

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ



Επιβλέπων Καθηγητής: Δρ. Δρόσος Δημήτριος

ΚΟΥΛΟΥΡΗ ΑΓΟΡΙΤΣΑ
RN, RMHN, MSc, PhD

ΠΕΙΡΑΙΑΣ 2018

QUALITY AND ORGANIZATIONAL CULTURE IN HEALTH SERVICES



Supervisor Professor: Dr. Drosos Dimitrios

KOULOURI AGORITSA
RN, RMHN, MSc, PhD

PIRAEUS 2018

*Αφιερωμένη στους ανθρώπους της ζωής μου,
στον Πάνο, τον Γιώργο και τη Σόφη
αλλά και σε όλους όσους ώθησαν την πορεία μου και την εξέλιξή μου
με τον δικό τους μοναδικό τρόπο.*

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η Ποιότητα στον τομέα της υγείας αποτελεί μια πολύπλοκη διαδικασία η οποία προσδιορίζεται και αξιολογείται με βάση διαφορετικά κριτήρια ανάλογα με το είδος των υπηρεσιών που κάθε φορά πραγματεύεται. Η μέτρησή της περιλαμβάνει όχι μόνο την ποιότητα των διαδικασιών αλλά και την ικανοποίηση των πελατών και των επαγγελματιών υγείας.

Αντίστοιχα, η Οργανωσιακή Κουλτούρα αντανakλά τον τρόπο δράσης ενός υγειονομικού σχηματισμού, εξελίσσεται, κοινοποιείται και υποστηρίζεται από όλα τα μέλη της ομάδας, δίνει την αίσθηση της συνέχειας στα μέλη και δικαιώνει τις αρχές του. Αποτελεί τη συλλογική ταυτότητα του οργανισμού και εγγυάται την μοναδικότητά του.

Σκοπό της παρούσας μελέτης αποτέλεσε η διερεύνηση της σχέσης της οργανωσιακής κουλτούρας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στο χώρο της υγείας και κοινωνικής πρόνοιας. Επίσης διερευνήθηκαν οι προσλαμβάνουσες των εργαζομένων σε υγειονομικούς σχηματισμούς, αναφορικά με την ποιότητα της αλληλεπίδρασης με τον πελάτη/χρήστη των υπηρεσιών υγείας, καθώς και ο τρόπος αντίληψης της ποιότητας και της μακροχρόνιας χρησιμότητας από τις παρεχόμενες υπηρεσίες/φροντίδες υγείας. Επιπλέον εξετάστηκε η ικανοποίηση των εργαζομένων από την σχέση παρόχου και λήπτη των υπηρεσιών υγείας, όπως επίσης και η συνολική εικόνα της υπηρεσίας τους.

Επίσης πραγματοποιήθηκε εκτενής βιβλιογραφική ανασκόπηση και αποτύπωση για το χώρο των επιχειρήσεων αλλά και των οργανισμών στο χώρο της υγείας, των εννοιών και διαστάσεων της ποιότητας, της σημασίας της για παρόχους και λήπτες και των δεικτών μέτρησής της. Αναφορικά με την οργανωσιακή κουλτούρα παρατίθενται οι ορισμοί της έννοιας, τα μοντέλα, η σχέση της με την ποιότητα και τα εργαλεία εκτίμησής της.

Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη διακίνηση ηλεκτρονικών ερωτηματολογίων, σε τυχαίο δείγμα επαγγελματιών του χώρου της υγείας. Οι απαντήσεις αποθηκεύονταν αυτόματα σε βάση δεδομένων και η ανάλυσή τους έγινε με το Στατιστικό Πακέτο IBM SPSS v 24. Πλέον αυτής χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής Pearson & Spearman, για να ελεγχθεί η ύπαρξη σχέσης ανάμεσα στις μεταβλητές και ο δείκτης Cronbach's Alpha, για τον έλεγχο αξιοπιστίας της εσωτερικής δομής του ερωτηματολογίου.

Τα αποτελέσματα ανέδειξαν τη θετική, στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ικανοποίησης του επαγγελματία υγείας από τη σχέση του με τον

χρήστη/λήπτη των υπηρεσιών υγείας, το υψηλό επίπεδο πληροφόρησης προς τους ασθενείς και την παροχή της κατάλληλης φροντίδας, βασισμένη στην τρέχουσα επιστημονική γνώση. Επίσης τη σημαντικότητα ύπαρξης ενός πλαισίου διαρκούς αξιολόγησης, ελέγχου και βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών καθώς και την επικράτηση της ιεραρχικής κουλτούρας στους οργανισμούς υγείας των συμμετεχόντων. Επιπλέον αναδείχθηκε ως επιθυμητή η κουλτούρα γενιάς που είναι προσανατολισμένη στην ικανοποίηση και την υποστήριξη των εργαζομένων, η συνεχής βελτίωση και η καινοτομία.

Η διερεύνηση της ποιότητας και της οργανωσιακής κουλτούρας που επικρατεί στις υπηρεσίες υγείας, θα συνεισφέρει στην περαιτέρω κατανόηση της σχέσης τους και θα προσθέσει ερευνητικά δεδομένα στη μελέτη των παραγόντων που τις επηρεάζουν.

Λέξεις-κλειδιά: Ποιότητα, Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας, Διαστάσεις Ποιότητας, Οργανωσιακή Κουλτούρα, Χαρακτηριστικά και Τυπολογία της Οργανωσιακής Κουλτούρας

ABSTRACT

Quality in the health sector is a complex process that is identified and evaluated on the basis of different criteria depending on the type of services each time deals with. Its measurement includes not only the quality of the procedures but also the satisfaction of clients and health professionals.

Correspondingly, the Organizational Culture, reflecting the way of action of a healthcare scheme, is ever evolving and evaluated from all the team members. That gives a sense of continuity to its members, and perpetuates its principles. It is thus the collective identity of the organization and guarantees its uniqueness.

The purpose of this study was to investigate the relationship between the organizational culture and the quality of services provided in the field of health and social care. The perceptions of healthcare workers were investigated in regards to the quality of interaction between them and the client / user of health services, as well as their way of perceiving the quality and the long-term utility of the provided services / health care services. Additionally, the satisfaction of employees from the relationship between the provider and the recipient of health services was examined, together with the overall image of their service.

Furthermore, an extensive bibliographic review and mapping was also carried out regarding the business sector and health organizations, the concepts and dimensions of quality, its significance for providers and recipients and its measurement indices. In regards to the organizational culture, the definitions of the concept, its models, its relation to quality and its assessment tools are demonstrated.

The collection of data was carried out by online questionnaires, given out to a random sample of healthcare professionals. Their responses were stored automatically in a database and analyzed using the IBM SPSS v24 statistical software. Furthermore, the Pearson & Spearman coefficient was used to test the relationship between the variables, and the Cronbach's Alpha index to test the reliability of the internal structure of the questionnaire.

The results highlighted the positive, statistically significant correlation between the satisfaction of the healthcare professional from their relationship with the user of the services, the high level of information given to patients, and the provision of appropriate care based on current scientific knowledge. Also the importance of having a framework of an ongoing evaluation, control and improvement of the provided services, as well as the prevalence of the

hierarchical culture in the participants' health organizations. In addition, a clan culture oriented towards employee satisfaction and support, as well as the continuous improvement and innovation have emerged as desirable components.

Exploring the quality and the organizational culture that prevails in healthcare services will help to further understand the relationship among them, and add research data to the study of the factors that affect them.

Key words: Quality, Quality of Health Services, Quality Dimensions, Organizational Culture, Characteristics and Typology of Organizational Culture

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
ABSTRACT	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	12
ΓΕΝΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	12
1.1 Η έννοια της Ποιότητας	12
1.2 Η σημασία της Ποιότητας για τις Επιχειρήσεις και τους Πελάτες.....	16
1.3 Διαχείριση της Ποιότητας στις Επιχειρήσεις.....	21
1.4 Το οικονομικό κόστος της Ποιότητας.....	25
1.5 Η έννοια και τα χαρακτηριστικά της Υπηρεσίας.....	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	33
Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	33
2.1 Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας.....	33
2.2 Οφέλη της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας.....	36
2.3 Διαχείριση της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας.....	37
2.4 Το οικονομικό κόστος της Ποιότητας στην Υγεία.....	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	44
ΟΙ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	44
3.1 Τομέας Υπηρεσιών	44
3.2 Τομέας Υπηρεσιών Υγείας.....	48
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	53
ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ.....	53
4.1 Ορισμοί Οργανωσιακής Κουλτούρας	53
4.2 Χαρακτηριστικά της Οργανωσιακής Κουλτούρας	59
4.3 Τυπολογία της Οργανωσιακής κουλτούρας.....	62
4.3.1 Schein E.N.....	62
4.3.2 Το μοντέλο των Goffee and Jones	65
4.3.3 Martins EC. et al.....	66
4.3.4 Το μοντέλο οργανωσιακής κουλτούρας του Denison.....	67
4.3.5 Διαπολιτισμική Τυπολογία Trompenaars	69

4.3.6	Τυπολογία των Harrison και Handy	71
4.3.7	Τυπολογία των Ανταγωνιστικών Αξιών των Cameron & Quinn.....	73
4.4	Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα.....	78
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	80
ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....		80
5.1	Οργανωσιακή κουλτούρα και Υπηρεσίες Υγείας.....	80
5.2	Η ανάγκη αλλαγής της οργανωσιακής κουλτούρας στις Υπηρεσίες Υγείας....	83
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	86
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ.....		86
6.1	Σχέση Ποιότητας και Οργανωσιακής Κουλτούρας.....	86
6.2	Ποιότητα και Οργανωσιακή Κουλτούρα στο χώρο της Υγείας.....	88
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7	92
ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ.....		92
7.1	Προσεγγίσεις εργαλείων μέτρησης.....	92
7.2	Μέτρηση της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας.....	93
7.2.1	Δείκτες Ποιότητας.....	94
7.2.2	Servqual και Servperf.....	96
7.3	Μέτρηση της Οργανωσιακής κουλτούρας στις Υπηρεσίες Υγείας.....	104
7.3.1	Ερωτηματολόγιο Organizational Culture Profile.....	105
7.3.2	Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης της Οργανωσιακής Κουλτούρας.....	107
7.3.3	Ερωτηματολόγιο Organizational Culture Inventory.....	110
7.3.4	Ερωτηματολόγιο Μέτρησης Κλίματος Ασφάλειας.....	111
7.3.5	Ερωτηματολόγιο Οργανωσιακής Κουλτούρας FOCUS.....	112
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8	113
8.1	Σκοπός.....	113
8.2	Ερευνητικές υποθέσεις.....	113
8.3	Μεθοδολογία της έρευνας.....	114
8.3.1	Το δείγμα της έρευνας - Συλλογή των δεδομένων.....	114
8.3.2	Το ερευνητικό εργαλείο.....	115
8.4	Στατιστική ανάλυση.....	118
8.5	Έλεγχος μεταβλητών.....	120

8.6 Βιοηθική	123
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9	124
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	124
9.1 Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος	124
9.2 Αποτελέσματα διερεύνησης των χαρακτηριστικών της ποιότητας	128
9.2.1 Κριτήριο/ Κατηγορία: Ποιότητα αλληλεπίδρασης με το χρήστη των υπηρεσιών	128
9.2.2 Κριτήριο/ Κατηγορία: Μακροχρόνια χρησιμότητα από την υπηρεσία	130
9.2.3 Κριτήριο/ Κατηγορία: Άμεση Αντίληψη	131
9.2.4 Κριτήριο/ Κατηγορία: Ικανοποίηση	132
9.2.5 Κριτήριο/ Κατηγορία: Συνολική εικόνα	133
9.3 Αποτελέσματα διερεύνησης οργανωσιακής κουλτούρας	135
9.3.1 Επιμέρους διαστάσεις και Υφιστάμενη / Επιθυμητή κατάσταση	135
9.3.2 Σύνολο διαστάσεων και Υφιστάμενη / Επιθυμητή κατάσταση	143
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10	145
ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ	145
10.1 Συζήτηση	145
10.2 Συμπεράσματα	156
10.3 Περιορισμοί της μελέτης	157
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	158
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α	181
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β	188
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ	204

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στη διεθνή βιβλιογραφία, η μελέτη της οργανωσιακής κουλτούρας, του συνόλου δηλαδή των κανόνων, αξιών και συμπεριφορών των μελών ενός οργανισμού, έχει αναγνωριστεί ως βασικός παράγοντας που σχετίζεται με τη λειτουργικότητα, την απόδοση και την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχει ένας οργανισμός υγείας.

Η Οργανωσιακή Κουλτούρα αποτελεί την προσωπικότητα του οργανισμού. Είναι ένα δομημένο σύνολο από βασικές παραδοχές που έχουν εφευρεθεί, ανακαλυφθεί ή αναπτυχθεί από μια ομάδα του οργανισμού, στην προσπάθειά της να αντιμετωπίσει προβλήματα εξωτερικής προσαρμογής ή εσωτερικής ολοκλήρωσης. Οι παραδοχές αυτές έχουν λειτουργήσει ικανοποιητικά στο παρελθόν, έτσι ώστε να θεωρούνται ότι ισχύουν και επομένως μπορούν να διδαχθούν στα νέα μέλη ως ο σωστός τρόπος αντίληψης, σκέψης και αίσθησης. (Schein, 1985) Επιτυχημένος χαρακτηρίζεται ένας οργανισμός όταν έχει καταφέρει να αναπτύξει μια κουλτούρα, η οποία είναι ξεκάθαρα αναγνωρίσιμη από τα μέλη του. Η κουλτούρα αυτή μπορεί, είτε να υπάρχει από την ίδρυσή του, είτε να αναδυθεί με την πάροδο του χρόνου αντιμετωπίζοντας προκλήσεις και εμπόδια του περιβάλλοντος ή να προκύψει μετά από επιλογή της διοίκησης για τη βελτίωση της απόδοσης. (Chu, 2003)

Η Ποιότητα αποτελεί επίσης μια άλλη σημαντική παράμετρο ανάπτυξης και εξέλιξης των υγειονομικών σχηματισμών. Η προσέγγιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, κατά τρόπο που να ικανοποιεί όλους όσοι εμπλέκονται σε αυτή είναι ιδιαίτερα δύσκολη, διότι συχνά οι προσδοκίες και οι απαιτήσεις μπορεί να είναι αλληλοσυγκρουόμενες. Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας δεν μπορεί να προσδιοριστεί μόνο με βάση τις απαιτήσεις και τις προσδοκίες του ασθενή, αποτελεί κύρια προτεραιότητα και έχει για όλους τους ενδιαφερόμενους ξεχωριστή σημασία, γιατί αναμφισβήτητα συνεπάγεται ουσιαστικά υγειονομικά, οικονομικά και κοινωνικά οφέλη. (Παπακωστίδη και συν., 2012, Πιερράκος και συν., 2006)

Τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί το ενδιαφέρον των μελετητών για τον τρόπο με τον οποίο μπορεί η οργανωσιακή κουλτούρα να επηρεάσει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Σε παγκόσμιο επίπεδο έχουν διεξαχθεί πολλές έρευνες για την οργανωσιακή κουλτούρα και την σχέση της με εργασιακούς παράγοντες. (Aiken, 2002, Gavrilescu & Barbul, 2010, Acar, 2014)

Στην Ελλάδα, τα ερευνητικά δεδομένα για την οργανωσιακή κουλτούρα στον χώρο της υγείας έχουν να κάνουν κυρίως με τη μέτρηση της οργανωσιακής κουλτούρας δημόσιων και ιδιωτικών μονάδων υγείας (Μαγκαφώσης, 2013, Παπαγεωργίου, 2010) με την σχέση της με την ασάφεια και σύγκρουση ρόλων (Παρασκευά, 2009, Κασίνη, 2012), την ποιότητα και την ικανοποίηση χρηστών ή εργαζομένων (Bellou, 2007 & 2010) αλλά και την ηγεσία. (Μπελιάς, 2015)

Με βάση τα ανωτέρω, κρίθηκε σκόπιμη η διεξαγωγή μιας έρευνας με αντικείμενο τη διερεύνηση της σχέσης της οργανωσιακής κουλτούρας και της ποιότητας στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Εκτιμάται ότι η εν λόγω έρευνα θα συνεισφέρει στην περαιτέρω κατανόηση της σχέσης και θα προσθέσει ερευνητικά δεδομένα στη μελέτη των παραγόντων που την επηρεάζουν.

Η παρούσα μελέτη αποτελείται από δέκα κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο επιχειρείται μια περιγραφή της έννοιας της ποιότητας, της σημασίας και της διαχείρισής της για τις επιχειρήσεις. Επίσης η ανάλυση της Υπηρεσίας, ως έννοια καθώς και των χαρακτηριστικών της. Στο δεύτερο κεφάλαιο δίνονται θεωρητικά και ερευνητικά στοιχεία για την ποιότητα στον τομέα της υγείας. Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι διαστάσεις της ποιότητας στον τομέα των υπηρεσιών γενικά αλλά και ειδικότερα στις υπηρεσίες υγείας. Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζονται αναλυτικά οι ορισμοί, τα χαρακτηριστικά, τα μοντέλα της Οργανωσιακής κουλτούρας καθώς επίσης τα πλεονεκτήματα και οι δυσλειτουργίες εφαρμογής της.

Στο πέμπτο κεφάλαιο αποτυπώνεται η οργανωσιακή κουλτούρα στις υπηρεσίες υγείας και στο έκτο κεφάλαιο η σχέση ποιότητας και οργανωσιακής κουλτούρας γενικά αλλά και ειδικότερα στο χώρο της υγείας. Στο έβδομο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα εργαλεία μέτρησης της ποιότητας και της οργανωσιακής κουλτούρας. Στη συνέχεια διατυπώνονται ο σκοπός και οι ερευνητικές υποθέσεις, παρουσιάζεται η μεθοδολογία και τα εργαλεία της έρευνας, ενώ στο ένατο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας. Στο δέκατο κεφάλαιο γίνεται συζήτηση σχετικά με τα αποτελέσματα που παρουσιάστηκαν και δίδεται ένα σύντομο συμπερασματικό κείμενο. Τέλος, παρατίθεται η βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε κατά την εκπόνηση της εργασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΓΕΝΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

1.1 Η έννοια της Ποιότητας

Η περίοδος της παγκοσμιοποίησης, την οποία διανύουμε, απαιτεί από τους οργανισμούς και τις επιχειρήσεις την παροχή ποιοτικών προϊόντων και υπηρεσιών. Η ποιότητα αποτελεί το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό που διαφοροποιεί τις επιχειρήσεις στο πλαίσιο του ανταγωνισμού και διαδραματίζει πρωτεύοντα ρόλο στην κάλυψη των αναγκών των πελατών. Η επιστημονική αναζήτηση του όρου στη διεθνή βιβλιογραφία, αποκαλύπτει πληθώρα προσεγγίσεων και αναφορών, σχετικά με το τι είναι ποιότητα. Η «Ποιότητα» αποτελεί έναν όρο σύνθετο και πολυδιάστατο που αντανακλά διεθνώς τις υψηλού επιπέδου προσδοκίες αναφορικά με τη λειτουργικότητα μιας υπηρεσίας ή ενός προϊόντος. Μπορεί δύσκολα ως έννοια να αποδοθεί με έναν μόνο ορισμό, διότι δύναται να ορίζεται με διαφορετικά κάθε φορά κριτήρια.

Αρχικά η έννοια της ποιότητας συσχετίστηκε με το πόσο καλό είναι ένα προϊόν, χωρίς να προσδιορίζεται με σαφήνεια ποια είναι τα χαρακτηριστικά που το ορίζουν ως καλό στα μάτια του καταναλωτή. Στη συνέχεια η έννοια της ποιότητας έγινε πιο σύνθετη, καθώς συμπεριέλαβε και την παράμετρο για κάλυψη συγκεκριμένων αναγκών των χρηστών/πελατών. Τη σημερινή εποχή σχετίζεται με μια σειρά από κριτήρια, τα οποία αφορούν έννοιες όπως, την ικανοποίηση του πελάτη, τα οικονομικά αποτελέσματα του οργανισμού, την εξυπηρέτηση πριν και μετά την παροχή του προϊόντος ή της υπηρεσίας, τη διεύρυνση της αγοραστικής βάσης, την απόκτηση και διατήρηση των πελατών. (Δρόσος, 2015)

Άλλοι παράγοντες που επιδρούν στον καθορισμό της ποιότητας είναι οι διαφορετικές αντιλήψεις των ανθρώπων που κατοικούν σε διαφορετικές χώρες, οι διαφορές στην κουλτούρα, την εκπαίδευση και την παιδεία. Επίσης το κριτήριο αξιολόγησης των προϊόντων, καθώς πολλά προϊόντα ενώ έχουν την ίδια ποιότητα, αξιολογούνται με άλλα κριτήρια από διαφορετικά άτομα ή ακόμη και από το ίδιο άτομο σε διαφορετικές χρονικές περιόδους. Επιπρόσθετα, ρόλο στον καθορισμό της ποιότητας παίζει η ιεράρχηση στην ικανοποίηση των αναγκών των πελατών, καθώς τα ίδια προϊόντα έχουν την ικανότητα να ικανοποιούν ένα ευρύ φάσμα διαφορετικών αναγκών με διαφορετική πιθανά προτεραιότητα κάθε φορά. (Κομνηνός και συν., 1992)

Ο Shewhart (1931) ήταν ο πρώτος που έθεσε την επιστημονική βάση της έννοιας της ποιότητας, υποστηρίζοντας ότι η ποιότητα σχετίζεται με το πόσο καλό είναι ένα προϊόν. Ο Crosby (1979) υποστηρίζει ότι, η ποιότητα είναι η συμμόρφωση των χαρακτηριστικών του προϊόντος ή του αγαθού στις απαιτήσεις του πελάτη που επιτυγχάνεται με την πρόβλεψη και την πρόληψη των λαθών και έχει τελικό στόχο την προσφορά “μηδέν” ελαττωματικών προϊόντων.

Ο Feigenbaum (1986) υποστηρίζει ότι η ποιότητα δεν καθορίζεται από λειτουργίες της επιχείρησης όπως το marketing, η έρευνα και η ανάπτυξη, η παραγωγή και οι πωλήσεις, αλλά αποκλειστικά και μόνο από τον πελάτη. Με βάση αυτή την αρχή ο Feigenbaum (1986) ορίζει την ποιότητα ως το σύνολο των χαρακτηριστικών που ενσωματώνονται στο προϊόν ή την υπηρεσία από τις λειτουργίες του σχεδιασμού, του marketing, της παραγωγής και της εξυπηρέτησης και έχουν ως στόχο την πλήρη ικανοποίηση των αναγκών του πελάτη. Αποτελεί την πιο σημαντική δύναμη που μπορεί να οδηγήσει την επιχείρηση σε οικονομική μεγέθυνση και δράση σε διεθνές περιβάλλον.

Ο Taguchi (1981 & 1986) ορίζει την ποιότητα ως την (ελάχιστη) απώλεια που ένα προϊόν προξενεί στην κοινωνία μετά την αποστολή του. Η ποιότητα δείχνει μια τελειότητα στα αγαθά και τις υπηρεσίες. Σύμφωνα με το Kahn (1985) ποιότητα είναι ο βαθμός τελειότητας ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας, με τη διασφάλιση της ποιότητας να αντανakλά την επίσημη εγγύηση, ή θετική δήλωση της ύπαρξής της με βάση ένα σύνολο προσυμφωνημένων ποιοτικών προτύπων.

Για τον Deming (1986) ποιότητα είναι η ικανοποίηση των αναγκών του πελάτη. Στο βιβλίο του "Out of the Crisis" θεωρεί την ποιότητα ως φιλοσοφία και ως τρόπο ζωής που πρέπει να διαποτίσει τόσο τα στελέχη όσο και τους απλούς εργαζόμενους κάθε οργανισμού. (Deming, 1986) Μια άλλη προσέγγιση της ποιότητας αναφέρει ότι είναι ένα δισδιάστατο μοντέλο, στο οποίο η μια διάσταση είναι αντίστοιχη με την καταλληλότητα για χρήση, ενώ η άλλη αναφέρεται στις επιθυμίες του πελάτη. (Καπο, 1984)

Ο Grooscock (1986) υποστηρίζει ότι ποιότητα είναι η ικανότητα της επιχείρησης, τα προϊόντα της να ικανοποιούν τις ανάγκες των πελατών της, μέσα από μια συνεχόμενη και ολοκληρωμένη αλυσίδα ποιότητας καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής των προϊόντων της.

Ο Juran (1988) ο οποίος θεωρείται ένας από τους "πατέρες" της έννοιας ποιότητα, την ορίζει σαν την καταλληλότητα ενός προϊόντος ή αγαθού προς χρήση. Υποστηρίζει ότι απαιτείται ποιότητα ποιότητα στο σχεδιασμό, ποιότητα στην προσαρμογή, ποιότητα στη διαθεσιμότητα και ποιότητα στην εξυπηρέτηση μετά την πώληση. Σύμφωνα με τον Juran (1988) η ποιότητα αποτελεί επακόλουθο του καλού προγραμματισμού ο οποίος περιλαμβάνει:

- Προσδιορισμό των πελατών και των αναγκών τους.
- Μετάφραση των αναγκών των πελατών σε μια κοινή συνιστάμενη ανάγκη που να κατανοείται από όλους και ανάπτυξη ενός προϊόντος που να ανταποκρίνεται στις ανάγκες αυτές.
- Βελτιστοποίηση των διεργασιών με τις οποίες παράγεται ένα προϊόν με σκοπό τη βελτιστοποίηση του προϊόντος και την ικανοποίηση του τελικού αποδέκτη.
- Μεταφορά των διεργασιών στις λειτουργίες.

Ο Zeithaml (1988) αντιμετωπίζει την ποιότητα μιας υπηρεσίας ή ενός προϊόντος ως μια πολύπλοκη διαδικασία η οποία προσδιορίζεται και αξιολογείται με βάση διαφορετικά κριτήρια ανάλογα με το είδος των υπηρεσιών που πραγματεύεται.

Σύμφωνα με τον Drucker (1985) ποιότητα είναι η αντίληψη του πελάτη ότι η υπηρεσία που λαμβάνει ικανοποιεί τις ανάγκες του με βάση τα πρότυπά του και την τιμή την οποία πληρώνει, ενώ οι Parasuraman et al., (1990) υποστηρίζουν ότι, η ποιότητα αντανάκλα το βαθμό σύμπτωσης των προσδοκιών του ατόμου που λαμβάνει την υπηρεσία (πριν τη λάβει) και της αντίληψης που σχηματίζει γι' αυτήν μετά τη λήψη της.

Ο Ishikawa (1989) υποστηρίζει πως η ποιότητα δεν αφορά μόνο την ποιότητα των προϊόντων, των παραγόμενων από μία επιχείρηση, αλλά περιλαμβάνει και την ποιότητα των ανθρώπων, των διαδικασιών καθώς και άλλων επιμέρους πτυχών του οργανισμού και ταυτίζει την ποιότητα με την ικανοποίηση του πελάτη.

Ο Nanda (2005) υποστηρίζει ότι η έννοια της ποιότητας αποτελείται από τα χαρακτηριστικά των προϊόντων που ανταποκρίνονται στις ανάγκες των πελατών και την ικανοποίηση που αυτοί λαμβάνουν από αυτά.

Οι Bolton και Drew (1991) υποστηρίζουν ότι η ποιότητα είναι η επίτευξη των συμφωνηθέντων απαιτήσεων ή προδιαγραφών, των προσφερόμενων προϊόντων μιας επιχείρησης. Το αίσθημα της ικανοποίησης των πελατών αποτελεί το λόγο για το οποίο ένα σημαντικό ποσοστό αυτών, παραμένει πιστό σε αυτή.

Η ποιότητα αποτελεί το σύνολο των γνωρισμάτων και χαρακτηριστικών ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας τα οποία έχουν σχέση με την ικανότητά του να ικανοποιεί μια ορισμένη εκδηλούμενη ή σιωπηρή ανάγκη. (American Society for Quality, 2010) Η ποιότητα ως έννοια είναι διεθνώς αντιληπτή με τις υψηλού επιπέδου προσδοκίες που μπορούν να επιζητούν οι πελάτες και αφορά τη λειτουργικότητα ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας, χωρίς να μπορεί να μετρηθεί με ακρίβεια. (Δρόσος, 2015)

Η American Society for Quality (2010) αναφέρει ότι η ποιότητα δείχνει μια τελειότητα στα αγαθά και τις υπηρεσίες, ειδικά στο βαθμό που προσαρμόζονται στις απαιτήσεις και ικανοποιούν τους πελάτες, ενώ ο Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης (International Standard Organisation) (1991) αναφέρει ότι ποιότητα είναι η ολικότητα των στοιχείων και χαρακτηριστικών ενός προϊόντος ή υπηρεσίας για την εξυπηρέτηση μιας συγκεκριμένης ανάγκης.

Σύμφωνα με τον Fortuna (1990), ποιότητα σημαίνει συμφωνία με μία από τις ακόλουθες προτάσεις:

- i. Συμμόρφωση στις προδιαγραφές του προϊόντος ή της υπηρεσίας
- ii. Ικανοποίηση των προσδοκιών του πελάτη στο μεγαλύτερο βαθμό.

Οι Ghobadian et al., (1994) κατατάσσουν τους ορισμούς της ποιότητας σε πέντε διακριτές κατηγορίες και υποστηρίζουν ότι η εκληφθείσα ποιότητα αποτελεί μια

γραμμική αποτύπωση που κυμαίνεται μεταξύ δυο ακραίων σημείων της «μη αποδεκτής ποιότητας» και της «ιδανικής ποιότητας». Η ενδιάμεση κατάσταση αναφορικά με την κατηγοριοποίηση περιλαμβάνει τους ορισμούς με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του καθενός: την ανωτερότητα, τα προεξάρχοντα χαρακτηριστικά, τα χαρακτηριστικά της διαδικασίας ή της παροχής, την ικανοποίηση του πελάτη/χρήστη των υπηρεσιών και την προστιθέμενη αξία. Ακολουθεί η επεξηγηματική και σχηματική παρουσίαση των κατηγοριών και των περιλαμβανόμενων σε κάθε κατηγορία συγγραφέα των ορισμών. (Σχήμα 1)



Σχήμα 1. Παρουσίαση των κατηγοριών και των περιλαμβανόμενων σε κάθε κατηγορία συγγραφέα των ορισμών.

Η κατηγοριοποίηση περιλαμβάνει:

- Την **ανωτερότητα**, όπου η ποιότητα αποδίδεται ως μια έμφυτη τελειότητα αγαθών και υπηρεσιών (kahn, 1985, Zeithaml, 1988)
- Τα **προεξάρχοντα χαρακτηριστικά**. Εδώ η ποιότητα ορίζεται ποσοτικά και συγκριτικά με κάποιο άλλο προϊόν ή υπηρεσία, σε μονάδες που μετρούν τις εκπληρούμενες προσδοκίες ή χαρακτηριστικά και οι οποίες συναρτώνται με τα δεδομένα που διαθέτει το προϊόν ή η υπηρεσία. (Rosen, Karwan & Scribner, 2003, Bolton & Drew 1991)

- Τα χαρακτηριστικά διαδικασίας ή παροχής. Σε αυτή την κατηγορία οι οργανισμοί επιδιώκουν τον ανασχεδιασμό τους προκειμένου να προσεγγίσουν την ποιοτική παροχή υπηρεσιών, καθώς η ποιότητα μεταφράζεται ως η «συμμόρφωση με τις απαιτήσεις». (Taguchi, 1986)
- Την ικανοποίηση του πελάτη/χρήστη των υπηρεσιών. Εδώ η ποιότητα επηρεάζεται από το εξωτερικό περιβάλλον, όπου παρατηρείται ένταση στους εργασιακούς ρυθμούς και ταιριάζει στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας. (Deming, 1986, Juran et al., 1974, Ishikawa, 1985, Feigenbaum, 1986)
- Την προστιθέμενη αξία. Σύμφωνα με αυτή την κατηγοριοποίηση η ποιότητα προϋποθέτει την συμμόρφωση με τις απαιτήσεις του πελάτη, σε όρους κόστους, διαθεσιμότητας και προστιθέμενης αξίας που αντιπροσωπεύουν τις προσδοκίες των χρηστών. (Grocock, 1986, Drucker, 1985, Parasuraman et al. 1990)

1.2 Η σημασία της Ποιότητας για τις Επιχειρήσεις και τους Πελάτες

Η ποιότητα αποτελεί ένα βασικό παράγοντα που επηρεάζει τόσο τη συμπεριφορά των καταναλωτών όσο και αυτή των επιχειρήσεων. Οι πελάτες¹ πλέον είναι ευαισθητοποιημένοι σε θέματα ποιότητας και τη θεωρούν σημαντικό παράγοντα για την επιλογή ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας. Αλλά και οι επιχειρήσεις, από την πλευρά τους, αντιλαμβάνονται τον προσανατολισμό των καταναλωτών¹ για τις προτιμήσεις τους και καταβάλουν προσπάθειες προκειμένου να προσαρμοστούν στις απαιτήσεις τους. (Τσιότρας, 2002)

Για την επιχείρηση ποιότητα είναι η συμμόρφωση με τις προδιαγραφές κατά την ολοκλήρωση του έργου και αποτελεί παράγοντα επιτυχίας και ισχυρό ανταγωνιστικό πλεονέκτημα έναντι των άλλων. Η βελτίωση της ποιότητας επηρεάζει τόσο το εξωτερικό περιβάλλον της επιχείρησης, δηλαδή την εικόνα της στην αγορά, όσο και το εσωτερικό της, δηλαδή τους εργαζόμενους και το κόστος. (Λιαμαρκόπουλος, 2003) (Σχήμα 2)

Σε επιχειρήσεις που είναι προσανατολισμένες στην ποιότητα τείνουν να εκλείψουν οι περιττοί έλεγχοι, οι καθυστερήσεις, οι παρεξηγήσεις και το ανθυγιεινό εργασιακό περιβάλλον. Επιπλέον οφέλη αποτελούν: (Kruger, 2001)

- Η μείωση του ποσοστού των ελαττωματικών αγαθών
- Η μείωση του κόστους αξιολόγησης ποιότητας
- Η μείωση του κόστους από ελαττωματικά αγαθά και συνολικά
- Η άμεση μείωση στο κόστος παραγωγής.

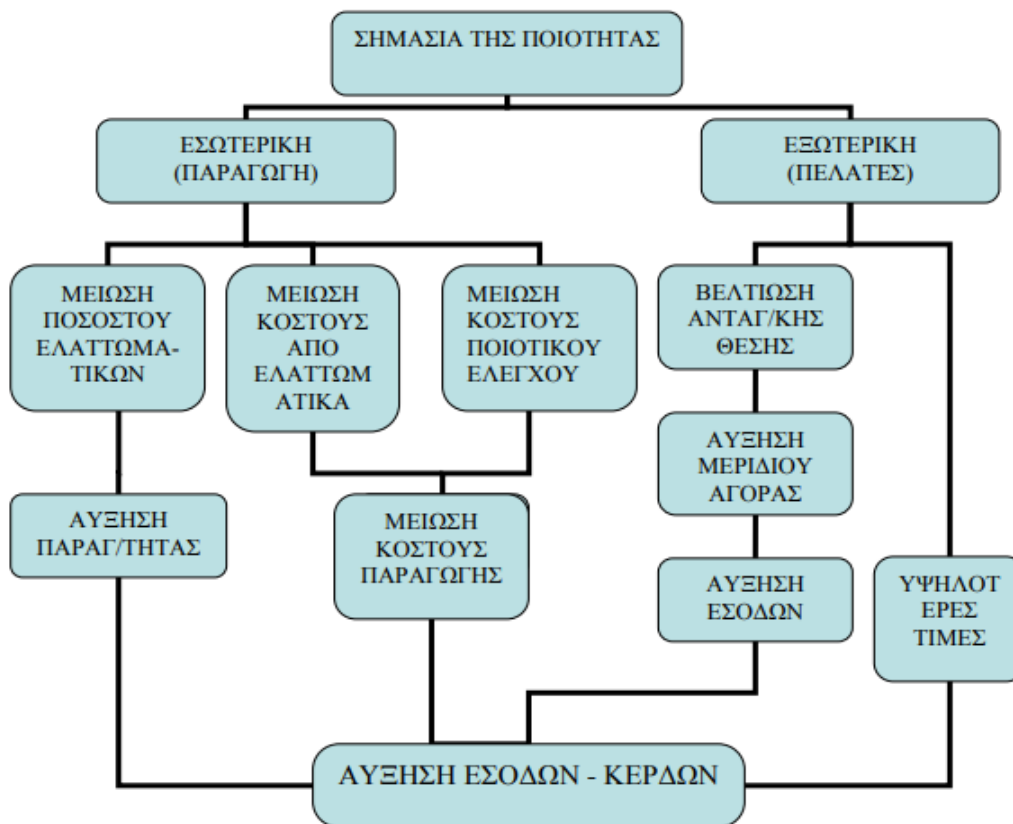
¹ Πελάτης είναι εκείνος με τον οποίον πρέπει να διαπραγματευτείς και μπορεί να είναι ή και όχι καταναλωτής του προϊόντος ή της υπηρεσίας. (Ρεγκούκος, 2000) Καταναλωτής είναι κάθε φυσικό ή νομικό πρόσωπο, για το οποίο προορίζονται προϊόντα ή υπηρεσίες που προσφέρονται στην αγορά ή το οποίο κάνει χρήση τέτοιων προϊόντων ή υπηρεσιών, εφόσον αποτελεί τον τελικό αποδέκτη τους. (Ν. 2251/1994)

Επιπρόσθετα τα οφέλη που προκύπτουν από την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών αφορούν: (Tsiotras & Gotzamani, 1996, Santos & Escanciano, 2002, Poksinska, et al., 2006)

- Την αύξηση του μεριδίου της αγοράς, σε σχέση με τις επιχειρήσεις/ ανταγωνιστές.
- Την αύξηση των εσόδων, γιατί ο ικανοποιημένος πελάτης προβαίνει σε πρόσθετες αγορές και ξοδεύει μεγαλύτερο χρηματικό ποσό για να αποκτήσει το προϊόν που εμπιστεύεται και θεωρεί ποιοτικό.
- Την αύξηση της φήμης της επιχείρησης, εξαιτίας της διαμορφωμένης θετικής άποψης που έχουν οι πελάτες της και της διάδοσής της στον περίγυρό τους.
- Την αύξηση των πελατών, καθώς η βελτίωση της εξυπηρέτησης συμβάλλει στην προσέλκυση νέων πελατών
- Την αυξημένη ικανοποίηση των πελατών. Η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών και ποιότητα στην εξυπηρέτηση, αντανakλά την ικανότητα της επιχείρησης να κατανοεί τις προσδοκίες των πελατών σε σημαντικό βαθμό.
- Όφελος αποτελεί επίσης η αύξηση των πιστών πελατών, οι οποίοι λόγω της ικανοποίησης που λαμβάνουν παραμένουν στην επιχείρηση, καθώς και η συνολική αύξηση των πελατών, μέσω της διατήρησης των πιστών και της προσέλκυσης νέων. Στο σύγχρονο επιχειρηματικό περιβάλλον, το οποίο χαρακτηρίζεται από έντονο ανταγωνισμό, η πίστη αποτελεί τη θετική δέσμευση των καταναλωτών μιας επιχείρησης προκειμένου να μη τους δημιουργηθεί η ανάγκη να στραφούν σε κάποιο άλλο προϊόν ή υπηρεσία. (Duffy, 2005)

Αντίστοιχα η έλλειψη της ποιότητας ή οι συνέπειες από την κακή ποιότητα προϊόντων ή υπηρεσιών των επιχειρήσεων οδηγεί σε δυσαρέσκεια των πελατών και δημιουργεί προβλήματα και παράπονα στις συναλλαγές. Ακόμη και μικρός αριθμός δυσαρεστημένων πελατών που έχει ως συνέπεια την απώλειά τους, αποτελεί σημαντικό έξοδο, γιατί το κόστος της εισόδου στην επιχείρηση ενός νέου πελάτη είναι αρκετά πολλαπλάσιο από το κόστος διατήρησης ενός παλαιού πελάτη. (Πετράκης, 2014)

Η έλλειψη της ποιότητας προσβάλλει τη φήμη της εταιρείας, το κόστος και το μερίδιο αγοράς, την υπευθυνότητα για το παρεχόμενο προϊόν, τη θέση της επιχείρησης στο διεθνές οικονομικό περιβάλλον και το ανταγωνιστικό της πλεονέκτημα. (Τσιότρας, 2002)



Σχήμα 2. Η σημασία της Ποιότητας. Πηγή: Λιαμαρκόπουλος (2003)

Τα υψηλά επίπεδα ποιότητας των υπηρεσιών, συμβάλλουν στην ικανοποίηση των προσδοκιών του πελάτη, στη βελτίωση της οργανωτικής απόδοσης μιας επιχείρησης και αυξάνουν την υπευθυνότητα της επιχείρησης (προστασία καταναλωτή και περιβάλλοντος). Οι ικανοποιημένοι πελάτες είναι απαραίτητοι σε κάθε επιχείρηση γιατί συνεχίζουν να απολαμβάνουν τα προϊόντα ή τις υπηρεσίες της, συχνά ανεξάρτητα από το υψηλό κόστος τους, εφόσον εκπληρώνουν τις προσδοκίες τους. (Zeithaml et al., 1990, Zeithaml, 2000)

Η ικανοποίηση των πελατών είναι αναμφισβήτητα ο τελικός στόχος της ποιότητας των υπηρεσιών. Η ποιότητα που αντιλαμβάνονται οι πελάτες οφείλεται σε μια σειρά ενεργειών που επιτελούνται κατά την εξυπηρέτησή τους, καθώς και ως απόρροια αυτής. Σύμφωνα με τους Stauss και Friege (1999) η διατήρηση πελατών είναι κρίσιμη για την αποδοτικότητα μιας επιχείρησης ενώ οι Reicheld και Sasser (1990) ισχυροποιούν την άποψη αυτή υποστηρίζοντας ότι αν μια επιχείρηση παρέχει ποιοτικές υπηρεσίες, τέτοιου επιπέδου που θα οδηγήσει σε αύξηση της διατήρησης του πελατολογίου της σε ποσοστό 5%, αυτό θα αποφέρει αύξηση των κερδών της κατά 100% περίπου.

Οι Grewal, et al., (2004) και Fiol, et al., (2009) επισημαίνουν ότι η μεγάλη ικανοποίηση των καταναλωτών οδηγεί σε υψηλά επίπεδα καταναλωτικής πίστης αυτών, με αποτέλεσμα να σημειώνεται υψηλότερη κερδοφορία και απόδοση της επιχείρησης.

Σύμφωνα με τους Temesgen, et al., (2010) η υψηλή ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρει μία εταιρεία οδηγούν σε υψηλά επίπεδα ικανοποίησης των πελατών, που με τη σειρά τους έχουν ως αποτέλεσμα τη δημιουργία πιστών καταναλωτών. Παρόμοια οι Gounaris, et al., (2007) αναφέρουν ότι η αντιλαμβανόμενη ποιότητα συνδέεται με την ικανοποίηση των καταναλωτών και με την καταναλωτική πίστη αυτών.

Σύμφωνα με τον Anderson (1996) τα οφέλη που προκύπτουν από την ικανοποίηση των πελατών, εξαιτίας της παροχής ποιοτικών υπηρεσιών, καθιστούν πιο ανελαστική τη ζήτηση, ενώ οι Gomez, et al., (2004) διατείνονται ότι η ικανοποίηση των καταναλωτών μιας επιχείρησης οδηγεί σε αύξηση των εσόδων της. Οι Anderson et al. (1997) διαπιστώνουν ότι με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται μείωση των δαπανών για προσέλκυση νέων πελατών και αύξηση του διαθέσιμου χρόνου προς αύξηση και αποκατάσταση της ποιότητας, των ατελειών και των παραπόνων. Οι Baker και Crompton (2000) εκφράζουν την ποιότητα της κατανάλωσης ως ποιότητα της απόδοσης που σχετίζεται με τα χαρακτηριστικά μιας υπηρεσίας, τα οποία πρωτίστως ελέγχονται από τον προμηθευτή και είναι το αποτέλεσμα μιας συνολικής δέσμης ενεργειών.

Παρόλα αυτά η σχέση ικανοποίησης, πίστης και ποιότητας, χαρακτηρίζεται ασύμμετρη γιατί η δυσαρέσκεια σημαίνει σχεδόν πάντα στροφή προς τον ανταγωνισμό ενώ η ικανοποίηση δεν εξασφαλίζει την πίστη. Στις περιπτώσεις όπου οι εναλλακτικές λύσεις είναι περιορισμένες υπάρχει πιθανότητα ένας καταναλωτής να είναι δυσαρεστημένος με ένα προϊόν ή μια υπηρεσία αλλά να παραμένει πιστός ενώ στην αντίθετη περίπτωση που υπάρχει πληθώρα επιλογών ένας καταναλωτής να έχει υψηλή ικανοποίηση από ένα προϊόν ή μια υπηρεσία αλλά να μην είναι πιστός. Επιπλέον, είναι πιο εύκολο σε έναν πιστό πελάτη να χαρακτηρίσει την προσφερόμενη υπηρεσία ως ικανοποιητική σε σχέση με έναν μη-πιστό πελάτη. Η πίστη είναι πιο ισχυρή μεταξύ των πελατών στην βιομηχανία των υπηρεσιών σε σχέση με αυτή των πελατών αγοράς προϊόντων. (Snyder, 1986) Οι άυλες ιδιότητες των υπηρεσιών, όπως η αξιοπιστία και η εμπιστοσύνη, μπορούν να παίξουν έναν κύριο ρόλο στην οικοδόμηση ή τη διατήρηση της πίστης, δεδομένου ότι η διατήρηση του πελάτη απαιτεί μια συνεχή και ζωντανή σχέση με τον πελάτη. (Dick & Basu, 1994)

Οι ερευνητές αποδέχονται ότι η ικανοποίηση πελατών βελτιώνει την μακροπρόθεσμη χρηματοοικονομική απόδοση των επιχειρήσεων και χαρακτηρίζουν την ικανοποίηση του καταναλωτή ως κομβικό σημείο για μια επιχείρηση αφού η επίτευξή της οδηγεί σε ενίσχυση της αξίας της επιχείρησης στην αγορά. Τα χρηματοοικονομικά οφέλη που προκύπτουν από την ικανοποίηση των καταναλωτών και την καταναλωτική πίστη, οδηγούν σε αύξηση της κερδοφορίας της επιχείρησης. (Aaker & Jacobson, 1994, Anderson, et al., 1994, Mittal, et al., 2005)

Εμπόδια για την εφαρμογή ποιοτικών διαδικασιών σε επίπεδο επιχειρήσεων αποτελούν οι ελλείψεις τόσο σε επίπεδο διοίκησης όσο και σε επίπεδο εργαζομένων και νοοτροπίας. Ειδικότερα: (Stashevsky & Elizur, 2000, Chen, et al., 2004)

- Έλλειψη συμμετοχής της διοίκησης. Χωρίς την υποστήριξή της, οι προσπάθειες είναι μάταιες.
- Δυσκολία αλλαγής της φιλοσοφίας που επικρατεί στον οργανισμό.
- Έλλειψη νοοτροπίας, επικεντρωμένης στον πελάτη, καθώς επίσης και έλλειψη ανταγωνιστικού περιβάλλοντος.
- Άκαμπτο σύστημα αμοιβών και έλλειψη κινήτρων.
- Ανελαστική πολιτική διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού.
- Έλλειψη ευαισθητοποίησης και εκπαίδευσης του προσωπικού στις αρχές και την μεθοδολογία της ποιότητας.
- Έλλειψη προγραμμάτων ποιοτικού ελέγχου σε όλες τις βαθμίδες του συστήματος παροχής υπηρεσιών.
- Έλλειψη μηχανισμού διακρίβωσης του βαθμού ικανοποίησης των πελατών ως προς τις παρεχόμενες υπηρεσίες.
- Έλλειψη δυνατότητας μέτρησης της απόδοσης.
- Ελλιπής χρήση στοιχείων. Τα στοιχεία πρέπει να είναι αξιόπιστα, η διαδικασία μέτρησης πρέπει να είναι συνεπής και οι μέθοδοι ανάκτησης στοιχείων πρέπει να είναι ικανοποιητικές.
- Έλλειψη υποδομής σε εξοπλισμό, μέσα και εκπαιδευμένο προσωπικό για την ορθή καταγραφή, τη συστηματική αξιολόγηση και την τήρηση αξιόπιστων στατιστικών στοιχείων από τις επιχειρήσεις και τις υπηρεσίες υγείας.
- Έλλειψη συνεργασίας και ομαδικής εργασίας μεταξύ των διαφορετικών ομάδων εργασίας.
- Εστίαση σε βραχυπρόθεσμα κέρδη αντί των μακροπρόθεσμων στόχων.
- Έλλειψη συνεχούς και αποτελεσματικής κατάρτισης και εκπαίδευσης.
- Έλλειψη προδιαγραφών στην παροχή των υπηρεσιών τόσο στον ιδιωτικό όσο και στο δημόσιο τομέα.
- Έλλειψη αμοιβαίας εμπιστοσύνης και σεβασμού μεταξύ των υπαλλήλων.
- Έλλειψη κοινής διορατικότητας αποστολής ή κατευθυντήριων αρχών.
- Έλλειψη στρατηγικής κατεύθυνσης και διοικητική αποτυχία να αναγνωριστεί ή να ανταμειφθεί η επίτευξη του στόχου.

Παρά τα εμπόδια, η εφαρμογή της ποιότητας μπορεί να επιφέρει άμεσα και έμμεσα οφέλη, συμπεριλαμβανομένων της ενισχυμένης ανταγωνιστικής θέσης της επιχείρισης, της υψηλότερης παραγωγικότητας, τις μειωμένες δαπάνες και την καλύτερη διαχείριση αυτών, την αυξανόμενη πίστη και τη διατήρηση ή την βελτίωση του βαθμού συμμετοχής του προσωπικού. (Chen, et al., 2004)

1.3 Διαχείριση της Ποιότητας στις Επιχειρήσεις

Ως διαχείριση της ποιότητας ή ως διασφάλιση της ποιότητας, όπως ήταν ο παλαιότερος όρος ορίζεται το σύνολο των προγραμματισμένων ή συστηματικών ενεργειών και διαδικασιών που είναι απαραίτητες για να εξασφαλίσουν ότι ένα προϊόν ή υπηρεσία θα πληροί ορισμένες προδιαγραφές. Χαρακτηρίζεται από την επικέντρωση της προσοχής στην έγκαιρη πρόληψη και όχι στον ετεροχρονισμένο εντοπισμό των μη τηρούμενων προδιαγραφών. Η διαδικασία παραγωγής πρέπει να ελέγχεται σε όλο το μήκος της, έτσι ώστε να παραχθεί ένα προϊόν που θα τηρεί πλήρως τις προδιαγραφές. Η διαχείριση δεν στοχεύει μόνο στον τελικό έλεγχο του προϊόντος, αλλά περιλαμβάνει : (Τσιφτιλή, 2015)

- Τη συγκέντρωση και χρήση του κόστους ποιότητας
- Τη δημιουργία ενός λεπτομερούς εγχειριδίου ποιότητας και
- Επιθεωρήσεις των συστημάτων ποιότητας

Η διαχείριση ποιότητας είναι μια νέα μορφή διαχείρισης της γενικότερης λειτουργίας μιας επιχείρησης η οποία εστιάζει στην καλύτερη δυνατή ικανοποίηση των απαιτήσεων των πελατών. (Γκούμας, 2012)

Η στρατηγική της διαχείρισης, οριζόμενη ως ο τρόπος με τον οποίο μια επιχείρηση διαχειρίζεται τις εσωτερικές της διαδικασίες, βασίζεται στην προσέγγιση του ελέγχου ποιότητας, πλην όμως εισαγάγει από την πρώτη στιγμή την φιλοσοφία «κάντο σωστά, με την πρώτη φορά, κάθε φορά». Ο στόχος της είναι η οργάνωση στο εσωτερικό της επιχείρησης, διαδικασιών που να συνάδουν και να είναι σε απόλυτη αρμονία με τις προδιαγραφές και ταυτόχρονα περιλαμβάνει μία εντατική προσπάθεια για συνεχή βελτίωση. Αυτό μπορεί να πραγματοποιηθεί με το λεπτομερή σχεδιασμό των επιχειρηματικών λειτουργιών, έχοντας ως βασικό κριτήριο την ποιότητα. Παράλληλα, εστιάζει το ενδιαφέρον της στην πελατεία, άρα, και η ποιότητα είναι πλέον προσανατολισμένη προς την εκροή και όχι στη διαδικασία ή στην εισροή του συστήματος. Η προσέγγιση πλέον της ποιότητας δεν εξαντλείται στα όρια των διαστάσεων της ποιότητας του προϊόντος. (Τσιφτιλή, 2015)

Η έννοια «κάντο σωστά, με την πρώτη φορά, κάθε φορά» σημαίνει ουσιαστικά ότι το ανθρώπινο δυναμικό γίνεται πλέον ο ακρογωνιαίος λίθος στην προσπάθεια για αναζήτηση και επίτευξη της ποιότητας και στην επίλυση προβλημάτων που εκτελείται από ομάδες, που είναι γνωστές ως «κύκλοι ποιότητας». (Bank, et al., 1983) Πρόκειται για ομάδες που περιλαμβάνουν μικρό αριθμό ατόμων - ο ιδανικός είναι εννέα - μέσα σε ένα τμήμα και οι οποίες εκτελούν παρόμοια εργασία. Η ομάδα συναντάται σε τακτική βάση, σε ώρα εργασίας, για τον προσδιορισμό, εκτέλεση και παρακολούθηση της προόδου των ενεργειών που ανέλαβαν για την επίλυση των προβλημάτων που

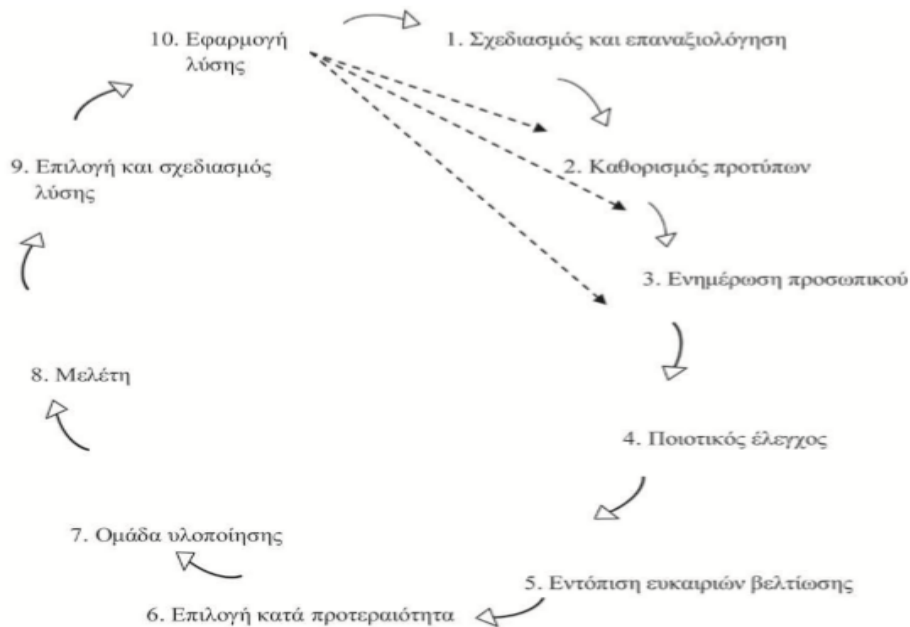
παρουσιάστηκαν μέσα στο χώρο εργασίας και στον τομέα ευθύνης τους. Ως σκοποί των κύκλων ποιότητας αναφέρονται: (Bank, et al., 1983)

- Η βελτίωση της ποιότητας των παραγόμενων προϊόντων ή των παρεχόμενων υπηρεσιών
- Η διασφάλιση και η βελτίωση της ποιότητας
- Η αύξηση της παραγωγικότητας
- Η μείωση του κόστους
- Η αύξηση του ενδιαφέροντος των εργαζομένων Η ενίσχυση του ηθικού των εργαζομένων

Οι πελάτες και οι προμηθευτές καθίστανται αναπόσπαστο μέρος της αλυσίδας ποιότητας με απώτερη επιδίωξη την καλύτερη κατανόηση και συνεργασία, ενώ το ανθρώπινο δυναμικό καθίσταται πλέον ένα βασικό μέρος του συστήματος ποιότητας. Τα πρώτα τρία βήματα του κύκλου (σχεδιασμός, καθορισμός προτύπων ποιότητας, ενημέρωση και εκπαίδευση του προσωπικού) εντάσσονται στο πλαίσιο της διαχείρισης της ποιότητας. Ακολουθεί ο ποιοτικός έλεγχος, ενώ τα επόμενα έξι βήματα εντάσσονται στη διαδικασία βελτίωσης της ποιότητας, για την εξασφάλιση χαμηλού εύρους διακύμανσης και επομένως ελεγχόμενων αποτελεσμάτων.

Ο μηχανισμός που περιγράφεται σχηματικά αρχίζει με την εντόπιση των ευκαιριών για βελτίωση και την επιλογή τους κατά σειρά προτεραιότητας. Ακολουθεί η δημιουργία μιας πολυσυλλεκτικής ομάδας ατόμων που θα έχουν την ευθύνη της υλοποίησης, καθορίζοντας τα μέσα και το επιθυμητό αποτέλεσμα. Αφού μελετηθεί η περίπτωση και επιλεγεί μια λύση, εφαρμόζεται, επαναξιολογείται και ενσωματώνεται, εφ' όσον παρέχει τα επιθυμητά αποτελέσματα, ενώ συνεχίζεται ο μηχανισμός διαρκούς βελτίωσης. (Παπανικολάου, 1995)

Η διαρκής βελτίωση ποιότητας αναφέρεται στη διαδικασία μείωσης της διακύμανσης των αποτελεσμάτων ή των αποκλίσεων από τα πρότυπα, με σκοπό την καλύτερη συνολική απόδοση. Αφορά στη βελτίωση των διαδικασιών που ελέγχουν το τελικό αποτέλεσμα και σημαντική παράμετρο αποτελεί η επισήμανση της απόκλισης και η διορθωτική ενέργεια. (Παπανικολάου, 1995, Παπακωστίδη, 2012) (Σχήμα 3)



Σχήμα 3. Ο κύκλος ποιότητας. Πηγή: Παπακωστίδη (2012)

Η υιοθέτηση των κύκλων ποιότητας απαιτεί αποδοχή μιας σύγχρονης αντίληψης management, που θέλει τους εργαζόμενους να συμμετέχουν ενεργά στα θέματα του οργανισμού. Μέσα από την ομάδα των εργαζομένων που συμμετέχει, εφαρμόζονται οι αρχές της απελευθέρωσης της γνώσης, της δημιουργικής πρωτοβουλίας αλλά και της εμπειρίας των εργαζομένων ενός οργανισμού. Εντοπίζεται η ύπαρξη ενός προβλήματος, γίνεται η ανάλυσή του με μεθόδους και τεχνικές που διδάσκονται από ειδικούς, εφαρμόζεται η λύση και παρουσιάζονται τα αποτελέσματά τους στην διοίκηση. (Χυτήρης, 1986)

Ο Feigenbaum (1961) θεωρεί ότι η ποιότητα και οι δαπάνες της ρυθμίζονται, κατασκευάζονται και κινούνται μέσα σε όλη την οργάνωση με την ίδια πληρότητα και το βάθος με την οποία τα προϊόντα και οι υπηρεσίες, ρυθμίζονται, κατασκευάζονται, παράγονται και διατίθενται. Υποστηρίζει ότι, η διαχείριση της ποιότητας απαιτεί την κατανόηση ότι:

- Η ποιότητα είναι μια επιχειρησιακή διαδικασία.
- Η ποιότητα είναι αυτό που ο πελάτης λέει ότι είναι.
- Η ποιότητα και το κόστος είναι ένα ποσό, όχι μια διαφορά.
- Η ποιότητα απαιτεί και το φανατισμό ατόμων και ομάδων.
- Η ποιότητα είναι ένας τρόπος.
- Η ποιότητα και η καινοτομία είναι αμοιβαία εξαρτώμενες.

- Η ποιότητα είναι μια ηθική.
- Η ποιότητα απαιτεί τη συνεχή βελτίωση.
- Η ποιότητα είναι η οικονομικώς πιο αποδοτική και η λιγότερο υψηλής έντασης διαδρομή στην παραγωγή του προϊόντος ή της υπηρεσίας.
- Η ποιότητα εφαρμόζεται σε ένα συνολικό σύστημα που συνδέεται με τους πελάτες και τους προμηθευτές.

Ο Crosby (1979) υποστηρίζει ότι η διαχείριση της ποιότητας απαιτεί ένα σύνολο πράξεων που η μία θα ακολουθεί την άλλη και η ολότητά τους θα αντανakλά την πολιτική ποιότητας της υπηρεσίας ή του οργανισμού. Περιλαμβάνει:

- Δέσμευση των διευθυντικών στελεχών
- Ομάδα βελτίωσης της ποιότητας
- Μέτρηση της ποιότητας
- Το κόστος της ποιότητας
- Τη συνείδηση της ποιότητας
- Διορθωτικές δράσεις για την επίτευξή της
- Προγραμματισμό μηδενικών ελαττωμάτων
- Εκπαίδευση των ατόμων που ελέγχουν
- Ημέρα Μηδενικών Ελαττωμάτων
- Θέσπιση στόχων
- Άρση των αιτιών των σφαλμάτων
- Αναγνώριση των καταβαλλόμενων προσπαθειών
- Συμβούλια ποιότητας
- Παραίνεση για συνεχή βελτίωση

Η εισαγωγή της διαχείρισης της ποιότητας σε μια επιχείρηση επιφέρει πολλαπλά οφέλη:

- Εσωτερικά, που προκύπτουν από την καλύτερη εσωτερική λειτουργία της επιχείρησης.
- Εξωτερικά, που προκύπτουν σε σχέση με τις συναλλαγές της επιχείρησης με το περιβάλλον του (πελάτες, προμηθευτές), τα καλύτερα εμπορικά αποτελέσματα, την ανάπτυξη των εργασιών και τη βελτίωση της ανταγωνιστικότητας καθώς επίσης και τη βελτίωση του γοήτρου και της αξιοπιστίας της επιχείρησης.

Οι επιχειρήσεις που διαχειρίζονται σωστά την ποιότητα εμφανίζουν αύξηση της αποτελεσματικότητας και βελτίωση της διαδικασίας παραγωγής του προϊόντος ή/και παροχής της υπηρεσίας. Επακόλουθο της βελτίωσης αποτελεί και η αύξηση της παραγωγικότητας της εργασίας μέσω της παρατηρούμενης μείωσης του κόστους παραγωγής. Επιπλέον η παρεχόμενη ποιότητα φαίνεται να συμβάλλει καθοριστικά στην ικανοποίηση του πελάτη της επιχείρησης καθώς η ανταγωνιστικότητα ενός προϊόντος ή

μιας υπηρεσίας είναι συνάρτηση της ποιότητας και της τιμής διάθεσης στην αγορά. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι η σχέση ποιότητας - τιμής βοηθάει στην απορρόφηση του προϊόντος ή της υπηρεσίας από την αγορά αυξάνοντας το πελατολόγιό της, με άμεση επίπτωση στα οικονομικά της αποτελέσματα αλλά και στη βιωσιμότητα και την ανάπτυξή της. (Γκούμας, 2012)

1.4 Το οικονομικό κόστος της Ποιότητας

Από τους πιο σημαντικούς δείκτες ανταγωνιστικότητας και ανάπτυξης είναι η ποιότητα, η καινοτομία και η παραγωγικότητα, με την αξιολόγηση και την κοστολόγηση του κόστους της ποιότητας να αποτελεί μια από τις κύριες παραμέτρους. Κατά τον Crosby (1979) το κόστος ποιότητας είναι αυτό που αποφεύγεται όταν το προϊόν ή η υπηρεσία προσφέρεται σωστά από την αρχή. Το κόστος κακής ποιότητας ορίζεται ως η διαφορά του επιθυμητού κόστους λειτουργίας χωρίς ελαττώματα προς το πραγματικό κόστος λειτουργίας με ελαττωματικά προϊόντα ή υπηρεσίες. (Λιαμαρκόπουλος, 2003)

Ως κόστος ποιότητας χαρακτηρίζονται οι εξοικονομήσεις που μπορούν να επιτευχθούν με την εισαγωγή της διαχείρισης της ποιότητας σε σχέση με το αυξανόμενο κόστος της μη ποιότητας. Το κόστος ποιότητας διακρίνεται σε λειτουργικό κόστος ποιότητας και κόστος εξωτερικής διασφάλισης της ποιότητας. Το λειτουργικό κόστος ποιότητας είναι το κόστος που προκύπτει από μια συναλλαγή με σκοπό να επιτύχει και να διασφαλίσει ποιοτικά επίπεδα και διαιρείται σε κόστος ελέγχου (κόστος πρόληψης και κόστος εκτίμησης) και σε κόστος αποτυχίας ελέγχου (εσωτερικής αποτυχίας και εξωτερικής αποτυχίας). Το κόστος εξωτερικής διασφάλισης της ποιότητας προσδιορίζεται ως το κόστος το οποίο προέρχεται από αναγνωρισμένους ανεξάρτητους ελεγκτικούς φορείς. Από αυτά μόνο η πρόληψη μπορεί στην πραγματικότητα να θεωρηθεί ως κόστος ποιότητας εφόσον τα άλλα στοιχεία είναι στην ουσία το κόστος της μη ποιότητας. (Αλεξιάδης & Σιγάλας 1999, Krishnan, SK. 2006, Sower et al., 2007). Ειδικότερα: (Σχήμα 4)

Κόστος πρόληψης: Είναι το κόστος των ενεργειών που απαιτούνται για την αποφυγή της παραγωγής ελαττωματικών προϊόντων και υπηρεσιών. (Krishnan, 2006, Sower, et al., 2007) Περιλαμβάνει:

- Τον πλήρη σχεδιασμό του συστήματος ποιότητας και την τακτική επανεξέτασή του. Ο πλήρης σχεδιασμός και η τακτική επανεξέταση του συστήματος διασφαλίζουν τη συμμόρφωση των προϊόντων/υπηρεσιών.
- Τον έλεγχο. Ο έλεγχος σε όλα τα στάδια της διαδικασίας της ποιότητας μπορεί να γίνει τόσο από το προσωπικό της επιχείρησης όσο και από υπεύθυνους ανεξάρτητους φορείς.

- Την εκπαίδευση στην ποιότητα και την αξιοπιστία. Το τμήμα ποιότητας χρειάζεται να έχει προσωπικό που να διαθέτει γνώσεις όχι μόνο ποιοτικού ελέγχου αλλά και διασφάλισης της ποιότητας και διοίκησης ποιότητας.
- Άλλα προληπτικά κόστη. Ο προγραμματισμός της ποιότητας του πωλητή, η επιβεβαίωση του σχεδίου ποιότητας, η διαχείριση της ανάπτυξης και υλοποίησης της ποιότητας, είναι μερικά από αυτά.

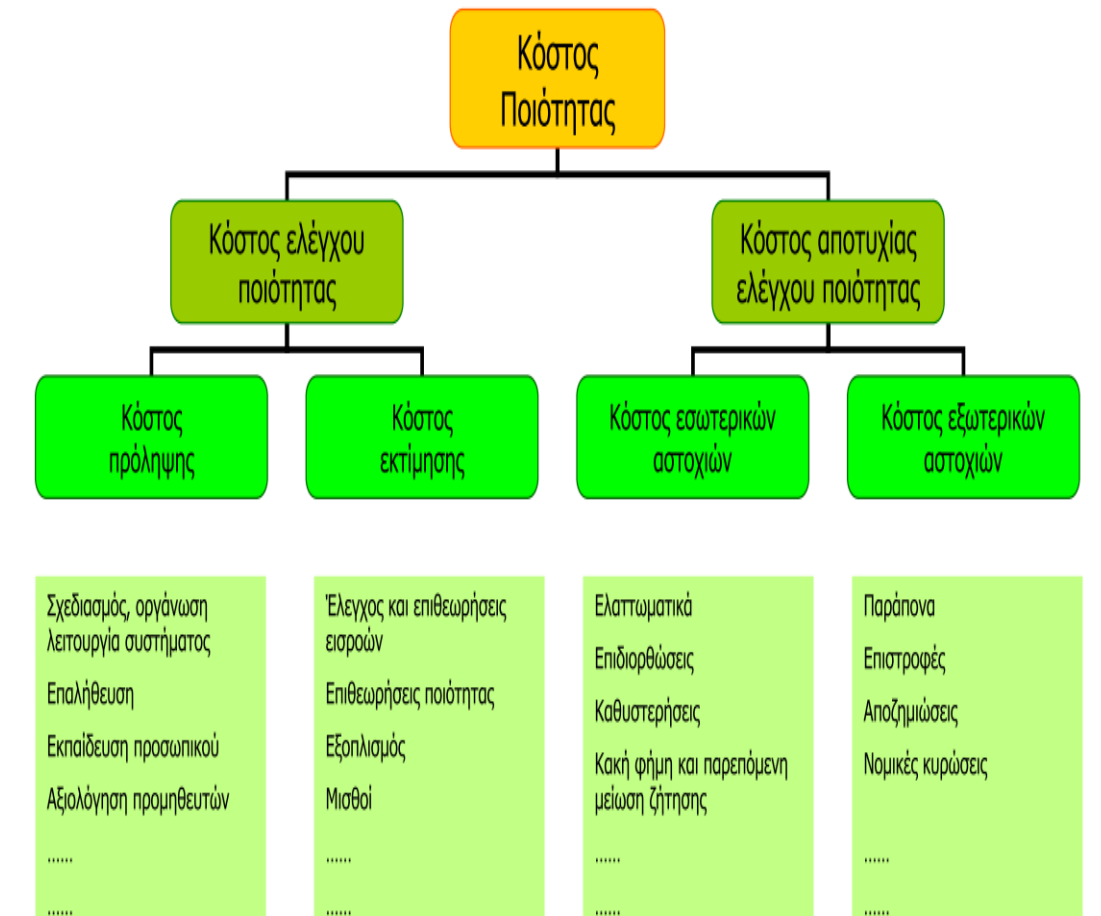
Κόστος εκτίμησης: Είναι το κόστος των ενεργειών που απαιτούνται προκειμένου να διατηρηθεί το επιθυμητό επίπεδο ποιότητας. (Krishnan, 2006, Sower, et al., 2007)
Περιλαμβάνει:

- Τον έλεγχο και την επιθεώρηση. Ο έλεγχος που διεξάγεται από το προσωπικό της επιχείρησης στα προϊόντα/υπηρεσίες σε όλα τα στάδια διαδικασίας από την παραλαβή τους μέχρι την εξυπηρέτηση μετά από την πώληση ή την παροχή τους.
- Τη συντήρηση και ρύθμιση. Αφορά τη σωστή ρύθμιση, διαθεσιμότητα, συντήρηση και επιδιόρθωση όλου του εξοπλισμού.
- Την απόσβεση του εξοπλισμού δοκιμών. Αναφέρεται στην λογιστική απόσβεση του εξοπλισμού δοκιμών.
- Τις αλλαγές των σχεδίων. Οποιοδήποτε ελάττωμα αποκαλυφθεί κατά την κατασκευή ή σε άλλο στάδιο της διαδικασίας έχει σαν αποτέλεσμα την αλλαγή σχεδίων.

