπει να είναι ικανοί να τις εκφράζουν στο συνομιλητή τους με ευγένεια, όσο δυσάρεστο κι αν είναι αυτό φυσικά. Επικοινωνία που προάγεται με υποκρισία συνήθως αποτυγχάνει¹³⁶.

3.13 Σχέσεις Συνεργασίας και Επικοινωνίας του Προσωπικού

Συνεργασία είναι η συνένωση των γνώσεων, ικανοτήτων και πείρας πολλών προσώπων προς ένα κοινό σκοπό, χωρίς την εξαφάνιση της πρωτοβουλίας των εργαζόμενων ατόμων. Η συνεργασία είναι μια μορφή διαλόγου, ευκαιρία υπηρεσίας, προσφοράς και διακονίας. Η συνεργασία ενδυναμώνει τους αδύναμους σε σχέση με τους μη συνεργάσιμους δυνατούς. Χωρίς τη συνεργασία των μελών δεν αναπτύσσεται η κοινωνία, δεν ευημερεί η οικογένεια, δεν κερδίζει μάχες ο στρατός, δεν μεγαλουργεί η παιδεία, δεν προάγονται οι τέχνες και οι επιστήμες, δεν επιτυγχάνει τους στόχους της η σύγχρονη νοσηλευτική. Η συνεργασία είναι γυμναστήριο, σπουδαστήριο και εργαστήριο αγωνισμάτων άλλου βελενεκούς. Κατά την συνεργασία καλλιεργούμε την αγάπη, την συμπυχή, την υπομονή, το πνεύμα της μαθητείας¹³⁷. Η λέξη κλειδί στη λειτουργία της επικοινωνίας είναι η «κατανόηση».

Οι σχέσεις επικοινωνίας του προσωπικού και η διασύνδεσή τους με την ποιότητα της φροντίδας υγείας καθορίζονται θετικά ή αρνητικά από τέσσερις αλληλεπιδρόμενες παραμέτρους:

Α) Η παράμετρος που αφορά τις σχέσεις του προσωπικού υγείας με τον άρρωστο. Τα κριτήρια τη επαγγελματικής κατάρτισης ,του τίτλου σπουδών, της αρχαιότητας στην υπηρεσία.

¹³⁶ Ουζούνη, Χ., «Διερευνητική μελέτη των παραγόντων που προκαλούν στρες στο νοσηλευτικό προσωπικό των ψυχιατρικών μονάδων βραχείας νοσηλείας». «*Νοσηλευτική*», Τεύχος 44, Φεβρουάριος, Αθήνα, 2005, σελ. 13-14.

¹³⁷ Ραγά Α., 2004, «*Νοσηλευτική*», Τεύχος 43, σελ. 7

Β) Η παράμετρος που αφορά τις σχέσεις μεταξύ του προσωπικού. Κάθε μέλος του προσωπικού με ποιο άλλο μέλος της ομάδας εργασίας οφείλει να επικοινωνεί, ποιας κατηγορίας ή επιπέδου, προκειμένου να προσδιοριστεί το εύρος των δραστηριοτήτων και ευθυνών του, όσον αφορά το αντικείμενο της εργασίας του.

Γ) Η παράμετρος της γραπτής επικοινωνίας. Κάθε μέλος το προσωπικού με ποιόν επικοινωνεί γραπτά, ποιο είναι το περιεχόμενο της επικοινωνίας, με ποιο τρόπο και πως.

Δ) Η παράμετρος της προφορικής επικοινωνίας. Πως κάθε μέλος του προσωπικού επικοινωνεί προφορικά με τα άλλα μέλη, τι είδους εκφράσεις χρησιμοποιεί, σε σχέση με τι και με ποιον¹³⁸.

3.14 Επαγγελματική Συνεργασία και Επικοινωνία

Η διεπαγγελματική συνεργασία όπως γνωρίζουμε είναι η διαδικασία ανάπτυξης συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας που ανήκουν σε διαφορετικές ειδικότητες. Για την ύπαρξη πραγματικής συνεργασίας πρέπει να υπάρχουν κάποια σημαντικά ατομικά χαρακτηριστικά τα οποία τα αναφέρουμε παρακάτω αναλυτικά και βοηθούν στην ομαλή συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας μέσα στο χώρο του νοσοκομείου¹³⁹ (Δέσποινα Σαπουντζή-Κρέπια, 2004).

¹³⁸ Σαρρής, Μ., «Κοινωνιολογία της Υγείας και Ποιότητα Ζωής», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2001, σελ 229.

¹³⁹ Σαπουντζή-Κρέπια, Δ., «Χρόνια ασθένεια και νοσηλευτική φροντίδα», Β΄ Έκδοση, Αθήνα, 2004, σελ 42.

Προϋποθέσεις Συνεργασίας

Για να υφίσταται συνεργασία θα πρέπει να ισχύουν οι παρακάτω προϋποθέσεις και οι υποψήφιοι συνεργάτες οφείλουν να διακατέχονται από ορισμένες αρετές που περιγράφονται επίσης παρακάτω. Οι αρετές αυτές είναι:

- Αυτογνωσία και σεμνότητα. Κάθε εργαζόμενος οφείλει να διακατέχεται από το αίσθημα της αυτογνωσίας δηλαδή να γνωρίζει καλά το ρόλο του, τις δυνατότητές και τις αρμοδιότητές του καθώς και τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις του. Ακόμη πρέπει να μην τον καταβάλει εγωισμός και αλαζονεία αλλά καλοσύνη και πνεύμα συναδελφικότητας.
- Σεβασμός του άλλου προσώπου και αναγνώριση των προσόντων του. Η αλληλεγγύη και η συναδελφικότητα είναι αποτελέσματα της ένδειξης σεβασμού μεταξύ των εργαζομένων. Επίσης η απουσία υπεροψίας και η αναγνώριση της ισότητας μεταξύ των συναδέλφων είναι από τις βασικότερες προϋποθέσεις συνεργασίας.
- Καλή επικοινωνία, μέτρο και ιερότητα στο λόγο. Μια ακόμη εξίσου σημαντική προϋπόθεση συνεργασίας είναι η ύπαρξη καλής επικοινωνίας μεταξύ των εργαζομένων. Οι δυο έννοιες είναι αλληλένδετες μεταξύ τους και όσο καλύτερη επικοινωνία υπάρχει τόσο καλύτερη συνεργασία θα επικρατήσει. Ακόμη ο λόγος του καθενός πρέπει να είναι αληθινός, καθοριστικός, σίγουρος και χωρίς υπεκφυγές.
- Ευγένεια. Οι εργαζόμενοι θα πρέπει να είναι ευγενικοί μεταξύ τους και να απευθύνονται στους συναδέλφους τους με διακριτικότητα και επίδειξη σεβασμού. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να λαμβάνουν πίσω, τις περισσότερες φορές, την ανάλογη ευγένεια και να δημιουργείται ευχάριστο κλίμα.
- Διάκριση. Μέσα σε κάθε ομάδα υπάρχουν πάντοτε κάποια μέλη της τα οποία επιθυμούν να ξεχωρίζουν και να διακρίνονται χρησιμοποιώντας τα ιδιαίτερα καθήκοντά τους. Η διάκριση αυτή είναι ωφέλιμη διότι ανεβάζει το επίπεδο και τη λειτουργικότητα του χώρου εργασίας.

