



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ  
ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ  
ΠΡΟΝΟΙΑΣ

## ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Η οργανωσιακή κουλτούρα των μονάδων υγείας και η  
πιθανή συσχέτιση με την εργασιακή ικανοποίηση και την  
ικανοποίηση ασθενών»

Φοιτήτριες: Σαρρή Μαρία  
Σπυριδώνη Μαρία

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Καστανιώτη Αικατερίνη

Καλαμάτα 2012



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ  
ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ  
ΠΡΟΝΟΙΑΣ

## ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Η οργανωσιακή κουλτούρα των μονάδων υγείας και η  
πιθανή συσχέτιση με την εργασιακή ικανοποίηση και την  
ικανοποίηση ασθενών»

Φοιτήτριες: Σαρρή Μαρία  
Σπυριδώνη Μαρία

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Καστανιώτη Αικατερίνη

Καλαμάτα 2012

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η οργανωσιακή κουλτούρα είναι πολύ σημαντική για έναν οργανισμό, καθώς θα μπορούσαμε να πούμε ότι είναι το σύνολο άτυπων κανόνων, αξιών, αρχών κ.α. που χαρακτηρίζουν τα μέλη μιας επιχείρησης – οργανισμού. Αυτά τα στοιχεία διαμορφώνουν έναν πυρήνα αρχών στον οποίο βασίζονται τα μέλη του οργανισμού αλλά και το σημείο αναφοράς απ' όπου θα ξεκινήσουν. Προσδιορίζει λοιπόν τον τρόπο με τον οποίο θα εργαστούν και θα αντιδράσουν στα όποια ερεθίσματα οι εργαζόμενοι. Από την άλλη, η εργασιακή ικανοποίηση επηρεάζεται από ένα πλήθος παραγόντων μεταξύ των οποίων βρίσκονται και κάποιοι που έχουν άμεση ή έμμεση σχέση με την οργανωσιακή κουλτούρα του περιβάλλοντος εργασίας. Με τη σειρά της επηρεάζει τη θέληση για εργασία, την πρόθεση εγκατάλειψης ενός εργασιακού περιβάλλοντος ή ενός επαγγέλματος και σαφώς την απόδοση του εργαζομένου τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά. Είναι επίσης φανερό ότι η οργανωσιακή κουλτούρα επηρεάζει και τον αποδέκτη των υπηρεσιών που παρέχει ο εκάστοτε οργανισμός και στις μονάδες υγείας, ο αποδέκτης είναι ο ασθενής. Η ικανοποίηση του ασθενούς σχετίζεται μεν με την οργάνωση των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας αλλά και με πολλούς άλλους παράγοντες εκ των οποίων ο σημαντικότερος είναι η ποσότητα και κυρίως η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από τους εργαζόμενους. Είδαμε όμως, ότι η ποσότητα και ποιότητα των υπηρεσιών σχετίζεται με την επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων, η οποία με τη σειρά της σχετίζεται με την οργανωσιακή κουλτούρα. Απαιτείται, λοιπόν προσοχή στο είδος της κουλτούρας που θα υιοθετηθεί από έναν οργανισμό καθώς και θέληση για αλλαγή όταν κρίνεται ανεπαρκής, προκειμένου ένας οργανισμός να είναι όσο το δυνατόν περισσότερο αποδοτικός, να υπάρχει η μέγιστη δυνατή ικανοποίηση των εργαζομένων σε αυτόν και οι αποδέκτες των υπηρεσιών του να είναι όσο γίνεται περισσότερο ικανοποιημένοι από τις προσλαμβανόμενες υπηρεσίες.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	Σελ. 1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ	
1.1. Εννοιολογική προσέγγιση οργανωσιακής κουλτούρας	Σελ. 2
1.1.1. Διαφορά οργανωσιακής κουλτούρας και κλίματος	Σελ. 5
1.2. Τύποι και μοντέλα οργανωσιακής κουλτούρας	Σελ. 7
1.3. Ο ρόλος της κουλτούρας στις υπηρεσίες υγείας	Σελ. 9
1.3.1. Οργανωσιακές υποκουλτούρες	Σελ. 11
1.3.2. Αλλαγή κουλτούρας στις υπηρεσίες υγείας	Σελ. 13
1.4. Ερευνητικά εργαλεία μέτρησης της οργανωσιακής κουλτούρας	Σελ. 15
1.5. Βιβλιογραφική ανασκόπηση μελετών μέτρησης οργανωσιακής κουλτούρας στις υπηρεσίες υγείας	Σελ. 19
1.6. Οργανωσιακή κουλτούρα και ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα, κλινικά αποτελέσματα)	Σελ. 23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	
2.1. Η έννοια της επαγγελματικής ικανοποίησης	Σελ. 25
2.2. Παράγοντες που επηρεάζουν την επαγγελματική ικανοποίηση	Σελ. 25
2.2.1. Στις υπηρεσίες υγείας	Σελ. 26
2.3. Εργαλεία μέτρησης επαγγελματικής ικανοποίησης	Σελ. 28
2.4. Βιβλιογραφική ανασκόπηση επαγγελματικής ικανοποίησης στις υπηρεσίες υγείας	Σελ. 31
2.5. παροχή κινήτρων στον εργασιακό χώρο και η σημασία τους στην επαγγελματική ικανοποίηση	Σελ. 33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ	
3.1. Ορισμοί της ποιότητας της φροντίδας και της ικανοποίησης ασθενών	Σελ. 38
3.1.1. Οι διαστάσεις της ποιότητας και της ικανοποίησης	Σελ. 43
3.2. Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών (δείκτες μέτρησης)	Σελ. 46
3.2.1. Στρατηγικές εκτίμησης της ικανοποίησης ασθενών και της ποιότητας περίθαλψης	Σελ. 53
3.3. Ικανοποίηση των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας	Σελ. 56
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ, ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΜΟΣ ΤΟΥΣ	
4.1. Οργανωσιακή κουλτούρα και εργασιακή ικανοποίηση	Σελ. 60
4.2. Οργανωσιακή κουλτούρα και ικανοποίηση ασθενών	Σελ. 63
4.3. Εργασιακή ικανοποίηση και ικανοποίηση ασθενών	Σελ. 66
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	Σελ. 71
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	Σελ. 72

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα εργασία πραγματεύεται το ζήτημα της οργανωσιακής κουλτούρας στις μονάδες υγείας και την πιθανή συσχέτιση αυτής αφενός μεν με την εργασιακή ικανοποίηση, αφετέρου δε με την ικανοποίηση των ασθενών.

Η εργασία αποτελείται από τέσσερα κεφάλαια στα τρία εκ των οποίων γίνεται αναφορά στην οργανωσιακή κουλτούρα, την εργασιακή ικανοποίηση και την ικανοποίηση ασθενών ξεχωριστά, ενώ στο τέταρτο γίνεται ο συσχετισμός αυτών. Αναλυτικότερα :

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται η εννοιολογική προσέγγιση της οργανωσιακής κουλτούρας, καταδεικνύεται η διαφορά μεταξύ κουλτούρας και κλίματος, δίνονται οι τύποι και τα μοντέλα αυτής, αναλύεται ο ρόλος της στις υπηρεσίες υγείας, παρουσιάζονται τα ερευνητικά εργαλεία μέτρησής της και τέλος, γίνεται μια σύντομη βιβλιογραφική ανασκόπηση μελετών μέτρησης αυτής στις υπηρεσίες υγείας.

Το δεύτερο κεφάλαιο πραγματεύεται το ζήτημα της επαγγελματικής ικανοποίησης. Αφού δοθεί ο ορισμός αυτής, αναλύονται οι παράγοντες που την επηρεάζουν, καταγράφονται τα εργαλεία μέτρησής της, γίνεται βιβλιογραφική ανασκόπηση των ερευνών σχετικά με την επαγγελματική ικανοποίηση στις υπηρεσίες υγείας και τελειώνει με μία σύντομη αναφορά στην παροχή κινήτρων και τη σημασία που έχουν αυτά στην επαγγελματική ικανοποίηση.

Το επόμενο κεφάλαιο ασχολείται με την ικανοποίηση των ασθενών. Εδώ να ξεκινάμε με τον ορισμό της φροντίδας και της ικανοποίησης. Στη συνέχεια, δίνονται οι διαστάσεις της ποιότητας και της ικανοποίησης, αναλύονται οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών, παρατίθενται οι στρατηγικές εκτίμησης της ικανοποίησης και της ποιότητας περίθαλψης και, τέλος, παρατίθενται κάποιες έρευνες που αφορούν την ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας.

Στο τέταρτο και τελευταίο κεφάλαιο επιχειρείται ο συσχετισμός της οργανωσιακής κουλτούρας, αφενός μεν με την εργασιακή ικανοποίηση, αφετέρου δε με την ικανοποίηση των ασθενών καθώς και ο συσχετισμός της εργασιακής ικανοποίησης με την ικανοποίηση των ασθενών.

Στο τέλος, καταγράφονται με συντομία τα συμπεράσματα της παρούσης εργασίας .

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ

## 1.1 Εννοιολογική προσέγγιση οργανωσιακής κουλτούρας

Ο όρος Οργανωσιακή Κουλτούρα πρωτοεμφανίστηκε στην Αμερική στις αρχές του 1980 και έκτοτε έχουν γραφτεί πολλά βιβλία και άρθρα που προσπαθούν να περιγράψουν και να αναλύσουν τις πτυχές και την σπουδαιότητά της.

Τι είναι, όμως, η Οργανωσιακή Κουλτούρα; Πριν επιχειρήσουμε μία εννοιολογική προσέγγιση κρίνεται απαραίτητο, για την καλύτερη κατανόηση του ορισμού της, να διευκρινιστεί τι εννοούμε με τον όρο Κουλτούρα.

Με την περιορισμένη σημασία του, ο όρος δηλώνει την ανάπτυξη ή το αποτέλεσμα της ανάπτυξης ορισμένων ικανοτήτων του πνεύματος με την κατάλληλη άσκηση.

Με την ευρύτερη σημασία του, δηλώνει :

- i. Την ιδιότητα ενός μορφωμένου προσώπου, που με την καλλιέργειά του, ανέπτυξε το γούστο, την αντίληψη και την κριτική του ικανότητα.
- ii. Την εκπαίδευση, που έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία αυτής της ιδιότητας.
- iii. Τον πολιτισμό που προέρχεται από τη σημασία του όρου Kultur (που χρησιμοποιήθηκε αρχικά για να προσδιορίσει τη διαδικασία ανάπτυξης φυτών και ζώων και στη συνέχεια για την καλλιέργεια του ανθρώπινου πνεύματος) δηλώνοντας, όμως, πρωτίστως τον πνευματικό πολιτισμό σε αντιδιαστολή προς τον υλικό. (Παρασκευά Ε., 2009).

Μερικοί από τους πιο αντιπροσωπευτικούς ορισμούς που χρησιμοποιούνται στη διεθνή βιβλιογραφία είναι οι εξής :

1. Κουλτούρα είναι ένα σύστημα από «σημασίες» που έχουν γίνει συλλογικά αποδεκτές από μία δεδομένη ομάδα σε ένα δεδομένο χρόνο. Αυτό το σύστημα, αποτελούμενο από νοήματα, έννοιες, κατηγορίες και εικόνες ερμηνεύει τη συνολική κατάσταση στα μέλη μιας ομάδας. Αυτή είναι και μία βασική διαφορά του ανθρώπου από τα άλλα ζώα: μπορεί να εφευρίσκει και να επικοινωνεί σημεία προσδιοριστικά της συμπεριφοράς του (Pettigrew, 1979).
2. Η κουλτούρα αποτελείται από τα ρητά ή άρρητα πρότυπα συμπεριφοράς που προσλαμβάνονται και μεταδίδονται με σύμβολα και τα οποία συνιστούν ιδιαίτερα επιτεύγματα και τεχνήματα ανθρώπινων ομάδων (A. Kroeber – C. Kluchohn, 1963).

3. Η κουλτούρα είναι το μέσο για τους ανθρώπους. Δεν υπάρχει ούτε μία όψη της ανθρώπινης ζωής που να μην επηρεάζεται από την κουλτούρα: η προσωπικότητα, ο τρόπος έκφρασης, ο τρόπος εκδήλωσης της συγκίνησης, πώς σκεφτόμαστε, πώς κινούμαστε, πώς λύνουμε προβλήματα, πώς οργανώνουμε και λειτουργούμε πόλεις, οργανισμούς, οικονομίες και κυβερνήσεις... (Hall, 1976).
4. Κουλτούρα είναι ένα δομημένο σύνολο από βασικές παραδοχές που έχουν ανακαλυφθεί – εφευρεθεί ή αναπτυχθεί από μια δεδομένη ομάδα, καθώς αυτή μαθαίνει να αντιμετωπίζει προβλήματα εξωτερικής προσαρμογής ή εσωτερικής ολοκλήρωσης – οι οποίες έχουν αποδώσει ικανοποιητικά στο παρελθόν ώστε να θεωρούνται ότι ισχύουν γενικά και επομένως μπορούν να διδαχθούν σε νέα μέλη ως σωστός τρόπος αντίληψης, σκέψης, αίσθησης σχετικά με τα προβλήματα αυτά ( E. Schein, 1985).
5. Σύμφωνα με τον ορισμό του W. H. Goodenough, ενός από τους βασικούς εκφραστές της γνωστικής προσέγγισης στην ανθρωπολογία, η κουλτούρα είναι «μια δέσμη νοημάτων, οργανωμένων σε ένα σύστημα γνώσης που περιέχει οτιδήποτε χρειάζεται να γνωρίζει ή να πιστεύει ένα άτομο, για να λειτουργεί κατά τρόπο αποδεκτό από τα μέλη της κοινωνίας στην οποία ανήκει». Δηλαδή η κουλτούρα ερμηνεύεται ως ένα μοναδικό σύστημα για την πρόσληψη και οργάνωση των υλικών φαινομένων, πραγμάτων, γεγονότων, συμπεριφορών και συναισθημάτων. (Wesley, 1971).

Βέβαια, θα πρέπει να έχουμε υπόψη ότι το συνονθύλευμα των στοιχείων στα οποία επεκτείνεται η έννοια της κουλτούρας, η ετερόκλητη υφή (υποκειμενικότητα) και η χρήση τους στα πλαίσια του εργασιακού περιβάλλοντος καθιστούν τον όρο αδόκιμο. Επιπλέον οι συνεξαρτήσεις του με ένα πλήθος μεταβλητών, όπως η εργασιακή ικανοποίηση, η ιεραρχία, ο χαρακτήρας της διοίκησης, η εκπαίδευση των στελεχών, ο ψυχισμός και η κοινωνικοποίηση των μελών μιας επιχείρησης, το εργασιακό κλίμα και η απόδοση των υπαλλήλων αποδεικνύουν την σημαντικότητά της και την επιτακτική ανάγκη για καθορισμό των ορίων της (Kohn, 1980) [Παρασκευά Ε., 2009].

Ο όρος οργανωσιακή κουλτούρα, λοιπόν, χρειάζεται εννοιολογική αποσαφήνιση, γιατί κατά την ιστορική εξέλιξη των κοινωνιών προσλαμβάνει διαφορετικό περιεχόμενο. Είναι, όμως, εξαιρετικά δύσκολο να δοθεί ένας ακριβής ορισμός αυτής και η δυσκολία αυτή αντανakλάται στον αριθμό των ορισμών που έχουν δοθεί και στις θεωρίες που έχουν αναπτυχθεί, οι οποίες υιοθετούν διαφορετικές ερμηνευτικές προσεγγίσεις.

Ο Edgar Schein προτείνει ότι η οργανωσιακή κουλτούρα αναπτύσσεται εξ' αιτίας των δύο παρακάτω προκλήσεων που αντιμετωπίζει κάθε οργάνωση:

α) την αποδοχή αντιμετώπιση του μεταβαλλόμενου εξωτερικού περιβάλλοντος, στο οποίο ο οργανισμός πρέπει να προσαρμοστεί για να επιβιώσει,

β) την εγκαθίδρυση και διατήρηση αποτελεσματικών εργασιακών σχέσεων μεταξύ των μελών του οργανισμού.

Για τον Μπουραντά, (2003), η οργανωσιακή κουλτούρα είναι το σύνολο των αντιλήψεων, αξιών, συνηθειών, παραδόσεων και πρακτικών οι οποίες έχουν διάρκεια και αποτελούν βιώματα (εμπειρίες) και πεποιθήσεις όλων των μελών του οργανισμού. Οι προσδοκίες από την κουλτούρα δημιουργούν πρότυπα (κοινά) αποδεκτής συμπεριφοράς(απ' τα μέλη καθώς) και (τρόπους και κίνητρα για ) πραγματοποίησης των καθηκόντων.

Σύμφωνα με τον Hofstede (1986), η οργανωσιακή κουλτούρα είναι «Ο συλλογικός προγραμματισμός του νου, ο οποίος διακρίνει τα μέλη μιας ομάδας ή μιας κοινωνίας από εκείνα μιας άλλης». Η άποψη αυτή θα μπορούσε να επεκταθεί, ώστε να υποστηριχθεί ότι τα ίδια τα άτομα είναι αυτοτελείς κοινωνικές μονάδες και επομένως διακρίνονται από την ατομική τους κουλτούρα.

Ο Skinner με τη σειρά του παρατήρησε, με τη γλώσσα του συμπεριφορισμού, ότι "κουλτούρα δεν είναι η συμπεριφορά των ανθρώπων που ζουν μέσα σε αυτό, αλλά «αυτό» μέσα στο οποίο ζουν , δηλαδή αυτοτελώς εκπηγάζοντα στοιχεία κοινωνικής θωράκισης που δημιουργούν και διατηρούν τη συμπεριφορά τους.

Οι Harvey και Brown υποστηρίζουν ότι η κουλτούρα της ομάδας πρέπει να επιτυγχάνει στόχους αλλά και να ικανοποιεί τις ανάγκες των μελών προκειμένου η ομάδα να είναι αποτελεσματική.

Στο ίδιο πλαίσιο κινήθηκε και ο Χένρι Φορντ ο οποίος χαρακτηριστικά έλεγε: «Πάρτε μου τα εργοστάσιά μου, κάψτε τα μηχανήματά μου, αφήστε μου όμως τους ανθρώπους μου και θα τα ξαναφτιάξω αμέσως από την αρχή». Ο Φορντ θεωρούσε τους ανθρώπους του ως την κουλτούρα της επιχείρησής του. (Σαρρής,2003).

Ο Oden 1997/9 ορίζει την οργανωσιακή κουλτούρα παρομοιάζοντας την με τη προσωπικότητα του ατόμου(μια άυλη παρούσα δύναμη που δίνει πάντοτε τη σημασία την κατεύθυνση και τη βάση μιας πράξης, όπως οι πράξεις και οι συμπεριφορές ενός ατόμου επηρεάζονται απ τη προσωπικότητά του έτσι και σε έναν οργανισμό(σύνολο ανθρώπων)οι κοινές αξίες, νόρμες και τα πιστεύω επηρεάζουν τη στάση των υπαλλήλων και τη διεύθυνση στην αντιμετώπιση προβλημάτων, στην εξυπηρέτηση πελατών, στη συμπεριφορά με τους προμηθευτές, και γενικότερα σε κάθε δραστηριότητά του. Γενικά, η οργανωσιακή



κουλτούρα καθοδηγεί τη συμπεριφορά των μελών του οργανισμού και επηρεάζει το έργο που κάνουν.

Ο Furnham- Gunter (1993) ορίζει τα βασικά σημεία της οργανωσιακής κουλτούρας «απροσδιόριστη, πολυδιάστατη και με πολλά διαφορετικά περιεχόμενα σε κάθε επίπεδο, σταθερή βραχυπρόθεσμα για μικρό δηλαδή διάστημα, απαιτεί χρόνο να δημιουργηθεί και να αλλάξει».

Από τους προαναφερόμενους ορισμούς, καταλήγουμε να ορίζουμε την οργανωσιακή κουλτούρα ως το σύνολο άτυπων κανόνων, κοινών αξιών, αρχών, πεποιθήσεων, πιστεύω και προσδοκιών που χαρακτηρίζουν τα μέλη μιας επιχείρησης – οργανισμού. Τα στοιχεία αυτά, που απαρτίζουν τα μέλη μιας επιχείρησης, διαμορφώνουν έναν πυρήνα αρχών γύρω από τον οποίο τα μέλη βασίζονται, αλλά και ένα σημείο αναφοράς απ' όπου ξεκινούν, ώστε να «κινηθούν» προς μία συγκεκριμένη κατεύθυνση. Γνώμονας πάντα είναι η εύρυθμη και ομαλή λειτουργία του οργανισμού (στο εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον) στο εσωτερικό του, σε συνδυασμό πάντα με την αποδοχή των εξωτερικών ερεθισμάτων και την αντιμετώπιση αυτών (από τα μέλη) και την προσαρμογή του οργανισμού σε αυτά χωρίς να χάνει τη μοναδικότητά του. (Παρασκευά Ε., 2009)

### *1.1.1 Διαφορά οργανωσιακής κουλτούρας και κλίματος*

Τα τελευταία χρόνια ,η φύση και το σχήμα των οργανισμών έχει εξελιχτεί από τις παραδοσιακές μορφές λειτουργίας σε πιο ευέλικτες δομές οργάνωσης. Η εφαρμογή των παραδοσιακών ορίων της ιεραρχίας και λειτουργίας άρχισε να διαβρώνεται με αποτέλεσμα να δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στις αντιλήψεις των διευθυντών και του εργατικού δυναμικού.

Αυτό έχει επιφέρει την αύξηση της ερευνητικής δραστηριότητας που επικεντρώθηκε στον κατάλληλο ορισμό και την μέτρηση της οργανωσιακής κουλτούρας και του οργανωσιακού κλίματος στην οργανωτική συμπεριφορά. Έτσι προκαλείται μια σύγχυση στην χρήση των δυο αυτών εννοιών καθώς δεν είναι ξεκάθαρα διαχωρισμένες.

Ωστόσο, οι έννοιες της οργανωσιακής κουλτούρας και του κλίματος διαφοροποιούνται. Η κουλτούρα είναι ένας συνδυασμός ποικίλων παραγόντων από τους ιδρυτές της, παλιούς και νέους ηγέτες, ιστορία, παραδόσεις, κρίσεις, γεγονότα, η βαθιά ριζωμένη φύση της οργάνωσης, το αποτέλεσμα μακροχρόνιων επισήμων και ανεπίσημων συστημάτων και γενικώς «ο τρόπος που κάνουμε τα πράγματα». Η μεθοδολογία που χρησιμοποιείται για την

συγκέντρωση δεδομένων απαιτεί ποιοτικές ερευνητικές μεθόδους (όπως σημειώσεις, εμπειρίες ,ιστορίες) για την μελέτη της οργανωσιακής κουλτούρας.

Από την άλλη πλευρά το κλίμα παρουσιάζεται εκ διαμέτρου αντίθετο. Οι ερευνητές του κλίματος ενδιαφέρθηκαν περισσότερο για την επίδραση που ασκούν τα οργανωτικά συστήματα στις ομάδες και τα άτομα και λιγότερο για την εξέλιξη των κοινωνικών συστημάτων. Το κλίμα διαμορφώνεται από την ηγεσία και τις κοινές αντιλήψεις και στάσεις των μελών της. Είναι η αίσθηση της οργάνωσης που πηγάζει από το τι πιστεύουν οι άνθρωποι για τις δραστηριότητες του οργανισμού. Οι δραστηριότητες αυτές, μπορούν να επηρεάσουν τα κίνητρα καθώς και την ατομική και ομαδική ικανοποίηση.

Το οργανωσιακό κλίμα μπορεί να θεωρηθεί ως ένα εργαλείο διαγνωστικής προσέγγισης με σκοπό την κατανόηση των οργανισμών και τον έλεγχο της αλλαγής που υφίσταται μέσα στον χρόνο. Όσον αφορά την μεθοδολογία που χρησιμοποιείται για την συγκέντρωση των δεδομένων, η μελέτη του οργανωσιακού κλίματος απαιτεί ποσοτικές μεθόδους όπως ερωτηματολόγια, τυπωμένα κείμενα υπολογιστών και δομημένη ποσοτική ανάλυση που έχει περισσότερο αξιολογικά αποτελέσματα.

Συμπερασματικά το οργανωσιακό κλίμα είναι αλληλένδετο με τον τρόπο διοίκησης του ηγέτη που στηρίζεται στις αξίες, τις δεξιότητες και τις προτεραιότητές του.

Ο Burke λέει ότι οι αλλαγές στο κλίμα είναι κατορθωτές καθώς το κλίμα συνδέεται με την ευμετάβλητη ανθρώπινη συμπεριφορά. Η οργανωσιακή κουλτούρα έχει μια ευρεία οργανωσιακή εστίαση ενώ το κλίμα δημιουργείται στην ομάδα εργασίας. Ενώ κάθε οργάνωση έχει την δική της οργανωσιακή κουλτούρα ,κάθε ομάδα εργασίας μέσα στην οργάνωση έχει το δικό της ιδιαίτερο κλίμα.

Το κλίμα μπορεί να θεωρηθεί μια επιφανειακή εκδήλωση κουλτούρας. Για παράδειγμα ένας οργανισμός μπορεί να αναπτύξει κλίματα για την δημιουργικότητα, την καινοτομία, την ασφάλεια στα πλαίσια της οργανωσιακής κουλτούρας.

Παρόλο που σύμφωνα με τα προηγούμενα υπάρχουν σαφείς διαφορές ανάμεσα στην οργανωσιακή κουλτούρα και το οργανωσιακό κλίμα, είναι και δυο έννοιες που βρίσκονται κοντά καθώς μοιράζονται το ίδιο πρόβλημα. Αυτό είναι να εξηγήσουν κατά πόσο τα άτομα μπορούν επηρεαστούν από τα συμπεριφορικά πρότυπα ενός συστήματος και να προσαρμοστούν σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο για την συμπεριφορά τους εντός αυτού, καθώς

και πόσο ρόλο παίζουν στην διαμόρφωση των χαρακτηριστικών του οργανισμού με την πάροδο του χρόνου.(Denison,1996)

## 1.2 Τύποι και μοντέλα οργανωσιακής κουλτούρας

Υπάρχουν διάφορες οργανωσιακές κουλτούρες που διακρίνονται ανάλογα με τις αξίες, τις αντιλήψεις και τα συμπεριφορικά πρότυπα που επικρατούν στο εσωτερικό του κάθε οργανισμού. Αυτή η διαφοροποίηση προκύπτει από κοινωνικές ,ιστορικές και λειτουργικές διαφορές.

Οι διάφοροι τύποι οργανωσιακής κουλτούρας μπορεί να έχουν κοινές έννοιες, που η κάθε κοινωνία όμως τις αντιλαμβάνεται διαφορετικά . Για παράδειγμα, ο όρος «καινοτομία» ή «συντηρητισμός» λαμβάνει διαφορετικές ερμηνείες στον δυτικό πολιτισμό και διαφορετικές στους ανατολικούς. Ό,τι σε μια κοινωνία θεωρείται αξία μπορεί κάλλιστα σε μια άλλη να λειτουργεί ως απαξία. Η εκπλήρωση των ατομικών στόχων στα πλαίσια μιας επιχείρησης και η εναρμόνιση των φιλοδοξιών των εργαζομένων με την πολιτική της εταιρίας μπορεί σε άλλους πολιτισμούς να είναι μια απαράδεκτη αφομοίωση, δεδομένου ότι πρωτεύουν άλλες αξίες, όπως η οικογενειακή ζωή, τα κοινωνικά δίκτυα κ.α (Wang et all, 2007)

Αρκετοί μελετητές έχουν ασχοληθεί με σκοπό την πραγματοποίηση της ανάλυσης διαφόρων τύπων κουλτούρας.

Σε αυτό το πλαίσιο, ο Denison (1990) διακρίνει τέσσερις τύπους οργανωσιακής κουλτούρας:

- *Η κουλτούρα συνεκτικότητας* αναφέρεται σε επιχειρήσεις όπου τα μέλη μοιράζονται κοινές προοπτικές, ιδεολογίες και αξίες, δίνουν έμφαση στην συνεργατικότητα, η οποία διασφαλίζει την συνοχή της εταιρίας, αλλά παράλληλα ενθαρρύνει την ατομική πρωτοβουλία στα πλαίσια της ομάδας.
- *Η κουλτούρα των κοινών οραμάτων*, παρεμφερής με την προηγούμενη χρησιμοποιεί ως συνδετικό κρίκο των μελών της τους κοινούς στόχους, από την ευόδωση των οποίων εξαρτάται η επιτυχία όλων.
- *Η κουλτούρα της συμμετοχικότητας* θεωρεί ότι η ενεργός συμμετοχή των μελών σε όλα τα επίπεδα διασφαλίζει την αφοσίωση στην εταιρία και τέλος,
- *Η κουλτούρα της προσαρμογής* η οποία δίνει έμφαση στην ικανότητα μελών μιας επιχείρησης να αντιλαμβάνονται, να μεταγράφουν και να ερμηνεύουν ερεθίσματα από το εξωτερικό περιβάλλον, με τέτοιο τρόπο που να διασφαλίζουν υψηλά επίπεδα ευελιξίας σε νέα περιβάλλοντα. (Wang et all, 2007)

Οι πρώτοι δυο τύποι κουλτούρας αναδεικνύουν την σταθερότητα ως ζωτική προϋπόθεση για την επιτυχία τους, ενώ ο τρίτος και ο τέταρτος τύπος προωθούν την έννοια του δυναμικού συστήματος με έμφαση στην αλλαγή. Οι συγγραφείς πιστεύουν συμφώνως προς τον Denison ότι στην πραγματικότητα σε ένα σύστημα μπορεί κάποιος να συναντήσει όλα τα είδη κουλτούρας ταυτόχρονα σε διαφορετική ποιότητα, ένταση και συχνότητα. (Wang et al, 2007)

Σύμφωνα με τους ερευνητές οι επιχειρησιακές κουλτούρες είναι είτε «δυναμικές» είτε «αμυντικές». Οι πρώτες εστιάζουν την προσοχή τους στις μεταβολές που λαμβάνουν χώρα στο εξωτερικό περιβάλλον και στις αγορές αντιδρώντας και προσαρμόζοντας την εσωτερική τους πολιτική στις αλλαγές της και την τεχνολογική πρόοδο. Σημαντικό ρόλο παίζει η αποτελεσματικότητα και η επιτυχία τόσο σε ατομικό όσο και σε συλλογικό επίπεδο, ενώ ο συνήθης τρόπος εργασίας δίνει έμφαση στη στενή συνεργασία και το συντονισμό μεταξύ των διαφόρων τμημάτων. Γενικά, υποστηρίζεται ότι οι κουλτούρες «εποικοδομητικού» τύπου επιφέρουν καλύτερα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα. Οι δυναμικές κουλτούρες υποστηρίζουν τη διαρκή προσπάθεια των υπαλλήλων τους και τους ωθούν να εργαστούν στο 100% των δυνατοτήτων τους, η διοίκηση είναι περισσότερο ανθρωποκεντρική και δίνεται έμφαση στην επίτευξη. (Westrum, 2004)

Αντίθετα, οι οργανισμοί που υιοθετούν κουλτούρες «αμυντικού» τύπου αντιστέκονται στην αλλαγή. Οι εργαζόμενοι επικεντρώνονται στη βελτίωση της ατομικής τους απόδοσης και όχι στην απόδοση της ομάδας και τείνουν να εργάζονται απομονωμένοι σε κάθε τμήμα του οργανισμού.