Κόστος εσωτερικής αποτυχίας/αστοχιών: Είναι το κόστος που προκαλείται από το εσωτερικό της επιχείρησης για προϊόντα ή υπηρεσίες που δε συμμορφώνονται με τις ποιοτικές προδιαγραφές, όταν τα προϊόντα ή οι υπηρεσίες δεν έχουν βγει από την επιχείρηση και δεν έχουν φθάσει στον καταναλωτή, άρα δεν υπάρχουν οδυνηρές συνέπειες. (Krishnan, SK. 2006, Sower et al., 2007). Περιλαμβάνει:

- Ελαττωματικά προϊόντα. Τα ελαττωματικά προϊόντα, είτε επεξεργάζονται εκ νέου, είτε απορρίπτονται εντελώς, οπότε έχουμε αύξηση του κόστους παραγωγής.
- Επεξεργασία εκ νέου. Η επεξεργασία εκ νέου αυξάνει το κόστος παραγωγής, αφού προϋποθέτει αλλαγή σχεδίων, νέες δοκιμές, πιθανόν ακρήστευση πρώτων υλών και πιθανή καθυστέρηση της παραγωγής άλλων προϊόντων του τμήματος παραγωγής.
- Την καθυστέρηση για διορθωτικές ενέργειες. Όταν τα προϊόντα / υπηρεσίες δεν συμμορφώνονται με τις ποιοτικές προδιαγραφές τότε τίθενται σε εφαρμογή όλες οι απαραίτητες διορθωτικές ενέργειες με αποτέλεσμα την καθυστέρηση της παραγωγικής διαδικασίας.
- Αδυναμίες στην αποστολή. Η μη έγκαιρη αποστολή, ή αδυναμία αποστολής των προϊόντων ή υπηρεσιών, έχουν ως αποτέλεσμα τη μη ικανοποίηση του πελάτη με φυσικό επακόλουθο την απώλειά του.

- Ελλιπής εκπαίδευση του προσωπικού. Η ελλιπής εκπαίδευση του προσωπικού θα οδηγήσει σε λάθη που θα αυξήσουν τόσο το κόστος παραγωγής, όσο και λειτουργίας αφού θα χρειαστεί εκ νέου εκπαίδευσή του.
- Λανθασμένη επιλογή προμηθευτή. Οι προμηθευτές πρέπει να είναι εγκεκριμένοι ώστε οι πρώτες ύλες και οι υπηρεσίες που παρέχονται να είναι συμμορφούμενες με τη διαδικασία της ολικής ποιότητας. Σε διαφορετική περίπτωση παρατηρούνται ελαττωματικές ύλες από τις οποίες θα παραχθούν ελαττωματικά προϊόντα.



Σχήμα 4. Το κόστος της ποιότητας. Πηγή: Αλεξιάδης & Σιγάλας (1999)

Κόστος εξωτερικής αποτυχίας/αστοχιών: Είναι το κόστος που προκύπτει στο εξωτερικό περιβάλλον της επιχείρησης για προϊόντα ή υπηρεσίες που δε συμμορφώνονται με τις ποιοτικές προδιαγραφές, όταν έχουν βγει από την επιχείρηση ή τον οργανισμό και έχουν φθάσει στον καταναλωτή, με αποτέλεσμα οδυνηρές συνέπειες. (Krishnan, 2006, Sower, et al., 2007) Περιλαμβάνει:

- Επιστροφή προϊόντων. Ελαττωματικά προϊόντα, ή προϊόντα τα οποία δεν ικανοποιούν τις προσδοκίες του πελάτη οπότε επιστρέφονται στην επιχείρηση με αποτέλεσμα τη μείωση των εσόδων/κερδών της επιχείρησης και τη μείωση του μεριδίου της στην αγορά.
- Ανάκληση προϊόντων. Είναι ελαττωματικά προϊόντα τα οποία δεν ανιχνεύθηκαν σε κανένα στάδιο της διαδικασίας παρά μονάχα μετά την πώληση οπότε η επιχείρηση τα ανακαλεί.
- Παράπονα πελατών. Τα προϊόντα ή οι υπηρεσίες που προσφέρει η επιχείρηση δεν ικανοποιούν τις απαιτήσεις του πελάτη με αποτέλεσμα την δυσαρέσκεια του πελάτη προς την επιχείρηση.
- Επισκευή. Τα προϊόντα που παρουσιάζουν μερικό ελάττωμα χρήζουν επισκευής άρα αυξάνεται το κόστος.

Αντίθετα με το κόστος έλλειψης, το κόστος βελτίωσης της ποιότητας είναι αποτιμητέο και περιλαμβάνει το κόστος πρόληψης και αξιολόγησης που αφορά την προσπάθεια συμμόρφωσης στις προδιαγραφές. Με το προληπτικό κόστος προστατεύεται η παραγωγή, ελαχιστοποιούνται τα ελαττωματικά προϊόντα, μειώνεται το κόστος που προέρχεται από άστοχες ενέργειες και κρατά το κύρος της η εταιρία. (Αλεξιάδης & Σιγάλας 1999, Heizer & Render, 2008)

Στο κόστος πρόληψης περιλαμβάνονται οι δαπάνες που αφορούν το σχεδιασμό, την εφαρμογή και την διατήρηση ενός συστήματος ποιότητας και σχετίζονται με την προσπάθεια αποφυγής σφαλμάτων μέσω της πρόληψης, της εκπαίδευσης και της επικοινωνίας των δεδομένων. Περιλαμβάνει τις δραστηριότητες που προάγουν την άποψη «Do it right the first time - Να κάνεις κάτι σωστά την πρώτη φορά»). (Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1999)

Σε ένα μη ώριμο σύστημα ποιότητας αναμένεται υψηλό κόστος ποιότητας με το μεγαλύτερο τμήμα της δαπάνης να εστιάζεται στις αστοχίες (εσωτερικές και εξωτερικές). Καθώς το σύστημα ωριμάζει παρατηρείται τα κόστη εσωτερικών και εξωτερικών αστοχιών να μειώνονται. Σε ένα πλήρως ώριμο σύστημα ποιότητας η κύρια κατηγορία δαπανών εστιάζεται στα κόστη πρόληψης. (Sower, et al., 2007)

1.5 Η έννοια και τα χαρακτηριστικά της Υπηρεσίας

Ο όρος «Υπηρεσία» αφορά μια έννοια πληρέστερη από αυτό που μια επιχείρηση υπόσχεται να δώσει στους πελάτες της, αναφέρεται στο παρόν χρονικό διάστημα και μας δίνει μια λεπτομερή περιγραφή του τι ακριβώς προσφέρεται στον πελάτη και τον τρόπο με τον οποίο αυτό επιτυγχάνεται. Δεν αφορά μόνο μια απλή ιδέα ή εξυπηρέτηση ή ένα όραμα του οργανισμού, αλλά περιλαμβάνει μια κοινή, για τους πελάτες και την επιχείρηση, άποψη/προσδοξία για την υπηρεσία που πρέπει να παρέχεται ή και λαμβάνεται από τον πελάτη. (Johnston, Clark & Shulver, 2012)

Η έννοια της υπηρεσίας αναφέρεται, στην ουσία της προσφερόμενης υπηρεσίας προς τον πελάτη, στο σύνολο των επιμέρους παρεχόμενων υπηρεσιών, στην εμπειρία χρήσης της υπηρεσίας από τον πελάτη, στα αποτελέσματα και στην αξία, την τιμή που κατέβαλε ο πελάτης για τη χρήση της υπηρεσίας, σε σχέση με τα οφέλη που αποκόμισε. (Χυτήρης & Άννινος, 2005)

Σύμφωνα με τους Lovelock και Wirtz (2004) μια υπηρεσία είναι μια πράξη ή επίδοση που προσφέρεται από το ένα μέρος στο άλλο. Αν και η διαδικασία αυτή μπορεί να συνδέεται με ένα φυσικό προϊόν, η απόδοση είναι παροδική, συχνά άυλης φύσης, και δεν έχει συνήθως ως αποτέλεσμα την ιδιοκτησία οποιουδήποτε από τους παράγοντές της.

Οι Vargo και Lusch (2004) ορίζουν την υπηρεσία ως εφαρμογή των εξειδικευμένων ικανοτήτων, γνώσεων και δεξιοτήτων, μέσω διαδικασιών πράξεων και επιδόσεων προς όφελος μιας άλλης οντότητας ή της ίδιας της οντότητας.

Με τον όρο υπηρεσία περιγράφεται μια σειρά ενεργειών οι οποίες έχουν στόχο την ικανοποίηση των αναγκών αυτού που τις λαμβάνει. Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας υπάρχει άμεση και καθοριστική προσωπική αλληλεπίδραση μεταξύ του παρόχου και του αποδέκτη της υπηρεσίας. Αποτελεί μια κοινωνική δραστηριότητα (social activity) μεταξύ του λήπτη της υπηρεσίας και του προμηθευτή της, είτε πρόκειται για άτομο είτε για εταιρεία ή οργανισμό. (Grönroos, 1990., Χυτήρης, 2004., Χυτήρης & Άννινος, 2005)

Οι Kotler και Armstrong (2000) ορίζουν την υπηρεσία ως, οποιαδήποτε πράξη ή απόδοση που ένα συμβαλλόμενο μέρος μπορεί να προσφέρει σε ένα άλλο και που είναι ουσιαστικά άυλο και δεν καταλήγει σε ιδιοκτησία κάποιου πράγματος. Η παραγωγή της υπηρεσίας μπορεί είτε να συνδέεται είτε όχι με ένα φυσικό προϊόν. (Βελισσαρίου, 2009)

Οι Mathe και Shapiro (1993) ορίζουν την υπηρεσία ως, όλες τις δραστηριότητες που μια επιχείρηση εφαρμόζει προκειμένου να παράσχει αξία στη χρήση κατά τη διάρκεια του χρόνου, και η οποία αξία μετριέται από την αυξανόμενη ικανοποίηση πελατών με ένα υλικό αγαθό ή μια σειρά προϊόντων.

Σύμφωνα με τον Gronroos (1982) η υπηρεσία προσδιορίζεται ως μια συγκεκριμένη διαδικασία η οποία αναπτύσσεται στο εσωτερικό μιας επιχείρησης και η οποία έχει ως στόχο να ικανοποιήσει συγκεκριμένες ανάγκες των πελατών της. Οι Laroche, et al., (2001) υποστηρίζουν ότι, η υπηρεσία αφορά πράξεις ή ενέργειες που προσφέρονται από την επιχείρηση στους πελάτες της.

Για την επιχείρηση, η υπηρεσία αφορά μια διαδικασία και ένα τελικό αποτέλεσμα το οποίο προέρχεται από τη συντονισμένη χρήση των παραγωγικών συντελεστών της, συχνά με τη συμμετοχή του τελικού πελάτη. Για τον πελάτη, λήπτη των υπηρεσιών, η αντίληψη της υπηρεσίας αφορά τη συνολική εμπειρία, η οποία περιλαμβάνει: χρήση ή κατανάλωση εμπράγματων, υλικών, απτών στοιχείων, οφέλη, συναισθήματα, αξιολόγηση (τι έλαβε σε σχέση με το κόστος που κατέβαλε), πρόθεση ή μη επαναγοράς της υπηρεσίας. Τα υλικά προϊόντα και οι υπηρεσίες είναι εμπορεύσιμα αγαθά, και υπάρχει τουλάχιστον ένας προμηθευτής (άτομο ή επιχείρηση), ο οποίος παράγει και διαθέτει προϊόντα ή παρέχει υπηρεσίες, και ένας πελάτης, ο οποίος καταβάλλει το κόστος απόκτησης του αγαθού ή χρήσης της υπηρεσίας για δεδομένη χρονική περίοδο. Οι επιχειρήσεις παροχής υπηρεσιών διαφέρουν σε σχέση με τις επιχειρήσεις παραγωγής προϊόντων διότι, στη μεταποίηση η εκροή είναι υλικό αγαθό, ενώ στις επιχειρήσεις παροχής υπηρεσιών είναι άυλα στοιχεία. (Johnston, Clark & Shulver, 2012)

Η υπηρεσία αποτελεί μια δραστηριότητα, άυλη εκ φύσεως, η οποία συντελεί αξία για τους καταναλωτές της. Είναι ιδιαίτερα επικεντρωμένη στον πελάτη και ενεργοποιείται μόνο όταν ο πελάτης την απαιτήσει και στη συνέχεια τη χρησιμοποιήσει. Η προσέγγιση αυτή, καθιστά τις υπηρεσίες "λεπτές και ευαίσθητες" τόσο από την πλευρά του πελάτη όσο και του παραγωγού υπηρεσιών, καθώς οι υπηρεσίες καταναλώνονται την ίδια στιγμή που παράγονται, καθιστώντας έτσι τα λάθη που πιθανώς να προκύψουν κατά τη διάρκεια της διαδικασίας παροχής τους, άμεσα αντιληπτά από τον πελάτη και συνεπώς να επέρχεται μείωση της αξίας της υπηρεσίας. Αντίθετα, όταν δεν προκύψουν λάθη ή αποτυχίες κατά την παράδοση της υπηρεσίας, τότε δημιουργείται η αξία και αυτό συμβάλλει σημαντικά στην ικανοποίηση του πελάτη αφού γίνεται αισθητή άμεσα. (Bruhn & Georgi, 2006)

Καθώς η υπηρεσία αντανakλά τη σχέση μεταξύ του παραγωγού και του πελάτη, τόσο στο εσωτερικό όσο και στο εξωτερικό, η διαδικασία παροχής υπηρεσιών δεν μπορεί να διεξαχθεί χωρίς τη συμμετοχή του πελάτη. Ως εκ τούτου ο πελάτης είναι συμπαραγωγός της υπηρεσίας. (Bruhn & Georgi, 2006) Οι καταναλωτές δεν αγοράζουν υπηρεσίες με την κλασική έννοια, αλλά αγοράζουν τις παροχές, των οποίων η αξία αποτελείται από πολλά τμήματα δραστηριοτήτων, αγαθών ή και των δύο. (Gummesson, 1994)

Σύμφωνα με τον Grönroos (2007) η υπηρεσία είναι μια διαδικασία η οποία αποτελείται από μια σειρά άυλων ενεργειών οι οποίες πραγματοποιούνται στο πλαίσιο της

συναλλαγής μεταξύ του πελάτη/καταναλωτή και του παρόχου ή εκπροσώπου της επιχείρησης.

Οι υπηρεσίες έχουν ορισμένα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και η αλληλεπίδραση πωλητή/παρόχου και καταναλωτή/πελάτη είναι αυτή που παράγει την κύρια αξία τους. (Grönroos, 1988, 2007., Lindsay & Evans, 1999, 2010., Rust & Oliver, 1994., Fitzsimmons, Fitzsimmons & Bordoloi, 2014) Ειδικότερα παρουσιάζουν:

- **Αϋλότητα (intangibility):** Δεν έχουν φυσική υπόσταση και διαστάσεις όπως τα εμπράγματα αγαθά και επειδή είναι άυλες, είναι δύσκολος για τους παρόχους ο ακριβής προσδιορισμός τους αλλά και για τους λήπτες / πελάτες η αξιολόγησή τους.
- **Συμμετοχή του πελάτη (customer participation):** Ο λήπτης της υπηρεσίας συχνά (ως συμπαραγωγός) συμμετέχει στην παραγωγή της με προτάσεις, ιδέες και απαιτήσεις.
- **Ταυτόχρονη παραγωγή και κατανάλωση (simultaneity):** Δεν υπάρχει διακριτός χρόνος μεταξύ παραγωγής και διάθεσης της υπηρεσίας. Οι υπηρεσίες καταναλώνονται την ίδια στιγμή που παράγονται, χωρίς να αποθηκεύονται.
- **Άμεση χρονική αναλωσιμότητα (perishability):** Οι υπηρεσίες που παρέχονται ως προϊόν για την εξυπηρέτηση του πελάτη, δεν μπορούν να αποθηκευτούν για προσφορά σε ύστερο χρόνο.
Καταναλώνονται καθώς δημιουργούνται και δεν μπορούν να αποθηκευτούν όπως τα παραγόμενα προϊόντα. Έχουν σχεδόν μηδενικό χρόνο ανάμεσα στην παραγωγή και στη διάθεσή τους.
- **Ετερογένεια (heterogeneity):** Κάθε πελάτης είναι διαφορετικός ως προς το τι επιθυμεί ή απαιτεί από τον πάροχο ή πώς τον επηρεάζει κατά τον χρόνο παροχής της υπηρεσίας. Επιπλέον, ο κάθε πάροχος, είτε ως υπάλληλος είτε ως διαδικασία εξυπηρέτησης, είναι κι αυτός μια ξεχωριστή οντότητα, αναφορικά με τις ικανότητες που διαθέτει και την προθυμία του ή μη, να εξυπηρετήσει.
Είναι ιδιαίτερα δύσκολο να έχουμε έναν ενιαίο τρόπο εξυπηρέτησης, ακόμη κι αν πρόκειται για την εξυπηρέτηση του ίδιου ατόμου, από τον ίδιο πάροχο ή υπάλληλο σε διαφορετικό χρόνο.
Αναφορικά με τις υπηρεσίες, παρατηρείται ότι, υπάρχει ετερογένεια και μεταβλητότητα στο σύνολο και στα επιμέρους στοιχεία τους που συντελούν στην παραγωγή και κυρίως στην παροχή τους, διότι είναι σχεδόν αδύνατη η ενιαία φύση τους και η ακριβής ομοιογένεια των χαρακτηριστικών τους.

- **Μη ιδιοκτησία (non transferable ownership):** Κατά την αγορά ή λήψη μιας υπηρεσίας ο καταναλωτής δεν καθίσταται ιδιοκτήτης, αλλά έχει μόνο το δικαίωμα χρήσης. Οι υπηρεσίες είναι περισσότερο εντάσεως εργασίας, ενώ τα προϊόντα είναι περισσότερο εντάσεως κεφαλαίου.

Η επιτυχία της παροχής υπηρεσιών εξαρτάται κατά πολύ από τα άτομα που τις παρέχουν, από την εκπαίδευση που έχουν λάβει και από τον εργασιακό χώρο μέσα στον οποίο δραστηριοποιούνται. Επιπρόσθετα το σύστημα παράδοσης των υπηρεσιών είναι ιδιαίτερο ευαίσθητο στο χρόνο καθώς οι ανάγκες του πελάτη και τα πρότυπα απόδοσης είναι συχνά δύσκολο να αναγνωρισθούν και να καθοριστούν.

Η υπηρεσία είναι “κοινωνική ενέργεια που προϋποθέτει άμεση επαφή του πελάτη με τον αντιπρόσωπο της εταιρείας που παρέχει την υπηρεσία”

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας

Σύμφωνα με τον ορισμό που διατυπώθηκε στο καταστατικό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) (1946) η υγεία είναι «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Με βάση αυτή τη θεώρηση αναγνωρίζονται δυο παράμετροι που οριοθετούν την υγεία: η παράμετρος της απουσίας της αρρώστιας και η παράμετρος της ευεξίας. Επίσης, σε ότι αφορά την ευεξία, η ύπαρξη ψυχικής και κοινωνικής διάστασης, πέρα από τη σωματική. (Τούντας, 2000) Ο ορισμός της υγείας, εξαρτάται από τον τρόπο θεώρησης του οργανισμού και της σχέσης του με το περιβάλλον. Η θεώρηση αυτή διαφέρει από πολιτισμό σε πολιτισμό και μεταβάλλεται με το πέρασμα των ετών. (Αναγνωστόπουλος, και συν., 1999)

Η υγεία παραπέμπει σε μία συγκεκριμένη φυσική και πνευματική κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο άνθρωπος, ενώ οι υπηρεσίες υγείας είναι το αγαθό που προσφέρεται στον άνθρωπο με σκοπό τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του. (Χλέτσος, 2017) Η προσφορά υπηρεσιών υγείας εκφράζει την παροχή υπηρεσιών που προέρχονται από τους προμηθευτές υγείας (ιατρούς, νοσηλευτικά ιδρύματα, κ.α). Οι παράγοντες που προσδιορίζουν την προσφορά των υπηρεσιών υγείας είναι η επάρκεια των ανθρωπίνων πόρων, η ποσότητα των διαθέσιμων υλικών πόρων, το επιδημιολογικό προφίλ του πληθυσμού και η κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη. (Κυριόπουλος, 2002)

Παρατηρείται ποικιλία και διαφορετικότητα των ορισμών της ποιότητας στο χώρο της υγείας που μερικές φορές οδηγούν σε σύγχυση άτομα μη εξοικειωμένα με την ορολογία. Ωστόσο η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας αφορά τόσο τη διαδικασία εξυπηρέτησης, όσο και τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ των πελατών και των παρόχων υπηρεσιών. Οι επαγγελματίες του τομέα υγειονομικής περίθαλψης παρέχουν υπηρεσίες όχι ομοιογενείς, διότι παρεμβαίνουν παράγοντες που ποικίλλουν κάθε φορά, όπως η εκπαίδευση, η κατάρτιση, η εμπειρία, οι ατομικές ικανότητες αλλά και η προσωπικότητα του επαγγελματία υγείας. (McLaughlin και Kaluzny, 2006, Naveh and Stern, 2005, Mosadeghrad, 2010)

Η έννοια της ποιότητας στον τομέα της υγείας έχει διαφορετική διάσταση, πιο σύνθετη και πολυσχιδή από την αντίστοιχη που συναντάται στο χώρο της βιομηχανίας. Στην υγεία, οι ασθενείς παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλία στους παράγοντες που επηρεάζουν την έκβαση της θεραπείας τους και η έννοια του μηδενικού ελαττώματος, που κυριαρχεί στη βιομηχανία, ταυτίζεται, με την παροχή στους ασθενείς αυτού ακριβώς που έχουν ανάγκη και που επιθυμούν, αυτού που δεν θα προκαλέσει βλάβη στην υγεία τους. Η ελαχιστοποίηση των αποκλίσεων/ελαττωμάτων στην υγεία, σημαίνει, βελτίωση

ή εξάλειψη της «κακής» πρακτικής και ενθάρρυνση της «καλής». Εγχείρημα δύσκολο να κατακτηθεί σε σχέση με την επίτευξη μηδενικών αποκλίσεων, όπως συμβαίνει στο χώρο της βιομηχανίας. (Τούντας, 2003)

Σύμφωνα με τον Donabedian (1988) η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας αναφέρεται στη μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενούς, λαμβάνοντας υπόψη τα κέρδη και τις ζημιές που πηγάζουν από την διαδικασία της παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Αποτελεί τη βέλτιστη απάντηση στις ανάγκες του ασθενή, είτε αφορά τη θεραπεία, είτε την αποκατάσταση της υγείας του με συνυπολογισμό της αποτελεσματικότητας και του κόστους φροντίδας. (Donabedian, 1988)

Το Department of Health (1998), υποστηρίζει ότι, ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας σημαίνει την ικανότητα παροχής της καλύτερης διαθέσιμης περίθαλψης στον ασθενή, την παροχή της φροντίδας που χρειάζεται, στον κατάλληλο χρόνο, με το σωστό τρόπο με σκοπό την εξασφάλιση του βέλτιστου αποτελέσματος.

Επίσης δύναται να σημαίνει τη δυνατότητα επιλογής, των ληπτών των υπηρεσιών υγείας, της δέσμη των επιθυμητών και κατάλληλων υπηρεσιών και φροντίδων σε σύντομο χρονικό διάστημα και ανάλογων με το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζουν. (Παπακωστίδη, και συν., 2012)

Για τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η υψηλής ποιότητας περίθαλψη προϋποθέτει υψηλό επίπεδο επαγγελματισμού, αποτελεσματικότητα στην χρήση των πόρων, μείωση των κινδύνων για τους ασθενείς, ικανοποίηση των χρηστών και θετική τελική επίδραση στο επίπεδο υγείας του ατόμου. (WHO,1993)

Το μέγιστο επιδιωκόμενο αποτέλεσμα για τον κάθε ασθενή, είτε στη διάγνωση, είτε στη θεραπεία ή την αποκατάσταση, στην αποφυγή λαθών, στην ευαισθητοποίηση και προσοχή για τις ανάγκες του ασθενούς και της οικογένειάς του καθώς και η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών αντανακλά για τον Thompson (1980) ο ορισμός της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.

Ο Nelson (1996) όρισε την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ως τον βαθμό κατά τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για άτομα και ολόκληρους πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων στην υγεία, βάσει της υπάρχουσας επιστημονικής γνώσης.

Η American Medical Association (2000) θεωρεί ότι, φροντίδα υψηλής ποιότητας είναι η ιατρική φροντίδα που συνεχώς και με συνέπεια συμβάλλει στη βελτίωση της διατήρησης της ποιότητας ή και της διάρκειας της ζωής. Τα χαρακτηριστικά αυτής της φροντίδας είναι η προώθηση της υγείας, η πρόληψη των ασθενειών η έγκαιρη παρέμβαση, η ενημέρωση και συμμετοχή των ασθενών, η προσοχή στην επιστημονική βάση της ιατρικής και η αποτελεσματική χρήση των πόρων.

Η ποιότητα επιτυγχάνεται όταν οι διαδικασίες και οι δράσεις ενός οργανισμού υγείας είναι σχεδιασμένες κατά τέτοιον τρόπο ώστε να ανταποκρίνονται, διαρκώς, αρχικά στις ανάγκες και ακολούθως στις απαιτήσεις των εσωτερικών και των εξωτερικών πελατών. Από την οπτική της διοίκησης ενός οργανισμού υγείας, ποιότητα είναι η παροχή αποτελεσματικής φροντίδας με τρόπο οικονομικό, ορθολογική χρήση και κατανομή των διαθέσιμων πόρων. (Al. Assaf Af, 2004)

Η ποιότητα αναφέρεται στα χαρακτηριστικά της υπηρεσίας τα οποία καθορίζουν τη δυνατότητά της να ικανοποιήσει τις ανάγκες και τις προσδοκίες για τις οποίες προσφέρεται. Αν η αντίληψη που σχηματίζει ο πελάτης από την «κατανάλωση - λήψη» μιας υπηρεσίας είναι μεγαλύτερη από την προσδοκία του, τότε ο επέρχεται η ικανοποίησή του και ο φορέας ή η επιχείρηση επιτυγχάνει ανταγωνιστικό πλεονέκτημα έναντι άλλων. (Rosen, Karwan & Scribner, 2003)

Οι Leebon, et al., (2003), υποστηρίζουν ότι η ποιοτική υγειονομική περίθαλψη αντανakλά το σωστό και το ηθικό. Για αυτούς ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας σημαίνει να κάνεις τα σωστά πράγματα, να πραγματοποιείς συνεχείς βελτιώσεις για την επίτευξη του καλύτερου δυνατού κλινικού αποτελέσματος, να ενδιαφέρεσαι για την ικανοποίηση όλων των πελατών και ταυτόχρονα να έχεις ευχαριστημένους επαγγελματίες υγείας με ικανοποιητικές οικονομικές αποδοχές.

Σύμφωνα με τους Schuster, et al., (1998) ποιότητα υπηρεσιών υγείας σημαίνει παροχή στους ασθενείς των κατάλληλων υπηρεσιών κατά τρόπο τεχνικά σωστό, καλή επικοινωνία, κοινή λήψη αποφάσεων και πολιτισμική ευαισθησία.

Για τον Lohr (1991) ποιότητα είναι ο βαθμός στον οποίο παρέχονται υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης για τα άτομα και πληθυσμούς, με τρόπο που αυξάνει την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων υγείας και είναι σύμφωνος με την τρέχουσα επαγγελματική γνώση. Κατά συνέπεια, η ποιότητα αποτελεί το στόχο της υγειονομικής περίθαλψης, για να αυξήσει την πιθανότητα επίτευξης των επιθυμητών αποτελεσμάτων υγείας για τον ασθενή. Ο ορισμός αυτός τονίζει τη σημασία της ορθής εφαρμογής των γνώσεων των επαγγελματιών υγείας κατά την παροχή των υπηρεσιών τους.

Οι Joss και Kogan (1995) υποστηρίζουν ότι η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας αντανakλά την τεχνική, τη συστημική και τη γενική διάσταση εφαρμογής και παροχής των υπηρεσιών. Η τεχνική ποιότητα αφορά το περιεχόμενο της εργασίας εντός των επιστημονικών ορίων των επαγγελματιών, η συστημική αναφέρεται στην ποιότητα του συστήματος και της διαδικασιών που εφαρμόζονται μέσα στους χώρους εργασίας, ενώ η γενική ποιότητα αναφέρεται στις πτυχές της ποιότητας που αφορούν τις διαπροσωπικές σχέσεις. (Mosadeghrad, 2010)

2.2 Οφέλη της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ενδιαφέρει αρχικά τους ασθενείς, που είναι χρήστες και καταναλωτές των υπηρεσιών αυτών, τις οικογένειές τους, τους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι παρέχουν την υγειονομική φροντίδα (ιατρούς, νοσηλευτές, τεχνολόγους, διοικητικούς), εκείνους που επωμίζονται το κόστος των υπηρεσιών υγείας και την ίδια την κοινωνία στο σύνολό της. Η ποιότητα μπορεί να οριστεί διαφορετικά από τον ασθενή και διαφορετικά από τον ιατρό, τη διοίκηση του νοσοκομείου, από το κράτος, τον ασφαλιστικό φορέα ή τον ερευνητή και τον επιστήμονα. (Ζιώγα, 2014, Τσουτσάνη, 2014)

Τα οφέλη της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας για τον ασθενή προσδιορίζονται σε:

- Υγειονομικά οφέλη και αφορούν την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των ασθενών, καθώς και αποτροπή πιθανών επιπλοκών.
- Ψυχολογικά οφέλη, που έχουν σχέση με το περιβάλλον όπου θα αντιμετωπιστεί το υγειονομικό πρόβλημα του ασθενούς, καθώς η καλή ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς συμβάλλει στη θετική έκβαση της θεραπευτικής αγωγής.
- Οικονομικά οφέλη. Η οικονομική επιβάρυνση που υπόκεινται ο ασθενής αλλά και η οικογένειά του κατά τη διάρκεια της παραμονής του στο νοσοκομείο είναι σημαντική. Η βελτίωση των υπηρεσιών υγείας αυξάνει τις πιθανότητες και τις δυνατότητες του οργανισμού, της έγκαιρης διάγνωσης και αντιμετώπισης του υγειονομικού προβλήματος του ασθενούς με το μικρότερο δυνατό κόστος. (Haya, et al., 2001, Αγγελόπουλος, 2004, Φαρατζιάν 2007, Ανδριανόπουλος, 2008, Τσουτσάνη, 2014)

Τα οφέλη για τους επαγγελματίες υγείας περιλαμβάνουν:

- Την αποτελεσματικότητα του προσφερόμενου έργου τους, από τη χρήση της σύγχρονης επιστημονικής γνώσης και των νέων τεχνολογιών για θεραπεία.
- Τη νομική κατοχύρωση και τη διεύρυνση της κοινωνικής ανοχής σε τυχόν λάθη.
- Την ασφάλεια του έργου τους και την ηθική ικανοποίηση από την εργασία τους.
- Το σεβασμό και την εμπιστοσύνη από μέρους των ασθενών και των οικογενειών τους.
- Την απαλλαγή από αδικαιολόγητο εκνευρισμό και άγχος, καθώς και τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας.
- Την αύξηση του κύρους και της φήμης τους. (Τζανετάκη, 2006, Ανδριανόπουλος, 2008, Willis, Shattuck, 2008, Τσουτσάνη, 2014)

Για τις υγειονομικές υπηρεσίες τα οφέλη είναι εξίσου σημαντικά και αναφέρονται σε:

- Οικονομικά οφέλη. Μείωση του λειτουργικού κόστους που επιτυγχάνεται από την έγκαιρη και αποτελεσματική διάγνωση και θεραπεία του ασθενούς.
- Λειτουργικά οφέλη. Επιτυγχάνονται με τον εξορθολογισμό της χρήσης των δομών της μονάδας.
- Αναγνώριση, καθώς η ποιοτικά καλή χρήση των υπηρεσιών υγείας αυξάνει το κύρος τους. (Haya, et al., 2001, Τζανετάκη, 2006, Φαρατζιάν 2007, Ανδριανόπουλος, 2008, Τσουτσάνη, 2014)

Σημαντικά είναι και τα οφέλη που αποκομίζουν τα ασφαλιστικά ταμεία, και αφορούν:

- Υγειονομικά οφέλη και διεύρυνση της εμπιστοσύνης, που επιτυγχάνονται με την αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των ασφαλισμένων ασθενών.
- Οικονομικά οφέλη, καθώς η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας οδηγεί σε περιορισμό του κόστους των δαπανών και περιορισμό των καταβαλλόμενων στους ασφαλισμένους ασθενείς επιδομάτων ασθενείας.
- Κοινωνικά οφέλη στους ασφαλισμένους, καθώς παρέχεται μεγαλύτερη ικανοποίηση με την βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, αλλά και αίσθηση εκπλήρωσης του κοινωνικού τους ρόλου. (Haya, et al., 2001, Τζανετάκη, 2006, Φαρατζιάν 2007, Ανδριανόπουλος, 2008, Τσουτσάνη, 2014)

Επιπλέον τόσο το κράτος όσο και το κοινωνικό σύνολο γενικότερα, απολαμβάνουν:

- Οικονομικά οφέλη από την περιστολή των δαπανών και την μείωση του χρόνου παραμονής των ασθενών στο νοσοκομείο και της χρονικής διάρκειας αποχής από την εργασία τους.
- Υγειονομικά οφέλη, καθώς με την αύξηση της αποδοτικότητας των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας και τη μείωση του χρόνου αναμονής επίλυσης του υγειονομικού προβλήματος προάγεται η παραγωγικότητα.
- Ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής και του αισθήματος ασφάλειας
- Ανάδειξη του κοινωνικού κράτους της χώρας μας σε εθνικό και διεθνές επίπεδο. (Haya, et al., 2001, Τζανετάκη, 2006, Φαρατζιάν 2007, Ανδριανόπουλος, 2008, Τσουτσάνη, 2014)

2.3 Διαχείριση της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας

Η διαχείριση της ποιότητας στο χώρο της υγείας περιλαμβάνει το σχεδιασμό, την ανάπτυξη των στόχων ποιότητας, τον καθορισμό των προτύπων ποιότητας, την παρακολούθηση με τη χρήση δεικτών και τη δράση με τη συμμετοχή όλων. Με το σχεδιασμό που γίνεται στο πλαίσιο της διασφάλισης ποιότητας παρέχεται η δυνατότητα

κατανομής και αξιοποίησης των διαθέσιμων πόρων, παράλληλα με την παρακολούθηση και την αξιολόγηση της προόδου σε σχέση με προκαθορισμένους στόχους. Επί πλέον, με την καταγραφή των διαδικασιών περιορίζονται οι διακυμάνσεις, γίνονται προβλέψιμα τα αποτελέσματα και μπορούν να αναδειχθούν σημεία που χρειάζονται βελτίωση. Η διαχείριση της ποιότητας αποτελεί ένα βήμα μετά τον έλεγχο της ποιότητας, καθώς ορίζει το σύνολο των δράσεων που ακολουθήθηκαν προκειμένου να διασφαλιστεί ότι ο έλεγχος της ποιότητας εφαρμόστηκε σωστά. (ISO 8402, Παπακωστίδη, 2012)

Οι βασικοί κανόνες που διέπουν τη διαχείριση της ποιότητας είναι:

- *Καταγραφή όλων όσων πραγματοποιούνται.* Επιτυγχάνεται με τις διαδικασίες και τις οδηγίες, οι οποίες παρέχουν και τις λεπτομέρειες για τον τρόπο λειτουργίας του οργανισμού.
- *Πραγματοποίηση όλων όσων καταγράφονται.* Ακολουθούνται σαφείς οδηγίες και δεν υπάρχει αυτοσχεδιασμός.
- *Τήρηση αρχείων.* Ενέργεια απαραίτητη, διότι τα αρχεία αποδεικνύουν ότι ακολουθούνται και τηρούνται οι καταγεγραμμένες διαδικασίες.
- *Επαλήθευση* ότι αυτό που πραγματοποιείται είναι καταγεγραμμένο. Διενέργεια επαναληπτικών ελέγχων και διορθωτικές ενέργειες όπου απαιτείται.

Ο κύριος στόχος των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης είναι η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας προς το κοινωνικό σύνολο. Για να επιτευχθεί αυτό χρησιμοποιούνται τα συστήματα διαχείρισης της ποιότητας που αποτελούν για κάθε υγειονομικό οργανισμό ένα διαχειριστικό εργαλείο, οδηγό για την ανάπτυξή του. Στόχος των συστημάτων διαχείρισης ποιότητας είναι η τήρηση και η βελτίωση των προδιαγραφών (χαρακτηριστικών) των υπηρεσιών που προσφέρονται έτσι ώστε να καλύπτονται οι συνεχώς μεταβαλλόμενες απαιτήσεις των χρηστών των υπηρεσιών υγείας. (Παπακωστίδη, 2012)

Στα πλαίσια της συνεχούς βελτίωσης των υπηρεσιών στον τομέα της υγείας έχει αναπτυχθεί μια σειρά από πρότυπα τα οποία αποτελούν μέρος ενός ευρύτερου πλαισίου που στοχεύει σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας. Πολλές υπηρεσίες υγείας στην Ευρώπη και τις Η.Π.Α. εφαρμόζουν τα πρότυπα αυτά, με το Διεθνή Οργανισμό Τυποποίησης (ISO) να διαδραματίζει σημαίνοντα ρόλο στη σύνταξή τους. Πάνω από 1200 πρότυπα που εστιάζουν σε τομείς της υγείας, έχει συντάξει τα τελευταία χρόνια ο Διεθνής Οργανισμός Πιστοποίησης. Τα σημαντικότερα αυτών είναι: (Δρόσος, 2015)

- ISO 13485: 2003. Ιατρικές Συσκευές, Συστήματα Διαχείρισης της Ποιότητας, Απαιτήσεις Συστήματος για Κανονιστικούς Σκοπούς. Καθορίζει τις απαιτήσεις εκείνες για έναν οργανισμό ο οποίος παρέχει ιατρικές συσκευές και συναφείς υπηρεσίες.

- ISO 15189: 2012. Ιατρικά εργαστήρια, απαιτήσεις για την ποιότητα και την επάρκεια. Με τη χρήση του αποδεικνύεται η ικανότητα ενός ιατρικού εργαστηρίου να παρέχει υπηρεσίες σύμφωνα με τις ισχύουσες κανονιστικές απαιτήσεις.
- ISO 18308: 2011. Πληροφορική της υγείας, απαιτήσεις για την αρχιτεκτονική του ιατρικού φακέλου. Οι απαιτήσεις του διασφαλίζουν ότι τα ηλεκτρονικά μητρώα υγείας είναι κλινικά έγκυρα και αξιόπιστα, ηθικά και δεοντολογικά ορθά, πιστά στις ανάγκες της παροχής υγειονομικής περίθαλψης και πληρούν τις επικρατούσες νομικές απαιτήσεις.
- ISO 27799: 2008. Πληροφορική υγείας, πληροφορίες διαχείρισης της ασφάλειας στον τομέα της υγείας με τη χρήση του προτύπου ISO/IEC 27002. Οι απαιτήσεις που διατυπώνει διασφαλίζουν τη διατήρηση της εμπιστευτικότητας, της ακαιρεότητας και της διαθεσιμότητας των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων υγείας.
- ISO 7405: 2008. Οδοντιατρική, αξιολόγηση της βιοσυμβατότητας των ιατρικών συσκευών που χρησιμοποιούνται στην οδοντιατρική. Καθορίζει τις μεθόδους δοκιμών για την αξιολόγηση των βιολογικών επιπτώσεων των ιατρικών συσκευών που χρησιμοποιούνται στην οδοντιατρική.

Τα οφέλη που αποκομίζει ένας οργανισμός υγείας από την εφαρμογή των προτύπων είναι: (Βασταρδή 2005)

- Βελτιστοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.
- Η ικνηλασιμότητα των διαδικασιών επιβεβαιώνει την εξέλιξη τους.
- Ελαχιστοποίηση πιθανότητας εμφάνισης δυσμενών περιστατικών.
- Αύξηση παραγωγικότητας και μείωση του λειτουργικού κόστους.
- Αύξηση της ικανοποίησης των πελατών (ασθενών, συγγενών, ταμείων)
- Αποσαφήνιση υπευθυνοτήτων και μεθόδων εργασίας.
- Εντοπισμός και αξιοποίηση ευκαιριών για βελτίωση.
- Η εκπαίδευση και η συνεργασία του προσωπικού αποτελεί κίνητρο προόδου.
- Βελτίωση των συνθηκών εργασίας και ευκολότερη ένταξη νέου προσωπικού.
- Ισχυροποίηση της θέσης αγοράς και διαπραγματευτικής ικανότητας προς ασφαλιστικούς φορείς, υπουργείο υγείας και προμηθευτές.
- Βέλτιστη ικανοποίηση νομοθετικών και κανονιστικών απαιτήσεων.

Εκτός από τα οφέλη στον οργανισμό υγείας η εφαρμογή προτύπων παρουσιάζει και ορισμένες αδυναμίες οι οποίες είναι: (Βασταρδή 2005)

- Βασίζεται κυρίως στη τήρηση των διοικητικών διαδικασιών που υποστηρίζουν τη κλινική διακυβέρνηση, όμως δεν μπορεί να στηρίξει άμεσα την καταλληλότητα των επιλεγμένων θεραπειών, ούτε την επιτυχή έκβαση για την υγεία των ασθενών.

- Παρότι είναι πολύ καλά δομημένα εμπλέκουν αρκετή γραφειοκρατία και απαιτούν επιπλέον προσωπικό.
- Είναι χρονοβόρα και επίπονη η διαδικασία εκμάθησης και υιοθέτησης της ιδεολογίας και των τεχνικών διαχείρισης που χρησιμοποιεί το πρότυπο.
- Το εγχειρίδιο καθορίζει τη περιγραφή των θέσεων εργασίας, γεγονός που δημιουργεί ανακατατάξεις στον μέχρι τώρα εργασιακό ρυθμό.
- Το πρότυπο είναι πιθανό να επιφέρει ανεπιθύμητο φόρτο εργασίας και να λειτουργήσει περιοριστικά, αν οργανισμός δεν προσαρμόσει τις κατευθυντήριες οδηγίες του προτύπου στις δικές του ανάγκες.
- Χαρακτηρίζεται από υψηλό κόστος για την υλοποίησή του, ενώ απαιτεί συχνά αναδιοργάνωση της υπηρεσίας και πάντα εκπαίδευση του προσωπικού.

Στη διαχείριση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας εμπλέκονται παράγοντες οικονομικοί, κοινωνικοί, πολιτικοί και επαγγελματικοί. Η βελτίωση της ποιότητας είναι μια δυναμική διαδικασία η οποία έχει τρεις κατευθύνσεις. Εκείνη που μετρά την ποιότητα λαμβάνοντας υπόψη τους διαθέσιμους πόρους για την υγεία, εκείνη που λαμβάνει υπόψη τις διαδικασίες και τον τρόπο που ένας ασθενής κινείται μέσα στο σύστημα υγείας και εκείνη που κρίνει την ποιότητα από τα αποτελέσματα. Για την επίτευξη των αντικειμενικών σκοπών της λαμβάνονται υπόψη παράμετροι όπως: (Παπακωστίδη, 2012)

- Η επαγγελματική απόδοση
- Η ορθή χρησιμοποίηση των πόρων
- Η διαχείριση των κινδύνων που συνδέεται με τις παρεχόμενες υπηρεσίες) και
- Η ικανοποίηση των ασθενών

Οι αντικειμενικοί σκοποί της ποιοτικής διαχείρισης αφορούν τη βεβαιότητα ότι κάθε ασθενής λαμβάνει όλες εκείνες τις υπηρεσίες, ώστε να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα για αυτόν, με την ελάχιστη σπατάλη πόρων, τον ελαχιστοποιημένο κίνδυνο για οτιδήποτε θα μπορούσε να επιφέρει αρνητική έκβαση του σχεδίου θεραπείας και ικανοποίηση του ασθενή για την επιτυχή ολοκλήρωση της φροντίδας του. Οι στρατηγικές που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την κατάκτηση της διαχείρισης, οι πρωτοβουλίες για την ποιότητα, η οριοθέτηση σημείων αναφοράς, οι διαδικασίες διαπίστευσης καθώς και η τεκμηριωμένη φροντίδα υγείας. (Παπακωστίδη, 2012)

Η εφαρμογή συστημάτων διαχείρισης συμβάλει στον προσανατολισμό των υγειονομικών σχηματισμών στους ασθενείς/λήπτες - καταναλωτές των υπηρεσιών υγείας, προσδίδοντας με αυτό τον τρόπο μια πελατοκεντρική διάσταση στη μονάδα. Επίσης το προσωπικό υγείας δύναται να προσεγγίζει τις ανάγκες των ασθενών σε βάθος και έπειτα να αξιολογεί την ικανοποίησή του. (Καράμαλης, 2013)

Επιπρόσθετα με την εφαρμογή του συστήματος διαχείρισης ποιότητας η υγειονομική περιθαλψη προσανατολίζεται στις διαδικασίες. Αυτές όχι μόνο προσδιορίζονται,

περιγράφονται και βελτιστοποιούνται, αλλά παράλληλα ελέγχονται και βελτιώνονται όλοι οι δείκτες επίδοσης σε επίπεδο διαδικασιών. Εκτός των άλλων, επιτυγχάνεται συνεχής βελτίωση καθώς το προσωπικό των υπηρεσιών υγείας συλλέγει πληροφορίες από ένα μεγάλο αριθμό πηγών όπως είναι οι μετρήσεις ποιότητας, οι εσωτερικοί και εξωτερικοί έλεγχοι και οι έρευνες σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών. Επιπροσθέτως, εισάγονται στην υγειονομική μονάδα μετρήσεις επίδοσης, αποτελούμενες από μία σειρά δεικτών, όπως ο έλεγχος της ικανοποίησης των ασθενών μέσω ερωτηματολογίων. (Καράμαλης, 2013)

2.4 Το οικονομικό κόστος της Ποιότητας στην Υγεία

Η επίτευξη της ποιότητας προϋποθέτει επάρκεια οικονομικών πόρων για την ενίσχυση της υποδομής, την εκπαίδευση του προσωπικού, τη διαδικασία διαπίστευσης και το κόστος επίτευξης της ποιότητας. Η εφαρμογή ενός προγράμματος διαχείρισης της ποιότητας, συνεχιζόμενης βελτίωσης και περιοδικών ελέγχων προσθέτει κόστος στη λειτουργία του οργανισμού, αν και η αύξηση του κόστους δεν συνεπάγεται αυτόματα και βελτίωση της ποιότητας. Το κόστος ποιότητας ορίζεται ως το κόστος το οποίο μπορεί να αποφύγει μια επιχείρηση αν οτιδήποτε προσφέρει, είτε προϊόντα είτε υπηρεσίες αλλά και όλες οι σχετικές διαδικασίες παραγωγής, διάθεσης και υποστήριξής τους, εκτελούνται σωστά από την πρώτη φορά. (Crosby, 1979)

Ο Donabedian, Wheeler & Wyszewianski (1982) εξερευνώντας τις θεωρητικές σχέσεις ποιότητας κόστους και υγείας υποδεικνύουν περιπτώσεις στις οποίες κόστος και ποιότητα σχετίζονται αρνητικά ή ουδώς. Θεωρούν ότι η προσδοκώμενη βελτίωση της κατάστασης της υγείας καθορίζεται από δύο βασικούς παράγοντες: τους πόρους που έχει στη διάθεσή του ο ιατρός και τη στρατηγική περίθαλψης που ακολουθεί. Βελτίωση της κατάστασης υγείας μπορεί επομένως να επιτευχθεί, αν οι εισροές επιλεγούν προσεκτικά και χρησιμοποιηθούν με δεξιότητα από τους επαγγελματίες υγείας. (Aletras, 1997)

Η επίτευξη της ποιότητας προϋποθέτει επάρκεια οικονομικών πόρων για την ενίσχυση της υποδομής, την εκπαίδευση του προσωπικού, τη διαδικασία διαπίστευσης κ.α. Αυτή είναι η μία πλευρά και η μία παράμετρος του κόστους ποιότητας, δηλαδή το κόστος επίτευξης της ποιότητας. Η στρατηγική σημασία όμως της ποιότητας γίνεται ευκολότερα αντιληπτή από την εκτίμηση του κόστους έλλειψης ποιότητας και από τον τρόπο που αυτό το κόστος επηρεάζει τη γενικότερη λειτουργία και ανταγωνιστικότητα ενός οργανισμού υγείας. Το κόστος έλλειψης ποιότητας χαρακτηρίζεται ως το «υψηλό κόστος της χαμηλής ποιότητας». Έτσι, το κόστος ποιότητας αναλύεται σε κόστος επίτευξης της ποιότητας και σε κόστος έλλειψης ποιότητας.

Κόστος επίτευξης της ποιότητας. (Τσουτσάνη, 2014) Εδώ συμπεριλαμβάνονται και οι δαπάνες:

- Εκπαίδευσης
- Βελτίωσης της υποδομής
- Εισαγωγής συστημάτων ποιότητας
- Μέτρησης και αξιολόγησης του επιπέδου ποιότητας
- Εντοπισμού προβλημάτων ποιότητας
- Εξάλειψης αιτίων κακής ποιότητας (Τσουτσάνη, 2014)

Κόστος έλλειψης ποιότητας. Εδώ συμπεριλαμβάνονται:

- *Η παράταση της νοσηλείας.* Έλλειψη ή χαμηλή ποιότητα, συχνά λειτουργεί επιβαρυντικά στο χρόνο νοσηλείας των ασθενών και οδηγεί σε παράτασή αυτής. Παράδειγμα το κόστος που συνεπάγεται η καθυστέρηση της έναρξης της θεραπείας του ασθενή επειδή χάθηκε ο ιατρικός του φάκελος και η επακόλουθη παράταση της παραμονής του στο νοσηλευτικό ίδρυμα.
- *Η επανάληψη των εξετάσεων.* Η απουσία ποιοτικών διαδικασιών διαχείρισης και αποθήκευσης δεδομένων και η ανεπαρκής υποστήριξη των πληροφοριακών συστημάτων, οδηγεί στην ανάγκη επανάληψης των εργαστηριακών δεδομένων και απεικονίσεων. Παράδειγμα, το κόστος διενέργειας ακτινογραφίας η οποία πρέπει να επαναληφθεί επειδή ο ασθενής δεν τοποθετήθηκε σωστά στην ακτινολογική τράπεζα.
- *Η ακύρωση χειρουργικής επέμβασης.* Ελλείψεις σε υλικό και μειωμένο ανθρώπινο δυναμικό, οδηγεί σε μεταθέσεις ή ακυρώσεις προγραμματισμένων χειρουργικών ή λοιπών παρεμβατικών θεραπευτικών διαδικασιών. Παράδειγμα το κόστος αναβολής μιας εξέτασης ή χειρουργικής επέμβασης επειδή ο ασθενής δεν προετοιμάστηκε σωστά για τη διενέργειά της,
- *Η μη προγραμματισμένη επανεγχείρηση.* Έκτακτα συμβάματα και κακός προγραμματισμός, συμβάλουν στην επανάληψη χειρουργικών επεμβάσεων.
- *Οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις.* Παρατηρείται αύξηση της συχνότητάς τους καθώς η παράταση της νοσηλείας, αυξάνει τον κίνδυνο προσβολής από ισχυρά λοιμογόνα μικροβιακά στελέχη.
- *Ανεπιθύμητα συμβάματα* από αβλεψίες και λάθη στη χορήγηση φαρμάκων ή μεταγγίσεων. (Φαμέλη, 2005)

Η χαμηλή ή κακή ποιότητα των υπηρεσιών υγείας μπορεί να έχει επιπτώσεις στην έγκαιρη θεραπευτική αντιμετώπιση του ασθενή, στην πορεία της υγείας του και στο λειτουργικό κόστος της μονάδας παροχής των υπηρεσιών αυτών. Η παράταση του χρόνου νοσηλείας του ασθενή εξαιτίας της χαμηλής ή κακής ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών συνεπάγεται και επιπλέον αρνητικές επιπτώσεις που αφορούν: (Αλεξιάδης & Σιγάλας 1999)

- *Τον ίδιο τον ασθενή* (πιθανή εμπλοκή του υγειονομικού του προβλήματος, οικονομική επιβάρυνση εξαιτίας της μακράς απουσίας του από την εργασία, ψυχολογική επιβάρυνση)
- *Τη μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας* (δέσμευση των διαθέσιμων κλινών της, περιορισμός των δραστηριοτήτων της εις βάρος της ικανοποίησης και των αναγκών άλλων ασθενών)
- *Το κοινωνικό σύνολο* (άσκοπη αύξηση των υγειονομικών δαπανών, απώλεια παραγωγικότητας)

Επιπλέον, το κόστος της κακής ποιότητας των υπηρεσιών υγείας είναι αυξημένο ή ανυπολόγιστο, σε περίπτωση που ο ασθενής υποστεί σωματική βλάβη ή χάσει τη ζωή του, εξαιτίας εσφαλμένης ή καθυστερημένης αντιμετώπισης του υγειονομικού του προβλήματος. Υπολογίζεται ότι σε οργανισμούς με καλή διοίκηση και διαχείριση, το κόστος της χαμηλής ή κακής ποιότητας υπηρεσιών μπορεί να φτάσει μέχρι και ποσοστό 30% των εσόδων τους, ενώ επισημαίνεται ότι περίπου το 1/4 του προσωπικού τους απασχολείται με τη διόρθωση σφαλμάτων τα οποία οφείλονται σε ενέργειες που δεν έγιναν σωστά την πρώτη φορά. Η έλλειψη ποιότητας προκαλεί το διορθωτικό κόστος, ενώ η εξασφάλισή της είναι αποτέλεσμα του προληπτικού κόστους. (Αλεξιάδης & Σιγάλας 1999)

Το κόστος της χαμηλής ή κακής ποιότητας των υπηρεσιών δεν περιορίζεται μόνο στις δαπάνες που αφορούν είτε την επανάληψη των ενεργειών και δραστηριοτήτων που δεν έγιναν σωστά από την αρχή είτε στην πραγματοποίηση νέων ενεργειών και δραστηριοτήτων που πρέπει να γίνουν για τη διόρθωση αυτών που έγιναν λανθασμένα, αλλά επεκτείνεται και στον περιορισμό που προκαλεί η χαμηλή ποιότητα στη συνολική παραγωγικότητα του νοσοκομείου. Το νοσοκομείο, με τους ίδιους ανθρώπινους και υλικούς πόρους, τους οποίους είναι αναγκασμένο να διαθέτει για την επανάληψη ή τη διόρθωση δραστηριοτήτων που δεν έγιναν σωστά από την αρχή, θα μπορούσε σίγουρα να παράγει και να παρέχει περισσότερες υπηρεσίες στους ίδιους ή άλλους ασθενείς. Κάθε βελτίωση, επομένως, της ποιότητας των υπηρεσιών του έχει ως αποτέλεσμα και την άμεση αύξηση της παραγωγικότητάς του. (Τσουτσάνη, 2014)

Αντίθετα με το κόστος έλλειψης της ποιότητας, το κόστος βελτίωσης της ποιότητας είναι κατά κύριο λογιστικό (αποτιμητέο). Περιλαμβάνει το κόστος πρόληψης και αξιολόγησης και αφορά την προσπάθεια συμμόρφωσης στις προδιαγραφές. Στο κόστος πρόληψης περιλαμβάνονται οι δαπάνες που αφορούν τον σχεδιασμό, την εφαρμογή και την διατήρηση ενός συστήματος ποιότητας και σχετίζονται με την προσπάθεια αποφυγής σφαλμάτων μέσω της πρόληψης, της εκπαίδευσης και της επικοινωνίας των δεδομένων. Το κόστος αξιολόγησης σχετίζεται με ενέργειες που αποσκοπούν στη διατήρηση του επιπέδου ποιότητας και τη βελτίωσή του μέσω ελέγχων και μετρήσεων. (Τσουτσάνη, 2014)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΟΙ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

3.1 Τομέας Υπηρεσιών

Οι δυσκολίες στον ορισμό της έννοιας της ποιότητας των υπηρεσιών, οδήγησαν τους ερευνητές της ποιότητας στον προσδιορισμό και στην περιγραφή των επιμέρους χαρακτηριστικών της. Από τις πρώτες προσπάθειες θεωρείται αυτή του Grönroos (1984) που διακρίνει ως διαστάσεις ποιότητας τι λαμβάνει ο καταναλωτής κατά τη διάρκεια μιας υπηρεσίας, τον τρόπο με τον οποίο παρέχεται η υπηρεσία, την συμπεριφορά του παρόχου καθώς και τη δημόσια εικόνα που έχει σχηματιστεί για αυτόν. Με ανάλογο τρόπο οι Lehtinen και Lehtinen (1992) κάνουν λόγο για τα απτά στοιχεία της υπηρεσίας, τα στοιχεία που αλληλεπιδρούν με τον πελάτη και την εικόνα του παρόχου επίσης.

Βλέπουμε λοιπόν ότι, η ποιότητα είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο και οι διαστάσεις που την προσδιορίζουν είναι πολυσύνθετες με ποικίλες προεκτάσεις και στοχεύσεις. Η ποιότητα είναι άμεσα συνυφασμένη με τον πελάτη, καθώς συνδέεται με την ικανοποίηση των προσδοκιών και των επιθυμιών του και καθοριστικός κριτής της δεν είναι η διοίκηση, αλλά ο καταναλωτής-πελάτης. (Cronin & Taylor, 1992)

Οι ερευνητές δεν έχουν καταλήξει σε έναν συγκεκριμένο εννοιολογικό προσδιορισμό της ποιότητας των υπηρεσιών, όλοι πάντως φαίνεται να συμφωνούν ότι πρόκειται για μία έννοια, η οποία προσδιορίζεται καλύτερα ως μία σφαιρική 'στάση' (attitude) έναντι της ανωτερότητας μιας υπηρεσίας. (Robinson, 1999) Η κριτική θεώρηση της βιβλιογραφίας για τις διαστάσεις της ποιότητας, μας επιτρέπει να τονίσουμε την παρουσία πλήστων μοντέλων και την απουσία ενός θεωρητικού υπόβαθρου που να τις ερμηνεύει και να τις δομεί με τρόπο ομοιόμορφο και συνολικό. Με αυτή τη λογική, παρουσιάζονται οι διαστάσεις της ποιότητας στις υπηρεσίες, σύμφωνα με τους υποστηρικτές τους ή τους δημιουργούς των εννοιών τους. Αναλυτικότερα:

Σύμφωνα με τον Edvardsson, et al., (1994) διαστάσεις της ποιότητας αποτελούν:

- *Η ποιότητα του σχεδιασμού:* αποτέλεσμα της οποίας είναι μια λεπτομερής περιγραφή της υπηρεσίας η οποία αναμένεται να καλύψει τις ανάγκες των πελατών.
- *Η ποιότητα της αλληλεπίδρασης με τον πελάτη:* καθώς στην παροχή των υπηρεσιών η ποιότητα εμφανίζεται στη συμπεριφορά και στις σχέσεις των πελατών με τους εργαζομένους, με τις φυσικές εγκαταστάσεις και τις δομές να επιδρούν σε αυτή τη διάσταση.
- *Η άμεση αντίληψη της ποιότητας από τον πελάτη:* να αντιλαμβάνεται άμεσα ο πελάτης ποιο το όραμα της εταιρείας για τις υπηρεσίες της και να του παρέχεται μια διαβεβαίωση της αντιληπτής εικόνας.

- *Η μακροχρόνια χρησιμότητα από την υπηρεσία:* η επαφή του πελάτη να εξασφαλίζει την όσο το δυνατό μακροβιότερη σχέση με τον πάροχο εξαιτίας της χρηστικότητας των λαμβανόμενων υπηρεσιών.

Ο Grönroos (1978) υποστηρίζει ότι η ποιότητα στις υπηρεσίες είναι τρισδιάστατη και περιλαμβάνει:

- *Την τεχνική διάσταση της ποιότητας της έκβασης (technical quality of outcome):* αναφέρεται στην ποιότητα του τελικού αποτελέσματος από την παροχή μιας υπηρεσίας και μπορεί να αφορά την διαθεσιμότητα, την έγκαιρη παροχή της υπηρεσίας.
- *Τη λειτουργική διάσταση της υπηρεσίας (functional quality):* αναφέρεται στην αλληλεπίδραση προμηθευτή, χρήστη και περιβάλλοντος. Αυτό σημαίνει ότι εμπεριέχει υποκειμενικά χαρακτηριστικά, τα οποία σχετίζονται με το περιβάλλον παροχής της υπηρεσίας, την ποσότητα της πληροφόρησης που δόθηκε στον χρήστη, την αμοιβαία συνεχιζόμενη επικοινωνία.
- *Τη συνολική εικόνα (corporate image):* που αποκομίζει ο χρήστης για ολόκληρο τον Οργανισμό και η οποία εξαρτάται από τα δυο προηγούμενα, την τιμή, την τοποθεσία, την συμπεριφορά και ανταπόκριση του προσωπικού.

Οι Lehtinen και Lehtinen το 1992 περιγράφουν τρεις διαστάσεις των ποιοτικά παρεχόμενων υπηρεσιών.

- *Την ποιότητα του φυσικού περιβάλλοντος (Physical quality)* που αναφέρεται στην κατάσταση των κτιρίων και του εξοπλισμού.
- *Τη διαδραστική ποιότητα (Interactive quality)* που αναφέρεται στην αλληλεπίδραση μεταξύ προμηθευτή και χρήστη.
- *Τη συνολική εικόνα (corporate image)* που αφορά την εικόνα και το προφίλ του Οργανισμού.

Οι Parasuraman et al. (1985) πρότειναν ένα θεωρητικό μοντέλο για τον προσδιορισμό των διαστάσεων της ποιότητας, βασιζόμενοι στην έννοια της αντιλαμβανόμενης ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών. Στο προτεινόμενο εννοιολογικό μοντέλο, ή μοντέλο των κενών, η ποιότητα είναι αποτέλεσμα σύγκρισης της προσδοκώμενης υπηρεσίας με την αντιλαμβανόμενη. Σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση των προσδοκιών του πελάτη διαδραματίζουν οι προσωπικές του ανάγκες, οι παλαιότερες εμπειρίες εξυπηρέτησης καθώς και οι συστάσεις από τρίτους. Η αντίληψη της ποιότητας εξαρτάται από το μέγεθος και την αρνητική ή θετική απόκλιση του κενού ανάμεσα στην υπηρεσία που ο πελάτης αναμένει να λάβει και την υπηρεσία που αντιλαμβάνεται ή θεωρεί ότι έλαβε.

Οι Parasuraman et al. (1985) αναγνώρισαν 97 διαφορετικά κριτήρια και παράγοντες που συνεισφέρουν στην ποιότητα των υπηρεσιών, τα οποία ωστόσο συνοψίζονται σε δέκα βασικές διαστάσεις ποιότητας για τις υπηρεσίες.:

- *Αξιοπιστία (Reliability)*: Η διάσταση αυτή, αναφέρεται στην ικανότητα παροχής της υπηρεσίας με τρόπο έγκαιρο, ακριβή και αξιόπιστο.
- *Ανταπόκριση (Responsiveness)*: Αναφέρεται στην ικανότητα επίλυσης των παραπόνων με αποτελεσματικό τρόπο, στην πρόθεση της υπηρεσίας να παρέχει στήριξη στους πελάτες και στην ταχεία απάντηση στα αιτήματά τους.
- *Εμπιστευτικότητα (Credibility)*: Οι παράγοντες που επηρεάζουν την εμπιστευτικότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας είναι η φήμη του προμηθευτή και τα ατομικά χαρακτηριστικά του προσωπικού.
- *Επαγγελματική επάρκεια (Competence)*: Το προσωπικό πρέπει να χρησιμοποιεί τις απαραίτητες δεξιότητες, γνώση και πληροφόρηση για την αποτελεσματική παροχή μιας υπηρεσίας.
- *Προσβασιμότητα (Access)*: Εύκολη προσέγγιση και επικοινωνία με την υπηρεσία.
- *Αβρότητα (Courtesy)*: Η ευγένεια, ο σεβασμός και η φιλικότητα που εκδηλώνεται στους πελάτες από το προσωπικό με το οποίο έρχονται σε επαφή.
- *Επικοινωνία (Communication)*: Διατήρηση ενημερωμένων πελατών αναφορικά με την παρεχόμενη υπηρεσία, με μια γλώσσα κατανοητή και προσιτή.
- *Ασφάλεια (Security)*: Η απουσία κινδύνων και αμφιβολιών. Η ασφάλεια που παρέχει η υπηρεσία, αναφέρεται στην φυσική ασφάλεια και την εμπιστευτικότητα.
- *Ορατά χαρακτηριστικά (Tangibles)*: Περιλαμβάνει τις συνθήκες παροχής της υπηρεσίας, την κτιριακή υποδομή, το περιβάλλον, την εμφάνιση του προσωπικού και την κατάσταση του εξοπλισμού. Τα χαρακτηριστικά αυτά, διαδραματίζουν πρωτεύοντα ρόλο στις υπηρεσίες που παρέχουν άμεσες υπηρεσίες.
- *Κατανόηση και γνώση του πελάτη (Understanding/ knowing the customer)*: Περιλαμβάνει την κατανόηση των αναγκών των πελατών, των απαιτήσεών τους και την παροχή εξατομικευμένων υπηρεσιών. Αντίληψη των απαιτήσεων των πελατών, ώστε να μετατραπούν σε προδιαγραφές

Οι ίδιοι ερευνητές (Parasuraman, et al., 1988) με βάση την προσέγγιση των δέκα προσδιοριστικών παραγόντων ανέπτυξαν στη συνέχεια το μοντέλο SERVQUAL, μειώνοντας τον αριθμό των αρχικών διαστάσεων σε πέντε. Αυτές είναι:

- *Αξιοπιστία*: Η επιχείρηση οφείλει να παρέχει υπηρεσίες με ακρίβεια και συνέπεια, τηρώντας τις υποσχέσεις της προς τους πελάτες.
- *Διασφάλιση*: Οι πάροχοι των υπηρεσιών και εργαζόμενοι, οφείλουν να συμπεριφέρονται με ευγένεια και να διαθέτουν τις απαραίτητες γνώσεις που να τους καθιστούν ικανούς να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις των πελατών.

- *Εξατομίκευση*: Η επιχείρηση οφείλει να εξυπηρετεί τον πελάτη λαμβάνοντας υπόψη τα ιδιαίτερα, ξεχωριστά χαρακτηριστικά του και να λειτουργεί με τρόπο που θα του εξασφαλίζει το μεγαλύτερο δυνατό όφελος. Αφορά την πρόθεση και ικανότητα της υπηρεσίας να ικανοποιεί τις ανάγκες των πελατών, ακόμη και όταν είναι εξεζητημένες.
- *Ανταπόκριση*: Προθυμία άμεσης εξυπηρέτησης, χωρίς καθυστερήσεις και έγκαιρη ενημέρωσης σε περιπτώσεις αστοχίας προϊόντων ή λαθών που αφορούν την υπηρεσία.
- *Υλικά περιουσιακά στοιχεία*: Η υποδομή, κτιριακή, υλικοτεχνική, εγκαταστάσεων και εξοπλισμού, πρέπει να έχουν τη δυνατότητα να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις των πελατών.

Ο Gaster (1990) ορίζει ως διαστάσεις της ποιότητας την:

- *Αξιοπιστία*, ικανότητα παροχής της υποσχόμενης υπηρεσίας με ακέραιο τρόπο και λήψη του επιπέδου υπηρεσίας που αναμένεις
- *Ταχύτητα παροχής της υπηρεσίας*, σε χρόνο που εξυπηρετεί τις ανάγκες των πελατών και σε σύντομο χρονικό διάστημα μετά το αίτημά τους.
- *Προσβασιμότητα*, δυνατότητα γρήγορης προσέγγισης και επικοινωνίας με την υπηρεσία.
- *Αποδοχή*, που περιλαμβάνει το σύνολο των φροντίδων που απαιτείται να παρέχονται με σεβασμό στην προσωπικότητά του ατόμου και να ανταποκρίνονται στις ιδιαιτερότητες, τις ανάγκες και στις αξίες του.