- Μετριοφροσύνη. Κάθε εργαζόμενος θα πρέπει να είναι μετρίοφρων, να μην έχει μεγάλη ιδέα για τον εαυτό του και να μην είναι επιδειξίας ακόμη και αν διακατέχεται από πολλά και σπάνια προσόντα. Η έλλειψη μετριοφροσύνης οδηγεί σε διακρίσεις και έτσι διαταράσσεται η ομαλή συνεργασία.
- Ανωτερότητα. Η ανωτερότητα και η επίδειξη ήθους είναι από τις σπουδαιότερες αρετές που θα πρέπει να πλαισιώνουν το νοσηλευτή. Ακόμη και στη περίπτωση μιας αντιπαράθεσης ο νοσηλευτής που διακατέχεται από πνεύμα ανωτερότητας υποχωρεί για την επίλυση της διένεξης και επιδεικνύει ήθος εφόσον φυσικά δεν θίγονται τα δίκαια συμφέροντά του¹⁴⁰.

3. 15 Επαγγελματική Συνεργασία

Στο νοσοκομείο, η συνεργασία δεν αφορά αποκλειστικά μόνο τον ιατρό και τον ασθενή του. Παράλληλα, αφορά την αλυσίδα διάγνωσης και ιατρικής φροντίδας, η οποία γενικά συμπεριλαμβάνει και άλλων ειδικοτήτων ιατρούς όπως παραϊατρικά επαγγέλματα, τα οποία μπορεί να εργάζονται σε ομάδα αλλά μπορεί και όχι. Αυτή η ευρεία ανάμειξη διαφορετικών επαγγελματιών απαιτεί καλή επικοινωνία ανάμεσα σ' αυτούς τους επαγγελματίες και συνεργασία στις διαφορετικές ενέργειες που διενεργούνται, έτσι ώστε να αποφευχθεί άσκοπη επανάληψη ή ελλιπής πληροφόρηση στην επικοινωνία με τον ασθενή.

Οι αλλαγές στον εργασιακό χώρο απεικονίζονται στους επαγγελματικούς και θεσμικούς κανόνες (π.χ. ιατρο - νομικές ευθύνες και μετατοπίσεις εργασίας), και αυτές καθορίζουν τη φύση της αλληλεπίδρασης, των θετούμενων προσδοκιών και απαιτήσεων¹⁴¹.

¹⁴⁰ Ραγιά Α., 2003, «Νοσηλευτική» Τεύχος 42, σελ. 24.

¹⁴¹ Radcliffe, M., «Doctors and nurses: new game, same result». *Business Medical Journal*, 320:1085, 2000, pp. 34-35.

Οι ιατροί και οι νοσηλεύτριες πρέπει να στηρίζουν τις μοναδικές δυνάμεις και την εργασία τους στην αληθινή συνεργασία, αναγνωρίζοντας την αλληλεξάρτησή τους και τη συμπληρωματικότητα της γνώσης τους, των δεξιοτήτων και των προοπτικών, καθώς επίσης και των κοινών ηθικών υποχρεώσεών τους. Οι κλάδοι της νοσηλευτικής και της ιατρικής αναμένονται να λειτουργήσουν σε στενή εγγύτητα ο ένας με τον άλλο, όχι μόνο επειδή ασκούνται δίπλα-δίπλα αλλά γιατί αλληλεπιδρά ο ένας με τον άλλο, για να επιτευχθεί ένα κοινό αγαθό: η υγεία και η ευημερία των ασθενών¹⁴².

Η έννοια της συνεργασίας ανάμεσα στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης έχει εστιάσει την προσοχή του πολύ τα τελευταία χρόνια. Η συνεργασία αυτή ορίζεται στο λεξικό της Οξφόρδης, όπως η πράξη της εργασίας σε συνεργασία με το άλλο. Οι τομείς της συνεργασίας νοσηλεύτριας-ιατρού, ειδικότερα, έχει διεγερόμενα παθιασμένη συζήτηση και πολλές θεωρίες, αλλά μια μικρή μόνο των εμπειρικών δεδομένων. Η συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών της υγειονομικής περίθαλψης έχει συνδεθεί με θετικά αποτελέσματα για την υγεία των ασθενών και την ικανοποίηση από την εργασία για τους φροντιστές¹⁴³.

3. 16 Επικοινωνία μεταξύ του Προσωπικού

Κάθε μέλος του προσωπικού προσφέρει τις υπηρεσίες του σε ένα συγκεκριμένο πεδίο μια τμηματοποιημένης εργασίας που είναι οργανωμένη σύμφωνα με τη θεωρία Taylor. Στο πεδίο των σχέσεων μεταξύ προσωπικού, η ανάπτυξη των σχέσεων ακολουθούν μια διαστρωματοποιημένη κατηγοριοποίηση. Οι ειδικευόμενοι ιατροί με τους ειδικευμένους ιατρούς, οι νοσηλευτές με τους νοσηλευτές, οι βοηθοί με τους

¹⁴²Γαρυφάλλου, Κ., Κουρπουανίδου, Α., Κυπάρου Μ., Γρηγοριάδης, Σ., «*Διεπαγγελματική Συνεργασία Ιατρών και Νοσηλευτών*», Πτυχιακή Εργασία, Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Αλεξάνδρειο Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη 2009, σελ.13-14.

¹⁴³Στάθης, Ι.Γ., «*Διάλογοι για το Νοσοκομειακό Management*», 3^η Έκδοση, Εκδόσεις «Mediforce Services S.A.», Αθήνα, 2004, σελ. 147-148.

βοηθούς. Κάθε στρώμα αναπτύσσει το δικό του τύπο επικοινωνίας, τα δικά του όρια και τη δική του ποιότητα επικοινωνία.