Οι αμυντικοί τύποι κουλτούρας μπορούν να τυποποιηθούν ανάλογα με τις συμπεριφορές που υιοθετούνται από τους εργαζομένους. Ο πρώτος τύπος ονομάζεται «ενεργητική - αμυντική κουλτούρα», στην οποία οι απασχολούμενοι προσεγγίζουν την εργασία τους ενεργητικά προκειμένου να διατηρήσουν το κύρος τους και την ασφάλεια στην εργασία τους. Σε αυτού του τύπου την κουλτούρα η επιμονή στη σκληρή δουλειά εκτιμάται ιδιαίτερα, και οι εργαζόμενοι αισθάνονται ότι οφείλουν να αποφύγουν τα εργασιακά λάθη, να είναι πλήρως ενημερωμένοι για τα τεκταινόμενα της δουλειάς τους, και να εργάζονται πολλές ώρες προκειμένου να επιτύχουν στενά καθορισμένους στόχους. Μία άλλη συχνή συμπεριφορά που συναντάται στον «ενεργητικό-αμυντικό» τύπο κουλτούρας είναι η ενεργητική εναντίωση κατά την οποία οι διενέξεις και οι αντιρρήσεις των υπαλλήλων εμφανίζονται συχνά. (Westrum, 2004)

Ο τύπος αυτός συναντάται συχνά σε οργανισμούς που υιοθετούν παραδοσιακές μορφές ποιοτικού ελέγχου, χρησιμοποιώντας μοντέλα ποιότητας στο ατομικά παρά στο συλλογικό επίπεδο, επικεντρώνοντας το ενδιαφέρον τους στην αποφυγή λαθών και όχι στην αναπτυξιακή τους πορεία και αναθέτοντας τον ποιοτικό έλεγχο στους προϊσταμένους και όχι στους υπαλλήλους. Ο τύπος αυτός εργασίας είναι διάχυτος στους οργανισμούς που κινούνται με γοργούς ρυθμούς ανάπτυξης και των οποίων το προσωπικό πρέπει να έχει ένα σταθερά γρήγορο και ευέλικτο τρόπο σκέψης.

Ο δεύτερος αμυντικός τύπος κουλτούρας είναι ο «παθητικός-αμυντικός», ο οποίος χαρακτηρίζεται από αποφυγή των διενέξεων και από εξαρτημένες και συντηρητικές συμπεριφορές. Η ειδοποιός διαφορά μεταξύ των δύο τύπων αμυντικής κουλτούρας είναι ότι η μεν ενεργητική αμύνεται σθεναρά σε κάθε μορφή αλλαγής, ενώ η παθητική αντιστέκεται με περισσότερο ήπιο αλλά εξίσου αποτελεσματικό τρόπο. Οι εργαζόμενοι σε μια παθητικού τύπου αμυντική κουλτούρα υπερβάλλουν τον εαυτό τους ώστε να ευχαριστήσουν τους προϊσταμένους τους και να αποφύγουν τις διενέξεις μεταξύ τους. Οι κανόνες, οι τυποποιημένες διαδικασίες και ο τρόπος εργασίας ακολουθούνται χωρίς αμφισβήτηση. Σε ένα τόσο ελεγχόμενο περιβάλλον εργασίας τα εργασιακά καθήκοντα είναι στενά καθορισμένα και η επιτήρηση διαρκής. Για τον λόγο αυτό, αυτού του τύπου η κουλτούρα συναντάται συχνά σε «προστατευόμενους», κλειστούς οργανισμούς, όπως οι δημόσιες υπηρεσίες, οι κυβερνητικές οργανώσεις και οι εταιρείες που λειτουργούν μονοπωλιακά. Ο τρίτος τύπος αμυντικής κουλτούρας είναι ο 'ενεργητικός –παθητικός», ο οποίος περιλαμβάνει ένα μείγμα των προαναφερθέντων συμπεριφορών.

Στα πλεονεκτήματα των αμυντικού τύπου κουλτουρών συμπεριλαμβάνεται η υποκίνηση, η διάθεση για παραμονή στον οργανισμό και η ασφάλεια της εργασίας, ενώ τα αδύνατα σημεία τους εστιάζονται στην αδυναμία για στενή και παραγωγική συνεργασία μεταξύ των τμημάτων, στην έλλειψη συλλογικού πνεύματος μέσα σε κάθε τμήμα του οργανισμού και στην έλλειψη ποιότητας σε επίπεδο οργανισμού. (Westrum, 2004)

### **1.3. Ο ρόλος της κουλτούρας στις υπηρεσίες υγείας**

Μια ενθαρρυντική οργανωσιακή κουλτούρα αναφέρεται συχνά ως βασικό συστατικό των επιτυχών πρωτοβουλιών βελτίωσης της ποιότητας σε διάφορους τομείς, συμπεριλαμβανομένου και αυτού της υγειονομικής περίθαλψης. Τα μέτρα της οργανωσιακής κουλτούρας συσχετίζονται με τη δυνατότητα μιας οργάνωσης να προσαρμοστεί στις γρήγορα μεταβαλλόμενες επιχειρησιακές απαιτήσεις, να παραμείνει ανταγωνιστική, και να

στηρίζει τα υψηλά επίπεδα απόδοσης.(Glisson & Hemmelgarn,1998). Τέτοια πρότυπα απεικονίζουν την οργανωσιακή κουλτούρα ως κεντρική στη λειτουργία και το ρόλο της οργάνωσης, που παρέχει ένα κοινό όραμα που μπορεί να χρησιμεύσει ως ένας αποτελεσματικός οδηγός στις κατάλληλες και στοχευμένες κοινωνικές και μεμονωμένες συμπεριφορές. Αυτό το όραμα τοποθετεί τους εργαζομένους μέσα σε ένα συνεπές πλαίσιο που θέτει τον άξονα για τη βελτίωση της ποιότητας .

Οι οργανωσιακές κουλτούρες στις μονάδες υγείας διαφέρουν από άλλες κουλτούρες εξαιτίας των μοναδικών διοικητικών και οργανωτικών δομών μιας μονάδας υγείας. Επομένως, διαφορετικοί είναι και οι τρόποι διοίκησης από αυτούς σε άλλους τομείς. Οι κοινές παραδοχές, στάσεις, αξίες και συμπεριφορές σε μία μονάδα υγείας είναι ριζωμένες στις παραδόσεις και συνήθως υπάρχει αυστηρή υιοθέτησή τους από το προσωπικό. ( Seren, Baykal, 2007).

Σε πολλές επιτυχημένες υγειονομικές μονάδες μια διακριτή κουλτούρα μπορεί να γίνει πηγή συγκριτικού πλεονεκτήματος, καθώς μπορεί να λειτουργήσει σαν μία «αόρατη δομή» που καθοδηγεί και επιπλέον διαμορφώνει κανόνες, συμπεριφορές και άγραφους κανόνες τους οποίους ακολουθούν οι εργαζόμενοι. Μπορεί, επίσης, να λειτουργήσει ως «άυλο περιουσιακό στοιχείο» που βοηθάει στην ενοποίηση του οργανισμού, αποτρέποντας τους εργαζομένους και τα διευθυντικά στελέχη από το να παρεκτραπούν.

Ωστόσο, οι κοινές αξίες και μια ισχυρή κουλτούρα μπορούν να αποδειχτούν «δίκικοπο μαχαίρι». Ενώ, δηλαδή, η κουλτούρα μπορεί να παράσχει τον αόρατο συνεκτικό δεσμό ενός οργανισμού, μία ισχυρή κουλτούρα μπορεί να παρεμποδίσει ή να μειώσει την ικανότητα του οργανισμού να ανιχνεύει και να ανταποκρίνεται στις νέες εξελίξεις του περιβάλλοντος. Οι υπεύθυνοι για τη λήψη αποφάσεων ίσως τείνουν να βλέπουν τα πράγματα μέσα από το φίλτρο της καθιερωμένης κουλτούρας ερμηνεύοντας και θεσπίζοντας στρατηγικές ανάπτυξης μόνο μέσα στα πλαίσια της υφιστάμενης κουλτούρας. Μια ισχυρή, επικρατούσα κουλτούρα μπορεί να περιορίζει την ποικιλία των στρατηγικών επιλογών που είναι διαθέσιμες στους υπεύθυνους λήψης αποφάσεων. (K. Rondeau, T. Wagar, 1999).

Όπως επισημαίνουν οι Wooten και Crane (2003), είναι κρίσιμης σημασίας, η ύπαρξη ή η ανάπτυξη (εάν δεν υπάρχει), ενός τύπου αποδοτικής κουλτούρας, στους οργανισμούς υγείας που αντιμετωπίζουν πολύπλοκες δομές διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας, σε ένα ιδιαίτερα ανταγωνιστικό και μεταβαλλόμενο περιβάλλον, που απαιτεί υψηλού επιπέδου υπηρεσίες για την ικανοποίηση των διαρκώς αυξανόμενων αναγκών των ασθενών. Η μελέτη των παραμέτρων αυτών, δηλαδή κυρίως της οργανωσιακής κουλτούρας που διέπει τις Μονάδες Υγείας, θα μπορούσε κάλλιστα να προσφέρει μια επιστημονικά τεκμηριωμένη ερμηνεία για τις δυσλειτουργίες τους, που προηγούμενες μελέτες έχουν διαπιστώσει.

Επιπρόσθετα, η καταγραφή της οργανωτικής κουλτούρας που διέπει τις Μονάδες Υγείας, θα μπορούσε να αποτελέσει το εφαλτήριο για παρεμβάσεις στην κατεύθυνση αλλαγής των οργανισμών αυτών και υιοθέτησης διοικητικών δομών και πρακτικών, που λειτουργούν με βάση τον σκοπό των οργανισμών, δηλαδή την προαγωγή, την πρόληψη και την προσφορά υψηλής ποιότητας και απόδοσης υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα αλλά και στο εξωτερικό. (Σαχινίδης, 2009).

### *1.3.1. Οργανωσιακές υποκουλτούρες*

Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι όταν αναφερόμαστε στην κουλτούρα ενός οργανισμού συνήθως εννοούμε την κυρίαρχη κουλτούρα αυτού αλλά, συχνά, είναι σημαντικό να αναγνωρίζονται διακριτές ομάδες εντός μιας κουλτούρας. Οι μικρότεροι οργανισμοί, έχουν συνήθως μια κύρια κουλτούρα που χαρακτηρίζεται από ένα ενιαίο σύνολο κοινών ενεργειών, αξιών και πεποιθήσεων. Εντούτοις, οι περίπλοκες οργανωτικές μορφές, όπως είναι τα νοσοκομεία έχουν έναν αριθμό από ανταγωνιστικές κουλτούρες. Στην πραγματικότητα, η απροκάλυπτη παρουσία από υποκουλτούρες δεν γίνεται απλώς ανεκτή αλλά ενίοτε προωθείται, καθώς οι διάφορες υπομονάδες του οργανισμού έχουν διαφορετικές ανάγκες και στόχους. Συνεπώς ένας υψηλός βαθμός διαφοροποίησης της κουλτούρας δεν είναι μόνο φυσιολογικός αλλά μπορεί και να αυξήσει την αποδοτικότητα του οργανισμού. (Καβαλλιεράτου, 2006)

Οι υποκουλτούρες αποτελούν ομάδες ατόμων με ένα μοναδικό μοντέλο αξιών και φιλοσοφίας το οποίο δεν βρίσκεται σε αντίθεση με τις κύριες αξίες και τη φιλοσοφία του οργανισμού. Ισχυρές υποκουλτούρες συναντώνται συχνά σε ομάδες υψηλών αποδόσεων και ομάδες ειδικών μελετών εντός ενός οργανισμού.

Υπάρχει μια ομοιότητα ανάμεσα στην έννοια της κουλτούρας και αυτή της υποκουλτούρας. Η κύρια διαφορά τους είναι ότι, ενώ η κουλτούρα αποτελεί ένα ενιαίο σύνολο, από την πλευρά της υποκουλτούρας δίνεται η εικόνα μιας κουλτούρας αποτελούμενης από πολλές μικρές υποκουλτούρες που συνυπάρχουν μέσα στον ίδιο οργανισμό.

Στο επίπεδο της οργάνωσης, αντιμετωπίζουμε το ερώτημα του πώς συσχετίζονται και συνδέονται μεταξύ τους οι διάφορες υποκουλτούρες, προκειμένου να διαμορφώσουν την ευρύτερη οργανωσιακή κουλτούρα. Ένα ερώτημα που δεν διαφέρει και πολύ από το ερώτημα του πώς η οργανωσιακή κουλτούρα συνδέεται με το περιβάλλον. Μάλιστα, σε επίπεδο περιβάλλοντος, ολόκληρη η οργανωσιακή κουλτούρα μπορεί να θεωρηθεί ως μία

υποκουλτούρα μέσα σε ένα ευρύτερο πλαίσιο κουλτούρας, όπως είναι μία κοινωνική κουλτούρα. (Μπουραντάς, 2002)

Ένα ακόμα ενδιαφέρον ερώτημα είναι αυτό της διάκρισης των διάφορων υποκουλτούρων οι οποίες υπάρχουν εντός ενός οργανισμού. Οι ερευνητές που ασχολήθηκαν με τις υποκουλτούρες προτείνουν δύο μοντέλα για την περιγραφή αυτών των διαφορών.

Οι Caren Siehl και Joanne Martin ισχυρίζονται ότι οι διάφορες υποκουλτούρες προσδιορίζονται σε σχέση με τα συνολικά μοντέλα ενός οργανισμού, και ιδιαίτερα σε σχέση με τις κύριες αξίες της κουλτούρας του. Βάσει αυτού του μοντέλου, οι υποκουλτούρες ταξινομούνται σύμφωνα με το αν υποστηρίζουν, απορρίπτουν ή απλά συνυπάρχουν με τις κύριες αξίες της συνολικής κουλτούρας του οργανισμού. Οι ενισχυτικές υποκουλτούρες (*enhancing subcultures*), υποστηρίζουν τις κύριες αξίες με μεγάλο ενθουσιασμό. Οι αντικουλτούρες (*countercultures*) απορρίπτουν τις αξίες της ευρύτερης κουλτούρας της οποίας αποτελούν τμήμα. Οι ορθογώνιες κουλτούρες (*orthogonal cultures*) διατηρούν τις δικές τους ανεξάρτητες αξίες παράλληλα με αυτές της κύριας κουλτούρας του οργανισμού.

Σύμφωνα με άλλη ομάδα ερευνητών οι υποκουλτούρες μπορούν να διακριθούν με βάση το επάγγελμα, την ομάδα εργασίας, το ιεραρχικό επίπεδο και τους πρότερους εργασιακούς δεσμούς. Οι υποκουλτούρες των ομάδων εργασίας είναι πιθανό να βρεθούν σε όλες τις περιπτώσεις στις οποίες οι απαιτήσεις της εργασίας επιβάλλουν στα άτομα να συνεργάζονται στενά. Οι ιεραρχικές υποκουλτούρες δίνουν έμφαση στη διάκριση μεταξύ των διαφόρων επιπέδων διοίκησης και μεταξύ των διοικητικών στελεχών και των υπαλλήλων. Τέλος, οι υποκουλτούρες που στηρίζονται στις παλαιότερες εργασιακές σχέσεις συναντώνται συνήθως σε οργανισμούς που προκύπτουν μετά από εξαγορές ή συγχωνεύσεις. (Bellou, 2008)

Γιατί, όμως, υπάρχουν υποκουλτούρες; Οι Van Maanen και Barley κάνουν δύο παρατηρήσεις που βοηθούν στην εξήγηση ύπαρξής τους. Η πρώτη αφορά στη διαπροσωπική έλξη. Μελέτες της ψυχολογίας έχουν δείξει ότι οι άνθρωποι τείνουν να έλκονται από άτομα που τους μοιάζουν. Αυτό υπονοεί πως παρόμοια, γενικά, άτομα θα ενδιαφέρονται για παρόμοιες ενασχολήσεις, δουλειές, θέσεις στην ιεραρχία ή για έναν συγκεκριμένο οργανισμό. Η υπόθεση της διαπροσωπικής έλξης παρέχει, ως ένα βαθμό, μια ερμηνεία της ύπαρξης διαφορετικών υποκουλτουρών βάσει αυτών των διαφορών. Βέβαια, υπάρχουν και άλλα στοιχεία σύμφωνα με τα οποία οι άνθρωποι μοιάζουν μεταξύ τους και τέτοιου είδους στοιχεία είναι το φύλο, η ηλικία, η συμμετοχή σε άλλους οργανισμούς. Αυτές οι ομοιότητες συμβάλλουν, επίσης, στη διαφοροποίηση των υποκουλτούρων εντός ενός οργανισμού.

Μια δεύτερη ερμηνεία της διαφοροποίησης μεταξύ των διάφορων υποκουλτούρων αποτελεί η αλληλεπίδραση ανάμεσα στα μέλη ενός οργανισμού. Έχει αποδειχτεί ότι όταν τα άτομα αλληλεπιδρούν μεταξύ τους συστηματικά, είναι πολύ πιθανή η δημιουργία ομάδων



και μάλιστα ομάδων μεγάλης συνεκτικότητας. Και τα μοντέλα αλληλεπίδρασης, λοιπόν, ερμηνεύουν τη διαφοροποίηση των υποκουλτούρων. Η αλληλεξάρτηση καθηκόντων, ο καθορισμός σχέσεων, ο σχεδιασμός των χώρων των γραφείων και η κοινή χρήση εξοπλισμού, είναι μερικά σημεία που φέρνουν τα μέλη ενός οργανισμού σε επαφή. (Bellou,2008)

### *1.3.2. Αλλαγή κουλτούρας στις υπηρεσίες υγείας*

Η οργανωτική αλλαγή μπορεί να οριστεί γενικά ως μετασχηματισμός της παρούσης κατάστασης ενός οργανισμού, είτε με προγραμματισμένο είτε με απρογραμμάτιστο τρόπο, σε μία άλλη κατάσταση. Η διοίκηση ολικής ποιότητας και οι προσπάθειες διαπίστευσης αποτελούν παραδείγματα προγραμματισμένων αλλαγών στον τομέα της υγείας. Η διοίκηση ολικής ποιότητας, η οποία βασίζεται κυρίως στην οργανωσιακή κουλτούρα, είναι μία φιλοσοφία διοίκησης που στοχεύει στην ικανοποίηση τόσο του αποδέκτη όσο και του φορέα παροχής υπηρεσιών. Από την άλλη πλευρά, η διαπίστευση μπορεί να οριστεί ως μία διαδικασία αξιολόγησης κατά την οποία μία αντικειμενική ομάδα (ο φορέας διαπίστευσης) εξετάζει μία μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας, για να εξασφαλίσει ότι τηρούνται ορισμένα πρότυπα που έχουν καταρτιστεί από εμπειρογνώμονες στον τομέα της βελτίωσης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας. (Τσίρου, 2004)

Αν και δεν έχει καθοριστεί κάποιος τύπος κουλτούρας που να ταιριάζει καλύτερα στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, έχει προταθεί ως πιο πλεονεκτικός τύπος μία καινοτόμα, δημιουργική δομή που είναι ανοιχτή στις αλλαγές και στην οποία οι εργαζόμενοι έχουν το ίδιο με τα διοικητικά στελέχη δικαίωμα να παίρνουν αποφάσεις. Η οργανωσιακή κουλτούρα είναι σημαντική σε κάθε προσπάθεια εφαρμογής και διατήρησης σύγχρονων μεθόδων διαχείρισης, όπως η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας. Κάθε οργανισμός στη διαδικασία μετάβασης στην διοίκηση ποιότητας, πρέπει πρώτα να προσδιορίσει την κουλτούρα του και στη συνέχεια να αξιολογήσει την καταλληλότητα της κουλτούρας του οργανισμού για την νέα και επιθυμητή προσέγγιση διοίκησης. Οι απόπειρες αλλαγής που δεν λαμβάνουν υπόψη την οργανωσιακή κουλτούρα και που δεν περιλαμβάνουν μακροπρόθεσμη προσέγγιση, έχουν μικρές πιθανότητες επιτυχίας. Θα πρέπει, λοιπόν, να προβλεφθούν οι πιθανές επιπτώσεις από τις σχεδιαζόμενες αλλαγές στο προσωπικό και να γίνουν τα ανάλογα σχέδια. (Aiman – Smith, 2004)

Οι μελέτες ποιότητας συνιστούν ένα σημαντικό μέρος της αλλαγής που εφαρμόζεται στα νοσοκομεία και αναμένεται αλλαγή της κουλτούρας κατά τη διάρκεια των σπουδών

ποιότητας. Τα διοικητικά στελέχη του νοσηλευτικού προσωπικού φέρουν σημαντικό μερίδιο ευθύνης στην επικαιροποίηση των οργανωσιακών αλλαγών και πρέπει να υποστηρίζονται από τα διοικητικά στελέχη του νοσοκομείου προκειμένου να είναι περισσότερο αποτελεσματικά. Στα μεγάλα νοσοκομεία που βρίσκονται σε διαδικασία αλλαγών, τα διοικητικά στελέχη του νοσηλευτικού προσωπικού προσπαθούν να αντιληφθούν με ακρίβεια τις συμπεριφορές των διοικητικών στελεχών και να κατευθύνουν τους υφισταμένους τους προκειμένου να διατηρηθεί αφενός η ποιότητα και αφετέρου να ενισχυθεί η διαδικασία της αλλαγής. (Cameron, 1999)

Η αποτελεσματική αναδιάρθρωση για μία πετυχημένη αλλαγή επιτυγχάνεται με τον συγχρονισμό του συνόλου του προσωπικού σε κοινούς στόχους και με την δημιουργία ανοιχτής επικοινωνίας. Το να αντιλαμβάνονται, τα άτομα και οι υποομάδες μέσα στον οργανισμό, τον εαυτό τους ως σημαντικό κομμάτι του οργανισμού είναι ζωτικής σημασίας για την εξάλειψη της αντίστασης που μπορεί να προκύψει κατά τη διάρκεια της μεταβατικής διαδικασίας.

Λαμβάνοντας υπόψη την πρόοδο της τεχνολογίας καθώς και τις σύγχρονες διαχειριστικές προσεγγίσεις, όπως η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, καθώς και την έντονα ανταγωνιστική ατμόσφαιρα στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, η αλλαγή έχει γίνει αναπόφευκτη για τα νοσοκομεία. Εντούτοις, η μετάβαση μπορεί να παρεμποδίζεται από διάφορα προβλήματα, συμπεριλαμβανομένης της αυστηρότητας της οργανωσιακής κουλτούρας και της παρουσίας διεπιστημονικών ομάδων με μέλη που έχουν διαφορετικά συμφέροντα και απαιτήσεις. Μελέτες (Mallak, Bringelson & Lyth, 1997 · Thomas, Ward, Chobra & Kumiega, 1990) έχουν δείξει ότι, για την επιτυχή διαχείριση της οργανωσιακής αλλαγής, τα διοικητικά στελέχη θα πρέπει να επικεντρώσουν τις προσπάθειές τους στον προσδιορισμό της κουλτούρας του οργανισμού τους και των πεποιθήσεων, αξιών και προτύπων αυτής. Η αποτυχία σε αυτές τις επιδιώξεις πριν την έναρξη των πρωτοβουλιών για την αλλαγή της ποιότητας περιπλέκει το δρόμο προς την επιτυχία. (Kimball, 2005)

Μελέτες (Klingle, Burgoon, Afifi & Callister, 1995 · Rondeau & Wagar, 1999 · Shaw, 2002) πάνω στις οργανωσιακές κουλτούρες των νοσοκομείων, έχουν δείξει ότι υπάρχουν τόσο παρόμοιες όσο και διαφορετικές κουλτούρες. Η δυναμική κουλτούρα έχει αποδειχτεί ότι είναι η κυρίαρχη στα νοσοκομεία. Σε δημόσια αλλά και σε ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα έχει αναφερθεί μία «αυτοκρατορική» κουλτούρα και ακόμα και όπου συνοδεύεται από την συμβουλευτική – δημοκρατική οργανωσιακή κουλτούρα επικρατεί η κουλτούρα εξουσίας.

Στην διαδικασία της οργανωσιακής αλλαγής είναι σημαντικός ο ρόλος των διοικητικών στελεχών, τόσο των χαμηλόβαθμων όσο και των υψηλόβαθμων. Η ανοιχτή και άμεση

επικοινωνία, η παροχή πληροφοριών σχετικά με τις αιτίες της αλλαγής και των μεθόδων καθώς και η ισχυρή υποστήριξη των διοικητικών στελεχών που αξίζουν να γνωρίσουν τις απόψεις των εργαζομένων, επηρεάζει έντονα την επιτυχία της αλλαγής. (Kimball, 2005)

Σε μία διαδικασία αλλαγής, όπως η διαχείριση ποιότητας, θα πρέπει να δίνεται έμφαση κυρίως στον ανθρώπινο παράγοντα και όχι στις τεχνικές διαδικασίες, γιατί η επιτυχία είναι εφικτή σε μία δομή όπου εξασφαλίζεται η κοινωνικοποίηση και όπου οι εργαζόμενοι συμβάλλουν στην διαδικασία της αλλαγής στο βαθμό που αισθάνονται μέρος του οργανισμού. Επιπλέον, τα άτομα που αισθάνονται άμεσα εμπλεκόμενα σε κύκλους ποιότητας, επιτροπές μελέτης και ομάδες έργου, έχουν περισσότερο θετική στάση απ' ότι εκείνοι που αισθάνονται απομονωμένοι από τέτοιες μελέτες και διαδικασίες. Οι πρωτοβουλίες για τη δημιουργία ποιοτικής κουλτούρας θα είναι πιο επιτυχημένες αν οι εργαζόμενοι ενθαρρυνθούν να συμμετάσχουν και να συμβάλλουν στο σύστημα. (Kimball, 2005)

Τα αποτελέσματα μελετών (Berberoglu et al., 1998 · Lok & Crawford, 1999 · Weber and Manning, 2001) σχετικά με την οργανωσιακή κουλτούρα και την αλλαγή δείχνουν ότι τα διοικητικά στελέχη πρέπει πρώτα να προσδιορίσουν το είδος της κυρίαρχης κουλτούρας στα θεσμικά τους όργανα και τις στάσεις των εργαζομένων κατά της αλλαγής και στη συνέχεια να εκτελέσουν την οργανωσιακή αλλαγή με την ανάπτυξη κατάλληλων στρατηγικών. (Serap, Baykal, 2007)

#### **1.4. Ερευνητικά εργαλεία μέτρησης της οργανωσιακής κουλτούρας**

Ως απόρροια της πληθώρας των ορισμών που υπάρχουν, σχετικά με την έννοια της οργανωσιακής κουλτούρας, η ίδια έλλειψη συμφωνίας μεταξύ των ερευνητών, εμφανίζεται και για τη μέθοδο με την οποία αυτή η οργανωσιακή κουλτούρα, θα πρέπει να παρατηρηθεί και να μετρηθεί. Οι Martin & Frost (1996), υποστηρίζουν ότι οι διαφορετικές απόψεις των ερευνητών δεν είναι κάτι το ασυνήθιστο, ακόμα και εάν προέρχονται από τον ίδιο επιστημονικό χώρο. Το ασυνήθιστο έγκειται, ότι αυτές οι διαφορές, εκφράζονται ανοικτά στην σχετική βιβλιογραφία που αφορά στην οργανωσιακή θεωρία και είναι κυρίως εννοιολογικής φύσεως, για τις μεθόδους μέτρησης, που θα πρέπει να εφαρμοστούν και τις παραμέτρους κουλτούρας που θα πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την μέτρηση.

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

ερευνητές, θεωρούν πρόκληση να μπορέσουν να συλλάβουν την έννοια της κουλτούρας, ως εσωτερική ποιότητα του κοινωνικού περιβάλλοντος, το οποίο διαμορφώνει την ανάγκη των ατόμων για σύσταση οργανισμών ή επιχειρήσεων. Τέλος, μία άλλη μερίδα ερευνητών, προσεγγίζει την έννοια της οργανωτικής κουλτούρας, ως μία ανθρωπολογική αλληγορία ή παράδειγμα, μελετώντας τους οργανισμούς ως μικρο-κοινωνικά συστήματα και αναλύοντας τους ανάλογα. (Burrell 1996; Smircich 1983).

Συχνά επίσης, στην σχετική βιβλιογραφία, εμφανίζονται μελέτες που υιοθετούν εργαλεία ερευνητικά που μετρούν το “κλίμα” (climate), το οποίο διαμορφώνεται στα πλαίσια ενός οργανισμού, θεωρώντας την έννοια αυτή ως την κύρια διάσταση που θα πρέπει να μετρηθεί. Προσεγγίζουν δηλαδή και καταγράφουν τις απόψεις των εργαζομένων, για τις εργασιακές συνθήκες που επικρατούν. (Ροβίθης, 2005).

Τα κυριότερα εργαλεία μέτρησης της οργανωσιακής κουλτούρας είναι τα επόμενα :

### *1. Το Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης της Οργανωσιακής Κουλτούρας (Organizational Culture Assessment Instrument – OCAI).*

Αποτελεί ένα μοντέλο μέτρησης κλίμακας σταθερού αθροίσματος, που αναπτύχθηκε από τους Quinn & Cameron το 1999, και μετράει την απόκλιση μεταξύ της υφιστάμενης και της επιθυμητής κουλτούρας, βασιζόμενο στο πλαίσιο των ανταγωνιστικών αξιών του. Έχει τη μορφή ερωτηματολογίου και αποτελείται από δύο μέρη. Στο πρώτο μέρος, απαντώνται έξι επιμέρους ερωτήσεις, προκειμένου να αποτυπωθεί η υφιστάμενη κουλτούρα ενός οργανισμού, ενώ στο δεύτερο μέρος, το οποίο είναι πανομοιότυπο με το πρώτο, οι ερωτήσεις απαντώνται με βάση το πια θέση επιθυμούμε να κατέχει ο οργανισμός μέσα στα επόμενα πέντε χρόνια, αποτυπώνεται δηλαδή η επιθυμητή κουλτούρα του οργανισμού.

Οι Cameron και Quinn (2006) ονόμασαν το θεωρητικό μοντέλο, στο οποίο βασίζεται το ερωτηματολόγιο που κατασκεύασαν, «πλαίσιο ανταγωνιστικών αξιών». Αυτό το πλαίσιο συνίσταται στον συνδυασμό δύο θεμελιωδών διαστάσεων:

1. Η πρώτη διάσταση «ευελιξία – έλεγχος», διαφοροποιεί τα κριτήρια της αποτελεσματικότητας ενός οργανισμού σε αυτά που δίνουν έμφαση στην ευελιξία, και σε αυτά που δίνουν έμφαση στον έλεγχο και τους κανονισμούς.

2. Η δεύτερη διάσταση «εσωτερικός – εξωτερικός» προσανατολισμός, διαφοροποιεί τα κριτήρια αποτελεσματικότητας σε αυτά που δίνουν έμφαση στην εσωστρέφεια, ολοκλήρωση και ενότητα, συνδεδεμένη άμεσα με τις δομές, το κλίμα και το ανθρώπινο δυναμικό, και σε αυτά που δίνουν έμφαση στην εξωστρέφεια, τη διαφοροποίηση και την ανταγωνιστικότητα,

και συνδέονται με στοιχεία της αγοράς, του ανταγωνισμού και της καινοτομίας. (Taormina,2008)

## 2. *Organizational Culture Inventory - «O.C.I.» (E.O.K).*

Ένα από τα πιο διαδεδομένα εργαλεία, που ανήκει στην κατηγορία μέτρησης της οργανωσιακής κουλτούρας προσεγγίζοντας τα πρότυπα συμπεριφοράς των μελών ενός οργανισμού, είναι το Organizational Culture Inventory (Cook & Lafferty 1987). Το OCI, δημιουργήθηκε ως αποτέλεσμα παραγοντικής ανάλυσης των Cook & Lafferty (1987), και είναι ένα αρκετά διαδεδομένο ερευνητικό εργαλείο. Το OCI είναι παράδειγμα ερωτηματολογίου, το οποίο είναι δομημένο με τέτοιο τρόπο ώστε να μετράει τους συμπεριφορικούς κανόνες που επικρατούν μέσα σε ένα οργανισμό και αποτελούν ένα τρόπο εκδήλωσης της κουλτούρας του.

Στην Ελλάδα, το συγκεκριμένο εργαλείο προσαρμόστηκε και μεταφράστηκε από την κ. Ξενικού (2005). Οι συμπεριφορικοί κανόνες που μετράει το EOK (Ερωτηματολόγιο Οργανωτικής κουλτούρας), όπως η ίδια η κ. Ξενικού ονομάζει την ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου, καθορίζονται από δύο διαστάσεις. Η πρώτη διαχωρίζει το ενδιαφέρον για τα άτομα, με το ενδιαφέρον για τα καθήκοντα. Η δεύτερη, διαχωρίζει τις προσδοκίες για συμπεριφορές που οδηγούν σε εκπλήρωση υψηλής διαβάθμισης ικανοποίησης αναγκών, με τις προσδοκίες συμπεριφορών που οδηγούν στην εκπλήρωση χαμηλής διαβάθμισης ικανοποίησης αναγκών ασφάλειας και προστασίας, μέσα σε ένα οργανισμό. Βασιζόμενο σε αυτές τις διαστάσεις το OCI, μετράει 12 ομάδες (συμπεριφορικά πρότυπα), που κυριαρχούν στον οργανισμό, ως προς τις ακόλουθες θεματικές ενότητες:

- κουλτούρα διαπροσωπικών σχέσεων (affiliative culture)
- αντιδραστική κουλτούρα (oppositional culture)
- ανθρωπιστική κουλτούρα (humanistic culture)
- κουλτούρα εξουσίας (power culture)
- κουλτούρα αποδοχής (approval culture)
- ανταγωνιστική κουλτούρα (competitive culture)
- συμβατική κουλτούρα (conventional culture)
- κουλτούρα τελειομανίας (perfectionistic culture)
- κουλτούρα εξάρτησης (dependent culture)
- κουλτούρα επίτευξης (achievement culture)
- κουλτούρα αποφυγής (avoidance culture)
- Κουλτούρα αυτοπραγμάτωσης (self-Actualising culture).