Κατά τον Garvin (1987) η έννοια της ποιότητας έχει οκτώ διαστάσεις που αναφέρονται:

- *Στην απόδοση*, δηλαδή τα βασικά χαρακτηριστικά που ικανοποιούν τις ανάγκες, τόσο των εσωτερικών, όσο και των εξωτερικών πελατών.
- *Στα δευτερεύοντα χαρακτηριστικά* γνωρίσματα τα οποία συμπληρώνουν τα βασικά χαρακτηριστικά και διευκολύνουν τη χρήση της υπηρεσίας (ή και του προϊόντος)
- *Την αξιοπιστία και την ανθεκτικότητα* που σχετίζονται με πιθανές βλάβες και καταστροφές / απώλειες (του προϊόντος ή της υπηρεσίας)
- *Την προσαρμογή και τη συμμόρφωση* με τις προδιαγραφές οι οποίες σχετίζονται με την ποιότητα της παραγωγικής διαδικασίας
- *Τη διάρκεια ζωής του προϊόντος* η οποία συνδέεται με την αξιοπιστία του προϊόντος και εξαρτάται από το χρόνο και την ένταση χρήσης του
- *Την εξυπηρέτηση πριν και μετά την πώληση* που έχει αυξανόμενη βαρύτητα και εξαρτάται από το διαθέσιμο ανθρώπινο δυναμικό, την ταχύτητα, τη συνέπεια και την ευγένεια εξυπηρέτησης
- *Την αισθητική και την εμφάνιση* του προϊόντος που είναι τα πρώτα ερεθίσματα που δέχεται ο καταναλωτής

- *Την αντιληπτή ποιότητα*, την υποκειμενική αντίληψη της ποιότητας δηλαδή, η οποία πηγάζει από ανεπαρκή πληροφόρηση του πελάτη για συγκεκριμένα προϊόντα, με αποτέλεσμα να μη βασίζει την επιλογή του σε αντικειμενικά χαρακτηριστικά της ποιότητας.

Ο Johnston, et al., (1990) πρότεινε δώδεκα διαστάσεις της ποιότητας, οι οποίες προσομοιάζουν στις προτεινόμενες από τους Parasuraman διαστάσεις και περιλαμβάνουν: την προσβασιμότητα, την εμφάνιση, τη διαθεσιμότητα, την καθαριότητα, την άνεση και την επικοινωνία, την αρμοδιότητα, την ευγένεια, τη φιλικότητα, την αξιοπιστία, την ανταπόκριση και την ασφάλεια. Μετά την εξέλιξη της έρευνάς του πρότεινε πέντε επιπλέον διαστάσεις σημαντικές για την ικανοποίηση των πελατών: την προσοχή, τη φροντίδα, τη δέσμευση, τη λειτουργικότητα και την ακαιρέτητα. (Johnston & Silvestro, 1990)

Στη συνέχεια εξετάζοντας την ικανότητα από την πλευρά του εργαζόμενου, να τροποποιήσει τη φύση της υπηρεσίας ή του προϊόντος με σκοπό την κάλυψη των αναγκών των πελατών, πρόσθεσε μια επιπλέον διάσταση, αυτή της ευελιξίας. (Johnston, 1995)

3.2 Τομέας Υπηρεσιών Υγείας

Οι διαστάσεις που ανέπτυξαν οι Parasuraman, et al., (1988) επανεξετάστηκαν και σταθμίστηκαν για τον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας με αποτέλεσμα τον προσδιορισμό πέντε διαστάσεων της ποιότητας, εναρμονισμένων με το πλαίσιο των υπηρεσιών υγείας. (Carman, 1990) Περιλαμβάνουν:

- *Τα ορατά χαρακτηριστικά*: καθαριότητα του δωματίου και ποιότητα φαγητού.
- *Την αξιοπιστία*: ικανότητα παροχής της υπηρεσίας με τρόπο αξιόπιστο και ακριβή.
- *Την ανταπόκριση*: ικανότητα επίλυσης των αναφερόμενων προβλημάτων και στήριξης στους χρήστες των υπηρεσιών.
- *Τη διασφάλιση*: αφορά συνολικά την επικοινωνία, την εμπιστευτικότητα, την ασφάλεια, την επαγγελματική επάρκεια και την αβρότητα.
- *Την ενσυναίσθηση*: αναφέρεται στην κατανόηση του ασθενή και την προσβασιμότητα της υπηρεσίας.

Ο Mattsson (1992) υποστηρίζει ότι, διαστάσεις της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας είναι:

- *Η αξιοπιστία*: παροχή με ακεραιότητα.
- *Η έγκαιρη παροχή*: ταχύτητα ανταπόκρισης στις υπάρχουσες και αναδυόμενες ανάγκες.

- *Η προσβασιμότητα*: διαθεσιμότητα και πρόσβαση στη σωστή φροντίδα, στο σωστό χρόνο, ισότιμα και σύμφωνα με τις ανάγκες που υπάρχουν.
- *Η ανθρώπινη ατμόσφαιρα, η ατμόσφαιρα περιβάλλοντος*: αφορά την αντίληψη του τι βλέπεις και αισθάνεσαι στο χώρο.
- *Η δυνατότητα επιλογής*: ο ασθενής εμπλέκεται στις αποφάσεις για την φροντίδα του κι εκείνοι που παρέχουν τις υπηρεσίες τις εφαρμόζουν με ευαισθησία και σεβασμό ως προς τις ανάγκες και τις προσδοκίες του.

Ο Maxwell (1992) θεωρεί ότι, οι έξι διαστάσεις με βάση τις οποίες εκτιμάται η ποιότητα στην υγεία, είναι:

- *Η πρόσβαση (access)*, ευκολία στη δυνατότητα προσέγγισης της υπηρεσίας
- *Η σχετικότητα με την ανάγκη (relevancy to need)*, αντανακλά την παροχή δέσμης υπηρεσιών, ανάλογες με τις ανάγκες των ληπτών της φροντίδας με δεδομένη την παρούσα γνώση
- *Η αποτελεσματικότητα (effectiveness)*, η φροντίδα οφείλει να παρέχεται με τον ενδεδειγμένο τρόπο, αξιοποιώντας την παρούσα γνώση, με στόχο την επίτευξη του βέλτιστου και επιθυμητού αποτελέσματος για τον ασθενή.
- *Η ισότητα (equity)*, παροχή δέσμης υπηρεσιών υγείας στα άτομα που τις έχουν ανάγκη ισότιμα, ανέξαρτητα από τα μεταξύ τους διαφορετικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα
- *Η αποδοτικότητα (efficiency)*: Αναλογία των επιτυχών παρεμβάσεων για έναν ασθενή προς τις πηγές που χρησιμοποιήθηκαν για την παροχή της φροντίδας.
- *Η κοινωνική αποδοχή (social acceptability)*: με τη χρήση μέσων και μέτρων, των οποίων η αποδοχή από το κοινωνικό σύνολο θεωρείται δεδομένη

Το Advisory Council on Health Research, ορίζει ότι, η ποιότητα έχει 26 διαστάσεις που η ύπαρξή τους οδηγεί σε αντιληπτική ικανοποίηση από την πλευρά των ληπτών υπηρεσιών υγείας και είναι:

- *Αποτελεσματικότητα*: βελτίωση του επιπέδου υγείας του ασθενή με στοχευμένες παρεμβάσεις
- *Επαγγελματική επάρκεια*: κατάλληλες γνώσεις και δεξιότητες των επαγγελματιών που παρέχουν τις υπηρεσίες
- *Διορατικότητα*: του επαγγελματία φροντίδας υγείας ώστε η φροντίδα στον ασθενή να έγκειται στις βέλτιστες πρακτικές, με στόχευση στο επιθυμητό αποτέλεσμα
- *Καταλληλότητα της φροντίδας*: η φροντίδα που παρέχεται να είναι σχετική με τις κλινικές ανάγκες του ασθενούς, με δεδομένη την παρούσα γνώση
- *Ασφάλεια*: η φροντίδα παρέχεται στον ασθενή τη στιγμή που είναι πιο ευεργετική ή απαραίτητη. Απεικονίζει τον βαθμό στον οποίο οι υγειονομικές παρεμβάσεις αποφεύγουν, προλαμβάνουν ή ελαχιστοποιούν τις ανεπιθύμητες

- ενέργειες ή τους τραυματισμούς που μπορεί να προκύψουν από τη διαδικασία παροχής της φροντίδας υγείας
- *Ακρίβεια*: στην παροχή των υπηρεσιών και των παρεμβάσεων φροντίδας
 - *Ανθρωπιά*: προσέγγιση των ατόμων με προεξάρχουσα την ενσυναίσθηση, την κατανόηση και τη φιλαλληλία
 - *Εχεμύθεια*: τήρηση του απορρήτου των πληροφοριών μεταξύ παρόχων και ληπτών της φροντίδας
 - *Πληροφόρηση*: παροχή της νέας γνώσης που προκύπτει από την εξέλιξη της επιστήμης για την προαγωγή της υγείας του ατόμου
 - *Συνεργασία*: οι καλές διαπροσωπικές σχέσεις των μελών του προσωπικού είναι σημαντικές για το συντονισμό των δράσεων φροντίδας
 - *Υπευθυνότητα*: του επαγγελματία φροντίδας υγείας ως προς την άσκηση των καθηκόντων του
 - *Συνέχεια*: να διασφαλίζεται η φροντίδα του ασθενή ώστε να παραμένει συντονισμένη ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και στους οργανισμούς διαχρονικά
 - *Διαθεσιμότητα*: η κατάλληλη φροντίδα να είναι διαθέσιμη ώστε να ικανοποιεί τις ανάγκες του ασθενούς που εξυπηρετείται
 - *Αποδοτικότητα*: αναλογία των επιτυχών παρεμβάσεων για έναν ασθενή προς τις πηγές που χρησιμοποιήθηκαν για την παροχή της φροντίδας
 - *Ολοκληρωμένη φροντίδα*: συνέχεια των υπηρεσιών ανεξάρτητα από το φορέα ή τη δομή που καλείται να καλύψει την ανάγκη. Φροντίδα που να διαθέτει μια συνεχή διαδικασία αξιολόγησης, βελτίωσης και διαρκούς ελέγχου
 - *Προσβασιμότητα*: φυσική και γεωγραφική για όλα τα άτομα που χρήζουν φροντίδας. Δυνατότητα των χρηστών υπηρεσιών υγείας να έχουν πρόσβαση στη φροντίδα υγείας στο σωστό χρόνο και τόπο σύμφωνα με τις ανάγκες τους.
 - *Ικανοποίηση του ασθενή*: στο επίπεδο των παροχών που απαιτείται να καλύπτουν τις βασικές ανάγκες διατήρησης της υγείας
 - *Οικονομική δυνατότητα πρόσβασης στην φροντίδα*: δέσμη υπηρεσιών που να είναι οικονομικά προσιτές στα άτομα που τις έχουν ανάγκη
 - *Υποδοχή*: με ευγένεια και κατανόηση στις ιδιαίτερες ανάγκες των ατόμων που προσεγγίζουν την υπηρεσία
 - *Προστασία προσωπικών δεδομένων*: αυστηρή τήρηση και προστασία του απορρήτου των πληροφοριών των οποίων οι επαγγελματίες υγείας γίνονται αποδέκτες κατά την άσκηση των καθηκόντων τους
 - *Υγιεινή*: περιορισμός του επιπολασμού των νοσοκομειακών λοιμώξεων και λήψη μέτρων για τον περιορισμό και έλεγχό τους
 - *Διατροφή*: κατάλληλη ως προς τις ιδιαίτερες ανάγκες του προσερχόμενου στις υπηρεσίες υγείας ασθενή

- *Ενσυναίσθηση, (empathy)*: το ενδιαφέρον και η ικανότητα του προσωπικού να μπαίνει στη θέση του πελάτη, να αναγνωρίζει και να καταλαβαίνει τις ανάγκες του
- *Βάρος*: αφορά τον αντίκτυπο της φροντίδας στην συνολική λειτουργικότητα του ασθενή
- *Αυτονομία του ασθενή*: στη λήψη αποφάσεων που αφορούν την φροντίδα του
- *Πρόληψη*: στην παροχή πλεονάζουσας και περιττής φροντίδας, παροχή μόνο της απαραίτητης δέσμης υπηρεσιών, χωρίς υπερβολές και προκλητή ζήτηση

Σύμφωνα με την Committee On Quality Of Health Care In America (2001) και τον Arah OA, et al (2003) στρατηγικοί στόχοι και διαστάσεις της ποιότητας για τα συστήματα υγείας αποτελούν οι:

- *Αποτελεσματικότητα (effectiveness)*. Επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες / παρεμβάσεις
- *Αποδοτικότητα (efficiency)*. Επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων μέσω της οικονομικά αποτελεσματικότερης διαχείρισης των πόρων. Είναι η αναλογία του παρατηρηθέντος επιπέδου επίτευξης ενός στόχου προς το μέγιστο που μπορεί να επιτευχθεί με τους διαθέσιμους πόρους
- *Τεχνική ικανότητα (technical competence)*, μέσα από κατάλληλες και ορθές διαδικασίες στο πνεύμα και στην εξοικονόμηση πόρων με τεκμηριωμένους στόχους και κατάλληλη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, που καλούνται να παρέχουν καλύτερες υπηρεσίες και να ανταποκριθούν στις καθημερινές προκλήσεις, τις ανάγκες και τις προσδοκίες των ασθενών και της κοινότητας.
- *Ασφάλεια (safety)*. Η προστασία από τον προφανή και μη αποδεκτό κίνδυνο ατυχημάτων, τη σωματική και την ψυχική βλάβη των ατόμων.
- *Προσβασιμότητα των υπηρεσιών (accessibility)* και ανάπτυξή τους με επίκεντρο τον ασθενή (patient-centered healthcare). Η έννοια της προσβασιμότητας των υπηρεσιών περιλαμβάνει την οικονομική, την πνευματική και την κοινωνικοπολιτισμική διάσταση. Το σύστημα υγείας οφείλει να βρίσκεται κοντά στο χρήστη, χωρίς διακρίσεις.
- *Συνέχεια της φροντίδας (continuity)*. Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας προϋποθέτει μια συνεχή διαδικασία αξιολόγησης, βελτίωσης και διαρκούς ελέγχου, ακόμη και μετά το πέρας της θεραπείας ενός ασθενούς.
- *Διαπροσωπικές σχέσεις (interpersonal relations)*. Οι καλές διαπροσωπικές σχέσεις και η συνεργασία του προσωπικού είναι σημαντικές για το συντονισμό των δράσεων και την επίτευξη της ποιότητας.

Ο Thompson (1993) υποστήριξε ότι η εκληφθείσα από τον ασθενή ποιότητα συνίσταται στην ιατρική φροντίδα και πληροφόρηση, το φαγητό και το φυσικό περιβάλλον νοσοκομείου, την ατμόσφαιρα του τμήματος, τη νοσηλευτική φροντίδα, την ποσότητα του φαγητού καθώς και την υποδοχή κατά την εισαγωγή. Το σύνολο αυτών των

χαρακτηριστικών και διαστάσεων της ποιότητας, δημιουργούν στον πελάτη μια εικόνα, την οποία συγκρίνει με τις προσδοκίες που του είχαν δημιουργηθεί, πριν τη λήψη της υπηρεσίας.

Ο βαθμός στον οποίο θα ικανοποιηθούν οι προσδοκίες και κατ' επέκταση οι ανάγκες του πελάτη, σε συνάρτηση με το τίμημα που καλείται να καταβάλει, καθορίζει και το επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών έτσι όπως αυτός το αντιλαμβάνεται (Grönroos, 1990, Zeithaml, Parasuraman & Berry, 1990., Edvardsson, Thomasson & Ønretveit, 1994) Η δυσκολία στην επιτυχία εφαρμογής της αξιολόγησης της ποιότητας έγκειται στον καθορισμό της διάστασης που τίθεται υπό αξιολόγηση, στην ανάπτυξη έγκυρων και αξιόπιστων δεικτών στους οποίους θα βασίζεται η αξιολόγηση καθώς και στη διαδικασία συλλογής αξιόπιστων και συγκρίσιμων πρωτογενών δεδομένων.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη χώρα μας από τον Ραφτόπουλο, και συν., (2001) σχετικά με τις διαστάσεις της ποιότητας σε δομές της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας, βρέθηκε ότι, οι αναφερόμενες σημαντικές για τους χρήστες των υπηρεσιών διαστάσεις ήταν: το έμπρακτο ενδιαφέρον του γιατρού και της νοσηλεύτριας, ο σεβασμός της αξιοπρέπειας του ασθενή από τους επαγγελματίες υγείας, η φιλικότητα του χώρου του ιατρείου και του προσωπικού απέναντι στον ασθενή, οι τεχνικές δεξιότητες του γιατρού, η ενσυναίσθηση του προσωπικού, η εμπιστοσύνη που ενέπνεαν και η αποτελεσματική οργάνωση του χώρου.

Επίσης σε μελέτη των Clemes, et al., (2001) βρέθηκε ότι, απτά χαρακτηριστικά όπως η πρόσβαση στο σύστημα υγείας, τα αποτελέσματα από την παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών και η ανταπόκριση του υγειονομικού προσωπικού, ήταν οι σημαντικότερες διαστάσεις διαμόρφωσης της αντίληψης των ασθενών για την ποιότητα υπηρεσιών στην φροντίδα υγείας. Ο Μερκούρης (1996) σε μελέτη του σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες ανέδειξε ως κυριότερο παράγοντα ικανοποίησης την πληροφόρηση από το υγειονομικό προσωπικό.

Παρόμοια και σε έρευνα της Παπαγιανοπούλου, και συν., (2008) που αφορούσε την αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών σε ένα παιδιατρικό νοσοκομείο, σε δείγμα 700 συμμετεχόντων βρέθηκε ότι, οι σημαντικοί παράγοντες της ποιότητας ήταν η σχέση ιατρού - ασθενούς, η πληροφόρηση, ο χρόνος αναμονής, η ευγένεια και η κατανόηση.

Τα αποτελέσματα ερευνών που έγιναν στη χώρα μας αναφορικά με την αντιλαμβανόμενη ικανοποίηση σχετικά με τις συνθήκες νοσηλείας, το προσωπικό, την οργάνωση και τις υποδομές υποστηρίζουν ότι, η εμπιστοσύνη στο προσωπικό, η υποστήριξη και η κατάρτιση των επιστημόνων υγείας αποτελούν τις σημαντικότερες ποιοτικές παραμέτρους για τους χρήστες των υπηρεσιών. Ταυτόχρονα ενώ ο ανθρώπινος παράγοντας αποτελεί από τα μεγαλύτερα πλεονεκτήματα των υγειονομικών υπηρεσιών, ο ξενοδοχειακός εξοπλισμός των χώρων παροχής υγειονομικής περίθαλψης συγκεντρώνει τη μεγαλύτερη δυσαρέσκεια. (Τζανετάκη 2006)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ

4.1 Ορισμοί Οργανωσιακής Κουλτούρας

Ο όρος κουλτούρα αναφέρεται στο σύνολο των πρακτικών, των γνώσεων, των τρόπων συμπεριφοράς και των κωδίκων επικοινωνίας ενός ατόμου, μιας κοινωνίας, ενός οργανισμού. Η κουλτούρα αποτελεί το θεμελιώδες συστατικό στοιχείο που χαρακτηρίζει τόσο μεμονωμένα άτομα όσο και ομάδες ατόμων ή οργανισμούς καθώς προσδιορίζει τον τρόπο που σκέπτονται και δρουν. Έχει περιγραφεί με πολλούς τρόπους, ως θεσμική τελειότητα, κλίμα, ενδυνάμωση και διοίκηση ολικής ποιότητας και ανθρώπινου δυναμικού. (Κελαϊδίτου, 2012)

Η κουλτούρα (ως παιδεία) αποτελεί ένα σύστημα κοινών αξιών, πιστεύω, βασικών παραδοχών, σημασιών, άτυπων κανόνων, το οποίο ως πλαίσιο αναφοράς και συλλογικό νοητικό προγραμματισμό συνδέει τους ανθρώπους, προσδιορίζοντας το πώς σκέφτονται και συμπεριφέρονται καθώς και τι κάνουν, πως και γιατί το κάνουν. (Hofstede, 1981)

Το θέμα της κουλτούρας και η σημασία της στο επιχειρηματικό περιβάλλον έχει απασχολήσει πολλούς ερευνητές. Οι ορισμοί της κουλτούρας εστιάζουν στις κοινές αντιλήψεις, αξίες και κανόνες ή στην πολυπλοκότητα των συμβολισμών τους. Είναι προϊόν κοινωνικής μάθησης, δεν δημιουργείται εκ του μη όντος, δεν μεταλλάσσεται από την θέληση των υπευθύνων αλλά εξελίσσεται και κοινοποιείται και υποστηρίζεται από όλα τα μέλη της ομάδας, εφόσον είναι λειτουργική. Η κουλτούρα αλλάζει με τον χρόνο και είναι υπεύθυνη για την οργανωσιακή αλλαγή. Η αλλαγή εμφανίζεται σταδιακά ως αποτέλεσμα νέων αναγκών και αλληλεπιδράσεων του οργανισμού με τον κοινωνικό περίγυρο. Διαμορφώνεται είτε από στρατηγικό σχεδιασμό είτε από την διαχρονική πορεία της επιχείρησης και την λειτουργία της σε ένα συγκεκριμένο κοινωνικό πλαίσιο. Έχει την ικανότητα να μειώνει τις συλλογικές ανασφάλειες, να καθιερώνει την ιεραρχία, να δίνει την αίσθηση της συνέχειας στα μέλη της εταιρίας και να διαιωνίζει τις αρχές της. Αποτελεί τη συλλογική ταυτότητα του οργανισμού και εγγυάται την μοναδικότητα και την μελλοντική του ύπαρξη. (Ζαβλάνος, 2002)

Ο όρος κουλτούρα είναι λατινογενής και μπορεί να αποδοθεί ως ισότιμος με τις έννοιες της καλλιέργειας και του πολιτισμού. Στα πλαίσια μιας επιχείρησης ο όρος κουλτούρα, περιλαμβάνει τις κοινές αντιλήψεις που υπάρχουν και έχουν γίνει αποδεκτές ώστε να εξασφαλίζεται όχι μόνο η επιβίωση αλλά και η μακρά, εύρυθμη και επικερδής ανάπτυξή της. Η οργανωσιακή κουλτούρα είναι η προσωπικότητα του οργανισμού. Εμπεριέχει μια δυναμική για όλους όσους καλούνται να την υπηρετήσουν και ταυτόχρονα είναι αυτοί που την διαμορφώνουν και αποτελούν το έμπυχο δυναμικό της επιχείρησης. Η οργανωσιακή κουλτούρα είναι ο ιδιαίτερος τρόπος δράσης μιας

επιχείρησης, είναι αυτό που την καθιστά διαφορετική από μια άλλη, είναι οι διαφορετικές πρακτικές, οι διαδικασίες και το ιδιαίτερο στίγμα της. Διαφοροποιείται καθώς αλλάζουν οι άνθρωποι και δημιουργείται από τις ενέργειες των υπαλλήλων, τις αποφάσεις και την μεταξύ τους επικοινωνία. Επηρεάζει τόσο τις καθημερινές δραστηριότητες όσο και τις επιχειρηματικές εργασίες. (Τοφάλλη 2012)

Η έννοια της κουλτούρας στις επιχειρήσεις άρχισε να γίνεται ιδιαίτερα δημοφιλής στα τέλη της δεκαετίας του '70 και στις αρχές της δεκαετίας του '80, καθώς απέσπασε το ενδιαφέρον σημαντικού αριθμού ερευνητών, το έργο των οποίων επιβεβαίωσε ότι οι βασικές αξίες και υποθέσεις των εργαζομένων σε μια επιχείρηση βρίσκονται συχνά βαθιά ριζωμένες στα οργανωτικά συστήματα και τις δομές της. Διευκρινίστηκε ότι για να μπορέσει κάποιος να κατανοήσει τον τρόπο λειτουργίας μιας επιχείρησης, προηγούμενα πρέπει να κατανοήσει την κουλτούρα της, να διερευνήσει τους δεσμούς ανάμεσα στις αξίες που τη διέπουν και τις οργανωτικές δομές της. (Denison & Spreitzer, 1991)

Η κουλτούρα έχει δεχτεί πολλούς ορισμούς, με τον Handy (1993) να υποστηρίζει ότι «Η κουλτούρα δεν μπορεί να οριστεί επακριβώς διότι είναι κάτι που το αντιλαμβανόμαστε, κάτι που το συναισθανόμαστε ...»

Ο Schein (1985) υποστηρίζει ότι η κουλτούρα είναι ένα αποτέλεσμα μάθησης μέσα από την ομαδική εμπειρία. Περιέχει δηλαδή πέρα από το «είναι» και το «γίνεσθαι». Μία οργάνωση είναι ή έχει μια κουλτούρα ενώ παράλληλα δημιουργεί και παράγει αυτή τη κουλτούρα. Υπάρχει μια διαλεκτική σχέση «αιτίου - αιτιατού» μεταξύ ανθρωπίνων σχέσεων, οργανισμού και κουλτούρας.

Η 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 ο σωστός τρόπος αντίληψης, σκέψης και αίσθησης σχετικά με τα προβλήματα αυτά. Αυτό το σύνολο των υποθέσεων/παραδοχών έχει επεξεργασθεί τόσο καλά ώστε να θεωρείται αξιόπιστο ώστε να διδάσκεται στα νέα μέλη της ως ο ενδεδειγμένος τρόπος αντίληψης και αντιμετώπισης των ζητημάτων της προσαρμογής στους εξωγενείς παράγοντες και σύνθεσης των εσωτερικών παραγόντων. (Schein, 1985)

Η κουλτούρα είναι κάτι το οποίο μαθαίνεται και σύμφωνα με τους Boyd και Richerson (2009) ορίζεται ως η μεταβίβαση από γενιά σε γενιά, μέσω διδασκαλίας και μίμησης, γνώσεων, αξιών και άλλων παραγόντων που επηρεάζουν τη συμπεριφορά. Για ένα οργανισμό η εφαρμογή της «κατάλληλης κουλτούρας» μπορεί να προσδώσει σειρά ανταγωνιστικών πλεονεκτημάτων. (Boyd & Richerson, 2009)

Ο Pettigrew (1979) διατύπωσε την άποψη ότι «η οργανωσιακή κουλτούρα είναι ένα σύστημα από κοινές και συλλογικές αντιλήψεις που γίνονται αποδεκτές για ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα από ένα συγκεκριμένο σύνολο ατόμων».

Οι Johnson και Scholes (1999) όρισαν την οργανωσιακή κουλτούρα ως το βαθύτερο επίπεδο αξιών, πεποιθήσεων και συμπεριφορών, που μοιράζονται από κοινού όλα τα μέλη του οργανισμού. Εκδηλώσεις της κοινής φιλοσοφίας που ενστερνίζονται αποτελούν η καθημερινή ρουτίνα εργασίας, η γλώσσα που χρησιμοποιούν, τα σύμβολα, αλλά και το εμπορικό σήμα του οργανισμού.

Οι Blake και Mouton (Hellriegel, et al., 1992) καθόρισαν την οργανωσιακή κουλτούρα ως «οι συνηθισμένοι τρόποι που γίνονται τα πράγματα και όπου οι άνθρωποι δέχονται και ζουν με αυτά. Αυτοί οι τρόποι μπορούν να αποτρέψουν τα μέλη από την εφαρμογή μιας μέγιστης προσπάθειας ή μπορούν να τους ενθαρρύνουν γι' αυτό».

Η οργανωσιακή κουλτούρα είναι ένα σύνολο αξιών, προτύπων, υποθέσεων και τρόπων σκέψης που αποδέχονται όλα τα μέλη ενός οργανισμού ή επιχείρησης. Τα στοιχεία αυτά μεταφέρονται στα νέα μέλη, τα οποία με τον τρόπο αυτό διδάσκονται πως θα αντιλαμβάνονται, θα αισθάνονται, θα σκέφτονται και θα ενεργούν μέσα στον οργανισμό. Η οργανωσιακή κουλτούρα καθοδηγεί τη συμπεριφορά των εργαζομένων και επηρεάζει το προσφερόμενο έργο. (Καλαβρού, 2015)

Ο Gordon (1991) θεωρεί πως η οργανωσιακή κουλτούρα αποτελεί ένα σύστημα ευρέως διαδεδομένων και αποδεκτών πεποιθήσεων και αξιών που οδηγούν στη διαμόρφωση τυπικών κανόνων συμπεριφοράς για τους εργαζομένους της επιχείρησης ή του οργανισμού. Με τον ορισμό αυτό χαρακτήρισε την οργανωσιακή κουλτούρα ως κοινωνικό φαινόμενο ελέγχου και οριοθέτησης συμπεριφορών.

Οι Cameron και Quin (1999) ορίζουν την οργανωσιακή κουλτούρα ως ένα διαρκές σύνολο από βασικές αξίες, παραδοχές, προσεγγίσεις και ερμηνείες που χαρακτηρίζουν τις οργανώσεις και τα μέλη τους.

Σύμφωνα με τον Huber (2001), το σύνολο των αξιών, των πεποιθήσεων, αλλά και των προσδοκιών που είναι ευρέως διαδεδομένες και αποδεκτές στον εκάστοτε οργανισμό, συνθέτουν την οργανωσιακή του κουλτούρα. Ο ορισμός αυτός, προσδίδει μία διαφορετική οπτική στην προσέγγιση της οργανωσιακής κουλτούρας, καθώς περιλαμβάνει τις προσδοκίες που γεννά στους εργαζομένους, ο ίδιος ο οργανισμός. Η έκφραση αυτών των προσδοκιών αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα επιτυχίας της στοχοθεσίας και λειτουργίας του οργανισμού, καθώς παρέχει κίνητρα στους εργαζομένους και δέσμευση απέναντι στους σκοπούς του οργανισμού.

Ο Chu (2003) υποστηρίζει ότι η οργανωσιακή κουλτούρα αντανακλά, όχι μόνο το ασυνείδητο από κοινού αίσθημα των εργαζομένων για το τι είναι καλό και κακό, επιθυμητό και ανεπιθύμητο, αλλά και το σύνολο των αξιών, πεποιθήσεων και

ενεργειών. Θεωρεί ότι η κουλτούρα αποτελεί "τον ρυθμιστή" των λειτουργιών και των ενεργειών που προβαίνουν οι εργαζόμενοι.

Η κουλτούρα είναι η συλλογική «πνευματική κατάσταση» της επιχείρησης που υπαγορεύει τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται αλλά και ανταποκρίνεται το σύνολο της επιχείρησης (ηγεσία και εργαζόμενοι) στις προκλήσεις του περιβάλλοντος. Η αποτελεσματική ανταπόκριση στις περιβαλλοντικές πιέσεις, προϋποθέτει ότι η κουλτούρα της επιχείρησης έχει αναπτύξει μια ρεαλιστική αντίληψη για τις επικρατούσες κοινωνικές και πολιτικές διαδικασίες. Καθοριστικό στοιχείο για την ανάπτυξη μιας κουλτούρας η οποία ανταποκρίνεται στα κοινωνικοπολιτικά ερεθίσματα, είναι το προσωπικό παράδειγμα των ηγετών και των managers που μέσω της διοίκησης ασκούν επιρροή στα μέλη της επιχείρησης. (Chu 2003)

Η προσωπική τους συμπεριφορά, επηρεάζει και προβάλλει το νέο στυλ, τις νέες αντιλήψεις, τις νέες αξίες και τους νέους κανόνες που αποτελούν τη φιλοσοφία του οργανισμού. Καθιερώνουν αλλά και προσωποποιούν αυτή τη φιλοσοφία και εξασφαλίζουν ότι κάθε σημαντική διαδικασία λήψης αποφάσεων, θα δίνει ανάλογη προσοχή στα ζητήματα που έχουν τεθεί ως καίρια και σημαντικά, αλλά και τις επιπτώσεις τους. (Chu 2003)

Σύμφωνα με τους Quinn και McGrath (1985) η κουλτούρα περιλαμβάνει κοινές πεποιθήσεις αναφορικά με το σκοπό της επιχείρησης, τα κριτήρια απόδοσης, τη θέση της αρχής, τις νόμιμες βάσεις δύναμης, τους προσανατολισμούς στη λήψη αποφάσεων, το στυλ ηγεσίας, τη συμμόρφωση, την αξιολόγηση και την υποκίνηση των εργαζομένων της. Η επιχειρησιακή κουλτούρα απαντάει ουσιαστικά σε τρία βασικά ερωτήματα (τα αποκαλούμενα 3Ps - picture ή preferred future, principles και purpose., (Clemmer, 2001) σχετικά με την ίδια την επιχείρηση:

- Που πηγαίνει η επιχείρηση (εικόνα ή επιθυμητό μέλλον - picture ή preferred future)
- Σε τι πιστεύουν οι άνθρωποι στο εσωτερικό της (αρχές - principles)
- Για ποιο λόγο υπάρχει η επιχείρηση (σκοπός - purpose)

Ο Large (2007) συνθέτοντας όλους τους ορισμούς της οργανωσιακής κουλτούρας, τους χαρακτήρισε αποδεκτούς και θεμιτούς, καθώς εκφράζουν τις διαφορετικές οπτικές αντιμετώπισης του θέματος από τους ερευνητές. Τους θεωρεί φυσιολογικούς καθώς για αυτόν ο οργανισμός, μπορεί να παρουσιαστεί ως ένα παγόβουνο με διαφορετική σύνθεση σε κάθε επίπεδο (ορατό ή μη). Σύμφωνα με τον Large στην κορυφή του παγόβουνου (που είναι ορατή), βρίσκονται οι στόχοι, οι δομή, η τεχνολογία, οι ικανότητες και οι χρηματοοικονομικοί πόροι.

Κάτω από την επιφάνεια (μη ορατό επίπεδο), βρίσκεται το μεγαλύτερο μέρος του οργανισμού, με τα δομικά στοιχεία της οργανωσιακής κουλτούρας (αξίες,

πεπειθειθήσεις, πιστεύω, στάσεις, παραδοχές). Ανάλογα με τη θέση που ο κάθε ερευνητής εκφράζει, ως προς το οργανωσιακό αυτό παγόβουνο, δίνει και έναν διαφορετικό ορισμό, ο οποίος χωρίς να είναι λάθος, αποτελεί μέρος και όχι το όλον του παρατηρούμενου ή διερευνούμενου οργανισμού. (Σχήμα 6)



Σχήμα 6. Το Οργανωσιακό παγόβουνο. Πηγή: Herman (1970)

Η οργανωσιακή κουλτούρα είναι η έννοια που χαρακτηρίζει τόσο το σύνολο του οργανισμού όσο και το άθροισμα υποσυνόλων (υποκουλτούρων) μέσα σε αυτόν. Με την έννοια υποκουλτούρα, εννοούνται οι αξίες και οι νόρμες που ενστερνίζεται μέρος μόνο των μελών ενός οργανισμού. Αποτέλεσμα της ύπαρξης υποκουλτούρων σε μια επιχείρηση είναι η απαίτηση αλλαγής της οργανωσιακής κουλτούρας της επιχείρησης, (αυτής που πρέπει να πρεσβεύει το σύνολο) προκειμένου να μικρύνει το χάσμα μεταξύ τους. Η εμφάνιση των υποκουλτούρων οφείλεται είτε στα διαφορετικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων, είτε στα διαφορετικά υποσύνολα που λειτουργούν μέσα σε αυτή. (Τορίμπαμπας, 2006)

Άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν ως προς τη σχέση της οργανωσιακής κουλτούρας με την απόδοση ότι, η επίδραση της πρώτης στη δεύτερη είναι πολύ σημαντική αλλά και ότι γενικά οι επιχειρήσεις με κουλτούρα - που μπορεί εύκολα να προσαρμόζεται στις αλλαγές του περιβάλλοντος - έχουν σημαντικές πιθανότητες μακροχρόνιας επιτυχίας. (Kotter & Heskett, 1992)

Η οργανωσιακή κουλτούρα επηρεάζεται και επηρεάζει το στυλ και το ύφος της ηγεσίας μιας επιχείρησης καθώς συχνά η αποτελεσματικότητα ενός ηγέτη κρίνεται από την

ικανότητά του να εκπληρώσει τις προσδοκίες των υφισταμένων του στο πλαίσιο της συγκεκριμένης κουλτούρας. (Hofstede, 1984)

Οι σύγχρονοι οργανισμοί οφείλουν να διαμορφώσουν μία οργανωτική κουλτούρα, η οποία αφ'ενός θα δίνει έμφαση στην παραγωγικότητα, στην ποιότητα και στο ηθικό του ανθρώπινου δυναμικού τους, γεγονός που επηρεάζει άμεσα την ανάπτυξη ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος του οργανισμού και αφ'ετέρου θα κατευθύνει τις δραστηριότητες της ηγεσίας του οργανισμού, όπου μεγάλο μέρος του χρόνου της αναλύσεται στην συνεργασία με όλες τις υπόλοιπες εσωτερικά εμπλεκόμενες δυνάμεις οι οποίες τελικώς διαμορφώνουν τις αξίες των μελών του οργανισμού. (Hofstede, 1984)

Η κουλτούρα ενός οργανισμού διαμορφώνεται με την πάροδο του χρόνου και σε συνάρτηση με ένα σύνολο παραγόντων που συμβάλλουν στην ανάπτυξή της. Αυτοί περιλαμβάνουν την ιστορία, την κύρια δραστηριότητα και τεχνολογία της επιχείρησης, τους στόχους της, το μέγεθος της, την τοποθεσία της, τη διοίκηση, το προσωπικό και το περιβάλλον της επιχείρησης. Η ιστορία, αφορά τους λόγους και τον τρόπο με τον οποίο και για τον οποίο διαμορφώθηκε αρχικά ο οργανισμός, η ηλικία του, η φιλοσοφία και οι αξίες των πρώτων στελεχών που επηρεάζουν την κουλτούρα του. Τα αρχικά στελέχη χαρακτηρίζονται ως δυναμικές προσωπικότητες, με δυνατές αξίες και ξεκάθαρο όραμα για τον τρόπο λειτουργίας του οργανισμού (Greenberg, et al., 2000)

Η φύση της δραστηριότητας ενός οργανισμού καθώς και η κύρια λειτουργία του έχουν σημαντική επίδραση στη διαμόρφωση της κουλτούρας του, καθώς περιλαμβάνει την ποικιλία και την ποιότητα των παρεχόμενων προϊόντων και υπηρεσιών, τη σημαντικότητα της φήμης του και τον τύπο των πελατών του. Η κύρια λειτουργία ενός οργανισμού καθορίζει τη φύση των τεχνολογικών διεργασιών και μεθόδων που χρησιμοποιούνται και επηρεάζουν τη δομή και την κουλτούρα του. (Σουνόγλου, 2003)

Επίσης ο συνδυασμός των στόχων και των ακολουθούμενων στρατηγικών για την επιτυχία τους επηρεάζει την κουλτούρα της επιχείρησης. Παράλληλα και το μέγεθος του οργανισμού επηρεάζει τη δομή και την κουλτούρα του. Μεγάλοι οργανισμοί έχουν πιο τυπικές δομές αλλά μπορεί να παρατηρούνται και δυσλειτουργίες, εξαιτίας μη ικανοποιητικής επικοινωνίας, διατμηματικού ανταγωνισμού και μη αποτελεσματικού συντονισμού. Η τοποθεσία που βρίσκεται και δραστηριοποιείται μια επιχείρηση είναι δυνατό να έχει σημαντική επίδραση στην κουλτούρα της, γιατί μπορεί να επηρεάσει τον τύπο των πελατών της, τους εργαζόμενους της επιχείρησης, τη φύση των παρεχόμενων υπηρεσιών αλλά και τις ευκαιρίες ανάπτυξής της. Επίσης η φύση του προσωπικού που απασχολείται στην επιχείρηση και ο βαθμός αποδοχής της φιλοσοφίας του οργανισμού, οι πολιτικές και οι αποφάσεις της διοίκησης, επηρεάζουν την κουλτούρα. Το εξωτερικό περιβάλλον με τη σειρά του δύναται να διαμορφώσει ή να επιφέρει οργανωσιακές αλλαγές που απαιτούν ανάλογες ευπροσάρμοστες δομικές τροποποιήσεις. (Σουνόγλου, 2003)

4.2 Χαρακτηριστικά της Οργανωσιακής Κουλτούρας

Ο Kilmann (2011) σε μελέτη του για την οργανωσιακή κουλτούρα αναφέρει «Η κουλτούρα δεσμεύει τη φαντασία και την ενέργεια των ανθρώπων. Διαμορφώνεται με βάση την αποστολή και τις απαιτήσεις γύρω από την έννοια επιτυχία, υψηλή ποιότητα, αποδοτικότητα, εξυπηρέτηση, αξιοπιστία, καινοτομία και σκληρή δουλειά». Κατά τον Kilmann η κουλτούρα διαμορφώνεται σχετικά γρήγορα, σύμφωνα με την αποστολή, τις ρυθμίσεις και τις απαιτήσεις του οργανισμού και έχει τρία χαρακτηριστικά όπως τονίζει ο Μπουραντάς (2002).:

- Την *διεύθυνση*, που δείχνει τον δρόμο που ακολουθεί μια επιχείρηση υπό την επίδραση της κουλτούρας και τις αποφάσεις που θα πρέπει να λάβει
- Την *έκταση*, που δείχνει πόσο είναι διαδεδομένη η κουλτούρα, πόσοι την έχουν αφομοιώσει και την ύπαρξη ή όχι της ενιαίας άποψης της κατάστασης και τις κοινές αξίες μέσα στην επιχείρηση, και
- Την *ένταση*, που αποτελεί την πίεση που ασκεί η κουλτούρα στα μέλη της επιχείρησης.

Πολλά άτομα εξαιτίας της ιδιαίτερης προσωπικότητάς τους αποτελούν πρότυπα για τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας, επηρεάζουν πράγματα και καταστάσεις και προβάλλουν με το καλύτερο τρόπο τις αξίες της οργανωτικής κουλτούρας. (Maull et al., 2001) Οι Maull et al., (2001) όπως αναφέρεται στο Iraní Z, et al., (2004) υποστηρίζουν ότι, τα στοιχεία που καθορίζουν την κουλτούρα μιας ομάδας αποτελούν:

- Η *δομική σταθερότητα*. Αποτελεί το βασικό χαρακτηριστικό της επιχειρηματικής κουλτούρας, διότι μεταδίδεται στα νέα μέλη της επιχείρησης/οργανισμού, ως ο σωστός τρόπος συμπεριφοράς, διαιωνίζοντας με τον τρόπο αυτό την επιβίωση και την ανάπτυξη του οργανισμού. Κάθε οργανισμός έχει μια συγκεκριμένη δομή, δεδομένα χαρακτηριστικά γνωρίσματα και διοίκηση η οποία έχει τους δικούς της τρόπους για την επίτευξη των στόχων της.
- Το *βάθος της κουλτούρας*. Αντανακλά το ασυνείδητο και βαθύτερο στοιχείο μιας επιχείρησης που είναι ορατό μόνο από τα μέλη της ομάδας και δύσκολα από ή εμφανές από τα μη μέλη της. Η δυναμική της μειώνει τις συλλογικές ανασφάλειες, καθιερώνει την ιεραρχία, δίνει την αίσθηση της συνέχειας και διαιωνίζει τις αρχές της.
- Το *εύρος τα κουλτούρας*. Καλύπτει όλη τη λειτουργία της ομάδας, κυριαρχεί και επηρεάζει όλες την οργάνωσή της, και αφορά τόσο την εξέταση των αρχών και των στόχων της, όσο και τις εσωτερικές της διαδικασίες.
- Η *διαμόρφωση*. Η διαμόρφωση ή ολοκλήρωση ως χαρακτηριστικό της κουλτούρας, συνδέει στοιχεία όπως το εργασιακό κλίμα και τις αξίες της επιχείρησης και επηρεάζει τις συμπεριφορές των μελών της διαμορφώνοντάς τες σε ένα ενιαίο σύνολο. Η προσέγγιση της κουλτούρας από την πλευρά της

προσωπικότητας αναφέρεται στο γεγονός, ότι η ισχυρή προσωπικότητα κάποιου ατόμου συμβάλλει αποφασιστικά στην διαμόρφωση ή στην διατήρηση της κουλτούρας σε κάθε οργανισμό.

Ο Schein (1985) τονίζει ότι υπάρχουν διάφορες εξηγήσεις στον τρόπο σχηματισμού της κουλτούρας και αναφέρει τρία ρεύματα, θεωρίες που συμβάλουν στον σχηματισμό της. Την ψυχοδυναμική θεωρία ή δυναμική της ομάδας, τη θεωρία της ηγετικής συμπεριφοράς και τη θεωρία μάθησης.

Ο Robbins (1999) αποδίδει δέκα χαρακτηριστικά στη κουλτούρα:

- *Έμφαση στην ομάδα:* πόσο καλά οργανωμένοι είναι οι εργαζόμενοι σε ομάδες. Ολοκλήρωση των ομάδων: πόσο αλληλοεξαρτημένα λειτουργούν τα τμήματα του οργανισμού.
- *Εστίαση στους ανθρώπους:* σε τι βαθμό λαμβάνουν υπόψη την επίδραση του αποτελέσματος τα μέλη έργου των οποίων είναι η λήψη αποφάσεων.
- *Ταυτότητα του μέλους:* πόσο ταυτίζονται οι εργαζόμενοι με την οργάνωση ως ολότητα και όχι μόνο με τον τομέα απασχόλησης τους.
- *Έλεγχος:* πόσο οι κανονισμοί χρησιμεύουν στον έλεγχο της συμπεριφοράς.
- *Κριτήρια αμοιβών:* σε τι βαθμό το σύστημα αμοιβών παρακινεί ένα εργαζόμενο να αυξήσει την παραγωγικότητα του και πόσο αυτά καθορίζονται με βάση την απόδοση του και όχι την παλαιότητα του.
- *Ανοχή στο κίνδυνο:* πόσο καινοτόμοι είναι οι εργαζόμενοι και πόσο ενθαρρύνονται να είναι, πόσο αισθάνονται ότι εργάζονται σε ένα πλαίσιο προστατευτικό για αυτούς.
- *Ανοχή στη διαφωνία:* πως αντιμετωπίζονται η κριτική και η διαφωνία από τα μέλη μέσα στον οργανισμό.
- *Προσανατολισμός στο στόχο:* ο βαθμός που η επιχείρηση είναι προσανατολισμένη και εστιάζει στο αποτέλεσμα και την επίτευξη της στρατηγικής.
- *Εστίαση στο ανοιχτό σύστημα:* πόσο καλά ανταποκρίνεται ο οργανισμός στις μεταβολές του εξωτερικού περιβάλλοντος.

Σύμφωνα με τους O'Reilly, et al., (1991) η κουλτούρα χαρακτηρίζεται από:

- *Καινοτομία,* με έμφαση στη δημιουργικότητα και την καινοτομία.
- *Σταθερότητα,* έμφαση στη προβλεψιμότητα και τους κανόνες.
- *Προσανατολισμό στους ανθρώπους,* με έμφαση στις ανθρώπινες σχέσεις.
- *Προσανατολισμό στο αποτέλεσμα,* με έμφαση στην αποτελεσματικότητα.
- *Άνετο περιβάλλον,* ευχάριστη και άνετη ατμόσφαιρα εργασίας.
- *Προσοχή στη λεπτομέρεια,* με έμφαση στη ακρίβεια και ανάλυση.
- *Προσανατολισμό στη συνεργασία,* με έμφαση στην αρμονική συνεργασία μεταξύ των ομάδων.

Επιπλέον οι Peter και Waterman, (1982) αποδίδουν στην οργανωσιακή κουλτούρα τα εξής χαρακτηριστικά:

- Οι άνθρωποι προτιμούν να αναλαμβάνουν έγκαιρα δράση παρά να οδηγούνται σε αδράνεια στην προσπάθεια τους να υπέρ αναλύσουν τα πράγματα.
- Η δομή της οργάνωσης είναι τέτοια ώστε να διευκολύνει τη ροή των πληροφοριών σε όλα τα επίπεδα, να δίνεται έμφαση στη διερεύνηση των πραγματικών αναγκών των πελατών και στην προσαρμογή των προϊόντων/υπηρεσιών που προσφέρονται.
- Το ενδιαφέρον επικεντρώνεται στα προϊόντα/υπηρεσίες που μπορεί να προσφέρει η επιχείρηση.
- Η οργάνωση ενθαρρύνει την δημιουργική και ανεξάρτητη σκέψη, έχει την τάση να αναζητά νέες και ανεπτυγμένες μεθόδους με τις καινοτομίες να πραγματοποιούνται ως αποτέλεσμα συντονισμού και αξιοποίησης ατομικών προσπαθειών.
- Οι αμοιβές βασίζονται στην πραγματική αξία και συμβολή των εργαζομένων, ενώ τα ανώτερα στελέχη εμφανίζονται ως παραδείγματα για τους υπόλοιπους.
- Οι εργαζόμενοι συμμερίζονται και υποστηρίζουν τα πιστεύω και τις αξίες του οργανισμού.
- Η επιχείρηση θεωρείται κοινωνικά υπεύθυνη για τον τρόπο με τον οποίο ασκεί τις δραστηριότητες της, ενώ οι αντιθέσεις εντός της επιλύονται μέσα σε μια ατμόσφαιρα όπου δεν υπάρχουν νικητές και ηττημένοι.

Η οργανωσιακή κουλτούρα αποτελεί τον τυποποιημένο τρόπο σκέψης, αίσθησης και αντίδρασης που υφίσταται σ' έναν οργανισμό ή μια επιχείρηση. Αποτελεί τον προγραμματισμό που επιβάλλεται και απαιτείται να υιοθετηθεί από τα μέλη του με τις κάτωθι παραμέτρους. (Αλεξάνδρου, 2005)

- Οι άνθρωποι αναπτύσσουν αξίες κατά τη διάρκεια της κοινωνικοποίησής τους ώστε να προσαρμοστούν στους τύπους των οργανώσεων της κοινωνίας.
- Οι διαδικασίες επιλογής αποκλείουν πολλούς που μπορεί να μην ταιριάζουν και η οργανωτική κοινωνικοποίηση αλλάζει εκείνους που πράγματι ταιριάζουν τόσο ώστε να αναπτύσσεται κάποιου βαθμού ομοιογένεια προσωπικοτήτων σε κάθε οργανισμό.
- Οι ανταμοιβές στους οργανισμούς επιλεκτικά ενισχύουν κάποιες συμπεριφορές και στάσεις και όχι κάποιες άλλες.
- Οι αποφάσεις προαγωγής λαμβάνουν υπόψη τόσο την απόδοση όσο και την προσωπικότητα των υποψηφίων.

Αντίστοιχα ο Tsai (2011) υποστηρίζει ότι η συνοχή και τα κοινά στοιχεία που καθορίζουν τη συνεκτικότητα ενός οργανισμού συγκροτούνται από χαρακτηριστικά όπως, οι κοινές αξίες και οι παραδοχές και αντιλήψεις που έχουν επιλέξει να υιοθετήσουν τα μέλη του. Με τον τρόπο αυτό τα άτομα όχι μόνο διεκπεραιώνουν τα

καθήκοντα που τους έχουν ανατεθεί αλλά αντλούν και ικανοποίηση από την οργανωσιακή κουλτούρα που διέπει την εργασία τους.

4.3 Τυπολογία της Οργανωσιακής κουλτούρας

Η κουλτούρα ως μια συλλογική «πνευματική κατάσταση» των μελών μιας επιχείρησης ή ενός οργανισμού, υπαγορεύει τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται στο σύνολό της και ανταποκρίνεται στους πελάτες/χρήστες των υπηρεσιών της, τις προκλήσεις του περιβάλλοντος και χαρακτηρίζεται από ορισμένα στοιχεία/διαστάσεις και τύπους.

4.3.1 Schein E.N.

Κατά τον Schein (1985) η κουλτούρα ορίζεται ως ένα σύνολο από βασικές υποθέσεις που μία ομάδα ατόμων έχει εφεύρει, ανακαλύψει ή αναπτύξει κατά την διαδικασία εκμάθησης της μεθοδολογίας αντιμετώπισης των προβλημάτων που προκύπτουν από την προσπάθεια προσαρμογής της στο εξωτερικό περιβάλλον και ταυτόχρονης σύνθεσης των δικών της εσωτερικών χαρακτηριστικών γνωρισμάτων. Αυτό το σύνολο των υποθέσεων έχει επεξεργασθεί τόσο καλά ώστε να θεωρείται αξιόπιστο ώστε να διδάσκεται στα νέα μέλη της ως ο ενδεδειγμένος τρόπος αντίληψης και αντιμετώπισης των ζητημάτων της προσαρμογής στους εξωγενείς παράγοντες και σύνθεσης των εσωτερικών παραγόντων.

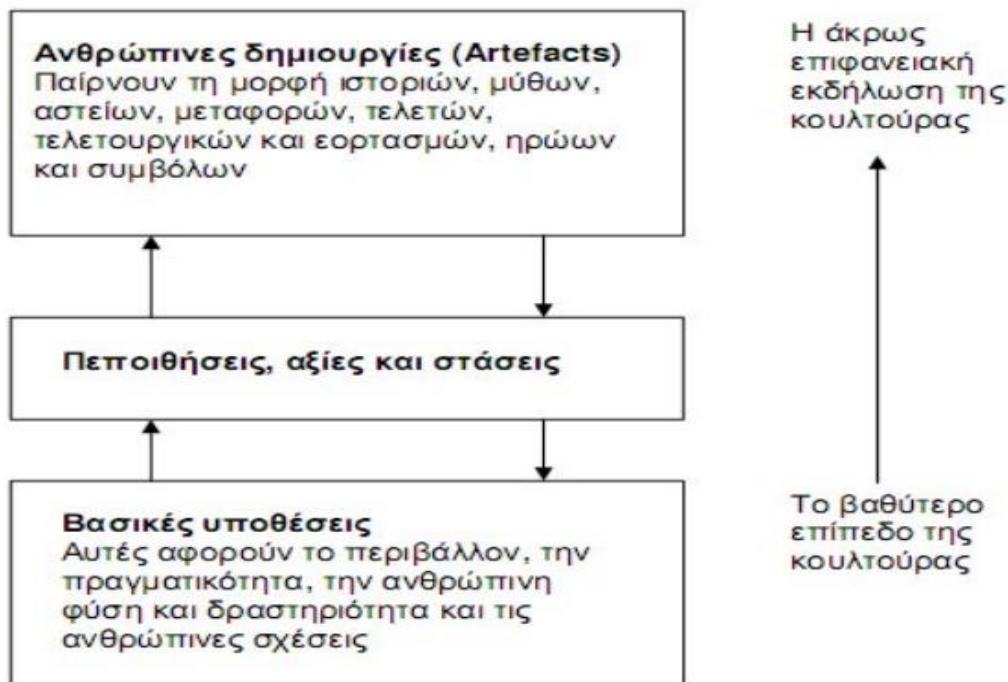
Υποστηρίζει ότι η κουλτούρα μπορεί να διαμορφωθεί και πως είναι αποτέλεσμα τόσο της προηγούμενης εμπειρίας και μάθησης του οργανισμού όσο και της ικανότητάς του να συνεχίζει να μαθαίνει. Τη συνδέει με την άσκηση ηγεσίας και υποστηρίζει ότι, οι ηγέτες θα πρέπει να μπορούν να διοικήσουν διαφορετικούς τύπους κουλτούρας και να έχουν την ικανότητα να την διαφοροποιούν όταν χρειάζεται. Θεωρεί ότι η οργανωσιακή κουλτούρα πρέπει να εξελίσσεται βάσει του κύκλου ζωής του οργανισμού και να περνάει από τη σταθερότητα στην αλλαγή, καθώς αυτή ωριμάζει, προκειμένου να μην βρεθεί σε κατάσταση ύφεσης. Στοιχεία της αποτελούν η σχέση του οργανισμού με το περιβάλλον του, η φύση της ανθρώπινης δραστηριότητας, η φύση της πραγματικότητας και της αλήθειας, η φύση του χρόνου, η φύση της ανθρώπινης δραστηριότητας, η φύση των ανθρώπινων σχέσεων και η ομοιογένεια ενάντια στη διαφορετικότητα. (Schein 1985)

Σύμφωνα με τον Schein η οργανωσιακή κουλτούρα, αποτελείται από τρία αλληλεπιδραστικά και συνθετικά διαμορφούμενα επίπεδα. Στον πυρήνα (πρώτο επίπεδο) βρίσκονται τα βασικά “πιστεύω” και οι υποθέσεις, που θεωρούνται ως δεδομένα παρά το γεγονός ότι δεν είναι απευθείας ορατά. Στο δεύτερο επίπεδο εντοπίζονται οι διάφορες αξίες, οι κανόνες και τα πρότυπα συμπεριφοράς, που αν και

όχι πάντα ορατά, γίνονται πολύ ευκολότερα αντιληπτά. Τέλος, στο τρίτο και πιο επιφανειακό επίπεδο, βρίσκονται οι ορατές προβολές και τα φυσικά αποτελέσματα των δύο βαθύτερων επιπέδων, έστω και αν συχνά αυτά δεν είναι κατανοητά από το σύνολο των εργαζομένων στην εταιρεία. (Schein, 1985)

Απόρροια των παραπάνω είναι η περιγραφή και ο διαχωρισμός της κουλτούρας ως ισχυρής ή μη ισχυρής. Η οργανωσιακή κουλτούρα περιγράφεται ως ισχυρή όταν χαρακτηρίζεται από ομοιογένεια, σταθερότητα, συνοχή και μεγάλη ένταση, από συγκλίνουσες προσδοκίες που στηρίζονται στους κανόνες, ενώ είναι ταυτόχρονα σε μεγάλο βαθμό αποδεκτή και διαφοροποιημένη. (Schein, 1983)

Οι αξίες της ισχυρής κουλτούρας υιοθετούνται πιο έντονα και ευρύτερα με αυξημένη δέσμευση και αποδοχή από την πλειοψηφία των μελών του οργανισμού, εμποδίζοντας τη δημιουργία ανταγωνιστικών συστημάτων εντός του οργανισμού. Αντίθετα η αδύναμη, ή μη ισχυρή, οργανωσιακή κουλτούρα χαρακτηρίζεται από χαλαρούς δεσμούς μεταξύ των μελών, αβεβαιότητα ρόλων και ασάφεια στόχων. (Schein, 1985) Λαμβάνοντας υπόψιν ότι, η οργανωσιακή κουλτούρα είναι η ικανότητα συνεχούς βελτίωσης της δυνατότητας του οργανισμού να αντιμετωπίζει τα προβλήματά του με τέτοιο τρόπο έτσι ώστε να αναπροσαρμόζει την ταυτότητά του ο Schein (1985) διαχωρίζει τη δομή ενός οργανισμού σε τρία επίπεδα. (Σχήμα 7)



Σχήμα 7. Επίπεδα κουλτούρας στον Οργανισμό. Πηγή: Schein (1992)

Επιφαινόμενα (artifacts). Το επίπεδο αυτό περιλαμβάνει στοιχεία που γίνονται αντιληπτά σε μια πρώτη επαφή με μια οργανωσιακή κουλτούρα, όπως η χωρική οργάνωση ενός εργασιακού χώρου, καθημερινές λειτουργίες του οργανισμού ορατές προς τρίτους, όπως δραστηριότητες, γλώσσα, σηματοδοτήσεις γραφείων, τελετές, ο τρόπος ενδυμασίας (dress code), το φυσικό περιβάλλον, οι οργανωτικές δομές και οι διεργασίες, οι τρόποι επικοινωνίας μεταξύ των μελών, ο τρόπος της εκτέλεσης του διευθυντικού έργου και η ιστορία της οργάνωσης.

Τα μέλη που υιοθετούν την ίδια κουλτούρα, πιθανώς να μην γνωρίζουν τις εκδηλώσεις της, αλλά αυτές είναι δυνατό να αναγνωριστούν άμεσα από τον καθένα. Από την πλευρά του ερευνητή, οι εκδηλώσεις είναι τα πιο προσβάσιμα από όλα τα στοιχεία της κουλτούρας.

Τις μοιραζόμενες αξίες (πεποιθήσεις και στάσεις), (shared values). Πρόκειται για υιοθετημένους (espoused beliefs and values) λόγους, για τους οποίους τα πράγματα γίνονται με έναν συγκεκριμένο τρόπο στην επιχείρηση όπως κανόνες και κώδικες δεοντολογίας. Σημαντικό επίπεδο οργανωτικής κουλτούρας διότι σχετίζεται με την στρατηγική, τους στόχους και τη φιλοσοφία της επιχείρησης. Η ομάδα εκπαιδεύεται και ενστερνίζεται τις πεποιθήσεις και τις αξίες του οργανισμού.

Οι μοιραζόμενες αξίες αποτελούν τους αόρατους νόμους με τους οποίους τα μέλη αντιλαμβάνονται, σκέπτονται και αισθάνονται όταν προβαίνουν σε μια δράση ως μέλη της επιχείρησης (μέσα επίλυσης προβλημάτων, εργασιακές σχέσεις). Εάν οι ενστερνιζόμενες αξίες και πεποιθήσεις συμφωνούν με τις βασικές παραδοχές τότε οδηγούμαστε σε μια ολοκληρωμένη κουλτούρα και αποτελεί μια πηγή ταυτότητας για τα μέλη της.

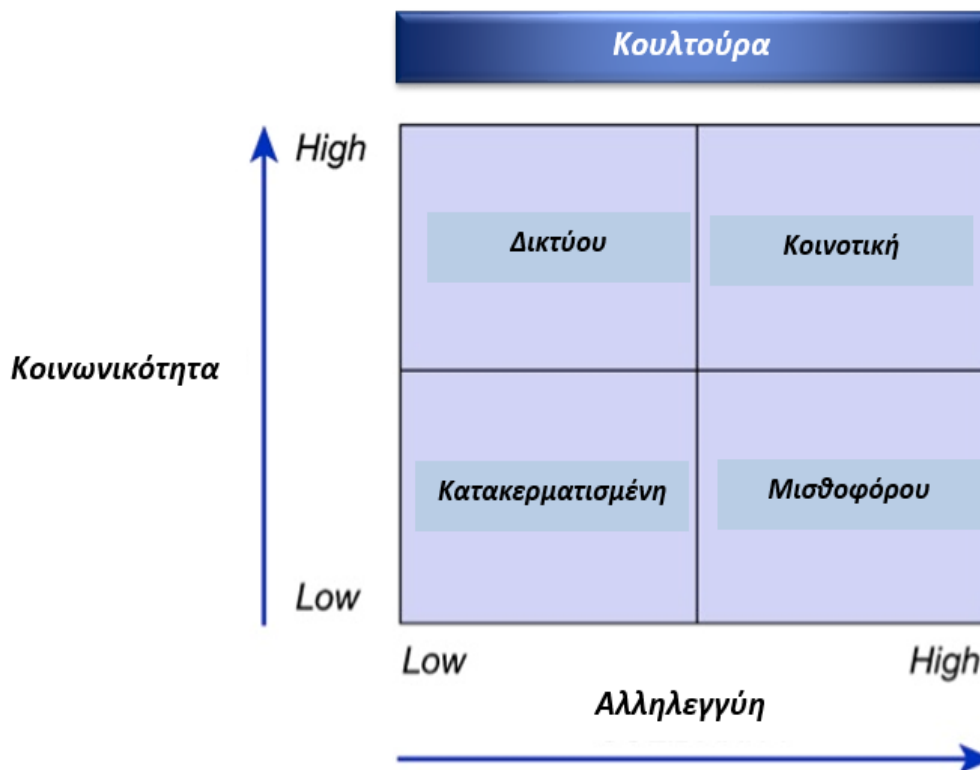
Τις βασικές παραδοχές (basic assumptions). Πρόκειται για τους μη ορατούς, αλλά προσδιορίσιμους λόγους για τους οποίους τα μέλη μιας ομάδας αντιλαμβάνονται, σκέπτονται και αισθάνονται με ένα συγκεκριμένο τρόπο, σε ότι αφορά στο εξωτερικό περιβάλλον και στη λειτουργία της επιχείρησης.

Η αποστολή του οργανισμού (mission), ο τρόπος επίλυσης προβλημάτων, οι διαπροσωπικές σχέσεις, ο χρόνος και ο χώρος είναι βασικές παραδοχές ενός οργανισμού και είναι συνήθως σιωπηλές είτε αποδεκτές από τον οργανισμό είτε όχι. Οι βασικές παραδοχές προκύπτουν από το βαθμό συναίνεσης λόγω της επαναλαμβανόμενης επιτυχίας. Τείνουν να είναι αδιαμφισβήτητες και κατά συνέπεια είναι αδύνατον να αλλάξουν.

4.3.2 Το μοντέλο των Goffee and Jones

Οι Goffee και Jones (1998) υποστηρίζουν ότι η οργανωσιακή κουλτούρα καθορίζεται από δύο διαστάσεις, την «κοινωνικότητα» (sociability) και την «αλληλεγγύη» (solidarity). Η «κοινωνικότητα» ταυτίζεται με τη φιλικότητα και χαρακτηρίζει τις σχέσεις μεταξύ των ανθρώπων ενός οργανισμού. Βοηθά στην ανάπτυξη της κουλτούρας γιατί μέσω της φιλίας και των στενών σχέσεων είναι πιο εύκολο τα άτομα να μοιραστούν ιδέες, στάσεις, ενδιαφέροντα και αξίες. Η κοινωνικότητα συμβαδίζει με υψηλό βαθμό προσανατολισμού στα άτομα και στις ομάδες και περισσότερη εστίαση στις διαδικασίες απ' ό,τι στα αποτελέσματα. Η αλληλεγγύη αναφέρεται στην ικανότητα των ατόμων να επιδιώκουν την εξυπηρέτηση κοινών στόχων και συμφερόντων αποτελεσματικά και αποδοτικά, όχι μόνο προς το δικό τους όφελος αλλά και για το καλό του οργανισμού, χωρίς να τους απασχολούν οι συνέπειες που έχει κάτι τέτοιο στα άτομα ή στις σχέσεις μεταξύ τους. (Goffee & Jones, 1998)

Όταν οι δύο αυτές διαστάσεις διαβαθμίζονται ανάλογα με το επίπεδό τους (υψηλό - χαμηλό) και συνδυάζονται μεταξύ τους, προκύπτουν τέσσερις διακριτοί τύποι οργανωσιακής κουλτούρας: (Σχήμα 8)



Σχήμα 8. Το μοντέλο των Goffee and Jones. Πηγή: Goffee & Jones (1998)

Κουλτούρα Δικτύου (Networked culture): αυτού του είδους η κουλτούρα διακρίνεται από υψηλό βαθμό κοινωνικότητας και χαμηλό βαθμό αλληλεγγύης. Οι οργανισμοί με αυτή την κουλτούρα θεωρούν τους υπαλλήλους ως φίλους ή ως μέλη μιας οικογένειας. Οι υπάλληλοι βοηθούν ο ένας τον άλλο με προθυμία και μοιράζονται πληροφορίες. Ωστόσο, μια τέτοια κουλτούρα μπορεί να οδηγήσει σε ανοχή της χαμηλής απόδοσης και της δημιουργίας υποομάδων.

Κατακερματισμένη κουλτούρα (Fragmented culture): χαρακτηριστικό της το χαμηλό επίπεδο τόσο κοινωνικότητας όσο και αλληλεγγύης. Οργανισμοί με αυτό το είδος κουλτούρας αντιμετωπίζουν προβλήματα και είναι δυσλειτουργικοί. Τα μέλη τους είναι ατομικιστές που δεν ταυτίζονται με τον οργανισμό. Η χαμηλή κοινωνικότητα και αλληλεγγύη αφήνουν αυτούς τους οργανισμούς χωρίς διακυβέρνηση. Παράλληλα, σοβαρά αρνητικά σημεία είναι ο υπερβολικός σχολιασμός των άλλων και η απουσία συναδελφικότητας και συλλογικότητας.

Κουλτούρα μισθοφόρου (mercenary culture): διακρίνεται από χαμηλό επίπεδο κοινωνικότητας και υψηλό αλληλεγγύης. Οι οργανισμοί - μισθοφόροι εστιάζουν στην στρατηγική και στην κυριαρχία στην αγορά. Έχουν ξεκάθαρες προτεραιότητες και αντιδρούν γρήγορα σε εξωτερικά γεγονότα. Τα μέλη τους είναι αποφασισμένα να επιτύχουν τους στόχους και να φέρουν σε πέρας τις εργασίες που τους έχουν ανατεθεί, διότι έχουν μια αίσθηση σκοπού. Ωστόσο, η αρνητική όψη αυτού του είδους οργανισμού είναι πως οι υπάλληλοι που θεωρούνται χαμηλής απόδοσης μπορεί να αντιμετωπίζονται με άσχημο τρόπο.

Κοινοτική κουλτούρα (communal culture): χαρακτηρίζεται από υψηλό βαθμό τόσο κοινωνικότητας όσο και αλληλεγγύης. Σε αυτούς τους οργανισμούς τα μέλη αναπτύσσουν ένα αίσθημα του ανήκειν και κοινής ταυτότητας αλλά ταυτόχρονα υπάρχει και μία εστίαση στην επίτευξη των στόχων. Οι υπάλληλοι έχουν κοινούς στόχους και παράλληλα συνδέονται με ισχυρούς κοινωνικούς δεσμούς. Συνήθως, αυτού του είδους η κουλτούρα συναντάται σε νέες, μικρές και γρήγορα ανερχόμενες εταιρείες. Το αρνητικό στοιχείο ενός τέτοιου οργανισμού είναι πως απορροφά όλο το χρόνο των μελών του.