Γραπτή Επικοινωνία αυτή είναι συνήθως ιατρική προέλευσης. Πρωτόκολλο θεραπείας, χειρουργικών πράξεων και φαρμακευτικής αγωγής που συνάδουν με την ιατρική τεχνική και γνώση.

Η Προφορική Επικοινωνία χρησιμοποιείται κυρίως προς επαλήθευση των γραπτών οδηγιών και του ελέγχου εφαρμογής της προκαθορισμένης θεραπευτικής αγωγής.

3. 17 Διεπαγγελματικές Σχέσεις Ιατρού – Νοσηλευτή

Οι σχέσεις ιεραρχίας διακρίνονται σε «τυπικές» και «άτυπες»:

- I. **Τυπικές σχέσεις.** Όσοι κατέχουν θέσεις στην ανώτατη διοίκηση οφείλουν να είναι δίκαιοι και ευγενικοί προς τους υφισταμένους τους. Οι εντολές από την ανώτατη διοίκηση στις χαμηλότερες βαθμίδες κατανέμονται κλιμακωτά με τη μορφή αλυσίδας. Αυτή η κλιμακωτή αλυσίδα όμως πρέπει να συνοδεύεται από ομαδικότητα για την καλύτερη ενότητα και αρμονία του οργανισμού. Τα υψηλά ιστάμενα στελέχη έχουν τη δυνατότητα να δίνουν εντολές και οι εργαζόμενοι οφείλουν να σέβονται και να εκτελούν τις εντολές τους με την προϋπόθεση ότι είναι λογικές, όμως κάθε εργαζόμενος πρέπει να δέχεται εντολές από έναν προϊστάμενο. Επίσης, οι εργαζόμενοι πρέπει να αμείβονται ικανοποιητικά για τις υπηρεσίες που προσφέρουν. Όλες οι ιεραρχικές θέσεις πρέπει να καταλαμβάνονται από το απαραίτητο προσωπικό και κάθε εργαζόμενος ξεχωριστά πρέπει να έχει την ευκαιρία να αναλαμβάνει πρωτοβουλία και να εφαρμόζει τα σχέδιά του πάντοτε όμως προς όφελος του οργανισμού.
- II. **Άτυπες σχέσεις.** Μεταξύ των εργαζόμενων στο νοσοκομείο εκτός από τις τυπικές σχέσεις, αναπτύσσονται και άτυπες εξαιτίας της μακροχρόνιας συνεργασίας. Ορισμένες φορές λόγω του μεγάλου φόρτου εργασίας σε ένα τμήμα ο υπεύθυνος/η ή σπάνια και ο προϊστάμενος/η βοηθούν τους νοσηλευτές στη διεκπεραίωση των

εργασιών τους για την ταχύτερη και καλύτερη λειτουργία του τμήματος. Ακόμη ορισμένες φορές οι υπεύθυνοι/ες οργανώνουν το πρόγραμμα εργασίας του προσωπικού όταν ο προϊστάμενος δεν εργάζεται ή είναι απασχολημένος σε διοικητικές εργασίες. Στις άτυπες σχέσεις δεν υπάρχουν μόνο πλεονεκτήματα αλλά και μειονεκτήματα. Κάποιες φορές μερικοί εργαζόμενοι λόγω μακροχρόνιας γνωριμίας και συνεργασίας με υψηλότερα ιστάμενα στελέχη αναπτύσσουν μια οικεία σχέση με αποτέλεσμα να τυγχάνουν ευνοϊκότερης αντιμετώπισης σε σύγκριση με άλλους και έτσι συνήθως προκαλούνται συγκρούσεις και αντιπαραθέσεις μεταξύ των εργαζομένων δυσχεραίνοντας έτσι την εύρυθμη λειτουργία. Επίσης, για τον ίδιο λόγο ορισμένοι εργαζόμενοι τυγχάνουν ευνοϊκότερη ρύθμιση ωραρίου¹⁴⁴.

Οι σχέσεις μεταξύ του προσωπικού στηρίζονται περισσότερο στις άτυπες δομές παρά στην τυπική ιεραρχία.

3. 18 Επαγγελματική Σύγκρουση

Όπως και σε πολλούς άλλους επαγγελματικούς χώρους έτσι και στο χώρο του νοσοκομείου αρκετές φορές υπάρχει η λεγόμενη «επαγγελματική σύγκρουση». Πρόκειται για σύγκρουση καθηκόντων, αρμοδιοτήτων και υποχρεώσεων μεταξύ των εργαζομένων στον ίδιο χώρο. Η επαγγελματική σύγκρουση παρατηρείται μεταξύ όλων των ειδικοτήτων στο νοσοκομείο και είναι άλλοτε αρκετά έντονη και άλλοτε πιο ήπια¹⁴⁵. Παραπέμπει στη σύγκρουση των καθηκόντων μεταξύ των νοσηλευτών, των

¹⁴⁴ Γαρυφάλου, Κ., Κουρπουανίδου, Α., Κυπάρου Μ., Γρηγοριάδης, Σ., «*Διεπαγγελματική Συνεργασία Ιατρών και Νοσηλευτών*», Πτυχιακή Εργασία, Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επαγγελμάτων Υγείας και Πρόνοιας, Αλεξάνδρειο Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη 2009, σελ. 16-17.

¹⁴⁵ Γαρυφάλου, Κ., Κουρπουανίδου, Α., Κυπάρου Μ., Γρηγοριάδης, Σ., «*Διεπαγγελματική Συνεργασία Ιατρών και Νοσηλευτών*», Πτυχιακή Εργασία, Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επαγγελμάτων Υγείας και Πρόνοιας, Αλεξάνδρειο Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη 2009, σελ. 20.

γιατρών, των φυσιοθεραπευτών, των τραυματιοφορέων, των βοηθών θαλάμων, των νοσοκόμων και όποιας άλλης ειδικότητας φιλοξενεί το αντίστοιχο τμήμα. Τα αίτια της σύγκρουσης αυτής είναι πολλά και ποικίλουν κατά καιρούς ανάλογα με τις παρούσες συνθήκες.

Ως σύγκρουση ορίζεται η κατάσταση κατά την οποία η συμπεριφορά ενός ατόμου ή μιας ομάδας σκόπιμα επιδιώκει να εμποδίσει την επίτευξη των στόχων ενός άλλου ατόμου ή ομάδας. Είναι ένα ανεπιθύμητο φαινόμενο που οδηγεί σε αρνητικά αποτελέσματα. Εντούτοις, οι συγκρούσεις σε έναν οργανισμό είναι υγιείς και αναπόφευκτες και μπορεί να συνοδεύονται από θετικές συνέπειες. Η σύγκρουση μπορεί να είναι εποικοδομητική και να έχει καταλυτική επίδραση στις νέες ιδέες, την πρόοδο, τις θετικές αλλαγές και την ανάπτυξη.