(Πηγή : Organizational Culture Inventory by R.A. Cooke and J.C. Lafferty, 1983, 1986, 1987, 1989, Plymouth, MI: Human Synergistics. Copyright 1989 by Human Synergistics, Inc.)

### 3. «Το Ανταγωνιστικό Πλαίσιο Τιμών» (CVF).

Μια ακόμη αξιολογή προσέγγιση στη μέτρηση της Ο.Σ. είναι το ανταγωνιστικό πλαίσιο τιμών. Κάτω από αυτήν την προσέγγιση, οι οργανώσεις (και οι υποομάδες τους) περιγράφονται με βάση δύο σημαντικές διαστάσεις (σχέση εναντίον του μηχανιστικού προσανατολισμού διαδικασίας και εσωτερική εναντίον της εξωτερικής εστίασης). Έτσι, καθορίζονται τέσσερις αρχικοί οργανωτικοί τύποι κουλτούρας : γενιάς, σκοποκρατίας (adhocracy), ιεραρχίας, και αγοράς.

Η σύγκριση της ισχύος κάθε μιας από τις παραπάνω διαστάσεις κουλτούρας, μπορεί να ελεγχθεί στα πλαίσια της οργάνωσης γενικά ή μέσα στις διάφορες υποομάδες που έχουν δημιουργηθεί στην οργάνωση, και έτσι μπορούν να εντοπιστούν τα κοινά σημεία . Οι Shortell et al. (2000) επέκτειναν αυτήν την προσέγγιση για να μελετήσουν τη σχέση μεταξύ της κουλτούρας και της υιοθέτησης του Total Quality Management (T.Q.M.) κατά την εξέταση των διαδικασιών στις Μονάδες Υγείας. Αυτές οι προσεγγίσεις, αν και ιδιαίτερα ελπιδοφόρες, δεν έχουν υποβληθεί ακόμα σε ψυχομετρική αξιολόγηση. (Taormina,2008)

### 4. «Κατάλογος Οργανωσιακής Κουλτούρας».

Ο οργανωσιακός κατάλογος κουλτούρας των Cooke & Lafferty, (1987) και αργότερα του Seago, (1997) αξιολογεί μορφές συμπεριφοράς που επικρατούν μέσα στις οργανωτικές ομάδες για να χαρακτηρίσει τη γενική επιχειρησιακή φιλοσοφία κατά μήκος τριών διαστάσεων προσανατολισμού : εποικοδομητικός, παθητικός/αμυντικός, ή επιθετικός/άμυνα. Αυτό το όργανο έχει υποβληθεί σε αυστηρή ψυχομετρική αξιολόγηση και βαθμολογήθηκε με «Α». Παρόμοια εργαλεία - όργανα έχουν δημιουργηθεί και έχουν χρησιμοποιηθεί για συγκεκριμένες υποομάδες μέσα στις Μονάδες Υγείας. (π.χ., το πολιτιστικό εργαλείο αξιολόγησης των μονάδων υγειονομικής περίθαλψης). (Taormina,2008)

### 5. *Όργανο Μέτρησης «Κλίματος Ασφάλειας».*

Άλλα εργαλεία εστιάζουν στις ιδιαίτερες πτυχές της οργανωσιακής κουλτούρας, όπως για παράδειγμα αυτό των Thomas, και Helmreich (2000) που αφορά ένα όργανο μέτρησης «κλίματος ασφάλειας» που αξιολογεί τις απόψεις και τις αντιλήψεις προσωπικού σχετικά με

την ύπαρξη ή μη, αισθήματος ασφάλειας στα μέλη των επαγγελματικών ομάδων αλλά και στο γενικότερο εργασιακό περιβάλλον. Αυτό το όργανο έχει χρησιμοποιηθεί σε έρευνες με αντικείμενο την κουλτούρα που επικρατεί σε ομάδες χειρουργών και έχει αποδειχθεί ότι είναι αρκετά ευαίσθητο ώστε να δίνει έμφαση σε ορισμένα από τα εμπόδια υιοθέτησης μιας συγκεκριμένης κουλτούρας που μπορούν να παρεμποδίσουν τις προσπάθειες να βελτιωθεί η ποιότητα και η ασφάλεια στις υγειονομικές μονάδες. (The Safety Climate Survey and the related work of Sexton can be found at the Institute for Healthcare Improvement's website [www.QualityHealthcare.Org](http://www.QualityHealthcare.Org).)

6. *«Έρευνα οργανωσιακής κουλτούρας» του Denison.*

Η «έρευνα οργανωσιακή κουλτούρας» του Denison είναι ένα ακόμη όργανο με το οποίο έχουν αποδειχθεί σχέσεις μεταξύ της κουλτούρας και της γενικότερης λειτουργίας μιας οργάνωσης. Αυτό το εργαλείο αξιολογεί την οργανωτική εστίαση (εσωτερική και εξωτερική εστίαση) και την οργανωτική ευελιξία (εύκαμπτη και σταθερή). Οι οργανώσεις αξιολογούνται επίσης κατά μήκος των τεσσάρων βασικών παραμέτρων της οργανωσιακής κουλτούρας: της προσαρμοστικότητας, της αποστολής, της συμμετοχής, και της συνέπειας. Ο Denison υποστηρίζει ότι αυτή η προσέγγιση επιτρέπει την αξιολόγηση των τρόπων με τους οποίους οι οργανώσεις (ή υποομάδες μέσα στις οργανώσεις) εξετάζουν φαινομενικά τους αντιφατικούς ή παράδοξους στόχους και τις απαιτήσεις που τους τίθενται. Θεωρεί, επίσης, την κατανόηση τέτοιων συγκρούσεων ουσιαστική στην ανάπτυξη της βιώσιμης προσαρμοστικής οργανωσιακής συμπεριφοράς.

Συνακόλουθα, διάφορες μελέτες έχουν αναφέρει ότι τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της οργανωσιακής κουλτούρας των οργανώσεων με υψηλή απόδοση μπορούν να διακριθούν σαφώς από εκείνα των οργανώσεων με χαμηλότερη απόδοση (Denison, 1984 - Denison & Mishra, 1995- Fischer & Alford, 2000). Η οργανωσιακή κουλτούρα, κάτω από ένα τέτοιο πρότυπο, μπορεί να αντιμετωπισθεί ως σύστημα που επιτρέπει στις οργανώσεις να πραγματοποιούν συντονισμένες προσαρμοστικές κινήσεις απέναντι στον ανταγωνισμό. (Taormina,2008)

## 1.5. Βιβλιογραφική ανασκόπηση μελετών μέτρησης οργανωσιακής κουλτούρας στις υπηρεσίες υγείας

1. Quinn and Rohrbaugh (1983) and Quinn and Kimberly (1984).

Ερευνητικός στόχος: Αξιολόγηση του βαθμού στον οποίο η Οργανωσιακή Κουλτούρα ομάδας παθολόγων συνδέεται με τη μεμονωμένη ικανοποίηση παθολόγων και με τις διευθυντικές και οργανωτικές ικανότητες των ομάδων στις οποίες ανήκουν.

(Πηγή: PMID: 17489908 (PubMed - 06/01/09, indexed for MEDLINE, PMCID: PMC1955261).

Σχέδιο και μέθοδοι μελέτης: Έρευνα σε παθολόγους από το 1997 ως το 1998 που αξιολογεί την κουλτούρα των εν λόγω ιατρικών ομάδων καθώς και την ικανοποίησή τους εξετάζοντας έξι πτυχές της λειτουργίας της κάθε ομάδας.

Υπό μελέτη δείγμα : Πενήντα δύο ιατρικές ομάδες που ανήκαν σε 12 διαφορετικά συστήματα υγείας που εφαρμόζονται στις ΗΠΑ, περιλαμβάνοντας 1.593 παθολόγους (ποσοστό απάντησης 38,3 τοις εκατό). Οι μεγαλύτερες ιατρικές ομάδες και οι ομάδες με πολλαπλές ειδικότητες αντιπροσωπεύτηκαν επαρκώς έναντι του συνόλου.

Συμπέρασμα: Οι διαστάσεις της οργανωσιακής κουλτούρας συνδέονται σημαντικά με τις διάφορες πτυχές της μεμονωμένης ικανοποίησης παθολόγων σε σχέση πάντα με την πρακτική ολόκληρης της ομάδας.

2. MacDavitt K, Chou SS, Stone PW. Columbia University School of Nursing, New York City, NY, USA. [macdavitt@emeil.chop.edu](mailto:macdavitt@emeil.chop.edu)

Ερευνητικός στόχος : Διερεύνηση εκφάνσεων οργανωσιακής κουλτούρας σε μονάδες υγειονομικής περίθαλψης.

(Πηγή: MacDavitt K, Chou SS, Stone PW. Columbia University School of Nursing, New York City, NY, USA. [macdavitt@emeil.chop.edu](mailto:macdavitt@emeil.chop.edu). [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18173165](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18173165).

Μέθοδος : Μια συστηματική αναζήτηση διεξήχθη, με την αναθεώρηση που περιορίστηκε στην αρχική έρευνα που δημοσιεύθηκε μεταξύ του Ιανουαρίου του 1995 και του Ιουνίου του 2007. Ένα περιεκτικό πρότυπο του οργανωτικού κλίματος χρησιμοποιήθηκε για να καθοδηγήσει την αναζήτηση και να οργανώσει τα στοιχεία.

Δείγμα μελέτης : Τα δείγματα αποτελούνταν από 632 νοσοκομειακούς γιατρούς σε 3 νοσοκομεία και περίπου 250.000 προμηθευτές σε 168 νοσοκομεία.



Συμπέρασμα : Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι το οργανωτικό κλίμα επηρεάζει την διάθεση αλλά και την απόδοση του νοσηλευτικού προσωπικού . υπογραμμίζουν δηλαδή, ότι ένα θετικό οργανωτικό κλίμα έχει τεράστια σημασία στην εύρυθμη λειτουργία μιας μονάδας υγείας.

### 3. Weisman CS, Nathanson CA.

Ερευνητικός στόχος : Διερεύνηση επαγγελματικής ικανοποίησης και ικανοποίησης ασθενών. Μια συγκριτική οργανωσιακή ανάλυση.

(Πηγή: PMID: 4058072, PubMed – indexed for MEDLINE, [www.emeraldinsight.com/Insight/ViewContentServlet/ref](http://www.emeraldinsight.com/Insight/ViewContentServlet/ref).

4. Ερευνητικός στόχος : Διάγνωση Οργανωσιακής Κουλτούρας Μονάδας Υγείας στις Η.Π.Α με χρήση του εργαλείου CIT. (Diagnosing culture in health-care organizations using critical incidents) – (CIT). (Πηγή : <http://www.emeraldinsight.com/Insight/viewContentItem.do?contentType=Article&contentLd=841173>.

Μεθοδολογία : Σε αυτήν την έρευνα, τα κρίσιμα περιστατικά συλλέχθηκαν ως μέρος μιας μεγαλύτερης μελέτης (Mallak et al., 2003) της κουλτούρας σε Μονάδες Υγείας. Η παρούσα περίπτωση αφορά σε ένα κέντρο ιατρικής περίθαλψης των δυτικών ΗΠΑ. Η έρευνα είχε δειγματοληπτικό πλαίσιο όλους τους υπαλλήλους της συγκεκριμένης νοσοκομειακής μονάδας.

5. Ροβίθης Μιχαήλ, μεταπτυχιακός φοιτητής, Υπό την επίβλεψη του Αναπληρωτή Καθηγητή κ. Α. Φιλαλήθη, Ιούνιος 2005.

Μέτρηση της οργανωτικής κουλτούρας, της ασφάλειας και της σύγκρουσης ρόλων στο προσωπικό των Κέντρων Υγείας της Κρήτης.

Ερευνητικός στόχος : Μέτρηση της Οργανωτικής Κουλτούρας, της Ασάφειας και Σύγκρουσης ρόλων στο προσωπικό των Κέντρων υγείας Κρήτης.

Πηγή : [mph.med.uoc.gr/files/Dissertations/2005\\_Rovithis.pdf](http://mph.med.uoc.gr/files/Dissertations/2005_Rovithis.pdf).

Σκοπός της μελέτης ήταν η μέτρηση της οργανωσιακής κουλτούρας (organizational culture) των Κέντρων Υγείας της Κρήτης και η μέτρηση του βαθμού σύγκρουσης και ασάφειας ρόλων, μεταξύ του προσωπικού που εργάζεται σε αυτά.

Δείγμα μελέτης : Στην παρούσα μελέτη επιλέχθηκαν κατ' αναλογία 5 Κέντρα Υγείας από τα 11 των Νομών Ηρακλείου και Ρεθύμνου, με τη χρήση τυχαίων αριθμών. Το δείγμα μελέτης αποτέλεσαν 98 εργαζόμενοι από 117 συνολικά εργαζομένους των Κέντρων Υγείας,

εκ των οποίων ποσοστό 44,8% (N=44) ήταν άνδρες και ποσοστό 55,1% (N=54) ήταν γυναίκες.

Συμπεράσματα : Η συνολική εικόνα της οργανωτικής κουλτούρας των 5 Κέντρων Υγείας της Κρήτης, όπως διαπιστώνεται από τα αποτελέσματα της μελέτης, χαρακτηρίζεται από ένα συνδυασμό επιθετικής-παθητικής και παθητικής-αμυντικής κουλτούρας, ο οποίος δεν μπορεί να χαρακτηριστεί αρνητικός, αλλά ούτε και ιδιαίτερα θετικός για την ανάπτυξη και αποτελεσματική λειτουργίας τους.

#### 6. Sue Mackenzie, Staffordshire University Business School, Stoke-on-Trent, UK .

Ερευνητικός στόχος : Μέτρηση Οργανωσιακής Κουλτούρας σε τέσσερις στρατηγικές μονάδες υγειονομικής περίθαλψης –NHS

(Πηγή : [www.emeraldinsight.com/Insight/ViewContentServlet](http://www.emeraldinsight.com/Insight/ViewContentServlet)).

Δείγμα μελέτης : Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από τα επιλεγμένα οργανωτικά μέλη σε 19 διαφορετικές διαστάσεις της κουλτούρας χρησιμοποιώντας ποιοτικές και ποσοτικές μεθόδους. Οι ποσοτικές μέθοδοι συλλογής δεδομένων περιέλαβαν τη χρήση ενός ερωτηματολογίου με σκοπό να συλλέξει τα στοιχεία όσον αφορά 12 διαφορετικές διαστάσεις της Ο.Κ.. Τα ποιοτικά στοιχεία συλλέχθηκαν στις υπόλοιπες επτά διαστάσεις από τις σε βάθος συνεντεύξεις των ομάδων, και με τις λιγότερο παραδοσιακές μεθόδους «λίστας κανόνων» για να προσδιορίσουν τους άγραφους οργανωτικούς κανόνες και την αναλογία εμφάνισής τους, προκειμένου να μετρήσουν τα μοναδικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα της οργάνωσης.

Συμπεράσματα : Από την επεξεργασία των στοιχείων διαφάνηκε ότι αν και η επιλεγμένη συνδυαστική μέθοδος συλλογής δεδομένων επέτρεψε την εξαγωγή συμπερασμάτων που αφορούσαν και τις 19 διαστάσεις της οργανωσιακής κουλτούρας, και στις τέσσερις επιλεγμένες διευθύνσεις της NHS, μικρός ήταν ο αριθμός των ομοιοτήτων στα συλλεχθέντα στοιχεία ενώ οι διαφορές ήταν πολύ μεγαλύτερες. Η μεθοδολογία τελικά όμως αποδείχτηκε αρκετά αξιόπιστη στο να συλλέξει τις διαφορές στην κουλτούρα ακόμη και μέσα στην ίδια οργάνωση.

#### 7. Τσαμπά Παναγιώτα, ΤΕΙ Καλαμάτας

Ερευνητικός στόχος: Μέτρηση της Οργανωσιακής Κουλτούρας – Μελέτη Περίπτωσης Δημόσιων Νοσοκομείων της Ηπείρου.

(Πηγή: Βιβλιοθήκη ΤΕΙ Καλαμάτας, Πτυχιακή εργασία, Τσαμπά Παναγιώτα, 2008).

Υλικό μελέτης : Το δείγμα αποτελείται από Διοικητικό, Νοσηλευτικό και Ιατρικό προσωπικό προερχόμενο από τα Νοσοκομεία Άρτας, Πρέβεζας, Φιλιατών, Πανεπιστημιακό και Χατζηκώστα Ιωαννίνων. Δείγμα 90 ατόμων, και ανταποκρίθηκαν 54, ποσοστό 62,50% .

Συμπεράσματα : Από τη μελέτη διαπιστώθηκε ότι τα δημόσια Νοσοκομεία της Ηπείρου διαθέτουν μια οργανωσιακή κουλτούρα και ηγεσία με δείγματα σταθερών κανονισμών, με την εφαρμογή συστήματος οργάνωσης και επίσημων κανόνων και επιθυμία για ομαδικότητα και αμοιβαία εμπιστοσύνη, δίχως να παραγνωρίζεται η σημασία για καινοτομία και αποτελεσματικότητα για την πορεία του οργανισμού. Οι εργαζόμενοι επιθυμούν αλλαγή κουλτούρας αλλά δεν έχουν ακόμα κατανοήσει ότι θα έρθει μέσα από τα αποτελέσματα και την καινοτομία γιατί μόνο έτσι θα ανακάμψει ο δημόσιος τομέας.

#### **1.6. Οργανωσιακή κουλτούρα και ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα, κλινικά αποτελέσματα)**

Η μέτρηση της αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας αποτελεί ένα από τα πρώτα και βασικά βήματα για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών που είναι άλλωστε και το κύριο ζητούμενο στη διερεύνηση οποιουδήποτε στοιχείου μπορεί την επηρεάσει, όπως στην περίπτωση μας η οργανωσιακή κουλτούρα.

Σε παγκόσμιο επίπεδο οι παράμετροι του κόστους και της αποτελεσματικότητας αναδεικνύονται κυρίαρχες για το μέλλον των υπηρεσιών υγείας και είναι γενικά παραδεκτό ότι τόσο η διαχείριση όσο και η περαιτέρω επέκταση, βελτίωση και εξέλιξη του τομέα υγείας, απαιτούν επιστημονική αντιμετώπιση κατά τον σχεδιασμό, την εκτίμηση και την αξιολόγηση. (Davies et all, 2009)

Με τον όρο «αποτελεσματικότητα» στην παροχή των υπηρεσιών υγείας εννοούμε ότι επιτυγχάνουμε τους στόχους που έχουμε θέσει. Αυτοί αφορούν τη νοσοκομειακή περίθαλψη και ειδικότερα, τα αποτελέσματα στην υγεία, την καλύτερη της, τη διατήρησή της και ενδεχομένως τη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Ουσιαστικά, η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας αναφέρεται στην προαγωγή του επιπέδου υγείας του πληθυσμού.

Παράλληλα όμως, δεν πρέπει απλώς να επιτυγχάνουμε τους στόχους, αλλά και να λάβουμε υπόψη μας τους περιορισμένους πόρους που θα διαθέτουμε για να τους πετύχουμε. Το θέμα λοιπόν είναι με ποιους πόρους πετυχαίνουμε τους στόχους που έχουμε θέσει και εδώ εισέρχεται ο όρος της «αποδοτικότητας», ο οποίος δημιουργεί το ερώτημα «πώς μπορούμε να πετύχουμε αυτό που θέλουμε με το χαμηλότερο δυνατό κόστος;» ουσιαστικά, να πετύχουμε το βέλτιστο, το μέγιστο όφελος, αλλά με το μικρότερο κόστος.(Ghaye,2008)

Η αποδοτικότητα λοιπόν ενός οργανισμού αφορά τη σχέση κόστους και αποτελεσματικότητας. Βελτίωση της αποτελεσματικότητας μπορεί να επιτρέψει μείωση τους κόστους, να είναι ουδέτερη ως προς αυτό ή να προϋποθέτει αύξησή του. Η συνολική λειτουργική αποδοτικότητα αποτελείται από δύο ουσιαστικά μέρη : την αποδοτικότητα εκροής και τη Χ-αποδοτικότητα οι οποίες υποδιαιρούνται σε επιμέρους μορφές. Η πιο σημαντική μορφή αποδοτικότητας, που εξετάζεται στη διεθνή βιβλιογραφία είναι η αποδοτικότητα τύπου Χ ή αλλιώς Χ-αποδοτικότητα. Αυτή αποτελείται από δύο συστατικά μέρη : την τεχνική αποδοτικότητα (technical X efficiency) και την καταναμητική αποδοτικότητα (price of allocative X- efficiency).

Η τεχνική αποδοτικότητα μετρά τον βαθμό επίτευξης του μέγιστου δυνατού αριθμού υπηρεσιών, δεδομένων των διαθέσιμων πόρων ενός νοσοκομείου. Το ζητούμενο, δηλαδή, είναι αν μια μονάδα υγείας προσφέρει τη μέγιστη εφικτή ποσότητα διαγνώσεων, θεραπευτικών αγωγών, διδακτικού και ερευνητικού έργου και λοιπών υπηρεσιών με βάση τον υπάρχοντα κτιριακό και μηχανολογικό εξοπλισμό της, το ανθρώπινο δυναμικό και τα αναλώσιμα υλικά.

Η αποδοτικότητα κατανομής αναφέρεται στο αν και κατά πόσον μια μονάδα υγείας επιλέγει την άριστη αναλογία εισροών (γιατρών, μηχανημάτων, κ.λ.π.), δεδομένων των σχετικών τιμών τους. Παράδειγμα ορθολογικής οργάνωσης αποτελεί η μερική υποκατάσταση της ακριβής ιατρικής εργασίας από φθηνότερο εργατικό δυναμικό του νοσοκομείου. (Lim, 1995)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ

### 2.1. Η έννοια της επαγγελματικής ικανοποίησης

Η επαγγελματική ικανοποίηση έχει μελετηθεί ευρέως τις τελευταίες τέσσερις δεκαετίες της έρευνας σχετικά με την οργανωσιακή κουλτούρα. Έχει οριστεί και μετρηθεί ως μία παγκόσμια κατασκευή και ως μία έννοια με πολλαπλές διαστάσεις και εκφάνσεις. Γενικά έχει οριστεί ως μια λειτουργία της αντίληψης των σχέσεων ανάμεσα στο τι θέλει κάποιος από μία δουλειά και στο τι αντιλαμβάνεται ότι αυτή του προσφέρει. (Lu, 2005)

Ο Locke (1976) ορίζει την επαγγελματική ικανοποίηση ως μία ευχάριστη συναισθηματική κατάσταση που προκύπτει από την αυτοεκτίμηση της θέσης απασχόλησης κάποιου ή από τις εργασιακές του εμπειρίες.

Ο Spector (1997) πρότεινε ότι η επαγγελματική ικανοποίηση είναι ο βαθμός στον οποίο συμπαθούμε ή αντιπαθούμε την εργασία μας.

Υποστηρίζοντας ότι στην επαγγελματική ικανοποίηση αντικατοπτρίζονται τόσο οι σκέψεις, όσο και τα συναισθήματα κάποιου ως προς μία θέση εργασίας ή ως προς τις εκφάνσεις αυτής, ο Brief (1998) προτείνει ότι η επαγγελματική ικανοποίηση είναι μία εσωτερική κατάσταση η οποία εκφράζεται με συναισθηματική ή/και γνωστική αξιολόγηση της βιωμένης εργασίας με κάποιο βαθμό ευμένειας ή δυσμένειας προς αυτή.

Οι Lofquist and Davis (1969) όρισαν την επαγγελματική ικανοποίηση ως μια λειτουργία αντιστοίχισης ανάμεσα στο ενισχυτικό σύστημα του περιβάλλοντος εργασίας και των αναγκών του ατόμου. (Wang, 2007)

### 2.2. Παράγοντες που επηρεάζουν την επαγγελματική ικανοποίηση

Ενώ οι ορισμοί μπορούν να προσφέρουν μία ευρεία κατανόηση του τι συνεπάγεται η επαγγελματική ικανοποίηση, παραμένει εν τούτοις μια περίπλοκη έννοια που σκιαγραφείται από τις πολλαπλές μεταβλητές που έχουν μελετηθεί σε σχέση με αυτή. Οι θεωρίες των Herzberg (1966) και Maslow (1970) προσπαθούν να προσδιορίσουν τις ανάγκες ή/και τις αξίες που πρέπει να πραγματοποιούν προκειμένου ένας άνθρωπος να είναι ικανοποιημένος στην εργασία του. Για παράδειγμα, ο Herzberg προσδιόρισε τη συντήρηση και την παροχή κινήτρων ως παράγοντες που σχετίζονται με τις συμπεριφορές των ανθρώπων στην εργασία :

η συντήρηση ή οι δυσαρέσκειες όπως η πληρωμή και τα συναφή οφέλη, οι οργανωτικές πολιτικές και το εργασιακό περιβάλλον · παράγοντες παροχής κινήτρων που συμπεριλαμβάνουν την αναγνώριση, τα επιτεύγματα και την αυτο – ικανοποίηση. (Χατζηπαντελής, Σιγάλας)

Μαζί με τους ορισμούς αναδεικνύονται και δύο άλλα ζητήματα μέσα από αυτές τις θεωρίες. Ότι, η επαγγελματική ικανοποίηση έχει και μία συναισθηματική συνιστώσα, δηλαδή ένα αίσθημα ικανοποίησης και μία αντιληπτική συνιστώσα που αποτελεί αξιολόγηση του κατά πόσο η θέση εργασίας κάποιου ανταποκρίνεται στις ανάγκες του. (B. Coomber, K. Barriball, 2006)

### *2.2.1. Στις υπηρεσίες υγείας*

Ένας από τους βασικούς παράγοντες είναι η εσωτερική ικανοποίηση του ατόμου, δηλαδή το αίσθημα της επιτυχίας ως αποτέλεσμα της επίτευξης ενός στόχου. Αυτή ουσιαστικά εξαρτάται από τη φύση της εργασίας, δηλαδή από το πώς την αντιλαμβάνεται ο εργαζόμενος και από την προσωπικότητα κάθε εργαζομένου που μέσω της απόκτησης θετικών εμπειριών, παρέχονται κίνητρα. Παράγοντες που δίνουν κίνητρα είναι η εκτίμηση και η υποστήριξη από τους συναδέλφους και προϊσταμένους, η αναγνώριση της προσφοράς από τους ασθενείς, η δυνατότητα εκπαίδευσης, οι συνθήκες εργασίας και ο μισθός. Είναι, επίσης σημαντικό η εργασία να έχει ενδιαφέρον και να συμφωνεί με τις ιδεολογίες και τις αντιλήψεις του εργαζομένου. Σημαντικός είναι, τέλος, ο παράγοντας ικανότητα, εκ μέρους του εργαζομένου, να φέρει σε πέρας τις υποχρεώσεις του, όντως παράλληλα υπεύθυνος για τις πράξεις του. (Χανιά Μ.)

Στον αντίποδα της εσωτερικής επιβράβευσης βρίσκεται η εξωτερική που είναι ελεγχόμενη από τρίτους και αφορά κατά βάση την ανταμοιβή μέσω του συστήματος των προαγωγών, της αύξησης του μισθού ή ακόμα και μιας φιλοφρόνησης από προϊσταμένους.

Ένας άλλος παράγοντας είναι η αυτονομία, δηλαδή ο βαθμός στον οποίο ο εργαζόμενος λαμβάνει αποφάσεις και ασκεί δύναμη στον εργασιακό του τομέα. Θέματα που εμφανίζονται συχνά να έχουν σχέση με την αυτονομία, σε επίπεδο οργάνωσης, είναι ο συγκεντρωτισμός, ο έλεγχος των δραστηριοτήτων και η συμμετοχή των εργαζομένων στην επίτευξη ενός στόχου. Όσο μεγαλύτερη είναι η αυτονομία του προσωπικού, τόσο μεγαλύτερη είναι και η επαγγελματική ικανοποίηση.

Σημαντική παράμετρος είναι και η ψυχολογική κατάσταση του εργαζομένου, που εξαρτάται κυρίως από το άγχος που προκαλείται στα πλαίσια της εργασίας. Το εργασιακό άγχος, μπορεί να οριστεί ως το σύνολο των επιβλαβών σωματικών και συναισθηματικών

αποκρίσεων του εργαζομένου, όταν οι απαιτήσεις του εργασιακού του έργου δεν ταιριάζουν με τις ικανότητές του, τις προσωπικές του πεποιθήσεις και τον φόρτο εργασίας. (Χατζηδάκη, 2010)

Το προσωπικό των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας έχει υψηλό κίνδυνο να παρουσιάσει επαγγελματική εξουθένωση, σύγκρουση ρόλων και δυσαρέσκεια από την εργασία, και πιθανώς γι' αυτόν τον λόγο παρατηρείται τις τελευταίες δεκαετίες ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον για τη ψυχοκοινωνική διάσταση του περιβάλλοντος εργασίας. συνήθως υπάρχει αρνητική σχέση ανάμεσα στην επαγγελματική εξουθένωση και την επαγγελματική ικανοποίηση και οι δύο αυτές εμπειρίες καθορίζονται σε μεγάλο βαθμό από τις διαδικασίες και τις οργανωσιακές δομές. (Σακελλαρόπουλος, 2006)

Η επαγγελματική εξουθένωση είναι ένα σύνδρομο συναισθηματικής εξάντλησης, αποπροσωποποίησης και μειωμένης επαγγελματικής εκπλήρωσης, το οποίο έχει αναγνωριστεί ως επαγγελματικός κίνδυνος για ανθρώπους προσανατολισμένους σε διάφορα επαγγέλματα, όπως είναι οι κοινωνικές υπηρεσίες, η υγειονομική περίθαλψη και η εκπαίδευση.

Πρόκειται για ένα είδος παρατεταμένης ανταπόκρισης σε σχετιζόμενους με την εργασία στρεσογόνους παράγοντες, συνεπώς έχει ιδιαίτερη σημασία στο χώρο της υγείας όπου οι εργαζόμενοι βιώνουν τόσο ψυχοσυναισθηματικό όσο και σωματικό στρες. Η οργανωσιακή κουλτούρα παίζει σημαντικό ρόλο στη διαδικασία του επαγγελματικού στρες, καθώς το περιβάλλον των υπηρεσιών υγείας διαμορφώνεται από ποικίλους κοινωνικούς, οικονομικούς και πολιτικούς παράγοντες. Για παράδειγμα οι αλλαγές στη δημόσια πολιτική, η περικοπές της κρατικής χρηματοδότησης κ.α. (Σακελλαρόπουλος, 2006)

Ένας σημαντικός οργανωσιακός παράγοντας που επηρεάζει το ψυχοκοινωνικό κλίμα και δημιουργεί σχετιζόμενο με την εργασία στρες, είναι και η σύγκρουση των ρόλων. Η έλλειψη συμφωνίας ανάμεσα στις προσδοκίες και τις απαιτήσεις από τους άλλους στο χώρο εργασίας, είναι ψυχολογικά δυσάρεστη και μπορεί να προκαλέσει αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις, να μειώσει την αποτελεσματικότητα, την επαγγελματική ικανοποίηση και συνακόλουθα την πρόθεση του εργαζομένου να παραμείνει μέλος του οργανισμού. (B. Piko, 2006)

Το εργασιακό περιβάλλον, τόσο από πλευράς χώρου και υλικοτεχνικής υποδομής, όσο και από πλευράς συνεργασίας με το υπόλοιπο προσωπικό, επηρεάζει επίσης την επαγγελματική ικανοποίηση. Η ικανοποίηση αυξάνεται όταν ο χώρος είναι εύκολα προσβάσιμος από άποψη τοποθεσίας, είναι ευχάριστος, παρέχει ασφάλεια και διευκολύνει την εργασία (επαρκής ιατρικός εξοπλισμός).