4.3.3 Martins EC. et al.

Σύμφωνα με τον Martins EC et al., (2003) οι διαστάσεις της οργανωσιακής κουλτούρας περιλαμβάνουν:

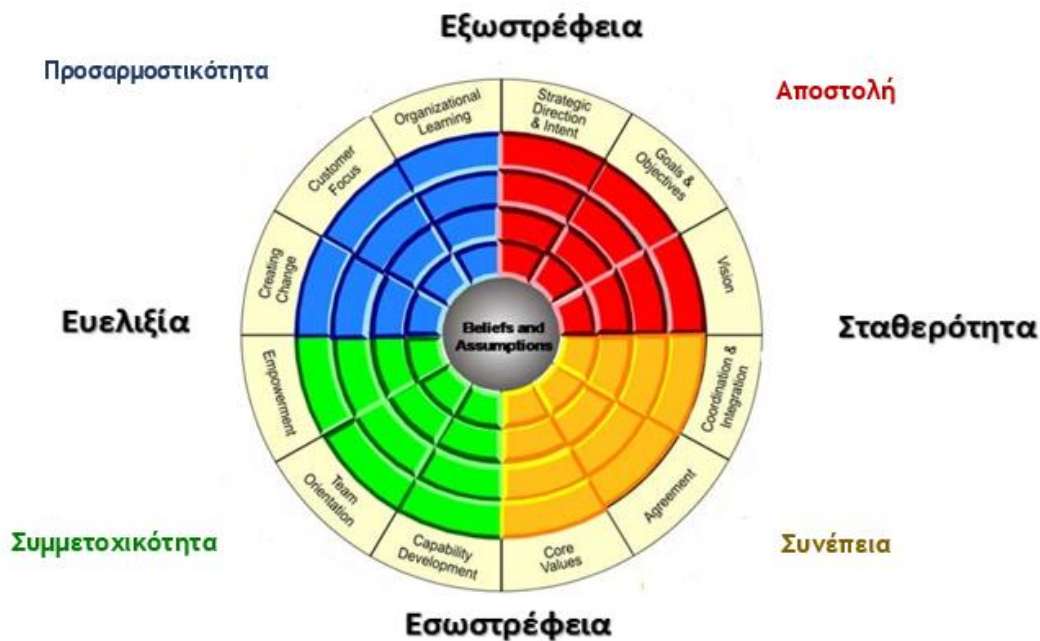
- Την αποστολή και το όραμα, καθώς η οργανωσιακή κουλτούρα βοηθά τους υπαλλήλους να αντιληφθούν το όραμα, την αποστολή και τις αξίες του οργανισμού, μπορεί και καθορίζει τον τρόπο με τον οποίο μπορούν να

- μετασχηματισθούν σε μετρήσιμους ατομικούς και ομαδικούς σκοπούς και στόχους.
- Τα μέσα για την επίτευξη στόχων. Η οργανωσιακή κουλτούρα καθορίζει τον τρόπο με τον οποίο η οργανωτική δομή βοηθά τον οργανισμό να αποδίδει αποτελεσματικά.
 - Τις διοικητικές διαδικασίες, τις όψεις δηλαδή της διοίκησης όπως την λήψη των αποφάσεων, την επικοινωνία, το σχεδιασμός, την οργάνωση, τον έλεγχο και την καινοτομία οργανωσιακή κουλτούρα που συντελούνται μέσα σε έναν οργανισμό.
 - Την ηγεσία, καθώς η οργανωσιακή κουλτούρα ασκεί επιρροή στις αποφάσεις που αφορούν ζητήματα όπως ποιο στυλ ηγεσίας είναι καταλληλότερο, το βαθμό ενασχόλησης των διευθυντών με την αύξηση της εργασιακής ικανοποίησης των υπαλλήλων και το χειρισμό τυχόν διαφωνιών και δυσκρούσεων.
 - Τις διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ των μελών του οργανισμού, όπως τις σχέσεις των διευθυντών με τους υπαλλήλους.
 - Την εικόνα του οργανισμού, δηλαδή την εικόνα που έχουν διαμορφώσει όσοι είναι εκτός του οργανισμού για τον οργανισμό και ιδιαίτερα για το είδος της εργοδοσίας και τις σχέσεις της με το προσωπικό.

4.3.4 Το μοντέλο οργανωσιακής κουλτούρας του Denison

Σύμφωνα με τον Denison (1985) τα χαρακτηριστικά της οργανωσιακής κουλτούρας, διαμορφώνουν τέσσερις κατευθύνσεις, με ξεχωριστή αλλά και αλληλεπιδραστική επιρροή στην αποτελεσματικότητα του οργανισμού. Έτσι η συνολική αποτελεσματικότητα του οργανισμού διαμορφώνεται από χαρακτηριστικά όπως η κερδοφορία, η ποιότητα, οι πωλήσεις, η ανάπτυξη καινοτομιών και η ικανοποίηση των εργαζομένων. Ανά δύο οι κατευθύνσεις, συνδιαμορφώνουν συνολικά τέσσερις ουσιώδεις χαρακτήρες οργανωσιακής κουλτούρας, με την καθεμιά να αποτελείται από τρεις διοικητικές πρακτικές.

Οι βασικές κατευθύνσεις σύμφωνα με το μοντέλο του Denison είναι η ευελιξία (Flexible) ως προς την σταθερότητα (Stable) και η εσωστρέφεια (Internal Focus) ως προς την εξωστρέφεια (External Focus). Οι κατευθύνσεις αυτές παρουσιάζουν τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται οι εργαζόμενοι ότι λειτουργεί ο οργανισμός τους και χωρίζουν το κυκλικό διάγραμμα σε τέσσερα τεταρτημόρια, σε τέσσερις χαρακτήρες οργανωσιακής κουλτούρας. (Σχήμα 9)



Σχήμα 9. Το μοντέλο οργανωσιακής κουλτούρας του Denison. Πηγή: Denison (1990)

Η προσαρμοστικότητα (adaptability) αποτελεί τον πρώτο χαρακτήρα της οργανωσιακής κουλτούρας του οργανισμού, και ερμηνεύεται ως η δυνατότητα μετατροπής των απαιτήσεων του επιχειρηματικού περιβάλλοντος σε στρατηγικές ενέργειες.

Η συμμετοχικότητα (involvement) είναι ο δεύτερος χαρακτήρας της οργανωσιακής κουλτούρας του οργανισμού, και ερμηνεύεται ως η επιθυμία για καλλιέργεια των ικανοτήτων των εργαζομένων, της υπευθυνότητας τους και του αισθήματος δέσμευσης προς τον οργανισμό.

Η συνέπεια (consistency) αποτελεί τον τρίτο χαρακτήρα της οργανωσιακής κουλτούρας του οργανισμού, και ερμηνεύεται ως ο καθορισμός και η εμπέδωση των αξιών και των συστημάτων εκείνων που αποτελούν τη βάση για τη ύπαρξη μίας ισχυρής κουλτούρας.

Η αποστολή (mission) αποτελεί τον τέταρτο χαρακτήρα της οργανωσιακής κουλτούρας του οργανισμού και ερμηνεύεται ως ο καθορισμός μία μακροχρόνιας στρατηγικής κατεύθυνσης για αυτόν. Δίνει νόημα και σκοπό στον οργανισμό, παρέχοντας του σταδιακούς και μετρήσιμους στόχους.

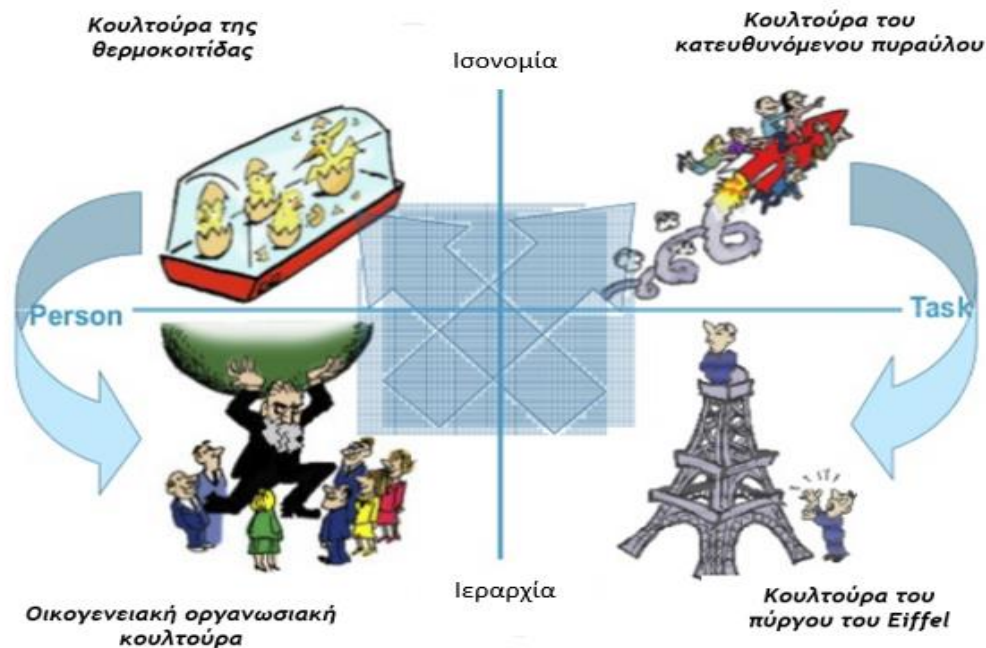
4.3.5 Διαπολιτισμική Τυπολογία Trompenaars

Ο Trompenaars (1994) υποστηρίζει πως υπάρχουν σημαντικοί παράγοντες που χαρακτηρίζουν τις εθνικές κουλτούρες και είναι αυτοί που βοηθούν να προσδιορίσει ο οργανισμός την οργανωσιακή κουλτούρα που θα ακολουθήσει. Οι παράγοντες αυτοί πιο σημαντικοί παράγοντες από την τεχνολογία ή και τα οικονομικά συστήματα.

Χαρακτηριστικό του μοντέλου του Trompenaars είναι πως εστιάζει περισσότερο στις μεταβλητές της επιχείρησης και αναπτύσσει τέσσερα είδη οργανωσιακής κουλτούρας συνδέοντας τον κάθε τύπο με συγκεκριμένες εθνικές κουλτούρες. Ο καθένας από τους τύπους παρουσιάζει σημαντικά διακριτές διαφορές από τους υπόλοιπους στον τρόπο που τα μέλη των οργανισμών σκέφτονται και μαθαίνουν, υιοθετούν αλλαγές και παρακινούν, ανταμείβουν και επιλύουν τις διαφορές τους. Ειδικότερα: (Σχήμα 10)

Οικογενειακή οργανωσιακή κουλτούρα: δίνει έμφαση στην επικοινωνία. Διατηρείται ιεραρχία παρόμοια με αυτή της οικογένειας που βασίζεται στις σχέσεις εξουσίας (παιδιού-γονέα). Λειτουργεί σε ένα πλαίσιο οικειότητας και καλοσύνης και πολλοί μέσα στον οργανισμό θαυμάζουν τον ηγέτη τους και προσπαθούν να τον μιμηθούν.

Κουλτούρα του πύργου του Eiffel: Βασικό χαρακτηριστικό της είναι η γραφειοκρατική δομή. Σε έναν οργανισμό με κουλτούρα τέτοιου τύπου τα ανώτερα επίπεδα ιεραρχίας έχουν διακριτούς και ξεκάθαρους ρόλους που συγκρατούν τα κατώτερα επίπεδα σταθερά και ενωμένα. Οι υπάλληλοι ανταποκρίνονται και υπακούν στις εντολές των προϊσταμένων τους γιατί είναι η αρμοδιότητα των ανωτέρων να τους λένε τί και πώς θα το κάνουν. Σε αντίθετη περίπτωση γνωρίζουν πως δεν θα μπορέσει να λειτουργήσει με επιτυχία ο οργανισμός. Η αναδιοργάνωση και η αλλαγή σε αυτή την κουλτούρα έρχεται με καθυστέρηση και δυσκολίες. Το υπάρχον σύστημα που επικρατεί στην κάθε επιχείρηση είναι βαθιά ριζωμένο και τυχόν αλλαγή αντιμετωπίζεται από τους υπαλλήλους με καχυποψία και δυσπιστία.



Σχήμα 10. Το μοντέλο οργανωσιακής κουλτούρας του Trompenaars. Πηγή: Trompenaars (2013)

Κουλτούρα του κατευθυνόμενου πυραύλου: Είναι υπέρμαχη της ισονομίας και της ισοπολιτείας, αλλά απρόσωπη και προσανατολισμένη προς την εργασία. Χαρακτηρίζεται ως υπέρμαχη της ισονομίας επειδή απασχολεί έμπειρους και ιδιαίτερα καλούς εργαζόμενους σε ειδικούς τομείς που εκτελούν το έργο τους περισσότερο μέσω της συνεργασίας παρά μέσα από εντολές των ανωτέρων τους. Η δημιουργία αυτής της κάστας όμως, μειώνει τη συναισθηματικότητα στην επιχείρηση και αυξάνει τη γραφειοκρατία όχι βάσει των θέσεων και των συναισθηματικών δεσμών, αλλά βάσει των ειδικοτήτων και των γνώσεων.

Κουλτούρα της θερμοκοιτίδας: Βασίζεται στην ιδέα πως οι οργανισμοί παίζουν δευτερεύοντα ρόλο στην ολοκλήρωση των ατόμων. Αυτό σημαίνει ότι ο εκάστοτε οργανισμός θα πρέπει να χρησιμοποιείται ως εκκολαπτήριο για την έκφραση και ολοκλήρωση των ατόμων /εργαζόμενων. Μέσα απ' αυτή την κουλτούρα οι εργαζόμενοι απελευθερώνονται από τη ρουτίνα αναλαμβάνοντας δημιουργικές δραστηριότητες κι έχουν ως σκοπό την άσκηση κριτικής, την επιβεβαίωση, την εύρεση νέων πόρων και την ανάπτυξη καινοτόμων προϊόντων και υπηρεσιών.

4.3.6 Τυπολογία των Harrison και Handy

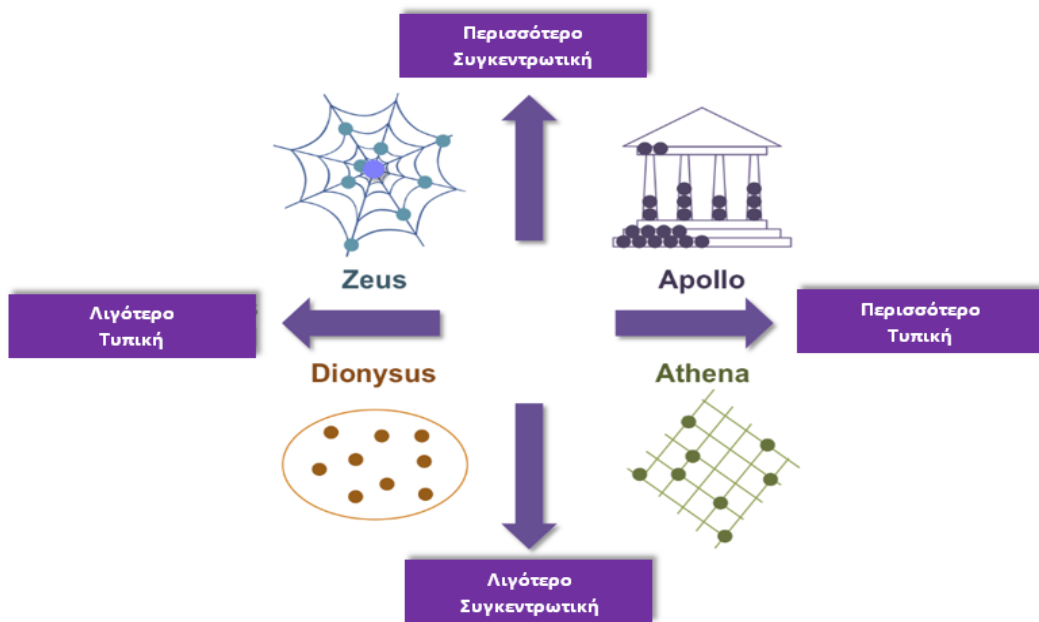
Σύμφωνα με την προσέγγιση των Harrison και Handy (1995) η κουλτούρα διακρίνεται σε τέσσερις βασικούς τύπους, στους οποίους αποδίδονται ονόματα αρχαίων Ελλήνων θεών, παραλληλίζοντας τον κάθε έναν τύπο με τη βασική φιλοσοφία του ονόματος του συγκεκριμένου θεού. Ειδικότερα: (Σχήμα 11)

Δίας, (δύναμη): Πρόκειται για την κουλτούρα της λέσχης που δημιουργείται από τον ιδρυτή (και ιδιοκτήτη) της επιχείρησης. Το κλίμα στο εσωτερικό της κρίνεται συγκεντρωτικό και αυταρχικό. Το χρήμα αποτελεί το κεντρικό κριτήριο επιτυχίας, ενώ η αφοσίωση των εργαζομένων στο πρόσωπο του ιδρυτή ανταμείβεται με εξουσία και αρμοδιότητες. Η εργασία σε επιχειρήσεις ή οργανισμούς με αυτή την κουλτούρα απαιτεί οι εργαζόμενοι να γνωρίζουν επακριβώς τι αναμένεται από αυτούς βάσει των προσδοκιών που έχει θέσει η διοίκηση της επιχείρησης.

Εάν οι εργαζόμενοι αφομοιώσουν αυτή την κουλτούρα, μπορεί να οδηγήσουν σε μια ευτυχημένη και ικανοποιημένη επιχείρηση που με τη σειρά της μπορεί να παράξει δέσμευση για επίτευξη των εταιρικών στόχων που έχουν τεθεί. Αντίθετα, η εσφαλμένη πρόβλεψη μπορεί να οδηγήσει σε έντονη δυσαρέσκεια και μερικές φορές να οδηγήσει σε υψηλό κύκλο εργασιών, καθώς και σε γενική έλλειψη προσπάθειας και ενθουσιασμού. Αυτού του είδους η κουλτούρα εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από άτομα και όχι από επιτροπές. Σε οργανώσεις με αυτή την κουλτούρα, οι επιδόσεις αξιολογούνται με βάση τα αποτελέσματα και οι οργανισμοί αυτοί τείνουν να είναι ανεκτικοί για τα μέσα.

Απόλλων, (ρόλος): Η κουλτούρα του ιεραρχικού οργανισμού όπου τα πάντα απορρέουν από την τυπική αρμοδιότητα, την εξουσία και το ρόλο. Η αυστηρή δομή εξασφαλίζει τη λειτουργικότητα της επιχείρησης. Ιδιαίτερη έμφαση αποδίδεται σε διαδικασίες και κανονισμούς. Αυτός ο τύπος οργανισμού χαρακτηρίζεται από ισχυρούς λειτουργικούς ή εξειδικευμένους τομείς που συντονίζονται από ένα στενό σύνολο ανώτερων στελεχών στην κορυφή και από έναν υψηλό βαθμό τυποποίησης. Η εργασία των λειτουργικών περιοχών και οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ τους ελέγχονται από τους κανόνες και τις διαδικασίες που ορίζουν την εργασία, την εξουσία που ακολουθεί, τον τρόπο επικοινωνίας και τη διευθέτηση των διαφορών.

Η θέση είναι η κύρια πηγή ενέργειας στην κουλτούρα των ρόλων. Οι άνθρωποι επιλέγονται για να εκτελούν ικανοποιητικά τους ρόλους που τους έχουν ανατεθεί. Η προσωπική δύναμη είναι περιορισμένη και η εξειδικευμένη δύναμη είναι ανεκτή μόνο στην κατάλληλη θέση της. Οι κανόνες και οι διαδικασίες είναι οι κύριες μέθοδοι επιρροής. Η αποτελεσματικότητα αυτής της κουλτούρας εξαρτάται από τη λογική της κατανομής της εργασίας και της ευθύνης και όχι από τις μεμονωμένες προσωπικότητες.



Σχήμα 11. Το μοντέλο οργανωσιακής κουλτούρας των Harrison και Handy Πηγή: Harrison και Handy (1995)

Αθηνά, (έργο): Πρόκειται για την κουλτούρα των επαγγελματιών, όπου το έργο προέχει του ρόλου και η επίλυση προβλημάτων, η συμμετοχή και η ουσιαστική συμβολή αποτελούν βασικά στοιχεία ενδιαφέροντος. Οι δομές είναι λιγότερο ιεραρχικές και περισσότερο δικτυωτές, ενώ η αξιολόγηση γίνεται με βάση την απόδοση, την ικανότητα και την εμπειρία. Η έμφαση δίνεται στο να «γίνει η δουλειά» και το μοντέλο επιδιώκει να συγκεντρώσει τους κατάλληλους πόρους και τους «σωστούς ανθρώπους» στο «σωστό επίπεδο» για να συγκεντρώσει τους σχετικούς πόρους για την ολοκλήρωση ενός συγκεκριμένου έργου.

Ένα τέτοιο μοντέλο καθήκοντος εξαρτάται από την ενοποιητική δύναμη της ομάδας για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και την ατομική αναγνώριση των στόχων του οργανισμού. Αυτό συνεπάγεται μια ομαδική κουλτούρα, όπου το αποτέλεσμα της δουλειάς της ομάδας υπερσχύει των επιμέρους στόχων και των περισσότερων διαφορών ως προς το καθεστώς και το ύφος. Η επιρροή βασίζεται περισσότερο στην εξουσία των εμπειρογνομώνων παρά στη θέση ή την προσωπική εξουσία, και η επιρροή είναι ευρύτερα διασκορπισμένη από ό, τι σε άλλες κουλτούρες. Το μοντέλο έργου εξαρτάται από την ομαδική εργασία για την επίτευξη αποτελεσμάτων. Μεμονωμένες ομάδες, ομάδες έργου ή ομάδες εργασίας διαμορφώνονται για συγκεκριμένο σκοπό και μπορούν να αναμορφωθούν, να εγκαταλειφθούν ή να συνεχιστούν. Η οργάνωση μπορεί να ανταποκριθεί γρήγορα, δεδομένου ότι κάθε ομάδα περιλαμβάνει ιδανικά όλες τις απαιτούμενες εξουσίες λήψης αποφάσεων.

Διόνυσος, (άτομο): Η βάση του συγκεκριμένου τύπου είναι η ανεξαρτησία και ο ατομικισμός. Σε μία επιχείρηση όπου παρατηρείται αυτό το είδος κουλτούρας, τα άτομα αρνούνται την ιδιοκτησία, ενώ παράλληλα απαιτούν υψηλό βαθμό ανεξαρτησίας και ευέλικτη μορφή στα πλαίσια των ομάδων. Η παρακίνηση αυτών επιτυγχάνεται με μη υλικά μέσα. Σε αυτό το μοντέλο το άτομο είναι το επίκεντρο. Εάν υπάρχει μια δομή ή ένας οργανισμός, υπάρχει μόνο για να εξυπηρετήσει και να βοηθήσει τους ανθρώπους μέσα σε αυτό, να προωθήσει τα συμφέροντά τους χωρίς κανένα επιτακτικό στόχο.

Είναι σαφές ότι πολλές οργανώσεις δεν μπορούν να υπάρξουν με αυτό το είδος μοντέλου ή να το παράγουν, αφού οι οργανισμοί τείνουν να έχουν κάποια μορφή εταιρικού στόχου πέρα από τους προσωπικούς στόχους εκείνων που τους απαρτίζουν. Οι δυνατότητες των μηχανισμών ελέγχου είναι εξαιρετικά περιορισμένες σε αυτή την κουλτούρα εκτός από την αμοιβαία συναίνεση. Ένα άτομο μπορεί να εγκαταλείψει τον οργανισμό, αλλά ο οργανισμός σπανίως έχει τη δύναμη να εκδιώξει ένα άτομο. Τα άτομα δεν φαίνεται να επηρεάζονται από ομαδικά πρότυπα ή σχέσεις με συναδέλφους, προέχει η προσωπική δύναμη και επιρροή.

4.3.7 Τυπολογία των Ανταγωνιστικών Αξιών των Cameron & Quinn

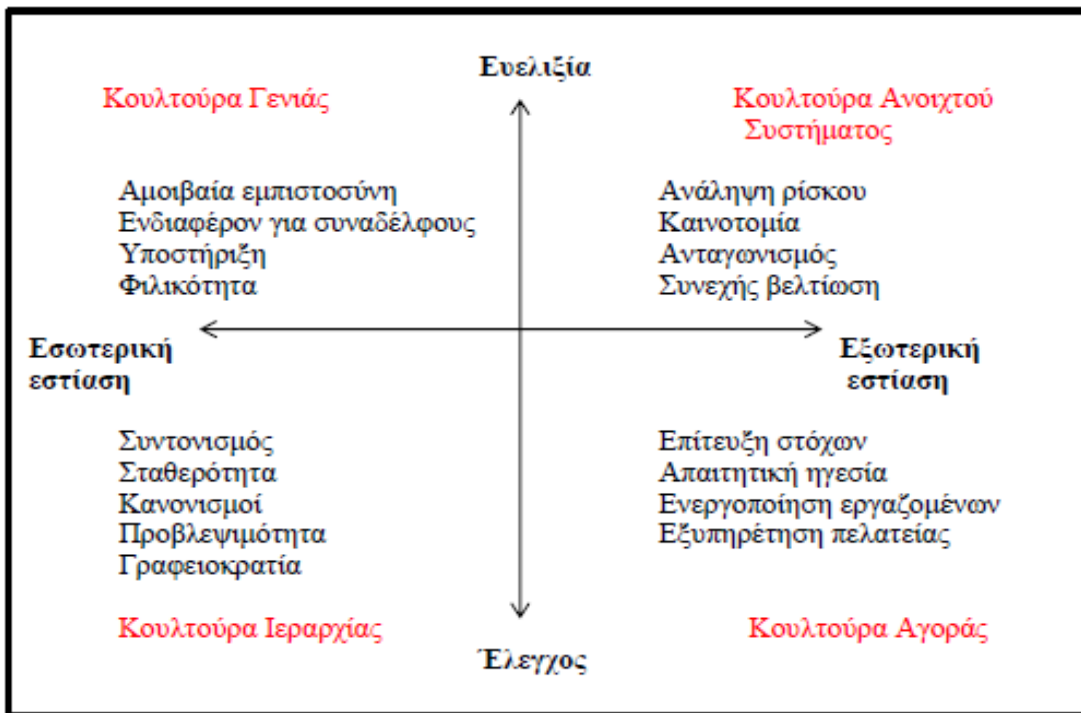
Οι Cameron και Quinn (1999) υποστηρίζουν ότι η διαμόρφωση της οργανωσιακής κουλτούρας είναι μια δυναμική και διαρκής διαδικασία, στην οποία συμμετέχουν όλα τα εμπλεκόμενα μέρη, που επηρεάζουν τη λειτουργία ενός οργανισμού (στελέχη, εργαζόμενοι, ηγεσία). Ως εκ τούτου η κουλτούρα είναι ένας δυναμικός παράγοντας άσκησης διοίκησης, γιατί παρέχει τη δυνατότητα αποτελεσματικής προσαρμογής του οργανισμού, στο συνεχώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον, στο πλαίσιο του οποίου δραστηριοποιείται. Είναι αυτή που εξασφαλίζει αρχικά την επιβίωση του οργανισμού σε πρώτο επίπεδο και στη συνέχεια την ανάπτυξή του.

Σύμφωνα με την θεωρία τους η κουλτούρα είναι δυνατόν να έχει μορφοποιηθεί είτε από τον ιδρυτή του εκάστοτε οργανισμού, είτε διαχρονικά μέσα από τις προκλήσεις, τις ευκαιρίες, τα εμπόδια και τις αλλαγές που επιφέρει το ευρύτερο περιβάλλον, είτε μέσα από την ενσυνείδητη προσπάθεια επιχειρησιακών ομάδων να βελτιώσουν την συνολική απόδοση της εταιρίας στην οποία ανήκουν. (Quinn 1999)

Δημιούργησαν ένα εργαλείο που μετράει με ποσοτικά δεδομένα τις ποιοτικές παραμέτρους της κουλτούρας και επιχειρεί όχι μόνο να φωτίσει τις ποιοτικές πτυχές ενός οργανισμού, αλλά να τις ομαδοποιήσει σε ξεχωριστές κατηγορίες που στηριζόμενες σε γενικά χαρακτηριστικά μπορούν να εφαρμοστούν σε ποικίλα οργανωσιακά συστήματα. (Denison, 1991)

Το θεωρητικό μοντέλο, στο οποίο βασίζεται το εργαλείο που κατασκεύασαν ονομάζεται πλαίσιο ανταγωνιστικών αξιών. Με βάση αυτό το μοντέλο θεώρησης υπάρχουν εταιρείες των οποίων η λειτουργία θεωρείται αποτελεσματική εάν είναι ευέλικτες και ευπροσάρμοστες ενώ άλλων η λειτουργία θεωρείται αποτελεσματική διότι παραμένουν σταθερές και προβλέψιμες. Παρόμοια υπάρχουν εταιρείες που χαρακτηρίζονται επιτυχημένες εάν επιτύχουν ολοκλήρωση κι ενότητα ενώ άλλες όταν δίνουν έμφαση στην αλληλεπίδραση και τον ανταγωνισμό.

Σύμφωνα με τους Cameron και Quinn (1999), η οργανωσιακή κουλτούρα διαθέτει δύο διαστάσεις, με την πρώτη να συνεπάγεται ένα συνεχές ευελιξίας και ελέγχου ενώ τη δεύτερη να κάνει διάκριση μεταξύ του εσωτερικού και του εξωτερικού προσανατολισμού του οργανισμού. Αυτές οι δύο διαστάσεις διαμορφώνουν τέσσερις τύπους κουλτούρας, καθένας από τους οποίους αντιπροσωπεύει μια ξεχωριστή ομάδα δεικτών οργανωσιακής αποτελεσματικότητας. Αυτοί οι δείκτες συμβολίζουν αυτό που τα άτομα θεωρούν πολύτιμο για την επίδοση του οργανισμού τους. (Σχήμα 12)



Σχήμα 12. Χαρακτηριστικά και εστίαση του μοντέλου των Cameron and Quinn. Πηγή: Cameron and Quinn (2006)

Κάθε τύπος κουλτούρας διακρίνεται από ορισμένες χαρακτηριστικές διαστάσεις: κυρίαρχα χαρακτηριστικά (dominant characteristics), στυλ ηγεσίας (leadership style), μηχανισμούς σύνδεσης (bonding ή coupling mechanisms), στρατηγική έμφαση (strategic emphases), επιχειρησιακό σκοπό, παράγοντες υποκίνησης και κριτήρια

αποτελεσματικότητας. Η διάσταση με τα κυρίαρχα χαρακτηριστικά της κουλτούρας της επιχείρησης, σχετίζεται τη συνολική της εικόνα. (Berio, 2003)

Η διάσταση του στυλ ηγεσίας που συναντάται στην επιχείρηση αφορά τις πρακτικές που ακολουθούνται από τους ηγέτες της. Κάθε τύπος κουλτούρας χαρακτηρίζεται από ένα συγκεκριμένο στυλ ηγεσίας το οποίο εναρμονίζεται και ενισχύει τις αξίες του. (Cameron και Freeman, 1991) Η παρουσία του ενδεδειγμένου στυλ ηγεσίας σε μία συγκεκριμένη επιχείρηση συμβάλλει σε μείωση των συγκρούσεων και των πιέσεων στο εσωτερικό της, καθώς και σε υψηλή παραγωγικότητα.

Η διάσταση των μηχανισμών σύνδεσης αναφέρεται στο σκετ των κοινών αξιών και πεποιθήσεων που χαρακτηρίζουν την επιχείρηση και λειτουργούν ως «κόλλα» για τα μέλη της. Η διάσταση της στρατηγικής έμφασης σχετίζεται με τον καθορισμό των πεδίων στα οποία αποδίδει έμφαση η επιχείρηση και τα οποία καθοδηγούν τη στρατηγική της. Αποτελούν ουσιαστικά τις γενικές προσεγγίσεις ή προσανατολισμούς που χρησιμοποιούνται για την επίτευξη αποτελεσματικότητας. Η διάσταση κριτήρια αποτελεσματικότητας αναφέρεται ουσιαστικά στο πώς καθορίζει η ίδια η επιχείρηση την αποτελεσματική λειτουργία της. (Cameron & Freeman, 1991)

Οι Cameron και Quinn ονόμασαν αυτούς τους τύπους κουλτούρας: Γενιάς (Clan, συμμετοχική, ιεραρχική κουλτούρα, βασίζεται στην συνεργασία), Ανοιχτού συστήματος (Adhocracy, προσαρμοστική κουλτούρα, βασίζεται στη δημιουργία), Αγοράς (Market, βασίζεται στον ανταγωνισμό) και Ιεραρχίας (Hierarchy, βασίζεται στον έλεγχο). (Σχήμα 13) Ειδικότερα:

- *Τύπος Γενιάς/οικειότητας (Clan):* Ο οργανισμός, ενδιαφέρεται για τους υπαλλήλους του και την προσωπική τους ανάπτυξη. Σημαντικά στοιχεία του αποτελούν η φιλικότητα, η αμοιβαία εμπιστοσύνη, η υποστήριξη και το ενδιαφέρον για τους συναδέλφους, η ανεπίσημη επικοινωνία, η ομαδική συνοχή, η αφοσίωση και η δέσμευση των υπαλλήλων. Ο εργαζόμενος συμμετέχει στην λήψη των αποφάσεων και η επιχείρηση που υιοθετεί αυτό τον τύπο κουλτούρας αυτό θεωρείται άκρως φιλικό μέρος για τον εργαζόμενο. Υπάρχει λιγότερη έμφαση στον τυπικό συντονισμό και στην ελεγχόμενη λήψη αποφάσεων. Τα μέλη σ' αυτήν την κουλτούρα εστιάζουν στην παράδοση και στην πίστη. Οι εργαζόμενοι συμπεριφέρονται σαν οικογένεια και τα προσωπικά ενδιαφέροντα αντικαθίστανται από τα ενδιαφέροντα του οργανισμού. Επίσης, η οργανωσιακή δέσμευση των μελών του οργανισμού διασφαλίζεται μέσω της συμμετοχής.
Στόχος η εστίαση στο εσωτερικό του οργανισμού, επιτρέποντας την ελεύθερη έκφραση των υπαλλήλων.
- *Τύπος Ανοιχτού Συστήματος / καινοτομίας (Adhocracy):* Αυτό το είδος κουλτούρας προωθεί την ανάληψη ρίσκου και την καινοτομία, εστιάζοντας στην

ανάπτυξη του οργανισμού μέσα από την καινοτομία. Δίνει έμφαση στο εξωτερικό περιβάλλον, τις αλλαγές, την ανταγωνιστικότητα και τον πειραματισμό, τις αλλαγές και την προσαρμοστικότητα σε αυτές, την ελευθερία πρωτοβουλιών, την ανάληψη κινδύνου, τη δημιουργικότητα, τον δυναμισμό, την επιτυχία, τον ανταγωνισμό, την καινοτομία, τη δημιουργία μοναδικών και νέων προϊόντων. Η δύναμη των ατόμων πηγάζει από τις ικανότητες και την ανάπτυξή τους. Οι διευθυντές λειτουργούν περισσότερο ως επιχειρηματίες και δημιουργοί καινοτομιών.

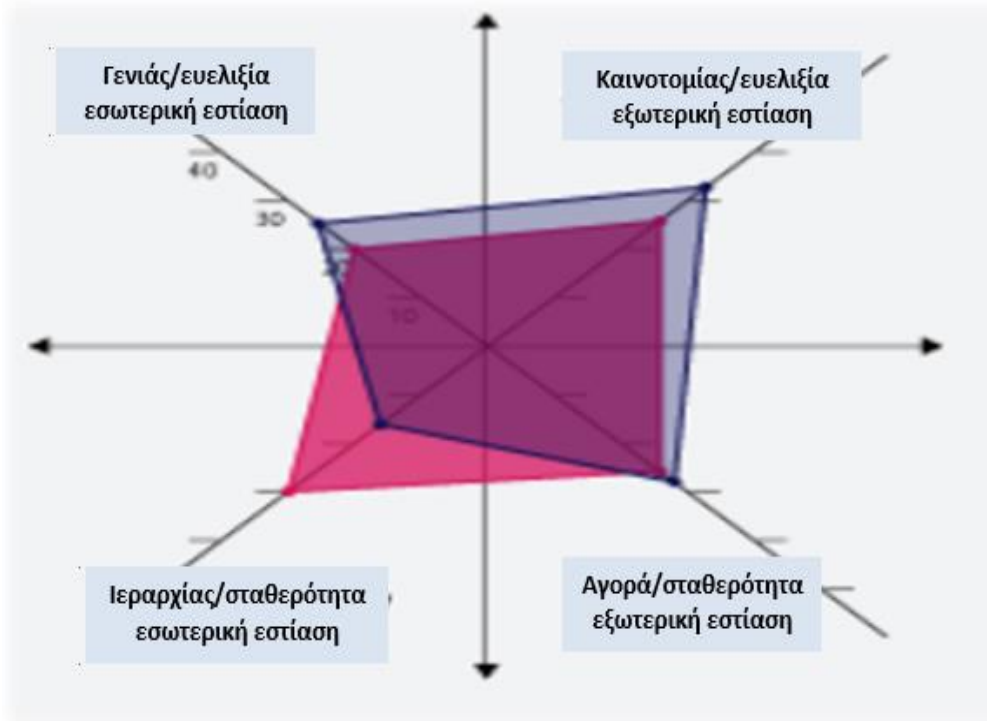
Στόχος η απόκτηση νέων πόρων, η διατήρηση της διαφάνειας των εργασιών, η νομιμότητα, η εξωτερική υποστήριξη και η ανάπτυξη σε νέες αγορές και νέα προϊόντα.

- *Τύπος Ιεραρχίας (Hierarchy):* Αυτός ο τύπος εστιάζει στο συντονισμό, τη σταθερότητα και την προβλεψιμότητα που επιτυγχάνονται μέσα από σύνθετους κανόνες και κανονισμούς. Οι ηγέτες είναι συντηρητικοί και άκρως προσεκτικοί, αποδίδοντας ιδιαίτερη προσοχή σε τεχνικά ζητήματα, λειτουργώντας ως συντονιστές. Οι εργαζόμενοι προσαρμόζονται στις ανάγκες της επιχείρησης καθώς επιβάλλεται η τήρηση κανόνων, καταστατικών και συγκεκριμένων ρόλων. Οι επιχειρήσεις που υιοθετούν αυτό τον τύπο κουλτούρας χαρακτηρίζονται από αυστηρά τυποποιημένες και δομημένες λειτουργίες. Η βάση αυτής της κουλτούρας είναι η εξαρτημένη σχέση μεταξύ υφιστάμενων και των προϊσταμένων τους. Οι οργανισμοί εστιάζουν στον έλεγχο των εργαζομένων μέσω της χρήσης της επίβλεψης και της θέσπισης κανόνων και στάνταρ διαδικασιών. Δεν είναι πολύ προσαρμοστικές και αντιστέκονται στην αλλαγή. Αρκετές φορές η εσωτερική οργάνωση, ο έλεγχος και η ομαλή λειτουργία γίνεται αυτοσκοπός.

Στόχος της η σωστή και τυπική εκτέλεση των διαδικασιών, η οποία αποτελεί και το σκοπό λειτουργίας της επιχείρησης, καθώς είναι αυτή που καθορίζει πλήρως τις αρμοδιότητες των εργαζομένων στο εσωτερικό της.

- *Τύπος Αγοράς (Market)* Το χαρακτηριστικό του είναι ο προσανατολισμός στους στόχους και την επίτευξή τους, το ανταγωνιστικό πνεύμα, η σκληρή και απαιτητική ηγεσία, η εξυπηρέτηση των πελατών, βραχυπρόθεσμος προγραμματισμός, η στοχοθεσία και η ύπαρξη προτύπων απόδοσης, ο ορθολογισμός, ο έλεγχος των δαπανών και των αποτελεσμάτων, ο καθορισμός των καθηκόντων και η αποδοτική αξιοποίηση των πόρων, συνδυάζοντας τους στόχους της επιχείρησης και λαμβάνοντας υπόψη το εξωτερικό περιβάλλον. Οι ηγέτες που υιοθετούν αυτό τον τύπο παρουσιάζονται ως αποφασιστικοί, λειτουργικοί και απαιτητικοί. Τείνουν να είναι προσανατολισμένοι στην επίτευξη στόχων, παρέχουν συνοχή και ενθαρρύνουν διαρκώς την παραγωγικότητα. Αντίστοιχα οι εργαζόμενοι πρέπει να αποδείξουν τις ικανότητές τους,

προκειμένου να βιώσουν το αίσθημα της επίτευξης του στόχου, ενώ ο προϊστάμενος είναι ο καθοδηγητής που χαράσσει το δρόμο.
 Στόχος ο προσανατολισμός της επιχείρησης στην επίτευξη των αποτελεσμάτων.



Σχήμα 13. Τύποι της οργανωσιακής κουλτούρας, μοντέλο των Cameron και Quinn
 Πηγή: Cameron (2006)

Σύμφωνα με το μοντέλο των Cameron and Quinn κάθε τύπος κουλτούρας έχει έναν πολικά αντίθετο. Έτσι ο τύπος clan (ευελιξία - εστίαση σε εσωτερικό περιβάλλον) βρίσκεται σε αντίθεση με τον τύπο market (σταθερότητα - εστίαση σε εξωτερικό περιβάλλον). Ο τύπος adhocracy (ευελιξία - εστίαση σε εξωτερικό περιβάλλον) βρίσκεται σε αντίθεση με τον τύπο hierarchy (σταθερότητα - εστίαση σε εσωτερικό περιβάλλον). Οι τύποι clan και adhocracy μοιράζονται μία έμφαση στην αλλαγή. Οι τύποι adhocracy και market εστιάζουν στο εξωτερικό περιβάλλον της επιχείρησης, ενώ οι clan και hierarchy στο εσωτερικό αυτής. Οι τύποι market και hierarchy αποδίδουν ιδιαίτερη βαρύτητα στη σταθερότητα και τον έλεγχο.

4.4 Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα

Η οργανωσιακή κουλτούρα ενός οργανισμού μπορεί να επηρεάσει θετικά τη λειτουργία του επιφέροντας μια μορφή επιθυμητής σταθερότητας σε αυτόν. (Λαμπρινού, 2005, Kilmann, 2011) Επίσης:

- Προσδίδει στο ανθρώπινο δυναμικό αλλά και στο εξωτερικό περιβάλλον του οργανισμού μια αίσθηση ταυτότητας.
- Εντάσσει τους εργαζομένους σε ένα ευρύτερο συλλογικό πλαίσιο για το οποίο ενδιαφέρονται και δεσμεύονται για την καλύτερη δυνατή λειτουργία του.
- Λειτουργεί ως πλαίσιο αναφοράς στο οποίο οι εργαζόμενοι μπορούν να ανατρέχουν χρησιμοποιώντας το ως οδηγό στις συμπεριφορές τους, προσφέροντας ταυτόχρονα ασταθερότητα.
- Μειώνει τις κοινωνικές αβεβαιότητες και οδηγεί τα άτομα σε κοινή κατεύθυνση και συνεργασία. Οι κοινές αξίες, πεποιθήσεις, σημασίες, έννοιες, αρχές και άτυποι κανόνες δημιουργούν κοινά πρότυπα και κριτήρια σε όλους τους εργαζομένους σχετικά με το τι είναι σωστό ή λάθος, τι είναι καλό και τι κακό, τι είναι σημαντικό και τι ασήμαντο, τι είναι επείγον και τι μη επείγον. Μειώνουν έτσι την αβεβαιότητα ως προς το ποιες είναι κατάλληλες ή ακατάλληλες αποφάσεις και συμπεριφορές.
- Εξασφαλίζει ταυτόχρονα την ατομική πρωτοβουλία και την αυτοπειθαρχία. Εξασφαλίζει την πειθαρχημένη σκέψη και δράση χωρίς εξωτερικούς ελέγχους δίνοντας την ελευθερία στα άτομα χρησιμοποιήσουν την κρίση και τη δημιουργικότητά τους.
- Ενισχύει τη δέσμευση, την παρακίνηση και την ενεργοποίηση του δυναμικού του οργανισμού αποτελώντας ένα από τα πιο θεμελιώδη στοιχεία της ταυτότητας /εικόνας του.

Εκτός από πλεονεκτήματα η οργανωσιακή κουλτούρα μπορεί να επιφέρει και λιγότερο επιθυμητά αποτελέσματα σε έναν οργανισμό. (Λαμπρινού, 2005) Ειδικότερα:

- Βασικό μειονέκτημα αποτελεί η δημιουργία εμποδίων στην αλλαγή. Μια ισχυρή οργανωσιακή κουλτούρα με ξεκάθαρες συμπεριφορές και αξίες που είχαν λειτουργήσει στο παρελθόν με επιτυχία, τείνει να απορρίπτει δομικές αλλαγές, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να προσαρμοστεί στις καινούριες συνθήκες. Η επιχείρηση μένει προσκολλημένη στην κουλτούρα και στους συγκεκριμένους κανόνες, αντί να ακολουθήσει την αλλαγή και τις ανάγκες του εξωτερικού περιβάλλοντος. Στη μόνη περίπτωση που η αντίσταση στις αλλαγές δεν δημιουργεί πρόβλημα, είναι σε επιχειρήσεις που λειτουργούν κάτω από συνθήκες σταθερότητας και που απαιτούν αξιόπιστες, επαναλαμβανόμενες και προβλέψιμες αποδόσεις.

- Άλλο μειονέκτημα της οργανωσιακής κουλτούρας είναι ότι μπορεί να προκαλέσει συγκρούσεις μέσα στον οργανισμό. Οι υποκουλτούρες που δημιουργούνται μέσα σε αυτόν μπορεί να είναι τόσο ισχυρές που να αναπτύσσουν αξίες τόσο διαφορετικές, ικανές να διαχωρίσουν την υποομάδα από τον υπόλοιπο οργανισμό.
- Επιπλέον δυσλειτουργία μπορεί να θεωρηθούν οι υποκουλτούρες που ήδη υπάρχουν σε έναν οργανισμό. Αυτές μπορούν να προσαρμόζονται στις αλλαγές με διαφορετική ταχύτητα από τις νέες με αντίκτυπο τόσο στον εσωτερικό συντονισμό που μειώνεται, όσο και στις εξωτερικές σχέσεις του οργανισμού.
- Επίσης είναι δυνατό να εμφανιστούν δυσλειτουργίες και προβλήματα εσωτερικής συνοχής, όταν η οργανωτική κουλτούρα δεν αντικατοπτρίζει τη φύση της παρούσας κουλτούρας που αναπτύσσεται μέσα στον οργανισμό και αν ο οργανισμός - όσον αφορά την ανάπτυξη και την εξέλιξή του - δεν μπορεί να τη διαχειριστεί σαν ομάδα.

Παρά την ύπαρξη πλεονεκτημάτων και δυσλειτουργιών η οργανωσιακή κουλτούρα ενός οργανισμού επηρεάζει τη λειτουργία και τη γενική ευημερία του. Κανένας τύπος οργανωσιακής κουλτούρας δεν θεωρείται καλύτερος από κάποιον άλλο, καθώς η αξία κάθε τύπου καθορίζεται με βάση τη συνολική ευημερία του οργανισμού, την εύρυθμη λειτουργία του και την επίτευξη των στόχων του.

Οι Peters & Waterman (1982) έχουν τονίσει ότι τα επιμέρους στοιχεία της οργανωσιακής κουλτούρας καθορίζουν τις πιθανότητες επιτυχίας ενός οργανισμού, ενώ οι Kotter & Heskett (1992) υποστηρίζουν ότι όσο πιο ισχυρή είναι μια οργανωσιακή κουλτούρα τόσο πιθανότερο είναι το συνολικό θετικό πρόσημο των αποτελεσμάτων ενός οργανισμού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

5.1 Οργανωσιακή κουλτούρα και Υπηρεσίες Υγείας

Στο περιβάλλον των συστημάτων υγείας, η οργανωσιακή κουλτούρα έχει συνδεθεί με στοιχεία που συμβάλλουν στην ποιότητα των υπηρεσιών, όπως η ικανοποίηση από τη νοσηλευτική φροντίδα και την ασφάλεια του ασθενούς, τη διάθεση των μελών για βελτίωση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας του οργανισμού, την ικανοποίηση από την εργασία καθώς και την ικανοποίηση των μελών από την κάλυψη των υλικών και των κοινωνικών αναγκών τους. (Boan, 2003., Scott, 2003)

Με δεδομένη την παραδοχή ότι η οργανωσιακή κουλτούρα αντανακλά τις κοινές προσδοκίες και αξίες, η σχέση της με την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών, δημιουργεί ένα κλίμα σταθερότητας και ανάπτυξης στους οργανισμούς. Οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η κουλτούρα περιλαμβάνει τόσο την ένταξη και κοινωνικοποίηση των νέων μελών σε έναν οργανισμό όσο και τον συντονισμό, τη δέσμευση, τη δημιουργία όρων αλλά και το αίσθημα της κοινής ταυτότητάς τους. Ο συνδυασμός των δύο αυτών παραμέτρων είναι απαραίτητος, προκειμένου ο οργανισμός να διατηρεί ένα υψηλό επίπεδο οργάνωσης και να λειτουργεί ικανοποιητικά και με επιτυχία στις συνεχώς αυξανόμενες και εξελισσόμενες απαιτήσεις του χώρου της υγειονομικής περίθαλψης (Furnham, et al. 1993)

Για το λόγο αυτό, η μέτρηση της οργανωσιακής κουλτούρας των υγειονομικών σχηματισμών έχει προσελκύσει την αυξανόμενη προσοχή μεταξύ των ερευνητών, προκειμένου να καθοριστεί η σχέση της με την απόδοση και την ποιότητα της φροντίδας. (Davies HT, 2000., Shortell SM, 2000)

Έχει αναπτυχθεί ένα πλήθος εργαλείων ποσοτικών και ποιοτικών, σχεδιασμένων ώστε να μετρούν την οργανωσιακή κουλτούρα κατά τη διάρκεια των τελευταίων δύο δεκαετιών και έχει εφαρμοστεί στις βιομηχανικές, τις εκπαιδευτικές και τις μονάδες υγειονομικής περίθαλψης. Οι περισσότερες μελέτες υιοθετούν είτε μια τυπολογική προσέγγιση με βάση τους τύπους της οργανωσιακής κουλτούρας, είτε μια προσέγγιση με βάση τις διαστάσεις, η οποία συνδυάζει την κουλτούρα σε σχέση με έναν αριθμό συνεχών μεταβλητών, ή παραμέτρων. (Scott, et al., 2003)

Η επιλογή του ερευνητικού εργαλείου εξαρτάται από τον τρόπο ορισμού της έννοιας της οργανωσιακής κουλτούρας, το είδος της μέτρησης που θα επιλεγεί να εφαρμοστεί και τους ερευνητικούς σκοπούς που έχουν τεθεί. Στην μελέτη ενός υγειονομικού οργανισμού, που αποτελεί έναν συνεχώς δυναμικά μεταβαλλόμενο πολυεπίπεδο χώρο, με κάθετες και οριζόντιες δομές, μπορούν να χρησιμοποιηθούν τόσο ποσοτικές όσο και

ποιοτικές μέθοδοι για την κατανόηση της κουλτούρας που επικρατεί. (Scott, et al. 2003)

Τα περισσότερα ερωτηματολόγια σχεδιάστηκαν μέσα από τον καθορισμό της κουλτούρας ως ένα σύνολο γνωρισμάτων, που είναι κοινά για τα μέλη μιας κοινωνικής μονάδας (O'Reilly CA, 1991) ή πιο αναλυτικά, ως ένα σύστημα κοινών αξιών και πιστεύω που παράγει κανόνες και συμπεριφορές, οι οποίες διαμορφώνουν και ορίζουν έναν τρόπο ζωής μέσα στο πλαίσιο του οργανισμού. (Koberg, 1987)

Τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα ερωτηματολόγια (βλέπε ανάλυση στο κεφάλαιο 7) είναι το ερωτηματολόγιο Organizational Culture Profile (OCP) των O'Reilly και Chatman (1986) που μετρά τους συμπεριφορικούς κανόνες, το Organizational Culture Assessment instrument (OCAI) των Cameron και Quinn (2006) που στηρίζεται στη θεωρία του πλαισίου των ανταγωνιστικών αξιών και το ερωτηματολόγιο Μέτρησης του Κλίματος Ασφάλειας των Sorra και Nieva (2004) που αξιολογεί τις αντιλήψεις του προσωπικού σχετικά με την ύπαρξη ή μη, αισθήματος ασφάλειας στο εργασιακό περιβάλλον. Επίσης το ερωτηματολόγιο της Οργανωσιακής Κουλτούρας FOCUS, των Van Muijzen, et al., (1999) που μετρά τις ακολουθούμενες πρακτικές και τις αξίες του οργανισμού και το Organizational Culture Inventory (O.C.I.) των Cooke & Lafferty, (1987) που μετρά τους συμπεριφορικούς κανόνες που επικρατούν μέσα σε ένα οργανισμό και αποτελούν έναν τρόπο εκδήλωσης της κουλτούρας του.

Ο Robbins (2001) υποστηρίζει ότι, η οργανωσιακή κουλτούρα δρα ως συνεκτικός κρίκος για την ομάδα υγείας, αυξάνοντας τόσο τη συνοχή της, όσο και το μεταξύ της αίσθημα εμπιστοσύνης. Η αντίληψη των εργαζομένων εστιάζει στην ιδέα του "ανήκειν" ως μέλη σε μία «εταιρεία / κοινότητα» που έχει συγκεκριμένες αξίες, πεποιθήσεις και ιδέες. Ο τρόπος αυτός συμβάλει στην απόκτηση και υιοθέτηση μιας κοινής αίσθησης δέσμευσης σε κάτι ευρύτερο από το ατομικό τους συμφέρον, συνειδητοποιώντας το διαχωρισμό του φορέα τους από άλλους παρόμοιους. Ο ιδιαίτερος αυτός μηχανισμός ελέγχει, νοηματοδοτεί, καθοδηγεί και διαμορφώνει τόσο τις στάσεις όσο και τις συμπεριφορές των εργαζομένων.

Ο Martin (2002) υποστηρίζει ότι, οργανισμοί όπως τα νοσοκομεία, χαρακτηρίζονται ως πολυπολιτισμικές οντότητες, με δική τους κουλτούρα, αλλά και με ένθετες υποκουλτούρες στο εσωτερικό τους, οι οποίες τείνουν να σχηματίζονται μέσα από τη διαφορετική φύση της εργασίας, τα επίπεδα ιεραρχίας, τους διαφορετικούς στόχους, και λειτουργίες.

Σύμφωνα με τους Μερκούρη (2008) και Mallidou (2011) περιλαμβάνουν όλες τις βασικές αξίες της επικρατούσας κουλτούρας του οργανισμού, αλλά επιπλέον περιλαμβάνουν και κάποιες άλλες αξίες που τις διαφοροποιούν. Αποτέλεσμα αυτών είναι να συνυπάρχουν και να αλληλεπιδρούν ανεξάρτητα, να είναι σε αρμονία ή και σε σύγκρουση μεταξύ τους.

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Αμερική σε διοικητικά στελέχη ενενήντα εννέα νοσοκομείων, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η οργανωσιακή κουλτούρα είχε επίδραση στην ικανοποίηση των εργαζομένων και η βελτίωσή της ήταν συνδεδεμένη με την ικανοποίηση των ασθενών, αλλά και τη συνολική απόδοση των υγειονομικών σχηματισμών. (Gregory 2009)

Επίσης σε μελέτες των Aiken, et al., (2002) και Callen, et al., (2007) αναφορικά με τη συνεργασία των ομάδων και την κουλτούρα, βρέθηκε ότι αυτές οι παράμετροι συνδέονται άμεσα με το σχεδιασμό και την εφαρμογή των προγραμμάτων βελτίωσης της ποιότητας. Έρευνα των Gregory, et al., (2009) έδειξε ότι η οργανωσιακή κουλτούρα επιδρά στην ικανοποίηση των ασθενών και κατ' επέκταση στην οργανωσιακή αποτελεσματικότητα.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Konteh, et al., (2008) σε δομές πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης στο Ηνωμένο Βασίλειο, βρέθηκε ότι, το 98% των διοικητικών στελεχών επεσήμαναν την ανάγκη μέτρησης της οργανωσιακής κουλτούρας ως σημαντικό παράγοντα για την αλλαγή των οργανισμών υγείας με κατεύθυνση την βελτίωση της απόδοσής τους. Η πλειονότητά τους υποστήριξε ότι πρέπει να ξεπεραστούν πολυάριθμες προκλήσεις και να εφαρμοστεί μια οργανωσιακή κουλτούρα, αποδεκτή από το σύνολο για την κατάκτηση ευεργετικών αποτελεσμάτων για τον οργανισμό.

Αντίστοιχα σε μελέτη των Mannion, et al., (2005) σε υψηλόβαθμα στελέχη του Εθνικού Συστήματος της Αγγλίας βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις, ανάμεσα στις οργανωσιακές κουλτούρες των οργανισμών υγείας και της απόδοσής τους. Ειδικότερα βρέθηκε ότι η ιεραρχική κουλτούρα επιδρούσε θετικά στην μείωση του χρόνου αναμονής των προς εξέταση ασθενών, ενώ η υιοθέτηση της κουλτούρας της συμμετοχικής διοίκησης ή των ανθρωπίνων σχέσεων, οδηγούσε σε υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης του προσωπικού.

Τα αποτελέσματα ερευνών που πραγματοποιήθηκαν στην Ελλάδα (Γούλα, 2014) αλλά και το εξωτερικό (Davies, 2007, Goodman, 2001, Gifford, 2002, Meterko, 2004, Mannion, 2005) σχετικά με την οργανωσιακή κουλτούρα και τις διαστάσεις που αυτή επηρεάζει στις μονάδες παροχής υγειονομικής περίθαλψης, έδειξαν ότι η κουλτούρα διαμορφώνει την οργανωσιακή λειτουργία και αποδοτικότητα, τη διασφάλιση ποιότητας, την ποιότητα φροντίδας των ασθενών, την αποτελεσματικότητα και την ικανοποίηση των εργαζομένων, την ικανοποίηση ασθενών, τη συνεργασία και τις σχέσεις μεταξύ των εσωτερικών και των εξωτερικών πελατών του οργανισμού, καθώς και τη φήμη του.

Στην χώρα μας έρευνα αναφορικά με την μελέτη της οργανωσιακής κουλτούρας στα δημόσια νοσοκομεία έδειξε ότι, αυτά χαρακτηρίζονται από ιεραρχικές κουλτούρες και κουλτούρες οικειότητας (Παπαγεωργίου & Χονδροκούκης, 2010) όπου η αξιοποίηση

των ευκαιριών του περιβάλλοντος, οι πειραματισμοί και η ανάληψη ρίσκου, είναι συμπεριφορές στις οποίες ο οργανισμός δίνει λιγότερη έμφαση (Bellou, 2008, 2010).

Επίσης, βρέθηκε ότι ο προσανατολισμός στην ομάδα και η αποφασιστικότητα δεν ανήκουν στα χαρακτηριστικά των δημόσιων υγειονομικών σχηματισμών στη χώρα μας. Αντίθετα η ακρίβεια, ο προσανατολισμός στους κανόνες, ο σεβασμός στα ατομικά δικαιώματα, η εύκολη μετάβαση, η ικανότητα προσαρμογής, η προβλεψιμότητα και η ανοχή αποτελούν τα πιο σημαντικά χαρακτηριστικά στοιχεία. (Kastanioti, et al., 2011) Σε έρευνα που έγινε στο προσωπικό των Κέντρων Υγείας της Κρήτης (Ροβίθης, 2015) βρέθηκε ως επικρατών τύπος κουλτούρας ο συνδυασμός της επιθετικής-παθητικής και της παθητικής-αμυντικής κουλτούρας.

Οι υπηρεσίες υγείας και τα νοσηλευτικά ιδρύματα αποτελούν ένα ιδιαίτερο οργανωσιακό περιβάλλον και οι έρευνες σχετικά με το πώς το περιβάλλον αυτό συμβάλει στην επαγγελματική εξουθένωση ή και την ποιότητα της φροντίδας, έχουν δείξει ότι η οργανωσιακή κουλτούρα ενισχύει και καθοδηγεί τη συμπεριφορά των μελών της. (Montgomery, Panagoroulou, Kehoe & Valkanos, 2011)

Σύμφωνα με τους Ferlie και Shortell (2001), μια υποστηρικτική εργασιακή κουλτούρα μπορεί να έχει σημαντική επίδραση στα συναισθήματα των υπαλλήλων υπηρεσιών υγείας απέναντι στην ποιότητα της εργασιακής ζωής, καθώς συνδέεται με την υψηλή δέσμευση και αφοσίωση του προσωπικού του αλλά και με την εργασιακή ικανοποίηση των εργαζομένων. Εάν ένα νοσοκομείο έχει θέσει ως προτεραιότητα στην κουλτούρα του την ασφάλεια των ασθενών, τα μέλη του θα υιοθετήσουν αυτή τη συμπεριφορά και θα κατευθύνουν αναλόγως τις ενέργειές τους. (Gershon, et al., 2004)

Η κουλτούρα ενός οργανισμού υγείας, επιδρά και στην οικονομική λειτουργία του καθώς επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο γίνεται η διαχείριση των πόρων του, ανθρώπινων και μη, αλλά και τον τρόπο που εξυπηρετούνται οι ασθενείς του. (Παπαγεωργίου & Χονδροκούκης, 2010)

5.2 Η ανάγκη αλλαγής της οργανωσιακής κουλτούρας στις Υπηρεσίες Υγείας

Αλλαγή είναι η μετάβαση από μια κατάσταση πραγμάτων σε μια άλλη διαφορετική. Είναι η μετάβαση από ένα δεδομένο σύνολο συνθηκών σε ένα νέο. Αυτή η μετάβαση αποτελεί μια διαδικασία προσαρμογής και επανατοποθέτησης του ατόμου ή των οργανωμένων ομάδων σε ένα καινούργιο περιβάλλον, όπου θα μπορούν να λειτουργούν πιο αποτελεσματικά. Για να επιτευχθεί αυτή η προσαρμογή χρειάζεται αναθεώρηση της καταλληλότητας των στάσεων και της συμπεριφοράς, ατόμων και ομάδων. Επίσης απαιτείται λήψη απόφασης για την υιοθέτηση της καινούργιας συμπεριφοράς, των στάσεων και της οργανωσιακής κουλτούρας που θα εξασφαλίζουν

καλύτερες δυνατότητες εξέλιξης και επίτευξης των στόχων του οργανισμού. Οι ικανότητες, η γνώση και η εισαγωγή της νέας οργανωσιακής κουλτούρας αποτελεί τη βάση για την επιβίωση του οργανισμού στο περιβάλλον που δραστηριοποιείται. (Hunder & Wheelen, 2001, Παπατσάκωνας, 2015)

Οι οργανωτικές αλλαγές μπορούν να οριστούν ευρέως ως μετασχηματισμοί από την τρέχουσα κατάσταση του οργανισμού, σε μια νέα, είτε με προγραμματισμένο είτε με μη προγραμματισμένο τρόπο. Οι προσπάθειες διαχείρισης της ποιότητας και η διαπίστευση αποτελούν παραδείγματα προγραμματισμένων αλλαγών στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. (Marquis, 2000)

Η αλλαγή της κουλτούρας στις υπηρεσίες και τους οργανισμούς του υγειονομικού τομέα, είναι μια αναγκαιότητα διότι πρέπει να ευθυγραμμίζεται με τα βασικά δεδομένα του χώρου της υγείας, τη νέα επιστημονική γνώση και τις πολιτικές υγείας οι οποίες μεταβάλλονται. Η διαδικασία, οι ρόλοι, οι μέθοδοι και τα εργαλεία της αλλαγής της κουλτούρας πρέπει να εξειδικεύονται καθώς η αλλαγή της οργανωσιακής κουλτούρας είναι εξαιρετικά δύσκολη και χρονοβόρα. (Παπατσάκωνας, 2015)

Οι ραγδαίες τεχνολογικές και οικονομικές αλλαγές στο χώρο της υγείας, οδηγούν και επιβάλλουν την αλλαγή της κυρίαρχης οργανωσιακής κουλτούρας τους, με σκοπό να είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν με επιτυχία τις αλλαγές. Παράγοντες που εντείνουν την ανάγκη για αλλαγή είναι:

- **Τα άτομα που αποτελούν το ανθρώπινο δυναμικό του οργανισμού:** Με την είσοδο νέων ανθρώπων στον οργανισμό με διαφορετικά πιστεύω, είναι αναπόφευκτο να μην αλλάξει η σύσταση του δυναμικού, άρα και της κυρίαρχης κουλτούρας σε αυτό.
- **Τεχνολογικές αλλαγές:** Η εξέλιξη της τεχνολογίας και η είσοδος νέων τεχνολογιών που διευκολύνουν τις υπηρεσίες υγείας και βελτιώνουν την απόδοσή τους, επηρεάζουν την κουλτούρα των εργαζομένων και κατά συνέπεια την κουλτούρα του ίδιου του οργανισμού.
- **Εξαγορές και συγχωνεύσεις:** Μία επιπλέον πηγή αλλαγής της κουλτούρας είναι οι εξαγορές και οι συγχωνεύσεις μεταξύ των οργανισμών. Με την πραγματοποίηση μιας εκ των δύο αυτών διαδικασιών ο νεοσυσταθείς οργανισμός θα πρέπει να προσαρμόσει την κουλτούρα των νέων εργαζομένων με την κουλτούρα των παλιών εργαζομένων έτσι ώστε η κυρίαρχη κουλτούρα του οργανισμού να αντιπροσωπεύει και τις δύο κατηγορίες υπαλλήλων.
- **Σχεδιασμένη οργανωσιακή αλλαγή:** Η σχεδιασμένη αλλαγή στην κουλτούρα κάποιου οργανισμού είναι πιθανό να αφορά αλλαγές στην βασική του δομή ή στις λειτουργίες του. Με την πραγματοποίηση των αλλαγών αυτών πολλά στοιχεία τα οποία συνδέονται με την κουλτούρα θα αλλάξουν, με αποτέλεσμα την αλλαγή και της ίδιας της κουλτούρας.

Συχνά η αλλαγή της οργανωσιακής κουλτούρας χρειάζεται χρόνο για να γίνει αποδεκτή από το ανθρώπινο δυναμικό. Επίσης, χρόνος απαιτείται και για να υιοθετήσουν κοινές αξίες και πιστεύω οι εργαζόμενοι οι οποίοι αποδέχτηκαν την αλλαγή. Σύμφωνα με τον Kotter (1992) υπάρχουν οκτώ βήματα τα οποία πρέπει να ακολουθηθούν προκειμένου να γίνει αποδεκτή οποιαδήποτε αλλαγή. Τα βήματα αυτά είναι:

- Δημιουργία αίσθησης επείγοντος.
- Δημιουργία ηγετικού συνασπισμού.
- Ανάπτυξη οράματος και στρατηγικής.
- Επικοινωνία του οράματος για αλλαγή.
- Ενδυνάμωση ενεργειών σε ευρύτερο πλαίσιο.
- Πραγματοποίηση βραχυπρόθεσμων επιτυχιών.
- Ενίσχυση επιτεύξεων και αλλαγών.
- Εισαγωγή νέων προσεγγίσεων στην οργανωσιακή κουλτούρα.

Αν και αυτά τα βήματα συμβάλουν στην αποδοχή από τα μέλη του οργανισμού των νέων δεδομένων η αντίδραση προς την αλλαγή είναι αναπόφευκτη. Η αντίδραση που παρουσιάζεται δεν αποτελεί αποκλειστικά απειλή προς τον οργανισμό, αλλά πολλές φορές μπορεί να αποτελέσει κίνητρο προς την διόρθωση τυχόν λαθών που υπάρχουν όσον αφορά την αλλαγή της οργανωσιακής κουλτούρας και των αποτελεσμάτων της.

Η αντίδραση στην αλλαγή μπορεί να προέλθει από τον οργανισμό (ομαδική αδράνεια, απειλή για την νέα κατάσταση), από το ίδιο το άτομο (συνήθεια, φόβος για το άγνωστο) ή και από τους δύο ταυτόχρονα. (Seren και Baykal, 2007)

Για να είναι ικανοποιητική η υιοθέτηση ή η μετάβαση ενός οργανισμού σε νέα επιθυμητή κουλτούρα πρέπει να υπάρχει ισχυρή παιδεία σε ένταση και έκταση των εργαζομένων. Η παιδεία να εξασφαλίζει και να ενθαρρύνει την αφοσίωση των μελών προς τον επιθυμητό στόχο. Αντίστοιχα και η έλλειψή της προκαλεί αρνητικές επιδράσεις στην απόδοση και την αποτελεσματικότητα των μελών του οργανισμού στο σύνολό του όταν παρατηρείται "χάσμα παιδείας".