3.18.1 Είδη Συγκρούσεων

- Διαπροσωπικές συγκρούσεις (μεταξύ ατόμων)
- Ομαδικές συγκρούσεις (μεταξύ ομάδων)
- Ιεραρχικές συγκρούσεις (π.χ. αυταρχικό μάνατζμεντ)
- Λειτουργικές συγκρούσεις – περισσότερο συχνές στο χώρο του νοσοκομείου
- Συγκρούσεις επιτελικών – γραμμικών στελεχών
- Συγκρούσεις μεταξύ τυπικής και άτυπης οργάνωσης¹⁴⁶.

3.18.2 Αίτια συγκρούσεων

- Ζητήματα κύρους και επιβολής,
- Συνθήκες εργασίας-αυξημένα επίπεδα άγχους,
- Η άρνηση ευθυνών,
- Η αλληλοκάλυψη ρόλων και αρμοδιοτήτων λόγω προβληματικού καθορισμού καθηκόντων καθώς και τα διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης.
- Προκλητική συμπεριφορά απέναντι στην ηγεσία, διακρίσεις

¹⁴⁶ Αναρτήθηκε στο www.chesme.nurs.uoa.gr την 21/07/2010

- Πολύπλοκο οργανωσιακό εργασιακό περιβάλλον
- Έλλειψη ζωτικού χώρου
- Διαφορετικές συνεργαζόμενες αλληλεπιδρούσες επαγγελματικές ομάδες
- Η ύπαρξη στερεοτύπων σχετικά με το επάγγελμα των νοσηλευτών και των ιατρών, η αλλαγή ρόλου των νοσηλευτών, η επικράτηση του γυναικείου φύλου στο επάγγελμα του νοσηλευτή και η διαφοροποίηση στην ακαδημαϊκή και στην επαγγελματική τους εξέλιξη
- Περιορισμένοι πόροι (έλλειψη προσωπικού, οικονομικοί και υλικοτεχνικοί πόροι) έλλειψη οργάνωσης και προβλήματα διοίκησης
- Διαφορές νοοτροπίας, θέσης, επιπέδου μόρφωσης στις διάφορες ιεραρχικές βαθμίδες¹⁴⁷

3.18.3 Διαχείριση συγκρούσεων

Θα μπορούσε να οριστεί ως η υποβοήθηση των ατόμων που βρίσκονται σε σύγκρουση ώστε να υιοθετήσουν μία αποτελεσματική διαδικασία αντιμετώπισης των συγκρούσεων τους. Ο χειρισμός και επίλυση μιας σύγκρουσης είναι μια διαδικασία σταδιακή. Οι μάνατζερ ξοδεύουν το 20% του χρόνου τους για την αντιμετώπιση ή την επίλυση κάποιας μορφής σύγκρουσης. Η ύπαρξη συγκρούσεων σε μια ομάδα εργασίας, είναι ένας εξαιρετικά αρνητικός παράγοντας που υπονομεύει επί μονίμου βάσεως την παραγωγικότητα και την αποτελεσματικότητα¹⁴⁸.

Οι αναπτυγμένες χώρες και ειδικά οι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης ντιμετωπίζουν κοινά προβλήματα στον τομέα της υγείας που αφορούν τη χρηματοδότηση, οργάνωση και διαχείριση των συστημάτων υγείας ενώ ταυτόχρονα υπάρχει αυξημένο ενδιαφέρον για βελτίωση των επιπέδων ποιότητας της παρεχόμενης υγειονομικής φροντίδας. Οι υπεύθυνοι για τη χάραξη της πολιτικής υγείας πρέπει να τροποποιήσουν τους ισχύοντες κανονισμούς και με κατάλληλες παρεμβάσεις (π.χ.

¹⁴⁷ Γαρυφάλου, Κ., Κουρπουανίδου, Α., Κυπάρου Μ., Γρηγοριάδης, Σ., «Διεπαγγελματική Συνεργασία Ιατρών και Νοσηλευτών», Πτυχιακή Εργασία, Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Αλεξάνδρειο Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη 2009, σελ. 24

¹⁴⁸ Αναρτήθηκε στο www.chesme.nurs.uoa.gr την 21/07/2010

σαφής κατανομή αρμοδιοτήτων, δίκαιη κατανομή των πόρων, δίκαιες αποδοχές, λιγότερες πολιτικές σκοπιμότητες στο χώρο του νοσοκομείου) να συμβάλλουν στην αποτελεσματική διαχείριση των συγκρούσεων. Οι νοσηλευτές και οι ιατροί για να γίνουν αποτελεσματικοί στη διαχείριση συγκρούσεων, θα πρέπει να κατανοήσουν τις αιτίες, τις θεωρίες και τις στρατηγικές χειρισμού των συγκρούσεων.

Υπάρχουν πράγματι πολλοί λόγοι, που κυμαίνονται από την φύση της σχέσης γιατρού-νοσηλευτή για διαφορετικές εργασιακές φιλοσοφίες, τις αρμοδιότητες, την κοινωνική θέση ή ο πολιτισμός, η ισότητα, ανισότητα και την αρμοδιότητα των νοσηλευτών / νοσηλευτριών. Ερευνητές αναγνωρίζουν ότι τα εμπόδια επηρεάζονται από τις πολιτιστικές συνήθειες, αντιληπτές οι απουσίες της ισότητας και της εντιμότητας στις προσδοκίες από την πλευρά των επαγγελματιών νοσηλευτών, και μια γενική έλλειψη κατανόησης μεταξύ των μελών της ομάδας. Η σχέση μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών, επηρεάζεται από τα πολιτιστικά πρότυπα της ανδρικής κυριαρχίας και γυναικείας υποτέλειας¹⁴⁹.