Σημαντικός παράγοντας είναι και το σύστημα διοίκησης που πρέπει να διέπεται από αξιοκρατία. Όταν οι εργαζόμενοι αναγνωρίζουν πως οι ανταμοιβές και οι ποινές είναι ανάλογες με την επίδοση στην εργασία, χαρακτηρίζουν το σύστημα δίκαιο και αυξάνεται η επαγγελματική ικανοποίησή τους.

Η δυνατότητα ανάπτυξης σ' έναν οργανισμό παροχής υπηρεσιών, σχετίζεται άμεσα με την ικανοποίηση των εργαζομένων και την αύξηση της απόδοσης του ίδιου του οργανισμού. Η επαγγελματική ανάπτυξη περιλαμβάνει την απόκτηση και ανάπτυξη δεξιοτήτων και γνώσης του προσωπικού για την εξέλιξη των εφαρμογών στον τομέα της υγείας ενώ φαίνεται να είναι ιδιαίτερα σημαντική στο εκπαιδευόμενο νοσηλευτικό προσωπικό.

Σημαντική είναι και η παράμετρος, ικανοποίηση από τους ασθενείς. Οι εργαζόμενοι που είναι ικανοποιημένοι από τη συμπεριφορά των ασθενών είναι πιο πιθανό να αισθάνονται μεγαλύτερη επαγγελματική ικανοποίηση και συνεπώς είναι πιθανότερο να αυξήσουν την ποιότητα παροχής υπηρεσιών απέναντί τους.

Τέλος, οι οικονομικές απολαβές αποτελούν έναν σημαντικό παράγοντα επαγγελματικής ικανοποίησης αν και στα δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδος οι αποδοχές είναι καθορισμένες από το κράτος και δεν υπάρχει ιδιαίτερα μεγάλη διαφορά μισθών στις διάφορες βαθμίδες του προσωπικού. (Α. Βασάλου, 2006)

### **2.3. Εργαλεία μέτρησης επαγγελματικής ικανοποίησης**

Η επαγγελματική ικανοποίηση μπορεί να ερμηνευθεί με διάφορους τρόπους. Ενώ κάποιοι ερευνητές κάνουν υποθέσεις για περισσότερο ή λιγότερο συγκεκριμένους παράγοντες που σχετίζονται με αυτήν, εν τούτοις δεν υπάρχει ένας «χρυσός κανόνας» που να υποδηλώνει ποιες εργασιακές πτυχές θα έπρεπε να ληφθούν υπόψη όταν γίνεται μέτρησή της.

Στη συνέχεια θα παρουσιαστούν κάποια από τα εργαλεία μέτρησης της επαγγελματικής ικανοποίησης.

#### **1. Η εργασία σε γενική κλίμακα, JIG (The Job in General Scale, JIG)**

Το JIG είναι ένα παγκόσμιο εργαλείο μέτρησης της επαγγελματικής ικανοποίησης και είναι μέρος του Job Descriptive Index (JDI). Το JIG αποτελείται από δέκα οκτώ (18) προτάσεις – θέματα. Η κλίμακα απαντήσεων περιλαμβάνει επιλογή τριών απαντήσεων : συμφωνώ, δεν συμφωνώ και δεν είμαι σίγουρος – η. (Van Saane et all, 2003)



## 2. Ερωτηματολόγιο Επαγγελματικής Ικανοποίησης, JSS ( Job Satisfaction Survey, JSS)

Το JSS είναι ένα πολυπαραγοντικό εργαλείο που αρχικά σχεδιάστηκε για τον τομέα της κοινωνικής εργασίας. Οι απαντήσεις μορφοποιούνται σε μία εξάβαθμη κλίμακα Likert, κυμαινόμενες ανάμεσα στο «διαφωνώ απόλυτα» και «συμφωνώ απόλυτα». Συμπεριλαμβάνει εννέα (9) επιμέρους κλίμακες : το μισθό, την προαγωγή, την επίβλεψη, τις πρόσθετες παροχές, τις πρόσθετε απολαβές, τις διαδικασίες λειτουργίας, τους συναδέλφους, την εργασία και την επικοινωνία. Κάποιες από τις ερωτήσεις που κατηγοριοποιήθηκαν ως «διαδικασίες λειτουργίας», αναφέρονται στο φόρτο εργασίας, για παράδειγμα «έχω πολλή δουλειά γραφείου» ή «πρέπει να κάνω πάρα πολλά πράγματα στη δουλειά». Οι επιμέρους κλίμακες και οι προτάσεις – θέματα ανεξάρτητα, καλύπτουν εννέα (9) από τους έντεκα (11) πρότυπους παράγοντες ικανοποίησης από την εργασία. ((Spector, 1985)

## 3. Κλίμακα Επαγγελματικής Ικανοποίησης του Ιατρού του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών, EPJSS (Emergency Physician Job Satisfaction Scale, EPJSS)

Το EPJSS είναι ένα πολυδιάστατο εργαλείο που σχεδιάστηκε για τους ιατρούς που εργάζονται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών. Το ερωτηματολόγιο έχει εβδομήντα εννέα (79) προτάσεις – θέματα, συμπεριλαμβανομένης μιας παγκόσμιας κλίμακας επαγγελματικής ικανοποίησης με έντεκα (11) προτάσεις – θέματα. Οι απαντήσεις μορφοποιούνται σε μία επτάβαθμη κλίμακα Likert, και κυμαίνονται από το «διαφωνώ απόλυτα» μέχρι το «συμφωνώ απόλυτα». Το EPJSS μετράει έξι (6) πρότυπους παράγοντες ικανοποίησης από την εργασία : τη διοικητική αυτονομία, την κλινική αυτονομία, τους πόρους, τις κοινωνικές σχέσεις, τον τρόπο ζωής (την ισορροπία εργασιακής/ιδιωτικής ζωής) και τις προκλήσεις. (Van Saane et all, 2003)

## 4. Η Κλίμακα Ικανοποίησης McCloskey/Mueller , MMSS (McCloskey/Mueller Satisfaction Scale, MMSS).

Η MMSS είναι ένα πολυδιάστατο ερωτηματολόγιο που σχεδιάστηκε για το νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων. Υπάρχουν τριάντα μία (31) προτάσεις – θέματα και οι απαντήσεις μορφοποιούνται σε μία πεντάβαθμη κλίμακα Likert, κυμαινόμενες από το «πολύ ικανοποιημένος -η» έως το «πολύ δυσαρεστημένος -η». Το MMSS μετράει οκτώ (8) εργασιακούς παράγοντες : τις εξωγενείς ανταμοιβές (μισθός, διακοπές), την ικανοποίηση από το πρόγραμμα εργασίας (π.χ. ευέλικτο ωράριο εργασίας), την οικογενειακή/εργασιακή ισορροπία, τους συναδέλφους, την αλληλεπίδραση, τις επαγγελματικές ευκαιρίες (π.χ.

συγγραφή και δημοσίευση εργασιών, συμμετοχή σε έρευνες), τον έπαινο/την αναγνώριση και τον έλεγχο/ευθύνη. (Van Saane et all, 2003)

#### 5. Μέτρηση της Επαγγελματικής Ικανοποίησης, MJS ( Measure of Job Satisfactio, MJS).

Το MJS είναι ένα πολυδιάστατο εργαλείο σχεδιασμένο για χρήση στον τομέα των νοσοκομειακών κοινοτήτων. Έχει τριάντα οκτώ (38) προτάσεις – θέματα. Το κύριο ερώτημα είναι «πόσο ικανοποιημένος είστε με αυτήν την πτυχή της εργασίας σας;». Οι ερωτώμενοι καλούνται να αξιολογήσουν τον βαθμό της εργασιακής τους ικανοποίησης σε μία πεντάβαθμη κλίμακα Likert, κυμαινόμενη από το «πολύ ικανοποιημένος – η» έως το «πολύ δυσαρεστημένος – η», ενώ δίνεται και η επιλογή ουδέτερης απάντησης.

Το MJS εξετάζει πέντε εργασιακούς παράγοντες : την προσωπική ικανοποίηση, το φόρτο εργασίας, την επαγγελματική υποστήριξη, το μισθό και τις προοπτικές και την εκπαίδευση. Στην επιμέρους κλίμακα της προσωπικής ικανοποίησης συμπεριλαμβάνονται ερωτήσεις που αναφέρονται στις μεταβολές, τις προκλήσεις και την ικανοποίηση. Στο συγκεκριμένο εργαλείο μέτρησης εκπροσωπούνται και οι έντεκα (11) πρότυποι παράγοντες ικανοποίησης από την εργασία. (Van Saane et all, 2003)

#### 6. Η Κλίμακα Ικανοποίησης των Νοσηλευτών –τριών, NSS (Nurse Satisfaction Scale, NSS).

Η NSS αναπτύχθηκε από τον Ng (Ng SH. A job satisfaction scale for nurses, *N Z J Psychol* 1993;22:46–53.), για να μετρήσει την εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών – τριών. Το ερωτηματολόγιο είναι πολυδιάστατο και έχει είκοσι τέσσερις (24) προτάσεις – θέματα. Η φόρμα απαντήσεων είναι μία επτάβαθμη κλίμακα Likert, κυμαινόμενη από το «συμφωνώ απόλυτα» έως το «διαφωνώ απόλυτα». Το NSS περιλαμβάνει επτά παράγοντες εργασίας : διοίκηση (ενίσχυση, μέριμνα και διαβουλεύσεις με τους νοσηλευτές – τριες και διοικητικοί στόχοι για την περίθαλψη), τους συναδέλφους, τις σχέσεις με τους προϊσταμένους, τη νοσηλευτική εκπαίδευση και την επικοινωνία. Εξετάζονται εννέα από τους έντεκα πρότυπους παράγοντες ικανοποίησης από την εργασία αν και η αυτονομία καθώς και το αντικείμενο της εργασίας εξετάζονται ελάχιστα. (Van Saane et all, 2003)

#### 7. Το Ερωτηματολόγιο Εργασιακής Ικανοποίησης των Andrew and Witney , JSQ, (Andrew and Witney Job Satisfaction Questionnaire, JSQ).

Το JSQ περιλαμβάνει πέντε σημεία. Οι ερωτήσεις είναι μορφοποιημένες σε μια επτάβαθμη κλίμακα Likert και κυμαίνονται από το «κατενθουσιασμένος» έως το «καθόλου

ικανοποιημένος». Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο μετρά τη γενική εργασιακή ικανοποίηση.

Υπάρχουν αρκετά ακόμη εργαλεία μέτρησης της επαγγελματικής ικανοποίησης στο χώρο της υγείας όπως :

1. Program Directors Satisfaction Scale (PD – SAT) , Κλίμακα Ικανοποίησης των Διευθυντών Προγράμματος, που ερευνά την επαγγελματική ικανοποίηση των Διευθυντών προγραμμάτων στα νοσοκομεία.

2. Satisfaction With Nursing Care and Work (SNCW), που ερευνά την ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού.

3. Measurement of Garsia – Pena , που ερευνά επίσης την ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού.

4. Generalists Work Satisfaction Scale (AGWS). Ερευνά την ικανοποίηση του προσωπικού γενικών καθηκόντων στα νοσοκομεία.

5. Organizational Job Satisfaction Scale (OJSS). Απευθύνεται στο νοσηλευτικό προσωπικό.

6. Job Satisfaction Scale 2 (JSS 2) . Απευθύνεται σε ιατρούς και ερευνητές.

7. Physician Worklife Survey (PWS). Απευθύνεται σε ιατρούς.

8. Multidimensional Scale (MS). Απευθύνεται στο νοσηλευτικό προσωπικό.

9. Measurement of Wade and Degerhammar (MWD). Απευθύνεται στο νοσηλευτικό προσωπικό. (Van Saane, , 2003)

#### **2.4. Βιβλιογραφική ανασκόπηση επαγγελματικής ικανοποίησης στις υπηρεσίες υγείας.**

1. Η επαγγελματική ικανοποίηση στα δημόσια γενικά νοσοκομεία της Κύπρου (Μ. Μακρής, Μ. Θεοδώρου, Ν. Middleton, 2010).

Πηγή : Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2011,28(2): 234-244.

Υλικό – Μέθοδος : Το δείγμα αποτέλεσαν 770 επαγγελματίες υγείας από τα τέσσερα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου, που επιλέχθηκαν με τυχαία στρωματοποιημένη δειγματοληψία. Η συλλογή του υλικού έγινε με τη χρήση αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου και κάλπης.

Αποτελέσματα : Η πλειοψηφία των εργαζομένων (οκτώ στους δέκα) δήλωσαν ικανοποιημένοι ή πολύ ικανοποιημένοι από το επάγγελμά τους. Η ικανοποίηση αντλείται

κυρίως από το ιδιαίτερο αντικείμενο της επαγγελματικής τους δραστηριότητας και από τη σχέση με τους ασθενείς, ενώ για το νοσηλευτικό προσωπικό καθοριστικός ήταν και ο παράγοντας των αποδοχών. Παρά τα υψηλά ποσοστά συνολικής ικανοποίησης, για κάποιες επιμέρους παραμέτρους (όπως η αναγνώριση, η εξασφάλιση αντικειμενικότητας στις προαγωγές, η παροχή κινήτρων και η οργάνωση κ.α.) ο μέσος βαθμός δυσαρέσκειας ήταν ιδιαίτερα αυξημένος. Τέλος, η ικανοποίηση των λοιπών επαγγελματιών υγείας υστερούσε έναντι των ιατρών και ιδιαίτερα των νοσηλευτών σε 12 από 16 παραμέτρους/συνισταμένες της εργασίας.

2. Μέτρηση της ικανοποίησης από την εργασία του νοσηλευτικού προσωπικού του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ (Α. Καραθάνου, διπλωματική εργασία, 2007).

Υλικό – Μέθοδος : Ύστερα από ανασκόπηση της βιβλιογραφίας δημιουργήθηκε ένα δομημένο ερωτηματολόγιο 44 ερωτήσεων. Ο προέλεγχος του ερωτηματολογίου έγινε μέσα από συνεντεύξεις με επαγγελματίες νοσηλευτές. Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε κλειστού τύπου ερωτήσεις εκφρασμένες σε πεντάβαθμη κλίμακα έντασης τύπου Likert. Το δείγμα της ανάλυσης αποτέλεσαν 215 νοσηλευτές που εργάζονταν σε δημόσιο νοσοκομείο, το Δεκέμβριο του 2006 και τον Ιανουάριο του 2007. Το ποσοστό συμμετοχής ήταν 48,97%.

Αποτελέσματα : Τα συμπεράσματα στα οποία κατέληξε η έρευνα αυτή ήταν η γενική δυσαρέσκεια των νοσηλευτών από την εργασία τους, κυρίως σε θέματα οικονομικών απολαβών και συνθηκών εργασίας και η συσχέτιση της ικανοποίησης με την ηλικία και τα χρόνια προϋπηρεσίας.

3. Επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων σε δομές και προγράμματα Κοινωνικής Μέριμνας, ανοιχτού τύπου, στους Δήμους του Νομού Λασιθίου ( Μ. Μωυσάκη, μεταπτυχιακή εργασία, 2006).

Υλικό – Μέθοδος : Έλαβαν μέρος εβδομήντα από τους εβδομήντα ένα εργαζομένους στους επτά από τους οκτώ δήμους του νομού Λασιθίου. Ήταν μία σύγχρονη επιδημιολογική μελέτη και χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο δομημένο σε δύο μέρη.

Αποτελέσματα : Οι εργαζόμενοι είχαν σε γενικές γραμμές μειωμένη επαγγελματική ικανοποίηση και η μεταβλητή που βρέθηκε να συσχετίζεται περισσότερο μη την ικανοποίηση ή τη δυσαρέσκεια και την πρόθεση των εργαζομένων να αλλάξουν φορέα εργασίας, φάνηκε να είναι η σχέση εργασίας με την οποία απασχολούνται.

4. Ικανοποίηση Νοσοκομειακών Υπηρεσιών και Βιώσιμη ανάπτυξη : Απόψεις

Εργαζομένων και Χρηστών της Νοσοκομειακής Μονάδας του Ευαγγελισμού (Α. Βασσάλου, πτυχιακή εργασία, 2003)

Υλικό – Μέθοδος : Η συγκεκριμένη έρευνα μέτρησε την επαγγελματική ικανοποίηση του προσωπικού αλλά και την ικανοποίηση των χρηστών. Εδώ θα αναφερθούν μόνο τα στοιχεία που σχετίζονται με το προσωπικό. Η συλλογή των στοιχείων έγινε με τη χρήση ερωτηματολογίου. Το μέγεθος του δείγματος ήταν 100 άτομα από όλες τις ειδικότητες.

Αποτελέσματα : Στους εργαζομένους της συγκεκριμένης νοσοκομειακής μονάδας ο βαθμός ικανοποίησης από την εργασία είναι μέτριος, προς ελάχιστος.

5. Πανελλαδική έρευνα για την Εργασιακή Ικανοποίηση, (Ερευνητική ομάδα του Athens GSM – Nottingham Trent University υπό την καθοδήγηση του Μ. Κουρτίδη, 2006).

Πηγή : <http://agsm.gr/gr/content/show/&tid=314>

Υλικό – Μέθοδος : Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 300 εργαζομένων από την Αθήνα, τη Θεσσαλονίκη και το Ηράκλειο Κρήτης με ίση περίπου κατανομή ανδρών – γυναικών (51% - 40%). Οι ηλικίες που καλύφθηκαν ήταν από 20 ετών έως 50+ με το μεγαλύτερο ποσοστό (52%) να βρίσκεται στις ηλικίες 30 έως 42 ετών. Οι κύριοι κλάδοι που προσεγγίστηκαν ήταν οι Οργανισμοί Υγείας, οι Υπηρεσίες, το Εμπόριο και η Βιομηχανία. Βασίστηκε σε εκτενές ερωτηματολόγιο με 5βάθμια κλίμακα απαντήσεων, το οποίο ήταν οργανωμένο σε 12 γενικούς παράγοντες οργανωσιακής συμπεριφοράς που παρουσιάζουν κάποιας μορφής επίδραση στην εργασιακή ικανοποίηση.

Αποτελέσματα : Η πλειοψηφία ( 67,9% ) των ερωτηθέντων πιστεύουν ότι είναι σχεδόν έως πολύ ικανοποιημένο από την εργασία τους, ενώ μόνο το 12,8% δηλώνει έλλειψη ικανοποίησης.

## **2.5. Παροχή κινήτρων στον εργασιακό χώρο και η σημασία τους στην επαγγελματική ικανοποίηση**

Η παροχή κινήτρων συχνά αναφέρεται και ως υποκίνηση ή/και παρακίνηση. Οι δύο όροι έχουν την ίδια σημασία. Υπό τον όρο παρακίνηση, εννοούμε τον ψυχολογικό παράγοντα, ο οποίος στοχεύει στη διερεύνηση και πρόγνωση των στοιχείων εκείνων που παρακινούν τον άνθρωπο να αναλάβει συγκεκριμένη δράση για να ικανοποιηθεί μια ανάγκη. Ο όρος προέρχεται από τη λατινική λέξη "movere" που σημαίνει κινώ. Οι επιστήμονες έχουν ορίσει την παρακίνηση ως τη διαδικασία εμπύχωσης (έχει να κάνει με την ενέργεια πίσω από τις πράξεις μας), καθοδήγησης (περιέχει την επιλογή της συμπεριφοράς και διατήρησης της συμπεριφοράς προς ένα στόχο).

Στον εργασιακό χώρο, ως παρακίνηση ορίζεται το σύνολο των ενεργειών, από την πλευρά τόσο της Διοίκησης όσο και του προϊσταμένου να προκαλέσουν και να διατηρήσουν τη διάθεση των εργαζομένων να συμπεριφερθούν κατά συγκεκριμένο τρόπο. Θεωρούνται δηλαδή οι δράσεις της ηγεσίας που στοχεύουν στη δημιουργία κατάλληλων συνθηκών βελτίωσης της ποιότητας και του αποτελέσματος μέσω των εργαζομένων, που επιτυγχάνεται με τη χρήση κινήτρων προς αυτούς. Η απουσία της παρακίνησης συχνά εκτιμάται για τη φτωχή απόδοση, για τη μικρή αξιοποίηση των δυνατοτήτων και για την αποτυχία να επιτευχθούν οι στόχοι. (Χατζηδάκη, 2010)

Πράγματι, η παρακίνηση είναι πάρα πολύ περίπλοκη αντίληψη-ιδέα και ένα εξαιρετικά πολυσύνθετο φαινόμενο. Αυτό αντανακλάται από το γεγονός ότι οι άνθρωποι συχνά παρακινούνται από πολλά πράγματα κάθε φορά, μερικές φορές προκαλώντας αντιθέσεις. Εργαζόμενοι με μεγάλο βαθμό παρακίνησης μπορεί να επιτύχουν μεγάλη αύξηση της παραγωγικότητας, να είναι ικανοποιημένοι από την εργασία τους, να παρουσιάζουν χαμηλό ποσοστό απουσιών και να νιώθουν περισσότερο δεσμευμένοι και αφοσιωμένοι σε έναν οργανισμό.

Παράλληλα, με την παρακίνηση πρέπει να λάβουμε υπόψη ότι, οι ανάγκες του ανθρώπου προσδιορίζονται από πολυάριθμους εσωτερικούς και εξωτερικούς παράγοντες, εξελίσσονται και η ιεραρχική δομή τους διαφοροποιείται σημαντικά μέσα στο χρόνο και το περιβάλλον. Οι σχέσεις μεταξύ αναγκών, κινήτρων, στόχων, συμπεριφοράς, υλοποίησης στόχων και ικανοποίησης είναι πολύ δύσκολο να προσδιορισθούν ποιοτικά και ποσοτικά και διαφοροποιούνται σημαντικά μεταξύ των ανθρώπων και μεταξύ των συνθηκών μέσα στις οποίες αυτοί ζουν και αναπτύσσονται. Επίσης, συχνά παρατηρούνται συγκρούσεις μεταξύ των αναγκών ενός ατόμου, που μεταφέρονται σε επίπεδο κινήτρων, στόχων και συμπεριφοράς. Τα άτομα υποκειμενικά οργανώνουν το περιβάλλον τους έχοντας αναφορές σε εμπειρίες του παρελθόντος, παροντικές ανάγκες και μελλοντικές προσδοκίες. (Χατζηδάκη, 2010)

Αποτελεί γεγονός ότι, οι εργαζόμενοι δεν προσδοκούν τις ίδιες ανταμοιβές από την εργασία τους. Μία ανταμοιβή που πιθανώς συγκινεί κάποιον εργαζόμενο τα μέγιστα μπορεί να μη σημαίνει απολύτως τίποτα για κάποιον άλλο. Οι ανταμοιβές υπάγονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες, τις εσωτερικές ανταμοιβές (intrinsic rewards) και τις εξωτερικές ανταμοιβές (extrinsic rewards). Οι εξωτερικοί παράγοντες παρακίνησης είναι κάτι έξω από το άτομο, όπως τα χρήματα όπου παρέχουν ενέργεια, αλλά δεν είναι διατηρήσιμα. Μέσα σε ένα οργανισμό τα άτομα τα οποία διαθέτουν εσωτερική παρακίνηση, είναι συνήθως άτομα με πάθος, δημιουργική σκέψη, ενδιαφέροντα και ασχολούνται με τη δουλειά τους λόγω της

ικανοποίησης που τους προσφέρει. Η δουλειά αυτή καθαυτή δημιουργεί παρακίνηση για αυτά τα άτομα και όχι η οποιοδήποτε ανταμοιβή. (Χατζηδάκη, 2010)

Πολλοί εργαζόμενοι δείχνουν να υποκινούνται από ανταμοιβές που προέρχονται εσωτερικά, όπως η επίτευξη ενός στόχου με την ικανοποίηση και την αίσθηση προσωπικής αξίας ή την προσδοκία αναγνώρισης και επιβράβευσης των προσπαθειών τους. Τα άτομα αυτά μπορούν να αυτοπαρακινηθούν αναζητώντας, ανακαλύπτοντας και μεταφέροντας εργασία η οποία ικανοποιεί τις ανάγκες τους ή τουλάχιστον τους οδηγεί στην προσδοκία ότι οι στόχοι τους θα επιτευχθούν. Προκειμένου να έχει εσωτερική ικανοποίηση ο εργαζόμενος δεν απαιτείται μεσολάβηση κάποιου άλλου προσώπου, τη βιώνει μόνος του. Το άτομο αισθάνεται τη σημαντικότητα της εργασίας, την ελευθερία των πράξεων, την ανάπτυξη δεξιοτήτων και ικανοτήτων και τις ευκαιρίες για πρόοδο και ανάπτυξη. Από την άλλη πλευρά υπάρχουν και εργαζόμενοι που παρακινούνται από ανταμοιβές όπως, αύξηση μισθού, προαγωγή, δωρεάν διακοπές, ιατροφαρμακευτική κάλυψη, bonus, επαίνους. Συνήθως οι εργαζόμενοι παρακινούνται από μία σύνθεση εσωτερικών και εξωτερικών κινήτρων. Αυτό που τους διαφοροποιεί είναι ο βαθμός σημαντικότητας της κάθε κατηγορίας για τους ίδιους. (Χατζηδάκη, 2010)

Στην σύγχρονη εποχή κυρίαρχη είναι η δημιουργία συνθηκών που προάγουν την ικανοποίηση των εργαζομένων, μέσω της υποστήριξης από το εργασιακό περιβάλλον, της ποιότητας των αρμοδιοτήτων και του αντικειμένου εργασίας, της παροχής ευκαιριών διάχυσης της γνώσης και της προσωπικής ανάπτυξης και εξέλιξης, της εργασιακής ασφάλειας, της ποιότητας της ηγεσίας, των κοινωνικών σχέσεων, τόσο στο εσωτερικό όσο και στο εξωτερικό περιβάλλον, αλλά και γενικότερα τις εργασιακές συνθήκες που υπάρχουν. Η ανταμοιβή των εργαζομένων δεν περιορίζεται μόνο σε οικονομικές παροχές, παρόλο που αυτές επηρεάζουν το βαθμό ικανοποίησης. Διάφορες έρευνες έχουν καταδείξει τη σπουδαιότητα άλλων παραγόντων με μεγαλύτερη βαρύτητα και επίδραση.

Στις εργασιακές συνθήκες τα χρήματα προβάλλονται ως ο πιο ισχυρός εξωτερικός παράγοντας παρακίνησης. Τα χρήματα μπορεί να οδηγήσουν σε αυξημένη απόδοση, αλλά αυτό μακροπρόθεσμα περιορίζεται. Υπάρχουν περιπτώσεις που εργαζόμενοι παρόλο που αμείβονταν ικανοποιητικά ήθελαν να εγκαταλείψουν τη δουλειά τους εξαιτίας άλλων παραγόντων, όπως της συμπεριφοράς του προϊσταμένου, των μελλοντικών προοπτικών, των εργασιακών συνθηκών. Οι οικονομικές αμοιβές, σύμφωνα με πολλούς ερευνητές, δεν κάνουν απαραίτητα τον εργαζόμενο να έχει πάθος για την εργασία του και εμποδίζουν τη δημιουργικότητά του σε βάθος χρόνου. Όταν ο εργαζόμενος έχει εσωτερική παρακίνηση, τότε έχει μία εσωτερική επιθυμία να κάνει κάτι, έχει βαθύ ενδιαφέρον και δέσμευση για την εργασία του, περιέργεια, ευχαρίστηση ή μια προσωπική αίσθηση πρόκλησης που τον

κινητοποιούν. Στα εσωτερικά κίνητρα το άτομο δεν παρακινείται να εκτελέσει την εργασία από μία εξωτερική ανταμοιβή, αλλά από την ίδια την δραστηριότητα, επειδή είτε το διασκεδάζει ή μαθαίνει από αυτή. (Χατζηδάκη, 2010)

Εντούτοις, όταν το άτομο παρακινείται μόνο από εσωτερικά κίνητρα, δεν είναι ικανό να εσωτερικεύσει τους στόχους του οργανισμού, επειδή αυτοί οι στόχοι αναπαριστούν κάτι έξω από τους δικούς του ορίζοντες. Η μόνη περίπτωση στην οποία το άτομο παρακινείται από εσωτερικά κίνητρα τα οποία συνταυτίζονται με τους στόχους του οργανισμού είναι στην περίπτωση στην οποία αυτοί οι στόχοι του προσδίδουν ωφέλεια. Σε τελικό βαθμό, η παρακίνηση είναι εκείνος ο παράγοντας που καθορίζει το τι τελικά θα κάνουν οι άνθρωποι. Η εμπειρία και η δημιουργική σκέψη αποτελούν τις πρώτες ύλες ενός ατόμου, τους φυσικούς πόρους. Εάν το άτομο δεν παρακινηθεί η δημιουργική σκέψη του θα μείνει ανεκμετάλλευτη.

Εντούτοις, η συνταγή της παρακίνησης δεν πρέπει να μπερδεύει και να προκαλεί σύγχυση, όταν κάποιος καταλάβει ότι οι εργαζόμενοι είναι το μεγαλύτερο περιουσιακό στοιχείο και έτσι θα πρέπει να του συμπεριφέρονται. Όμως, η παρακίνηση από μόνη της δεν αρκεί για να επιτευχθεί ο στόχος των επιχειρήσεων, αφού κυρίως βοηθάει στο να βελτιωθεί η απόδοση και η δημιουργικότητα του εργαζόμενου. Για την επίτευξη του στόχου απαιτούνται τόσο ικανότητες και γνώσεις από την πλευρά των εργαζομένων, όσο και η ικανότητα του προϊσταμένου να παρακινεί τους εργαζομένους, ιδίως σε περιόδους έντονης εργασιακής προσπάθειας, μέσω της ηγετικής του συμπεριφοράς. (Χατζηδάκη, 2010)

Πολλές θεωρίες έχουν διατυπωθεί σχετικά με την παρακίνηση των εργαζομένων μέσα σε μια επιχείρηση, όπως αυτή του Maslow (θεωρία της ιεράρχησης των αναγκών), του Herzberg (θεωρία παρακίνησης υγιεινής), του Vroom (θεωρία της προσδοκίας). Μεταξύ αυτών βρίσκεται και η θεωρία του Chris Argyris και του Mc Gregor οι οποίοι τονίζουν πως η διοίκηση πρέπει να δημιουργήσει το κατάλληλο κλίμα μέσα στο οποίο ο καθένας να έχει την ευκαιρία να αναπτυχθεί και να ωριμάσει. Το πιστεύω τους είναι ότι τα άτομα μπορούν να αυτοδιευθύνονται και να είναι δημιουργικά στην εργασία τους, όταν τους παρέχονται τα κατάλληλα κίνητρα.

Πάντως, η διαδικασία της υποκίνησης δεν φαίνεται να είναι «γραμμική», όπως εντελώς επιφανειακά πιστεύεται συχνά από πολλούς. Πρώτα απ' όλα η υποκίνηση λειτουργεί διότι υφίστανται οι ανθρώπινες ανάγκες. Οι μη ικανοποιημένες ανάγκες δημιουργούν κάποιο είδος έντασης στο άτομο. Η ένταση φαίνεται να κινητοποιεί κάποιες δυνάμεις, που έχουν ως αποτέλεσμα μια συμπεριφορά αναζήτησης από πλευράς του ατόμου για την ικανοποίηση των αναγκών του με τελικό σκοπό τη μείωση της αρχικής έντασης.