Η ύπαρξη του χάσματος δημιουργεί αρνητικές συνέπειες όπως χαμηλό ηθικό, αντίσταση στις αλλαγές και βελτιώσεις, απροθυμία καταβολής προσπαθειών για υλοποίηση προγραμμάτων, χαλαρούς δεσμούς, συνοχή και χαμηλή αφοσίωση των μελών του οργανισμού. (Kilman, 2011)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ

6.1 Σχέση Ποιότητας και Οργανωσιακής Κουλτούρας

Η οργανωσιακή κουλτούρα και η ποιότητα είναι δυο έννοιες συνυφασμένες, με την πρώτη να αποτελεί το ευρύτερο σύνολο εντός του οποίου, αναπτύσσεται η δεύτερη. Παρά το γεγονός, ότι η μεταξύ τους σχέση είναι αλληλεπιδραστική, φαίνεται πως υπάρχει μία μεγαλύτερη δυνατότητα επιρροής της ποιότητας υπηρεσιών/προϊόντων ή λειτουργίας του οργανισμού από την οργανωσιακή κουλτούρα, παρά το αντίθετο. Η επιθυμία ενός οργανισμού να προσφέρει ποιοτικές υπηρεσίες και προϊόντα, στους πελάτες της, δεν είναι αρκετή για να επιφέρει την επιτυχία του εγχειρήματος. (Κάργας, 2014)

Καθοριστικός παράγοντας για την επιτυχία ή την αποτυχία αποτελεί η οργανωσιακή κουλτούρα που διαθέτει. Οι ποιοτικοί στόχοι δεν αποδίδουν, αν οι εργαζόμενοι δεν διαθέτουν κουλτούρα ποιότητας, αν δεν έχουν κάνει κτήμα τους τις αξίες και τα πρότυπα ποιότητας που ο οργανισμός θέτει. Προτείνεται πριν εισαχθεί κάποιο σύστημα διαχείρισης της ποιότητας, να ελέγχεται το κατά πόσο αυτό μπορεί να αφομοιωθεί από την υπάρχουσα κουλτούρα και πως η αλλαγή της οργανωσιακής κουλτούρας είναι αναπόφευκτη προκειμένου να μην αποτύχει μία προσπάθεια εισαγωγής στοιχείων ποιότητας. (Κάργας, 2014)

Η ποιότητα αποτελεί ένα από τα πιο σημαντικά ζητήματα στη λειτουργία ενός οργανισμού, είτε αναφερόμαστε στην ποιότητα των παρεχόμενων προϊόντων ή υπηρεσιών, είτε στον ποιοτικό τρόπο λειτουργίας του οργανισμού. Είναι γενικά αποδεκτό πως η οργανωσιακή κουλτούρα επηρεάζει τις ενέργειες και τη συμπεριφορά των εργαζομένων σε ζητήματα που περιλαμβάνουν την ποιότητα. (Reeves, 1994)

Οι επικρατούσες θεωρίες εφαρμογής σύγχρονων τρόπων διοίκησης των υπηρεσιών και οργανισμών υποστηρίζουν ότι, η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών αποτελεί ένα πιθανό πρότυπο αριστείας για κάθε οργανισμό παγκόσμια. Η έννοια της ποιότητας των υπηρεσιών θεωρείται ένας αξιόπιστος δείκτης για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων του οργανισμού. (Drosos, et al., 2017)

Οργανισμοί που υιοθέτησαν τη διαχείριση της ποιότητας σε μεγαλύτερο και πιο αποτελεσματικό βαθμό, σε σχέση με άλλους ομοειδείς, διαπιστώθηκε ότι διέθεταν κουλτούρα με έμφαση στις ομάδες εργασίας, κουλτούρα ανοιχτή που προωθούσε τη συμμετοχή των εργαζομένων. (Κάργας, 2014)

Μελέτη του Davis (2006) που συσχέτισε την οργανωσιακή κουλτούρα με τη διαχείριση της ποιότητας, αναγνώρισε την πρώτη ως απαραίτητο συστατικό της ποιότητας και κατέληξε ότι χωρίς την ύπαρξη της κατάλληλης κουλτούρας υπάρχουν αυξημένες

πιθανότητες αποτυχίας στη διαχείριση της ποιότητας. Η σχέση της κουλτούρας και της ποιότητας δεν βασίζεται μόνο σε θεωρητικό επίπεδο, αλλά και σε εμπειρικό καθώς η διαχείριση της ποιότητας απαιτεί αρχικά τη διαμόρφωση κατάλληλης κουλτούρας και επιπρόσθετα τη λήψη ανατροφοδότησης, αναφορικά με την ικανοποίησή τους, από τους χρήστες του προϊόντος ή της υπηρεσίας. (Davis, 2006)

Σύμφωνα με τους Reeves & Bednarov (1994) η οργανωσιακή κουλτούρα επηρεάζει τις ενέργειες και τη συμπεριφορά των εργαζομένων σε ζητήματα που περιλαμβάνουν την ποιότητα. Οι Sinclair & Arthur (1994) και οι Corbett & Rastrick (2000) είναι ερευνητές που παρουσίασαν την ύπαρξη σχέσης μεταξύ ποιότητας και οργανωσιακής κουλτούρας σε θεωρητικό επίπεδο. Οι συγγραφείς αυτοί συσχέτισαν έμμεσα τις δύο μεταβλητές, μέσω του τρόπου λειτουργίας των εργαζομένων χωρίς να παρουσιάσουν κάποιον απευθείας σύνδεσμο. Τον σύνδεσμο αυτό παρείχε μια άλλη ομάδα ερευνητών οι Maxwell, McDougall & Blair (2000) οι οποίοι συσχέτισαν την οργανωσιακή κουλτούρα με τη διαχείριση της ποιότητας.

Με βάση τη θεωρία των Irani, Sharp & Kagioglou (1997) και του Johnson (2004) αναγνώρισαν την οργανωσιακή κουλτούρα ως απαραίτητο συστατικό της ποιότητας. Στα συμπεράσματά τους υποστήριξαν ότι χωρίς την ύπαρξη κατάλληλης κουλτούρας υπάρχουν αυξημένες πιθανότητες αποτυχίας στη διαχείριση της ποιότητας.

Επιπρόσθετα η οργανωσιακή κουλτούρα σύμφωνα με τους Maull, et al., (2001) φαίνεται να καθορίζει το αποτέλεσμα της εισαγωγής των συστημάτων διαχείρισης της ποιότητας, περισσότερο από ότι επηρεάζεται η ίδια από την εισαγωγή ενός τέτοιου συστήματος. Η σχέση κουλτούρας - ποιότητας δεν είναι ακριβώς αμφίδρομη αφού η κουλτούρα επιτρέπει ή αναιρεί την εισαγωγή συστημάτων διαχείρισης της ποιότητας, αλλά αντίθετα η εισαγωγή τέτοιων συστημάτων δεν φαίνεται να δρα καταλυτικά στην αλλαγή της κουλτούρας. Η ύπαρξη κουλτούρας ποιότητας οδηγεί τον οργανισμό στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών και προϊόντων, αλλά η εισαγωγή συστημάτων διαχείρισης ποιότητας από μόνη της ούτε στην ποιότητα οδηγεί απαραίτητα, ούτε διαμορφώνει κουλτούρα ποιότητας. (Maull, et al., 2001)

Σύμφωνα με τους Gupta, McDaniel & Kanthi-Herath (2005) οι επιχειρήσεις οι οποίες παρέχουν υπηρεσίες υψηλής ποιότητας διαθέτουν το είδος της κουλτούρας που επιτρέπει στους εργαζομένους τους, να υιοθετούν ένα κοινά αποδεκτό όραμα για την επιχείρηση και να εργάζονται συντονισμένα για την επίτευξη κοινών στόχων. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνουν τον συντονισμό πόρων και διαδικασιών με τελικό στόχο την παροχή ποιοτικών. Στοιχεία όπως η αξιοπιστία, η ανταπόκριση και η ενσυναίσθηση που μπορεί να χαρακτηρίζει τις σχέσεις εργαζομένων και στελεχών, περνάει και αντικατοπτρίζεται στην επαφή με τον λήπτη των υπηρεσιών.

6.2 Ποιότητα και Οργανωσιακή Κουλτούρα στο χώρο της Υγείας

Οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν μια ιδιαίτερη μορφή παροχής υπηρεσιών, οι αποδέκτες των οποίων αναμένουν να λάβουν ένα «προϊόν» του οποίου η ποιότητα δεν μπορεί να μετρηθεί με την ανθεκτικότητα και αξιοπιστία του προϊόντος, αλλά με άλλα μέτρα. Αυτά είναι η διαθεσιμότητα, η ταχύτητα παροχής του, η εύκολη πρόσβαση, ο επαγγελματισμός, η υψηλή τεχνολογία, η ενσυναίσθηση, η ευγένεια, η αναμφίβολη διάγνωση, η ψύχραιμη αντιμετώπιση των κρίσιμων περιπτώσεων και η αξιοπρέπεια. Ιδιαίτερη έμφαση δίδεται στην αναγκαιότητα, την προτεραιότητα, τη διακριτικότητα και την προσοχή. (Σκορδή, 1997)

Οι εργαζόμενοι των υπηρεσιών, επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τόσο την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών, όσο και την ικανοποίηση του πελάτη. Στην παροχή φροντίδας υγείας εμπλέκονται ποιοτικοί και οργανωσιακοί παράγοντες, μέσα από τους οποίους οι λήπτες των υπηρεσιών, καθορίζουν με όρους αξιοπιστίας, επικοινωνίας και ανταποκρισιμότητας την αντιλαμβανόμενη ικανοποίησή τους. (Σκορδή, 1997) Σύμφωνα με τον Τσιότρα (2002) η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας προϋποθέτει τη συστηματική και σταδιακή αλλαγή της κυρίαρχης κλινικής κουλτούρας.

Αποτελεί κοινή πεποίθηση των θεωρητικών του μάρκετινγκ πως η κουλτούρα επηρεάζει τη συμπεριφορά των εργαζομένων και αποτελεί προϋπόθεση για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών, αφού ουσιαστικά συμβάλλει στη μείωση της διαφοράς που μπορεί να υπάρχει ανάμεσα στις προσδοκίες των πελατών για την υπηρεσία και στον τρόπο παροχής της υπηρεσίας από το προσωπικό επαφής (Parasuraman, 1987., Zeithaml et al., 1990)

Στο περιβάλλον των συστημάτων υγείας, η οργανωσιακή κουλτούρα έχει συνδεθεί με στοιχεία που συμβάλλουν στην ποιότητα των υπηρεσιών, όπως η ικανοποίηση από τη νοσηλευτική φροντίδα και την ασφάλεια του ασθενούς, τη διάθεση των μελών για βελτίωση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας του οργανισμού, καθώς και την ικανοποίηση των μελών από την κάλυψη των υλικών και των κοινωνικών αναγκών τους. (Boan, 2003, Scott, 2003)

Η ικανοποίηση των εργαζομένων και η οργανωσιακή δέσμευση αποτελούν τους πλέον καθοριστικούς παράγοντες οργανωσιακής αποτελεσματικότητας και προσφοράς ποιοτικών υπηρεσιών. Η οργανωσιακή δέσμευση λειτουργικά εμπλέκει την πίστη των εργαζομένων στον οργανισμό, την προθυμία τους να καταβάλουν κάθε προσπάθεια για τον οργανισμό τους, το επίπεδο και την αξία του στόχου σε συνάφεια με τον οργανισμό, και την επιθυμία τους να διατηρήσουν τη συνεργασία. Τύποι της οργανωσιακής δέσμευσης, αποτελούν η δέσμευση λόγω συνέχειας (υψηλό κόστος αποχώρησης, κίνδυνος μη εξεύρεσης αντίστοιχης εργασίας), η συναισθηματική δέσμευση (ταύτιση με τους στόχους και τις αξίες του οργανισμού) και η κανονιστική

δέσμευση (πίεση από τους άλλους). Οι τρόποι ανάπτυξης της είναι ο εμπλουτισμός εργασίας (συμμετοχή στη διαδικασία λήψης απόφασης, ενίσχυση ευθυνών ελέγχου), η ευθυγράμμιση των στόχων και των συμφερόντων του οργανισμού και των εργαζομένων (απόδοση στους εργαζόμενους μεριδίου από τα κέρδη) και η επιλογή νέων εργαζομένων με αξίες που ταυτίζονται με αυτές του οργανισμού. (Ζυγά, 2013)

Σύμφωνα με το National Health Service (1998) η οργανωσιακή κουλτούρα αποτελεί μια φιλόδοξη προσπάθεια για την ανάπτυξη ενός πλαισίου ποιοτικής παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Υποστηρίζεται ότι αυτό μπορεί να συμβεί με την ανάληψη πρωτοβουλιών που στοχεύουν στον καθορισμό κατάλληλων προτύπων ποιότητας, την παροχή υγειονομικής περίθαλψης σύμφωνα με αυτά τα πρότυπα, ώστε να διασφαλίζεται η ομοιόμορφα υψηλής ποιότητας φροντίδα. (Davies, 2000)

Η οργανωσιακή κουλτούρα αποτελεί το «κλειδί» στη βελτίωση της ποιότητας στον τομέα της υγείας. (Department of Health 1998) Η κουλτούρα που παρατηρείται συνήθως στο χώρο της υγείας είναι ανομοιόμορφη και χωρίς συνοχή, ενώ συνήθως χαρακτηρίζεται ως «διαφοροποιημένη», γιατί συνυπάρχουν διαφορετικές κουλτούρες μέσα στο νοσοκομείο, που αντανακλούν τις ξεχωριστές απόψεις και στάσεις πολλών και διαφορετικών ομάδων επαγγελματιών. (Davies, 2005) Το αποτέλεσμα είναι η ανάπτυξη μέσα στον ίδιο φορέα διαφορετικών υπο-κουλτουρών, παρεξηγήσεων και συγκρούσεων ανάμεσα τους με αποτέλεσμα τη δυσχερή προσφορά ποιοτικών υπηρεσιών.

Σύμφωνα με έρευνα του Moran (2003) κυριαρχούν τέσσερα είδη υπο-κουλτούρας, των ιατρών, των νοσηλευτών, των διοικητικών/τεχνικών υπάλληλων και Διοίκησης, γεγονός που καθιστά δύσκολο το συλλογικό πνεύμα και την ενιαία αντιμετώπιση των πραγμάτων. Παρά τα προηγούμενα υπάρχει μια «κοινή» κουλτούρα που αποτελεί την «άμυνα» του φορέα έναντι των εξωτερικών επιρροών από άλλες κουλτούρες, που μπορούν να επιφέρουν αναταράξεις και τελικά αλλαγές, στα υπάρχοντα επίπεδα της «εσωτερικής» κουλτούρας. (Freeman, 2003)

Οι Prajogo & McDermott (2005) σε μελέτη τους διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ οργανωσιακής κουλτούρας και συστημάτων διαχείρισης της ποιότητας. Τα δεδομένα τους αντλήθηκαν από 194 οργανισμούς υγείας στην Αυστραλία. Χρησιμοποίησαν το μοντέλο των ανταγωνιστικών αξιών και τα ευρήματά τους υποστηρίζουν ότι η ιεραρχική κουλτούρα βρέθηκε να σχετίζεται με ορισμένες πτυχές της ποιοτικής διαχείρισης. Επίσης, ότι αν και στους υγειονομικούς σχηματισμούς υπάρχουν διαφορετικές κουλτούρες που συνδέονται με ανόμοια στοιχεία της ποιότητας οι οργανισμοί υγείας μπορούν να τις εφαρμόσουν αρμονικά.

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στη Νέα Ζηλανδία, βρέθηκε ότι ασθενείς θεωρούν ότι οι παράγοντες που διαμορφώνουν την αντίληψή τους για την ποιότητα υπηρεσιών στην φροντίδα υγείας είναι η αξιοπιστία, τα απτά χαρακτηριστικά, η διασφάλιση, η ενσυναίσθηση, η πρόσβαση στο σύστημα υγείας, τα αποτελέσματα από την παροχή των

υγειονομικών υπηρεσιών, και η ανταπόκριση του υγειονομικού προσωπικού. (Clemes, et al., 2001, Μάρκοβιτς, 2011)

Ο Κιπένης (2007) σε μελέτη που διεξήγαγε σε τρία μεγάλα νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης, (Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου», «Παπανικολάου» και «Ιπποκράτειο» αναφορικά με την αλλαγή στη διοίκηση των νοσοκομείων και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, κατέληξε ότι οι εργαζόμενοι του πρώτου νοσοκομείου εξέφραζαν θετική άποψη απέναντι στην προσφερόμενη ποιότητα φροντίδας, στα διατιθέμενα μέσα υποστήριξής της, την οργανωσιακή κουλτούρα και το υπαρκτό οργανωσιακό κλίμα που στόχευε στη συνεχή βελτίωση της ποιότητας. Αντίθετα οι εργαζόμενοι στα επόμενα δύο φαίνονταν δυσαρεστημένοι και λιγότερο σίγουροι για τη σχέση των δύο παραγόντων. Σύμφωνα με τη μελέτη του οι έννοιες οργανωσιακή κουλτούρα, κλίμα και ποιότητα υπηρεσιών αλληλεπιδρούν, καθώς το οργανωσιακό κλίμα προσανατολίζεται στη εξυπηρέτηση του ασθενή μέσα από τις αντιλήψεις των εργαζομένων, οι οποίες αντανακλούν στις αντιλήψεις των ασθενών για τη συνολική ποιότητα των υπηρεσιών, την οργανωσιακή κουλτούρα του οργανισμού και την ικανοποίησή τους από τις λαμβανόμενες υπηρεσίες.

Η Μαλακέλλη (2016) σε μελέτη της στο νοσοκομείο Γ.Ν.Π.Α. «Παναγιώτη & Αγλαΐας Κυριακού» διερεύνησε το ρόλο της διοίκησης στη διαμόρφωση του εργασιακού περιβάλλοντος, την αναγνώριση της υφιστάμενης οργανωσιακής κουλτούρας και την αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Βρήκε ότι, η αντιλαμβανόμενη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας ήταν χαμηλότερη της προσδοκώμενης ενός δημόσιου νοσοκομείου, ενώ τα προβλήματα ποιότητας αναφέρονταν κυρίως στην ανταποκρισιμότητα, στην αποδοτικότητα και στην συμπεριφορά του προσωπικού υγείας και στην έλλειψη κουλτούρας υποστήριξης και μεθόδων υποκίνησής του.

Η σχέση μεταξύ της ποιότητας και της οργανωσιακής κουλτούρας, καθορίζει τόσο την ικανοποίηση και αφοσίωση των εργαζομένων, όσο και την αφοσίωση των χρηστών των υπηρεσιών, ως αποτέλεσμα της ικανοποίησής τους. Υπάρχει μια ποικιλία ατομικών, κοινωνικών, πολιτιστικών, οργανωτικών και περιβαλλοντικών παραγόντων που μπορεί να επηρεάσει το επίπεδο της εργασιακής ικανοποίησης ενός ατόμου και την οργανωτική δέσμευση. Οι παράγοντες αυτοί διακρίνονται σε: (Gilbert, et al., 2000)

- Ατομικούς παράγοντες: περιλαμβάνουν την ηλικία, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, την προσωπικότητα, την εκπαίδευση, την ευφυΐα και τις ικανότητές του.
- Κοινωνικούς παράγοντες: περιλαμβάνουν τις σχέσεις με τους συναδέλφους, την ομάδα εργασίας και τους κανόνες, τις ευκαιρίες για αλληλεπίδραση
- Πολιτιστικούς παράγοντες: περιλαμβάνουν υποκείμενες στάσεις, πεποιθήσεις και αξίες

- Οργανωτικούς παράγοντες: περιλαμβάνουν την οργάνωση της δομής, τις πολιτικές και τις διαδικασίες, την εποπτεία και τις μορφές των συστημάτων ηγεσίας, τη διαχείριση, και τις συνθήκες εργασίας
- Περιβαλλοντικούς παράγοντες: περιλαμβάνουν την οικονομική, κοινωνική, τεχνική, πολιτική και κυβερνητική επιρροή.

Για να ανταποκριθούν οι εργαζόμενοι στις απαιτήσεις και τις ανάγκες των ληπτών υπηρεσιών και φροντίδων υγείας, χρειάζεται να διαθέτουν τον κατάλληλο εξοπλισμό, τα απαιτούμενα μέσα αλλά και τη στήριξη της διοίκησης. Είναι απαραίτητο να εξασφαλίζονται όλες οι προϋποθέσεις, ώστε ο εργαζόμενος να είναι κατάλληλα καταρτισμένος, εκπαιδευμένος και διαθέσιμος να καλύψει τις προσδοκίες των προσερχομένων στον οργανισμό του. Επίσης χρειάζεται να είναι δεσμευμένος απέναντι σε αυτόν, αφοσιωμένος και πρόθυμος να ανταποκριθεί στα καθήκοντα και τις υποχρεώσεις του. (Heskett, et al., 1994, Gilbert, et al., 2000)

Η εξασφάλιση της δέσμευσης και της πίστης προϋποθέτει την ικανοποίηση των εργαζομένων, η οποία δεν αφορά μόνο την κάλυψη των οικονομικών απαιτήσεων αλλά και την ηθική στήριξη από τη διοίκηση του οργανισμού. Χρειάζονται τα κατάλληλα μέσα και οι κατάλληλες συνθήκες προκειμένου να καταβληθεί η καλύτερη δυνατή προσπάθεια από τον εργαζόμενο. Προϋπόθεση όλων η δέσμευση της διοίκησης, η χάραξη των κατευθυντήριων γραμμών, η στόχευση στην ανάπτυξη, την εξέλιξη και την ευημερία και η παράλληλη υποστήριξή της γιατί σε αντίθετη περίπτωση τα αποτελέσματα είναι ανεπαρκή. (Heskett, et al., 1994, Gilbert, et al., 2000)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ

7.1 Προσεγγίσεις εργαλείων μέτρησης

Η ποιότητα σύμφωνα με τον Juran (1992) απαιτεί ακριβή επικοινωνία μεταξύ των πελατών και των προμηθευτών. Κάποιες από τις πληροφορίες μπορεί να εκφράζονται με λέξεις. Αυτή η ακριβής επικοινωνία επιτυγχάνεται καλύτερα όταν «εκφράζουμε κάτι με αριθμούς».

Η μέτρηση της ποιότητας, η συλλογή και η ανάλυση των δεδομένων αποτελούν τη βάση για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων από τις παρεμβάσεις που πραγματοποιούνται στους οργανισμούς που παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Οι οργανισμοί που έχουν σωστή πληροφόρηση και τεκμηριωμένες μετρήσεις είναι πιθανό να διαχειριστούν με καλύτερο τρόπο τους διαθέσιμους πόρους τους. Η ύπαρξη δεικτών ποιότητας, αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας για τις διαδικασίες του οργανισμού συμβάλει στη στόχευση, κατάκτηση και παροχή ποιοτικών υπηρεσιών. Από την είσοδο ενός χρήστη υπηρεσιών υγείας, την εισαγωγή του σε τμήμα θεραπευτικών παρεμβάσεων ή νοσηλείας, τη μεθοδολογία νοσηλείας του μέχρι και την φροντίδα μετά την έξοδο του από το νοσηλευτικό ίδρυμα είναι απαραίτητη η ύπαρξη εργαλείων / δεικτών μέτρησης.

Τα εργαλεία απαιτείται να χρησιμοποιούνται σε όλα τα στάδια εφαρμογής των διαδικασιών και να αποτελούν τους πιλότους ανεύρεσης των προβληματικών διαδικασιών ή της προβληματικής εφαρμογής τους. Ο επανασχεδιασμός των διαδικασιών και η οριοθέτηση των στόχων του οργανισμού απαιτούν την ύπαρξη πληροφοριών για τη λειτουργία του οργανισμού. (Balestracci & Barlow, 1996, Meisenheimer 1997, Lighter & Fair 2000)

Αναφορικά με τη μέτρηση της οργανωτικής κουλτούρας υπάρχουν πολλές προσεγγίσεις, ανάλογες των διαφορετικών εννοιολογικών ορισμών της. Για την πραγματοποίησή της οι ερευνητές χρησιμοποιούν συγκεκριμένες μετρήσιμες μεταβλητές, χαρακτηριστικά και διαδικασίες. Υποστηρίζεται σε μελέτες, ότι είναι πρόκληση η σύλληψη της έννοιας της κουλτούρας, ως εσωτερική ποιότητα του κοινωνικού περιβάλλοντος, το οποίο διαμορφώνει την ανάγκη των ατόμων για τη σύσταση οργανισμών ή επιχειρήσεων. Οι Burrell (1996) και Smircich (1983) προσεγγίζουν την έννοια της οργανωτικής κουλτούρας, ως μία ανθρωπολογική αλληγορία και μελετούν τους οργανισμούς ως μικρο-κοινωνικά συστήματα.

Άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι, η χρησιμότητα είναι ένα σημαντικό ποιοτικό χαρακτηριστικό ενός προϊόντος, με το σχεδιασμό το προϊόντος ή της υπηρεσίας βασισμένο στο χρήστη να αποτελεί τη βάση της προσέγγισης. Η οργανωτική νοοτροπία

αναγνωρίζεται ως ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει τις επιτυχίες και τις αποτυχίες των προσπαθειών βελτίωσης της οργανωτικής δομής. (Iivari N, 2004)

Ο Ροβίθης (2005) υποστηρίζει ότι η πληθώρα μελετών στη διεθνή βιβλιογραφία υιοθετεί εργαλεία ερευνητικά που αξιολογούν μέσω μετρήσεων το “κλίμα”, το οποίο διαμορφώνεται στα πλαίσια ενός οργανισμού, θεωρώντας την έννοια αυτή ως την κύρια διάσταση που πρέπει να μετρηθεί. Η προσέγγιση αυτή χρησιμοποιεί την καταγραφή των απόψεων των εργαζομένων, για τις εργασιακές συνθήκες που επικρατούν στον οργανισμό τους.

Σύμφωνα με άλλους ερευνητές η οργανωσιακή κουλτούρα μετράται είτε με την αποτύπωση συγκεκριμένων διαστάσεων της είτε με τη χρήση ενός ευρύτερου φάσματος παραμέτρων και χαρακτηριστικών της. Θεωρούν δε, ότι η οργανωσιακή κουλτούρα αποτελεί ένα αναδυόμενο αποτέλεσμα που προκύπτει από τις συνομιλίες και τις διαπραγματεύσεις μεταξύ των μελών ενός οργανισμού. (Seel, 2000) Επιπρόσθετα ο Schein (1985) τονίζει πως ο σκοπός της διερεύνησης της οργανωσιακής κουλτούρα είναι η κατανόηση των βαθύτερων επιπέδων της και για αυτό η μέτρησή της πρέπει να περιλαμβάνει ερωτηματολόγια που να συνδυάζουν ποσοτικές και ποιοτικές μεταβλητές.

7.2 Μέτρηση της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας

Με δεδομένο ότι η ποιότητα αντανακλά το βαθμό τελειότητας της παρεχόμενης υγειονομικής φροντίδας, τότε κάθε διαπιστούμενη απόκλιση από αυτόν συνιστά μέτρηση ποιότητας. Όπου τελειότητα ή αντικειμενικά κριτήρια είναι τα πρότυπα, οι οδηγίες και τα πρωτόκολλα, τα οποία αποτελούν μέτρο σύγκρισης με την τρέχουσα πραγματικότητα, όπως αυτή καταγράφεται στους δείκτες ή στα αποτελέσματα άλλων μετρήσεων, με σκοπό τον εντοπισμό των λαθών ή και τη διαπίστωση των βελτιώσεων. (Παλάσκας, 2005)

Η μέτρηση της ποιότητας εμπεριέχει την έννοια της σύγκρισης με ένα προκαθορισμένο μέγεθος και περιλαμβάνει την καταγραφή της χρονικής εξέλιξης της διαδικασίας, τον εντοπισμό των εμπλεκόμενων μερών, την περιγραφή των ποιοτικών ελλειμμάτων και την επισήμανση των αιτιολογικών σχέσεων. Πρόκειται για κεντρικά σημεία στη διαδικασία μέτρησης της ποιότητας και απαραίτητες συνιστώσες μιας ρεαλιστικής και αξιόπιστης μέτρησης. (Τούντας, 2003)

Οι υπηρεσίες υγείας για να βελτιώσουν την ποιότητά τους εστιάζουν στη χρήση εργαλείων μέτρησής της. Αυτά αφορούν τόσο τους εσωτερικούς, όσο και τους εξωτερικούς πελάτες τους. Η κατηγορία των εσωτερικών πελατών περιλαμβάνει τους επιστήμονες και επαγγελματίες υγείας που χρησιμοποιούν τους πόρους του οργανισμού

προκειμένου να ικανοποιήσουν τις ανάγκες των εξωτερικών πελατών που είναι οι ασθενείς, οι φροντιστές και το ευρύτερο περιβαλλοντικό τους πλαίσιο. (Σκορδή, 1997)

Τα εργαλεία ποιοτικού ελέγχου αναφέρονται σε σχέδια τα οποία χαρακτηρίζονται από λεπτομερή περιγραφή όλων των κινήσεων της επιχείρησης ή του οργανισμού για ένα δεδομένο χρονικό διάστημα. Πρόκειται για ποσοτικές τεχνικές και βοηθούν στον εντοπισμό παρεκκλίσεων από το αρχικό σχέδιο. Συμβάλουν:

- Στη βελτίωση της ποιότητας των παραγομένων προϊόντων ή υπηρεσιών
- Στην αύξηση της παραγωγικότητας, της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας. Στη μείωση των χρονικών υστερήσεων.
- Στην ελαχιστοποίηση των ελαττωματικών προϊόντων η υπολοιπόμενων ποιοτικά υπηρεσιών
- Στη βελτίωση της θέσης της επιχείρησης ή του οργανισμού στην αγορά.
- Στον εκσυγχρονισμό των διαδικασιών. (Ζαβλάνος, 2007)

7.2.1 Δείκτες Ποιότητας

Από τα σημαντικότερα εργαλεία του ποιοτικού ελέγχου είναι οι δείκτες ποιότητας. Ως δείκτης ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας ορίζεται το εργαλείο μέτρησης, μέσω του οποίου παρακολουθούνται και εκτιμώνται σημαντικές διαστάσεις που σχετίζονται με την ποιότητα της συνολικής φροντίδας υγείας. Οι δείκτες είναι εργαλεία που δίνουν μια εικόνα για τη λειτουργία ενός τμήματος ή του συνόλου ενός υγειονομικού σχηματισμού και είναι χρήσιμοι για τη σύγκριση τόσο μεταξύ τμημάτων όσο και σε σχέση με προκαθορισμένα πρότυπα και λειτουργίες. (Donabedian, 1966) Διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες:

Δείκτες δομής. (πόροι, προσωπικό, εγκαταστάσεις, εξοπλισμός, πληροφοριακά συστήματα). Ειδικότερα:

- Κατάλληλες εγκαταστάσεις (έκταση, θωράκιση, λειτουργικότητα, υγιεινή, ασφάλεια, προσβασιμότητα, αισθητική των χώρων)
- Προδιαγραφές και επάρκεια ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού
- Αριθμός έκτακτων συμβάντων που έθεσαν τα μηχανήματα εκτός λειτουργίας/έτος
- Βασική και συνεχιζόμενη εκπαίδευση προσωπικού
- Τμηματοποίηση, διεύθυνση προσωπικού και συστήματα αμοιβών
- Αναλογία προσωπικού / ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπεία/έτος

Δείκτες διαδικασίας. (προληπτική φροντίδα, διάγνωση, θεραπεία, αποκατάσταση, ενημέρωση και εκπαίδευση). Ειδικότερα:

- Διάρκεια κατά την οποία έχει τεθεί κάποιο μηχάνημα εκτός λειτουργίας/έτος
- Κατάσταση αναμονής
- Πληρότητα του φακέλου ιστορικού του ασθενούς και ακρίβεια της κάρτας θεραπείας του
- Αναλογία κλινικών περιπτώσεων που αντιμετωπίστηκαν στο πλαίσιο ενός ογκολογικού συμβουλίου (multidisciplinary approach)/σύνολο ασθενών/έτος
- Αριθμός των πλάνων ακτινοθεραπείας που βασίστηκαν στο σύστημα σχεδιασμού με CT/συνολικό αριθμό θεραπειών/έτος
- Αριθμός των σύμμορφων (conformed) πεδίων ανά συνεδρία ακτινοθεραπείας στο σύνολο των θεραπειών
- Αριθμός θεραπειών στις οποίες επιτελείται έλεγχος και επιβεβαίωση της ακρίβειας με εντοπιστικά (portal) films
- Αριθμός ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπεία/ ώρα
- Αναμονή των ασθενών στους χώρους του τμήματος
- Εφαρμογή επίσημου προγράμματος διασφάλισης ποιότητας (quality assurance).

Δείκτες αποτελέσματος. (κατάσταση υγείας, αποτελέσματα φροντίδας, κατάσταση καλής υγείας ασθενή, ικανοποίηση ασθενή, αποδοτικότητα χρήσης των πόρων). Ειδικότερα:

- Ποσοστά επιβίωσης ανά κατηγορία νόσου
- Διάστημα ελεύθερο νόσου
- Διάστημα ελεύθερο υποτροπής νόσου
- Τοξικότητα (πρώιμη, όψιμη)
- Δείκτες ποιότητας ζωής των ασθενών
- Ικανοποίηση των ασθενών, όπως αυτή εκφράζεται μέσα από τη συμπλήρωση ειδικών ερωτηματολογίων.

Παρόλο που οι δείκτες είναι ενδεικτικοί της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, υπάρχουν παράμετροι που μπορεί να οδηγήσουν σε αμφίβολα συμπεράσματα. Τετοια είναι: η ελλιπής καταγραφή των δεδομένων, η δυσκολία στην μέτρηση / αποτύπωση, αλλά και χαρακτηριστικά των ασθενών (φύλο, ηλικία, συννοσηρότητα).

Σε κάθε κατηγορία υπάρχουν ποσοτικά χαρακτηριστικά που μπορούν να μετρηθούν, αρκεί να εντοπιστούν τα κρίσιμα στοιχεία ενδιαφέροντος στις υπηρεσίες υγείας και στη συνέχεια να οριστούν τα πρότυπα καλής πρακτικής, οι δείκτες αξιολόγησης και οι δράσεις συμμόρφωσης. (Κωσταγιόλας, και συν., 2008)

Τα βασικά κριτήρια για την επιλογή ενός δείκτη αξιολόγησης της λειτουργίας ενός υγειονομικού σχηματισμού είναι: (Γείτονα, 2004)

- Η χρησιμότητα
- Η εγκυρότητα
- Η αξιοπιστία
- Η δυνατότητα σύγκρισης
- Η ανταποκρισιμότητα
- Η ειδικότητα
- Η ευαισθησία

Ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) προτείνει στάδια ανάπτυξης των δεικτών ποιότητας για τη συγκριτική αξιολόγηση των κλινικών πρακτικών ή των οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας που έχουν βάση λειτουργίας, την κλινική διακυβέρνηση και την τεκμηριωμένη φροντίδα υγείας. (OECD, 2002)

Η μέτρηση της ποιότητας περιλαμβάνει την καταγραφή της χρονικής εξέλιξης της διαδικασίας, τον εντοπισμό των εμπλεκόμενων μερών, την περιγραφή των ποιοτικών ελλειμμάτων και την επισήμανση των αιτιολογικών σχέσεων. (Τούντας, 2003) Επίσης η μέτρηση της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών προϋποθέτει τόσο τον καθορισμό των προς μέτρηση στρατηγικών οργανωσιακών στόχων όσο και την επάρκεια των υπάρχοντων στοιχείων για να πραγματοποιηθεί. (Loeb, 2004)

7.2.2 Servqual και Servperf

Ένα από τα σημαντικότερα μοντέλα μέτρησης της ποιότητας των υπηρεσιών είναι το SERVQUAL. Το συγκεκριμένο μοντέλο αναπτύχθηκε από τους Parasuraman, Zeithaml και Berry (1988) και αποτελεί από τις πιο σημαντικές μεθόδους ποσοτικής μέτρησης πολλαπλών χαρακτηριστικών που καθορίζουν την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Αξιολογεί την αντιλαμβανόμενη ποιότητα, η οποία προκύπτει από τη σύγκριση μεταξύ των προσδοκιών του πελάτη για τις υπηρεσίες που θα λάβει, και των αντιλήψεων για την απόδοση του οργανισμού που τις παρέχει. Το μοντέλο μετρά τις εξής διαστάσεις των υπηρεσιών:

- *Απτή διάσταση.* Αφορά τα υλικά περιουσιακά στοιχεία, τις φυσικές εγκαταστάσεις, το χώρο, τον εξοπλισμό και την εμφάνιση του προσωπικού.
- *Αξιοπιστία.* Η ικανότητα να παρέχουν οι εργαζόμενοι την υπηρεσία που υποσχέθηκαν αξιόπιστα και με ακρίβεια.
- *Ανταπόκριση,* στις ανάγκες και προσδοκίες των πελατών με προθυμία και άμεση εξυπηρέτηση.
- *Διασφάλιση.* Οι γνώσεις και η ευγένεια των εργαζομένων καθώς και η ικανότητά τους να εμπνέουν εμπιστοσύνη και αυτοπεποίθηση.

- *Ενσυναίσθηση.* Η προσωπική προσοχή που δίνει ο οργανισμός και οι εργαζόμενοι σε κάθε πελάτη, η σύμφωνη με τις εξατομικευμένες ανάγκες του.

Αποτελείται από δύο κατηγορίες δηλώσεων που αντιπροσωπεύουν αντίστοιχους δείκτες. Η πρώτη κατηγορία δεικτών προσδιορίζει τις προσδοκίες των πελατών για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, ενώ η δεύτερη αποκαλύπτει την αντιλαμβανόμενη αξία και ποιότητα των υπηρεσιών υγείας για τους πελάτες. Οι τελευταίοι καλούνται να τοποθετήσουν τόσο την ποιότητα των υπηρεσιών, όπως αυτοί την αντιλαμβάνονται, όσο και τις προσδοκίες τους σε μία κλίμακα Likert 7 βαθμών.

Τα αποτελέσματα της διαδικασίας καθορίζουν την ύπαρξη θετικών ή αρνητικών αποκλίσεων στην απόδοση των οργανισμών και μονάδων υγείας, στις 5 παραπάνω διαστάσεις. Η ποιότητα των υπηρεσιών για καθεμιά από αυτές τις διαστάσεις υπολογίζεται με βάση τον παρακάτω τύπο:

$$SQ_j = \frac{\sum_{i=1}^{n_j} P_{ij} - E_{ij}}{n_j} \quad \text{όπου}$$

SQ_j = η ποιότητα της διάστασης j ,

E_{ij} = οι προσδοκίες πελατών για το χαρακτηριστικό i της διάστασης j ,

P_{ij} = η αντιλαμβανόμενη απόδοση του οργανισμού για το χαρακτηριστικό i της διάστασης j ,

n = ο συνολικός αριθμός των χαρακτηριστικών της ποιότητας.

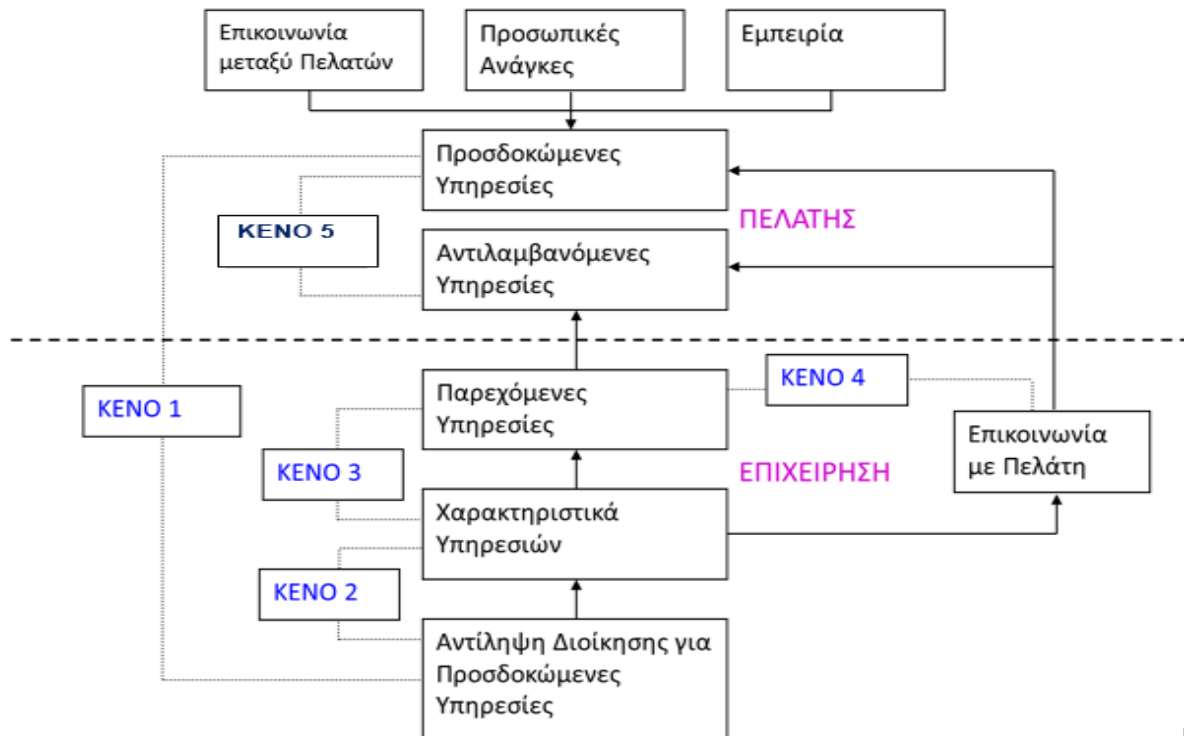
Για κάθε διάσταση υπολογίζεται μία μέση τιμή για όλους τους πελάτες. Κατόπιν, υπολογίζεται και μία συνολική μέση τιμή της ποιότητας των υπηρεσιών, χρησιμοποιώντας τις μέσες τιμές των πέντε διαστάσεων. Θετικές τιμές δείχνουν ποιότητα υπηρεσιών υψηλότερη των απαιτήσεων και προσδοκιών των πελατών, ενώ αρνητικές τιμές δείχνουν χαμηλότερη, της αναμενόμενης, ποιότητα υπηρεσιών. Μηδενική τιμή υποδηλώνει ικανοποιητικό επίπεδο υπηρεσιών.

Οι Parasuraman, Zeithaml και Berry (1985) πρότειναν επίσης ένα θεωρητικό μοντέλο ανάλυσης των αιτιών που μπορούν να οδηγήσουν μια επιχείρηση στην παροχή προβληματικών και μη ικανοποιητικών υπηρεσιών προς τον χρήστη/πελάτη. Το μοντέλο των χασμάτων/κενών, αντανακλά τα κενά μεταξύ των προσδοκιών και των πραγματικών εκβάσεων που ισχύουν ανεξάρτητα από τον τύπο υπηρεσίας. (Σχήμα 14)

Ειδικότερα:

- Κενό 1: Η άγνοια σχετικά με τις προσδοκίες των καταναλωτών. Η διοίκηση δεν αντιλαμβάνεται πάντα σωστά το τι θέλουν οι καταναλωτές.

- Κενό 2: Η διαφορά μεταξύ των διοικητικών αντιλήψεων και των ποιοτικών προδιαγραφών υπηρεσιών, το κενό στα πρότυπα των υπηρεσιών. Τα λανθασμένα ποιοτικά υποδείγματα υπηρεσιών.
- Κενό 3: Η διαφορά μεταξύ των ποιοτικών προδιαγραφών υπηρεσιών και της πραγματικής παροχής υπηρεσιών. Το κενό απόδοσης υπηρεσιών.
- Κενό 4: Οι υποσχέσεις δεν ταιριάζουν με την πραγματική παράδοση των υπηρεσιών προς τους πολίτες.
- Κενό 5: Η διαφορά μεταξύ του τι αναμένουν οι καταναλωτές από μια υπηρεσία και του τι πραγματικά λαμβάνουν. Η διαφορά μεταξύ της αντίληψης πελατών και της προσδοκίας τους.



Σχήμα 14. Το μοντέλο των κενών στην ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών.

Πηγή: Parasuraman, et al., (1985)

Οι Cronin και Taylor (1992) διατύπωσαν την άποψη ότι η πραγματική απόδοση του οργανισμού ή της μονάδας υγείας καθορίζει την αντιλαμβανόμενη, για τους πελάτες, ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, ενώ οι προσδοκίες των πελατών δε θεωρούνται συστατικό αυτής της αντιλαμβανόμενης ποιότητας. Χρησιμοποίησαν ένα ερευνητικό μοντέλο 22 δεικτών αντίστοιχων του SERVQUAL και στα δύο γνωστά τμήματά του, πρόσθεσαν ένα τρίτο τμήμα που μετράει τη σημαντικότητα του κάθε

χαρακτηριστικού με βάση μία κλίμακα Likert 7 βαθμών. Το μοντέλο αυτό ονομάστηκε SERVPERF και μετράει μόνο τις αντιλήψεις των πελατών.

Σε μελέτη της Δημητριάδου (2016) σχετικά με τη μέτρηση της ποιότητας στα ελληνικά ιδιωτικά φαρμακεία, χρησιμοποιήθηκε το μοντέλο SERVQUAL και βρέθηκε ότι ο πιο σημαντικός παράγοντας στην προσφορά υπηρεσιών προς τους πελάτες, ήταν η αξιοπιστία. Αντίστοιχα σε μελέτες των Penceliah, et al., (2015) και Adat, et al., (2014) στον κλάδο των φαρμακείων βρέθηκε ότι οι πελάτες επιζητούν κυρίως υψηλότερα επίπεδα ενσυναίσθησης, κατανόησης και προσωπικής, εξατομικευμένης επαφής.

Παρόμοια σε μελέτη του Φωλίνα, και συν., (2015) με εφαρμογή του μοντέλου σε ελληνικές μικρομεσαίες επιχειρήσεις, παροχής υπηρεσιών logistics, βρέθηκε ότι οι παράμετροι διασφάλιση, ανταπόκριση, και κατανόηση, υστερούσαν σε σύγκριση με τις προσδοκώμενες. Αντίθετα, στην απτή διάσταση, οι πραγματικές υπηρεσίες έλαβαν υψηλότερους μέσους όρους από τις προσδοκώμενες, επιβεβαιώνοντας την καλή λειτουργία των υπηρεσιών αναφορικά με τη συγκεκριμένη παράμετρο.

Οι Καλβουρτζή και Κετσερίδου (2012) σε μελέτη τους σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων στη χώρα μας, χρησιμοποίησαν το SERVQUAL. Στα αποτελέσματά τους υποστηρίζουν ότι, οι ιδιωτικές κλινικές αποκόμισαν υψηλότερες βαθμολογίες στη διάσταση της αξιοπιστίας, σε σύγκριση με τα δημόσια νοσοκομεία. Υψηλότερη βαθμολογία επίσης παρατηρήθηκε στην απόδοση των υπηρεσιών των ιδιωτικών νοσοκομείων με βάση στοιχεία απτά, όπως η εμφάνιση του προσωπικού, ο σχεδιασμός και η εργονομία των τμημάτων της εγκατάστασης, ο εξοπλισμός και η τεχνολογία, αλλά και η ελκυστικότητα του χώρου.

Η Λαζάρου (2005) στην έρευνά της σχετικά με την αποτίμηση των νοσοκομειακών υπηρεσιών μέσω της μέτρησης της ικανοποίησης του χρήστη σε δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομειοσυμπεριέλαβε το συγκεκριμένο εργαλείο SERVQUAL. Στα αποτελέσματα της μελέτης της υπήρξε ταύτιση της προσδοκίας και της αντιλαμβανόμενης απόδοσης στο δημόσιο νοσοκομείο, σε θέματα που αφορούσαν την εμφάνιση του προσωπικού, την έγκαιρη χορήγηση φαρμάκων και την ευγένεια του προσωπικού. Παρατηρήθηκε όμως όσον αφορά την ευγενική συμπεριφορά του προσωπικού, απόδοση χαμηλότερη της προσδοκώμενης. Αντίστοιχα στο ιδιωτικό νοσοκομείο, παρατηρήθηκαν υψηλότερες προσδοκίες από τις εκτιμώμενες αναφορικά με παράγοντες όπως η καθαριότητα, η ησυχία και χαμηλότερες αποδόσεις από τις προσδοκώμενες στην κάλυψη των αναγκών επικοινωνίας και πληροφόρησης από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.

7.2.3 Μοντέλο του Kano

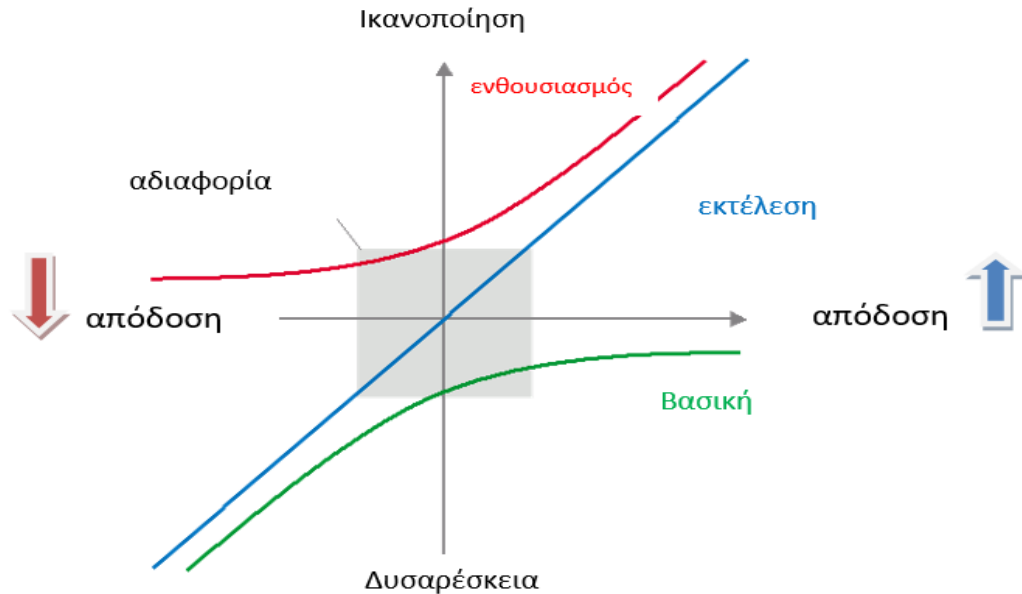
Η σημαντικότητα διαφορετικών χαρακτηριστικών ποιότητας του προσφερόμενου προϊόντος ή υπηρεσίας είναι σε θέση να αναλύσει τη συμπεριφορά και να προσδιορίσει

τον τρόπο αντίδρασης των πελατών. Η υπόθεση αυτή αποτελεί και τη βασική αρχή του μοντέλου που προτάθηκε από τον Noriaki Kanou. (Kanou, 1996) Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο είναι δυνατό να παρατηρηθούν διαφορετικά επίπεδα ή τύποι ποιότητας, ανάλογα με τις απόψεις των πελατών για τη σημαντικότητα συγκεκριμένων χαρακτηριστικών του προϊόντος / υπηρεσίας. Ο Kanou με το μοντέλο που πρότεινε το 1984, ταξινομεί τις απαιτήσεις του πελάτη από ένα προϊόν ή υπηρεσία για την ικανοποίηση των αναγκών του, σε τρεις τύπους και προτείνει τα εξής βασικά επίπεδα ποιότητας.: (Ανδριανάκου, 2006)

- *Αναμενόμενη ποιότητα (βασικά χαρακτηριστικά):* Το επίπεδο αυτό περιλαμβάνει τα χαρακτηριστικά του προϊόντος ή της υπηρεσίας τα οποία οι πελάτες αξιολογούν ως ιδιαίτερα σημαντικά. Τα χαρακτηριστικά αυτά αφορούν συγκεκριμένες δραστηριότητες ή λειτουργίες που αναμένεται ότι θα διαθέτει το προϊόν ή η υπηρεσία, ενώ ταυτόχρονα είναι σε θέση να καθορίσουν συγκεκριμένα επίπεδα αποδοχής από την πλευρά των πελατών. Η υψηλή απόδοση του προϊόντος στα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά δε συνεπάγεται υψηλή ικανοποίηση των πελατών, ενώ αντίθετα η χαμηλή απόδοση δημιουργεί μεγάλη δυσαρέσκεια.
- *Επιθυμητή ποιότητα (μονοδιάστατα χαρακτηριστικά):* Τα χαρακτηριστικά αυτά αποτελούν τις βασικές επιθυμίες και ανάγκες των πελατών. Η ικανοποίησή τους αυξάνει αναλογικά σε σχέση με την απόδοση των συγκεκριμένων χαρακτηριστικών του προϊόντος ή της υπηρεσίας. Δηλαδή όσο υψηλότερο το επίπεδο εκπλήρωσης των μονοδιάστατων χαρακτηριστικών, τόσο υψηλότερη η ικανοποίηση του πελάτη και αντίστροφα. Θα πρέπει να αναφερθεί πως ο πελάτης γίνεται ικανοποιημένος από βελτιώσεις σε αυτά τα κλιμακωτά χαρακτηριστικά αλλά είναι ενθουσιασμένος μόνο σε εξαιρετικά υψηλά επίπεδα απόδοσης των συγκεκριμένων χαρακτηριστικών.
- *Ελκυστική ποιότητα (δευλεαστικά χαρακτηριστικά):* Το επίπεδο αυτό περιλαμβάνει χαρακτηριστικά που οι πελάτες δεν αναμένουν ότι θα διαθέτει το προϊόν ή η υπηρεσία. Όταν προσφέρονται ξαφνιάζουν τους πελάτες, δημιουργούν ευχαρίστηση και μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να προσελκύσουν άλλους πελάτες ανταγωνιστικών προϊόντων. Η υψηλή απόδοση του προϊόντος στα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά συνεπάγεται υψηλή ικανοποίηση των πελατών, ενώ αντίθετα η χαμηλή απόδοση δε δημιουργεί δυσαρέσκεια.

Τα δευλεαστικά χαρακτηριστικά είναι εκείνα που έχουν τη μέγιστη επιρροή στο μέγεθος της ικανοποίησης ενός πελάτη από μια υπηρεσία ή ένα προϊόν καθώς μικρές βελτιώσεις στην παροχή των στοιχείων αυτών προκαλούν σχετικά μεγάλες αυξήσεις στην ικανοποίηση, ενθουσιάζουν τους πελάτες και εμπνέουν την αφοσίωση. Τα χαρακτηριστικά αυτά ικανοποιούν συχνά λανθάνουσες ανάγκες, δηλαδή πραγματικές ανάγκες τις οποίες οι πελάτες δε γνωρίζουν τη δεδομένη χρονική στιγμή.

Στο Σχήμα 15 παρουσιάζεται η σχηματική απεικόνιση του μοντέλου Kano με τα τρία βασικά επίπεδα ποιότητας. Στον οριζόντιο άξονα παρουσιάζεται η απόδοση του συγκεκριμένου χαρακτηριστικού και στον κάθετο άξονα η ικανοποίηση ή η δυσαρέσκεια που προκαλεί.



Σχήμα 15. Τα τρία επίπεδα ποιότητας του Kano. Πηγή: Kano (1996)

Το μοντέλο Kano χρησιμοποιείται για να αποδείξει και να καθιερώσει τη σημαντικότητα των χαρακτηριστικών στοιχείων ποιότητας του προϊόντος, που συμβάλλουν στην ικανοποίηση του πελάτη. Με αυτό τον τρόπο δημιουργεί την βέλτιστη προϋπόθεση για δραστηριότητες ανάπτυξης μιας υπηρεσίας/προϊόντος που είναι προσανατολισμένες στη διαδικασία.

7.2.4 Balanced Scorecard

Οι Kaplan και Norton, (1996) ήταν οι πρώτοι που εισήγαγαν το μοντέλο Balanced Scorecard, ως εργαλείο μέτρησης της ποιότητας και εισαγωγής διοικητικών στρατηγικών στη λειτουργία του οργανισμού μέσα από ένα σύνολο ποσοτικών μέτρων της απόδοσης, παρέχοντας το πλαίσιο ανάπτυξης συγκεκριμένης στρατηγικής μέτρησης της ποιότητας και διοίκησης του οργανισμού. (Radnor, et al., 2003)

Οι Kaplan και Norton υποστηρίζουν την ύπαρξη 4 βασικών επιπέδων ή διαστάσεων στη μέτρηση της ποιότητας:

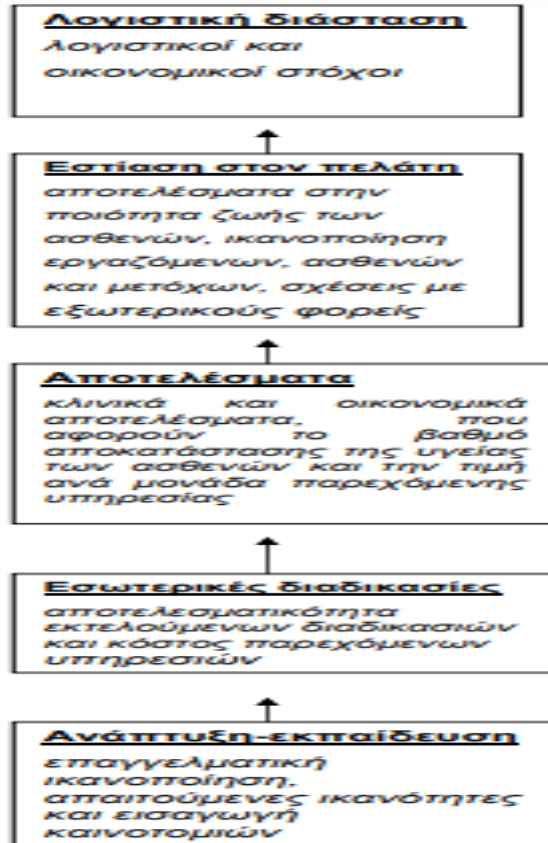
- Λογιστικής (financial)

- Πελατών (customers): αναφέρεται στις διάφορες κατηγορίες πελατών ενός οργανισμού υγείας, όπως ασθενείς και οικείοι τους, εργαζόμενοι, ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, ασφαλιστικοί και κυβερνητικοί φορείς υγείας.
- Εσωτερικών διαδικασιών (internal processes): περιλαμβάνονται βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα λειτουργικών, κλινικών και λογιστικών διαδικασιών του οργανισμού.
- Ανάπτυξης και εκπαίδευσης του προσωπικού (learning and growth).

Οι διαστάσεις του μοντέλου αποτελούν μία αλυσίδα και συνδέονται με σχέσεις αιτίας - αποτελέσματος. Για παράδειγμα η βελτίωση των ικανοτήτων του προσωπικού έχει σαν αποτέλεσμα την επίτευξη καλύτερων κλινικών αποτελεσμάτων στην υγεία των ασθενών. (Radnor, et al., 2003)

Η εξέλιξη του μοντέλου Balanced Scorecard των Kaplan και Norton ήρθε με μία νεότερη προσέγγιση του Jose M. Santiago που δημοσιεύτηκε το 1999 στο “Psychiatric Services”. Το νέο μοντέλο προτείνει την ενσωμάτωση και ενός πέμπτου επιπέδου που αναφέρεται σε κλινικά και λογιστικά, κυρίως, αποτελέσματα των διαδικασιών των παρεχόμενων υπηρεσιών. (Σχήμα 16) Τα επίπεδα αναλύονται ως εξής:

- *Λογιστική διάσταση και αποστολή του οργανισμού:* στο συγκεκριμένο επίπεδο οι χρησιμοποιούμενοι δείκτες μετρούν χαρακτηριστικά κερδοφορίας και οικονομικής ανάπτυξης του οργανισμού. Επιδιώκεται, κυρίως σε φορείς μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, η ανάπτυξη δεικτών μέτρησης της κοινωνικής ευαισθησίας(π.χ. ποσοστό εσόδων που διατίθενται σε φιλανθρωπικά ιδρύματα).
- *Εστίαση στον πελάτη:* μετρούνται χαρακτηριστικά που αναφέρονται στους εξωτερικούς και εσωτερικούς πελάτες ενός οργανισμού ή μονάδας υγείας. Τέτοια χαρακτηριστικά είναι η ποιότητα ζωής των ασθενών, ο βαθμός ικανοποίησης ασθενών, εξωτερικών φορέων και μετόχων κ.α.
- *Αποτελέσματα:* μετριέται ο βαθμός επίτευξης βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων κλινικών και οικονομικών αποτελεσμάτων. Χαρακτηριστικά που μετρούνται στο συγκεκριμένο επίπεδο του μοντέλου μπορεί να είναι ο βαθμός και η χρονική διάρκεια αποκατάστασης της υγείας τους ασθενούς και τιμή ανά μονάδα παρεχόμενων υπηρεσιών.
- *Εσωτερικές διαδικασίες:* μετριέται η αποτελεσματικότητα εσωτερικών διαδικασιών που αποτυπώνεται στη μείωση του κόστους παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών, στην επίτευξη ενός βέλτιστου δείκτη ασφαλείας για τις εκτελούμενες διαδικασίες, στη μείωση των επανεισαγωγών ασθενών.
- *Εκπαίδευση και ανάπτυξη:* το συγκεκριμένο επίπεδο χρησιμοποιεί δείκτες μέτρησης χαρακτηριστικών, όπως οι επαγγελματικές ικανότητες και η επάρκεια του προσωπικού, η ικανότητα διαχείρισης πληροφοριακών συστημάτων, η δυνατότητα εκπαίδευσης και προσωπικής ανάπτυξης των εργαζόμενων και ο βαθμός εισαγωγής καινοτομιών.



Σχήμα 16. Τα 5 επίπεδα του Balanced Scorecard. Πηγή: Santiago (1999)

Για κάθε επίπεδο είναι δυνατόν να αναπτυχθεί ένας ορισμένος αριθμός δεικτών που μετρούν διαφορετικά χαρακτηριστικά της συγκεκριμένης διάστασης. Προτείνεται η ανάπτυξη 4 με 5 δεικτών για κάθε επίπεδο και επομένως, ένα σύνολο 20-25 δεικτών θεωρείται, σύμφωνα με το Balanced Scorecard, ιδανικό για την επίτευξη των στόχων της μέτρησης.

Τα πραγματικά αποτελέσματα της μέτρησης αξιολογούνται με βάση τα επίπεδα των αναμενόμενων, επιθυμητών ή προτύπων αποτελεσμάτων. Η ελαστικότητα επιλογής της συγκριτικής βάσης εξαρτάται από τη μετρούμενη διάσταση και τη σημασία του επιμέρους χαρακτηριστικού για τη επίτευξη των στόχων του οργανισμού. Η αναντιστοιχία πραγματικών και καθορισμένων αποτελεσμάτων εκφράζεται με χαμηλά επίπεδα τιμών των δεικτών. (Santiago, 1999)

7.3 Μέτρηση της Οργανωσιακής κουλτούρας στις Υπηρεσίες Υγείας

Η αξιολόγηση της οργανωσιακής κουλτούρας αποτελεί ένα δύσκολο εγχείρημα καθώς οι ερευνητές διαφωνούν ως προς το ποιο εργαλείο είναι το πλέον κατάλληλο προς χρήση. Το δίλημμα καθίσταται δυσκολότερο γιατί δεν έχει διευκρινιστεί εάν η έννοια της κουλτούρας μπορεί να μετρηθεί στηριζόμενη σε ποσοτικές έρευνες ή είναι πιο αποδοτικές και χρήσιμες οι ποιοτικές έρευνες. (Γκόλια, 2013)

Μέρος ερευνητών είναι υπέρμαχοι της χρήσης ποιοτικών εργαλείων μέτρησης (συμμετοχική παρατήρηση, συνεντεύξεις, εξωτερικοί παρατηρητές) της οργανωσιακής κουλτούρας καθώς πρεσβεύουν ότι βασικό στοιχείο για την κατανόησή της είναι η μελέτη των βασικών υποκρυπτόμενων παραδοχών, οι οποίες καθοδηγούν στη συνέχεια τις αξίες και τα επιφαινόμενα του οργανισμού. Με βάση αυτή τη μεθοδολογία ο ερευνητής μπορεί να διερευνήσει και να αναλύσει σε βάθος σύνθετα φαινόμενα που παρατήρησε να λαμβάνουν χώρα στον οργανισμό.

Άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η χρήση μόνο ποιοτικών μεθόδων ανάλυσης της οργανωσιακής κουλτούρας δε είναι επαρκής και απαιτείται συνδυασμός ποιοτικής και ποσοτικής μεθοδολογίας. Ειδικότερα, καθώς οι ποιοτικές μέθοδοι δεν είναι κατάλληλες για συγκρίσεις μεταξύ οργανισμών ή διαφορετικών τμημάτων του ίδιου οργανισμού ή συστηματικών συγκρίσεων σε βάθος χρόνου, καλούνται το κενό να καλύψουν οι ποσοτικές μέθοδοι. Προσφέρουν τη δυνατότητα αξιολόγησης της αλλαγής της κουλτούρας και παρέχουν δεδομένα που μπορούν να αναλυθούν με πολυπαραγοντικές στατιστικές μεθόδους. (Furham, 1996)

Αρκετοί ερευνητές υποστηρίζουν ως πλέον κατάλληλη για τη μέτρηση των βαθύτερων επιπέδων της οργανωσιακής κουλτούρας, τη χρήση ερωτηματολογίων. Σύμφωνα με αυτούς, τόσο τα ανώτερα, πιο επιφανειακά επίπεδα της κουλτούρας που συμπληρώνουν το ένα το άλλο και αποτελούν το αίτιο και το αιτιατό, όσο και τα βαθύτερα, μπορούν να αναδειχθούν, όταν ως μέθοδος καταγραφής επιλεγεί η ποσοτική (για ανάλυση και διερεύνηση) μέσω ερωτηματολογίων. (Δημητριάδου, 2009)

Για να καθοριστεί η σχέση της με την απόδοση και την ποιότητα της φροντίδας, έχει αναπτυχθεί ένα σύνολο εργαλείων σχεδιασμένων ώστε να μετρούν την οργανωσιακή κουλτούρα. Μέσα από αυτά, η κουλτούρα αναδुकνείεται, ως ένα σύνολο γνωρισμάτων, που είναι κοινά για τα μέλη μιας κοινωνικής μονάδας ή «ως ένα σύστημα κοινών αξιών και πιστεύω που παράγει κανόνες και συμπεριφορές, οι οποίες διαμορφώνουν και ορίζουν έναν τρόπο ζωής μέσα στο πλαίσιο του οργανισμού». (Shortell SM, et al., 2000, O'Reilly CA, et al., 1991)

Ποιοτική και εμπειρική έρευνα των Tucker, et al., (1990) σε 10 οργανισμούς και με συμμετοχή πάνω από 1200 εργαζομένων δημιούργησε το Survey Organizational Culture (SOC) ένα πολυπαραμετρικό όργανο μέτρησης της οργανωσιακής κουλτούρας, το οποίο

μπορεί να δώσει αξιόπιστα και κατανοητά αποτελέσματα. Επίσης οι Hofstede, et al., (1990) δημιούργησαν κατόπιν ποιοτικής και ποσοτικής μελέτης ένα όργανο μέτρησης της οργανωσιακής κουλτούρας το οποίο περιλαμβάνει έξι διαστάσεις, οι οποίες περιγράφουν την οργανωσιακή κουλτούρα.

Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση της οργανωσιακής κουλτούρας είτε καταγράφουν κανόνες και συμπεριφορές που τα μέλη του οργανισμού ή της υπηρεσίας θεωρούν ως ενδεδειγμένα για τη λειτουργία των μελών μέσα στο πλαίσιο του οργανισμού, είτε μετράνε και αναλύουν τις αξίες που οι ερευνητές έχουν ορίσει ως μέτρο για την αξιολόγηση της κουλτούρας. (Mannion et al., 2008) Τα περισσότερο ευρέως χρησιμοποιούμενα ερωτηματολόγια μέτρησης της οργανωσιακής κουλτούρας είναι:

7.3.1 Ερωτηματολόγιο Organizational Culture Profile

Το ερωτηματολόγιο Organizational Culture Profile (OCP) των O'Reilly και Chatman (1986) περιέχει 54 προτάσεις που βαθμολογούνται σε μια κλίμακα Likert 5 διαβαθμίσεων (απόλυτα, πολύ, μέτρια, λίγο, καθόλου). Οι συγκεκριμένες προτάσεις περιγράφουν κάποια χαρακτηριστικά που ενδεχομένως είναι σημαντικά για τους εργαζόμενους, καθώς και εκείνα που απαιτούνται από τα μέλη του εκάστοτε οργανισμού.

Οι συμπεριφορικοί κανόνες που μετρά το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο οργανωσιακής κουλτούρας καθορίζονται από δύο διαστάσεις. Η πρώτη καταγράφει τις προσδοκίες για συμπεριφορές που οδηγούν σε εκπλήρωση υψηλής ικανοποίησης των αναγκών, ενώ η δεύτερη διάσταση καταγράφει τα πραγματικά συμπεριφορικά πρότυπα, την πραγματική κουλτούρα του οργανισμού.

Σε μελέτη των Καστανιώτη, και συν., (2011) το OCP χρησιμοποιήθηκε ως όργανο μέτρησης για τη συγκριτική αξιολόγηση της οργανωσιακής κουλτούρας, των κοινών κανόνων (norms) και προσδοκιών (expectations) που καθορίζουν τη συμπεριφορά των στελεχών του ιατρικού, του νοσηλευτικού και του διοικητικού προσωπικού σε δημόσια νοσοκομεία της Περιφέρειας Πελοποννήσου. Μέσα από το ερωτηματολόγιο OCP, εξήχθησαν οκτώ μεταβλητές κουλτούρας, από ένα σύνολο 54 προτάσεων-ερωτήσεων που περιελάμβαναν διαβαθμισμένες απαντήσεις για το βαθμό ικανοποίησης, και αποτυπώθηκε η υφιστάμενη κουλτούρα στη συνολική μορφή της αλλά και στις επί μέρους διαστάσεις της.

Βρέθηκε ότι τα μέλη κάθε επαγγελματικής ομάδας εμφάνιζαν σημαντικές διαφορές τόσο αναφορικά με τις διαστάσεις που αντιλαμβάνονταν την ιδανική κουλτούρα όσο και με το πώς βίωναν την υφιστάμενη οργανωσιακή κουλτούρα. Διαπιστώθηκε σημαντική διαφοροποίηση των προσδοκιών των διαφορετικών επαγγελματικών

ομάδων στις διαστάσεις: ευελιξία, επιθετικότητα, ανεκτικότητα και τυπικότητα στις σχέσεις. Οι αντιλήψεις των στελεχών της διοικητικής υπηρεσίας διέφεραν στατιστικώς σημαντικά ως προς τη σημασία των παραπάνω διαστάσεων σε σχέση με τα στελέχη της ιατρικής και της νοσηλευτικής υπηρεσίας. Συμπερασματικά η συγκεκριμένη μελέτη κατέληξε ότι τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία της Πελοποννήσου δεν βρέθηκε να διέπονται από μια ισχυρή σε ένταση και έκταση κουλτούρα.

Σε άλλη έρευνα μέτρησης της οργανωσιακής κουλτούρας του διοικητικού προσωπικού του Γ.Ν. «Ο Ευαγγελισμός» που πραγματοποιήθηκε από τον Μαγκαφώση, (2013) με χρήση του Organizational Culture Profile (OCP) και 164 συμμετέχοντες, αναδείχθηκαν ως πιο σημαντικά χαρακτηριστικά: η ευελιξία, το να μοιράζονται οι εργαζόμενοι ελεύθερα τις πληροφορίες, ο προσανατολισμός στους ανθρώπους, το να είναι ο εργαζόμενος δραστήριος και σκεπτόμενος, το να έχει υψηλές προσδοκίες για απόδοση, το να έχει ευκαιρίες για επαγγελματική εξέλιξη, η έμφαση στην ποιότητα και η καλή οργάνωση. Βρέθηκε ότι, ο οργανισμός όμως, δεν προήγαγε σε σημαντικό βαθμό αυτά τα χαρακτηριστικά αλλά έδινε μεγαλύτερη έμφαση στην αναλυτικότητα, στην προσοχή στις λεπτομέρειες, στο να είναι ο εργαζόμενος προσεκτικός και στον προσανατολισμό στους κανόνες. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, και τις δηλώσεις των εργαζομένων σχετικά με το τι θεωρούν σημαντικό και το τι τελικά προωθείται από τον οργανισμό υπάρχει μία ασθενής σχέση και χάσμα μεταξύ της ιδανικής και της υφιστάμενης οργανωσιακής κουλτούρας με αποτέλεσμα την μη λήψη της μέγιστης ικανοποίησης από την εργασία τους.