Η φύση και η έκταση της αμοιβαίας συνεργασίας μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών/νοσηλευτριών δεν μπορούν να επηρεαστούν μόνο με τους κοινωνικούς ρόλους και τα πολιτιστικά πρότυπα, αλλά και από εκπαιδευτικούς παράγοντες. Παρά τα στοιχεία των σημαντικών οφελών που απορρέουν από τη συνεργασία, η ιατρική εκπαίδευση δεν υπογραμμίζει τη διεπιστημονική συνεργασία. Αυτά τα προγράμματα παρέχουν τις ευκαιρίες για τους μελλοντικούς ιατρούς να καταλάβουν και να εκτιμήσουν τους ρόλους του νοσηλευτικού προσωπικού και να παρατηρήσουν άμεσα πώς η βέλτιστη υπομονετική προσοχή μπορεί να ενθαρρυνθεί μέσω των θετικών εργασιακών σχέσεων μεταξύ των νοσηλευτριών και των ιατρών.

3.19 Διαφορές Ιατρών – Νοσηλευτών

Οι νοσηλεύτριες και οι ιατροί εργάζονται από κοινού για τη θεραπεία ασθενών, όμως τα επαγγέλματά τους τείνουν να είναι πολύ διαφορετικά. Εκτός από την έλλειψη

¹⁴⁹Baggs, J. G., & Schmitt, M. H., «Nurses' and resident physicians' perceptions of the process of collaboration in a MICU». *Research in Nursing & Health*, 1997, p. 20.

ισορροπίας στην αρχή, οι νοσηλεύτριες ενίοτε έχουν επικεντρωθεί περισσότερο στον ασθενή ως ολότητα, ενώ οι ιατροί δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στην επιστήμη της ιατρικής. Οι ιατροί έχουν συχνά προσδοκίες που υποδηλώνουν ότι οι νοσηλεύτριες είναι μια επέκταση από αυτούς, ενώ οι νοσηλεύτριες θέλουν να εφαρμόσουν τις γνώσεις τους για την άμεση φροντίδα των ασθενών. Στο μυαλό των ιατρών, η συνεργασία είναι, μερικές φορές, μια έννοια που υπονομεύει τον αυταρχικό τους ρόλο. Ο Baggs ισχυρίστηκε ότι η συνεργασία μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών/νοσηλευτριών δεν ήταν ακόμη πραγματικότητα, με έμφαση στις αποκλίνουσες απόψεις που υπάρχουν σε αυτά τα επαγγέλματα. Εμπόδια για καλές εργασιακές σχέσεις συχνά προκύπτουν από «συγκρουόμενες» προσδοκίες των δυο ρόλων.

Ιστορικά, οι ιατροί συχνά έχουν αναλάβει τον «πατρικό» ρόλο, με την προϋπόθεση ότι οι περισσότερες νοσηλεύτριες έχουν ένα δουλικό ρόλο όπου συμπεριλαμβάνεται η περίθαλψη των ασθενών. Συγκρούσεις ενίοτε προκύπτουν μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών εξαιτίας διαφορετικών τοποθετήσεων-απόψεων. Οι Νοσηλευτές δίνουν έμφαση στην ατομική και ομαδική εργασία στους ασθενείς, σε αντίθεση με τους ιατρούς, που σκοπό έχουν μόνο την περίθαλψη των ασθενών.

Μαζί, αυτοί οι επαγγελματίες του τομέα υγειονομικής περίθαλψης έχουν ευθύνη για τα αποτελέσματα των ασθενών και η εταιρική τους σχέση, είναι το κλειδί. δεοντολογικό κλίμα ορίζεται ως οι οργανωτικές πρακτικές και οι προϋποθέσεις που προωθούν τη συζήτηση και τη λήψη των αποφάσεων, με τις ηθικές αξίες ως περιεχόμενο. Οι διαφορές ανάμεσα στην προοπτική νοσηλευτών-ιατρών μπορεί να οφείλεται σε διαφορές των ευθυνών της θέσης τους, την κατάσταση / αρχή, το φύλο, ή την κατάρτιση ή / και τις διαφορές ιατρικού και νοσηλευτικού πολιτισμού.

Οι νοσηλεύτριες έχουν υιοθετήσει την αντίληψη του θεσμού της συνεργασίας. Προσπαθούν να διατηρήσουν ένα χαμόγελο για να αντιμετωπίσουν τους ιατρούς, και εμφανίζονται με ευγένεια και όχι κατά την εποπτεία της αρχής του υφισταμένου τους. Ενώ η παραπάνω αντίληψη θα μπορούσε να φέρει αποτέλεσμα ως προς τη βελτίωση της συναδελφικότητας, δεν μπορεί να υλοποιηθεί. Οι νοσηλεύτριες αναλαμβάνουν τους στόχους από τους κατώτερους ιατρούς που διαχειρίζονται τα ενδοφλέβια

φάρμακα, που κάνουν τις ενδοσκοπήσεις, την προεγχειρητική αξιολόγηση, και κάποιο ορισμό.

Οι ιατροί είναι μια απλούστερη φυλή από τις νοσηλεύτριες. Ο καθένας ξέρει την εργασία του ιατρού ποια είναι. Οι ιατροί είναι οι αγωγοί της ιατρικής γνώσης. Δεν είναι απαραίτητο συνεχώς να επαναπροσδιοριστούν. Οι ιατροί είναι ένα τοτέμ. Δεν ξανασκέφτονται, δεν χρειάζονται. Αυτό τους δίνει την αφθονία του χρόνου και της ευκαιρίας να επαναπροσδιοριστεί η νοσηλευτική¹⁵⁰.

Η ιατρική παραμένει στην υπεροχή. Η ικανότητα να θεραπεύσει έχει τη μεγαλύτερη αγοραστική αξία από την νοσηλευτική, εξετάζοντας τον κίνδυνο. Και ειλικρινά έτσι πρέπει. Σε σύντομο χρονικό διάστημα η νοσηλευτική έχει ενισχύσει μια υποδομή της αξιοπιστίας από τους θαλάμους στα πανεπιστήμια, που σταματούν μακριά στους πίνακες εμπιστοσύνης και τις πολιτικές ομάδες κατά μήκος του τρόπου. Η νοσηλευτική έχει συγκεντρώσει περισσότερο κυβερνητικό σεβασμό από πάντα.

Οι νοσηλεύτριες έχουν τώρα περισσότερη δύναμη αλλά αμφισβητήσιμα αυτό έχει κάνει ελάχιστα για την νοσηλευτική. Αυτό που έχει κάνει ο φεμινισμός για την νοσηλευτική είναι να κάνει νέες γυναίκες να επιλέγουν να γίνουν ιατροί. Όσον αφορά στο παιχνίδι, δεν πειράζει. Είναι μια άσχετη απλή λογομαχία. Το κλειδί για την επιτυχία ή την αποτυχία της σχέσης ιατρών-νοσηλευτών είναι η υπομονετική εμπειρία. Δυστυχώς, στο παρελθόν η σχέση έχει παρακινηθεί συχνά από τη ζηλοτυπία, την αμφιβολία, την αβεβαιότητα, και την υπεροψία¹⁵¹.