Βλέποντας το θέμα από τη σκοπιά της επιχείρησης επισημαίνεται ότι εδώ αποκτά σπουδαιότητα ο ρόλος του *κινήτρου*, το οποίο δίνεται από την επιχείρηση για την



ικανοποίηση των αναγκών του εργαζομένου. Ο βασικός προβληματισμός όμως είναι αν η χορήγηση των κινήτρων οδηγεί σε μεγαλύτερη (ποσοτικά και ποιοτικά) δραστηριοποίηση από πλευράς εργαζομένου, αν οδηγεί σε αύξηση της απόδοσής του, που είναι και το ζητούμενο. Φαίνεται να συμβαίνει κάτι τέτοιο, δηλαδή να υπάρχει θετική σχέση μεταξύ υποκίνησης και απόδοσης των εργαζομένων, αν και αρκετές φορές η χαμηλή τους απόδοση δεν οφείλεται απαραίτητα σε χαμηλά επίπεδα υποκίνησης. Είναι δηλαδή η υποκίνηση ένας βασικός μοχλός αύξησης της απόδοσης του εργαζομένου, αλλά υφίστανται και άλλοι παράγοντες που οδηγούν σ' αυτήν. Φαίνεται όμως επίσης να υπάρχει κάμψη στην απόδοση του, μετά από κάποιο χρονικό διάστημα, αφότου δοθεί το κίνητρο. Είναι έτσι πιθανό η αποτελεσματικότητα των κινήτρων να είναι μεγαλύτερη κατά την «περίοδο της αναμονής» και για κάποιο χρονικό διάστημα μετά τη χορήγησή τους, το οποίο ποικίλλει ανάλογα με το είδος του κινήτρου. Πέρα, πάντως, από τις θεωρίες της υποκίνησης και τη βοήθεια που προσφέρουν στην κατανόηση του μηχανισμού της υποκίνησης, από τον επιχειρηματία και τα στελέχη, παραμένει το ερώτημα σε πρακτικό επίπεδο-ποια συγκεκριμένα κίνητρα θα χρησιμοποιηθούν για την ενεργοποίηση των εργαζομένων. Τα κυριότερα είδη θετικών κινήτρων, δηλαδή κινήτρων που προτρέπουν στην υιοθέτηση μιας επιθυμητής συμπεριφοράς είναι τα χρήματα, η αναγνώριση του έργου του υφισταμένου, η συμμετοχή των εργαζομένων στη διοίκηση της επιχείρησης, το «φυσικό» εργασιακό περιβάλλον, δηλαδή οι καλές συνθήκες στο χώρο εργασίας, το «κλίμα» εργασίας, δηλαδή οι ανθρώπινες σχέσεις στο χώρο εργασίας, η μορφή ηγεσίας κ.λ.π. (Χατζηδάκη, 2010)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ

### 3.1. Ορισμοί της ποιότητας, της φροντίδας και της ικανοποίησης ασθενών

Η ποιότητα στον τομέα της φροντίδας Υγείας, αποτελεί τον πιο αμφιλεγόμενο όρο, αφού είναι δυναμική, πολυδιάστατη και δεν υπάρχει ένας ενιαίος ορισμός για να την περιγράψει. Ενσωματώνει μια πλειάδα εμπειριών του παρελθόντος και του παρόντος.

Οι γενικοί ορισμοί, στερούνται ευαισθησίας και ειδικότητας για κάθε υπηρεσία χωριστά και αναφέρονται στον βαθμό της τελειότητας της παρεχόμενης υπηρεσίας, στην εκπλήρωση των προσδοκιών και των στόχων της υπηρεσίας στα «μηδέν ελαττώματα» (zero defects) και στην χρηστικότητα της. (Brown, Gallant, 2006)

Το Ινστιτούτο Ιατρικής, ορίζει την ποιότητα ως: «τον βαθμό στον οποίο οι παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας υγείας, σε άτομα και πληθυσμούς, αυξάνουν την πιθανότητα επίτευξης των επιθυμητών αποτελεσμάτων, και παρέχονται με βάση την τρέχουσα επιστημονική γνώση». Για κάποιους, η ποιότητα της φροντίδας είναι λειτουργικά συνυφασμένη με την προσβασιμότητα, την πληροφόρηση, την διαθεσιμότητα, την συνέχεια, την σχετικότητα, την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα και την κοινωνική αποδοχή της φροντίδας .

Σύμφωνα με τον ορισμό του Διεθνούς Οργανισμού Τυποποίησης (International Organization of Standardization, ISO): «ποιότητα είναι το σύνολο των χαρακτηριστικών ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που ικανοποιεί τις δηλωθείσες ή προκύπτουσες ανάγκες από την χρήση τους». Από την διατύπωση αυτού του ορισμού της ποιότητας, διαπιστώνουμε τον κεντρικό ρόλο του χρήστη των προϊόντων ή των υπηρεσιών στην διαδικασία αξιολόγησης της ποιότητάς τους. (Brown, Gallant, 2006)

Στον Τομέα της φροντίδας Υγείας, που είναι χώρος εντάσεως εργασίας και όχι εντάσεως κεφαλαίου όπως ο χώρος της Βιομηχανίας, διαπιστώνει κανείς μια διαφοροποίηση στον τρόπο που ορίζεται η ποιότητα από τον ασθενή και το υγειονομικό προσωπικό. Αυτό το γεγονός οδήγησε μοιραία την έρευνα σε ένα σφάλμα ερμηνείας του όρου ποιότητα, καθώς ορίστηκε, μελετήθηκε από το υγειονομικό προσωπικό και αποδόθηκε στους ασθενείς, χωρίς να ρωτήσει κανείς τους ασθενείς τι θεωρούν ως ποιότητα στην φροντίδα που τους παρέχεται.

Για τους Monroe & Krishnan, η ποιότητα είναι η «ικανότητα –όπως την εκλαμβάνει ο χρήστης – μιας υπηρεσίας ή ενός προϊόντος να ικανοποιεί τον χρήστη, λαμβάνοντας υπόψη τις διαθέσιμες εναλλακτικές επιλογές». Ο συνήθης ορισμός της ποιότητας είναι: «το αποτέλεσμα της σύγκρισης ανάμεσα στις προσδοκίες των χρηστών από μια υπηρεσία και της αντίληψης του τρόπου με τον οποίο παρέχεται αυτή η υπηρεσία». (Κρητικός)

Για κάποιους, η ποιότητα είναι απόλυτα συνυφασμένη με την ανταγωνιστικότητα του επαγγελματία υγείας, καθώς αποτελεί μια ικανή και αναγκαία συνθήκη για την προσαρμογή του στα μεταβαλλόμενα πρότυπα της ποιοτικής φροντίδας. Για άλλους, η ερμηνεία του όρου ανταγωνιστικότητα, είναι πολύπλοκη, αφού σημαίνει κάτι περισσότερο από γνώση και δεξιότητες, όπως: κριτική σκέψη, κλινική κρίση βασισμένη στη διεθνή μαρτυρία (evidence-based) και συνήθειες. Σε 2 έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στην Ελλάδα (Ραφτόπουλος Β., Πολυχρονοπούλου Ο., Ευαγγέλου Ε., Λέκκα Δ., Λούκα Ν., Τζήμα Δ., 2001 · Θεοδοσοπούλου Ε., Ραφτόπουλος Β., Τζαβέλας Γ., Κοτρώτσιου Ε., Zarzycka D., Gorajek-Jozwik J., 2000), στις οποίες σταθμίστηκαν 2 κλίμακες που εκτιμούν τι θεωρούν οι έλληνες ασθενείς ως «ποιότητα» της φροντίδας, διαπιστώθηκαν τα ακόλουθα:

Στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ποιότητα για τον ασθενή σημαίνει πάνω απ' όλα να τον σέβεται όταν τον εξετάζει ο γιατρός, να προστατεύει η νοσηλεύτρια την αξιοπρέπειά του όταν τον εξετάζει ο γιατρός, να αφιερώνει χρόνο ο γιατρός για να του εξηγήσει την αγωγή που πρέπει να ακολουθήσει και να αισθάνεται ο ασθενής ότι ο γιατρός ξέρει καλά τη δουλειά του. (Ραφτόπουλος et all, 2001)

Στο Νοσοκομείο: για τον ηλικιωμένο ασθενή, ποιότητα σημαίνει να του αποκαλύπτει ο γιατρός όλη την αλήθεια για την κατάσταση της υγείας του, να αισθάνεται ότι οι γιατροί και οι νοσηλευτές σέβονται την προσωπικότητά του, να αισθάνεται ότι οι γιατροί και οι νοσηλευτές ξέρουν καλά την δουλειά τους, να τον φροντίζει ο γιατρός χωρίς να του ζητά χρήματα και να αισθάνεται ότι οι γιατροί και οι νοσηλευτές δεν είναι αδιάφοροι όταν υποφέρει. (Ραφτόπουλος et all, 2001)

Σύμφωνα με την Επιτροπή Διαπίστευσης των Οργανισμών Παροχής Φροντίδας Υγείας (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, JCAHO) οι διαστάσεις της ποιοτικής φροντίδας είναι: η ασφάλεια του περιβάλλοντος στο οποίο παρέχεται η φροντίδα, η προσβασιμότητα, η καταλληλότητα, η συνέχεια, η αποτελεσματικότητα, η αποδοτικότητα της φροντίδας, και η έγκαιρη παροχή της. Τέλος, για κάποιους η ποιότητα είναι συνυφασμένη με την ισότητα στην πρόσβαση και την παροχή των υπηρεσιών φροντίδας υγείας προσδίδοντας μια κανονιστική και μια ερμηνευτική διάσταση στην ποιότητα, σύμφωνα με την θεωρία της ανθρώπινης ευεξίας και ωφελιμότητας. (Brown,2006)

Οι Abby Ghobadian, και συνεργάτες (1994), ταξινομήσαν τους διαφόρους ορισμούς για την ποιότητα σε 5 κατηγορίες:

- Ανωτερότητα: σύμφωνα με αυτή την κατηγορία, στην ποιότητα αποδίδεται μια έμφυτη τελειότητα, που αντλεί τα χαρακτηριστικά της από την φιλοσοφική ανάλυση του Πλάτωνα περί του ωραίου. Πρόκειται για έναν άκαμπτο ορισμό υπό τη μορφή αξιώματος που συνήθως αποδίδεται σε αγαθά ή υπηρεσίες. Για τον Zeithaml η ποιότητα μιας υπηρεσίας/προϊόντος από την οπτική πλευρά του χρήστη, ορίζεται ως η άποψή του για την ανωτερότητα ή την τελειότητα της υπηρεσίας/προϊόντος.

- Προεξάρχοντα χαρακτηριστικά: στην περίπτωση αυτή η ποιότητα ορίζεται ποσοτικά και συγκριτικά με κάποιο άλλο προϊόν ή υπηρεσία, σε μονάδες εκπληρούμενων προσδοκιών οι οποίες συναρτώνται με τα δεδομένα χαρακτηριστικά του προϊόντος ή της υπηρεσίας.

- Χαρακτηριστικά διαδικασίας ή παροχής: η ποιότητα ορίζεται ως η «συμμόρφωση με τις απαιτήσεις». Ο ορισμός αυτός έχει περισσότερο εφαρμογή στους Οργανισμούς οι οποίοι επιδιώκουν τον ανασχεδιασμό τους προκειμένου να προσεγγίσουν την ποιοτική παροχή υπηρεσιών.

- Ικανοποίηση του πελάτη/χρήστη: σε αντίθεση με τον πιο πάνω ορισμό, εδώ η ποιότητα επηρεάζεται από το εξωτερικό περιβάλλον. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν οι ορισμοί των Deming, Juran et al., Feigenbaum και Ishikawa. Ο ορισμός αυτός ταιριάζει σε χώρους εντάσεως εργασίας, όπως ο χώρος της παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας.

- Προστιθέμενη αξία: σύμφωνα με τον ορισμό αυτό, η ποιότητα προϋποθέτει την συμμόρφωση με τις απαιτήσεις του πελάτη, σε όρους κόστους, διαθεσιμότητας και προστιθέμενης αξίας. Επειδή η παροχή «υπηρεσιών» είναι άυλη, ο χρήστης της την αξιολογεί σε όρους προστιθέμενης αξίας εφόσον την χρησιμοποιήσει. Οι προσδιοριστές της προστιθέμενης αξίας φαίνεται να είναι οι προσδοκίες από την χρήση. Για τους Holbrook & Cofman και Holbrook, η ποιότητα αποτελεί ένα απροσδιόριστο φαινόμενο το οποίο μπορεί να ψηλαφηθεί μόνο στα πλαίσια της έννοιας «αξία» (value). Ο Zeithaml συμφωνεί με αυτή την άποψη, συμπληρώνοντας ότι η αξία είναι περισσότερο εξατομικευμένη σε σχέση με την ποιότητα που είναι μια διαδικασία δούναί και λαβείν. Έτσι, ο χρήστης μιας υπηρεσίας, την αξιολογεί με βάση την αξία που του προσθέτει, η οποία συναρτάται με την χρησιμότητα της υπηρεσίας, έχοντας ως κριτήριο τι έδωσε και τι λαμβάνει. Από την άλλη μεριά, η εκτίμηση της ποιότητας είναι πιο ευέλικτη σε αντίθεση με την εκτίμηση της ικανοποίησης που απαιτεί εμπειρία της υπηρεσίας από τον χρήστη. Κάποιοι θα μπορούσαν να ορίσουν την ποιότητα σε όρους μιας δεδομένης κουλτούρας η οποία περιχαρακώνεται από το αξιολογικό σύστημα αναφοράς του ανθρώπου. Από τη στιγμή που οι αξίες επηρεάζουν τις προτιμήσεις όσων

χρησιμοποιούν μια υπηρεσία, επηρεάζουν και την άποψή τους για την ποιότητα. (Brown,2006)

Σε αντίθεση με την ποιότητα ενός αντικειμένου που μπορεί να εκτιμηθεί αντικειμενικά σε διαστάσεις διάρκειας και αριθμού ελαττωμάτων, η ποιότητα μιας υπηρεσίας είναι δύσκολο να εκτιμηθεί εξαιτίας της ύπαρξης 3 παραγόντων: απροσδιοριστία, ετερογένεια και εγγενής αδυναμία διαχωρισμού της παραγωγής από την κατανάλωση.

Στην διεθνή βιβλιογραφία, η ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας και η ικανοποίηση από την υπηρεσία αυτή, θεωρούνται δυο διαφορετικά φαινόμενα. Αντίθετα, οι Bitner M.J. και Cronin J.M. & Taylor S.A., ισχυρίζονται ότι η ποιότητα της υπηρεσίας, αποτελεί προϋπόθεση της ικανοποίησης από την υπηρεσία και έτσι θα πρέπει να μελετάται. Οι Rust R.T. και Oliver R.L. πιστεύουν ότι:

- η ποιότητα είναι μόνο μια έκφανση της ικανοποίησης των ασθενών,
- η αξιολόγηση της ποιότητας μιας υπηρεσίας από τον χρήστη της, γίνεται με βάση συγκεκριμένες διαστάσεις της, ενώ η ικανοποίηση μπορεί να αφορά οποιαδήποτε διάσταση της υπηρεσίας ανεξάρτητα αν σχετίζεται με την ποιότητα ή όχι,
- οι προσδοκίες από μια ποιοτική υπηρεσία βασίζονται σε κάποιο ιδεώδες επίπεδο απόδοσης της υπηρεσίας, ή σε απόψεις περί της «τελειότητάς» της. Απεναντίας, η ικανοποίηση από την υπηρεσία μπορεί να σχετίζεται με προσδοκίες που δεν αποτυπώνουν την ποιότητα αλλά άλλες πτυχές όπως ανάγκες, αντιλήψεις περί δικαιοσύνης και ισότητας, στην προσβασιμότητα ή την διαθεσιμότητα,
- οι αντιλήψεις για την ποιότητα της υπηρεσίας δεν απαιτούν εμπειρία από την χρήση της, ενώ η ικανοποίηση προϋποθέτει την χρήση της υπηρεσίας
- η ποιότητα φαίνεται να έχει λιγότερα προαπαιτούμενα σε σχέση με την ικανοποίηση.

Πάντως, φαίνεται να υπάρχει κάποια σύνδεση μεταξύ της ποιότητας της υπηρεσίας και της ικανοποίησης. Για τον Oliver, η ικανοποίηση του πελάτη είναι μια αντίδρασή του (λογική και συναισθηματική) σε μια διαδοχή γεγονότων που λαμβάνουν χώρα κατά την διάρκεια παροχής της υπηρεσίας. (Brown,2006)

Οι Taylor και Haussman, υποστηρίζουν ότι η νοσηλευτική επιστήμη δυσκολεύθηκε, μέχρι την δεκαετία του 1960, να συλλάβει το βαθύτερο νόημα της ποιότητας. Έτσι, την χαρακτήρισαν σαν «νεφελώδη όρο» επειδή δεν υπήρχε ένας ενιαίος και ολοκληρωμένος ορισμός στην διεθνή βιβλιογραφία. Αυτό επιβεβαιώνεται από το γεγονός ότι όροι όπως η διασφάλιση της ποιότητας, τα πρότυπα της φροντίδας και ο έλεγχος της ποιότητας, χρησιμοποιούνται εναλλακτικά του όρου «ποιότητα». (Brown,2006)

Η Lang, όρισε την ποιότητα στη νοσηλευτική, σαν μια «διαδικασία» επίτευξης του υψηλότερου βαθμού τελειότητας της παρεχόμενης φροντίδας. Την ίδια άποψη εκφράζουν

και άλλοι ερευνητές, συμπληρώνοντας πως είναι άγωνα η όλη συζήτηση αποσαφήνισης της εννοιολογικής διάστασης της ποιότητας, αφού έχει κοινωνικό προσδιορισμό και επηρεάζεται από τις αξίες, τα πιστεύω και τις στάσεις των ανθρώπων. (Brown,2006)

Εξάλλου, παρόλο που η ποιότητα έχει διαφορετικό περιεχόμενο για τους ανθρώπους, σίγουρα υπάρχουν κάποια κοινά στοιχεία, στους διάφορους ορισμούς, που επιτρέπουν την αξιολόγηση και την μέτρησή της. Έτσι, η ποιότητα είναι η συνισταμένη δυο εξαρτημένων μεταβλητών: της σχέσης πελάτη-ασθενή και προμηθευτή-επαγγελματία υγείας. Ως εκ τούτου, νοσηλευτής και ασθενής βλέπουν την ποιότητα από μια διαφορετική οπτική γωνία.

Ο Pascoe ορίζει την ικανοποίηση ως μια αντίδραση σε ενδόμυχες εμπειρίες των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα. Η ικανοποίηση, ορίζεται ως η αξιολόγηση της φροντίδας, που βασίζεται στην εκπλήρωση των προσδοκιών των ασθενών. Εάν λάβουμε υπόψη μας αυτόν τον ευρύ ορισμό, είναι δυνατό να εξακριβώσουμε εάν οι κλίμακες που έχουν χρησιμοποιηθεί κατά καιρούς για την εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών, είναι έγκυρες ή όχι. (Brown,2006)

Η Williams και οι συνεργάτες της ισχυρίζονται ότι το κλειδί για την αποκωδικοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή, συνίσταται στην ερμηνεία των λέξεων: καθήκον (duty) και ενοχή (culpability). Η λέξη *καθήκον*, αναφέρεται στις υποχρεώσεις της συγκεκριμένης υπηρεσίας φροντίδας υγείας έναντι του ασθενή και η *ενοχή*, σχετίζεται με τον βαθμό στον οποίο ο επαγγελματίας υγείας ή ο Οργανισμός, ευθύνεται για το δυσμενές γεγονός. Διατυπώθηκαν δυο θεωρίες που εξηγούν την επιμονή των ασθενών να εκφράζουν την ικανοποίησή τους παρά τις δυσκολίες που συνάντησαν κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους:

- η πρώτη, υποστηρίζει ότι ένας ασθενής μπορεί να εξακολουθεί να αξιολογεί θετικά την ποιότητα της φροντίδας που του παρέχεται, ακόμη και όταν έχει αντιμετωπίσει δυσκολίες, εάν η προσδοκία τους βρίσκεται εκτός καθήκοντος του προμηθευτή-επαγγελματία υγείας.

- η δεύτερη, υποστηρίζει πως ακόμα και όταν ο ασθενής αισθάνεται πως ο προμηθευτής-επαγγελματίας υγείας δεν επιτέλεσε το καθήκον του, εξακολουθεί να αξιολογεί θετικά την φροντίδα που του παρέχεται, εάν αποδεχθεί ότι υπήρξαν άλλες ελαφρυντικές περιστάσεις. (Ραφτόπουλος Β., 2002).

Για τους Wriglesworth and Williams (1975), ο όρος «ικανοποίηση έχει διαφορετική σημασία για κάθε άνθρωπο, (π.χ. ευχαρίστηση, εμπιστοσύνη, ευτυχία) και αυτό καθιστά κάθε αξιολόγησή της υποκειμενική.

Η Donabedian (1980) υποστήριξε ότι η ικανοποίηση του ασθενή είναι μια άποψη για την ποιότητα της φροντίδας και αντιστοιχεί σε συγκεκριμένα στοιχεία της ποιότητας, τα οποία σχετίζονται κυρίως με τις προσδοκίες και τις αξίες του ασθενή. Η ικανοποίηση, δηλαδή,

είναι βασικά ένας εξατομικευμένος ορισμός της ποιότητας, που έρχεται σε αντίθεση με τον απόλυτο τεχνικό και κοινωνικό της ορισμό. (Brown,2006)

Σύμφωνα με τον Guzman και τους συνεργάτες του (1988), η ικανοποίηση των ασθενών είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασής τους με το νοσηλευτικό προσωπικό, η οποία καθορίζει, μερικώς, τη μελλοντική χρήση των υπηρεσιών υγείας καθώς και τη συμμόρφωσή τους με την θεραπευτική τους αγωγή. (Brown,2006)

Ο Petersen (1988), υποστήριξε πως η ικανοποίηση είναι μια γενική ιδέα που έχει ο ασθενής για τον τρόπο με τον οποίο παρέχεται η φροντίδα, χωρίς να λαμβάνουν υπόψη το αποτέλεσμα ή την καταλληλότητα της φροντίδας αυτής.

Σύμφωνα με τον Smith (1992), η ικανοποίηση των ασθενών είναι ένας συνδυασμός των αντιληπτών αναγκών, των προσδοκιών και των εμπειριών από την ιατρική φροντίδα.

Σύμφωνα με τη Linder-Pelz (1982), η ικανοποίηση των ασθενών είναι μια στάση η οποία αφορά κυρίως στη συναισθηματική κατάσταση και επηρεάζεται από τις πληροφορίες που δίνονται στους ασθενείς και από την αξιολόγηση των υπηρεσιών που λαμβάνουν.

Στον τομέα της νοσηλευτικής, ο ευρύτερα αποδεκτός ορισμός είναι του Risser (1975), σύμφωνα με τον οποίο η ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα είναι ο βαθμός σύγκλισης ανάμεσα στις προσδοκίες που έχουν οι ασθενείς για την ιδανική φροντίδα και στην αντίληψή τους για την φροντίδα που πραγματικά λαμβάνουν. ( Merkouris et al., 1999)

### *3.1.1. Οι διαστάσεις της ποιότητας και της ικανοποίησης*

Η κλίμακα των Parasuraman et al. χρησιμοποιήθηκε και σταθμίστηκε στον τομέα παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Έτσι, προσδιορίστηκαν 5 διαστάσεις της ποιότητας, εναρμονισμένες με το περιεχόμενο αυτού του είδους των υπηρεσιών: α)Ορατά χαρακτηριστικά (Tangibles): καθαριότητα του δωματίου, ποιότητα φαγητού · β)Αξιοπιστία (Reliability) · γ) Ανταπόκριση (Responsiveness) · δ) Διασφάλιση (Assurance): η διασφάλιση συμπεριέλαβε την επικοινωνία, την εμπιστευτικότητα, την ασφάλεια, την επαγγελματική επάρκεια και την αβρότητα · ε) Ενσυναίσθηση (Empathy): η ενσυναίσθηση συμπεριέλαβε την κατανόηση του ασθενή και την προσβασιμότητα.

Ο Doll ισχυρίστηκε ότι το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Μεγάλης Βρετανίας πρέπει να αξιολογείται με βάση 3 κριτήρια: α)τα αποτελέσματα της φροντίδας υγείας (medical outcomes), β)την οικονομική αποδοτικότητα (economic efficiency) και γ)την κοινωνική

αποδοχή (social acceptability). Το τελευταίο κριτήριο αποτελεί μια εναλλακτική έκφραση της ικανοποίησης του ασθενή. (Brown,2006)

Ο Maxwell με τη σειρά του, παρουσιάζει 6 διαστάσεις με βάση τις οποίες πρέπει να εκτιμήσουμε την ποιότητα: α) η πρόσβαση (access), β) η σχετικότητα με την ανάγκη (relevancy to need), γ) η αποτελεσματικότητα (effectiveness), δ) η ισότητα (equity), ε) η αποδοτικότητα (efficiency) και στ) η κοινωνική αποδοχή (social acceptability).

Το Advisory Council on Health Research, ορίζει 26 διαστάσεις της ποιότητας της φροντίδας, από την οπτική των ασθενών: (1) αποτελεσματικότητα: βελτίωση του επιπέδου υγείας του ασθενή, (2) επαγγελματική επάρκεια: κατάλληλη γνώση και δεξιότητες, (3) διορατικότητα του επαγγελματία φροντίδας υγείας, (4) καταλληλότητα της φροντίδας, (5) ασφάλεια, (6) ακρίβεια, (7) ανθρωπιά, (8) πληροφόρηση, (9) εχεμύθεια, (10) συνεργασία, (11) υπευθυνότητα του επαγγελματία φροντίδας υγείας (12) συνέχεια, (13) διαθεσιμότητα, (14) αποδοτικότητα, (15) ολοκληρωμένη φροντίδα, (16) προσβασιμότητα: φυσική και γεωγραφική, (17) ικανοποίηση του ασθενή, (18) οικονομική δυνατότητα πρόσβασης στην φροντίδα, (19) υποδοχή, (20) προστασία προσωπικών δεδομένων, (21) υγιεινή: περιορισμός του επιπολασμού των νοσοκομειακών λοιμώξεων, (22) διατροφή, (23) ενσυναίσθηση, (24) βάρος: ο αντίκτυπος της φροντίδας στην συνολική λειτουργικότητα του ασθενή, (25) αυτονομία του ασθενή: στην λήψη αποφάσεων που αφορούν την φροντίδα του, (26) πρόληψη της παροχής πλεονάζουσας περιττής φροντίδας. (Brown,2006)

Όπως διαπιστώνουμε, η ικανοποίηση του ασθενή συνιστά μια διάσταση της ποιότητας της φροντίδας. Ο Gronroos C. ισχυρίζεται ότι στον τομέα της φροντίδας υγείας η ποιότητα αποτελεί ένα πολύπλοκο φαινόμενο και συμπληρώνει πως εάν η ποιότητα είναι αυτό που προσλαμβάνουν οι ασθενείς, τότε είναι δυσδιάστατη: η μια είναι η τεχνική διάσταση του αποτελέσματος και η άλλη είναι η λειτουργική διάσταση της διαδικασίας. Ωστόσο ακόμη και σε αυτό το δισδιάστατο μοντέλο δύσκολα αποφεύγονται οι επικαλύψεις. Έτσι, η κοινωνική επαφή της νοσηλεύτριας με τον μοναχικό ηλικιωμένο σαν μέρος της λειτουργικής διαδικασίας, τελικά αποτελεί μια τεχνική διάσταση σε όρους έκβασης της φροντίδας. Με την ίδια λογική είναι δύσκολο να διαφοροποιηθεί η ποιότητα μιας παρεχόμενης υπηρεσίας από την ικανοποίηση του χρήστη της. (Brown,2006)

Ο Bull ορίζει την ποιότητα σε 4 επίπεδα, τα οποία περιγράφονται από μια σειρά κριτηρίων και προτύπων: 1. τα βασικά συστατικά της φροντίδας: επικοινωνία, απόρρητο και άλλα χαρακτηριστικά που αφορούν το προσωπικό φροντίδας υγείας, τους ασθενείς και τους φροντιστές των ασθενών, 2. γενικά χαρακτηριστικά της φροντίδας, 3. κλινικά χαρακτηριστικά και 4. ειδικές συνθήκες: που αφορούν συγκεκριμένες ομάδες ασθενών.



Ο Thompson A. υποστήριξε ότι η εκληφθείσα από τον ασθενή ποιότητα της φροντίδας, σηματοδοτείται από 6 ειδοποιές διαστάσεις όπως αυτές προκύπτουν από την παραγοντική ανάλυση: 1. η ιατρική φροντίδα και πληροφόρηση, 2. το φαγητό και το φυσικό περιβάλλον νοσοκομείου, 3. η ατμόσφαιρα του τμήματος, 4. η νοσηλευτική φροντίδα, 5. η ποσότητα του φαγητού και 6. η υποδοχή κατά την εισαγωγή. (Brown,2006)

Σε μια έρευνα (Ραφτόπουλος Β. et al., 2001) που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα σε ένα δείγμα 100 ασθενών από 14 εξωτερικά ιατρεία 6 νοσοκομείων της Αττικής, από 2 Κέντρα Υγείας 1 Συμβουλευτικό Σταθμό και 1 υπηρεσίας παροχής νοσηλείας στο σπίτι, καλύπτοντας όλο το φάσμα της ΠΦΥ, διαπιστώθηκε μέσω της παραγοντικής ανάλυσης της κλίμακας που αναπτύχθηκε και σταθμίστηκε ότι οι 7 διαστάσεις της ποιότητας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι:

1. το έμπρακτο ενδιαφέρον του γιατρού και της νοσηλεύτριας,
2. σεβασμός της αξιοπρέπειας του ασθενή από τον γιατρό και τη νοσηλεύτρια,
3. φιλικότητα του χώρου του ιατρείου και του προσωπικού απέναντι στον ασθενή,
4. τεχνικές δεξιότητες του γιατρού,
5. ενσυναίσθηση από τον γιατρό και τη νοσηλεύτρια,
6. εμπιστοσύνη στον γιατρό και τη νοσηλεύτρια και
7. αποτελεσματική οργάνωση του ιατρείου.

Μετά την ανασκόπηση των μεθοδολογιών που χρησιμοποιήθηκαν στις μελέτες ικανοποίησης του ασθενή υπήρξε η ακόλουθη κατηγοριοποίηση από τους ερευνητές:

- Συνολική ικανοποίηση(overall satisfaction).
- Ικανοποίηση από την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες (satisfaction with access).
- Ικανοποίηση από το κόστος (satisfaction with cost).
- Ικανοποίηση από την συνολική ποιότητα της φροντίδας (satisfaction with overall quality).
- Ικανοποίηση από την ανθρωπιστική διάσταση της φροντίδας (satisfaction with humaneness): που περιλαμβάνει τον σεβασμό, την θέρμη, την ευγένεια, την έγνοια και η αποτελεσματική μη λεκτική επικοινωνία.
- Ικανοποίηση από την ικανότητα/απόδοση του προσωπικού (satisfaction with competence): αυτή η κατηγορία περιλαμβάνει την τεχνική απόδοση της φροντίδας.
- Ικανοποίηση από την ποσότητα της πληροφορίας που παρέχεται από το προσωπικό φροντίδας υγείας: που περιλαμβάνει την αποσαφήνιση της θεραπευτικής αγωγής και των διαγνώσεων.
- Ικανοποίηση από τις γραφειοκρατικές διαδικασίες: όπως ο χρόνος αναμονής.

- Ικανοποίηση από την υλικοτεχνική υποδομή: όπως το πάρκινγκ και η καταλληλότητα του εξοπλισμού και των εργαστηρίων.

- Ικανοποίηση από το ενδιαφέρον που επιδεικνύουν οι επαγγελματίες υγείας για τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα των ασθενών.

- Ικανοποίηση από την συνέχεια στην φροντίδα.

- Ικανοποίηση από το αποτέλεσμα της φροντίδας. (Σουλιώτης et all, 2002)

Οι Abdellah και Levine προχώρησαν πρώτες σε μια κατηγοριοποίηση των συστατικών διαστάσεων της ικανοποίησης, που είναι: η αποτελεσματικότητα της δομής της φροντίδας, οι επαγγελματικές δεξιότητες, η ανταπόκριση του προσωπικού και το αποτέλεσμα της φροντίδας στον ασθενή.

Μετά από μια ανασκόπηση της σχετική αμερικανικής βιβλιογραφίας, η Risser αναφέρει τέσσερις διαστάσεις της ικανοποίησης: κόστος, άνεση, χαρακτηριστικά του επαγγελματία φροντίδας υγείας και η φύση της διαπροσωπικής σχέσης προσωπικού φροντίδας υγείας και ασθενή. (Brown,2006)

Σε μια άλλη ανασκόπηση των ερευνών για την ικανοποίηση από τη νοσοκομειακή φροντίδα, ο Rubin αναφέρεται στις εξής σημαντικές διαστάσεις της ικανοποίησης: νοσηλευτική φροντίδα, ιατρική φροντίδα, επικοινωνία, οργάνωση του Τμήματος, περιβάλλον του Τμήματος, διαδικασία εξόδου από το Νοσοκομείο.