Σε επόμενη έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τον Τριγώνη (2014) στο ΓΝΑ "Γ. Γεννηματάς" για τον ορισμό του πλαισίου της οργανωσιακής κουλτούρας και τη μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας, που το στελεχώνουν, χρησιμοποιήθηκε επίσης το OCP. Στην παρούσα έρευνα με 319 συμμετέχοντες από όλους τους κλάδους του προσωπικού βρέθηκε ότι, ο παράγοντας της «υποστηρικτικότητας» ήταν αυτός που κυριαρχούσε ως σημαντικός, και ακολουθούσαν «ο προσανατολισμός στην απόδοση», «η σταθερότητα», «η έμφαση στην ανταμοιβή», «η κοινωνική υπευθυνότητα», ενώ τελευταίοι ήταν οι παράγοντες «της καινοτομίας» και της «ανταγωνιστικότητας». Η «υποστηρικτικότητας» ήταν ταυτόχρονα ο κυρίαρχος παράγοντας και για τον οργανισμό, και παρατηρήθηκε ταύτιση, ανάμεσα στην επιθυμητή και την προαγόμενη από τον οργανισμό κουλτούρα, αλλά διάσταση ως προς την σημαντικότητα και την προαγωγή των υπόλοιπων παραγόντων. Συμπερασματικά, βρέθηκε ότι υπάρχει χάσμα μεταξύ της ιδανικής και πραγματικής κουλτούρας.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης της Πένια (2011) στο ΓΝΑ "Ασκληπιείο Βούλας" βρέθηκε να υπάρχει ευχάριστο κλίμα μεταξύ των εργαζομένων ανεξάρτητα από τη θέση που κατείχαν στον οργανισμό, ενδιαφέρον για τα άτομα (κοινωνική ευθύνη), αλλά ο προσανατολισμός στις επιδόσεις, η αναγνώριση για τις υπηρεσίες που προσφέρουν, η καινοτομία και ο προσανατολισμός στο αποτέλεσμα δεν βρέθηκαν να συμπεριλαμβάνονται στα χαρακτηριστικά του συγκεκριμένου νοσοκομείου.

Επίσης σε έρευνα αναφορικά με την οργανωσιακή κουλτούρα που επικρατεί σε Κέντρα Υγείας της Δυτικής Ελλάδας, σε δείγμα 49 επαγγελματιών υγείας, εξετάστηκαν οι παράγοντες «υποστηρικτικότητα», «καινοτομία», «ανταγωνιστικότητα», «προσανατολισμός στην απόδοση», «σταθερότητα», «έμφαση στην ανταμοιβή» και «κοινωνική ευθύνη». Όπως προέκυψε από την ανάλυση των αποτελεσμάτων ο παράγοντας της υποστηρικτικότητας, είχε το σημαντικότερο ρόλο για τους εργαζομένους και παράλληλα ήταν αυτός που δεν είχε ικανοποιηθεί σε σημαντικό ποσοστό από το εργασιακό περιβάλλον, ενώ ο παράγοντας της καινοτομίας παρουσίαζε αμφισβητήσιμα αποτελέσματα σχετικά με τη σημαντικότητα και την ικανοποίησή του. (Παπαδοπούλου, 2013)

Σε αντίστοιχη έρευνα που αφορούσε την οργανωσιακή κουλτούρα και το βαθμό ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων στην ιδιωτική περίθαλψη της Κύπρου (Κασίνη και συν., 2013) βρέθηκε ότι το προσωπικό των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων θεωρούσε πιο σημαντικό τον «προσανατολισμό στην απόδοση» και λιγότερο σημαντικό τον παράγοντα «ανταγωνιστικότητα». Παρατηρήθηκε ότι κανένας παράγοντας της οργανωσιακής κουλτούρας δεν προαγόταν στο βαθμό που επιθυμούσαν οι εργαζόμενοι.

7.3.2 Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης της Οργανωσιακής Κουλτούρας

Το συγκεκριμένο εργαλείο (Organizational Culture Assessment instrument, OCAI) των Cameron και Quinn στηρίζεται στη θεωρία του πλαισίου των ανταγωνιστικών αξιών (competing values framework) και επιχειρεί:

- Να εντοπίσει τους παράγοντες που επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα του οργανισμού,
- Αναγνωρίζει ότι οι οργανισμοί είναι δυναμικοί και πολύπλοκοι,
- Οδηγούνται ταυτόχρονα σε ανταγωνιστικές κατευθύνσεις και ότι
- Ο ηγέτης του οργανισμού οφείλει να διαθέτει συμπεριφορική ηγετική πολυπλοκότητα στο εν λόγω παράδοξο επιχειρησιακό περιβάλλον.

Η θεωρία των ανταγωνιστικών αξιών θεωρείται ως ένα πλέγμα που διακρίνεται σε τέσσερα μοντέλα κουλτούρας:

- Γενιάς (Clan, συμμετοχική, ιεραρχική κουλτούρα, βασίζεται στην συνεργασία),
- Ανοιχτού συστήματος (Adhocracy, προσαρμοστική κουλτούρα, βασίζεται στη δημιουργία),
- Αγοράς (Market, βασίζεται στον ανταγωνισμό) και
- Ιεραρχίας (Hierarchy, βασίζεται στον έλεγχο)

Επίσης προβάλλει και τις δύο διαστάσεις του οργανισμού (εστίαση στο εσωτερικό περιβάλλον και εστίαση στο εξωτερικό περιβάλλον). (Lawrence KA, et al., 2009) Κάθε μοντέλο εκπροσωπεί μια φιλοσοφική θεώρηση του τρόπου που λειτουργεί ένας οργανισμός και συνδέεται άμεσα με ένα σύστημα αξιών.

Υποστηρίζεται ότι, όλα τα μοντέλα συνυπάρχουν σε διαφορετικό βαθμό μέσα σε κάθε οργανισμό. (Cameron & Quinn, 2006) Οι Kwan και Walker (2004) θεωρούν ότι αντανakλά μια ισχυρή μεθοδολογική τεχνική για έρευνα της οργανωσιακής κουλτούρας ενώ οι O'Neill και Quinn (1993) υποστηρίζουν ότι το εργαλείο αντικατοπτρίζει την πολυπλοκότητα που αντιμετωπίζουν κάθε ημέρα οι εργαζόμενοι στους υγειονομικούς σχηματισμούς.

Σε έρευνα του Acar (2014) που πραγματοποιήθηκε στην Τουρκία σε 99 δημόσιες και ιδιωτικές νοσηλευτικές μονάδες χρησιμοποιήθηκε ως εργαλείο μέτρησης της οργανωσιακής κουλτούρας το Organizational Culture Assessment instrument. Έλαβαν μέρος 512 συμμετέχοντες. Το 64,37% των ερωτηθέντων ήταν γυναίκες, το 35,63% άνδρες, το 31,46% ανήκε στην ηλικιακή ομάδα 30-39 ετών και το 49,17% ήταν νοσηλευτικό προσωπικό. Επρόκειτο για δείγμα που αντιπροσώπευε νέους, μεσαίου και ανώτατου εκπαιδευτικού επιπέδου εργαζόμενους στα νοσοκομεία.

Βρέθηκε ότι η κυρίαρχη οργανωτική κουλτούρα ήταν αυτή της ιεραρχίας και ακολουθούσαν της αγοράς και η συμμετοχική που βασίζεται στη συνεργασία. Η ερμηνεία που δόθηκε ήταν ότι, η υγειονομική περίθαλψη είχε ως βάση τη σταθερότητα, την τάξη και τον έλεγχο με τους ερευνητές να τονίζουν το παράδοξο της επικράτησης της ιεραρχικής κουλτούρας σε οργανισμούς που χαρακτηρίζονται από ευελιξία, διακριτικότητα και δυναμισμό στο χώρο της υγείας.

Επίσης σε μελέτη που έγινε από τους Gavrilescu & Barbul (2010) στο County Emergency Hospital "Dr. Constantin Opris" της Ρουμανίας με τη χρήση του OCAI και ημιδομημένες συνεντεύξεις αναφορικά με την τρέχουσα και επιθυμητή κουλτούρα του οργανισμού, βρέθηκε ότι ο οργανισμός παρουσίαζε μια αναντιστοιχία μεταξύ της τρέχουσας κουλτούρας του οργανισμού και της οργανωτικής κουλτούρας που προτιμούσαν οι εργαζόμενοι. Υπήρχε στροφή προς την εσωτερική εστίαση και τον έλεγχο με επιθυμητή δηλούμενη κατάσταση την ευελιξία και την εσωτερική εστίαση. Τα αποτελέσματα έδειξαν έναν οργανισμό με έντονες γραφειοκρατικές προεκτάσεις, με ανάγκη για σταθερότητα και προβλεψιμότητα, ισορροπία και συναίνεση.

Η ανάλυση περιεχομένου των συνεντεύξεων αποκάλυψε μειωμένη ικανοποίηση των εργαζομένων όσον αφορά το έργο τους που οφειλόταν σε μεγάλο βαθμό στην έλλειψη διαπροσωπικών σχέσεων, έλλειψη επικοινωνίας και στο στύλ ηγεσίας. Το νοσοκομείο "County Emergency Hospital "Dr. Constantin Opris" είχε τα χαρακτηριστικά μιας αδύναμης κουλτούρας με έντονες ιεραρχικές προθέσεις, έλλειψη προσανατολισμού προς την αγορά, αποθάρρυνση της πρωτοβουλίας, έλλειψη κινήτρων και δυσκολίες στην επικοινωνία. (Gavrilescu & Barbul, 2010)

Οι Γούλα, και συν., (2014) σε μελέτη που πραγματοποίησαν σε είκοσι γενικά δημόσια νοσοκομεία του λεκανοπεδίου Αττικής, διάρκειας εννέα μηνών με τη μέθοδο της αυτοαναφοράς έκαναν χρήση του OCAI. Στην έρευνα συμμετείχαν 541 άτομα, από τα οποία 231 (42,7%) ήταν άνδρες και 310 (57,3%) ήταν γυναίκες. Ποσοστό 57,3% ανήκε σε στελέχη της ανώτερης διοικητικής ιεραρχίας (προϊστάμενοι και τομεάρχες) και το υπόλοιπο ποσοστό (42,7%) ανήκε σε στελέχη της ανώτατης διοικητικής ιεραρχίας (υποδιευθυντές, αναπληρωτές διευθυντές και διευθυντές). Στην ηλικιακή ομάδα των 45-54 ετών ανήκε το 45,1% του δείγματος, στην ομάδα των 55-64 ετών ανήκε το 30,7%, στην ομάδα των 35-44 ετών το 22%, στην ομάδα των 25-34 ετών το 1,8% και, τέλος, στην ηλικιακή ομάδα των 65 ετών και άνω ανήκε το 0,4%. Το 51% του δείγματος διέθετε πτυχίο από την τριτοβάθμια εκπαίδευση, το 19,6% είχε μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών και το 28,7% διέθετε διδακτορικό τίτλο σπουδών. Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (58%) είχε εργασιακή εμπειρία σε δημόσιο νοσοκομείο ≥ 25 ετών, ενώ το 42% διέθετε εργασιακή εμπειρία < 25 ετών.

Σε σύνολο 541 συμμετεχόντων, το 47,05% θεωρούσε ότι η οργανωσιακή κουλτούρα που κυριαρχεί στον οργανισμό ήταν το γραφειοκρατικό μοντέλο (κουλτούρα ιεραρχίας). Ακολουθούσε το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων (κουλτούρα γενιάς) σε ποσοστό 23,76%, ενώ το μοντέλο του ανοικτού συστήματος, καθώς και το μοντέλο των στόχων/αποδοτικότητας (κουλτούρα αγοράς) σημείωσαν ποσοστά 11,79% και 17,30%, αντίστοιχα. Στην επιθυμητή κατάσταση, το μοντέλο της οργανωσιακής κουλτούρας που επιθυμούσαν τα στελέχη ήταν αυτό των ανθρωπίνων πόρων (31,11%). Ακολουθούσε το μοντέλο του ανοικτού συστήματος (25,08%), το μοντέλο των στόχων/αποδοτικότητας (κουλτούρα αγοράς) (24,42%) και τελευταίο το γραφειοκρατικό μοντέλο (ιεραρχίας), με ποσοστό μόλις 19,40%.

Η Δέδη (2009) σε έρευνα που διεξήγαγε σχετικά με την οργανωσιακή κουλτούρα στο νοσοκομείο «Υγεία» σε δείγμα σαράντα στελεχών (διευθυντών, υποδιευθυντών και προϊστάμενων) χρησιμοποίησε επίσης ως βάση το μοντέλο των Cameron & Quinn. Σύμφωνα με τα αποτελέσματά της βρέθηκε έμφαση στην απόδοση με σαφή προσανατολισμό στην κουλτούρα αγοράς και τον ανταγωνισμό ενώ η ιδανική κατάσταση για τα στελέχη, εργαζομένους ήταν η κουλτούρα γενιάς, ένα μοντέλο με χαρακτηριστικά την αμοιβαία εμπιστοσύνη και την μεταξύ τους ομαδικότητα.

Η Δρακάκη (2016) σε μελέτη της διερεύνησε την υφιστάμενη οργανωσιακή κουλτούρα ενός δημόσιου νοσοκομείου όπως την καταγράφουν οι εργαζόμενοι σε μονάδες εντατικής νοσηλείας νεογνών καθώς και την σχέση της με το επίπεδο της επαγγελματικής εξουθένωσής τους. Η έρευνα βασίστηκε σε πρωτογενή δεδομένα ενός δείγματος 76 επαγγελματιών υγείας μονάδων εντατικής νοσηλείας νεογνών (Γ.Ν.Μ. «Έλενα Βενιζέλου» και Γ.Ν.Π. «Η Αγία Σοφία») με εργαλεία συλλογής δεδομένων το ερωτηματολόγιο OCAI και την κλίμακα επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach. Βρέθηκε ότι η κλίμακα της ανταγωνιστικότητας (κουλτούρα ανοικτού συστήματος) στον

οργανισμό σχετιζόταν με τη συναισθηματική εξουθένωση και οριακά με την αποπροσωποποίηση των εργαζομένων.

Συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση της Γαβριήλ, και συν., (2015) που αφορούσε την οργανωσιακή κουλτούρα του νοσηλευτικού προσωπικού στο χώρο του νοσοκομείου και συμπεριέλαβε 32 άρθρα κατέληξε ότι, το νοσηλευτικό προσωπικό πιο συχνά αντιλαμβάνεται την οργανωσιακή κουλτούρα ως ομαδική ή ανθρωπίνων σχέσεων ή και εποικοδομητική. Διαφάνηκε να κυριαρχούν οι διαστάσεις της κουλτούρας της εκπλήρωσης και η ανθρωποκεντρική, όπου ο ασθενής βρίσκεται στο επίκεντρο και πρέπει να ικανοποιηθούν οι ανάγκες του. Ωστόσο, σε κάποιες έρευνες καταγράφηκε υψηλότερη μέση βαθμολογία στην ιεραρχική και τη γραφειοκρατική κουλτούρα, με σημαντικές διαστάσεις την πίστη στους κανονισμούς και στην υπηρεσία. Παράλληλα, φάνηκε να παρουσιάζουν τα υψηλότερα επίπεδα κουλτούρας δέσμευσης από όλο το υγειονομικό προσωπικό, ενώ προσδιορίζονταν περισσότερο στενά με την κουλτούρα του τμήματός τους παρά του νοσοκομείου στο σύνολό του.

7.3.3 Ερωτηματολόγιο Organizational Culture Inventory

Το εργαλείο (Organizational Culture Inventory O.C.I.) δημιουργήθηκε ως αποτέλεσμα παραγοντικής ανάλυσης των Cooke, R.A., Lafferty, J.C., (1987) και είναι ένα αρκετά διαδομένο ερευνητικό εργαλείο. Το OCI 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. Έχει δύο διαστάσεις, η πρώτη διαχωρίζει το ενδιαφέρον για τα άτομα, με το ενδιαφέρον για τα καθήκοντα, ενώ 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 έναν οργανισμό.

Το OCI, μετράει 12 ομάδες (συμπεριφορικά πρότυπα), που κυριαρχούν στον οργανισμό, ως προς τις θεματικές ενότητες: κουλτούρα διαπροσωπικών σχέσεων, αντιδραστική κουλτούρα, ανθρωπιστική κουλτούρα, κουλτούρα εξουσίας, κουλτούρα αποδοχής, ανταγωνιστική κουλτούρα, συμβατική κουλτούρα, κουλτούρα τελειομανίας, κουλτούρα εξάρτησης, κουλτούρα επίτευξης, κουλτούρα αποφυγής και κουλτούρα αυτοπραγμάτωσης. Περιλαμβάνει 126 προτάσεις που αξιολογούν τις προσδοκίες και τις νόρμες που κυριαρχούν στον εργασιακό χώρο και είναι πιθανό να επηρεάσουν τον τρόπο σκέψης και συμπεριφοράς των εργαζομένων.

Στην Ελλάδα, το συγκεκριμένο εργαλείο προσαρμόστηκε και μεταφράστηκε από την κ. Ξενικού. (2005) Σε σχέση με τις κατηγοριοποιήσεις, ικανοποίηση - ασφάλεια και καθήκοντα - άτομα, οι 12 ομάδες κανονιστικών “πιστεύω” (normative beliefs) και συμπεριφοριστικών προσδοκιών (behavioral expectations), κατηγοριοποιούνται σε τρεις γενικούς τύπους οργανωτικής κουλτούρας: Την εποικοδομητική κουλτούρα

(constructive culture), η οποία συντίθεται από την κουλτούρα επίτευξης, την κουλτούρα αυτοπραγμάτωσης, την κουλτούρα παροχής βοήθειας και την κουλτούρα διαπροσωπικών σχέσεων. Την παθητική - αμυντική κουλτούρα (passive-defensive culture), η οποία συντίθεται από την κουλτούρα αποδοχής, την συμβατική κουλτούρα, την κουλτούρα εξάρτησης και την κουλτούρα αποφυγής. Επίσης την επιθετική-αμυντική κουλτούρα (aggressive-defensive culture), η οποία αποτελείται από την αντιδραστική κουλτούρα, από την κουλτούρα εξουσίας, την ανταγωνιστική κουλτούρα και την κουλτούρα τελειομανίας.

Σε έρευνα του Ροβίθη (2015) αναφορικά με τη μέτρηση της οργανωτικής κουλτούρας, της ασάφειας και συγκρούσης ρόλων στο προσωπικό των κέντρων υγείας της Κρήτης, με χρήση του Organizational Culture Inventory O.C.I. βρέθηκε ως επικρατούσα μία οργανωτική κουλτούρα που χαρακτηριζόταν από συνδυασμό της επιθετικής-παθητικής κουλτούρας και της παθητικής-αμυντικής κουλτούρας. Υψηλότερες εκατοστιαίες θέσεις στο συνολικό προφίλ των Κέντρων Υγείας, καταλάμβανε η κουλτούρα αποφυγής και η κουλτούρα εξουσίας και ακολουθούσαν η κουλτούρα αποδοχής και η ανταγωνιστική κουλτούρα. Τα συμπεριφοριστικά πρότυπα που συνθέτουν την εποικοδομητική κουλτούρα και χαρακτηρίζουν ένα υγιή οργανισμό, καταγράφηκαν στις μέσες εκατοστιαίες θέσεις, με διαφοροποιήσεις στο βαθμό των συμπεριφοριστικών προτύπων ανά Κέντρο Υγείας.

7.3.4 Ερωτηματολόγιο Μέτρησης Κλίματος Ασφάλειας

Πρόκειται για ένα εργαλείο μέτρησης του κλίματος ασφάλειας, που αποτελεί παράμετρο της οργανωσιακής κουλτούρας και 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 του οργανισμού. Έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως σε πληθώρα ερευνών με αντικείμενο την κουλτούρα 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 βελτίωσης και τι κλίμα ασφάλειας σε οργανισμούς υγείας. (Sexton, Thomas, et al., 2000)

Το πρωτότυπο ερωτηματολόγιο αναπτύχθηκε από τους Sorra και Nieva (2004) και χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά, στην πολυκεντρική μελέτη των εν λόγω ερευνητών, σε 12 νοσοκομεία των ΗΠΑ που δημοσιεύθηκε το 2004. Έκτοτε έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως τόσο στις ΗΠΑ, όσο και στην Ευρώπη (Ολλανδία, Δανία, Ελβετία κ.λπ.), καθώς θεωρείται ότι οι ψυχομετρικές του ιδιότητες είναι επαρκέστερα τεκμηριωμένες σε σύγκριση με αυτές παρόμοιων εργαλείων.

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 12 διαστάσεις (κουλτούρας ασφάλειας), οι οποίες είναι οι εξής: Συνεργασία και ομαδική εργασία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου,

συνεργασία και ομαδική εργασία εντός των τμημάτων του νοσοκομείου, μεταφορές και διακομιδές ασθενών εντός του νοσοκομείου, συχνότητα αναφοράς λαθών, μη τιμωρητική αντίδραση στα λάθη, ανοιχτή επικοινωνία, ανάδραση και επικοινωνία για τα λάθη, οργανωσιακή μάθηση, συνεχής βελτίωση, προσδοκίες και δράσεις των προϊσταμένων/διευθυντών σε ότι αφορά την ασφάλεια του ασθενή, υποστήριξη της διοίκησης του νοσοκομείου σε θέματα ασφάλειας του ασθενή, στελέχωση, συνολική αντίληψη της ασφάλειας. Αυτές οι διαστάσεις ελέγχονται με 42 στοιχεία (ερωτήσεις) ομαδοποιημένα σε τέσσερα επίπεδα που είναι τα εξής: επίπεδο νοσηλευτικής μονάδας (τμήματος), επίπεδο νοσοκομείου, επίπεδο αποτελεσμάτων και επίπεδο διαφόρων άλλων μετρήσεων.

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο χρησιμοποιήθηκε σε μελέτη της Νταντανά (2010) στο νοσοκομείο Παπαγεωργίου στη Θεσσαλονίκη, με 292 συμμετέχοντες από το σύνολο του προσωπικού και θέμα την έρευνα κουλτούρας ασφάλειας του ασθενή. Σύμφωνα με τα αποτελέσματά της μελέτης βρέθηκε ότι, αναφορικά με τις αντιλήψεις του προσωπικού κύριο εύρημα ήταν ότι, η απόδοση του νοσοκομείου στα θέματα ασφάλειας του ασθενή θεωρούνταν ικανοποιητική, ότι η επικοινωνία για τα συγκεκριμένα θέματα ήταν σε ικανοποιητικό επίπεδο και ότι η στάση των προϊσταμένων/διευθυντών των τμημάτων ήταν θετική. Με σχετικά αρνητική βαθμολογία αξιολόγησαν οι συμμετέχοντες τη στάση της διοίκησης ως προς τα θέματα ασφάλειας, τη συνεργασία μεταξύ τμημάτων και προσωπικού και τη δημιουργία κλίματος μη τιμωρητικής αντίδρασης.

7.3.5 Ερωτηματολόγιο Οργανωσιακής Κουλτούρας FOCUS

Το Ερωτηματολόγιο Οργανωσιακής Κουλτούρας FOCUS, δημιουργήθηκε από τον Van Muijen et al., το 1999 και αποτελείται από τέσσερις υποκλίμακες που μετρούν τις πρακτικές και τις αξίες που αφορούν τους προσανατολισμούς των στόχων, των κανόνων, της καινοτομίας και της υποστήριξης. Έχει δύο μέρη, με το πρώτο να μετράει τις πρακτικές του οργανισμού (40 ερωτήματα) και το δεύτερο (35 προτάσεις συμφωνίας) τις αξίες του. (Van Muijen, et al., 1999)

Σε έρευνα της Ματζιάρη (2014) βρέθηκε ότι οι πρακτικές και οι αξίες με προσανατολισμό στην υποστήριξη, συσχετίζονται σημαντικά αρνητικά με την επαγγελματική εξουθένωση. Η τελευταία σύμφωνα με τα αποτελέσματα είναι λιγότερο πιθανή όταν η εργασιακή ομάδα χαρακτηρίζεται από αμοιβαία κατανόηση, από άτυπες επικοινωνίες, από αποδοχή της επιτυχίας, από ενδιαφέρον για τους συναδέλφους και αμοιβαία εμπιστοσύνη, από αμοιβαία εμπιστοσύνη, από αμοιβαία υποστήριξη στην επίλυση των προβλημάτων στον εργασιακό χώρο και καλές διαπροσωπικές σχέσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

8.1 Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της σχέσης της οργανωσιακής κουλτούρας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στο χώρο της υγείας και κοινωνικής πρόνοιας.

8.2 Ερευνητικές υποθέσεις

Τέθηκαν οι κάτωθι ερευνητικές υποθέσεις:

- H1.* Υπάρχει θετική συσχέτιση από την αλληλεπίδραση μεταξύ, του προμηθευτή των υπηρεσιών υγείας και του χρήστη των υπηρεσιών στο πεδίο της παροχής πληροφόρησης;
- H2.* Υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ της σημαντικότητας της παρεχόμενης φροντίδας, της σχετικής με τις κλινικές ανάγκες του ασθενούς με δεδομένη την παρούσα γνώση, με τη διαδικασία διαρκούς αξιολόγησης, βελτίωσης και ελέγχου, ακόμη και μετά το πέρας της θεραπείας ενός ασθενούς;
- H3.* Υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ της κατάλληλης και διαθέσιμης φροντίδας υγείας, με τις κλινικές ανάγκες του ασθενούς και τη διαδικασία διαρκούς αξιολόγησης, βελτίωσης και ελέγχου, ακόμη και μετά το πέρας της θεραπείας ενός ασθενούς;
- H4.* Υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ της καταλληλότητας και της διαθεσιμότητας της παρεχόμενης φροντίδας, ώστε να ικανοποιεί τις ανάγκες του ασθενούς που εξυπηρετείται σε μακροχρόνια βάση;
- H5.* Υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών και της αναφερόμενης (υφιστάμενης και επιθυμητής) οργανωσιακής κουλτούρας;
- H6.* Υπάρχει συμφωνία μεταξύ της υφιστάμενης και της επιθυμητής κουλτούρας;
- H7.* Είναι η παρούσα οργανωσιακή κουλτούρα των υπηρεσιών υγείας προσανατολισμένη στους κανόνες, τη σταθερότητα και τη γραφειοκρατία (κουλτούρα ιεραρχίας);
- H8.* Έχουν οι οργανισμοί υγείας προσανατολισμό την ικανοποίηση του πελάτη μέσω της επίτευξης στόχων (κουλτούρα αγοράς);

H9. Έχουν οι οργανισμοί υγείας προσανατολισμό στην ικανοποίηση και την υποστήριξη των εργαζομένων (κουλτούρα γενιάς) την ευελιξία και την καινοτομία;

8.3 Μεθοδολογία της έρευνας

Για τη διεξαγωγή της παρούσας μελέτης κρίθηκε ως πιο κατάλληλη η χρήση της ποσοτικής μεθόδου, η οποία αναζητά τις σχέσεις μεταξύ μεταβλητών, θέτοντας τις ερευνητικές υποθέσεις, εξετάζει την ορθότητά τους, και μελετά τη σχέση τους μέσα από την ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας. Στην ποσοτική έρευνα ο ερευνητής (α) παραμένει σε απόσταση και δεν επηρεάζει με οποιονδήποτε τρόπο τη συλλογή των δεδομένων, (β) συλλέγει τα δεδομένα με διάφορα εργαλεία μέτρησης, όπως το ερωτηματολόγιο και (γ) αναλύει τα δεδομένα χρησιμοποιώντας στατιστικές τεχνικές, οι οποίες βοηθούν στην εξαγωγή των συμπερασμάτων (Ζαφειρόπουλος, 2015)

Η ποσοτική μέθοδος έχει ως στόχο την πρόβλεψη και τον έλεγχο της πραγματικότητας με τη χρήση μίας ή περισσότερων μεταβλητών που σχετίζονται με ένα φαινόμενο. Για τον λόγο αυτό, επιδιώκεται όσο το δυνατόν μεγαλύτερο δείγμα συμμετεχόντων, ώστε να υπάρχει μεγαλύτερη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων (Cohen, Manion & Morrison, 2007). Το γεγονός της εύκολης πρόσβασης σε ένα σχετικά μεγάλο δείγμα συμμετεχόντων αποτέλεσε έναν από τους παράγοντες επιλογής της συγκεκριμένης μεθόδου για τη διεξαγωγή της μελέτης.

8.3.1 Το δείγμα της έρευνας - Συλλογή των δεδομένων

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από το Δεκέμβριο του 2017 έως και το τέλος Ιανουαρίου του 2018 σε επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε δημόσιους και ιδιωτικούς υγειονομικούς οργανισμούς / υπηρεσίες υγείας. Οι συμμετέχοντες ανήκουν στο ανώτατο, ανώτερο και μεσαίο στελεχιακό δυναμικό του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα.

Η σύνταξη και η διακίνηση του ερωτηματολογίου έγινε με τη χρήση ηλεκτρονικής φόρμας, (από την σουίτα της Google, το Google Forms) στον πρόλογο της οποίας δίνονταν πληροφορίες για το σκοπό της μελέτης, αλλά και με διανομή έντυπου υλικού (ερωτηματολογίου) των οποίων τα συλλεγόμενα στοιχεία συμπεριλήφθησαν σε δεύτερο χρόνο στην ηλεκτρονική φόρμα.

Συνολικά συλλέχθηκαν 155 ερωτηματολόγια. Η συμμετοχή ήταν εθελοντική και τηρήθηκε η ανωνυμία. Για τη διεξαγωγή της μελέτης λήφθηκε η άδεια της Ειδικής Διατμηματικής Επιτροπής του Π.Μ.Σ. «ΔΙ.Μ.Υ.ΚΟΙ.Π.»

8.3.2 Το ερευνητικό εργαλείο

Στην παρούσα εργασία ακολουθήθηκε η μέθοδος της ποσοτικής πρωτογενούς έρευνας με τη χρήση δομημένου ερωτηματολογίου ώστε η συλλογή των πληροφοριών να είναι ενιαία, ομοιόμορφη και οι πληροφορίες συγκρίσιμες. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από μία σειρά ερωτήσεων σχετικά με ένα θέμα στις οποίες οι συμμετέχοντες στην έρευνα κλήθηκαν να απαντήσουν γραπτά και μέσω των απαντήσεων επιδιώκεται η συλλογή των αναγκαίων ερευνητικών πληροφοριών. Αποτελεί την πλέον ενδεδειγμένη μέθοδο συλλογής πληροφοριών καθώς μπορεί να συγκεντρώσει πληροφορίες από ένα μεγάλο δείγμα.

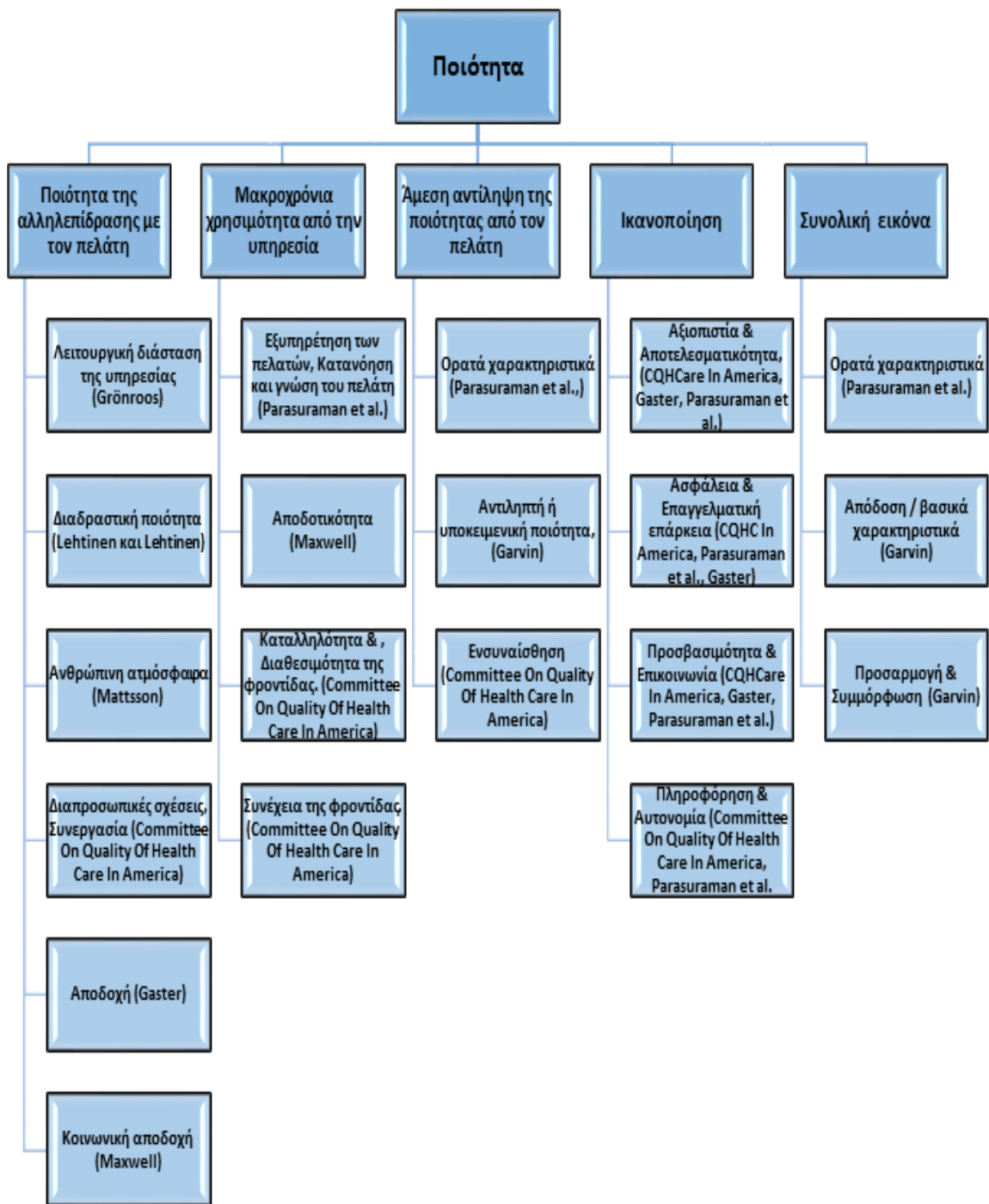
Στο πλαίσιο αυτό, το ερωτηματολόγιο αποτελεί το μέσο που μετατρέπει τις πληροφορίες που δίνουν τα άτομα σε δεδομένα, τα οποία στη συνέχεια χρησιμοποιούνται για ανάλυση και εξαγωγή συμπερασμάτων (Αναστασιάδου, 2012) Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από ερωτήσεις κλειστού τύπου (closed - ended questions), δηλαδή ερωτήσεις στις οποίες το δείγμα κλήθηκε να απαντήσει μεταξύ των ορισμένων επιλογών που έχουν δοθεί. Οι ερωτήσεις κλειστού τύπου περιορίζουν μεν την ελευθερία των απαντήσεων, καθώς οι συμμετέχοντες στην έρευνα απαντούν με τις επιλογές που έχουν δοθεί, ωστόσο με αυτόν τον τρόπο καθίσταται εφικτή η σύγκριση των απαντήσεων και η εξαγωγή των σκορ ποιότητας και οργανωσιακής κουλτούρας.

Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε τρία διακριτά μέρη.

Στο πρώτο τμήμα οι συμμετέχοντες παρείχαν στοιχεία που αφορούσαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους, την ηλικία, το φύλο, την εκπαίδευση, τη θέση στην υπηρεσία τους και τα έτη εμπειρίας. Στο δεύτερο τμήμα υπήρχαν ερωτήσεις εκτίμησης της αντιληπτής ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών των ερωτώμενων προς τους λήπτες των υπηρεσιών υγείας και στο τρίτο τμήμα ερωτήσεις διερεύνησης της οργανωσιακής κουλτούρας του οργανισμού τους.

Στο δεύτερο τμήμα που αφορούσε τη διερεύνηση της ποιότητας, δημιουργήθηκε ερωτηματολόγιο μετά από προηγούμενη κριτική και αναλυτική επισκόπηση της αντίστοιχης βιβλιογραφίας και ειδικότερα των διαστάσεων της ποιότητας. Αυτό, αποτελείτο από 25 ερωτήσεις οι οποίες ομαδοποιήθηκαν σε πέντε διακριτές κατηγορίες / κριτήρια που αντανakλούσαν / περιλάμβαναν τις κοινές διαστάσεις της ποιότητας. Οι κατηγορίες που δημιουργήθηκαν με τις διαστάσεις που περιλάμβαναν ήταν οι: (Σχήμα 17)

- Η ποιότητα της αλληλεπίδρασης με τον πελάτη
- Η άμεση αντίληψη της ποιότητας από τον πελάτη
- Η μακροχρόνια χρησιμότητα από την υπηρεσία
- Ικανοποίηση και
- Συνολική εικόνα



Σχήμα 17. Σχηματική παράσταση των κατηγοριών και διαστάσεων, του ερωτηματολογίου της ποιότητας. Πηγή: Κουλούρη (2018)

Όλα τα στοιχεία ήταν ουδέτερα διατυπωμένα. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν στις ερωτήσεις των τριών πρώτων κατηγοριών (η ποιότητα της αλληλεπίδρασης με τον πελάτη, η άμεση αντίληψη της ποιότητας από τον πελάτη και συνολική εικόνα) με τη χρήση μιας πενταβάθμιας κλίμακας, όπου το 1 αντιστοιχούσε στο «καθόλου», το 2 στο «λίγο», το 3 στο «μέτρια», το 4 στο «πολύ» και το 5 στο «απόλυτα».

Οι απαντήσεις των επόμενων δύο κατηγοριών (η μακροχρόνια χρησιμότητα από την υπηρεσία και η ικανοποίηση) παρέχονταν σε μια πενταβάθμια κλίμακα, όπου το 1 αντιστοιχούσε στο «διαφωνώ απόλυτα», το 2 στο «διαφωνώ», το 3 στο «ούτε συμφωνώ/ούτε διαφωνώ», το 4 στο «συμφωνώ» και το 5 στο «συμφωνώ απόλυτα».

Στο τρίτο τμήμα για τη διερεύνηση της οργανωσιακής κουλτούρας χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Organizational Culture Assessment Instrument - OCAI. Το συγκεκριμένο εργαλείο έχει χαρακτηριστεί ως ένα από τα πλέον αξιόπιστα για την μέτρηση και προσδιορισμό της οργανωσιακής κουλτούρας βάσει ποσοτικών δεδομένων ενώ έχει αναπτυχθεί στην τελική του μορφή μέσω εμπειρικής έρευνας στην οργανωσιακή αποτελεσματικότητα. (Reiman 2004) Η χρησιμοποίησή του έχει βρει ευρεία εφαρμογή σε μία σειρά οργανωσιακών ζητημάτων, όπως η κουλτούρα και η ηγεσία, αλλά και σε πιο σύγχρονα ζητήματα, όπως η διαχείριση ανθρωπίνων πόρων, και η ποιότητα ενώ με τη χρήση του συγκεκριμένου εργαλείου έχει επιτευχθεί η συσχέτιση της οργανωσιακής κουλτούρας με μία σειρά διαφορετικών δεικτών οργανωσιακής απόδοσης. (Denison et al., 1991., Panayotopoulou, 2004., Philip, 2004)

Αποτελεί την ποσοτική απεικόνιση της κουλτούρας των επιχειρήσεων, της οποίας κύριο χαρακτηριστικό γνώρισμα είναι ο ποιοτικός χαρακτήρας των παραμέτρων της, καθώς σύμφωνα με τον Denison et al (1991), επιτυγχάνει να αναδείξει ποιοτικές πτυχές ενός οργανισμού, και να τις ομαδοποιήσει σε ξεχωριστές κατηγορίες που στηριζόμενες σε γενικά χαρακτηριστικά μπορούν να εφαρμοστούν σε ποικίλα οργανωσιακά συστήματα. Το ερωτηματολόγιο 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.

Αποτελείται από δύο μέρη. Στο πρώτο 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 την αποτύπωση της επιθυμητής κουλτούρας του οργανισμού. Περιλαμβάνει συνολικά 24 ερωτήσεις, μέσα από τις οποίες προσεγγίζονται οι έξι διαστάσεις- κλειδιά της οργανωσιακής κουλτούρας για το παρόν και το μέλλον. Για κάθε διάσταση δίδεται η δυνατότητα 4 τεσσάρων απαντήσεων τις οποίες μπορούν αξιολογηθούν όπως ο κάθε ερωτώμενος κρίνει, βαθμολογικά από το 0 έως το 100 σε 4 διακριτούς τύπους

οργανισμού, αρκεί το σύνολο και των τεσσάρων απαντήσεων για κάθε διάσταση να είναι το 100. Οι διαστάσεις και τα μοντέλα της οργανωσιακής κουλτούρας είναι:

- Τα κυρίαρχα χαρακτηριστικά ενός οργανισμού
- Η ηγεσία του οργανισμού
- Η οργανωτική ενότητα/συνοχή
- Το στυλ διοίκησης
- Η στρατηγική εστίαση
- Τα κριτήρια της επιτυχίας

Οι απαντήσεις αντιστοιχούν σε τέσσερις διαφορετικούς τύπους οργανωσιακής κουλτούρας με διαφορετικούς προσανατολισμούς, παραδοχές, πρακτικές και αξίες. Οι τέσσερις τύποι οργανωσιακής κουλτούρας είναι: α) το μοντέλο της φυλής, β) το μοντέλο του ανοικτού συστήματος, γ) το μοντέλο της ιεραρχίας και δ) το μοντέλο της αγοράς.

8.4 Στατιστική ανάλυση

Μέσω των προαναφερθέντων ερευνητικών εργαλείων και του ερωτηματολογίου που σχεδιάστηκε και δημοσιεύτηκε στην ηλεκτρονική πλατφόρμα Google Forms, συλλέχθηκαν στοιχεία και δημιουργήθηκε ένα δείγμα από 155 άτομα, με ερωτήσεις Δημογραφικών Χαρακτηριστικών (ηλικιακή ομάδα, επίπεδο σπουδών, εργασιακή διάρκεια, κ.α), Χαρακτηριστικά Ποιότητας, Χρησιμότητας, Αντίληψης, Ικανοποίησης, Συνολικής Εικόνας αλλά και Στοιχεία Οργανωσιακής Κουλτούρας.

Για τη Στατιστική Ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το Στατιστικό Πακέτο IBM SPSS Statistics (*version 24*) και πραγματοποιήθηκαν συγκριμένοι έλεγχοι για την ισχυροποίηση της μελέτης μας. Ειδικότερα:

- Η Ανάλυση Περιγραφικών Μέτρων, όλων των ερωτήσεων που χρησιμοποιήθηκαν. Έγινε με την παρουσίαση διαγραμμάτων ποσοστών συχνότητων τα οποία απεικονίζουν τα ποσοστά των απαντήσεων που δόθηκαν σε κάθε ερώτηση.
- Ο Δείκτης Αξιοπιστίας Cronbach's Alpha, έτσι ώστε να ελεγχθεί η αξιοπιστία της εσωτερικής δομής του ερωτηματολογίου.
Ο Cronbach alpha είναι ο πιο ευρέως χρησιμοποιούμενος από τους δείκτες αξιοπιστίας και είναι γενικά αποδεκτό ότι η τιμή του πρέπει να είναι μεγαλύτερη του 0,7. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής τόσο σε μια υποκλίμακα, όσο και σε ολόκληρη κλίμακα εκτιμάται με το συγκεκριμένο συντελεστή που δείχνει την ομοιογένεια μιας κλίμακας. (Litwin, 1995). Για να θεωρείται αποδεκτή η τιμή του Cronbach's Alpha θα πρέπει να είναι >0.7 (Houser, 2008). Όσο μεγαλύτερη είναι η τιμή του συντελεστή Cronbach's Alpha τόσο μεγαλύτερη είναι η

αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής. Όταν ένα εργαλείο μέτρησης εφαρμόζεται για πρώτη φορά σε συγκεκριμένο πληθυσμό, με διαφορετικά πολιτισμικά χαρακτηριστικά και γλώσσα, τότε επιβάλλεται ο έλεγχος της αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής. (Litwin, 1995).

- Συντελεστής Γραμμικής Συσχέτισης Pearson & Spearman, για να ελεγχθεί η ύπαρξη σχέσης ανάμεσα στις μεταβλητές.

Ο Συντελεστής συσχέτισης του Pearson δίνει το μέγεθος γραμμικής συσχέτισης συνεχών μεταβλητών, ενώ ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman δίνει το μέγεθος γραμμικής συσχέτισης ποιοτικών μεταβλητών. Στις περιπτώσεις όπου από τον πληθυσμό επιλέγουμε ένα τυχαίο δείγμα και σε κάθε μονάδα του δείγματος μελετάμε δύο ή περισσότερα χαρακτηριστικά, αναζητούμε μέτρα τα οποία να μπορούν να εκφράσουν και να ποσοτικοποιήσουν την πιθανή συμμεταβολή - συσχέτιση των χαρακτηριστικών (πόσο ισχυρή είναι).

Ο συντελεστής γραμμικής συσχέτισης r δίνει ένα μέτρο του μεγέθους της γραμμικής συσχέτισης μεταξύ δύο μεταβλητών. Παίρνει τιμές στο κλειστό διάστημα $[-1, 1]$.

Αν $r = \pm 1$ υπάρχει τέλεια γραμμική συσχέτιση.

Αν $-0,3 \leq r < 0,3$ δεν υπάρχει γραμμική συσχέτιση. Αυτό, όμως, δεν σημαίνει ότι δεν υπάρχει άλλου είδους συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών.

Αν $-0,5 < r \leq -0,3$ ή $0,3 \leq r < 0,5$ υπάρχει ασθενής γραμμική συσχέτιση.

Αν $-0,7 < r \leq -0,5$ ή $0,5 \leq r < 0,7$ υπάρχει μέση γραμμική συσχέτιση.

Αν $-0,8 < r \leq -0,7$ ή $0,7 \leq r < 0,8$ υπάρχει ισχυρή γραμμική συσχέτιση.

Αν $-1 < r \leq -0,8$ ή $0,8 \leq r < 1$ υπάρχει πολύ ισχυρή γραμμική συσχέτιση.

Θετικές τιμές του r δεν υποδηλώνουν, κατ' ανάγκη μεγαλύτερο βαθμό γραμμικής συσχέτισης από το βαθμό γραμμικής συσχέτισης που υποδηλώνουν αρνητικές τιμές του r . Ο βαθμός γραμμικής συσχέτισης καθορίζεται από την απόλυτη τιμή του r και όχι από το πρόσημο του r . Το πρόσημο του r καθορίζει το είδος, μόνο, της συσχέτισης (θετική ή αρνητική). Μας πληροφορεί δηλαδή για το αν αύξηση της μιας μεταβλητής αντιστοιχεί σε αύξηση ή σε μείωση της άλλης μεταβλητής. Για παράδειγμα η τιμή $r = -0,6$ δείχνει ισχυρότερη γραμμική συσχέτιση από την τιμή $r = 0,8$, ενώ οι τιμές $r = -0,6$ και $r = 0,8$ δείχνουν ίδιο βαθμό γραμμικής συσχέτισης αλλά αντίθετο είδος. (Εμβαλωτής, 2006)

8.5 Έλεγχος μεταβλητών

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος Αξιοπιστίας των στοιχείων με βάση το κριτήριο του Cronbach A και στην συνέχεια έλεγχος συσχετίσεων των μεταβλητών. (Πίνακας 1)

Αυτοί οι δυο έλεγχοι θα μας δώσουν αρχικά κατά πόσο αξιόπιστες είναι οι απαντήσεις που εμφανίζουν τα δεδομένα και στην συνέχεια με τον επόμενο έλεγχο το κατά πόσο η μια μεταβλητή επηρεάζει η μια την άλλη. (Hair et al., 2005) Εφαρμόζοντας λοιπόν τον έλεγχο Cronbach A όπου τα αποτελέσματα θα είναι μικρότερα ή ίσα του 1, έχουμε τα εν λόγω αποτελέσματα του Πίνακα 1. που ακολουθεί.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,910	,913	25

Πίνακας 1. Πίνακας ελέγχου αξιοπιστίας των στοιχείων

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα, το κριτήριο του Cronbach Alpha, μας εμφανίζει την μεταβλητότητα των τιμών που έχουν λάβει και οι 25 ερωτήσεις χαρακτηριστικών της μελέτης μας και οι οποίες εμφανίζουν μεταβλητότητα 91%.

Με βάση την τιμή αυτή και σύμφωνα με την βιβλιογραφία, οι τιμές του δείκτη οι οποίες είναι ίσες ή μεγαλύτερες του 0,7 θεωρούνται ικανοποιητικές. Έτσι σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα η τιμή είναι ιδιαίτερα ικανοποιητική και τα στοιχεία μας είναι αξιόπιστα. Επιπλέον στον πίνακα που ακολουθεί εμφανίζονται αποτελέσματα σε περίπτωση που εξάγουμε από το κριτήριο συγκεκριμένους από τους 16 δείκτες και κατά συνέπεια η τιμή του κριτηρίου του Cronbach Alpha θα μεταβληθεί. (Πίνακας 2)

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Ποιότητα αλληλεπίδρασης με τον πελάτη / χρήστη των υπηρεσιών, Νιώθετε ικανοποιημένος/η από τις υπηρεσίες και την ποσότητα της πληροφόρησης που δόθηκε στον χρήστη;	64,77	137,760	,594		,905
Ποιότητα αλληλεπίδρασης με τον πελάτη / χρήστη των υπηρεσιών, Είστε ικανοποιημένος/η από την αλληλεπίδραση μεταξύ εσάς, του προμηθευτή των υπηρεσιών υγείας και του χρήστη των υπηρεσιών υγείας;	64,72	138,075	,586		,905

Ποιότητα αλληλεπίδρασης με τον πελάτη / χρήστη των υπηρεσιών, Νιώθετε ικανοποιημένος/η από την ανθρώπινη και όχι αυστηρά υπηρεσιακή ατμόσφαιρα που επικρατεί στην υπηρεσία σας;	64,52	136,874	,486	,908
Ποιότητα αλληλεπίδρασης με τον πελάτη / χρήστη των υπηρεσιών, Είστε ικανοποιημένος/η από τις διαπροσωπικές σχέσεις, το συντονισμό των δράσεων και τη συνεργασία του προσωπικού;	64,75	137,732	,449	,909
Ποιότητα αλληλεπίδρασης με τον πελάτη / χρήστη των υπηρεσιών, Είστε ικανοποιημένος/η από τον τρόπο που παρέχεται το σύνολο των φροντίδων (με σεβασμό στην προσωπικότητα και τις ιδιαίτερες ανάγκες) στους λήπτες των υπηρεσιών υγείας;	64,67	138,196	,499	,907
Ποιότητα αλληλεπίδρασης με τον πελάτη / χρήστη των υπηρεσιών, Είναι σημαντική για εσάς η χρήση μέσων και μέτρων προς τους λήπτες των υπηρεσιών, των οποίων η αποδοχή από το κοινωνικό σύνολο θεωρείται δεδομένη;	63,97	138,590	,523	,906
Η μακροχρόνια χρησιμότητα από την υπηρεσία, Είναι σημαντική η πρόθεση και ικανότητα της υπηρεσίας να ικανοποιεί τις ανάγκες των πελατών, ακόμη και όταν είναι εξεζητημένες;	64,02	141,084	,447	,908
Η μακροχρόνια χρησιμότητα από την υπηρεσία, Είναι σημαντική η κατανόηση των αναγκών των πελάτη, των απαιτήσεών του και η παροχή εξατομικευμένων υπηρεσιών;	63,79	140,061	,522	,907
Η μακροχρόνια χρησιμότητα από την υπηρεσία, Θεωρείτε ότι, είναι σημαντική η αναλογία των επιτυχών παρεμβάσεων για έναν ασθενή προς τις πηγές/ πόρους που χρησιμοποιήθηκαν για την παροχή της φροντίδας του;	64,05	141,945	,444	,908
Η μακροχρόνια χρησιμότητα από την υπηρεσία, Θεωρείτε ότι, είναι σημαντικό η φροντίδα που παρέχεται να είναι σχετική με τις κλινικές ανάγκες του ασθενούς και με δεδομένη την παρούσα γνώση;	63,70	138,275	,620	,905
Η μακροχρόνια χρησιμότητα από την υπηρεσία, Θεωρείτε ότι, η κατάλληλη φροντίδα πρέπει να είναι διαθέσιμη ώστε να ικανοποιεί τις ανάγκες του ασθενούς που εξυπηρετείται;	63,62	137,484	,669	,904
Η μακροχρόνια χρησιμότητα από την υπηρεσία, Θεωρείτε ότι, είναι απαραίτητη στις υπηρεσίες υγείας μια συνεχής διαδικασία αξιολόγησης, βελτίωσης και διαρκούς ελέγχου, ακόμη και μετά το πέρας της θεραπείας ενός ασθενούς	63,45	138,158	,644	,904
Η άμεση αντίληψη της ποιότητας από τον πελάτη, Θεωρείτε ότι, η κτιριακή υποδομή, το περιβάλλον, η εμφάνιση του προσωπικού και η κατάσταση του εξοπλισμού διαδραματίζουν πρωτεύοντα ρόλο για τους χρήστες των ΥΥ;	63,99	140,526	,449	,908

Η άμεση αντίληψη της ποιότητας από τον πελάτη, Θεωρείτε ότι, η ανεπαρκής πληροφόρηση του λήπτη ΥΥ για συγκεκριμένες παροχές, τον επηρεάζει, έτσι ώστε να μη βασίζει την επιλογή του σε αντικειμενικά χαρακτηριστικά της ποιότητας;	63,91	143,187	,417	,908
Η άμεση αντίληψη της ποιότητας από τον πελάτη, Θεωρείτε ότι είναι σημαντική η ικανότητα του προσωπικού να μπαίνει στη θέση του χρήστη ΥΥ, να αναγνωρίζει και να καταλαβαίνει τις ανάγκες του;	63,66	141,653	,470	,907
Ικανοποίηση, Είστε ικανοποιημένος/η από την προθυμία, την ακεραιότητα και την καταλληλότητα του τρόπου παροχής των υπηρεσιών υγείας;	64,42	140,635	,494	,907
Ικανοποίηση, Είστε ικανοποιημένος/η από την επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες;	64,86	143,689	,280	,911
Ικανοποίηση, Είστε ικανοποιημένος/η από τον τρόπο που η φροντίδα παρέχεται στον ασθενή;	64,35	138,932	,558	,906
Ικανοποίηση, Θεωρείτε ότι, είναι κατάλληλες οι γνώσεις και οι δεξιότητες των επαγγελματιών που παρέχουν τις υπηρεσίες τους στις υγειονομικές υπηρεσίες;	64,74	142,102	,341	,910
Ικανοποίηση, Είστε ικανοποιημένος/η από τη δυνατότητα των χρηστών υπηρεσιών υγείας να έχουν πρόσβαση στη φροντίδα υγείας στο σωστό χρόνο και τόπο σύμφωνα με τις ανάγκες τους;	64,01	138,708	,540	,906
Ικανοποίηση, Είστε ικανοποιημένος/η από την νέα γνώση που προκύπτει από την εξέλιξη της επιστήμης για την προαγωγή της υγείας του ατόμου;	63,99	138,461	,609	,905
Ικανοποίηση, Νιώθετε ικανοποιημένος/η από τη συμμετοχή του ασθενή στη λήψη αποφάσεων που αφορούν την φροντίδα του;	64,07	139,209	,584	,905
Συνολική εικόνα, Θεωρείτε ότι, η κτιριακή υποδομή, το περιβάλλον, η εμφάνιση του προσωπικού και η κατάσταση του εξοπλισμού διαδραματίζουν πρωτεύοντα ρόλο στις υπηρεσίες υγείας;	64,01	138,708	,540	,906
Συνολική εικόνα, Θεωρείτε ότι, η ποιότητα αποδίδει τα βασικά χαρακτηριστικά που ικανοποιούν τις ανάγκες, τόσο των εσωτερικών, όσο και των εξωτερικών πελατών;	63,99	138,461	,609	,905
Συνολική εικόνα, Θεωρείτε ότι, η προσαρμογή και η συμμόρφωση με τις προδιαγραφές, σχετίζεται με την ποιότητα των διαδικασιών κατά την παροχή των υπηρεσιών;	64,07	139,209	,584	,905

Πίνακας 2. Δείκτης αξιοπιστίας Cronbach Alpha κριτηρίων

Με βάση τα αποτελέσματα του πίνακα και συγκεκριμένα στην τελευταία στήλη αρχικά όλα τα αποτελέσματα εμφανίζονται μεγαλύτερα του 0,7 τα οποία είναι Ικανοποιητικά. Ακόμα ως μέγιστη τιμή εμφανίζονται οι τιμές έχοντας εξάγει από το κριτήριο μας είτε το Χαρακτηριστικό Ικανοποίηση, Είστε ικανοποιημένος/η από την επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες (Cronbach's Alpha = 0,911).

Ωστόσο δεδομένου ότι τα στοιχεία μας και με τα 25 χαρακτηριστικά από τον πρώτο έλεγχο είναι ικανοποιητικά με βάση την αρχική τιμή του κριτηρίου (Cronbach's Alpha = 0,910) διατηρούμε και τα 25 χαρακτηριστικά. Με βάση λοιπόν τα άνωθεν αποτελέσματα οδηγούμαστε στον έλεγχο συσχετίσεων των μεταβλητών (Δεικτών). Αυτό θα μας εμφανίσει το κατά πόσο τα αποτελέσματα του κάθε Δείκτη επηρεάζουν τα αποτελέσματα των υπόλοιπων Δεικτών.

Αξίζει να σημειωθεί πως έγινε έλεγχος συσχετίσεων των Δεικτών και των Δημογραφικών Χαρακτηριστικών αλλά δεν παρουσιάστηκε καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση και ως εκ τούτου οδηγηθήκαμε στον έλεγχο συσχετίσεων των Δεικτών μόνο. Στον παρακάτω πίνακα εμφανίζονται τα αποτελέσματα των υψηλών συσχετίσεων μεταξύ των Χαρακτηριστικών. Οι τιμές που εμφανίζονται για το κριτήριο της συσχέτισης είναι μεγαλύτερες του -1 και μικρότερες του 1, όσο οι τιμές εμφανίζονται κοντά στα άκρα του διαστήματος (-1, 1) αυτός μας εμφανίζει υψηλή συσχέτιση είτε θετική είτε αρνητική.

8.6 Βιοηθική

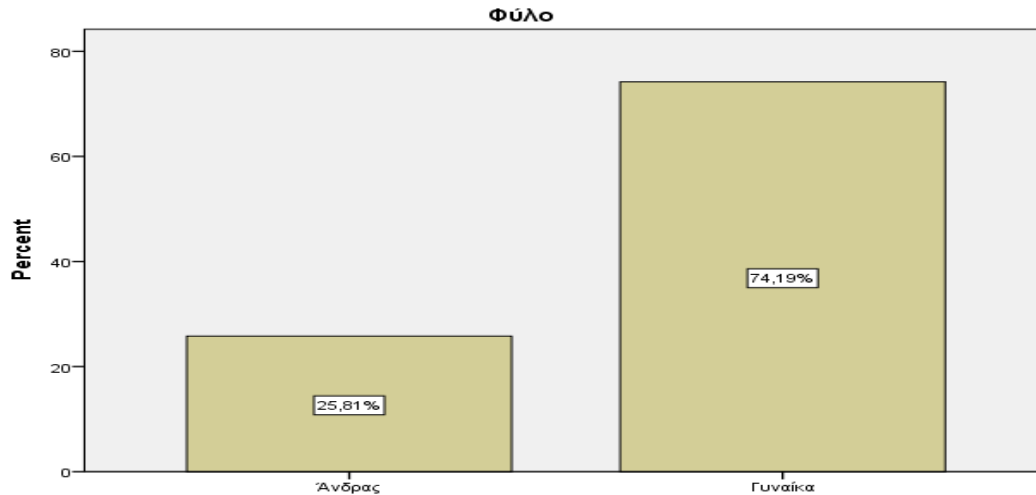
Οι συμμετέχοντες στην έρευνα είχαν το δικαίωμα να μην δεχθούν τη συμμετοχή και να σταματήσουν εάν δεν επιθυμούσαν ή άλλαξαν γνώμη κατά τη διάρκεια της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου. Είχαν, πριν τη συμμετοχή τους, ενημερωθεί με εισαγωγικό σημείωμα σχετικά με τη μελέτη και τη χρήση των αποτελεσμάτων για την προαγωγή και μόνο της επιστημονικής γνώσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

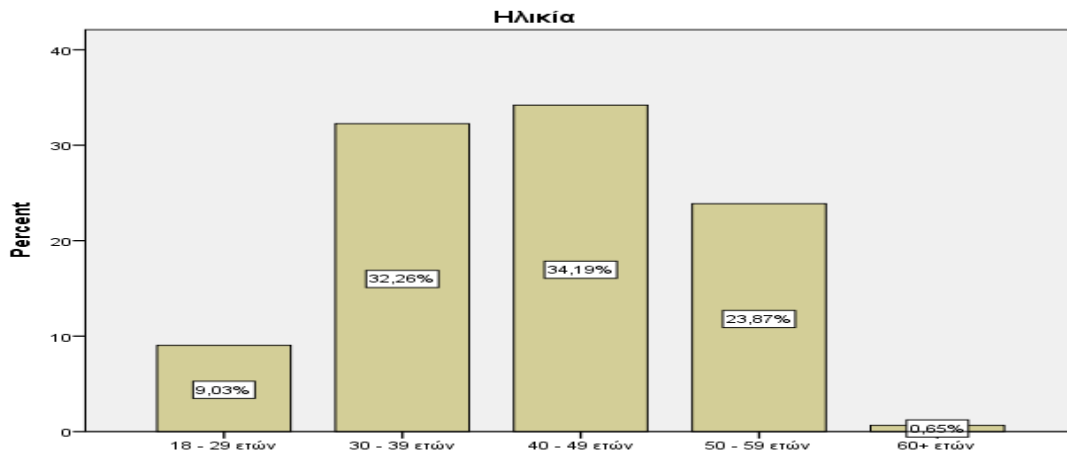
9.1 Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ερώτησης της μεταβλητής του φύλου, 25,81% (n=40) των συμμετεχόντων ήταν άνδρες, ενώ 74,19% (n=115) ήταν γυναίκες. (Διάγραμμα 1)



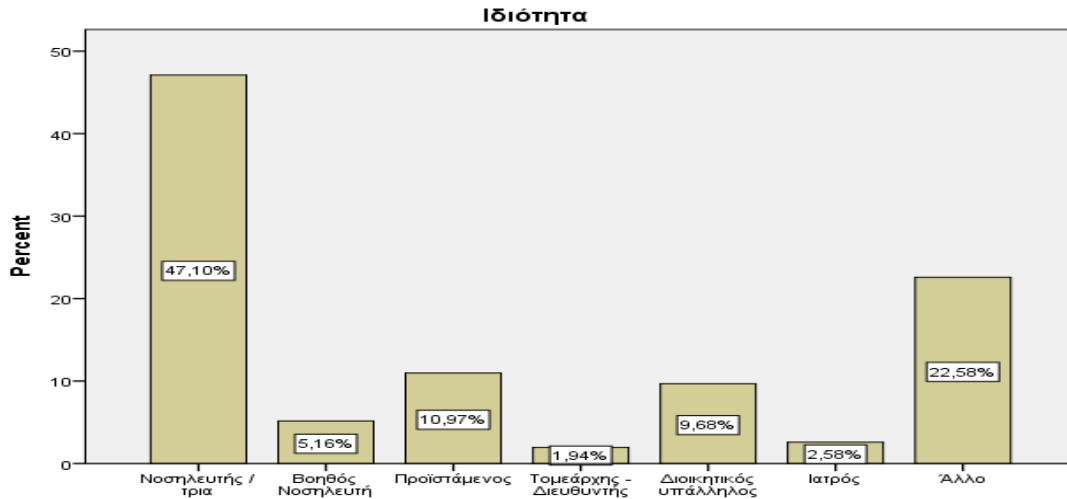
Διάγραμμα 1. Κατανομή με βάση το φύλο

Αναφορικά με τα αποτελέσματα της ερώτησης της ηλικιακής ομάδας, 9,03% (n=14) των συμμετεχόντων ήταν ηλικίας 18 - 29 ετών, 32,26% (n=50) ήταν μεταξύ 30 - 39 ετών, 34,19% (n=53) ήταν μεταξύ 40 - 49 ετών, 23,87% (n=37) ήταν μεταξύ 50 - 59 ετών ενώ 0,65% (n=1) ήταν περισσότερο των 60 ετών. Η πλειοψηφία των ερωτώμενων (n=103) ήταν μεταξύ 30 και 50 ετών. (Διάγραμμα 2)



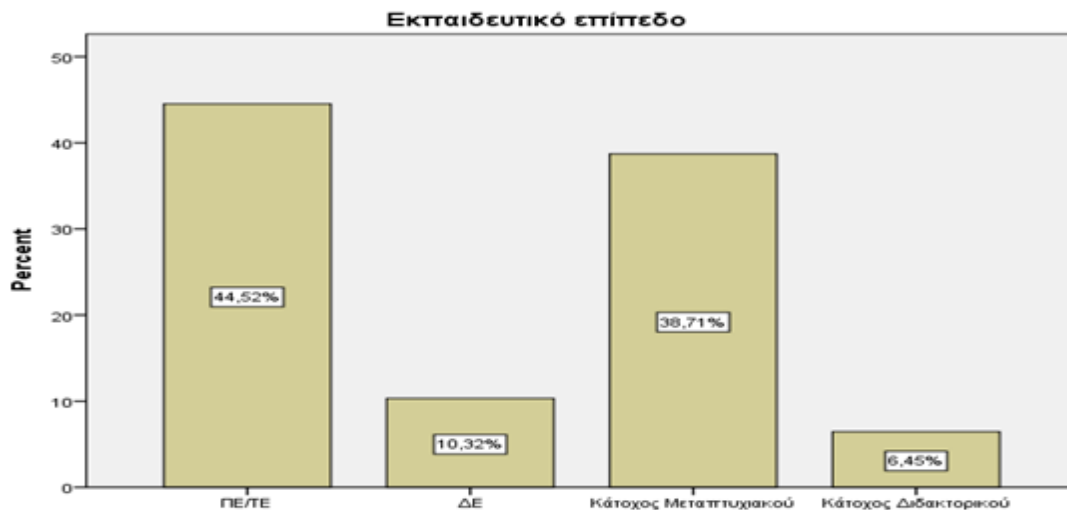
Διάγραμμα 2. Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με την ηλικία

Σύμφωνα με την επαγγελματική ιδιότητα, 47,1% (n=73) των συμμετεχόντων ήταν νοσηλεύτριες/τες, 5,16% (n=8) ήταν Βοηθοί Νοσηλευτών, 10,97% (n=17) ήταν προϊστάμενοι, 1,94% (n=3) ήταν Τομάρχες/Διευθυντές, 9,68% (n=15) ήταν Διοικητικοί υπάλληλοι, 2,58% (n=4) ήταν ιατροί, ενώ 22,58% (n=35) δήλωσαν ότι ήταν κάτι άλλο. (κοινωνικοί λειτουργοί, επισκέπτες υγείας και μαίες) (Διάγραμμα 3)



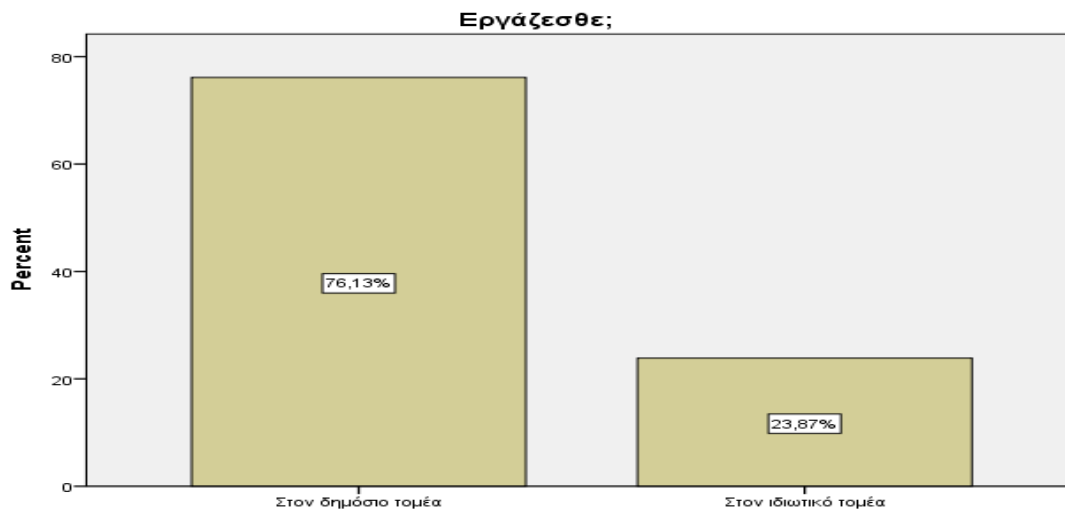
Διάγραμμα 3. Κατανομή με βάση την επαγγελματική ιδιότητα

Σχετικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο, 10,32% (n=16) των συμμετεχόντων ήταν απόφοιτοι Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, 44,52% (n=69) ήταν κάτοχοι Πτυχίου ΑΤΕΙ ή ΑΕΙ, 38,71% (n=16) ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών ενώ 6,45% (n=10) ήταν κάτοχοι Διδακτορικού τίτλου σπουδών. Παρατηρείται ένα εξαιρετικά υψηλό επίπεδο σπουδών (Διάγραμμα 4)



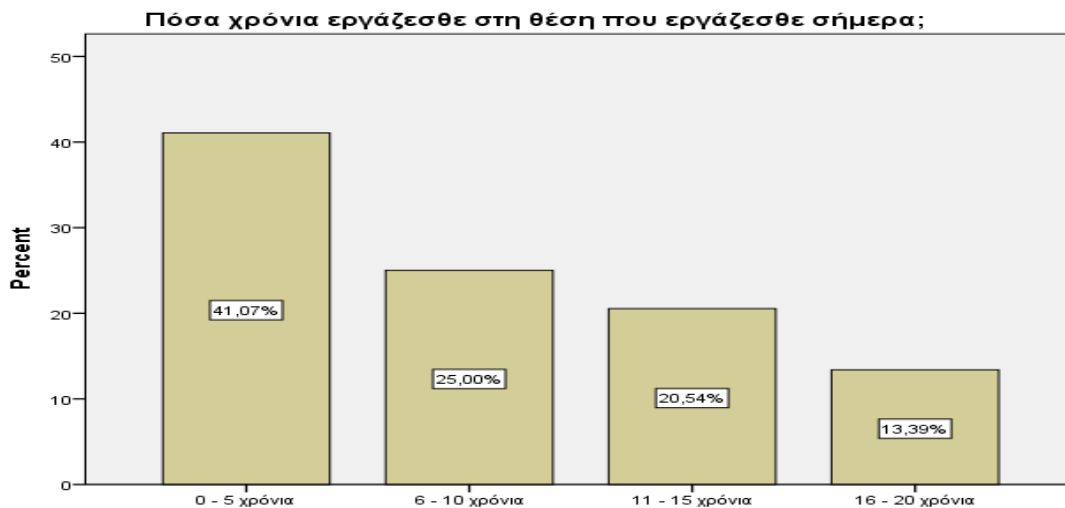
Διάγραμμα 4. Κατανομή με βάση το εκπαιδευτικό επίπεδο

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ερώτησης: σε ποιο κλάδο εργασίας υπάγεστε, 76,13% (n=118) των συμμετεχόντων ήταν δημόσιο τομέα ενώ 23,87% (n=37) εργαζόταν στον Ιδιωτικό τομέα. (Διάγραμμα 5)



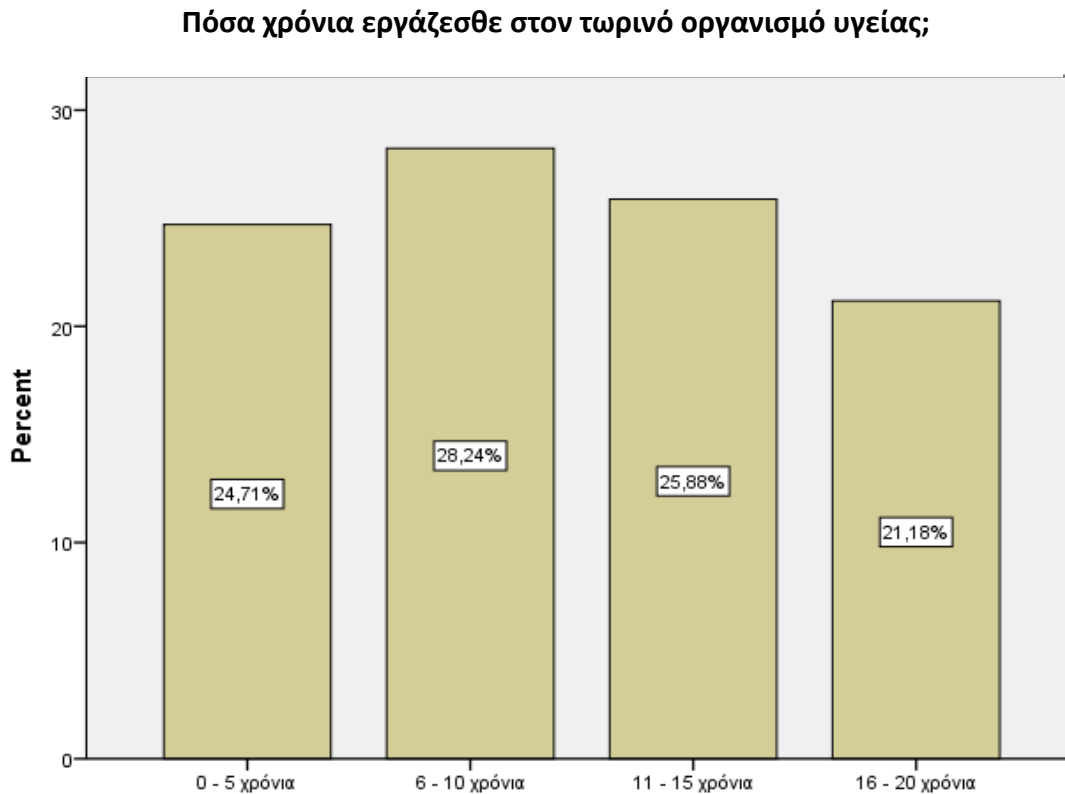
Διάγραμμα 5. Κατανομή με βάση τον εργασιακό κλάδο

Τα αποτελέσματα της ερώτησης για "τα χρόνια εργασίας στη θέση που εργάζεσθε σήμερα σε έτη", 41,07% (n=46) των συμμετεχόντων είχαν 0 - 5 χρόνια, 25% (n=28) είχαν 6 - 10 χρόνια, 20,54% (n=23) είχαν 11 - 15 χρόνια ενώ 13,39% (n=15) είχαν 16 - 20 έτη. Παρατηρείται μία αρκετά ικανοποιητική σύνθεση του δείγματος, από νέους αλλά και έμπειρους υπαλλήλους. (Διάγραμμα 6)



Διάγραμμα 6. Κατανομή με βάση τα χρόνια εργασίας στην παρούσα θέση

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ερώτησης που αφορά τα χρόνια εργασίας στον τωρινό οργανισμό υγείας, το 24,71% (n=21) των συμμετεχόντων είχαν 0 - 5 χρόνια, 28,24% (n=24) είχαν 6 - 10 χρόνια, 25,88% (n=22) είχαν 11 - 15 χρόνια ενώ 21,18% (n=18) είχαν 16 - 20 έτη. (Διάγραμμα 7)



Διάγραμμα 7. Χρόνια εργασίας στον τωρινό οργανισμό υγείας

Συνολικά, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες (74,2%), ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα των 30 έως 49 ετών (66,5%) και ήταν νοσηλευτές / τριες (47,1%).