¹⁵⁰ Radcliffe, M., «Doctors and nurses: new game, same result». *Business Medical Journal*, 320:1085, 2000, p. 40.

¹⁵¹ Γαρυφάλου, Κ., Κουρπουανίδου, Α., Κυπάρου Μ., Γρηγοριάδης, Σ., «Διεπαγγελματική Συνεργασία Ιατρών και Νοσηλευτών», Πτυχιακή Εργασία, Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επαγγελματίων Υγείας και Πρόνοιας, Αλεξάνδρειο Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη 2009, σελ. 37

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι σύγχρονες επιχειρήσεις δραστηριοποιούνται σε ένα διαρκώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον που επηρεάζεται έντονα από τεχνολογικές, πολιτικές, κοινωνικές και επιστημονικές αλλαγές. Η εφαρμογή των αρχών της διοίκησης αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της πετυχημένης λειτουργίας του οποιουδήποτε οργανισμού. Για να λειτουργήσει αποτελεσματικά και να πετύχει το στόχο του (κέρδος, παροχή υπηρεσιών στο κοινωνικό σύνολο κ.ά.) ένας οργανισμός θα πρέπει να ασκεί τη σωστή διοίκηση. Το μέλλον και η επιτυχία λοιπόν της σύγχρονης επιχείρησης βασίζεται στην ικανότητά της να διαχειρίζεται σωστά και να αναπτύσσει τον πολυτιμότερο πόρο της που δεν είναι άλλος από το ανθρώπινο κεφάλαιο. Η επιτυχία μιας επιχείρησης πηγάζει κύρια από τους ανθρώπους της. Η επιτυχία και η επίτευξη των οργανωσιακών στόχων δεν είναι επίτευγμα ενός αλλά στηρίζεται στην υποστήριξη, την καθοδήγηση, τη συνεργασία, την αφοσίωση, την προθυμία και τη διάθεση από την πλευρά όλων.

Η ποιότητα και η απόδοση του τομέα της υγείας σε κάθε χώρα και ιδιαίτερα στην Ελλάδα συγκεντρώνει ολοένα και περισσότερο την προσοχή του κρατικού μηχανισμού συμπεριλαμβανομένου και το ενδιαφέρον των πολιτών - ασθενών. Ο τομέας της υγείας, που καλείται στην παγκοσμία βιβλιογραφία ως εκείνος με τη μεγαλύτερη ποικιλία και συγκέντρωση υπηρεσιών σε ένα χώρο, έχει να κάνει με την ικανοποίηση των φυσικών, ψυχολογικών και κοινωνικών αναγκών των ασθενών.

Η νοσηλευτική και η ιατρική είναι συνεχώς μεταβαλλόμενοι τομείς. Πρέπει να ακολουθηθούν τυποποιημένες προφυλάξεις ασφάλειας, αλλά παρόλο που οι νέες έρευνες και η κλινική εμπειρία διευρύνουν τις γνώσεις μας, αυτό που παραμένει αναλλοίωτο είναι η αστείρευτη ανάγκη για παροχή φροντίδας σε κάθε άνθρωπο που αποζητά ψυχική και σωματική ίαση. Η αποτελεσματική συνεργασία μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών συμπεριλαμβάνει την εμπιστοσύνη, την από κοινού ευθύνη, τον αμοιβαίο σεβασμό, την επικοινωνία, τη συνεργασία, το συντονισμό και την αισιοδοξία. Μέσω της συνεργασίας, η διαδικασία της φροντίδας γίνεται ένας φυσικός

τρόπος σκέψης που χρησιμοποιείται σε όλες τις πτυχές της νοσηλευτικής και της ιατρικής πρακτικής.

Η επικοινωνία δεν παύει να αποτελεί τη δυναμική και συνεχή διαδικασία συλλογής, επιβεβαίωσης, και οργάνωσης των πληροφοριών που αφορούν ένα άτομο δίδοντας έμφαση στον παράγοντα υγεία, στο περιβάλλον, στις πληροφορίες και στις υποθέσεις. Είναι μια πολυδιάστατη έννοια που αγκαλιάζει όλο το «είναι» του ανθρώπου καθώς κάθε μας ενέργεια είναι μια μικρή η μεγάλη μορφή επικοινωνίας. Η επικοινωνία γεννιέται με τις ανταλλαγές ανάμεσα στους ανθρώπους και χαρακτηρίζει κάθε τύπο κοινωνίας. Εγκαθιστά μια σύνδεση και μια ανταλλαγή ανάμεσα στα άτομα και στις ομάδες πράγμα που αποτελεί την αναγκαία συνθήκη για την εγκαθίδρυση και τη διατήρηση μιας αλληλεπίδρασης. Χωρίς την επικοινωνία οι άνθρωποι δεν θα είχαν καμία κοινωνική σχέση.

Δεδομένης της περιπλοκότητας του σύγχρονου νοσοκομείου και των πολλαπλών εξειδικεύσεων των επαγγελματιών υγείας, το ζήτημα της οργάνωσης ενός συστήματος επικοινωνίας και ροής πληροφοριών αποκτά ιδιαίτερη σημασία. Ο όγκος και το είδος των πληροφοριών που διακινούνται καθημερινά απαιτεί ένα σύστημα διαχείρισης που εξασφαλίζει την ποιότητα της επικοινωνίας μεταξύ των λειτουργών υγείας. Η ποιότητα της επικοινωνίας είναι, ως γνωστόν, η παράμετρος εκείνη που καθορίζει σημαντικά την ικανοποίηση ασθενή αλλά και των λειτουργιών υγείας. Ο βαθμός ικανοποίηση των δύο αυτών συντελεστών αποκτά βαρύνουσα σημασία στη διασφάλιση της συνολικής ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

Τα μέσα μετάδοσης της πληροφορίας κατά την κίνηση του μηνύματος στην οδό επικοινωνίας είναι δυνατόν να επηρεαστούν από εξωτερικούς συγχυτικούς παράγοντες οι οποίοι αλλοιώνουν το αποστέλλόμενο μήνυμα κατά την παραλαβή και την επεξεργασία του από το δέκτη. Η λέξη λοιπόν κλειδί στη λειτουργία της επικοινωνίας είναι η λέξη «κατανόηση» καθώς η ποιότητα της επικοινωνίας καθορίζει τον τρόπο αντίληψης του επιχειρησιακού περιβάλλοντος καθώς επιδρά στις λειτουργίες του προγραμματισμού, στην ανάθεση καθηκόντων κ.α.