Οι Abramowitz et al. πρότειναν τις ακόλουθες διαστάσεις της ικανοποίησης: ιατρική φροντίδα, διαμονή (housekeeping), νοσηλευτική φροντίδα, η ενημέρωση που παρέχει το προσωπικό για τις διαδικασίες της φροντίδας και τις θεραπείες, επίπεδο θορύβου, ποιότητα φαγητού, καθαριότητα, ασφάλεια, συνολική ποιότητα.

Η Baker διαπίστωσε για τις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, στην Αμερική, τις ακόλουθες διαστάσεις της ικανοποίησης: συνέχεια στην φροντίδα, προσβασιμότητα στις χειρουργικές υπηρεσίες, ποιότητα της ιατρικής φροντίδας, κτιριακή υποδομή και διαθεσιμότητα των γιατρών. (Brown,2006)

Η παραγοντική ανάλυση (factor analysis) από την Συμβουλευτική Επιτροπή Υγειονομικού Σχεδιασμού των ΗΠΑ (Health Policy Advisory Unit ,1989) έδειξε ότι η ικανοποίηση των ασθενών συναρτάται με τις ακόλουθες έξι διαστάσεις : ιατρική φροντίδα και πληροφόρηση, φαγητό και υλικοτεχνικός εξοπλισμός, μη ορατό περιβάλλον, ποσότητα του φαγητού, νοσηλευτική φροντίδα και ξενοδοχειακή υποδομή.

Στην Ελλάδα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, οι διαστάσεις της ικανοποίησης των ασθενών από την ποιότητα είναι: σεβασμός από τη νοσηλεύτρια, σεβασμός από τον γιατρό, τεχνικές δεξιότητες του γιατρού, παράγοντες δομής του ιατρείου (τήρηση των ραντεβού,

άνεση και ησυχία του χώρου αναμονής), εμπιστοσύνη και επαγγελματική συνέπεια του γιατρού και επάρκεια του ρόλου του γιατρού. (Susman, 1994)

Δεν είναι εύκολο να αποσαφηνιστεί η πολυδιάστατη φύση της ικανοποίησης. Έτσι, παρόλο που το Εθνικό Συμβούλιο των Καταναλωτών ορίζει 7 διαστάσεις: *πρόσβαση, επιλογή, πληροφόρηση, επανόρθωση, ασφάλεια, αποδοτικότητα και ισότητα*, η εφαρμογή τους στον τομέα της φροντίδας υγείας φαίνεται προβληματική.

### **3.2. Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών**

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών είναι οι ακόλουθοι:

#### **1. Οι προσδοκίες του ασθενή**

Πριν αναζητήσει κανείς τον πιθανό ρόλο των προσδοκιών ενός ασθενή στην εκτίμηση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, θα πρέπει πρώτα να ορίσει τον όρο «*προσδοκίες*». Κάποιοι ερευνητές, αντιλαμβάνονται τις προσδοκίες ως το σύνολο των χαρακτηριστικών που πιθανώς διακρίνει μια υπηρεσία, ή ένα γεγονός. Άλλοι, ισχυρίζονται ότι οι προσδοκίες συνιστούν μια εκτίμηση της πιθανότητας εμφάνισης ενός γεγονότος συν την αξιολόγηση του γεγονότος (καλό ή κακό). Ο Oliver με τη σειρά του, διατυπώνει την δική του άποψη: «οι προσδοκίες έχουν δυο συστατικά: την πιθανότητα εμφάνισης (π.χ. την πιθανότητα ώστε ένας υπάλληλος να είναι διαθέσιμος στον πελάτη) και την αξιολόγηση της εμφάνισης (π.χ. ο βαθμός στον οποίο η στάση του υπαλλήλου είναι η επιθυμητή, ή η ανεπιθύμητη, η καλή, ή κακή) του γεγονότος. Και τα δυο είναι απαραίτητα, καθώς δεν είναι σαφές τι επιθυμούν όλοι οι πελάτες». Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι δυο άνθρωποι με τις ίδιες προσδοκίες, μπορεί να αξιολογήσουν διαφορετικά αυτό που τους παρέχεται, ίσως διότι έχουν διαφορετικές επιθυμίες. Συνεπώς, θα μπορούσαμε να διαχωρίσουμε τις *προβλεπτικές* (αυτό που το άτομο περιμένει να συμβεί) από τις *αξιολογικές* (αυτό που θέλει να συμβεί) προσδοκίες. (Susman, 1994)

Η προσδοκία έχει μια διυποκειμενική διάσταση και προσανατολίζεται μέσα στον χρόνο που διαρκεί μια διαδικασία. Είναι ετοιμότητα του ατόμου να συντελέσει μια αντίδραση σε μια συγκεκριμένη κατάσταση. Πολλές φορές ταυτίζεται με την σύνδεση και την συναρμογή του ατόμου στις προβλέψεις και τις προεικαζόμενες μελλοντικές εμπειρίες και ως εκ τούτου, είναι ένας γνωστικός καθοριστικός παράγοντας που ενυπάρχει στην συμπεριφορά μας

Ο Vuogi επισημαίνει: «η ικανοποίηση του ασθενή από την παρεχόμενη φροντίδα εξαρτάται από δυο παράγοντες: τις προσδοκίες για την φροντίδα που πρόκειται να λάβει και

την άποψη που σχηματίζει για την παρασχεθείσα φροντίδα. Και οι δυο παράγοντες είναι υποκειμενικοί και εξαρτώνται από ψυχολογικούς, πολιτισμικούς και βιωματικούς παράγοντες». (Susman, 1994)

Οι Abbramowitz et al., υποστηρίζουν ότι η ικανοποίηση του ασθενή μετά την θεραπεία, εξαρτάται από τις προσδοκίες του και άρα θα πρέπει να εκτιμώνται πριν την εκτίμηση της ικανοποίησης. Ο Donabedian σημειώνει ότι οι ασθενείς διαμορφώνουν «πληροφορημένες» προσδοκίες (informed expectations) σαν αποτέλεσμα κοινωνικό-πολιτιστικών, μορφωτικών και ψυχολογικών παραγόντων. Συνεπώς είναι αδύνατο να μελετήσουμε τις προσδοκίες των ασθενών χωρίς να εστιάσουμε το ερευνητικό μας ενδιαφέρον σε αυτούς τους παράγοντες. (Susman, 1994)

Η εκπλήρωση των προσδοκιών ορίζεται ως: «η υποκειμενική εκτίμηση του χρήστη σαν αποτέλεσμα της σύγκρισης ανάμεσα στις προσδοκίες του και στην παρεχόμενη υπηρεσία».

Οι προηγούμενες ανασκοπήσεις της σχετικής βιβλιογραφίας, υπέδειξαν ότι η όλη ερευνητική προσπάθεια πρέπει να επικεντρωθεί στην σχέση των προσδοκιών με την απόδοση της υπηρεσίας και στην εκπλήρωση των προσδοκιών, καθώς φαίνεται να διαδραματίζουν έναν πρωτεύοντα ρόλο στην ικανοποίηση του χρήστη.

Σε κάποιες περιπτώσεις, η συζήτηση περιστρέφεται γύρω από το αν τελικά υπάρχουν προσδοκίες. Ακόμα και όταν υπάρχουν, είναι αμφίβολο για το αν κατ' ανάγκη η εκπλήρωση τους οδηγεί στην ικανοποίηση του ασθενή. Το μοντέλο *προσδοκίες-ικανοποίηση*, δεν φαίνεται να έχει λογική ισχύ, διότι υποστηρίζει πως κάθε εμπειρία που επιβεβαιώνει το προσδοκώμενο αποτέλεσμα, οδηγεί στην ικανοποίηση. Έχει αποδειχτεί πως αυτό που επηρεάζει την ικανοποίηση του ασθενή, δεν είναι η σύζευξη προσδοκιών και πραγματικής εμπειρίας, αλλά το εάν ή όχι η εμπειρία ήταν καλύτερη ή χειρότερη από την προσδοκώμενη.

Στην χώρα μας, έχει βρεθεί ότι οι ασθενείς πράγματι διαμορφώνουν προσδοκίες, όμως η εκπλήρωσή τους, ή μη, δεν σχετίζεται με την ικανοποίησή τους από την φροντίδα. Αντίθετα, ο ισχυρότερος προβλεπτικός δείκτης της ικανοποίησης του ασθενή από κάποια διάσταση της φροντίδας, είναι αν την εκλαμβάνει ο ασθενής ως μια διάσταση αυτού που ο ίδιος ονομάζει «ποιοτική» φροντίδα. Σε κάποιες περιπτώσεις, οι εκφράσεις ικανοποίησης των ασθενών, δεν εξηγούνται από τις προσδοκίες τους. Έτσι μπορεί να είναι χαμηλές ή να λείπουν και το ποσοστό ικανοποίησης να είναι υψηλό. Αυτά τα υψηλά ποσοστά ικανοποίησης εξηγούνται εν μέρει από την σχέση εξάρτησης και φιλίας μεταξύ του ασθενή και του νοσηλευτή, απόρροια των οποίων είναι μια απροθυμία να τους κριτκάρουν. Από την άλλη μεριά, οι ασθενείς της οξείας νοσηλείας, δεν αισθάνονται σε θέση (αρμόδιοι) να εκφράσουν την άποψή τους για πτυχές της φροντίδας, καθώς γνωρίζουν λίγα γι' αυτήν.

Το τυπικό τους σχόλιο είναι: «είναι καλή η παρεχόμενη φροντίδα, αλλά δεν μπορώ να πω πολλά και αυτό διότι δεν ξέρω πολλά». (Meterko, 2004)

Οι Stimson και Webb λένε ότι είναι δύσκολο να αποδώσει κανείς το βαθύτερο νόημα του όρου «προσδοκίες» και ως εκ τούτου, ακόμη πιο δύσκολο να τις συσχετίσει με τον όρο «ικανοποίηση». Οι προσδοκίες αναφέρονται στα «πρότυπα» ή τις «φιλοδοξίες» των ασθενών, ωστόσο, λίγες προσπάθειες έχουν γίνει για να διαπιστωθεί αν όντως οι ασθενείς λειτουργούν με αυτόν τον τρόπο.

Οι Stimson G. και Webb B., ορίζουν τρεις κατηγορίες προσδοκιών: τις προσδοκίες «παρελθόντος» (background), «διάδρασης» (interaction) και «δράσης» (action). Οι προσδοκίες «παρελθόντος» είναι το αποτέλεσμα σωρευμένης γνώσης και εμπειρίας από μια υπηρεσία. Αυτού του τύπου οι προσδοκίες ποικίλουν ανάλογα με τη νόσο και κάποια γεγονότα ή περιστάσεις. Οι προσδοκίες «διάδρασης» αναφέρονται στην αλληλεπίδραση του ασθενή με τον επαγγελματία υγείας (η τεχνική λήψης του ιστορικού υγείας, η ενημέρωση από τον γιατρό κ.α.). Αυτές είναι και οι σημαντικότερες από τις τρεις κατηγορίες προσδοκιών. Οι προσδοκίες «δράσης» αφορούν όλες τις δραστηριότητες των επαγγελματιών φροντίδας υγείας (συμβουλευτική, συνταγογράφηση, πλάνα φροντίδας κ.α.).(Meterko, 2004)

Οι Fitton και Acheson διαχωρίζουν τις προσδοκίες «δράσης» σε «ιδανικές» και «πραγματικές». Ιδανικές είναι οι προσδοκίες που αφορούν τις δραστηριότητες που θα ήθελαν οι ασθενείς να αναλάβει το προσωπικό φροντίδας υγείας που τους φροντίζει και πραγματικές, είναι οι υπηρεσίες που πιστεύει ο ασθενής ότι θα λάβει. Η Linder-Pelz S. ασχολήθηκε διεξοδικότερα με το θέμα και ισχυρίστηκε ότι η ικανοποίηση θα μπορούσε να υπολογίζεται με μαθηματικό τρόπο, χρησιμοποιώντας δείκτες μέτρησης του βαθμού των «πιστεύω» των ασθενών σαν αποτέλεσμα της παρεχόμενης φροντίδας και της αξιολόγησης της φροντίδας. Όλες αυτές οι θεωρίες, σχετίζουν την ικανοποίηση με την εκπλήρωση των θετικών προσδοκιών. (Meterko, 2004)

Ο Miller J.A., διαχωρίζει τις προσδοκίες σε: ιδεώδεις, αναμενόμενες και οριακά ανεκτικές. Οι Swan J.E. και συν. μιλούν για 2 τύπους προσδοκιών: τις επιθυμητές και τις προβλεπτικές. Υποστήριξαν ότι οι αντιλήψεις των ασθενών για την απόδοση της φροντίδας επηρεάζουν τον βαθμό στον οποίο οι συνολικές προσδοκίες τους εκπληρώνονται από αυτήν και άρα η εκπλήρωσή τους επηρεάζει την συνολική ικανοποίησή τους αλλά και την πρόθεσή τους να ξαναχρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες του συγκεκριμένου νοσοκομείου.

Ο Miller ορίζει τις «προσδοκίες περί του ιδεώδους» (ideal expectations) ως το επιθυμητό επίπεδο απόδοσης της παρεχόμενης υπηρεσίας. Οι Swan & Tawick ορίζουν τις «επιθυμητές προσδοκίες» (desired expectations) ως το επιθυμητό –από τον χρήστη- επίπεδο απόδοσης της υπηρεσίας.

Για τον Prakash, οι «κανονιστικές προσδοκίες» είναι αυτές που θα πρέπει να εκπληρώνει μια υπηρεσία για να ικανοποιεί απολύτως τον χρήστη. Οι Williams et al. καταλήγουν συμπεραίνοντας ότι η ολοκληρωτική αποδοχή του πατερναλισμού του επαγγελματία φροντίδας υγείας, συνεπάγεται της παραίτησης του δικαιώματος αξιολόγησης της φροντίδας από τον ασθενή και της συμμετοχής του στην φροντίδα. Απέδειξαν την σπουδαιότητα της αναζήτησης του ρόλου του ασθενή ως καταναλωτή, καθώς υπάρχουν αναπόδεικτες παραδοχές σχετικά με την ικανοποίηση του ασθενή και ότι οι αξιολογήσεις των ασθενών και τα «πιστεύω» δεν ενσωματώνονται απαραίτητα σε εκφράσεις ικανοποίησης. (Meterko, 2004)

Η πιο πρόσφατη βιβλιογραφία επικεντρώνεται στην ύπαρξη πολυδιάστατων προσδοκιών. Οι Williams et al. ορίζουν τις προσδοκίες σε όρους αναγκών, αιτημάτων ή επιθυμιών, σε αντίθεση με τον Buetow που διαχωρίζει τις προσδοκίες από τις επιθυμίες και τους αποδίδει έναν χαρακτήρα εν δυνάμει προβλεπτικό. Οι Like & Zyzanski, διαχωρίζουν τις προσδοκίες των ασθενών από τα αιτήματά τους από την φροντίδα και τους επαγγελματίες φροντίδας υγείας.

Όλες αυτές οι απόψεις καθιστούν προβληματική την ανάπτυξη ενός ερμηνευτικού υποδείγματος των προσδοκιών και δεν μας παρέχουν ένα κριτήριο για να αξιολογήσουμε την εγκυρότητα του περιεχομένου των κλιμάκων που εκτιμούν τις προσδοκίες των ασθενών από την φροντίδα. Ακόμη και όταν επιβεβαιώνεται η ύπαρξη των προσδοκιών, όσοι χρησιμοποίησαν ποιοτικές μεθόδους, διαπίστωσαν ότι οι περισσότερες προσδοκίες είναι ασταθείς, καθώς μεταβάλλονται μέσα στον χρόνο και μεταξύ των ασθενών. (Meterko, 2004)

## 2. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών

Οι Straser et al. έδειξαν πως τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών (φύλο, επάγγελμα, ηλικία και εισόδημα) επηρεάζουν την ικανοποίηση από τη Νοσοκομειακή φροντίδα και συμπληρώνουν πως υπάρχει μια ισχυρή συσχέτιση των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών και της επιλογής του γιατρού και των υπηρεσιών. Κατ' επέκταση, εάν η επιλογή των υπηρεσιών φροντίδας υγείας σχετίζεται με την ικανοποίηση του ασθενή, τότε τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του ασθενή ή του συνοδού του, φαίνεται να σχετίζονται με την ποιότητα των υπηρεσιών αυτών, όπως την αντιλαμβάνεται ο ίδιος ο ασθενής. Λέγοντας δημογραφικά χαρακτηριστικά εννοούμε τα ακόλουθα : (Ραφτόπουλος, 2002)

### α. Ηλικία

Οι Fitzpatrick και Fox και Storms, είναι μεταξύ εκείνων που αμφισβητούν την σταθερή επίδραση αυτών χαρακτηριστικών στην ικανοποίηση, με εξαίρεση την ηλικία, αφού η διεθνής μαρτυρία επιβεβαιώνει ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς τείνουν να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τους νεότερους. Αυτό μπορεί να οφείλεται πιθανόν στις χαμηλές

προσδοκίες των ηλικιωμένων ασθενών, ή στην διαφοροποιημένη στάση τους απέναντι στην καθημερινότητα και σε κάποιες αξίες. Εξάλλου, οι σημερινοί ασθενείς των 70 και 80 ετών, προέρχονται από μια γενιά που θεωρεί τους γιατρούς σαν «ανώτερα όντα» και τους νοσηλευτές σαν «αγγέλους του ελέους». (Ραφτόπουλος, 2002)

Οι ηλικιωμένοι ασθενείς έχουν διαφορετικό βαθμό εξάρτησης από τη νοσηλευτική φροντίδα σε σχέση με τους νεότερους ασθενείς και μάλλον δίνουν μεγαλύτερη βαρύτητα στην θεραπεία και όχι στην «φροντίδα». Παρόλο που η δυσαρέσκεια των ασθενών μπορεί να εκφραστεί μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, αποσιωπάται από τους ίδιους αναλογιζόμενοι την πιθανότητα να ξαναγυρίσουν πάλι σε αυτό.

Από την άλλη μεριά, μπορεί να έχουν χαμηλότερες προσδοκίες από το σύστημα υγείας. Οι ανήμποροι ηλικιωμένοι, βλέπουν τον εαυτό τους σαν βάρος στις οικογένειές τους και στην κοινωνία και ίσως αισθάνονται ότι δεν αξίζουν της ανάλογης προσοχής. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς ενδιαφέρονται λιγότερο για τις λεπτομέρειες και εκδηλώνουν μικρότερη τάση για ερωτήσεις, σε σχέση με τους νεότερους ασθενείς. Εξάλλου, καθώς οι άνθρωποι μεγαλώνουν γίνονται λιγότερο επικριτικοί των παρεχόμενων υπηρεσιών. (Ραφτόπουλος, 2002)

#### β. Επίπεδο εκπαίδευσης

Το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, φαίνεται να σχετίζεται με τα υψηλά ποσοστά ικανοποίησης. Στις ΗΠΑ, οι Anderson και Zimmerman<sup>236</sup> διατείνονται πως το επίπεδο εκπαίδευσης είναι η μόνη μεταβλητή που σχετίζεται σημαντικά με την ικανοποίηση των ασθενών. Ωστόσο, κάτι ανάλογο δεν επιβεβαιώνεται στη Μεγάλη Βρετανία, οπότε και η αιτία της διαφοροποίησης πρέπει να αναζητηθεί σε άλλους συγχυτικούς παράγοντες.

#### γ. Κοινωνικό-οικονομική κατάσταση

Η συσχέτιση ικανοποίησης και «κοινωνικής τάξης» είναι λιγότερο δημοφιλής, εξαιτίας του ότι οι κοινωνικό-οικονομικές μεταβλητές, δεν καταγράφονται σε όλες τις έρευνες. Οι Hall & Dornan, θεωρούν ότι η κοινωνική θέση του ασθενή, παρουσιάζει στενή συσχέτιση με την ικανοποίηση, κάτι που εξηγείται μερικώς –στις ΗΠΑ- από το γεγονός ότι οι ευκατάστατοι απλά λαμβάνουν καλύτερη φροντίδα από τους μη προνομιούχους, ακόμη και μέσα στην ίδια Υπηρεσία. Οι Khayat & Salter, ανακάλυψαν κάποια συσχέτιση μεταξύ της κοινωνικής τάξης και της δυσαρέσκειας. Ειδικότερα, οι ασθενείς των «υψηλών» κοινωνικών τάξεων, υπήρξαν σημαντικά περισσότερο ικανοποιημένοι από τις επισκέψεις στους γιατρούς σε σύγκριση με τους ασθενείς των «κατώτερων» κοινωνικών τάξεων. (Ραφτόπουλος, 2002)

Ο Cohen G., βρήκε κάποια ανάλογη συσχέτιση για ορισμένες παραδοχές, όπως η αίσθηση της προστασίας, ή της αδιαφορίας του προσωπικού. Ωστόσο για άλλες παραδοχές, όπως η αίσθηση του ασθενή ότι τον φροντίζουν με σεβασμό και αξιοπρέπεια, δεν

διαπιστώθηκε συσχέτιση με την κοινωνική τάξη. Έτσι, δεν αποκλείει την συσχέτιση, αλλά πιστεύει ότι το εργαλείο μέτρησης που χρησιμοποίησε δεν είναι τόσο ειδικό.

#### δ. Φύλο

Γενικά, πιστεύεται ότι δεν υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στο φύλο και την ικανοποίηση. Ασφαλώς υπάρχει και η αντίθετη άποψη που υποστηρίζει ότι είτε οι άντρες είτε οι γυναίκες είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από την παροχή φροντίδας.

#### ε. Εθνικότητα

Το πιο αμφιλεγόμενο χαρακτηριστικό των ασθενών, είναι η εθνική τους καταγωγή. Έτσι, στις ΗΠΑ, οι λευκοί, στο σύνολο, εμφανίζονται περισσότερο ικανοποιημένοι από τους μη λευκούς. Στη Μεγάλη Βρετανία, οι έρευνες εστιάστηκαν στους Ασιάτες ασθενείς, αναδεικνύοντας το μείζον πρόβλημα της γλώσσας, που καθιστούσε δύσκολη την επικοινωνία με τον γιατρό. Από την άλλη μεριά, οι μουσουλμάνες γυναίκες, αναφέρουν μεγάλο άγχος, όταν εξετάζονται από έναν άνδρα γιατρό, κάτι που ισχύει και για τις Ασιάτισσες, που προτιμούν να εξετάζονται από γυναίκες γιατρούς. (Ραφτόπουλος, 2002)

#### στ. Επίπεδο υγείας

Η κατάσταση της υγείας των ασθενών φαίνεται να επηρεάζει την ικανοποίησή τους, καθώς όσο χειρότερη είναι, τόσο λιγότερο ικανοποιημένοι αισθάνονται. Συγκριτικά όμως με τους υπόλοιπους παράγοντες, το επίπεδο της υγείας και της ευεξίας των ασθενών φαίνεται να επηρεάζει λίγο την ικανοποίηση των ασθενών. Η αυξημένη σοβαρότητα της αρρώστιας και της ανικανότητας, φαίνεται ότι συσχετίζεται με το χαμηλό ποσοστό ικανοποίησης από την παρεχόμενη φροντίδα. (Ραφτόπουλος, 2002)

### 3. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

Ένας αριθμός από «κοινωνικό-ψυχολογικά» επιγεννήματα (artifacts) μπορεί να επηρεάζουν τις εκφάνσεις ικανοποίησης των ασθενών και άρα να προσθέτουν ένα σφάλμα στη μέτρηση. Η «κοινωνική αποδοχή-ευαρέσκεια» ωθεί τους ασθενείς να αναφέρουν μεγαλύτερο ποσοστό ικανοποίησης από το πραγματικό, διότι πιστεύουν πως μόνο τα θετικά σχόλια είναι ευπρόσδεκτα από τους ερευνητές. Αρκετοί ασθενείς, χρησιμοποιούν τις έρευνες για την εκτίμηση της ικανοποίησής τους, ως το ασφαλές μέσο για να κερδίσουν την εύνοια των ερευνητών, ή του προσωπικού, ιδιαίτερα όταν διασφαλίζεται η ανωνυμία τους. Οι περισσότεροι ερευνητές, πιστεύουν ότι οι ασθενείς είναι φειδωλοί στην έκφραση των παραπόνων τους, από φόβο μιας «δικαιολογημένα» χειρότερης φροντίδας στο μέλλον.

Η θεωρία του Williams διατείνεται ότι η δυσαρέσκεια εκδηλώνεται μόνο όταν συμβεί ένα ακραίο αρνητικό γεγονός. Ωστόσο, φαίνεται να επισκιάζεται από το φαινόμενο της «ευγνωμοσύνης» των ασθενών προς τους επαγγελματίες υγείας, που έχει αναγνωριστεί ως συγχυτικός παράγοντας της ικανοποίησης. (Ραφτόπουλος, 2002)



Η βιβλιογραφία είναι περιορισμένη σε ό,τι αφορά την πιθανή συσχέτιση της ικανοποίησης, με την ψυχολογική κατάσταση του ασθενή (π.χ. άγχος).

#### 4. Ο συνεντευκτής

Αναφέρεται σταθερή ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα που μάλλον εκλαμβάνεται ως δείγμα του φαινομένου του φωτοστέφανου (halo effect) που δικαιολογεί το γεγονός ότι οι ασθενείς δεν είναι πρόθυμοι να κριτικάρουν τους νοσηλευτές που τους φροντίζουν. Ο Cang S. τονίζει τη σχέση ανάμεσα στην εξάρτηση του ασθενή και των συγγενών του από αυτούς που παρέχουν τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Έτσι, οι ασθενείς μπορεί να αισθάνονται ευγνωμοσύνη και δυσαρέσκεια, ταυτόχρονα, με την ποιότητα της υπηρεσίας που τους προσφέρεται και μπορεί να μην είναι πρόθυμοι να εκφράσουν την δυσαρέσκειά τους, για τον φόβο του ανταγωνισμού με τον ιδιωτικό τομέα και της μελλοντικής εμπειρίας χειρότερων υπηρεσιών. Οι Evason E. και Whittington D. συμφωνούν με αυτή την επισήμανση, συμπληρώνοντας ότι οι ασθενείς αποφεύγουν να κριτικάρουν την φροντίδα που λαμβάνουν, αν ο συνεντευκτής είναι κάποιος από τους φροντιστές τους, ή εάν έχουν κάποιον βαθμό εξάρτησης. Οι απαντήσεις των ασθενών, στις διάφορες έρευνες για την εκτίμηση της ικανοποίησής τους, διαφέρουν ανάλογα με ποιους τους ρωτά, σε ποιο στάδιο της θεραπείας βρίσκονται και για λογαριασμό ποιου ερωτώνται.

#### 5. Ο βαθμός εξάρτησης από την φροντίδα

Ο αντίκτυπος του βαθμού εξάρτησης του ασθενή από τον νοσηλευτή, στην αξιολόγηση της φροντίδας από τον ασθενή, τεκμηριώνεται από την σχετική βιβλιογραφία. Οι Judge και Solomon υποστηρίζουν ότι η δυσαρέσκεια εκφράζεται, σταθερά, για τις νοσοκομειακές υπηρεσίες, τη στιγμή που ασκείται λιγότερη κριτική για τους επαγγελματίες υγείας. Ο Williams υποστηρίζει ότι η προηγούμενη εμπειρία εκτός του συστήματος υγείας, επηρεάζει την αξιολόγηση της φροντίδας τους και οι απόψεις των ασθενών για την παρεχόμενη φροντίδα επηρεάζονται εν μέρει από τις σχέσεις τους με τους επαγγελματίες υγείας. Οι ασθενείς ήταν προστατευτικοί, εξαιτίας της εξάρτησής τους από την υπηρεσία και την αμοιβαιότητα της σχέσης τους. (Ραφτόπουλος, 2002)

Επίσης, ο βαθμός της γνώσης των προσωπικών χαρακτηριστικών του νοσηλευτή από τον ασθενή, φαίνεται να σχετίζεται σημαντικά με την ικανοποίηση από την φροντίδα και κυρίως τις υποκλίμακες ενσυναίσθηση και ενδιαφέρον (concern and empathy). Από την άλλη μεριά, οι υποκλίμακες της επικοινωνίας, της επιδεξιότητας και της αξιοπιστίας, δεν σχετίζονται σημαντικά με την γνώση των προσωπικών χαρακτηριστικών του νοσηλευτή. (Ραφτόπουλος, 2002)

### 3.2.1 Στρατηγικές εκτίμησης της ικανοποίησης ασθενών και της ποιότητας περίθαλψης

Οι στρατηγικές εκτίμησης της ικανοποίησης ασθενών και της ποιότητας περίθαλψης περιλαμβάνουν τη χρήση κλιμάκων, οι κυριότερες εκ των οποίων, είναι οι ακόλουθες :

#### α. Ερωτηματολόγιο εκτίμησης της ικανοποίησης των ασθενών PSQ (Ware et al. 1983)

Το ερωτηματολόγιο Εκτίμησης της Ικανοποίησης των Ασθενών από την παρεχόμενη Φροντίδα (Patient Satisfaction Questionnaire PSQ), αναπτύχθηκε προκειμένου να βοηθήσει στον σχεδιασμό, την διαχείριση και την αξιολόγηση των υπηρεσιών παροχής φροντίδας υγείας. Στην αρχή περιέλαβε 900 ερωτήσεις, αλλά μετά από επεξεργασία διάρκειας 4 ετών, διαμορφώθηκε μια κλίμακα 55 ερωτήσεων. Δεν βασίστηκε σε κάποια θεωρία για την ικανοποίηση των ασθενών, κάτι που χαρακτηρίστηκε ως μειονέκτημα. Παρόλο που οι περισσότεροι παράγοντες της κλίμακας επιβεβαιώθηκαν με την παραγοντική ανάλυση, δεν ελέγχθηκε η εγκυρότητα και περισσότερο η εγκυρότητα δομής, απουσία ενός εννοιολογικού υποστηρικτικού υποδείγματος. (Νταμπάκη, 2009)

Η κλίμακα, έχει χρησιμοποιηθεί σε 8 έρευνες, απετέλεσε την βάση για την ανάπτυξη μιας νέας κλίμακας σε 5 έρευνες και ένα μέρος της έχει χρησιμοποιηθεί σε 6 έρευνες.

#### β. Client Satisfaction Questionnaire, CSQ (Larsen et al. 1979)

Η κλίμακα CSQ, αναπτύχθηκε από τους Larsen et al. προκειμένου να εκτιμηθεί η γενική ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Δόθηκαν 81 ερωτήσεις σε 32 επαγγελματίες ψυχικής υγείας και προέκυψαν 8 διαστάσεις της ικανοποίησης. Τελικά, οι ερωτήσεις της κλίμακας μειώθηκαν σε 31. Η παραγοντική ανάλυση κατέδειξε έναν παράγοντα που ερμηνεύει το 75% της παρατηρούμενης διακύμανσης και ο οποίος ονομάστηκε «Γενική Ικανοποίηση» από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Η κλίμακα δεν βασίζεται σε κάποια θεωρία, ενώ απ' ό,τι φάνηκε η ικανοποίηση είναι αδιάστατη, κάτι που πλήττει την εγκυρότητα της κλίμακας. Άλλωστε, η εγκυρότητά της δέχθηκε κριτική από τους Hays & Ware (1986) οι οποίοι μίλησαν για προβληματική διατύπωση των ερωτήσεων με τρόπο ώστε να δίνει επιθυμητές απαντήσεις. (Νταμπάκη, 2009)

#### γ. The Patient Judgments of Hospital Quality Questionnaire, PJHQ (Meterko et al. 1990)

Η κλίμακα αυτή, παρουσιάστηκε λεπτομερώς και εκτενώς μέσα από 8 άρθρα ενός τεύχους του περιοδικού Medical Care, στο οποίο οι Meterko et al. παρουσίασαν τα πορίσματα ενός έργου διάρκειας 6 μηνών και την κλίμακα που ανέπτυξαν.

Είναι από τις λίγες κλίμακες που είχαν σαν πρωταρχικό στόχο την εκτίμηση της ποιότητας της φροντίδας και την διαχώρισε από την ικανοποίηση. Το ερωτηματολόγιο περιέχει 106 ερωτήσεις.