Είχαν ένα εξαιρετικά υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο με το 45% αυτών να είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού ή διδακτορικού τίτλου.

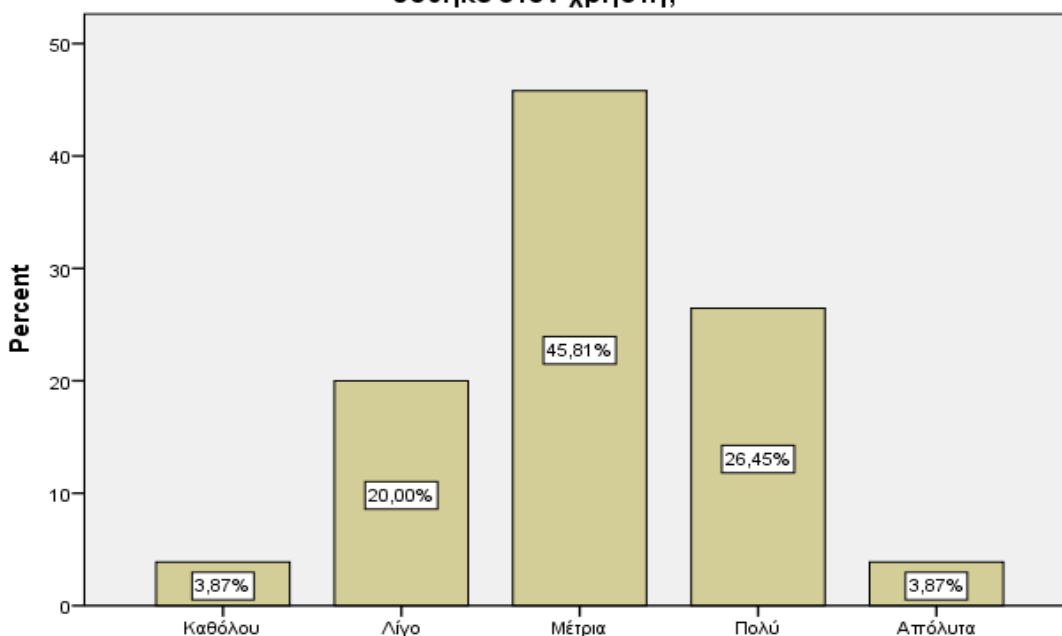
Επίσης παρατηρήθηκε ένα ικανό ποσοστό ατόμων με εμπειρία στην άσκηση διοίκησης σε ανώτερες και ανώτατες ιεραρχικά θέσεις (13%) καθώς και πλούσια εργασιακή εμπειρία στον φορέα τους με το 75% αυτών να εργάζονται στην ίδια δομή πάνω από 5 έτη.

9.2 Αποτελέσματα διερεύνησης των χαρακτηριστικών της ποιότητας

Σε αυτήν την ενότητα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που εξήχθησαν από τη διερεύνηση των χαρακτηριστικών της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, με την χρήση του ερωτηματολογίου που δημιουργήθηκε από τις κοινές διαστάσεις της ποιότητας, όπως αποτυπώνονται από τους μελετητές της στο γενικό μέρος της παρούσας εργασίας. Περιλαμβάνονται οι απαντήσεις αναφορικά με τα κριτήρια / κατηγορίες.

9.2.1 Κριτήριο/ Κατηγορία: Ποιότητα αλληλεπίδρασης με το χρήστη των υπηρεσιών
Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ερώτησης περί ποιότητας αλληλεπίδρασης με τον πελάτη / χρήστη των υπηρεσιών: "Νιώθετε ικανοποιημένος/η από τις υπηρεσίες και την ποσότητα της πληροφόρησης που δόθηκε στον χρήστη", 3,9% των ερωτηθέντων απάντησαν Καθόλου, 20% Λίγο, 45,8% Μέτρια, 26,5% Πολύ, ενώ 3,9% Απόλυτα. (Διάγραμμα 8)

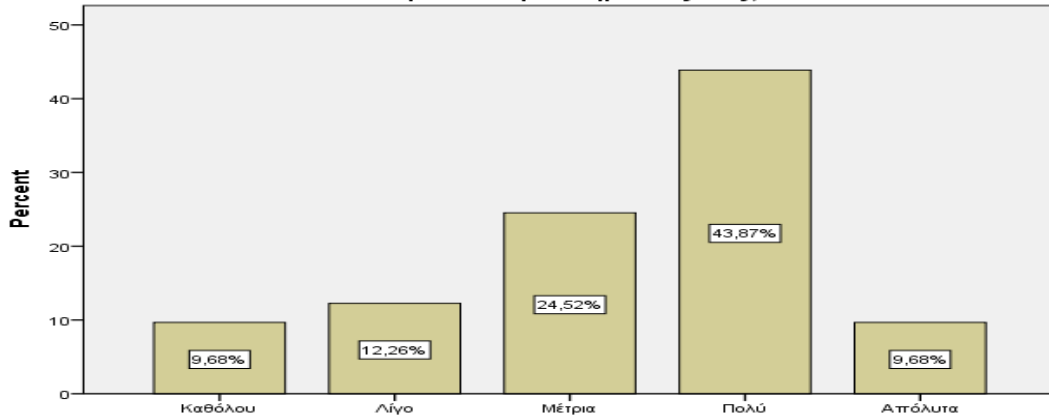
Ποιότητα αλληλεπίδρασης με τον πελάτη / χρήστη των υπηρεσιών, Νιώθετε ικανοποιημένος/η από τις υπηρεσίες και την ποσότητα της πληροφόρησης που δόθηκε στον χρήστη;



Διάγραμμα 8. Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες και την ποσότητα της πληροφόρησης που δόθηκε στον χρήστη

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα περί ποιότητας αλληλεπίδρασης με τον πελάτη / χρήστη των υπηρεσιών, στην ερώτηση: "Νιώθετε ικανοποιημένος/η από την ανθρώπινη και όχι αυστηρά υπηρεσιακή ατμόσφαιρα που επικρατεί στην υπηρεσία σας", 9,68% των ερωτηθέντων απάντησαν Καθόλου, 12,26% Λίγο, 24,52% Μέτρια, 43,87% Πολύ, ενώ 9,68% Απόλυτα. (Διάγραμμα 9)

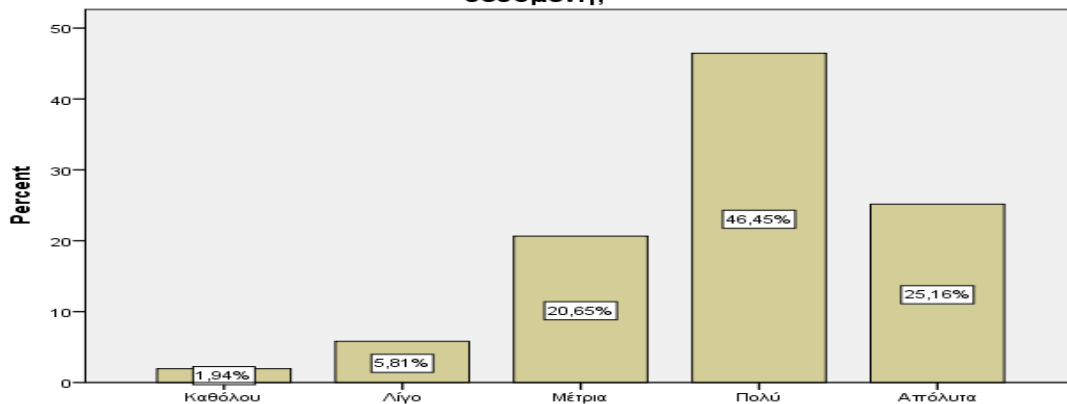
Ποιότητα αλληλεπίδρασης με τον πελάτη / χρήστη των υπηρεσιών, Νιώθετε ικανοποιημένος/η από την ανθρώπινη και όχι αυστηρά υπηρεσιακή ατμόσφαιρα που επικρατεί στην υπηρεσία σας;



Διάγραμμα 9. Ικανοποίηση από την ανθρώπινη και όχι αυστηρά υπηρεσιακή ατμόσφαιρα που επικρατεί στην υπηρεσία υγείας

Στο ερώτημα "Είναι σημαντική για εσάς η χρήση μέσων και μέτρων προς τους λήπτες των υπηρεσιών, των οποίων η αποδοχή από το κοινωνικό σύνολο θεωρείται δεδομένη", 1,94% των ερωτηθέντων απάντησαν Καθόλου, 5,81% Λίγο, 20,65% Μέτρια, 46,45% Πολύ, ενώ 25,16% Απόλυτα. (Διάγραμμα 10)

Ποιότητα αλληλεπίδρασης με τον πελάτη / χρήστη των υπηρεσιών, Είναι σημαντική για εσάς η χρήση μέσων και μέτρων προς τους λήπτες των υπηρεσιών, των οποίων η αποδοχή από το κοινωνικό σύνολο θεωρείται δεδομένη;

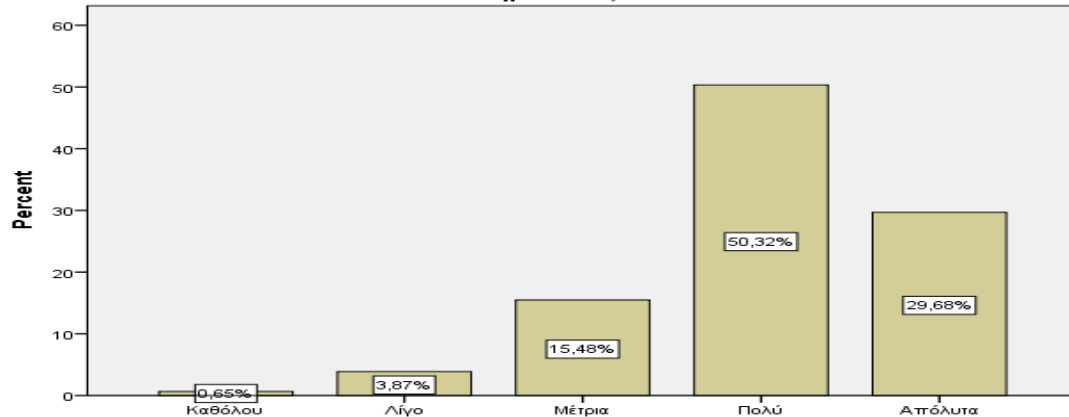


Διάγραμμα 10. Σημαντικότητα της χρήσης μέσων προς τους λήπτες των υπηρεσιών, των οποίων η αποδοχή θεωρείται δεδομένη

9.2.2 Κριτήριο/ Κατηγορία: Μακροχρόνια χρησιμότητα από την υπηρεσία

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα περί μακροχρόνιας χρησιμότητας από την υπηρεσία, στο ερώτημα "Είναι σημαντική η κατανόηση των αναγκών των πελάτη, των απαιτήσεών του και η παροχή εξατομικευμένων υπηρεσιών", 0,65% των ερωτηθέντων απάντησαν Καθόλου, 3,87% Λίγο, 15,48% Μέτρια, 50,32% Πολύ, ενώ 29,68% Απόλυτα. (Διάγρ. 11)

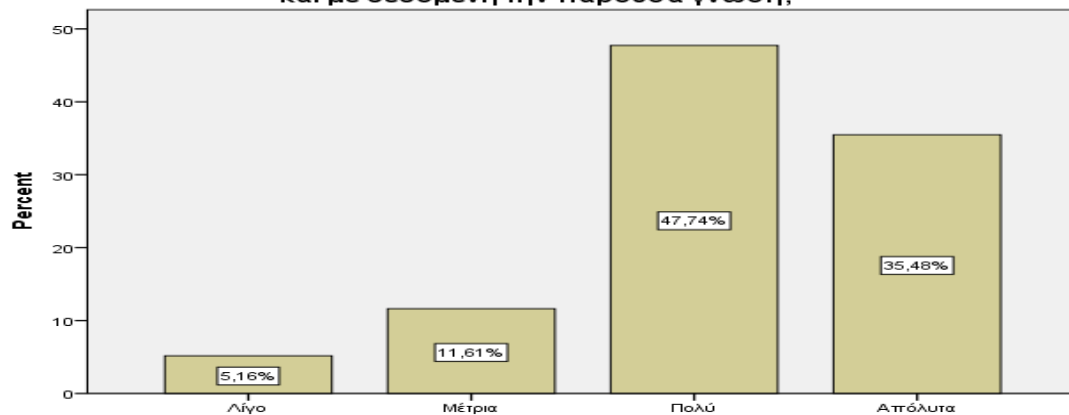
Η μακροχρόνια χρησιμότητα από την υπηρεσία, Είναι σημαντική η κατανόηση των αναγκών των πελάτη, των απαιτήσεών του και η παροχή εξατομικευμένων υπηρεσιών;



Διάγραμμα 11. Σημαντικότητα της κατανόησης των αναγκών των πελάτη και παροχή εξατομικευμένων υπηρεσιών

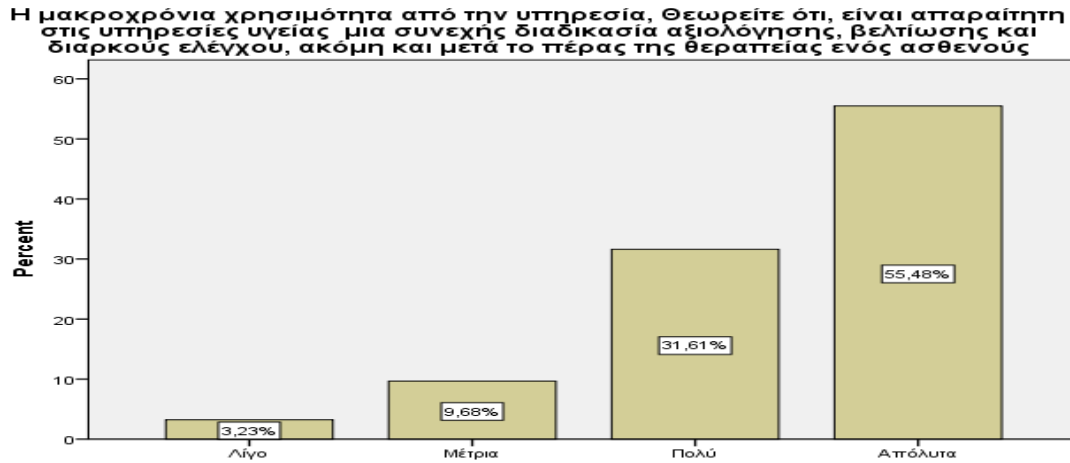
Σύμφωνα με τα αποτελέσματα περί μακροχρόνιας χρησιμότητας από την υπηρεσία, στην ερώτηση "Θεωρείτε ότι, είναι σημαντικό η φροντίδα που παρέχεται να είναι σχετική με τις κλινικές ανάγκες του ασθενούς και με δεδομένη την παρούσα γνώση", 5,16% των ερωτηθέντων απάντησαν Λίγο, 11,61% Μέτρια, 47,74% Πολύ, ενώ 35,48% Απόλυτα. (Διάγραμμα 12)

Η μακροχρόνια χρησιμότητα από την υπηρεσία, Θεωρείτε ότι, είναι σημαντικό η φροντίδα που παρέχεται να είναι σχετική με τις κλινικές ανάγκες του ασθενούς και με δεδομένη την παρούσα γνώση;



Διάγραμμα 12. Σχετικότητα φροντίδας, με τις κλινικές ανάγκες των ασθενών

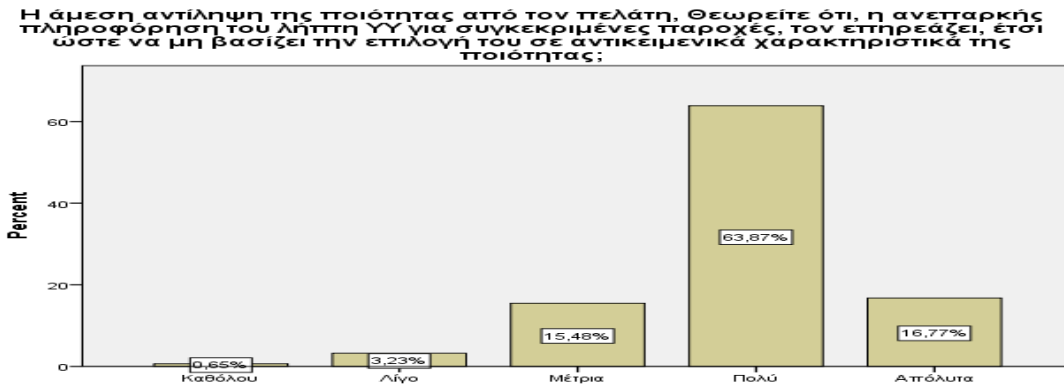
Σχετικά με την μακροχρόνια χρησιμότητα από την υπηρεσία, στο ερώτημα “Θεωρείτε ότι, είναι απαραίτητη στις υπηρεσίες υγείας μια συνεχής διαδικασία αξιολόγησης, βελτίωσης και διαρκούς ελέγχου, ακόμη και μετά το πέρας της θεραπείας ενός ασθενούς”, 3,23% των ερωτηθέντων απάντησαν Λίγο, 9,68% Μέτρια, 31,61% Πολύ, ενώ 55,48% Απόλυτα. (Διάγραμμα 13)



Διάγραμμα 13. Μακροχρόνια χρησιμότητα και διαδικασίες αξιολόγησης, βελτίωσης και διαρκούς ελέγχου

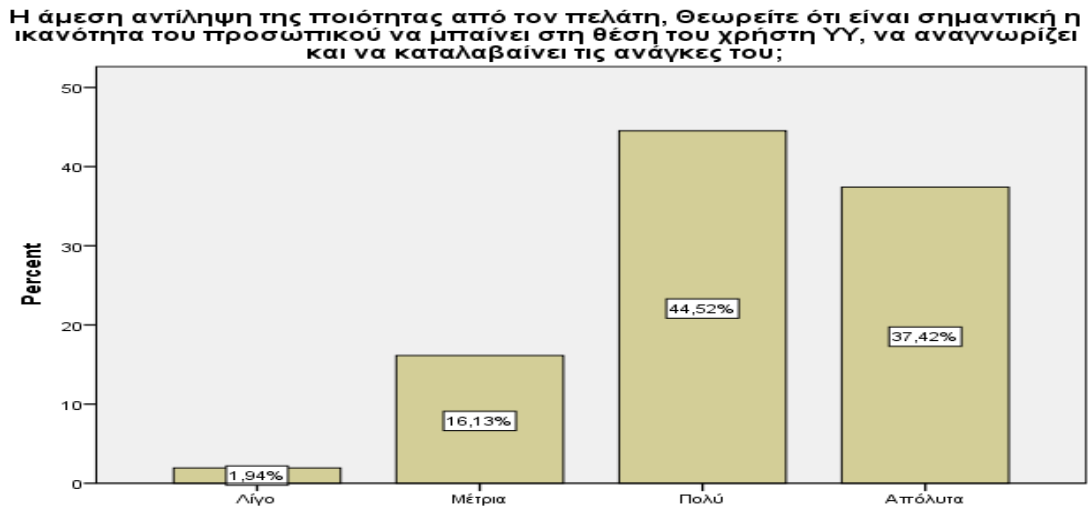
9.2.3 Κριτήριο/ Κατηγορία: Άμεση Αντίληψη

Αναφορικά με την άμεση αντίληψη της ποιότητας από τον πελάτη, στην ερώτηση “Θεωρείτε ότι, η ανεπαρκής πληροφόρηση του λήπτη ΥΓ για συγκεκριμένες παροχές, τον επηρεάζει, έτσι ώστε να μη βασίζει την επιλογή του σε αντικειμενικά χαρακτηριστικά της ποιότητας”, 0,65% των ερωτηθέντων απάντησαν Καθόλου, 3,23% Λίγο, 15,48% Μέτρια, 63,887% Πολύ, ενώ 16,77% Απόλυτα. (Διάγραμμα 14)



Διάγραμμα 14. Ποσότητα πληροφόρησης και αντικειμενικά χαρακτηριστικά ποιότητας

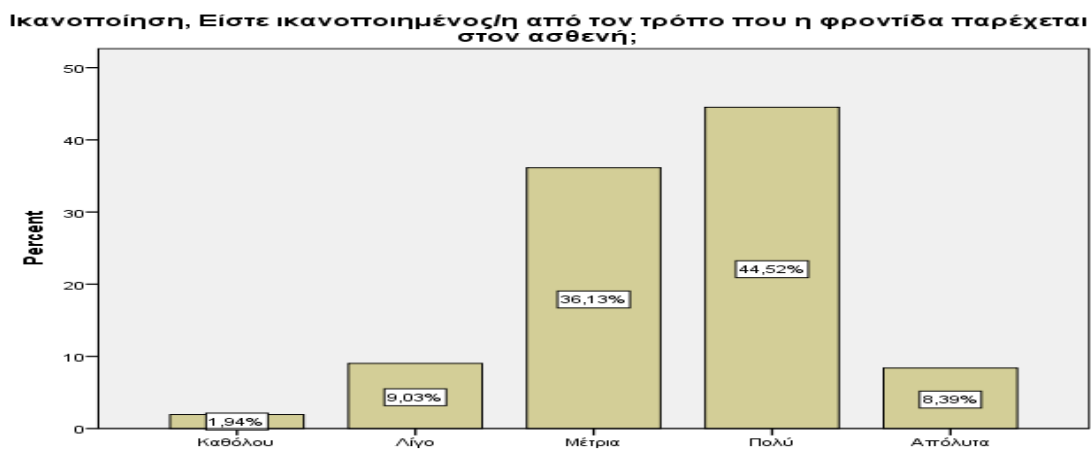
Σύμφωνα με τα αποτελέσματα περί άμεσης αντίληψης της ποιότητας από τον πελάτη, Θεωρείτε ότι είναι σημαντική η ικανότητα του προσωπικού να μπαίνει στη θέση του χρήστη ΥΥ, να αναγνωρίζει και να καταλαβαίνει τις ανάγκες του, 1,94% των ερωτηθέντων απάντησαν Λίγο, 16,13% Μέτρια, 44,52% Πολύ, ενώ 37,42% Απόλυτα. (Διάγραμμα 15)



Διάγραμμα 15. Ικανότητα ενσυναίσθησης του προσωπικού

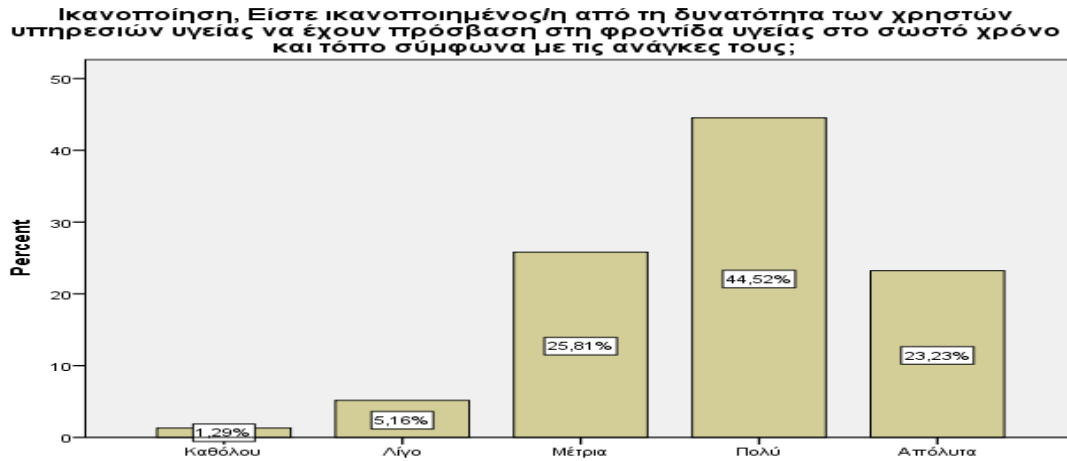
9.2.4 Κριτήριο/ Κατηγορία: Ικανοποίηση

Τα αποτελέσματα σχετικά με την ικανοποίηση, στην ερώτηση "Είστε ικανοποιημένος/η από τον τρόπο που η φροντίδα παρέχεται στον ασθενή", 1,94% των ερωτηθέντων απάντησαν Καθόλου, 9,03% Λίγο, 36,13% Μέτρια, 44,52% Πολύ, ενώ 8,39% Απόλυτα. (Διάγραμμα 16)



Διάγραμμα 16. Ικανοποίηση από τον τρόπο παροχής της φροντίδας

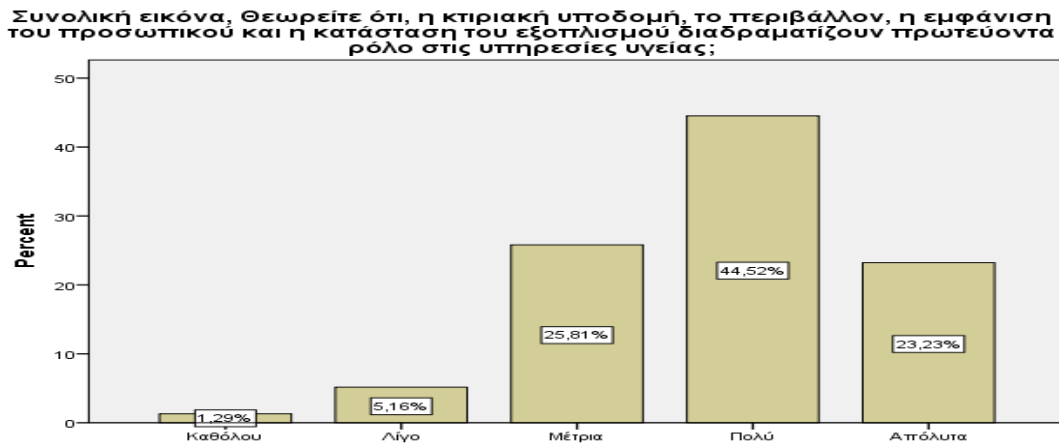
Σύμφωνα με τα αποτελέσματα περί ικανοποίησης στο ερώτημα "Είστε ικανοποιημένος/η από τη δυνατότητα των χρηστών υπηρεσιών υγείας να έχουν πρόσβαση στη φροντίδα υγείας στο σωστό χρόνο και τόπο σύμφωνα με τις ανάγκες τους", 1,29% των ερωτηθέντων απάντησαν Καθόλου, 5,16% Λίγο, 25,81% Μέτρια, 44,52% Πολύ, ενώ 23,23% Απόλυτα. (Διάγραμμα 17)



Διάγραμμα 17. Ικανοποίηση από τη δυνατότητα πρόσβασης των χρηστών στις υπηρεσίες υγείας

9.2.5 Κριτήριο/ Κατηγορία: Συνολική εικόνα

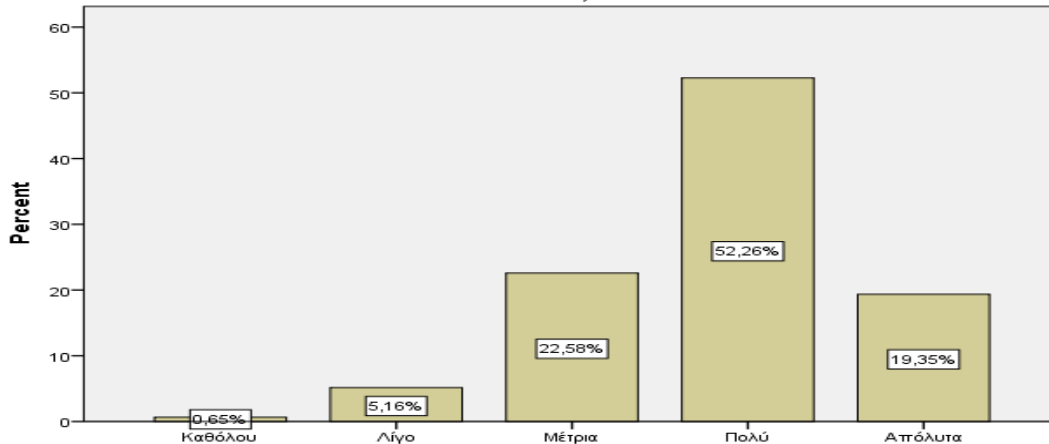
Σύμφωνα με τα αποτελέσματα περί Συνολικής εικόνας, στο ερώτημα "Θεωρείτε ότι, η κτιριακή υποδομή, το περιβάλλον, η εμφάνιση του προσωπικού και η κατάσταση του εξοπλισμού διαδραματίζουν πρωτεύοντα ρόλο στις υπηρεσίες υγείας", 1,29% των ερωτηθέντων απάντησαν Καθόλου, 5,16% Λίγο, 25,81% Μέτρια, 44,52% Πολύ, ενώ 23,23% Απόλυτα. (Διάγραμμα 18)



Διάγραμμα 18. Συνολική εικόνα και ομάδα παραγόντων

Αναφορικά με το ερώτημα “Θεωρείτε ότι, η ποιότητα αποδίδει τα βασικά χαρακτηριστικά που ικανοποιούν τις ανάγκες, τόσο των εσωτερικών, όσο και των εξωτερικών πελατών”, 0,65% των ερωτηθέντων απάντησαν Καθόλου, 5,16% Λίγο, 22,58% Μέτρια, 52,26% Πολύ, ενώ 19,35% Απόλυτα. (Διάγραμμα 19)

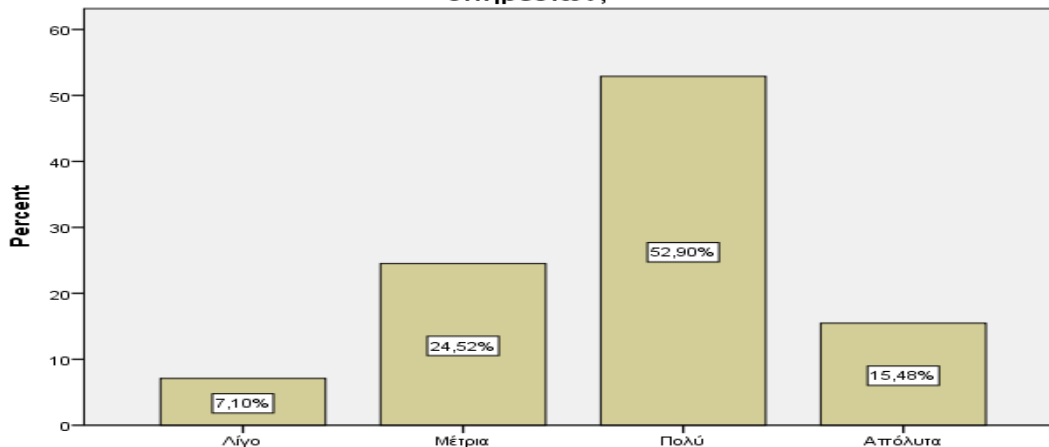
Συνολική εικόνα, Θεωρείτε ότι, η ποιότητα αποδίδει τα βασικά χαρακτηριστικά που ικανοποιούν τις ανάγκες, τόσο των εσωτερικών, όσο και των εξωτερικών πελατών;



Διάγραμμα 19. Ποιότητα και απόδοση βασικών χαρακτηριστικών ικανοποίησης

Σχετικά με το ερώτημα “Θεωρείτε ότι, η προσαρμογή και η συμμόρφωση με τις προδιαγραφές, σχετίζεται με την ποιότητα των διαδικασιών κατά την παροχή των υπηρεσιών”, 7,1% Λίγο, 24,52% Μέτρια, 52,9% Πολύ, ενώ 15,48% Απόλυτα. (Διάγραμμα 20)

Συνολική εικόνα, Θεωρείτε ότι, η προσαρμογή και η συμμόρφωση με τις προδιαγραφές, σχετίζεται με την ποιότητα των διαδικασιών κατά την παροχή των υπηρεσιών;



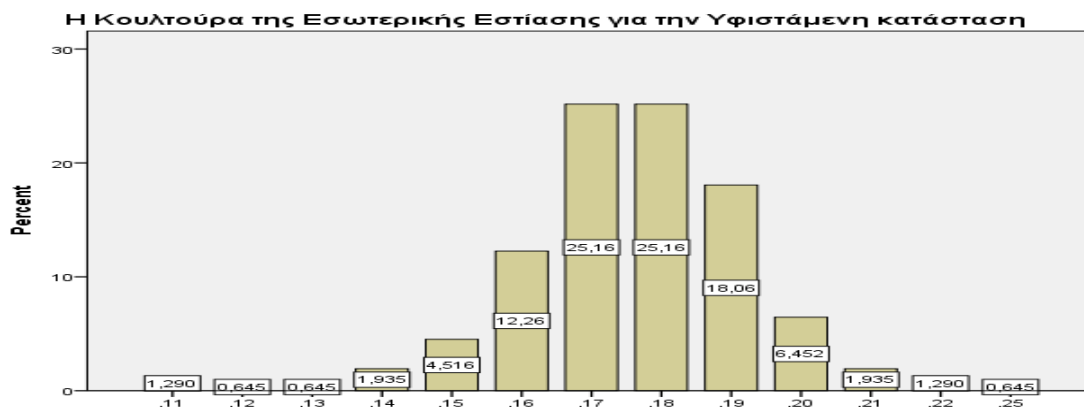
Διάγραμμα 20. Ποιότητα, προσαρμογή και συμμόρφωση με τις προδιαγραφές

9.3 Αποτελέσματα διερεύνησης οργανωσιακής κουλτούρας

Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της διερεύνησης των διαστάσεων της οργανωσιακής κουλτούρας τα οποία στηρίχθηκαν στη θεωρία των Cameron και Quinn και του θεωρητικού μοντέλου τους, του πλαισίου των ανταγωνιστικών αξιών.

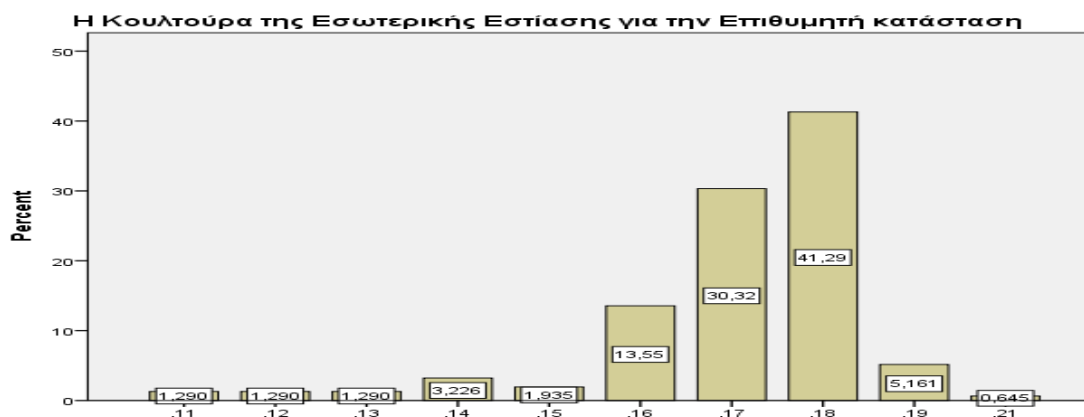
9.3.1 Επιμέρους διαστάσεις και Υφιστάμενη / Επιθυμητή κατάσταση

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ερώτησης περί **Κουλτούρας της Εσωτερικής Εστίασης για την Υφιστάμενη κατάσταση**, ο κύριος όγκος των συμμετεχόντων σημείωσε ποσοστά 16% - 20% ως απάντηση με το πλήθος τα απαντήσεων να φτάνει στα 12,26%, 25,16%, 25,16% και 18,06%. (Διάγραμμα 21)



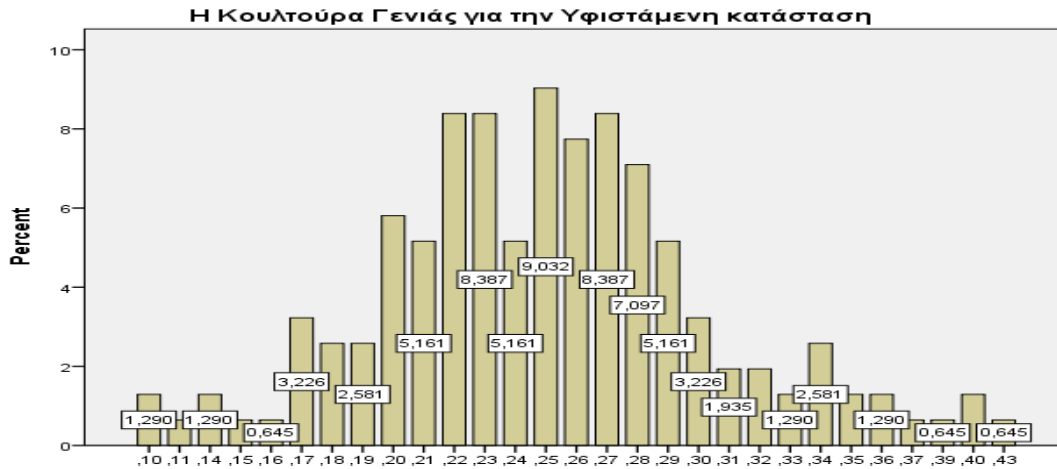
Διάγραμμα 21. Κουλτούρα Εσωτερικής Εστίασης / Υφιστάμενη κατάσταση

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ερώτησης περί **Κουλτούρας της Εσωτερικής Εστίασης για την Επιθυμητή κατάσταση**, ο κύριος όγκος των συμμετεχόντων σημείωσε ποσοστά 16% - 18% ως απάντηση με το πλήθος τα απαντήσεων να φτάνει στα 13,55%, 30,32% και 41,29%. (Διάγραμμα 22)



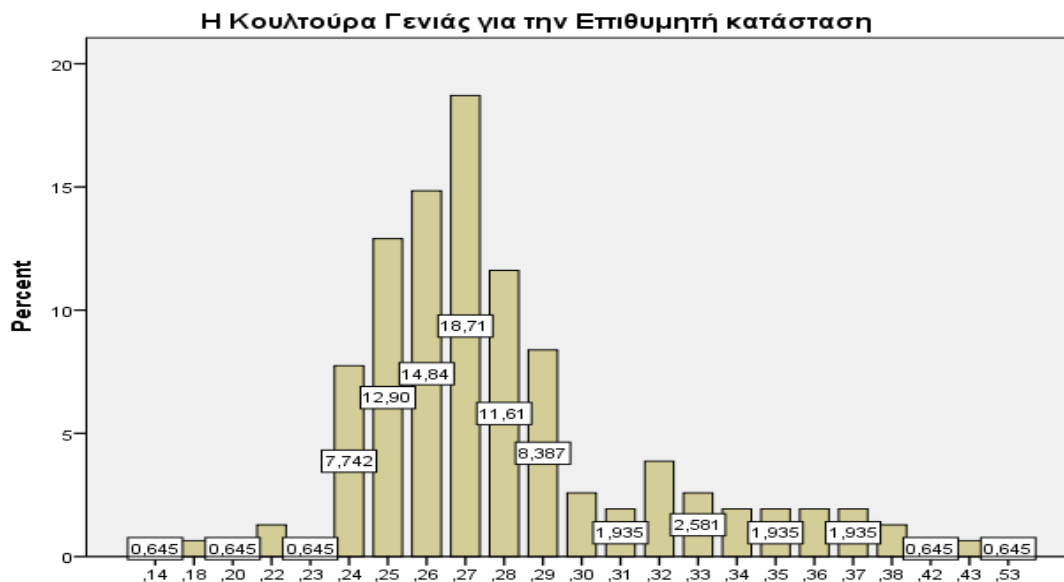
Διάγραμμα 22. Κουλτούρα Εσωτερικής Εστίασης / Επιθυμητή κατάσταση

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ερώτησης περί **Κουλτούρας Γενιάς για την Υφιστάμενη κατάσταση**, ο κύριος όγκος των συμμετεχόντων σημείωσε ποσοστά 17% - 29% ως απάντηση με το πλήθος τα απαντήσεων να φτάνει από το 2,581 μέχρι και 9,032%. (Διάγραμμα 23)



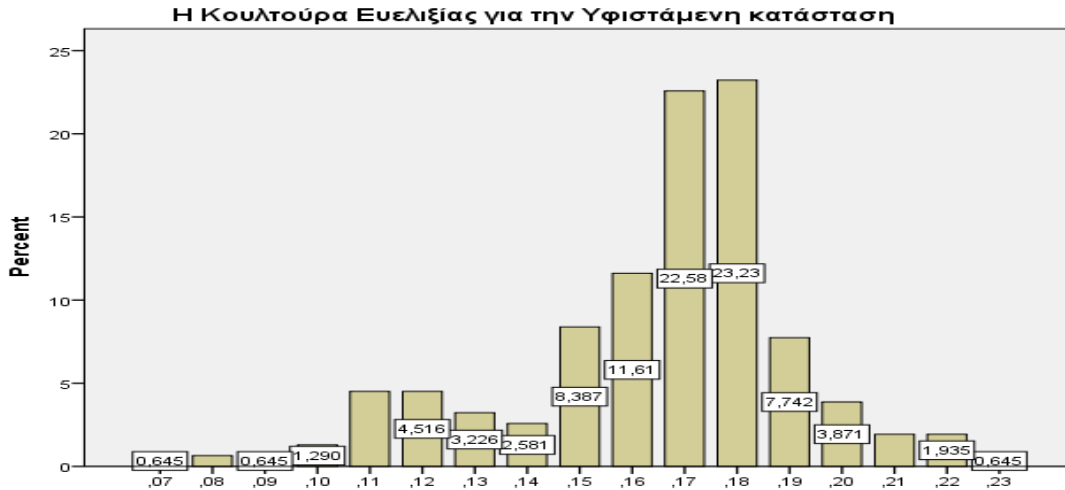
Διάγραμμα 23. Κουλτούρα Γενιάς / Υφιστάμενη κατάσταση

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ερώτησης περί **Κουλτούρας Γενιάς για την Επιθυμητή κατάσταση**, ο κύριος όγκος των συμμετεχόντων σημείωσε ποσοστά 24% - 29% ως απάντηση με το πλήθος τα απαντήσεων να φτάνει από το 7,742% μέχρι και 18,71%.(Διάγραμμα 24)



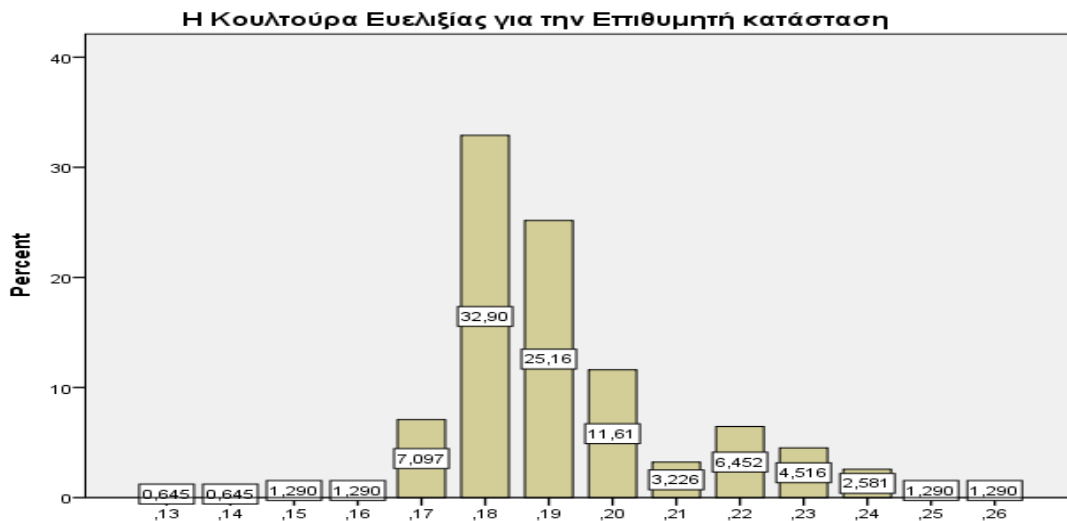
Διάγραμμα 24. Κουλτούρα Γενιάς / Επιθυμητή κατάσταση

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ερώτησης περί *Κουλτούρας Ευελιξίας για την Υφιστάμενη κατάσταση*, ο κύριος όγκος των συμμετεχόντων σημείωσε ποσοστά 15% - 18% ως απάντηση με το πλήθος τα απαντήσεων να φτάνει από το 8,387% μέχρι και 23,23%. (Διάγραμμα 25)



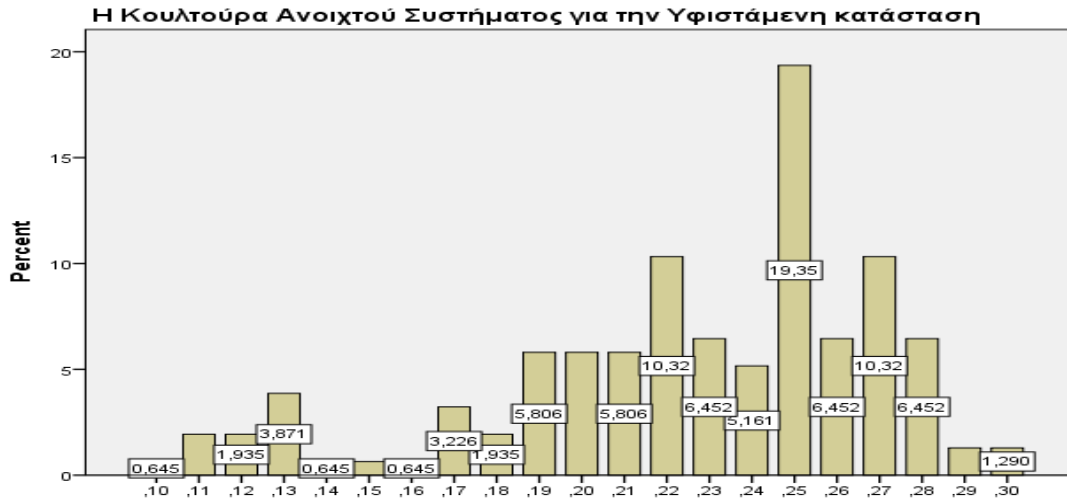
Διάγραμμα 25. Κουλτούρα Ευελιξίας / Υφιστάμενη κατάσταση

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ερώτησης περί *Κουλτούρας Ευελιξίας για την Επιθυμητή κατάσταση*, ο κύριος όγκος των συμμετεχόντων σημείωσε ποσοστά 17% - 20% ως απάντηση με το πλήθος τα απαντήσεων να φτάνει από το 7,097% μέχρι και 32,9%. (Διάγραμμα 26)



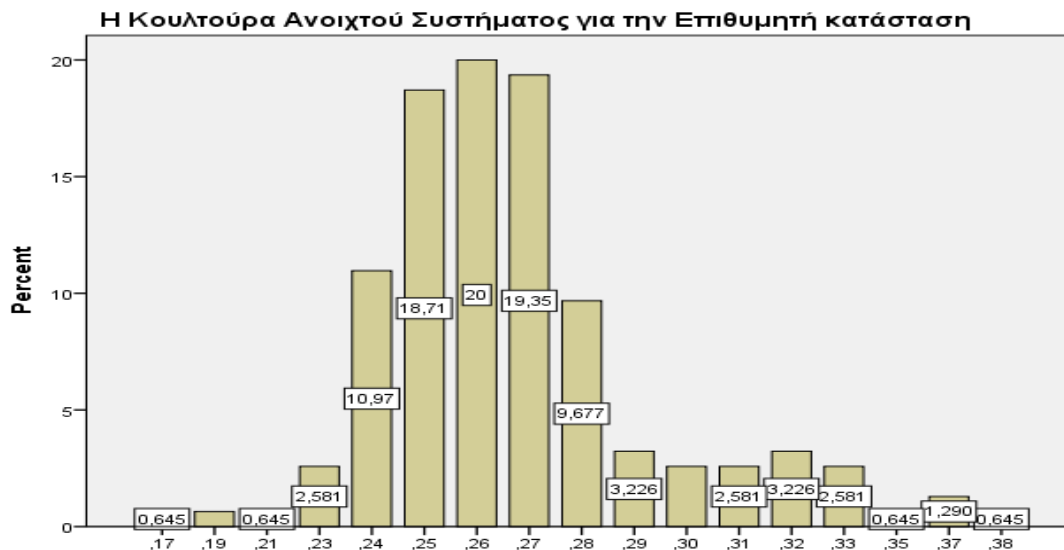
Διάγραμμα 26. Κουλτούρα Ευελιξίας / Επιθυμητή κατάσταση

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ερώτησης περί *Κουλτούρας Ανοιχτού Συστήματος για την Υφιστάμενη κατάσταση*, ο κύριος όγκος των συμμετεχόντων σημείωσε ποσοστά 19% - 28% ως απάντηση με το πλήθος τα απαντήσεων να φτάνει από το 5,086% μέχρι και 19,35%. (Διάγραμμα 27)



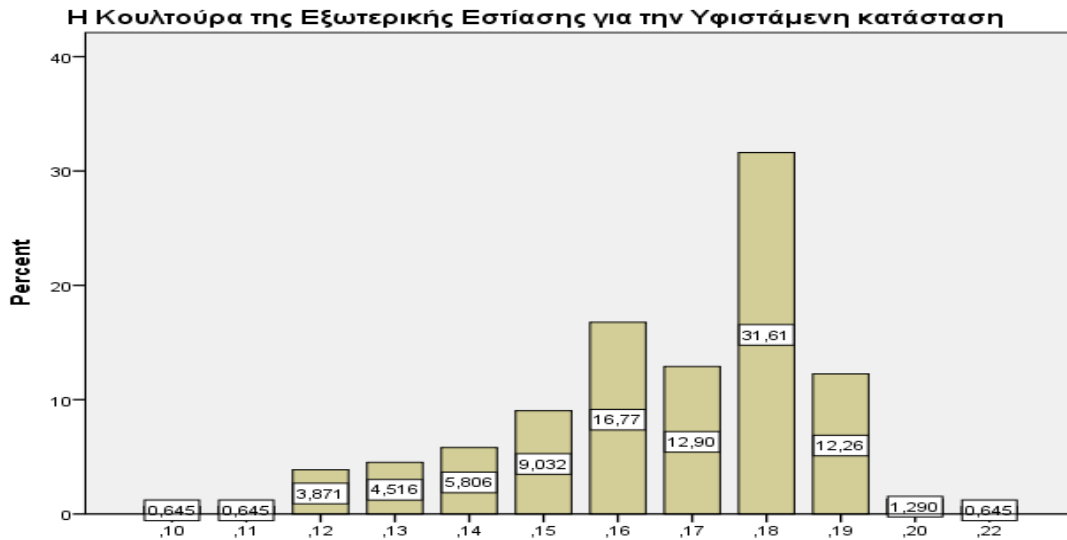
Διάγραμμα 27. Κουλτούρα Ανοιχτού Συστήματος / Υφιστάμενη κατάσταση

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ερώτησης περί *Κουλτούρας Ανοιχτού Συστήματος για την Επιθυμητή κατάσταση*, ο κύριος όγκος των συμμετεχόντων σημείωσε ποσοστά 24% - 28% ως απάντηση με το πλήθος τα απαντήσεων να φτάνει από το 9,677% μέχρι και 20%. (Διάγραμμα 28)



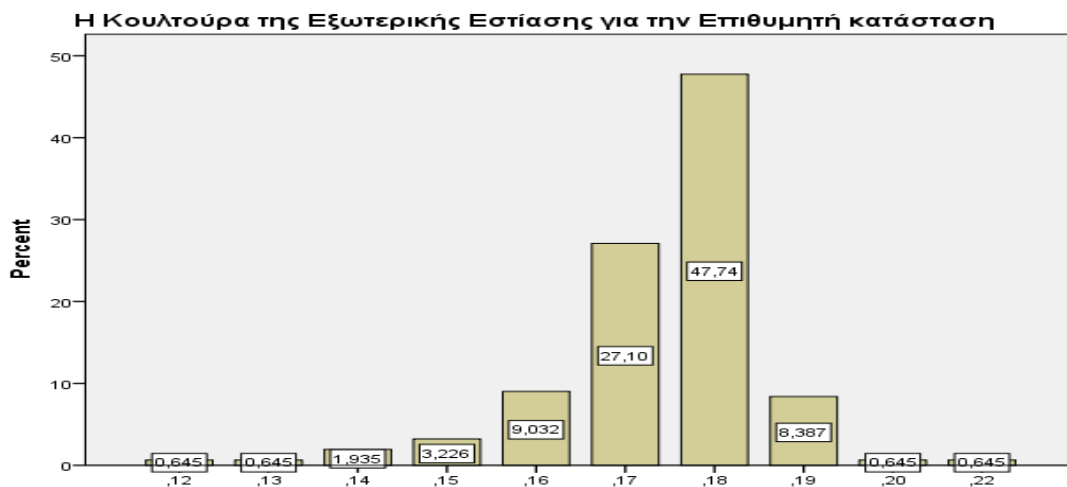
Διάγραμμα 28. Κουλτούρα Ανοιχτού Συστήματος / Επιθυμητή κατάσταση

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ερώτησης περί Κουλτούρας της **Εξωτερικής Εστίασης για την Υφιστάμενη κατάσταση**, ο κύριος όγκος των συμμετεχόντων σημείωσε ποσοστά 15% - 19% ως απάντηση με το πλήθος τα απαντήσεων να φτάνει από το 9,032% μέχρι και 31,61%. (Διάγραμμα 29)



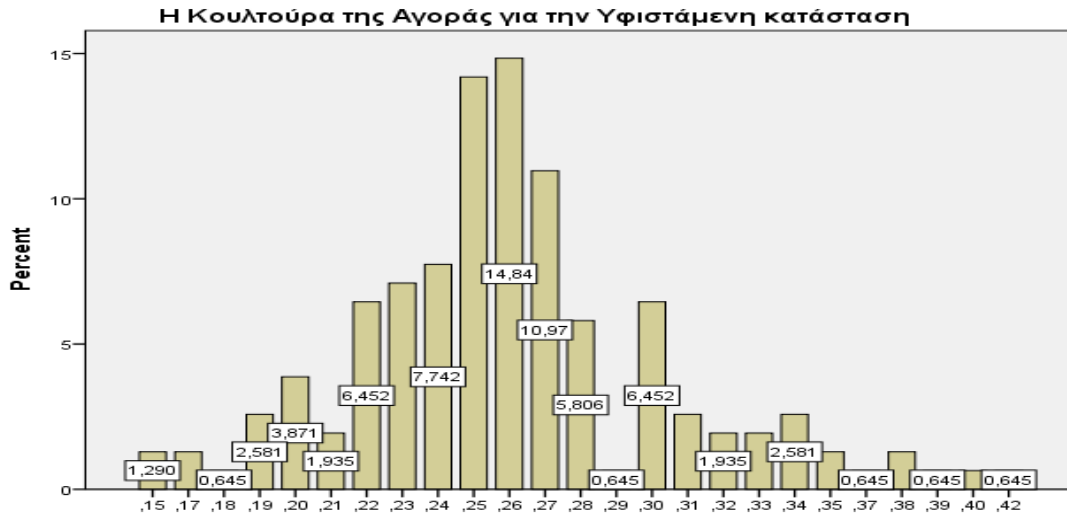
Διάγραμμα 29. Κουλτούρα Εξωτερικής Εστίασης / Επιθυμητή κατάσταση

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ερώτησης περί Κουλτούρας της **Εξωτερικής Εστίασης για την Επιθυμητή κατάσταση**, ο κύριος όγκος των συμμετεχόντων σημείωσε ποσοστά 17% - 18% ως απάντηση με το πλήθος τα απαντήσεων να φτάνει από το 27,1% μέχρι και 47,74%. (Διάγραμμα 30)



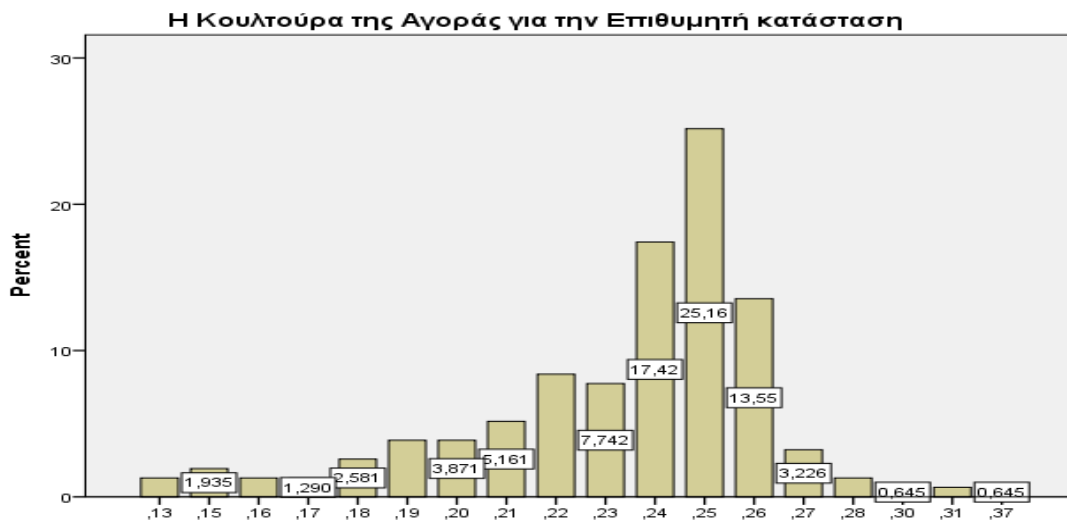
Διάγραμμα 30. Κουλτούρα Εξωτερικής Εστίασης / Επιθυμητή κατάσταση

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ερώτησης περί **Κουλτούρας της Αγοράς για την Υφιστάμενη κατάσταση**, ο κύριος όγκος των συμμετεχόντων σημείωσε ποσοστά 22% - 28% ως απάντηση με το πλήθος τα απαντήσεων να φτάνει από το 5,806% μέχρι και 14,84%. (Διάγραμμα 31)



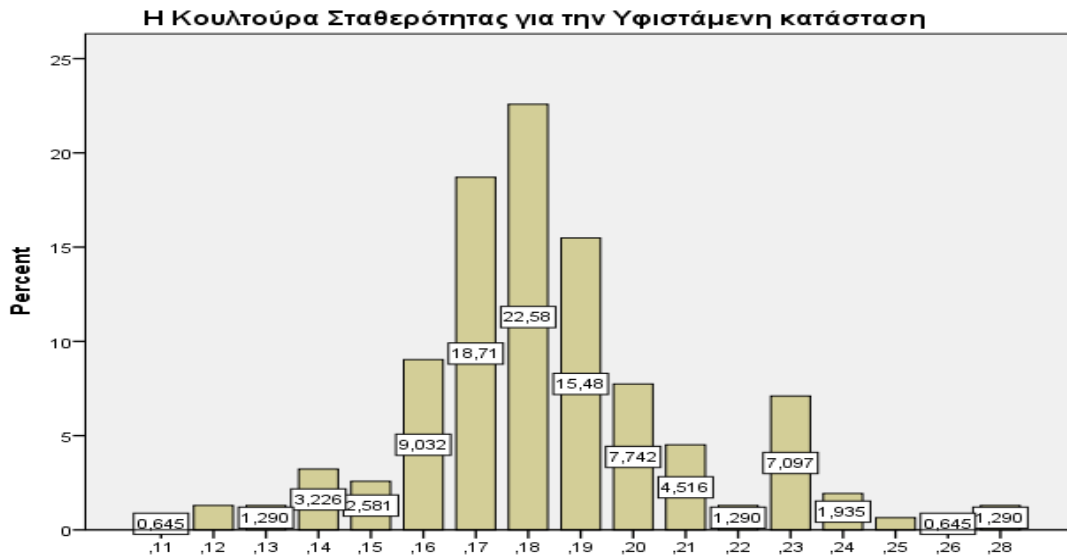
Διάγραμμα 31. Κουλτούρα της Αγοράς / Υφιστάμενη κατάσταση

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ερώτησης περί **Κουλτούρας της Αγοράς για την Επιθυμητή κατάσταση**, ο κύριος όγκος των συμμετεχόντων σημείωσε ποσοστά 24% - 26% ως απάντηση με το πλήθος τα απαντήσεων να φτάνει από το 13,55% μέχρι και 25,16%. (Διάγραμμα 32)



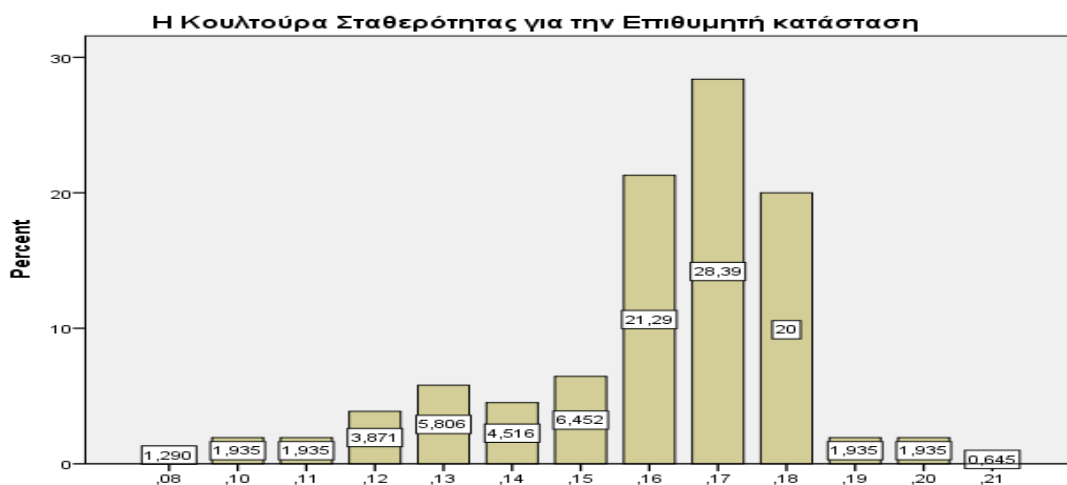
Διάγραμμα 32. Κουλτούρα της Αγοράς / Επιθυμητή κατάσταση

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ερώτησης περί **Κουλτούρας Σταθερότητας για την Υφιστάμενη κατάσταση**, ο κύριος όγκος των συμμετεχόντων σημείωσε ποσοστά 16% - 20% ως απάντηση με το πλήθος τα απαντήσεων να φτάνει από το 7,742% μέχρι και 22,58%. (Διάγραμμα 33)



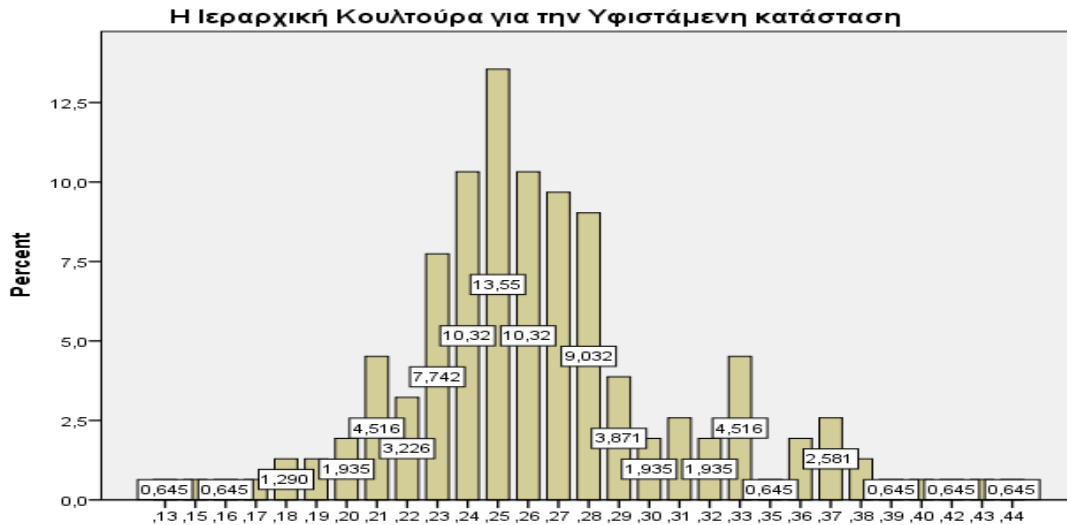
Διάγραμμα 33. Κουλτούρα Σταθερότητας / Επιθυμητή κατάσταση