Μια μορφή επικοινωνίας είναι οι Δημόσιες Σχέσεις που διαμορφώνουν τον ανθρώπινο χαρακτήρα από άποψη κοινωνικής συμπεριφοράς, καθώς μια αποστολή

τους είναι οι καλές σχέσεις με το προσωπικό. Επιπλέον παρουσιάζεται και η κουλτούρα που διασαφηνίζει και ενισχύει πρότυπα συμπεριφοράς και είναι δυνατόν να επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα ερμηνεύουν τα διάφορα γεγονότα ακόμα και να επιδρά στα επικοινωνιακά μοντέλα της επιχείρησης.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Αναγνωστόπουλος, Π., Παπαδάτου, Γ.,** «*Η Ψυχολογία στο χώρο της υγείας*», Εκδόσεις Μέριμνα, Αθήνα, 1999.
2. **Αγγελοπούλου, Μ.Χ.,** «*Η Βελτίωση της Ποιότητας στον Τομέα της Υγείας: Παρανοήσεις και Εξηγήσεις*». Πρακτικά Συνεδρίου με θέμα: Εφαρμογή του management Ολικής Ποιότητας στο Χώρο των Υπηρεσιών Υγείας, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη, 1995.
3. **Αθανασοπούλου, Μ., Καλοκαιρινού, Α.,** «*Η Συμβολή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*». Εκδόσεις Διώνικος, Αθήνα, 2004.
4. **Baric, L.,** «*Αξιολόγηση και διασφάλιση ποιότητας στην προαγωγή και αγωγή υγείας*», Εκδόσεις Νέα Γενιά, Αθήνα, 1998.
5. **Γαρυφάλλου, Κ., Κουρπουανίδου, Α., Κυπάρου Μ., Γρηγοριάδης, Σ.,** «*Διεπαγγελματική Συνεργασία Ιατρών και Νοσηλευτών*», Πτυχιακή Εργασία, Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επαγγελματών Υγείας και Πρόνοιας, Αλεξάνδρειο Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη 2009.
6. **Γούλα, Α.,** «*Διοίκηση και Διαχείριση Νοσοκομείου*». Β΄ Έκδοση, Εκδόσεις Σταμούλης, Αθήνα, 2007.
7. **Δημητρακόπουλος, Α.,** «*Η εφαρμογή των αρχών διοίκησης ολικής ποιότητας στον τομέα παροχής ξενοδοχειακών υπηρεσιών, η περίπτωση στην Κρήτη*», Πτυχιακή, Εργασία Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας, ΑΤΕΙ Κρήτης, Ηράκλειο, 2010.
8. **Διλίντας, Α., Σεβαστάκη, Ε., Νεονάκης, Ι.,** «*Η αναζήτηση της ποιότητας στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία*», *Επιθεώρηση Υγείας*, τ. 17, τεύχ. 101, 2006.

9. **Δρούμπαλης, Φ.**, «*Οργάνωση και Διοίκηση Μονάδων Υγείας*», Παραδόσεις μαθημάτων, Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας, Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας, ΤΕΙ Καλαμάτας, Καλαμάτα, 2006.
10. **James P.**, «*Μάνατζμεντ Ολικής Ποιότητας – Μια Εισαγωγή*», Εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα, 2007.
11. **Καλεμικεράκης, Ι.**, «*Πολιτιστικά πρότυπα και Οργανωσιακή Κουλτούρα Νοσοκομείου*», Μεταπτυχιακή Εργασία, Αθήνα 2005.
12. **Κουτούζης, κ.α.**, «*Η εκπαιδευτική μονάδα ως οργανισμός*», Εκδόσεις Μέριμνα, Αθήνα, 1999.
13. **Κρητικός, Α.**, «*Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, μια Θεωρητική Προσέγγιση*», Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, 2005.
14. **Κυριόπουλος Γ.**, «*Η Εθνική Πολιτική Υγείας: Κατευθυντήριες γραμμές για την ανασυγκρότηση του Υγειονομικού Τομέα στην Ελλάδα*», Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία, 2003.
15. **Κυριόπουλος, Γ., Σισσούρας, Α.**, «*Ενιαίος φορέας υγείας. Αναγκαιότητα και ανταπάτη*», Θεμέλιο και Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα, 1997.
16. **Κωσταγιόλας Π., Καϊτελίδου Δ., Χατζοπούλου Μ.**, «*Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*», Παπασωτηρίου, Αθήνα, 2007.
17. **Λανάρα, Β.**, «*Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών*», Γ' έκδοση, εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα, 2003.
18. **Μπιτσάνη, Ε.**, «*Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων. Ζητήματα και Σύγχρονες Προσεγγίσεις στη Θεωρία της Οργανωσιακής και Διοικητικής Συμπεριφοράς*», Εκδόσεις «Διόνικος», Αθήνα, 2006.
19. **Μυταρά, Μ., Νικολάου, Ε.**, «*Διερεύνηση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης και της Επαγγελματικής Ικανοποίησης, των Νοσηλευτών που εργάζονται στο χώρο του Χειρουργείου στα Νοσοκομεία της Κρήτης*», Πτυχιακή εργασία, Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας Πρόνοιας, ΑΤΕΙ Κρήτης, Ηράκλειο, 2008.
20. **Μωυσάκη Μαρία**, «*Επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων σε δομές και προγράμματα Κοινωνικής Μέριμνας, ανοιχτού τύπου, στους Δήμους του Νομού Λασιθίου*», Μεταπτυχιακή Εργασία, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο, 2006.