δ. The Service Quality Questionnaire, SERVQUAL (Parasuraman et al. 1985)

Το SERVQUAL είναι από τις ελάχιστες κλίμακες των οποίων η ανάπτυξη βασίστηκε σε ένα εννοιολογικό υπόδειγμα και η μοναδική με τόσο καλή θεωρητική τεκμηρίωση. Η κλίμακα SERVQUAL δημιουργήθηκε από 3 ανθρώπους του μάρκετινγκ, τους Parasuraman, Zeithaml και Berry. Έκτοτε είναι η πιο πολυχρησιμοποιημένη και σταθμισμένη κλίμακα σε όλους τους τομείς, ενώ απετέλεσε και το επίκεντρο κριτικής. Η ανάπτυξή της προήλθε μετά μια βαθιά αναζήτηση της έννοιας της ποιότητας μιας υπηρεσίας και ύστερα από μια ευρεία ποιοτική έρευνα.

Υπάρχει διχογνωμία ανάμεσα στους ερευνητές σχετικά με τον αριθμό των παραγόντων της κλίμακας SERVQUAL ο οποίος διαφοροποιείται ανάλογα με το σε ποια υπηρεσία σταθμίστηκε. Πάντως, οι περισσότεροι συμφωνούν με το μοντέλο: χαρακτηριστικά υπηρεσίας (Ai) => σημαντικές αποφάσεις (συμπεριφορές) (Bi). Στον τομέα της φροντίδας υγείας, αυτές οι «σημαντικές συμπεριφορές» περιλαμβάνουν την πρόθεση του ασθενή να επισκεφτεί ξανά το νοσοκομείο και να το προτείνει σε κάποιον άλλον. (Νταμπάκη, 2009)

ε. The Quality of care from the perspective of elderly people, QUOTE (Sixma et al. 2000)

Είναι από τις ελάχιστες κλίμακες οι οποίες έχουν σταθμιστεί σε δείγμα ηλικιωμένων ασθενών και εκτιμά την εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας. Οι εμπνευστές της (Sixma H. et al.), πρότειναν ένα νέο εννοιολογικό υπόδειγμα. Βασισμένοι στο τρίπτυχο της ποιότητας της φροντίδας κατά τους Zastowny et al: απόδοση, βαθμός σημαντικότητας και αντίκτυπος στον ασθενή, πρότειναν την αντικατάσταση της εκτίμησης της ικανοποίησης των ασθενών με μια κλίμακα που εκτιμά τι θεωρεί ο ασθενής σημαντικό από την παρεχόμενη φροντίδα.

Μετά την διατύπωση του εννοιολογικού τους υποδείγματος, ανέπτυξαν μια κλίμακα 40 ερωτήσεων χρησιμοποιώντας μια κλίμακα Likert 4 σημείων. (Νταμπάκη, 2009)

στ. The Quality of care from the patient's perspective QPP (Larsson B.W. et al. 1993)

Πριν την ανάπτυξη αυτής της κλίμακας που εκτιμά την εκληφθείσα ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, προηγήθηκε μια ποιοτική έρευνα η οποία περιλάμβανε την συνέντευξη 20 ασθενών ηλικίας άνω των 60 ετών. Μετά την ανάλυση των συνεντεύξεων προέκυψαν 900 κώδικες που ταξινομήθηκαν σε 27 κατηγορίες. Έτσι, πρότειναν ένα υπόδειγμα 4 παραγόντων. Μετά την παρουσίαση του εννοιολογικού τους υποδείγματος, ακολούθησε η ανάπτυξη της αντίστοιχης κλίμακας QPP η οποία σταθμίστηκε το 1996 σε ένα δείγμα 611 ασθενών που νοσηλεύτηκαν σε κλινικές ενός Σουηδικού νοσοκομείου.

Η κλίμακα περιλαμβάνει 64 ερωτήσεις που περιγράφουν 17 παράγοντες και ομαδοποιούνται στους 4 αρχικούς παράγοντες που υπέδειξε η ποιοτική έρευνα. Έτσι:

τον παράγοντα ιατρική-τεχνική δεξιότητα, περιγράφουν 3 παράγοντες που αναφέρονται στην φροντίδα του σώματος, στην ιατρική φροντίδα και στην διάρκεια αναμονής για την φροντίδα,

τον παράγοντα φυσικές-τεχνικές συνθήκες, περιγράφουν 4 παράγοντες που αναφέρονται στην διατροφή, την επικοινωνία, τον εξοπλισμό και τα χαρακτηριστικά του δωματίου,

τον παράγοντα εξατομικευμένη προσέγγιση, περιγράφουν 11 παράγοντες που αναφέρονται στην παροχή πληροφόρησης για την εξέλιξη της φροντίδας, την συμμετοχή στην φροντίδα, την ενσυναίσθηση του προσωπικού και τον σεβασμό και

τον παράγοντα κοινωνικό-πολιτισμική ατμόσφαιρα, περιγράφουν 5 παράγοντες που αναφέρονται στην οργάνωση και στην γενική ατμόσφαιρα του τμήματος, στην οικογένεια και στους φίλους και τέλος, στην εκπλήρωση των επιθυμιών των ασθενών. (Νταμπάκη, 2009)

### **3.3. Ικανοποίηση των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας**

Όπως παρατηρούμε από μια σειρά δημοσιευμένων εργασιών ικανοποίησης ασθενών στον Ελληνικό χώρο είναι γεγονός ότι αν και η γενικότερη εντύπωση που επικρατεί είναι ότι τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ δεν ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις που επιβάλλει η σύγχρονη λειτουργία τους, τα αποτελέσματα των ερευνών συνηγορούν, σε μεγάλο βαθμό στο αντίθετο.

Όμως, η ικανοποίηση των Ελλήνων πολιτών από τις υπηρεσίες υγείας, έτσι όπως αυτή προκύπτει από ευρωπαϊκές έρευνες που αφορούν το γενικό πληθυσμό, εμφανίζεται να είναι χαμηλού βαθμού. Η χαμηλή ικανοποίηση του Ελληνικού γενικού πληθυσμού από τις υπηρεσίες υγείας που παρουσιάζεται μεταξύ των ευρωπαϊκών πολιτών, σχετίζεται ίσως με τις απόψεις – στάσεις του γενικού πληθυσμού που αντιμετωπίζει ως δυνητικός χρήστης όλες τις υπηρεσίες υγείας, καθώς και τη δυνατότητα πρόσβασης σε αυτές και όχι με την παροχή εξειδικευμένων νοσοκομειακών υπηρεσιών που ερευνούν οι μελέτες.(Θεοδοσοπούλου, 2000)

Στη συνέχεια θα παρουσιαστούν κάποιες επιλεγμένες μελέτες από την Ελλάδα που ερεύνησαν την ικανοποίηση των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

1. Συγκριτική ανάλυση μελετών ικανοποίησης ασθενών σε νοσοκομεία στην Αττική (Πολύζος Ν. και συνεργάτες, 2004).

Πηγή : Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2005, 22(3):284-295)

Υλικό – μέθοδος : Οι έρευνες διεξήχθησαν με τη μέθοδο της στρωματοποιημένης δειγματοληψίας και με τη χρήση ερωτηματολογίων σε ένα εξειδικευμένο μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα νοσοκομείο και σε ένα νεοσύστατο δημόσιο νοσοκομείο.

Αποτελέσματα : Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών και στα δύο νοσοκομεία ήταν σχετικά μεγάλος (άνω του 70%). Η ικανοποίηση των ασθενών, αν και υψηλή και για τα δύο νοσοκομεία, ήταν ωστόσο υψηλότερη στο νοσοκομείο μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, όπου το σύστημα ποιότητας χρησιμοποιούνταν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

2. Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής. (Παπαγιαννοπούλου Β. και συνεργάτες, 2004).

Πηγή : Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2008, 25(1): 73-82

Υλικό – Μέθοδος : Ένα δείγμα 1000 ατόμων (οι συνοδοί των παιδιών) με τη μέθοδο της στρωματοποιημένης δειγματοληψίας. Η ικανοποίηση μετρήθηκε με τη χρήση της πεντάβαθμης κλίμακας Likert, στην οποία το 1 αντιπροσώπευε το «καθόλου ικανοποιημένος» και το 5 το «απόλυτα ικανοποιημένος». Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν με τη μέθοδο της προσωπικής συνέντευξης.

Αποτελέσματα : Η συνολική αξιολόγηση των υπηρεσιών του νοσοκομείου αποδεικνύει ότι οι συνοδοί των ασθενών έμειναν περισσότερο ικανοποιημένοι απ' όσο προσδοκούσαν. Οι εργαζόμενοι στο νοσοκομείο, ειδικά στις ιατρονοσηλευτικές υπηρεσίες, αξιολογήθηκαν με αρκετά υψηλό βαθμό από τους χρήστες των υπηρεσιών, γεγονός που βελτιώνει τη συνολική εικόνα του νοσοκομείου. Αντίθετα οι υποδομές επηρέασαν αρνητικά την ικανοποίηση.

3. Αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας με τη συνεπικουρία «αναφορών περίθαλψης» των ασθενών ( Ι. Σκαλκίδης, Φ. Παπαδόπουλος, Η. Σκαλκίδης, 2009)

Πηγή : Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2010, 27(3): 487-497.

Υλικό – Μέθοδος : Πεντακόσιοι δύο εξωτερικοί ασθενείς κεντρικού νοσοκομείου της Αττικής, συμπλήρωσαν ειδικά ερωτηματολόγια που αφορούσαν σε σημαντικά περιστατικά της περίθαλψής τους το τελευταίο 12μηνο πριν την μελέτη.

Αποτελέσματα : Ορισμένα κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών (όπως η ελληνική καταγωγή, το ανδρικό φύλο κ.α.) συσχετίζονται με παροχή καλύτερης περίθαλψης. Επίσης η μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασθενών από τις παρασχεθείσες

υπηρεσίες συσχετίζεται σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο με τη μεγαλύτερη ηλικία, τη χαμηλότερου επιπέδου μόρφωση, το μικρότερο οικογενειακό εισόδημα αλλά και το «ευγενέστερο» ασφαλιστικό ταμείο. Φαίνεται λοιπόν ότι οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες έχουν σημαντική επίδραση στην παρεχόμενη περίθαλψη και στην ικανοποίηση των ασθενών.

4. Ερωτηματολόγιο μέτρησης της ικανοποίησης των επισκεπτών των εξωτερικών ιατρείων οφθαλμολογικής κλινικής ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου (B. Αλετράς, Φ. Ζαχαράκη, Δ. Νιάκας, 2005).

Πηγή : Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής , 2007, 24(1): 89-96.

Υλικό – Μέθοδος : Αφού δημιουργήθηκε ερωτηματολόγιο αποτύπωσης των απόψεων των χρηστών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες στα εξωτερικά ιατρεία ενός δημόσιου νοσοκομείου, διεξήχθη τηλεφωνική έρευνα σε δείγμα 100 ασθενών που επισκέφθηκαν τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία της Οφθαλμολογικής κλινικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας το πρώτο εξάμηνο του 2005.

Αποτελέσματα : Ένα βασικό εύρημα ήταν η πολύ υψηλή ικανοποίηση των χρηστών από την απόδοση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, ενώ ο χρόνος που απαιτείται για το κλείσιμο του ραντεβού και η μεγάλη αναμονή έως την ημέρα της εξέτασης φαίνεται ότι αποτελούν πηγή δυσαρέσκειας.

5. Ικανοποίηση χρηστών από τις υπηρεσίες ενός Κοινοτικού Κέντρου Ψυχικής υγείας στη βόρεια Ελλάδα ( Μ. Καμπάντα, Δ. Νιάκας, 2003)

Πηγή : Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2004, 21(4): 354-362.

Υλικό – Μέθοδος : Το δείγμα αποτέλεσαν 250 χρήστες της υπηρεσίας στη διάρκεια ενός τριμήνου, του 2002. Χρησιμοποιήθηκε ειδικό ερωτηματολόγιο, το οποίο συμπληρώθηκε με τηλεφωνική συνέντευξη. Η ικανοποίηση μετρήθηκε σε τρεις βασικές διαστάσεις, που περιλάμβαναν την υποδομή και τις διοικητικο-διαχειριστικές διαδικασίες, τις ιατρικές – παραϊατρικές διαδικασίες και το αποτέλεσμα της θεραπευτικής παρέμβασης στην υγεία των χρηστών, όπως γίνεται αντιληπτό από τους ίδιους.

Αποτελέσματα : Η ικανοποίηση των χρηστών ήταν υψηλή στους τομείς της υποδομής και των παρεχόμενων διοικητικών υπηρεσιών και ακόμη περισσότερο στο κλινικό έργο. Στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς το βαθμό ικανοποίησης υπάρχουν μόνο δε δύο μεταβλητές : τον τόπο διαμονής (οι διαμένοντες στην ύπαιθρο είχαν υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης) και το επίπεδο εκπαίδευσης των χρηστών ( οι έχοντες χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης είχαν υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης).

6. Η ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσοκομειακή φροντίδα στην Ελλάδα : Αποτελέσματα έρευνας γνώμης στην ευρύτερη περιοχή Αθηνών (Κ. Σουλιώτης, Α. Δόλγερας, Δ. Κόντος, Χ. Οικονόμου, 2001).

Πηγή : Πρωτοβάθμια Φροντίδα υγείας, 2002, 14(3): 114-118.

Υλικό – Μέθοδος : Η έρευνα στηρίχθηκε σε τηλεφωνικές συνεντεύξεις που διεξήχθησαν το Φεβρουάριο του 2000, σε δείγμα πληθυσμού 350 ατόμων, ηλικίας 15-65 ετών στην περιοχή της Αθήνας.

Αποτελέσματα : Οι υπηρεσίες των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. ικανοποιούν περισσότερο τους ασθενείς των χαμηλότερων κοινωνικών τάξεων ενώ οι ασθενείς των υψηλότερων κοινωνικών τάξεων εκφράζουν μεγαλύτερη δυσαρέσκεια. Πάντως το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (59,2%) δηλώνει ικανοποιημένο από τις υπηρεσίες, ενώ από την άλλη υψηλό θεωρείται και το ποσοστό (10,2%) των ερωτηθέντων που δήλωσε καθόλου ικανοποιημένο από την παρεχόμενη περίθαλψη.

7. Ικανοποίηση Νοσοκομειακών Υπηρεσιών και Βιώσιμη ανάπτυξη : Απόψεις Εργαζομένων και Χρηστών της Νοσοκομειακής Μονάδας του Ευαγγελισμού (Α. Βασσάλου, πτυχιακή εργασία, 2003)

Υλικό – Μέθοδος : Η συγκεκριμένη έρευνα μέτρησε την επαγγελματική ικανοποίηση του προσωπικού αλλά και την ικανοποίηση των χρηστών. Εδώ θα αναφερθούν μόνο τα στοιχεία που σχετίζονται με την ικανοποίηση των ασθενών. Η συλλογή των στοιχείων έγινε με τη χρήση ερωτηματολογίου σε δείγμα 100 ατόμων, που συμπληρώθηκαν από τους ίδιους τους ασθενείς ή από συγγενείς τους και σε κάποιες περιπτώσεις μέσω συνέντευξης.

Αποτελέσματα : Η ικανοποίηση των ασθενών βρέθηκε να είναι χαμηλή έως ελάχιστη (αντανακλώντας, ίσως, αυτή των εργαζομένων).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ, ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΠΙΘΑΝΟΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΜΟΣ ΤΟΥΣ

### 4.1. Οργανωσιακή κουλτούρα και εργασιακή ικανοποίηση

Η εργασιακή ικανοποίηση θεωρείται ένας από τους μείζονες δείκτες ποιότητας στα συστήματα φροντίδας υγείας. Η απόδοση των νοσηλευτών στην εργασία τους και η ικανοποίηση των αναγκών τους από αυτή, έχουν σχέση αφενός με το περιεχόμενο και τη φύση του επαγγέλματος και αφετέρου, με το σχεδιασμό και την οργάνωση της εργασίας. Αναμφίβολα, οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν πάγια προβλήματα στην καθημερινή εργασία τους, τα οποία δυσχεραίνουν την ποιοτική και ποσοτική φροντίδα των νοσηλευόμενων και επομένως την διεκπεραίωση των καθηκόντων τους.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, οι παράγοντες που συμβάλλουν ιδιαίτερα στην εργασιακή ικανοποίηση είναι ο άμεσος προϊστάμενος, η ομαδικότητα και η συνεργασία, οι εργασιακές συνθήκες, η ηγεσία και ο σχεδιασμός, η επικοινωνία, η εκπαίδευση, η αναγνώριση και οι ανταμοιβές. Ο άμεσος προϊστάμενος αποτελεί βασικό κλειδί για την ικανοποίηση. Ο σεβασμός, η δικαιοσύνη και η ικανότητα επίλυσης θεμάτων είναι οι τρεις συνιστώσες που έχουν ως αποτέλεσμα δημιουργία θετικής ή αρνητικής εικόνας για τον προϊστάμενο.

Σημαντικό είναι και το πνεύμα της ομαδικότητας και της συνεργασίας στον οργανισμό καθώς και οι σαφείς ρόλοι, η ηγεσία, η καλή επικοινωνία και εμπιστοσύνη. Παράλληλα είναι ιδιαίτερα σημαντικό για το άτομο να γνωρίζει με σαφήνεια τις αρμοδιότητες και τα καθήκοντά του. (Γερογιάννης et all)

Σε όλα τα παραπάνω σημαντικό ρόλο παίζει η κουλτούρα του οργανισμού. Σε ό,τι αφορά στο είδος της κουλτούρας που φαίνεται ότι παίζει το σπουδαιότερο ρόλο στην ανάπτυξη και υποστήριξη της εργασιακής ικανοποίησης, φαίνεται ότι οι οργανισμοί που προωθούν και ενισχύουν την ατομική πρωτοβουλία και την καθημερινή ενθάρρυνση για υψηλά επιτεύγματα έχουν τον πρώτο λόγο. Επίσης, υπάρχει θετική και ισχυρή συσχέτιση ανάμεσα στην κουλτούρα ποιότητας και την ικανοποίηση. Αντίθετα, κουλτούρες ρόλων δε σχετίζονται ούτε θετικά ούτε αρνητικά με την ικανοποίηση των εργαζομένων από την εργασία τους. (Mahmoud et all, 2008)



Στη συνέχεια θα παρουσιαστούν επιλεκτικά κάποιες έρευνες που διερεύνησαν τη σχέση ανάμεσα στην οργανωσιακή κουλτούρα και της εργασιακή ικανοποίηση.

1. Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: A review of the research literature. B. Coomber, K. L. Barriball,

Πηγή : International Journal of Nursing Studies, 2007, 44(3) 297–314

Σκοπός : Η διερεύνηση των επιπτώσεων των συνιστωσών της εργασιακής ικανοποίησης στην πρόθεση εγκατάλειψης της συγκεκριμένης εργασίας καθώς και στον κύκλο εργασιών του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε νοσοκομεία, προκειμένου να προσδιοριστούν οι πιο σημαντικοί παράγοντες.

Μέθοδος : Έγινε μία συστηματική έρευνα της βιβλιογραφίας προκειμένου να αναγνωριστούν οι σχετικές διεθνείς έρευνες. Χρησιμοποιήθηκαν τρεις βάσεις δεδομένων (π.χ. BNI, CINAHL and PsychInfo) από τις οποίες προέκυψαν εννέα άρθρα που πληρούσαν τα κριτήρια. Τρία επαναλαμβανόμενα θέματα προσδιορίστηκαν στη βιβλιογραφία: η ηγεσία, το μορφωτικό επίπεδο, οι αποδοχές και το στρες.

Αποτελέσματα : Τα κύρια ευρήματα δηλώνουν ότι το θέμα του στρες και της ηγεσίας εξακολουθούν να ασκούν επιρροή στην δυσαρέσκεια από την εργασία και στην εγκατάλειψη του επαγγέλματος από τους/τις νοσηλευτές/τριες. Βρέθηκε επίσης ένας συσχετισμός της εργασιακής ικανοποίησης με τις αποδοχές και το μορφωτικό επίπεδο αλλά δεν ήταν συνεπής και ισχυρός.

2. Organizational culture and job satisfaction, Lund D.

Πηγή : Journal of Business & Industrial Marketing, 2003, 18(3):219-236.

Σκοπός : Η διερεύνηση της σχέσης των διαφόρων τύπων οργανωσιακής κουλτούρας με την εργασιακή ικανοποίηση των εργαζομένων.

Μέθοδος : Χρησιμοποιήθηκε ένα αυτοδιαχειριζόμενο δομημένο ερωτηματολόγιο που ζητούσε απαντήσεις για αρκετά θέματα, συμπεριλαμβανομένων της οργανωσιακής κουλτούρας και της εργασιακής ικανοποίησης. Ταχυδρομήθηκαν 1800 ερωτηματολόγια από τα οποία απαντήθηκαν 360. Το δείγμα αποτέλεσαν επαγγελματίες από διάφορους οργανισμούς των ΗΠΑ και επιλέχθηκε από μία συστηματική βάση δεδομένων από έναν κατάλογο της Ένωσης Μάρκετινγκ.

Αποτελέσματα : Το Μοντέλο των Ανθρώπινων Πόρων (The Clan Culture) και το Μοντέλο Ανοιχτού Συστήματος (The Adhocracy Culture) σχετίζονται θετικά με την εργασιακή ικανοποίηση, ενώ το Μοντέλο Στόχων/Αποδοτικότητας (The Market culture) και το Μοντέλο Εσωτερικών Διαδικασιών (The Hierarchy Culture) σχετίζονται αρνητικά αυτήν.

Η σειρά, λοιπόν, των τύπων κουλτούρας από το καλύτερο προς το χειρότερο επίπεδο εργασιακής ικανοποίησης έχει ως εξής: Μοντέλο των Ανθρώπινων Πόρων, Μοντέλο Ανοιχτού Συστήματος, Μοντέλο Στόχων/Αποδοτικότητας, Μοντέλο Εσωτερικών Διαδικασιών.

3. Do types of organizational culture matter in nurse job satisfaction and turnover intention? Park J.S., Kim T.H.

Πηγή : Leadership in Health Services, 2009, 22(1):20-38.

Σκοπός: Η διερεύνηση του εάν και πως οι διαφορετικοί τύποι οργανωσιακής κουλτούρας σχετίζονται με την επαγγελματική ικανοποίηση και την πρόθεση αποχώρησης από την εργασία ανάμεσα στο νοσηλευτικό προσωπικό την Κορέας, όπου συχνά η οργανωσιακή κουλτούρα θεωρείται διαφορετική απ' ότι στις Δυτικές χώρες.

Μέθοδος : Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 527 άτομα από το νοσηλευτικό προσωπικό δύο δημόσιων νοσοκομείων στην Κορέα. Η αντιληπτή κουλτούρα αξιολογήθηκε με ένα προσφάτως επικαιροποιημένο εργαλείο είκοσι ερωτήσεων και η εργασιακή ικανοποίηση μαζί με την πρόθεση εγκατάλειψης του επαγγέλματος μετρήθηκαν με ερωτηματολόγια που συμπλήρωσαν οι ίδιοι οι ερωτώμενοι.

Αποτελέσματα : Ανάμεσα στους διαφορετικούς τύπους κουλτούρας, η συναινετική και ορθολογική κουλτούρα βρέθηκαν να έχουν μία σημαντική, θετική σχέση με την εργασιακή ικανοποίηση. Επιπροσθέτως, η συναινετική κουλτούρα παρουσίασε την ισχυρότερη, αρνητική σχέση με την πρόθεση εγκατάλειψης του επαγγέλματος, ενώ η ιεραρχική κουλτούρα παρουσίασε μία σημαντική, θετική σχέση.

4. Organizational Culture and Physician Satisfaction with Dimensions of Group Practice. Zazzali J., Alexander J., Shortell S., Burns L.

Πηγή : HSR: Health Services Research, 2007, 42(3):1150-1176.

Σκοπός : Η αξιολόγηση του βαθμού στον οποίο η οργανωσιακή κουλτούρα ομάδων ιατρών σχετίζεται με την ατομική, εργασιακή ικανοποίηση και τις οργανωτικές ικανότητες των ομάδων.

Μέθοδος : Το δείγμα αποτέλεσαν πενήντα δύο ιατρικές ομάδες συνδεδεμένες με δώδεκα ολοκληρωμένα συστήματα υγείας στις Η.Π.Α., με τη συμμετοχή 1593 ερωτηθέντων ιατρών. Εκπροσωπήθηκαν επαρκώς οι μεγαλύτερες ιατρικές ομάδες και οι ομάδες πολλαπλών ειδικοτήτων, σε σύγκριση με το σύνολο αυτών σε όλες τις Η.Π.Α.

Αποτελέσματα : Η ομαδική (δηλαδή συμμετοχική) κουλτούρα σχετίζεται θετικά με την εργασιακή ικανοποίηση, ενώ η ιεραρχική (δηλαδή η γραφειοκρατική) και η ορθολογική

(δηλαδή η προσανατολισμένη στο καθήκον) κουλτούρα σχετίζονται αρνητικά. Τέλος, η αναπτυξιακή κουλτούρα δεν σχετίστηκε σημαντικά με την εργασιακή ικανοποίηση.

5. Impact of organizational structure on nurses' job satisfaction. Willem A., Buelens M., De Jonghe I.

Πηγή : International journal of Nursing Studies, 2007, 44:1011-1020.

Σκοπός : Έρευνα της σχέσης ανάμεσα σε μεταβλητές της οργανωσιακής δομής (τυποποίηση, συγκεντρωτισμός και εξειδίκευση) και της ικανοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού. Αυτό μας επιτρέπει να μάθουμε αν οι αλλαγές στην οργανωσιακή δομή μπορούν να βοηθήσουν στη βελτίωση της ικανοποίησης και συνακόλουθα στην ποιότητα της εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού.

Μέθοδος : Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από ερωτηματολόγια σε τυχαίο δείγμα μη διοικητικού, νοσηλευτικού προσωπικού, σε τρία βελγικά, γενικά νοσοκομεία. Η ικανοποίηση μετρήθηκε με το δείκτη εργασιακής ικανοποίησης των Stamp και Piedmont. Η οργανωτική δομή μετρήθηκε επίσης με μία υπάρχουσα κλίμακα.

Αποτελέσματα : Τα αποτελέσματα υποστηρίζουν την αρνητική επίδραση του συγκεντρωτισμού και την ξεκάθαρα θετική επίδραση της εξειδίκευσης και της τυποποίησης στην εργασιακή ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού.

#### **4.2. Οργανωσιακή κουλτούρα και ικανοποίηση ασθενών**

Η οργανωσιακή κουλτούρα επηρεάζει την ατομική συμπεριφορά, τα ενδιαφέροντα, τον τρόπο που οι εργαζόμενοι λειτουργούν σε διάφορες περιστάσεις, τον τρόπο που κοινωνικοποιούνται και επικοινωνούν με άλλα άτομα. Υπάρχει μια άμεση σχέση μεταξύ της ποιότητας περίθαλψης στα νοσοκομεία, την ευεξία των γιατρών και της οργανωτικής κουλτούρας. (Fey, Denison, 2000)

Η παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδα στους ασθενείς αποτελεί κρίσιμης σημασίας διαχρονικό ζητούμενο και συνεχώς επιτείνεται για μια σειρά από λόγους όπως η αναποτελεσματικότητα των υγειονομικών υπηρεσιών, η συνεχή αύξηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας χωρίς ανάλογη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, η άνοδος του μορφωτικού και πολιτισμικού επιπέδου της κοινωνίας και κατ' επέκταση αυξανόμενη απαίτηση για καλύτερη αντιμετώπιση.

Ωστόσο, η διαφορετική αντίληψη της ποιότητας προκαλεί συγκρουσιακές εντυπώσεις και χαρακτηρίζει την ιδιοτυπία της διασφάλισής της στις υγειονομικές υπηρεσίες. (Taormina, 2008)

Οι παράγοντες προσδιορισμού της ποιότητας εντοπίζονται στην οργανωτική δομή και διαχείριση των πόρων, στη διαδικασία παραγωγής υπηρεσιών και βαθμό ικανοποίησης ασθενών, στην οργανωτική συμπεριφορά του υγειονομικού προσωπικού και στους μηχανισμούς διαχείρισης πληροφοριών. Οι παράγοντες τεκμηριώνουν ποιοτική υποβάθμιση που οφείλεται στη γραφειοκρατία, στην αρνητική συμπεριφορά των δημόσιων λειτουργών υγείας, στο επιχειρησιακό μοτίβο των ιδιωτικών λειτουργών και στην κατάχρηση του υλικοτεχνικού εξοπλισμού (διαγνωστικού και επεμβατικού). Η υποβάθμιση δημιουργεί, μειωμένη υγειονομική αποτελεσματικότητα, αντιστρόφως ανάλογη οικονομική αποδοτικότητα και χαμηλού επιπέδου κοινωνική ωφελιμότητα του συστήματος.

Φαίνεται, επίσης, να υπάρχει μία σημαντική και θετική σχέση ανάμεσα στην κουλτούρα ομαδικής εργασίας και στην ικανοποίηση των νοσηλευόμενων ασθενών και μία σημαντική και αρνητική σχέση ανάμεσα στην γραφειοκρατική κουλτούρα και την ικανοποίηση των νοσηλευόμενων ασθενών. (Taormina, 2008)

Εδώ θα γίνει παρουσιασθούν επιλεκτικά κάποιες έρευνες που διερεύνησαν τη σχέση ανάμεσα στην οργανωσιακή κουλτούρα και την ικανοποίηση των ασθενών.

1. Thome S., Kazanjian A., MacEntee M., Oral health in long-term care. The implications of organizational culture.

Πηγή : Journal of Aging Studies, 2001, 15(2):271-283.

Σκοπός : Η σύγκριση των υπαρχόντων μοντέλων παροχής οδοντιατρικών υπηρεσιών και στοματικής υγιεινής στους ανθρώπους μεγάλης ηλικίας και η εύρεση των μηχανισμών με τους οποίους το οργανωτικό πλαίσιο κάθε ιδρύματος επηρεάζει την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών στοματικής υγείας.

Μέθοδος : Η αρχική μελέτη ήταν ένα πρόγραμμα αξιολόγησης βασισμένο σε μια συγκριτική μελέτη περίπτωσης 12 μονάδων μακροχρόνιας φροντίδας. Τα δεδομένα για κάθε μελέτη συμπεριελάμβαναν συνεντεύξεις με διευθυντές, προσωπικό παροχής φροντίδας, ασθενείς και μέλη της οικογένειάς τους, διοικητικά έγγραφα, και κλινική μέτρηση της στοματικής υγείας των ασθενών.

Αποτελέσματα: Η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων για τη στοματική υγιεινή του πληθυσμού που βρίσκεται σε εγκαταστάσεις μακροχρόνιας φροντίδας εμφανίζει εξάρτηση από διάφορους αλληλεπιδρώντες παράγοντες που συνδέονται με τις συγκεκριμένες οδοντιατρικές και στοματικής υγείας προγραμματικές στρατηγικές που είναι σε ισχύ καθώς

και με το οργανωτικό πλαίσιο που είτε τις υποστηρίζει είτε τις αναστέλλει. Οι παράγοντες αυτοί περιελάμβαναν παραλλαγές και στο οργανωτικό πλαίσιο και στην οργανωσιακή κουλτούρα. Αυτά τα δύο μαζί, θα χρησιμεύσουν στη δημιουργία ενός οργανωτικού πλαισίου εντός του οποίου η στοματική υγεία αποτιμάται και υποστηρίζεται.

## 2. Chiung-Hsuan Chiu, Wei-Han Pan, Chung-Jen Wei, Does Organizational Culture Impact Patient Safety Management?

Πηγή : Asian Journal of Health and Information Sciences, 2008, 3(1-4):88-100.

Σκοπός : Διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στην οργανωσιακή κουλτούρα και τη διαχείριση της ασφάλειας των ασθενών με σκοπό να εντοπιστεί ποια κουλτούρα θα μπορούσε να κερδίσει από την εφαρμογή της ασφάλειας των ασθενών.