21. **Ξηροτύρη-Κουφίδου, Σ.** «*Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων: Η Πρόκληση του 21ου Αιώνα στο Εργασιακό Περιβάλλον*». 3η έκδοση, Εκδόσεις Ανίκουλα, Θεσσαλονίκη, 2001.
22. **Ουζούνη, Χ.**, «Διερευνητική μελέτη των παραγόντων που προκαλούν στρες στο νοσηλευτικό προσωπικό των ψυχιατρικών μονάδων βραχείας νοσηλείας». «*Νοσηλευτική*», Τεύχος 44, Φεβρουάριος, Αθήνα, 2005.
23. **Πετρίλη, Σ.**, «*Ερευνα επίδρασης μιας σειράς εσωτερικών και εξωτερικών παραγόντων στο αίσθημα εργασιακής ικανοποίησης υπαλλήλων ιδιωτικών εταιριών*», Μεταπτυχιακή Εργασία, Τμήμα Ψυχολογίας, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Αθήνα, 2007.
24. **Ποζουκίδου, Β.Α., Θεοδώρου, Μ.Μ., Καϊτελίδου, Δ.**, «Επαγγελματική Ικανοποίηση του Νοσηλευτικού και Παραϊατρικού Προσωπικού σε ένα Δημόσιο Γενικό Νοσοκομείο», *Νοσηλευτική*, τεύχος 46, Απρίλιος, Αθήνα, 2007.
25. **Ραγιά Α., 2003**, «*Νοσηλευτική*», Τεύχος 42.
26. **Ραγιά Α., 2004**, «*Νοσηλευτική*», Τεύχος 43.
27. **Σαρρής, Μ.**, «*Κοινωνιολογία της Υγείας και Ποιότητα Ζωής*», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2001.
28. **Σιγάλας Ι.**, «*Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*, Εγχειρίδιο Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου «Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο - Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις», Τόμος Δ, Εκδόσεις Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, Πάτρα, 1999.
29. **Σιουρούνη Ε.**, «*Σημειώσεις Διοικητικής Πρακτικής*», Παραδόσεις μαθημάτων, Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας, Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας, ΤΕΙ Καλαμάτας, Καλαμάτα, 2006.
30. **Στάθης, Ι.Γ.**, «*Διάλογοι για το Νοσοκομειακό Management*», 3^η Έκδοση, Εκδόσεις «Mediforce Services S.A.», Αθήνα, 2004.
31. **Σκορδή, Α.**, «*Διοίκηση ολικής ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας*», Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών, 1997.
32. **Ταλιαδώρου, Α.**, «*Η επαγγελματική ικανοποίηση. Η σημασία της για τον εργαζόμενο και την επιχείρηση*», 2004. Αναρτήθηκε στο <http://istoselides.gr/news/article.php?m=2390>.
33. **Τούντας Γ.**, «*Κοινωνία και υγεία*», Εκδόσεις Οδυσσέας, Αθήνα, 2000..

34. **Τσιότρας, Γ.**, «*Βελτίωση Ποιότητας*», Εκδόσεις Μπένου, Αθήνα, 1995.
35. **Χαιροπούλου, Σ.**, «*Αξιολόγηση Διοικητικών Στελεχών*», Πτυχιακή Εργασία, Τμήμα Λογιστικής, Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, 2008.
36. **Χαλάς, Γ.**, «*Πώς μαθαίνουν οι μάνατζερ, Εκπαίδευση και Επάγγελμα*», Εκδόσεις Ίων, Αθήνα, 1989.
37. **Χατζηπαντελής, Ε.**, «*Διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού*», Εκδόσεις Μεταίχμιο, Αθήνα, 1999.
38. **Χατζηπαντελής, Σ.Ε., Σιγάλας, Ι.**, «*Η Εργασιακή Ικανοποίηση (Job Satisfaction) του Νοσηλευτικού Προσωπικού στο Εθνικό Σύστημα Υγείας*», *Ιατρική Θεώρηση*, τεύχος 51, Αθήνα, 2008.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Abel-Smith, B.**, “*The world economics crisis, part 2: Health manpower out of balance*”, Health Policy Planning, CA, 1986.
2. **Baggs, J. G., & Schmitt, M. H.**, «Nurses' and resident physicians' perceptions of the process of collaboration in a MICU». *Research in Nursing & Health*, 1997.
3. **Deming, W.E.**, “Quality Productivity and Competitive Position”, MIT Center of Advanced Engineering Study, Cambridge, 1982.
4. **Department of Health**, “A First Class Service: Quality in the New NHS”. London: Secretary of State for Health, 1998.
5. **Freeman, R.**, “Competition in context: the politics of health care reform in Europe”, *International Journal for Quality in Health Care*, 1998.
6. **Garnson, E.**, “*An introduction to the History of Medicine*”, 1929.
7. **Kahn E., Byosiere, M.**, “Leadership and Organisational Development”, *British Journal of Clinical Governance*. Vol. 3, 1990.
8. **Katzell, A.R., Yankelovich, D.**, “*Improving Productivity and Job Satisfaction*”, New York University, N.Y, U.S.A, 1975.
9. **Kreinter, Kinichi**, “*Organizational Behavior*”, Burr Ridge Publishing, ILL, 1995.
10. **Mayo, E.**, “*The social problems of an industrial civilization*”. Boston, Harvard University, Graduate School of Business Administration, 1945.
11. **Mejia, A.**, “A World trends in health manpower development: a re-view”, *WorldHealth Statistics Quarterly*, vol:33, 1980.
12. **Mejia, A.**, “*A Health Manpower out of balance: conflicts and prospects*”, Council for International Organization of Medical Sciences, Geneva, 1987.
13. **Moran, R.**, “There’s no Time to Learn...Like the Present”. *Clinical Governance, An International Journal*, Vol.8, no.1., 2003.
14. **Parasuraman, A. LL. Berry & VA Zeitham.**, “Refinement and Reassessment of the SERVQual Scale”. *Journal of Retailing*, 67,4., 1991.

15. **Quick, J., Murphy, L.R., Hurrell, J., & Orman, D.**, "The value of work, the risk of distress, and the power of prevention" *American Psychological Association*, Washington, DC, 1992.
16. **Radcliffe, M.**, «Doctors and nurses: new game, same result». *Business Medical Journal*, 320:1085, 2000.
17. **Spector, P.E.**, "Measurement of Human Service Staff Satisfaction:Development of the Job Satisfaction Survey", *American Journal of Community Psychology*, Vol 13, No. 6, University of South Florida, U.S.A., 1985.
18. **Spector, P. E.**, "*Job satisfaction: Application, Assesment, Causes and Concequences (Advanced Topics in Organizational Behaviours)*", Sage Publications U.S.A., 1997.
19. **Vroom, V.H.**, "*Work and Motivation*". New York: John Wiley and Sons Publishing, Inc. 1964.
20. **Walshe et al**, "*New rituals for Old*", Butterworth-Heinemann, Oxford Publishing, Oxford, 2001.

ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

<http://diorganosi.certh.gr>

www.cyna.org/16thx/nine.pdf

www.chesme.nurs.uoa.gr

www.eurofound.europa.eu/about/index.htm

http://www.econ.uoi.gr/metaptixiakes_spoudes/ergasies%20Msc/.pdf