Μέθοδος : Η συγκεκριμένη μελέτη, βασισμένη στη θεωρία των Ανταγωνιστικών Αξιών, υιοθέτησε τέσσερις κατηγορίες οργανωσιακής κουλτούρας (λογική, αναπτυξιακή, ομαδική και ιεραρχική κουλτούρα) και ένα αυτοεπινοημένο ερωτηματολόγιο πάνω στην ασφάλεια των ασθενών. Το ερωτηματολόγιο μοιράστηκε σε ιατρούς, νοσηλευτικό, παραϊατρικό και διοικητικό προσωπικό τεσσάρων νοσοκομείων στην Ταϊβάν. Συμπληρώθηκαν συνολικά 181 ερωτηματολόγια.

Αποτελέσματα: Εμφανίζονται πολλαπλοί τύποι κουλτούρας και οι τέσσερις κατηγορίες κουλτούρας που υιοθέτησε η έρευνα συνυπάρχουν έχοντας διαφορετικές συσχετίσεις και δύναμη με τις άλλες. Η συσχέτιση ανάμεσα στην λογική κουλτούρα και στην ασφάλεια των ασθενών βρέθηκε να είναι αρνητικά, στατιστικά σημαντική. Η αναπτυξιακή, η ομαδική και η ιεραρχική κουλτούρα βρέθηκαν να έχουν στατιστικά σημαντική σχέση με την διαχείριση της ασφάλειας των ασθενών.

## 3. Gregory B., Harris S., Armenakis A., Shook C., Organizational culture and effectiveness: A study of values, attitudes, and organizational outcomes.

Πηγή : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0148296308001999>

Σκοπός : Να αντιμετωπιστούν οι άμεσες και έμμεσες επιδράσεις της οργανωσιακής κουλτούρας στην αποτελεσματικότητα.

Μέθοδος : Ζητήθηκε από την κορυφαία διοικητική ομάδα καθενός από 99 νοσοκομεία σε όλη την Αγγλία, να συμμετέχει στην έρευνα. Η οργανωσιακή κουλτούρα μετρήθηκε με έρευνα σε αυτές τις ομάδες. Οι πρώτοι 150 ασθενείς που πήραν εξιτήριο από κάθε μονάδα υγείας, μέσα σε κάθε ημερολογιακό τρίμηνο της έρευνας, προσεγγίστηκαν από έναν αντιπρόσωπο της μονάδας και τους ζητήθηκε να συμμετέχουν σε μία τηλεφωνική έρευνα σχετικά με την ικανοποίησή τους από την φροντίδα που έλαβαν κατά τη διάρκεια της

νοσηλείας τους. Η ικανοποίηση των ασθενών κυμάνθηκε σε μία κλίμακα από το 1 (όχι ικανοποιημένοι) μέχρι το 10 (πολύ ικανοποιημένοι).

Αποτελέσματα : Το εύρημα που δείχνει μία θετική σχέση ανάμεσα στην ομαδική κουλτούρα και την ικανοποίηση των ασθενών παρέχει εμπειρική υποστήριξη της ιδέας ότι οι οργανισμοί που εκτιμούν την ομαδική εργασία, τη συνοχή και την συμμετοχή των εργαζομένων τείνουν να ξεπερνούν εκείνους που δεν εκτιμούν αυτές τις αξίες. Η σχέση ανάμεσα στην ομαδική κουλτούρα και την ικανοποίηση των ασθενών ενισχύει τον ισχυρισμό ότι οι οργανισμοί που εκτιμούν τους εργαζομένους τους είναι ικανοί να παρέχουν καλύτερες υπηρεσίες από εκείνους που δεν τους εκτιμούν. Τα αποτελέσματα επίσης δείχνουν ότι οι ισορροπημένες κουλτούρες πετυχαίνουν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης των ασθενών απ' ό,τι οι μη ισορροπημένες.

### **4.3. Εργασιακή ικανοποίηση και ικανοποίηση ασθενών**

Έχει μακράν διαπιστωθεί ότι η εργασιακή ικανοποίηση σχετίζεται κατευθείαν με την ποιότητα της υγείας που εξασφαλίζεται ( Larson et al. 1984). Φαίνεται ότι η βελτιωμένη ικανοποίηση των νοσηλευτών οδηγεί σε μια καλή κλινική κατάληξη και μειώνει την διάρκεια παραμονής στις νοσηλευτικές μονάδες που είναι στενά συνδεδεμένη με την ποιότητα φροντίδας (Bryan et al. 1998).

Επιπλέον, η ποιότητα της φροντίδας υγείας φαίνεται να βελτιώνεται όταν οι νοσηλευτές αποκτούν αυτονομία και αναμένεται να λειτουργήσουν στο επίπεδο για το οποίο έχουν προετοιμαστεί. Η επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων πάσης φύσεως και ειδικά των επαγγελματιών υγείας είναι ο πιο σημαντικός και με ιδιαίτερη βαρύτητα λόγος της σωστής παροχής νοσηλευτικών υπηρεσιών που προσφέρονται στους ασθενείς. (Ervin,2006)

Είναι γεγονός, πως η επαγγελματική ικανοποίηση στο περιβάλλον του νοσοκομείου έχει ως απόρροια την προσφορά ποιοτικής φροντίδας στους ασθενείς, σε ένα χώρο που είναι υψίστης σημασίας η σωστή και αποδοτική παροχή υπηρεσιών αφού μέσω αυτών επιτυγχάνεται η προαγωγή της υγείας και ευεξίας του ασθενούς. (Ervin,2006)

Η εργασιακή ικανοποίηση έχει μια αμφίδρομη σχέση με την ικανοποίηση των ασθενών. Πρώτα απ' όλα οι σχέσεις των νοσηλευτών με τους ασθενείς, αποτελούν ένα σημαντικό παράγοντα που συμβάλλει στην επαγγελματική τους ικανοποίηση. Αυτό συμβαίνει, λόγω της ιδιαίτερης μορφής που αποκτάει αυτή η σχέση, καθώς αρκετοί νοσηλευτές – τριες «δένονται» συναισθηματικά με τους ασθενείς και θεωρούν, τρόπον τινά, υπεύθυνο τον εαυτό τους για αυτούς.

Επομένως, η δυνατότητα παροχής κατάλληλης και ποιοτικής φροντίδας, η οποία περιλαμβάνει την ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών και συνοδεύεται από αίσθημα επιτυχίας, οδηγεί στην ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού. (Ervin,2006)

Οι ίδιοι οι νοσηλευτές – τριες καθορίζουν ως σπουδαιότερους παράγοντες της εργασίας τους τις σχέσεις με τους ασθενείς, την παροχή φροντίδας και τη συναισθηματική υποστήριξη αυτών. Επισημαίνουν ως ανταμοιβές που οδηγούν στην ικανοποίησή τους, την καθιέρωση διαπροσωπικών σχέσεων με τους ασθενείς και τους συγγενείς και τη δυνατότητα περισσότερου χρόνου παροχής άμεσης φροντίδας προς αυτούς.(Meterko et all, 2004)

Παράλληλα, δεν πρέπει να μας διαφεύγει το γεγονός ότι ο χαρακτήρας του επαγγέλματος όλων των λειτουργών υγείας απαιτεί στενή και συχνή αλληλεπίδραση με δέκτες που, συχνά, εκδηλώνουν αρνητική συμπεριφορά όπως επιθετικότητα, παθητικότητα και αδράνεια. Αυτό το γεγονός αποτελεί σημαντικό παράγοντα επαγγελματικής εξουθένωσης επηρεάζοντας έτσι και την επαγγελματική ικανοποίηση.

Γενικά, υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από την εργασία συνδέονται με χαμηλότερα επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης. (Ervin,2006)

Η επαγγελματική εξουθένωση είναι ένα σύνδρομο συναισθηματικής εξουθένωσης, αποπροσωποποίησης και μειωμένης προσωπικής επίτευξης που εμφανίζεται μεταξύ των ατόμων που εργάζονται με ανθρώπους. Η συναισθηματική εξουθένωση αναφέρεται στο πώς νοιώθει κάποιος όταν έχει υπερεπενδύσει συναισθηματικά στην επαφή του με άλλους. Καθώς τα συναισθηματικά αποθέματα μειώνονται, αισθάνεται ότι δεν είναι πλέον ικανός να «επενδύσει ενέργεια» στους άλλους. Η αποπροσωποποίηση αναφέρεται στη χωρίς συναίσθημα απόκριση στους ανθρώπους, συχνά στους λαμβάνοντες φροντίδα. Αυτή η αρνητική διάθεση ίσως μεταφράζεται σε αγένεια, έλλειψη ευαισθησίας ή ακόμη και ακατάλληλη συμπεριφορά και απόσυρση. (Willem, 2007)

Η μειωμένη προσωπική επίτευξη αναφέρεται στη μειωμένη αίσθηση πληρότητας και επιτυχούς επίτευξης που έχει κάποιος στην εργασία του με ανθρώπους και που μπορεί, στη συνέχεια, να αναπτύξει πιο ακραία συναισθήματα, όπως της ανεπάρκειας, της αποτυχίας, της απώλειας της αυτοεκτίμησης, ακόμη και συμπτώματα κατάθλιψης. (Willem. 2007)

Χαρακτηριστική ένδειξη εμφάνισης της επαγγελματικής εξουθένωσης αποτελεί η αποθάρρυνση του επαγγελματία, κάτω από το φόρτο και την απαιτητική φύση της εργασίας του, που τον προβληματίζει για το πώς θα αντιμετωπίσει την επόμενη μέρα και πώς θα αφιερωθεί ολόψυχα στους ασθενείς του. Ταυτόχρονα δημιουργεί την αίσθηση στον επαγγελματία ότι δεν είναι ικανός ή ότι δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του ή σε αυτές του εργασιακού του περιβάλλοντος.

Συχνά η αποθάρρυνση εντείνεται όταν ασκείται κριτική σ' αυτόν ή όταν δεν αναγνωρίζονται οι προσπάθειές του και οδηγείται βαθμιαία σε μια απρόσωπη συμπεριφορά. Ο επαγγελματίας περιορίζει βαθμιαία τις επαφές του και ελαττώνει τις συχνές επισκέψεις του στους θαλάμους, αποφεύγει τη συναισθηματική επαφή με τους ασθενείς, εμφανίζεται πολυάσχολος και μη διαθέσιμος και δίνει σύντομες πληροφορίες. Συχνά φέρεται σαν να έχει απέναντί του μια «ασθένεια» ή ένα «περιστατικό», παρά έναν άνθρωπο που είναι ασθενής, και μερικές φορές γίνεται απότομος, επιθετικός και κυνικός. Άλλες χαρακτηριστικές ενδείξεις αποτελούν και οι στάσεις ψυχρότητας, τυπικότητας, αδιαφορίας και έλλειψης φροντίδας, ενδιαφέροντος και σεβασμού προς τους ασθενείς με συναισθήματα ανεπάρκειας, υποτίμησης και μειωμένης αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης και με εκδήλωση αρνητικών συναισθημάτων προς τους αρρώστους, τους συναδέλφους του και τον ίδιο τον εαυτό του. (Willem, 2007)

Επαγγελματική εξουθένωση και ικανοποίηση από την εργασία του ιατρικού προσωπικού δημόσιου νοσοκομείου των Αθηνών. ( Γ. Αλεξιάς, Φ. Αναγνωστόπουλος, Ι. Πιλάτης. Επιθεώρηση κοινωνικών ερευνών, 2010, 131: 109-136).

Θα παρουσιαστούν στη συνέχεια επιλεκτικά, κάποιες έρευνες που διερεύνησαν τη σχέση ανάμεσα στην εργασιακή ικανοποίηση και την ικανοποίηση των ασθενών.

1. Βασσάλου Α., Ικανοποίηση, Νοσοκομειακών Υπηρεσιών και Βιώσιμη ανάπτυξη : Απόψεις εργαζομένων και χρηστών της Νοσοκομειακής Μονάδας του Ευαγγελισμού. Πτυχιακή εργασία, Αθήνα, 2006.

Σκοπός : Η μέτρηση του επιπέδου της ικανοποίησης των χρηστών και των εργαζομένων της νοσοκομειακής μονάδας του Ευαγγελισμού και οι εύρεση πιθανών σχέσεων μεταξύ διαφόρων μεταβλητών και της ικανοποίησης.

Μέθοδος : Διανεμήθηκαν δύο ερωτηματολόγια. Το ένα στους χρήστες και το άλλο στο νοσοκομειακό προσωπικό. Το μέγεθος του δείγματος ήταν 100 άτομα από κάθε ομάδα (εργαζόμενοι και χρήστες). Στην περίπτωση των χρηστών τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από τους ίδιους ή από τους συγγενείς τους ή μέσω συνέντευξης όπου δεν ήταν δυνατή η συμπλήρωση από τους ίδιους λόγω της κατάστασης της υγείας τους.

Αποτελέσματα : Όσον αφορά τους εργαζομένους, ο βαθμός ικανοποίησης από την εργασία τους είναι μέτριος προς ελάχιστος. Ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών, αντανακλώντας αυτόν της ικανοποίησης των εργαζομένων, είναι επίσης μέτριος προς ελάχιστος.



2. Outcomes of Physician Job Satisfaction : A Narrative Review, Implications, and Directions for Future Research. Williams E., Skinner A.

Πηγή : Health Care Manage Review 2003, 28(2):119-140.

Σκοπός : Η αιτία αυτής της εργασίας είναι η μείωση της εργασιακής ικανοποίησης ανάμεσα στους ιατρούς και η επίδραση που μπορεί να έχει αυτή η αλλαγή, στους γιατρούς, τους ασθενείς και τους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας.

Μέθοδος : Η αφηγηματική μέθοδος έρευνας που χρησιμοποιήθηκε σ' αυτήν την εργασία συνίσταται από τέσσερα βασικά βήματα : συλλογή άρθρων, επιλογή άρθρων, αφαίρεση άρθρων και την ουσιαστική βιβλιογραφική ανασκόπηση.

Αποτελέσματα: Ένα από τα ευρήματα ήταν ότι η εργασιακή ικανοποίηση των ιατρών μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα της φροντίδας και τις σχέσεις με τους ασθενείς, κάτι που σημαίνει ότι η έλλειψη ικανοποίησης των ιατρών έχει πολύ πραγματικές συνέπειες για τους ασθενείς. Το πιο ανησυχητικό σ' αυτά τα ευρήματα είναι ότι οι δυσαρεστημένοι ιατροί έχουν «χαλαρότερα» πρότυπα συνταγογράφησης. Αν αυτό συνδυαστεί με τους αυξανόμενους αριθμούς γηριατρικών ασθενών συχνά με πολλαπλές συνταγές, αυτό το εύρημα θα μπορούσε να προμηνύει μία αύξηση συνταγογραφικών λαθών. Μια άλλη πτυχή ανησυχίας προκύπτει από τη σχέση της έλλειψης ικανοποίησης των ιατρών με την έλλειψη ικανοποίησης των ασθενών και την ελλιπή τήρηση των ιατρικών θεραπειών. Οι ασθενείς ιατρών που δεν είναι ικανοποιημένοι μπορεί όχι μόνο να παρακινηθούν να αλλάξουν σχέδια για την υγεία τους ή ιατρό, αλλά επίσης μπορεί να αρρωστήσουν σοβαρότερα λόγω της χαμηλής συμμόρφωσης με τη θεραπεία.

3. Tzenq H.M. , Ketefian S., Redman R., Relationship of nurses' assessment of organizational culture, job satisfaction, and patient satisfaction with nursing care.

Πηγή : International journal of Nursing Studies,2002, 39(1):79-84.

Σκοπός : Αυτή η διερευνητική εργασία στόχευε στο να ερευνηθεί τη σχέση της εκτίμησης του νοσηλευτικού προσωπικού για την οργανωσιακή κουλτούρα, την εργασιακή ικανοποίηση και την ικανοποίηση των εσωτερικών ασθενών με τη νοσηλευτική φροντίδα.

Μέθοδος : Αυτή η διερευνητική εργασία αποτελεί τη δευτερεύουσα ανάλυση των δεδομένων μιας μεγάλης σε εξέλιξη εργασίας (Redman and Ketefian, 1995). Η έρευνα διενεργήθηκε σε ένα οργανισμό παροχής τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας στα μεσο- δυτικά. Μοιράστηκαν αυτό- συμπληρούμενα ερωτηματολόγια σε επιλεγμένα μέλη που είχαν εγγραφεί στη βάση δεδομένων νοσηλευτικού προσωπικού. Η δειγματοληψία των ασθενών, που είχαν νοσηλευτεί για τουλάχιστον μία βραδιά σε μία μονάδα εσωτερικών ασθενών, έγινε από τις μονάδες που πήραν εξιτήριο.

Αποτελέσματα: Η εργασιακή ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού προέβλεψε τα επίπεδα ικανοποίησης των εσωτερικών ασθενών από τη φροντίδα στο σπίτι και αυτή με τη σειρά της προέβλεψε τα επίπεδα της γενικής ικανοποίησης των εσωτερικών ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα. Οι άμεσες και οι υπολογιζόμενες έμμεσες επιπτώσεις έδειξαν ότι η δύναμη της κουλτούρας και η εργασιακή ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού είχε σχέση αιτίου – αποτελέσματος με τη γενικότερη ικανοποίηση των εσωτερικών ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα.

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η οργανωσιακή κουλτούρα είναι ιδιαίτερα σημαντική για έναν οργανισμό. Καθορίζει, εκτός των άλλων, τον τρόπο εργασίας και συνεργασίας των μελών του και τις μεταξύ τους σχέσεις. Καθορίζει, επίσης, σε σημαντικό βαθμό την ικανοποίηση που αποκομίζει από την εργασία του το προσωπικό.

Αν και στην εργασιακή ικανοποίηση συμβάλλουν πολλοί παράγοντες, εν τούτοις από τους κυριότερους είναι οι σχέσεις με τους συναδέλφους και τους προϊσταμένους και οι πρωτοβουλίες που μπορούν ή δεν μπορούν να πάρουν. Αυτοί δηλαδή που άπτονται της οργανωσιακής κουλτούρας του οργανισμού.

Η εργασιακή ικανοποίηση επηρεάζει με τη σειρά της την πρόθεση για παραμονή στην εργασία καθώς και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, κάτι που έχει άμεσο αντίκτυπο στην αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα του οργανισμού. Ειδικά, στους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας, η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών αποτελεί βασική προϋπόθεση της ικανοποίησης που αποκομίζουν οι ασθενείς – χρήστες. Ο εργαζόμενος που δεν αντλεί ικανοποίηση από την εργασία του, δεν θα προσφέρει ποιτικές υπηρεσίες με αποτέλεσμα την δυσαρέσκεια του ασθενή – χρήστη των υπηρεσιών.

Κάθε οργανισμός οφείλει, λοιπόν, να δώσει ιδιαίτερη προσοχή στην κουλτούρα που θα ενθαρρύνει και να είναι πρόθυμος να υιοθετήσει μία διαφορετική στην περίπτωση που η υπάρχουσα κριθεί αναποτελεσματική.

Καλό θα ήταν, επίσης, να γίνουν περισσότερες έρευνες που να αφορούν τον συσχετισμό οργανωσιακής κουλτούρας και εργασιακής ικανοποίησης, εργασιακής ικανοποίησης και ικανοποίησης των ασθενών καθώς και οργανωσιακής κουλτούρας και ικανοποίησης ασθενών, προκειμένου να διασαφηνιστούν περαιτέρω οι σχέσεις τους και να βρεθεί ο πλέον αποτελεσματικός τύπος οργανωσιακής κουλτούρας που θα επιτρέψει σε έναν οργανισμό να λειτουργεί αποδοτικά προσφέροντας ταυτόχρονα ικανοποίηση στους εργαζόμενους σε αυτόν καθώς και στους χρήστες των υπηρεσιών που παρέχει.

## ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Βασσάλου Α., Ικανοποίηση, Νοσοκομειακών Υπηρεσιών και Βιώσιμη ανάπτυξη : Απόψεις εργαζομένων και χρηστών της Νοσοκομειακής Μονάδας του Ευαγγελισμού. Πτυχιακή εργασία, Αθήνα, 2006.
2. Γερογιάννης Η., Montgomery Α., Παναγοπούλου Ε., Βαλκάνος Ε., Ο ρόλος της οργανωτικής κουλτούρας στην Εργασιακή Ευεξία και στην ποιότητα της περίθαλψης στα νοσοκομεία: Συστηματική Επισκόπηση. Τμήμα Εκπαιδευτικής & Κοινωνικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Ιατρική Σχολή Α.Π.Θ. <http://www.elinvaecongress2010.gr/02.proforikes/ra047.pdf> (Προσπελάστηκε 31/05/11).
3. Θεοδοσοπούλου Ε., Ραφτόπουλος Β., Τζαβέλας Γ., Κοτρώτσιου Ε., Zarzycka D., Gorajek-Jozwik J. (2001) Διακρατική μελέτη της ικανοποίησης των ασθενών από την ποιότητα της νοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα και στην Πολωνία (πρώτα αποτελέσματα). 28ο Πανελλήνιο Συνέδριο ΕΣΔΝΕ. Λήμνος. 3-5 Μαΐου 2000.
4. Καβαλλιεράτου Β., Η κουλτούρα των καθηγητών στην οργάνωση SO EASY, Πτυχιακή εργασία, Σεπτέμβριος 2006.
5. Κανελλάκη Γ., Ροζαλάκη Ε., Η οργανωτική κουλτούρα και η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης. Καλαμάτα, 2009.
6. Καραθάνου Α., Μέτρηση της ικανοποίησης από την εργασία του νοσηλευτικού προσωπικού του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ. Θεσσαλονίκη, 2007.
7. Κρητικός Α., Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Μια θεωρητική προσέγγιση. Διπλωματική εργασία, Ιωάννινα.
8. Κρεμέτη , Μ. Ικανοποίηση των εργαζομένων στο γενικό πανεπιστημιακό νοσοκομείο Λάρισας διπλωματική εργασία, Θεσσαλονίκη, Σεπτέμβριος, 2010). <http://dspace.lib.uom.gr/bitstream/2159/14091/1/KremetiMariaMsc2010.pdf> (Προσπελάστηκε 01/06/11).
9. Μωραϊτή Σ., Πέπε Κ. Ικανοποίηση νοσηλευτών από τις συνθήκες εργασίας τους. (2009)<http://nefeli.lib.teicrete.gr/browse/sevp/nos/2009/MoraitiSebasti.PepeKalliori/attached-document-1286182524-619330-4012/Moraiti2009.pdf> (Προσπελάστηκε 09/06/11).
10. Μωυσάκη Μ., Επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων σε δομές και προγράμματα Κοινωνικής Μέριμνας, ανοιχτού τύπου, στους Δήμους του Νομού Λασιθίου. Μεταπτυχιακή εργασία, Ηράκλειο 2006.

11. Μπουραντάς Δ., Μάνατζμεντ, θεωρητικό υπόβαθρο και Σύγχρονες πρακτικές, Εκδόσεις Μπένου, Αθήνα, 2002.
12. Νταμπάκη Χ. Η ικανοποίηση των πελατών στον τομέα των υπηρεσιών υγείας. Διπλωματική εργασία, 2009.
13. Παρασκευά Ε., Οργανωσιακή κουλτούρα και περιβάλλον. Διερεύνηση καλών πρακτικών σε επιχειρήσεις καινοτομίας στην Ελλάδα. Διπλωματική εργασία, Θεσσαλονίκη, 2009.
14. Ροβίθης Μ., Μέτρηση της οργανωτικής κουλτούρας, της ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων στο προσωπικό των Κέντρων Υγείας της Κρήτης. Μεταπτυχιακή εργασία, Ηράκλειο, 2005.
15. Ραφτόπουλος Β., Πολυχρονοπούλου Ό., Ευαγγέλου Ε., Λέκκα Δ., Λούκα Ν., Τζήμα Δ. Αξιολόγηση της ποιότητας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. 28Ο Πανελλήνιο Συνέδριο ΕΣΔΝΕ. 3-5 Μαΐου 2001.
16. Ραφτόπουλος Β., Εκτίμηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Διδακτορική διατριβή, Αθήνα, 2002.
17. Σακελλαρόπουλος Γ., Εργασιακό στρες και ικανοποίηση εργαζομένων νοσηλευτικής υπηρεσίας δημοσίων νοσοκομείων περιφέρειας δυτικής Ελλάδας. Διπλωματική εργασία, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, 2006). Πηγή : [http://www.sakellaropoulos.gr/Publications/D04\\_Sakellaropoulos\\_HOU.pdf](http://www.sakellaropoulos.gr/Publications/D04_Sakellaropoulos_HOU.pdf) (Προσπελάστηκε 10/06/11).
18. Σαχινίδης Α. Οργανωσιακή κουλτούρα. Ιούνιος 2009.
19. Σουλιώτης Κ., Δόλγερης Α., Κόντος Δ., Οικονόμου Χ., Η Ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσοκομειακή φροντίδα στην Ελλάδα : Αποτελέσματα έρευνας γνώμης στην ευρύτερη περιοχή Αθηνών. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 2002, 14(3):114-118.
20. Τσίρου Σ., Οργανωσιακή κουλτούρα και αλλαγή. Διπλωματική εργασία, Πειραιάς, 2004.
21. Χανιά Μ., Παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία των νοσηλευτών και την ικανοποίησή τους από την εργασία. <http://www.elinvaecongress2010.gr/01.anartimenes/aa031.pdf> (Προσπελάστηκε 15/06/11).
22. Χατζηπαντελής Ε., Σιγάλας Ι. Η εργασιακή ικανοποίηση (Job Satisfaction) του νοσηλευτικού προσωπικού στο Εθνικό Σύστημα υγείας, <http://www.isth.gr/images/uploads/02-3-XATZHPANTELHS.pdf> (Προσπελάστηκε 21/06/11).
23. Χατζηδάκη Α., Παράγοντες παρακίνησης και ικανοποίησης νεοπροσλαμβανομένων εργαζομένων : εφαρμόζοντας το νέο ψυχολογικό συμβόλαιο. Μεταπτυχιακή εργασία, Αθήνα, 2010.

## ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Aiman-Smith L., What Do We Know about Developing and Sustaining a Culture of Innovation, 2004.
2. Bolon Douglas, Bolon Donald, A Reconceptualization and Analysis of Organizational Culture. The Influence of Groups and Their Idiocultures. *Journal of Managerial Psychology*, 1994, 9(5):22-27.
3. Bellou V., Identifying organizational culture and subcultures within Greek public hospitals. *Journal of Health, Organization and Management*, 2008, 22(5):496-509.
4. Brown K.K., Gallant D., Impacting Patient Outcomes Through Design. *Crit Care Nurs Q*, 2006, 29(4):326-341.
5. Cameron K., Quinn R., Diagnosing and changing organizational culture, based on The Competing Values Framework, 1999.
6. Chiung-Hsuan Chiu, Wei-Han Pan, Chung-Jen Wei, Does Organizational Culture Impact Patient Safety Management? *Asian Journal of Health and Information Sciences*, 2008, 3(1-4):88-100.
7. Coomber B., Barriball L., Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: A review of the research literature. *International Journal of Nursing Studies* 44 (2007) 297-314.
8. Denison R.D. , What if the difference between organizational culture and organizational climate? A native's point of view on a decade of paradigm wars. *Academy of Management Review*, 1996.
9. Davies H., Nutley S., Mannion R. Organisational culture and quality of health care. *Quality Health Care*, 2009, 9(2):111-119.
10. Ervin N., Does Patient Satisfaction Contribute to Nursing Care Quality? *The Journal of Nursing Administration* 2006, 36(3):126-130.
11. Fey C., Denison D., Organizational culture and effectiveness : the case of foreign firms in Russia. *Business Administration*, No.2000:4
12. Ghaye T., *Building the Reflective Healthcare Organisation*, Blackwell Publishing, 2008.
13. Kimball B., *Cultural Transformation in Health Care*, The RobertWood Johnson Foundation, 2005.
14. Gray J., Densten I., Towards an integrative model of organizational culture and knowledge management. *International Journal of Organisational Behaviour*, 9(2):594-603.
15. Gregory B., Harris S., Armenakis A., Shook C., Organizational culture and effectiveness: A study of values, attitudes, and organizational outcomes. Πηγή :

16. Lim B., Examining the organizational culture and organizational performance link. *Leadership & Organization Development Journal*, 1995, 16(5):16-21.
17. Lu H., While A., Barriball L., Job satisfaction among nurses : a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 2005, 42:211-227.
18. Mahmoud AL-Hussami, RN., A Study of Nurses' Job Satisfaction: The Relationship to Organizational Commitment, Perceived Organizational Support, Transactional Leadership, Transformational Leadership, and Level of Education, *European Journal of Scientific Research* 2008, 22 (2):286-295
19. Mackenzie S., Surveying the organizational culture in an NHS trust. *Journal of Management in Medicine*, 1995, 9(6):69-77.
20. Meterko M., Mohr D., Young G. , Teamwork Culture and Patient Satisfaction in Hospitals. *Medical Care*, 2004, 42(5):492-498.
21. Merkouris A., Ifantopoulos J. , Lanara V. , Lemonidou C., Patient satisfaction: a key concept for evaluating and improving nursing services. *Journal of Nursing Management*, 1999, 7: 19–28.
22. N. van Saane, Sluiter J. K. , Verbeek J.H.A.M., and Frings-Dresen M. H.W. Reliability and validity of instruments measuring job satisfaction—a systematic review. *Occupational Medicine* 2003, 53(3):191–200.
23. O'Reilly C., Chatman J., Caldwell D., People and organizational culture : a profile comparison approach to assessing person-organization fit. *Academy of Management Journal*, 1991, 34(3):487-516.
24. Piko B., Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 2006, 43, 311–318.
25. Park J.S., Kim T.H., Do types of organizational culture matter in nurse job satisfaction and turnover intention? *Leadership in Health Services*, 2009, 22(1):20-38.
26. Rondeau K., Wagar T., Hospital choices in times of cutback:the role of organizational culture. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 1999, 12(3):xiv-xxii.
27. Scott-Findlay S., Estabrooks C., Mapping the organizational culture research in nursing : a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 2006, 56(5):498-513.
28. Spector P., Measurement of Human Service Staff Satisfaction : Development of the Job Satisfaction Survey. *American Journal of Community Psychology*, 1985, 13(6):693-713

29. Seren S., Baykal U., Relationships Between Change and Organizational Culture in Hospitals, *Journal of Nursing Scholarship*, 2007 39(2): 191-197.
30. Susman J., (1994), "Assessing consumer expectations and patient satisfaction", University of Nebraska.
31. Sweeney E., Hardaker G., The importance of Organizational and National Culture. *European Business Review*, 1994, 94(5):3-14.
32. Taormina R., Interrelating leadership behaviors, organizational socialization, and organizational culture. *Leadership & Organization Development Journal*, 2008, 29(1):85-102.
33. Thome S., Kazanjian A., MacEntee M., Oral health in long-term care. The implications of organizational culture. *Journal of Aging Studies*, 2001, 15(2):271-283.
34. Tzenq H.M. , Ketefian S., Redman R., Relationship of nurses' assessment of organizational culture, job satisfaction, and patient satisfaction with nursing care. *International journal of Nursing Studies*, 2002, 39(1):79-84.
35. Westrum R., A typology of organizational cultures. *Qual Saf Health Care*, 2004, 13(2):22-27.
36. Wang S., Archer N., Pei Y., Linking Organizational Culture and Hospital Information Systems Implementation. *International Federation for Information Processing*, 2007, 254(1):617-626.
37. Willem A., Buelens M., De Jonghe I. Impact of organizational structure on nurses' job satisfaction. *International journal of Nursing Studies*, 2007, 44:1011-1020.
38. Williams E., Skinner A. Outcomes of Physician Job Satisfaction : A Narrative Review, Implications, and Directions for Future Research. *Health Care Manage Review* 2003, 28(2):119-140.
39. Zazzali J., Alexander J., Shortell S., Burns L. Organizational Culture and Physician Satisfaction with Dimensions of Group Practice.

#### ΠΗΓΕΣ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟΥ

1. <http://invenio.lib.auth.gr/record/72655/files/gri-2007-359.pdf> (Προσπελάστηκε 15/05/11)
2. <http://www.cvna.org/14th/articles/031.pdf> (Προσπελάστηκε 12/05/11)
3. <http://library.panteion.gr:8080/dspace/bitstream/123456789/217/1/kaballieratou.pdf> (Προσπελάστηκε 10/05/11)
4. <http://web.mit.edu/scheine/www/home.html> (Προσπελάστηκε 08/05/11)