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ερώτησης περί **Κουλτούρας Σταθερότητας για την Επιθυμητή κατάσταση**, ο κύριος όγκος των συμμετεχόντων σημείωσε ποσοστά 16% - 18% ως απάντηση με το πλήθος τα απαντήσεων να φτάνει από το 21,29% μέχρι και 28,39%. (Διάγραμμα 34)



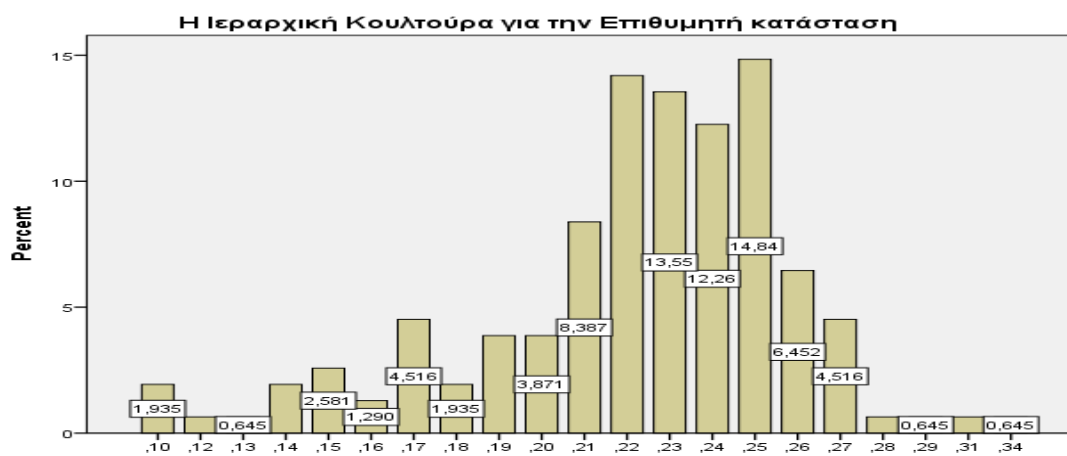
Διάγραμμα 34. Κουλτούρα Σταθερότητας / Επιθυμητή κατάσταση

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ερώτησης περί *Ιεραρχικής Κουλτούρα για την Υφιστάμενη κατάσταση*, ο κύριος όγκος των συμμετεχόντων σημείωσε ποσοστά 23% - 28% ως απάντηση με το πλήθος τα απαντήσεων να φτάνει από το 7,742% μέχρι και 13,55%. (Διάγραμμα 35)



Διάγραμμα 35. Ιεραρχική Κουλτούρα / Υφιστάμενη κατάσταση

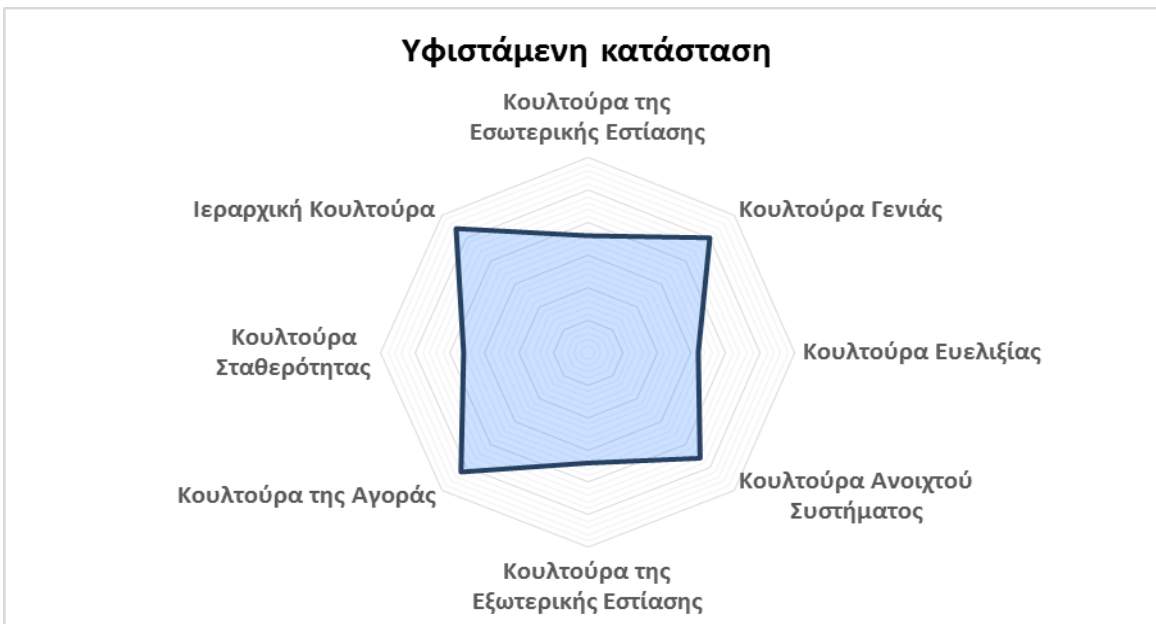
Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ερώτησης περί *Ιεραρχικής Κουλτούρα για την Επιθυμητή κατάσταση*, ο κύριος όγκος των συμμετεχόντων σημείωσε ποσοστά 21% - 25% ως απάντηση με το πλήθος τα απαντήσεων να φτάνει από το 8,387% μέχρι και 14,84%. (Διάγραμμα 36)



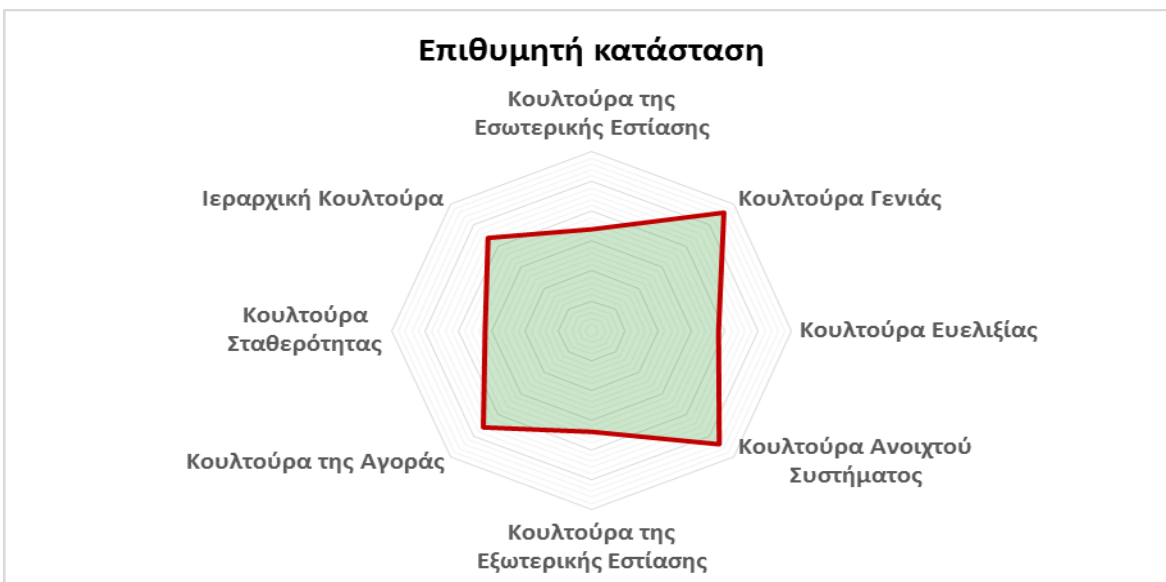
Διάγραμμα 36. Ιεραρχική Κουλτούρα / Επιθυμητή κατάσταση

9.3.2 Σύνολο διαστάσεων και Υφιστάμενη / Επιθυμητή κατάσταση

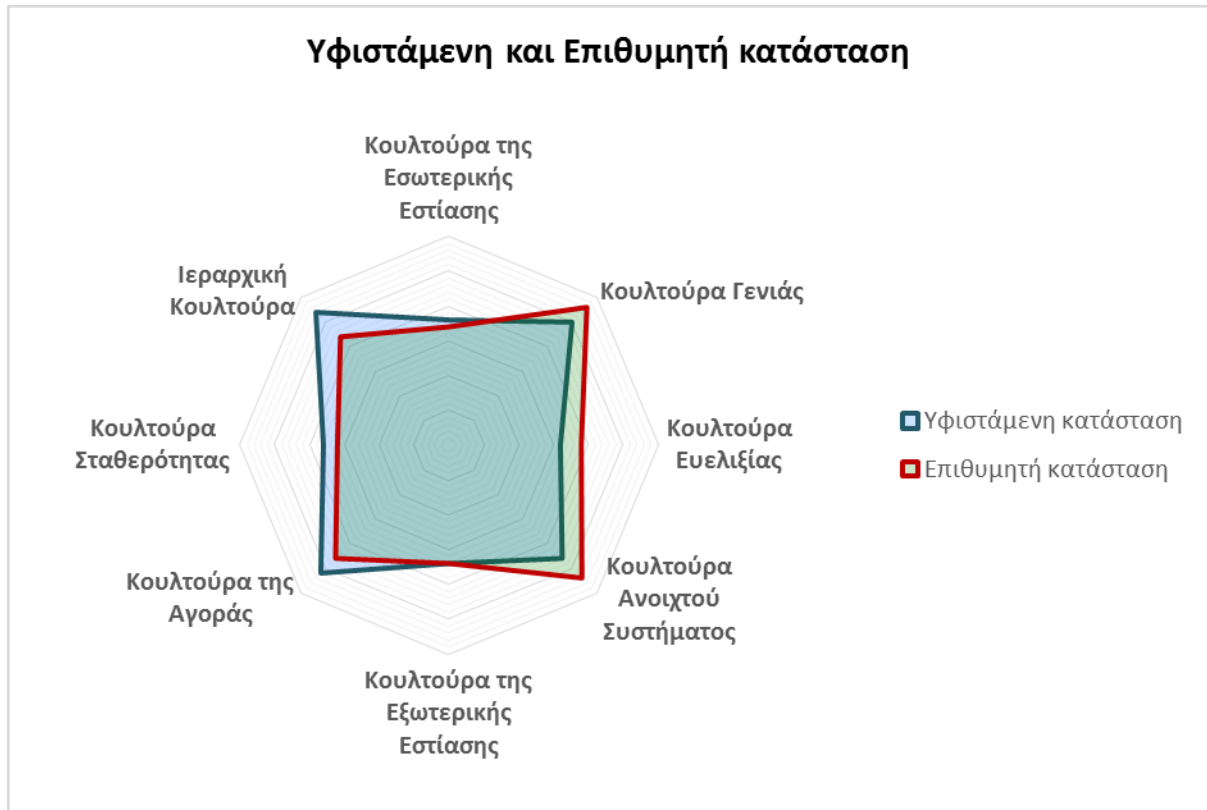
Ακολουθεί η παρουσίαση (σύμφωνα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων) του συνόλου των διαστάσεων της οργανωσιακής κουλτούρας τόσο για την κάθε κατάσταση ξεχωριστά (Υφιστάμενη και Επιθυμητή) (Διάγραμμα 37 & 38) αλλά και ταυτόχρονα. (Διάγραμμα 39)



Διάγραμμα 37. Διαστάσεις οργανωσιακής κουλτούρας, Υφιστάμενη κατάσταση



Διάγραμμα 38. Διαστάσεις οργανωσιακής κουλτούρας, Επιθυμητή κατάσταση



Διάγραμμα 39. Διαστάσεις οργανωσιακής κουλτούρας, Υφιστάμενη και Επιθυμητή κατάσταση

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

10.1 Συζήτηση

Στο σημερινό γρήγορα εναλασσόμενο εργασιακό περιβάλλον με τον έντονο ανταγωνισμό, η συμβολή των εργαζόμενων στην επιτυχία του οργανισμού αποτελεί καθοριστικό παράγοντα επιτυχίας. Οι εργαζόμενοι πρέπει να καταβάλουν μεγάλη προσπάθεια να ανταποκριθούν στις ταχείες αλλαγές και να συνδυάσουν τους δικούς τους προσωπικούς στόχους με τους οργανωτικούς σκοπούς του υγειονομικού σχηματισμού εργασίας τους.

Αντικείμενο της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της σχέσης της οργανωσιακής κουλτούρας και της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Η μέτρηση της ποιότητας, η συλλογή και η ανάλυση των δεδομένων αποτελούν τη βάση για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων από τις παρεμβάσεις που πραγματοποιούνται στους οργανισμούς που παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση της σχέσης ποιότητας και κουλτούρας καθώς συχνά παρόμοιες έρευνες εστιάζουν περισσότερο στην ποιότητα και την ικανοποίηση χρηστών ή εργαζομένων ή την ηγεσία και την κουλτούρα στο χώρο της υγείας. Επίσης διερευνήθηκαν οι προσλαμβάνουσες των εργαζομένων σε υγειονομικούς σχηματισμούς, αναφορικά με την ποιότητα της αλληλεπίδρασης με τον πελάτη / χρήστη των υπηρεσιών υγείας, καθώς και ο τρόπος αντίληψης της ποιότητας και της μακροχρόνιας χρησιμότητας από τις παρεχόμενες υπηρεσίες / φροντίδες υγείας.

Επιπλέον εξετάστηκε η ικανοποίηση των εργαζομένων από την σχέση παρόχου και λήπτη των υπηρεσιών υγείας, όπως επίσης και η συνολική εικόνα της υπηρεσίας τους σχετικά με την ποιότητα και το εξωτερικό ή εσωτερικό περιβάλλον αυτής, την προσαρμογή και τη συμμόρφωση με τις ποιοτικές προδιαγραφές καθώς και τα βασικά χαρακτηριστικά της. Το περιβάλλον επηρεάζει τη συμπεριφορά των ατόμων, εργαζομένων και πελατών (Morin & Chebat, 2005) επηρεάζει την αλληλεπίδρασή τους, ενώ εκπέμπει μηνύματα για την επιχείρηση, τη διοίκηση και το προσωπικό αλλά και την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρει. (Johnston, Clark & Shulver, 2012, Gemmel, Van Looy & Van Dierdonck, 2013)

Σύμφωνα με τους Fitzsimmons, Fitzsimmons & Bordoloi (2014) το περιβάλλον παροχής υπηρεσιών αποτελεί οπτικοποιημένη μεταφορά της προσφοράς των υπηρεσιών, βοηθά τον πελάτη να προσανατολιστεί στον χώρο, δύναται να διευκολύνει την αλληλεπίδραση μεταξύ πελατών (ή και προσωπικού) και να εμπνεύσει τους εργαζόμενους ώστε να επιδεικνύουν καλή διάθεση και τη μέγιστη εργασιακή απόδοση. Ο τρόπος με τον οποίο παρουσιάζεται και συμπεριφέρεται το προσωπικό στον χρήστη των υπηρεσιών, επηρεάζει άμεσα την αντίληψη που σχηματίζει ο δεύτερος. (Ezeh & Harris, 2007)

Οι Rosenbaum & Massiah (2011) υποστηρίζουν ότι, το περιβάλλον παροχής υπηρεσιών έχει τρεις διαστάσεις: την κοινωνική διάσταση, την κοινωνικά συμβολική διάσταση και τη φυσική διάσταση. Η πρώτη αναφέρεται στην αλληλεπίδραση προσωπικού και πελατών, η κοινωνικά συμβολική διάσταση περιλαμβάνει τα στοιχεία, σύμβολα και ανθρώπινα δημιουργήματα και η φυσική διάσταση αναφέρεται στη δυνατότητα του χώρου να βοηθά τους πελάτες / χρήστες να αντιμετωπίζουν την πνευματική κόπωση.

Όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα της μελέτης η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (67%) ήταν μεταξύ 30 και 50 ετών και γυναίκες σε ποσοστό 75%. Αναφορικά με τη σχέση εργασίας τους, ήταν εργαζόμενοι στο δημόσιο τομέα και στην πλειονότητά τους νοσηλευτές. Είχαν αξιόλογη εργασιακή εμπειρία και ιδιαίτερα υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο καθώς το 44,5% είχε ανώτατες σπουδές και το 45,2% ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού ή διδακτορικού τίτλου σπουδών. Παρατηρήθηκε ένα ικανό ποσοστό ατόμων με εμπειρία στην άσκηση διοίκησης σε ανώτερες και ανώτατες ιεραρχικά θέσεις (13%) καθώς και πλούσια εργασιακή εμπειρία στον φορέα τους με το 75% αυτών να εργάζονται στην ίδια δομή πάνω από 5 έτη, γεγονός που υποστηρίζει την υπόθεση ότι ήταν καλοί γνώστες των συνθηκών εργασίας, της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και της επικρατούσας κουλτούρας του φορέα τους. Οι συμμετέχοντες ανήκαν στο ανώτατο, ανώτερο και μεσαίο στελεχιακό δυναμικό του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα.

Η ανάλυση των δημογραφικών χαρακτηριστικών έδειξε ότι δεν βρέθηκε σημαντική στατιστικά συσχέτιση μεταξύ του φύλου, της ηλικίας, του τομέα και των ετών εργασίας με την ποιότητα και την οργανωσιακή κουλτούρα. Δεν επιβεβαιώνεται η ερευνητική υπόθεση «H5. Υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών και της αναφερόμενης οργανωσιακής κουλτούρας»

Παρόμοια και σε μελέτη της Γούλα, και συν., (2014), η προϋπηρεσία και το φύλο των νοσοκομειακών στελεχών δεν επηρέαζε τις απόψεις τους σχετικά με την παρούσα και την επιθυμητή οργανωσιακή κουλτούρα.

Σε αντίστοιχη έρευνα (Ντόγκα, 2016) βρέθηκε θετική συσχέτιση της ηλικίας και των ετών προϋπηρεσίας με τη συναισθηματική δέσμευση του προσωπικού. Επίσης σε σχέση με την ηλικία ο Meesala (2011) σε μελέτη του βρήκε ότι η αύξηση της ηλικίας, της εργασιακής εμπειρίας και προϋπηρεσίας, σήμαινε αύξηση της εργασιακής δέσμευσης. Επιπρόσθετα και η εκπαίδευση βρέθηκε να έχει θετική επίδραση στην εργασιακή δέσμευση. (Gowri, 2012)

Σε μελέτη του Μαγκαφώση (2013) που πραγματοποιήθηκε στο Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός» παρατηρήθηκε ότι η ηλικία και τα έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο οργανισμό, επηρέαζαν τις αντιλήψεις των εργαζομένων αναφορικά με τα χαρακτηριστικά της οργανωσιακής κουλτούρας που θεωρούσαν σημαντικά και αυτά που τελικά πίστευαν ότι προωθούσε το εν λόγω νοσοκομείο.

Η ποιότητα διερευνήθηκε με βάση το γεγονός ότι, διαμορφώνεται σύμφωνα με την αντίληψη ότι η υγεία αποτελεί ένα κοινωνικό αγαθό και αυτό από μόνο του αυξάνει τις απαιτήσεις και τις προσδοκίες τόσο του χρήστη / λήπτη των υπηρεσιών, όσο και του επαγγελματία της υγείας, από τις υπηρεσίες που παρέχονται από το σύστημα. Η ποιότητα δεν αφορά μόνο μια συγκεκριμένη διαδικασία, ή ένα τμήμα του οργανισμού, δεν συνδέεται μόνο με τα καθήκοντα ενός συγκεκριμένου ατόμου, αφορά το σύνολο των εργαζομένων και απαιτεί την εφαρμογή μιας νέας κοινωνικής συμπεριφοράς και την είσοδο ενός καινούριου δικτύου σχέσεων μεταξύ του προσωπικού. Πρωτοβουλίες που αφορούν την εισαγωγή νέων εργασιακών όρων, καινούριων επιστημονικών μεθόδων, ή νέου πλαισίου εργασίας, οδηγούνται σε απόρριψη, αν οι μέθοδοι δεν προσαρμόζονται στις ανάγκες των ανθρώπων που καλούνται να τις υπηρετήσουν, εφαρμόσουν και χρησιμοποιήσουν. (Μάρκοβιτς, 2011)

Οι εσωτερικές διεργασίες και ο τρόπος που τις αντιλαμβάνονται οι εργαζόμενοι έχουν επιπτώσεις τόσο στον εξωτερικό πελάτη/ασθενή όσο και στον εσωτερικό πελάτη/επαγγελματία υγείας, ο οποίος και παρέχει τις υπηρεσίες. Σε μια επιχείρηση ή οργανισμό, ο οποίος στοχεύει στην επιτυχία, και την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών, βασικό παράγοντα εκτός από τη δέσμευση προς αυτόν, αποτελεί η εμπλοκή του ανθρώπινου παράγοντα. (Χυτήρης, 2015)

Βρέθηκε θετική, στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ικανοποίησης του επαγγελματία υγείας από τη σχέση του με τον χρήστη των υπηρεσιών σχετικά με την ποσότητα της πληροφόρησης που παρέχεται στον δεύτερο.

Η σχέση του επαγγελματία υγείας με τον χρήστη των υπηρεσιών, αποτελεί ιδιαίτερα σημαντική παράμετρο εργασιακής ικανοποίησης του πρώτου. Η διαχείριση της διαπροσωπικής σχέσης είναι ζωτικής σημασίας διότι, μέσα από την αμφίδρομη επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας, ο ασθενής μεταδίδει πληροφορίες απαραίτητες για τις προτιμήσεις του και για την επιλογή κατάλληλων, εξατομικευμένων φροντίδων υγείας. Σύμφωνα με τους Heskett, et al., (1997) η ικανοποίηση των εργαζομένων συμβάλει στην ικανοποίηση των καταναλωτών και στην πρόθεση τους για επαναγορά του προϊόντος ή της υπηρεσίας. Περιγράφεται η σχέση μεταξύ ικανοποίησης καταναλωτών και εργαζομένων σαν ένας καθρέφτης που ενισχύει τη θετική σχέση μεταξύ των δύο.

Η ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας είναι ένα πολύ χρήσιμο μέσο για την αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών καθώς και την ενίσχυση της θεραπευτικής σχέσης μεταξύ γιατρού και ασθενή. Η υιοθέτηση ενός ασθενο-κεντρικού συστήματος παροχής υπηρεσιών, δύναται να οδηγήσει στην αύξηση του αντίκτυπου που έχει η γνώμη του ασθενούς σχετικά με την ποιότητα των ιατρικών υπηρεσιών που λαμβάνει. (Sitzia & Wood, 1997)

Επίσης η ποιότητα της αλληλεπίδρασης θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική ως κριτήριο παροχής ποιοτικών υπηρεσιών, με την επικοινωνία μεταξύ ασθενούς και επαγγελματία

υγείας και της πληροφόρηση που δίδεται για την ασθένεια, να αποτελούν σημαντικούς παράγοντες καθορισμού της ικανοποίησης, ταυτόχρονα με την πρόσβαση και τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών. (Steven, 1988)

Σύμφωνα με τους Bodur, (2002) και Landon, (2003) η εργασιακή ικανοποίηση των εργαζομένων στην υγειονομική περίθαλψη έχει αντίκτυπο στην ποιότητα, την αποτελεσματικότητα αλλά και την αποδοτικότητα της εργασίας. Γεγονός απόλυτα κατανοητό, εφ' όσον η ικανοποίηση από την εργασία των επαγγελματιών υγείας σχετίζεται άμεσα με την ποιότητα των παρεχομένων από αυτούς υπηρεσιών. Οι ικανότητες που απαιτούνται από τους εργαζόμενους, αφορούν σε προσωπική δέσμευση αναφορικά με τις συμπεριφορές που στοχεύουν στη βελτίωση της ποιότητας, την επαγγελματική αξιοπιστία και τη δυνατότητα σύνδεσης με τον οργανισμό καθώς αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για τη βελτίωση της κλινικής πρακτικής και τη λήψη αποφάσεων που σχετίζονται με τους ασθενείς. (Ham, 2003)

Σε έρευνα των Παντουβάκη, και συν., (2012) αναφορικά με τη σχέση μεταξύ εργασιακής ικανοποίησης και εσωτερικής ποιότητας μέσω των αντιλήψεων της κλινικής ηγεσίας νοσηλευτικών τμημάτων, βρέθηκε επίσης θετική σχέση μεταξύ των διαδραστικών και των φυσικών χαρακτηριστικών της εσωτερικής ποιότητας με την εργασιακή ικανοποίηση.

Από άλλους ερευνητές υποστηρίζεται πως η ικανοποίηση προϋποθέτει εμπειρία χρήσης και κατανάλωσης υπηρεσιών και αναφέρεται στο πραγματικό και όχι στο ιδανικό επίπεδο ποιότητας της παρεχόμενης υπηρεσίας. Οι επιμέρους διαστάσεις της ικανοποίησης είναι λιγότερο συγκεκριμένες σε σχέση με αυτές της ποιότητας που βασίζεται σε συγκεκριμένα χαρακτηριστικά γνωρίσματα που καθιστούν μια υπηρεσία ποιοτική. (Χυτήρης, 2015)

Σε μελέτη των Clemes, et al., (2001) βρέθηκε επίσης ότι, τα απτά χαρακτηριστικά, η πρόσβαση στο σύστημα υγείας, τα αποτελέσματα από την παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών, και η ανταπόκριση του υγειονομικού προσωπικού ήταν οι σημαντικότεροι παράγοντες διαμόρφωσης της αντίληψης των ασθενών για την ποιότητα υπηρεσιών στην φροντίδα υγείας. Ο Μερκούρης (1996) σε μελέτη του σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες ανέδειξε ως κυριότερο παράγοντα ικανοποίησης την πληροφόρηση, αν και εξέφρασαν χαμηλές προσδοκίες λόγω έλλειψης προσωπικού.

Η έρευνα των Παπαγιανοπούλου, και συν., (2008) ανέδειξε ότι, ο τρόπος με τον οποίο προσεγγίζονται οι ασθενείς κατά τη διάρκεια της χρήσης των υπηρεσιών υγείας, αλλά και η ποιότητα της ενημέρωσης που λαμβάνουν για βασικά σημεία που αφορούν στο πρόβλημα της υγείας τους κυριαρχεί στην αντίληψή τους, ως ο κυριότερος παράγοντας κατά τη διαδικασία αξιολόγησης των υπηρεσιών.

Παρόμοια ήταν και τα αποτελέσματα έρευνας που έγινε από το υπουργείο υγείας του Queensland στο Σίδνεϋ, αναφορικά με το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών σε χειρουργικό τμήμα. Βρέθηκε ότι σε σύνολο εκατό συμμετεχόντων ασθενών, αναφέρθηκε ικανοποίηση από το επίπεδο πληροφόρησης και εξηγήσεων που δόθηκε στους ασθενείς σχετικά με την κατάστασή τους. (Γιαννακοπούλου, 2013)

Οι Alasad και Ahmad (2004) διαξήγαγαν μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε νοσοκομείο της Ιορδανίας για τον προσδιορισμό των παραγόντων που επηρεάζουν τις απόψεις των ασθενών σχετικά με τη νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται σε παθολογικούς και χειρουργικούς θαλάμους. Το δείγμα της μελέτης ήταν 225 ενήλικοι ασθενείς που νοσηλεύονταν σε παθολογικούς και χειρουργικούς θαλάμους σε πανεπιστημιακό νοσοκομείο της χώρας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων είχε θετική εμπειρία σχετικά με το νοσηλευτικό χρόνο που τους διατέθηκε αλλά και από το σεβασμό που έδειξαν οι νοσηλευτές τόσο προς τους συγγενείς όσο και προς τους φίλους των ασθενών. Επίσης, βρέθηκε ότι αν και η ποσότητα των νοσηλευτικών πληροφοριών που δόθηκαν στους ασθενείς ήταν ο κύριος παράγοντας για τη διαμόρφωση της άποψής τους, οι πληροφορίες που προσφέρθηκαν έγιναν αντιληπτές από την πλειοψηφία των ασθενών ως ανεπαρκείς.

Το 2004 οι Suhonen και Leino-Kilpi πραγματοποίησαν μια βιβλιογραφική ανασκόπηση που αφορούσε ενήλικους ασθενείς χειρουργικών κλινικών και τις πληροφορίες που τους παρέχονταν από τους επαγγελματίες υγείας, με σκοπό τη διερεύνηση των πληροφοριακών αναγκών τους, τις γνώμες τους σχετικά με την παροχή πληροφοριών και την επίδραση των εξατομικευμένων πληροφοριών. Η έρευνα έγινε με σχετικές αναζητήσεις στο διαδίκτυο από το 1994 έως το Μάρτιο του 2004 στο MEDLINE, the Cochrane Database of Systematic Reviews and the Cochrane Central Register of Controlled Trials. Βρέθηκε ότι στον τομέα της πληροφόρησης, από μελέτη σε μελέτη, υπήρχε διαφορετική εκτίμηση σχετικά με την παροχή πληροφοριών και τη σημαντικότητά της. Οι χειρουργημένοι ασθενείς είχαν ειδικές ανάγκες επιμόρφωσης ενώ καταγράφηκε ότι στους ασθενείς δεν είχαν δοθεί οι απαιτούμενες πληροφορίες και πως ήταν αναγκαίο να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στην εκτίμηση και την αξιολόγηση των ατομικών τους αναγκών.

Διαπιστώνεται λοιπόν πως στην παρούσα μελέτη το επίπεδο της πληροφόρησης που δόθηκε στους ασθενείς ήταν ιδιαίτερα υψηλό και ικανοποίησε τόσο τους παρόχους όσο και τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας. Επιβεβαιώνεται η ερευνητική υπόθεση «H1. Υπάρχει θετική συσχέτιση από την αλληλεπίδραση μεταξύ, του προμηθευτή των υπηρεσιών υγείας και του χρήστη των υπηρεσιών στο πεδίο της παροχής πληροφόρησης»

Επίσης παρατηρήθηκε θετική συσχέτιση ανάμεσα στην παροχή της κατάλληλης φροντίδας που ικανοποιεί τις ανάγκες των ασθενών με την προϋπόθεση ότι αυτή η φροντίδα παρέχεται σύμφωνα με την τρέχουσα επιστημονική γνώση και συνδέεται

άμεσα με τις κλινικές ανάγκες του ασθενούς. Επιβεβαιώνεται η ερευνητική υπόθεση «H2. Υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ της σημαντικότητας της παρεχόμενης φροντίδας, της σχετικής με τις κλινικές ανάγκες του ασθενούς με δεδομένη την παρούσα γνώση, με τη διαδικασία διαρκούς αξιολόγησης, βελτίωσης και ελέγχου, ακόμη και μετά το πέρας της θεραπείας ενός ασθενούς»

Σύμφωνα με τον Hartmann (2006) η έννοια της ποιότητας αφορά αφενός στη συνολική λειτουργία ενός τμήματος, με αφετηρία τα ζητήματα στελέχωσης, διοίκησης και οργάνωσης και αφετέρου την κλινική πρακτική, με επίκεντρο τις ανάγκες του ασθενούς. Η βελτιστοποίηση ορισμένων κρίσιμων σημείων της λειτουργίας ενός οργανισμού υγείας για να είναι αρκετή πρέπει να εξασφαλίζει ότι, κάθε ασθενής θα λαμβάνει τη βέλτιστη διαθέσιμη φροντίδα υγείας, την κατάλληλη κάθε φορά για την περίπτωση του. Επιπλέον ποιοτικές υπηρεσίες έχουμε όταν οι διαδικασίες και οι δράσεις ενός οργανισμού είναι σχεδιασμένες κατά τέτοιο τρόπο ώστε να ανταποκρίνονται, με παρατεταμένη χρονική διάρκεια, αρχικά στις ανάγκες και στη συνέχεια στις απαιτήσεις των εσωτερικών και των εξωτερικών πελατών. (Al. Assaf, 1996)

Για το Ινστιτούτο Ιατρικής των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής η ποιότητα συνίσταται στον βαθμό που οι υπηρεσίες για άτομα ή πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων, την ώρα που είναι αποδεκτές βάσει της υπάρχουσας επαγγελματικής γνώσης. Όσον αφορά την Τεκμηριωμένη Ιατρική (Evidence Based Medicine) ή Ιατρική Βασισμένη σε Ενδείξεις, αποτελεί τη «συνειδητή, δίκαια και εμφανή χρήση της άριστης, σύγχρονης και επίκαιρης απόδειξης στη λήψη της απόφασης για τη φροντίδα του ασθενούς». Αποτελεί το μίγμα της εξατομικευμένης κλινικής διαγνωστικής και θεραπευτικής ικανότητας του ιατρού με τη βέλτιστη εξωτερική κλινική απόδειξη, η οποία και είναι απότοκος της ενδεδειγμένης και συστηματικής έρευνας των επίκαιρων δεδομένων και της σύγχρονης ασθενοκεντρικής προσέγγισης. (Institute of Medicine-U.S., 2001)

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών χρησιμοποιείται συχνά στην αξιολόγηση της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών. Οι ασθενείς είναι δυνατό να δώσουν πληροφορίες, οι οποίες αν αξιοποιηθούν σωστά μπορούν να συνεισφέρουν στην ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών. Η ικανοποίηση των ασθενών θεωρείται από πολλούς ερευνητές ως αναπόσπαστο στοιχείο της ποιότητας της φροντίδας. Η τελική επιβεβαίωση της ποιότητας καθορίζεται όχι μόνο από το αποτέλεσμα της φροντίδας, αλλά και από την ικανοποίηση του ασθενούς που είναι αναπόσπαστο στοιχείο και αναγνωρίσιμο μέτρο της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών. (Κοτσαγιώργη, 2010)

Η ικανοποίηση του ασθενούς είναι ιδιότητα της ποιότητας της φροντίδας και ένα αναγνωρισμένο και επιθυμητό αποτέλεσμα, δείκτης της ποιότητας της φροντίδας που εκφράζει την άποψη των ασθενών για την ποιότητα της φροντίδας, προαπαιτούμενη και αναγκαία συνθήκη για την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας. (Vuori,

1999) Σύμφωνα με τον Μερκούρη (1996) η συνιστώσα της ικανοποίησης των ασθενών, αποτελεί ένα σημαντικό στοιχείο του αποτελέσματος της φροντίδας υγείας, ως παράμετρος της ποιότητας.

Οι ασθενείς έχουν δικαίωμα στη λήψη της βέλτιστης φροντίδας, σύμφωνα με την τρέχουσα επιστημονική γνώση και τους διαθέσιμους πόρους. Είναι επιτακτική ανάγκη να ενισχυθεί ο ρόλος της παροχής ποιοτικών φροντίδων στις υπηρεσίες υγείας. Είναι σημαντικό να ενσωματωθούν οι διαδικασίες διασφάλισης της ποιότητας στη ροή του τμήματος με τη συμμετοχή του προσωπικού, στο σύνολό του. Απαραίτητη επίσης είναι η καταγραφή των διαδικασιών, η ανακοίνωση των αποτελεσμάτων της κλινικής πρακτικής καθώς και η τήρηση κοινής μεθοδολογίας. Με τον τρόπο αυτό η συστηματική εκτίμηση της συγκριτικής αξιολόγησης της ποιότητας και της φροντίδας υγείας, η ανάπτυξη και επικύρωση των δεικτών ποιότητας, θα συμβάλει στην ανάπτυξη και εφαρμογή των προτύπων και αλγορίθμων με στόχο τη βελτίωση της συγκρισιμότητας από τα εθνικά συστήματα υγείας. (Ζιώγα, 2014)

Βρέθηκε ακόμη ότι, η παροχή κατάλληλης φροντίδας στον ασθενή, είναι άμεσα και θετικά συνδεδεμένη με ένα πλαίσιο διαρκούς αξιολόγησης, ελέγχου και βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών ακόμη και μετά το πέρας των θεραπευτικών παρεμβάσεων. Επιβεβαιώνεται η ερευνητική υπόθεση «H3. Υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ της κατάλληλης και διαθέσιμης φροντίδας υγείας, με τις κλινικές ανάγκες του ασθενούς και τη διαδικασία διαρκούς αξιολόγησης, βελτίωσης και ελέγχου, ακόμη και μετά το πέρας της θεραπείας ενός ασθενούς»

Ήδη από τις αρχές του 20^{ου} αιώνα ο Ernest Avery Codman, γενικός χειρουργός στο Νοσοκομείο της Μασαχουσέτης, έδινε έμφαση στο «τελικό αποτέλεσμα» της περίθαλψης και επανεξέταζε τους ασθενείς του ένα έτος μετά το χειρουργείο για να αξιολογήσει το όφελος και τις ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας. Έκτοτε εισήχθει η πρακτική της παρακολούθησης των ασθενών μετά από τις θεραπευτικές παρεμβάσεις (follow-up) και την παρέλευση ικανού χρόνου. (Neuhauser, 2002) Επίσης καθιερώθηκαν πρότυπα λειτουργίας των ιατρικών σχολών καθώς έγινε αντιληπτή η σχέση μεταξύ της εκπαίδευσης των επιστημόνων υγείας και της ποιότητας στην παρεχόμενη φροντίδα. (Beck, 2004)

Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει επίσης, ως μέρος της διαρκούς αξιολόγησης του πλαισίου φροντίδας, το περιβάλλον παροχής των υπηρεσιών, καθώς αποτελεί κομμάτι της παρεχόμενης υπηρεσίας και μέρος της εμπειρίας του χρήστη / λήπτη των υπηρεσιών. Οι Aubert-Gamet & Cova (1999) υποστηρίζουν την άποψη πως, επειδή οι υπηρεσίες είναι άυλες, οι πελάτες χρησιμοποιούν ερεθίσματα τα οποία λαμβάνουν από το περιβάλλον παροχής της υπηρεσίας προκειμένου να την αξιολογήσουν. Συνηγορούν με την άποψη πως όσο πιο άυλο είναι αυτό που προσφέρεται, τόσο μεγαλύτερη είναι η ανάγκη να συνοδεύεται από επαρκή εμπράγματα στοιχεία.

Οι συμμετέχοντες θεωρούν ότι είναι ιδιαίτερα σημαντικό οι παροχές φροντίδας να είναι όχι μόνο κατάλληλες, αλλά και διαθέσιμες προς χρήση από τον λήπτη των υπηρεσιών, έτσι ώστε να πληρούνται και το κριτήριο της μακροχρόνιας χρησιμότητας της υπηρεσίας. Επιβεβαιώνεται η ερευνητική υπόθεση «H4. Υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ της καταλληλότητας και της διαθεσιμότητας της παρεχόμενης φροντίδας, ώστε να ικανοποιεί τις ανάγκες του ασθενούς που εξυπηρετείται σε μακροχρόνια βάση»

Η παροχή της καλύτερης διαθέσιμης περίθαλψης στον ασθενή, με το σωστό τρόπο, στον κατάλληλο χρόνο, στο άτομο που το έχει ανάγκη, εξασφαλίζει σε μεγάλο βαθμό το βέλτιστο αποτέλεσμα. Η κατανόηση των αναγκών των πελατών, εσωτερικών και εξωτερικών, είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την ανάπτυξη και την εφαρμογή ενός επιτυχημένου συστήματος υγείας. (Department of Health, 2003)

Είναι γενικά παραδεκτό ότι, οι ασθενείς δικαιούνται τη βέλτιστη φροντίδα, σύμφωνα με την τρέχουσα επιστημονική γνώση και τους διαθέσιμους πόρους. Είναι αδήριτη η ανάγκη να ενισχυθεί ο ρόλος της διοίκησης ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας και να ενσωματωθούν στη ροή εργασίας, διαδικασίες διασφάλισης της ποιότητας με τη συμμετοχή του προσωπικού. (Ζιώγα, 2014) Καθώς η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ενδιαφέρει τόσο τους ασθενείς που «καταναλώνουν» τις υπηρεσίες, όσο και τους επαγγελματίες υγείας που τις «παράγουν» είναι σημαντική η μέτρηση και η βελτίωση της ποιότητας σύμφωνα με τον Gilbert (1992) μέσα από την πρόληψη των λαθών, τη λήψη των κατάλληλων μέτρων και τη λεπτομερή και συστηματική καταγραφή και ανάλυση των διαδικασιών και των αποτελεσμάτων.

Στην παρούσα εργασία μελετήθηκε επίσης η αποτύπωση των γνώσεων, στάσεων και αντιλήψεων των εργαζομένων στις υπηρεσίες υγείας αναφορικά με τον τύπο της οργανωσιακής κουλτούρας που επικρατεί ή είναι η επιθυμητή στους οργανισμούς της εργασίας τους. Ειδικότερα αν υπάρχει εσωτερική ή εξωτερική εστίαση και διάθεση του οργανισμού για αλλαγή και ευελιξία ή για σταθερότητα και έλεγχο.

Οι συμμετέχοντες αναφορικά με την υφιστάμενη κατάσταση, υποστήριξαν ότι οι υπηρεσίες τους χαρακτηρίζονται από εσωτερική εστίαση με κυρίαρχη την ιεραρχική κουλτούρα και την κουλτούρα αγοράς. Επιβεβαιώνονται οι ερευνητικές υποθέσεις «H7. Είναι η παρούσα οργανωσιακή κουλτούρα των υπηρεσιών υγείας προσανατολισμένη στους κανόνες, τη σταθερότητα και τη γραφειοκρατία (κουλτούρα ιεραρχίας)» και «H8. Έχουν οι οργανισμοί υγείας προσανατολισμό την ικανοποίηση του πελάτη μέσω της επίτευξης στόχων (κουλτούρα αγοράς)»

Σε συναφή αποτελέσματα κατέληξε και η έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τον Acar (2014) σε 99 δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία της Τουρκίας καθώς βρέθηκε ότι η κυρίαρχη οργανωτική κουλτούρα ήταν αυτή της ιεραρχίας και ακολουθούσαν της αγοράς και η συμμετοχική που βασίζεται στη συνεργασία. Σε μελέτη των Gavrilescu & Barbul (2010) σε νοσοκομείο της Ρουμανίας με τη χρήση του ερωτηματολογίου OCAI και παράλληλη χρήση ημιδομημένων συνεντεύξεων αναφορικά με την τρέχουσα και

επιθυμητή κουλτούρα του οργανισμού, βρέθηκε επίσης να επικρατεί μια κουλτούρα με έντονες ιεραρχικές προθέσεις και εσωτερική εστίαση.

Επίσης σε μελέτη των Seren και Baykal (2007) στην Τουρκία, βρέθηκε ότι η συλλογική κουλτούρα ήταν η επικρατούσα κουλτούρα στα ιδιωτικά νοσοκομεία της χώρας, αλλά στα δημόσια νοσοκομεία η κυρίαρχη κουλτούρα ήταν η ιεραρχική. Με την γραφειοκρατία, τους αυστηρούς κανονισμούς και την εξουσία ως το βασικό στοιχείο, οι εργαζόμενοι αναμένεται να εκτελούν καθήκοντα χωρίς να θέτουν ερωτήσεις και να αμφισβητούν. Η δύναμη και η εξουσία θεωρούνται τα πιο σημαντικά στοιχεία για την επίτευξη επιθυμητών αποτελεσμάτων σε αυτό τον τύπο κουλτούρας και οι εργασίες εκτελούνται μέσα σε έντονα ανταγωνιστικό κλίμα.

Σε αντίστοιχη έρευνα της Γούλα (2014) που πραγματοποιήθηκε σε δημόσια νοσοκομεία του λεκανοπεδίου Αττικής, τα αποτελέσματα ανέδειξαν ως επικρατούσα κουλτούρα την ιεραρχική. Βρέθηκε ότι το γραφειοκρατικό μοντέλο ήταν πιο ισχυρό στην τεχνική, στην ιατρική και στη διοικητική υπηρεσία. Στη νοσηλευτική υπηρεσία, η οποία παρουσίαζε έναν πιο ασθενοκεντρικό χαρακτήρα υπερίσχυε το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων (κουλτούρα γενιάς) και το μοντέλο στόχων/αποδοτικότητας (κουλτούρα αγοράς).

Παρόμοια σε μελέτη της Ματζιάρη (2014) που πραγματοποιήθηκε σε δομές υγείας του νομού Σερρών και διερευνούσε την οργανωσιακή κουλτούρα και την εργασιακή εξουθένωση, βρέθηκε ότι η υφιστάμενη κουλτούρα ήταν προσανατολισμένη στην ιεραρχία και την τήρηση των κανόνων και αυτό συσχετιζόταν αρνητικά με τις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης. Πιθανά γιατί τήρηση των κανόνων, των διαδικασιών και των τύπων διατηρούν την ομαλή λειτουργία και εξασφαλίζουν τη σταθερότητα. Στην ίδια μελέτη ο προσανατολισμός στην καινοτομία βρέθηκε να συσχετίζεται θετικά με την εργασιακή δέσμευση.

Επίσης και στα αποτελέσματα άλλων ερευνών στο χώρο της υγείας (Παρδάλης, 2005, Παπαγεωργίου & Χονδροκούκης, 2010) η εσωτερική εστίαση, η τυπολατρική τήρηση των κανόνων και η έμφαση στις ιεραρχικές δομές, αναδείχθηκαν ως τα κυρίαρχα χαρακτηριστικά της κουλτούρας των οργανισμών.

Αντίθετα σε μελέτη της Δρακάκη (2016) σε επαγγελματίες υγείας η κουλτούρα ανοικτού συστήματος και ανταγωνισμού αναφέρθηκε ως επικρατούσα το διάστημα της έρευνας και συνδέθηκε με την συναισθηματική επιβάρυνση των εργαζομένων.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τον Μασσαρά (2014) σε διοικητικά στελέχη με θέμα τη σχέση οργανωσιακής κουλτούρας και παρακίνησης, αναδύθηκε ως υφιστάμενη και αντιληπτή, η κουλτούρα ιεραρχίας και ως επιθυμητή η κουλτούρα γενιάς και η ανοικτού συστήματος δευτερευόντος. Η συσχέτιση της κουλτούρας ιεραρχίας και της παρακίνησης των εργαζομένων ήταν αρνητική ενώ η κουλτούρα γενιάς φάνηκε να σχετίζεται θετικά με το βαθμό παρακίνησης των εργαζομένων.

Σχετικά με την επιθυμητή κατάσταση οι συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα ανέφεραν ως πρώτες την κουλτούρα γενιάς και ανοικτού συστήματος και την εξωτερική εστίαση του οργανισμού τους. Επιβεβαιώνεται η ερευνητική υπόθεση «H9. Έχουν οι οργανισμοί υγείας προσανατολισμό στην ικανοποίηση και την υποστήριξη των εργαζομένων (κουλτούρα γενιάς) την ευελιξία και την καινοτομία»

Στα ίδια αποτελέσματα κατέληξε και η μελέτη της Γούλα (2014) στην οποία η κουλτούρα γενιάς και εστίασης στον ανθρώπινο παράγοντα, κατέλαβε την πρώτη θέση στην επιθυμητή κατάσταση.

Σε μελέτη που έγινε σε υψηλόβαθμα στελέχη ιδιωτικού νοσοκομείου από την Δέδη (2009) η κουλτούρα γενιάς βρέθηκε επίσης στην πρώτη θέση επιλογής της επιθυμητής κατάστασης, με υφιστάμενες επικρατούσες την κουλτούρα αγοράς και ανοικτού συστήματος.

Παρόμοια σε έρευνα της Στάθη (2012) που πραγματοποιήθηκε στο Γ.Ο.Ν. «Άγιοι Ανάργυροι» βρέθηκε ότι το εν λόγω Νοσοκομείο διέπεται από μια σύνθετη κουλτούρα όπου επικρατεί ο τύπος των ανθρωπίνων πόρων (κουλτούρα γενιάς), ενώ ως επιθυμητή αναδείχθηκε η ανάπτυξη της κουλτούρας του τύπου της καινοτομίας και της αγοράς για την αντιμετώπιση των πολύπλοκων διαδικασιών φροντίδας υγείας.

Σε αντίστοιχη έρευνα του Τριγώνη (2014) που αφορούσε το Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς» η υποστηρικτικότητα αναδείχθηκε ως ο παράγοντας που κυριαρχούσε ως σημαντικός στις αντιλήψεις των συμμετεχόντων τόσο στην υφιστάμενη, όσο και στην επιθυμητή κατάσταση. Η μελέτη αφορούσε 430 εργαζόμενους από το σύνολο των τμημάτων του νοσοκομείου, οι οποίοι στην πλειονότητά τους ανέφεραν τον προσανατολισμό στην απόδοση και τη σταθερότητα ως τους πλέον σημαντικούς παράγοντες επαγγελματικής ικανοποίησης. Παράλληλα αποτύπωσαν την έλλειψη κουλτούρας καινοτομίας στον οργανισμό τους, κατατάσσοντάς την στις τελευταίες θέσεις της αντίληψης για την υφιστάμενη κατάσταση.

Σε άλλη έρευνα που έγινε σε μεγάλο δημόσιο νοσοκομείο της Αθήνας, βρέθηκε ότι αυτό δεν διέπεται από μια ισχυρή κουλτούρα και υπάρχει χάσμα μεταξύ της ιδανικής και της υφιστάμενης οργανωσιακής κουλτούρας με αποτέλεσμα την μειωμένη ικανοποίηση που ελάμβαναν οι συμμετέχοντες από την εργασία τους. (Μαγκαφώσης, 2013) Στην ίδια μελέτη η ευελιξία, η διακίνηση των πληροφοριών και ο προσανατολισμός στους ανθρώπους, αναδείχθηκαν ως κυρίαρχα χαρακτηριστικά στην αντίληψη των ερωτώμενων.

Οι Καστανιώτη, και συν., (2011) ερεύνησαν τις αντιλήψεις των επαγγελματιών ομάδων των δημόσιων νοσοκομείων της Πελοποννήσου και βρήκαν ότι, αυτά δεν φαίνεται να διέπονται από μια ισχυρή σε ένταση και έκταση κουλτούρα. Αντίθετα επικρατούσα διάσταση ήταν η προσαρμοστικότητα και η προβλεψιμότητα με την

προσδοκία για υψηλή απόδοση, την έμφαση στην ποιότητα, την καινοτομία και την πρωτοβουλία να μην ανήκουν στα χαρακτηριστικά της επιθυμητής κουλτούρας.

Από τις αυτοαναφορές των συμμετεχόντων βρέθηκε ότι η υφιστάμενη και η επιθυμητή οργανωσιακή κουλτούρα των οργανισμών υγείας στους οποίους εργάζονται δεν συγκλίνει κατά το χρονικό διάστημα διεξαγωγής της μελέτης. Άρα δεν επιβεβαιώνεται η ερευνητική υπόθεση «H6. Υπάρχει συμφωνία μεταξύ της υφιστάμενης και της επιθυμητής κουλτούρας»

Εκτιμάται ότι η εν λόγω έρευνα θα συνεισφέρει στην περαιτέρω κατανόηση της σχέσης ποιότητας και οργανωσιακής κουλτούρας και θα προσθέσει ερευνητικά δεδομένα στη μελέτη των παραγόντων που τις επηρεάζουν.

10.2 Συμπεράσματα

Η ένταση του ανταγωνισμού, στον κλάδο των υπηρεσιών έχει οδηγήσει στη συνειδητοποίηση ότι οι οργανισμοί στον τομέα την υγείας οφείλουν να προσφέρουν υψηλής ποιότητας υπηρεσίες. Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας ενδιαφέρει σημαντικά όχι μόνο τους επαγγελματίες υγείας, αλλά και τους χρήστες των υπηρεσιών με το κοινωνικό σύνολο να είναι αυτό που απολαμβάνει την ύπαρξη ποιοτικών υπηρεσιών, μεταφραζόμενη σε υγειονομικά, οικονομικά και κοινωνικά οφέλη. Η ποιότητα, η παραγωγικότητα, η ικανοποίηση του προσωπικού αλλά και των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες συνδέονται στενά.

Είναι προφανές ότι οι παραπάνω παράμετροι επηρεάζονται από την κουλτούρα που επικρατεί στον κάθε οργανισμό. Προκειμένου να είναι αποτελεσματικά τα στελέχη διοίκησης αλλά και οι εργαζόμενοι πρέπει να έχουν ικανότητες κατανόησης και ερμηνείας της κουλτούρας του οργανισμού στον οποίο εργάζονται. Η προσφορά ποιοτικών υπηρεσιών, συμβάλλει στη μείωση του χάσματος που μπορεί να υπάρχει ανάμεσα στις προσδοκίες των πελατών για την υπηρεσία και στον τρόπο παροχής της υπηρεσίας από το προσωπικό επαφής. (Parasuraman, 1987, Zeithaml, et al., 1990)

Εργαζόμενοι που επιδεικνύουν αφοσίωση και χαρακτηρίζονται από κοινές απόψεις για το τι σημαίνει ποιοτική υπηρεσία είναι δυνατό να αλληλεπιδράσουν σωστά με τους πελάτες κατά την παροχή της υπηρεσίας, οι οποίοι με τη σειρά τους θα αξιολογήσουν το προσωπικό θετικά και αυτό το γεγονός με τη σειρά του θα επηρεάσει θετικά το προσωπικό. Οργανισμοί που παρέχουν υπηρεσίες υψηλής ποιότητας έχουν τέτοια κουλτούρα που επιτρέπει στους εργαζομένους να υιοθετούν ένα κοινά αποδεκτό όραμα για τον φορέα τους και να εργάζονται συντονισμένα για την επίτευξη κοινών στόχων. Μέσω της κουλτούρας συντονίζονται πόροι και διαδικασίες με τελικό στόχο την παροχή υπηρεσιών ποιότητας. Επιπλέον η αξιοπιστία, η ανταπόκριση και η ενσυναίσθηση που μπορεί να υπάρχει στις σχέσεις μεταξύ των εργαζομένων αντικατοπτρίζεται στην επαφή με τον εξωτερικό πελάτη (Gupta, et al., 2005)

Η οργανωσιακή κουλτούρα δημιουργεί μια αίσθηση ταυτότητας για κάθε επιχείρηση ενώ παράλληλα είναι το πλαίσιο αναφοράς για αποφάσεις και ενέργειες. Βοηθά στην ένταξη εργαζομένων στην επιχείρηση, στην ανάπτυξη ταυτότητας και στον συντονισμό. Η οργανωσιακή κουλτούρα χαρακτηρίζεται όμως από δυσκολία στον ακριβή προσδιορισμό των συστατικών της στοιχείων ανά περιβάλλον, χρειάζεται χρόνο για να αναπτυχθεί και αντιστέκεται στις αλλαγές. (Furnham & Gunter, 1993)

Η μέτρηση των παραμέτρων της, η αποτύπωση της επικρατούσας και της επιθυμητής, καθώς και οι διαστάσεις της ποιότητας στην παροχή των υπηρεσιών, θα συμβάλει στην αύξηση της παραγωγικότητας αλλά και στην αύξηση των ποιοτικών υπηρεσιών υγείας. Είναι σαφές, πως οργανωσιακή κουλτούρα και ποιότητα είναι συνυφασμένες έννοιες, με την πρώτη να αποτελεί το ευρύτερο σύνολο εντός του οποίου, αναπτύσσεται η

δεύτερη. Έχουν σχέση αλληλεπίδρασης που διακρίνεται από τη δυνατότητα επιρροής της ποιότητας των υπηρεσιών, ή της λειτουργίας του οργανισμού από την οργανωσιακή κουλτούρα, παρά το αντίθετο.

Συμπερασματικά, τονίζεται πως η επιθυμία ενός οργανισμού να προσφέρει περισσότερο ποιοτικές υπηρεσίες, δεν είναι αρκετή για να επιτύχει. Καθοριστικός παράγοντας για την επιτυχία ή την αποτυχία αποτελεί η οργανωσιακή κουλτούρα που διαθέτει. Οι ποιοτικοί στόχοι δεν αποδίδουν, αν οι εργαζόμενοι δεν διαθέτουν κουλτούρα ποιότητας, αν δεν έχουν κάνει κτήμα τους τις αξίες και τα πρότυπα ποιότητας που ο οργανισμός θέτει. Άρα οργανωσιακή κουλτούρα και ποιότητα είναι δύο έννοιες αλληλένδετες και εξίσου σημαντικές για τις υπηρεσίες υγείας.

10.3 Περιορισμοί της μελέτης

Παρόλο που καταβλήθηκε προσπάθεια για αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος, αυτό δεν κατέστη δυνατό σε όλες τις περιπτώσεις και αποτυπώνεται στη σύνθεσή του. Επίσης το περιορισμένο χρονικό διάστημα εκπόνησης της παρούσας μελέτης δεν επέτρεψε τη συμμετοχή μεγαλύτερου αριθμού επαγγελματιών υγείας.

Επιπλέον η ποικιλότητα, η ευρύτητα των εννοιών, ο μεγάλος αριθμός των ορισμών της ποιότητας και της οργανωσιακής κουλτούρας και η δέσμευση χρήσης ενός μόνο ερευνητικού εργαλείου για την μέτρηση της ποιότητας και της κουλτούρας αντίστοιχα, οδήγησε σε αποκλεισμό άλλων μοντέλων ελέγχου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ Ξενόγλωσση

Aaker, David A. Jacobson R. (1994) The Financial Information Content of Perceived Quality. *Journal of Marketing Research*, 31(8):191-201.

Acar, AZ., Acar P. (2014) Organizational Culture Types and Their Effects on Organizational Performance in Turkish Hospitals. *Emerging Markets Journal*, 3:16-30.

Adat, N. Noel, D.T. (2014) Customers' expectations and perceptions of service quality: The case of a retail pharmacy chain in South Africa. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 5(20):2648-2655.

Ahmad, M.M., Alasad J.A. (2004) Predictors of patients experiences of nursing care in medical-surgical wards. *International Journal of Nursing Practice*, 10:235-241.

Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M. (2002) Hospital staffing, organization, and quality of care: Cross-national findings. *Nursing Outlook*, 50(5):187-194.

AL-Assaf, AF. (1996) International health care and the management of quality. In: Schmele JA (ed) *Quality management in nursing and healthcare*. Delmar Publishers, Albany, New York.

Al- Assaf, Af., Sheikh M. (2004) *Quality improvement in primary health care. A practical guide*. Series 26. WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, Cairo.

Aletras, V. (1997) The Relationship between Volume and the Scope of Activity and Hospital Costs, part II in NHS Center for Reviews and Dissemination, *Concentration and Choice in the Provision of Hospital Servicesm CRD Report 8*, University of York.

American Society for Quality. (2010) ASQ: The global voice of quality. Available at: <http://asq.org/>

Anderson, E., Fornell C., Rust R. (1997) Customer satisfaction, productivity and profitability: differences between goods and services. *Marketing Science*, 16:129-145.

Arah, OA., Klazinga, NS., Delnoij, DM., Ten Asbroek, AH., Custers, T. (2003) Conceptual frameworks for health systems performance: A quest for effectiveness, quality, and improvement. *Int J Qual Health Care*; 15:377-398.

Asadi-Lari, M., Tamburini, M., Gray D. (2004) Patients' needs, satisfaction, and health related quality of life: towards a comprehensive model. *Health Qual Life Outcomes*. 2:32.

Asadi-Lari, M., Packham C., Gray D. (2003) Need for redefining needs. *Health Quality Life Outcomes*, 1:34.

Aubert-Gamet, V., Cova, B. (1999) Servicescapes: From modern non-places to post-modern common places. *Journal of Business Research*, 44 (1):37-45.

- Baker, D. Crompton, J. (2000) Quality, Satisfaction and Behavioral Intentions. *Annals of Tourism Research*, 27(3):785-804.
- Balestracci, D., Barlow, J.L. (1996) *Quality Improvement: Practical applications for Medical Group Practice*. Englewood, Colorado: Center for Research in Ambulatory Healthcare Administration.
- Bank, J., Wilpert, B. (1983) What's so special about Quality Circles. *Journal of General Management*, 9(1).
- Beck, AH. (2004) The Flexner report and the standardization of American medical education. *JAMA*, 291:2139-2140.
- Beckford, J. (2016) *Quality: A Critical Introduction*. Book of Business & Economics.
- Bellou, V. (2008) Identifying Organizational culture and subcultures within Greek public hospitals. *Journal of Health Organization and Management*, 22(5):496-509.
- Bellou, V. (2010). Organizational culture as a predictor of job satisfaction: The role of gender and age. *Career Development International*, 15(1):4-19.
- Berrio, A.A., (2003) An Organizational Culture Assessment Using the Competing Values Framework: a profile of Ohio State University extension, *Journal of Extension*, Volume 41(2):127-30.
- Boan, D., Funderburk, F. (2003) *Healthcare quality improvement and organizational culture*. EASTON, MD: Delmarva Foundation.
- Bodur, S. (2002) Job satisfaction of health care staff employed at health centers in Turkey. *Occup Med*, 52:353-355.
- Bolton, R.N., Drew, J.H. (1991a) A multistage model of customers' assessments of service quality and value. *Journal of Consumer Research*, 17:375-384.
- Bond, S., Thomas L.H. (1992) Measuring patients' satisfaction with nursing care. *Journal of advanced Nursing*, 17:52-56.
- Boyd, R., Richerson, P. (2009) Culture and the evolution of human cooperation *Phil. Trans. R. Soc. B*, 364:3281-3288.
- Brady, M.K., Cronin, J.J. (2001) Some new thoughts on conceptualizing perceived service quality: A hierarchical approach, *Journal of Marketing*. 65(3):34-49.
- Bruhn, M., Georgi, D. (2006) *Service Marketing Managing The Service Value Chain*. Pearson Education Ltd., Essex.
- Burrell, G. (1996) Paradigms, metaphors, discourses, genealogies. In S. Clegg, C. Hardy and W. Nord (Eds), *Handbook of organization studies*. Thousand Oaks, CA: Sage.

- Callen, J.L., Braithwaite, J., Westbrook, J.I. (2007) Cultures in hospitals and their influence on attitudes to, and satisfaction with, the use of clinical information systems. *Soc Sci Med*, 65:635-639.
- Calori, R., Sarnin, P. (1991) Corporate Culture and Economic Performance: A French Study," *Organization Studies Organization Studies*, 12:049-74.
- Cameron, K.S., Freeman, S.J. (1991) Cultural congruence, strength, and type: relationships to effectiveness, *Research in Organizational Change and Development*. JAI Press Inc.
- Cameron, K.S., Quinn, R.E. (1999) *Diagnosing and Changing Organizational Culture*. Reading, MA: Addison Wesley.
- Cameron, K, Quinn R. (2006) Diagnosing and changing organizational culture. *Jossey-Bass, San Francisco*, 95:23-30
- Cameron, K. (2008) A Process for Changing Organizational Culture. In Thomas G. Cummings (Ed.) *Handbook of Organizational Development*, (pages 429-445) Thousand Oaks, CA: Sage Publishing.
- Carman, J.M. (1990) Consumer perceptions of service quality: an assessment of the SERVQUAL dimensions. *Journal of Retailing*, 66(1):33-55.
- Chen, H.K., Chen, H.Y., Wu, H.H., Lin, W.T. (2004) Implementation in a Healthcare and Pharmaceutical Logistics Organization: The Case of Zuellig Pharma in Taiwan. *Journal of Total Quality Management and Business Excellence*, 15:9-10.
- Chu, K.F., (2003) An organizational culture and the empowerment for change in SMEs in the Hong Kong manufacturing industry," *Journal of materials processing technology*, 139:505
- Clemmer, J. (2001) Three core questions that define organizational culture. *Managerwise*.
- Clemes, M.D., Ozanne, L.K., Laurensen, W.L. (2001) Patients' perceptions of service quality dimensions: An empirical examination of health care in New Zealand. *Health Marketing Quarterly*, 19(1):3-22.
- Collard, R. (1981) The Quality Circle in Context. U.K, *Personel Management*, 13:26-30
- Committee On Quality Of Health Care In America. (2001) *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st Century*. Institute of Medicine, National Academy Press, Washington, DC.
- Cooke, R.A., Lafferty, J.C. (1987) *Level V: Organizational Culture Inventory (Form III)*. Plymouth, MI: Human Synergistics.

Cooke, RA, Rousseau, DM. (1998) Behavioral norms and expectations. A quantitative approach to the assessment of organizational culture. *Group Organ Manage*, 13:245-273.

Corbett, L. M. , Rastrick, K. N., (2000) "Quality performance and organizational culture A New Zealand study," *International Journal of Quality & Reliability Management*, v17.

Cronin, J.J., Taylor, S.A. (1992) Measuring service quality: A reexamination and extension. *The Journal of Marketing*, 56(3):55-68.

Crosby, P.B. (1979) *Quality is free*. New York: for Advanced Engineering Study. McGraw-Hill.

Dabholkar, P.A., Thorpe, D.I., Rentz, J.O. (1996) A measure of service quality for retail stores: Scale development and validation, *Journal of the Academy of Marketing Science*; 24(1):3-16.

Davies, H.T.O., Nutley, SM. (2000) Developing Learning Organisations in the New NHS. *British Medical Journal*, 320(7240):998-1001.

Davies, H.T.O., Nutley, S.M., Mannion, R. (2000) Organisational culture and quality of health care. *Quality in Health Care*, 9:111-119.

Davis, P. (2006) Beyond human resource management in co-operatives. *Cross Cultural Management: An International Journal*, 13:69-95.

Davies, H.T.O., Mannion, R., Jacobs, R., Powell, AE., Marshall, MN. (2007) Exploring the relationship between senior management team culture and hospital performance. *Med Care Res Rev*, 64:46-65.

Deming, W.E. (1986) *Out Of Crisis*, Massachusetts Institute of Technology, Cambridge, MA.

Denison, D.R., Spreitzer, G.M. (1991) Organizational culture and organizational development: a competing values approach," *Research in Organizational Change and Development*, 5:1-21.

Denison, D., Mishra, A. (1995) Toward a Theory of Organizational Effectiveness. *Organization Science*, 6(2):204-223.

Department of Health (DoH). (1998) *A First Class Service: Quality in the New NHS*. London: Secretary of State for Health. Available at: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4006902 (πρόσβαση 2.2.2018)

Department of Health, (2003) *Winning Ways Working together to reduce Healthcare Associated Infection in England*. Available at: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20121206050445/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4064689.pdf. (πρόσβαση 2.2.2018)

- Dick, A., Basu, K. (1994) Customer loyalty: Toward an intergrated conceptual framework. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 22(2):99-113.
- Donabedian A. (1988) The quality of care: how can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*. 260(12): 1743-1748.
- Donabedian A. (1980) The definition of quality and approaches to its assessment. Health Administration Press, Ann Arbor.
- Donabedian A. (1966) Assessment and measurement of quality assurance in healthcare. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44:194-196.
- Donabedian, A., Wheeler, JR., Wyszewianski, L. (1982) Quality, cost, and health: an integrative model. *Med Care*, 20(10):975-92.
- Drosos, D. Skordoulis, M., Chalikias, M., Kalantonis, P., Papagrigoriou, A. (2017) The Impact of ISO 9001 Quality Management System Implementation in Tourism SMEs. In book: *Springer Proceedings in Business and Economics: Tourism, Culture and Heritage in a Smart Economy*. Eds., Katsoni, V. et al. Springer, :145-157
- Drucker, P. (1985) *Innovation and entrepreneurship*. New York: Harper & Row.
- Duffy, L.D. (2005) The evolution of customer loyalty strategy. *Journal of Consumer Marketing*, 22(5):284 - 286.
- Edvardsson, B., Thomasson, B., Ovretveit J. (1994) *Quality of Service: Making it Really Work*. McGraw-Hill Publishing.
- Ezeh, C., Harris, L. (2007) Servicescape research: a review and a research agenda. *The Marketing Review*, 7(1):59-78.
- Feigenbaum, A.V. (1961) *Total Quality Control*, New York, McGraw-Hill.
- Feigenbaum, A.V. (1986) *Total Quality Control*, McGraw-Hill, New York, NY.
- Fertie, E., Shortell, S.M. (2001) Improving the Quality of Care in the United Kingdom and the United States: A Framework for Change. *The Milbank Quarterly*, 79(2):281-315.
- Fiol, L.J.C., Alcañiz, E.B., Moliner Tena, M.A., García, J.S. (2009). Customer Loyalty in Clusters: Perceived Value and Satisfaction as Antecedents. *Journal of Business-to-Business Marketing*, 16(3):276-316.
- Fisher, C.J., Alford, R.J. (2000) Consulting on culture: A new bottom line. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 52(3):206-217.
- Fitzsimmons, J.A., Fitzsimmons, M.J. & Bordoloi, S.K (2014) *Service management: Operations, strategy, information technology*. New York: McGraw Hill.
- Fortuna, RM. (1990) The quality imperative. In E.C. Huce (Ed.) *Total quality: An executive's guide for the 1990s* (pp. 3-25). Homewood, IL: Dow Jones-Irwin.

Freeman, T. (2003) Measuring Progress in Clinical Governance: Assessing the Reliability and Validity of the Clinical Governance Climate Questionnaire. *Health Services Management Research*, 16:234-250.

Furnham, A., Gunter, B. (1993) *Corporate Assessment. Auditing a Company's Personality*. London and New York: Routledge.

Gambi L., Gerolamo, MC., Carpinetti, L. (2013) A Theoretical Model of the Relationship Between Organizational Culture and Quality Management Techniques. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 8:334-339

Garvin, D.A. (1987) "Competing on the Eight Dimensions of Quality", *Harvard Business Review*.

Gaster, L. (1990) *Can Quality Be Measured? Going Local*, School for Advanced Urban Studies. Bristol.

Gavrilescu, L., Barbul, C. (2010) Assessment of the organizational culture of the county emergency hospital. *Annals of Faculty of Economics, University of Oradea, Faculty of Economics*, 1(1):663-666.

Gemmel, P., Van Looy, B., Van Dierdonck, R. (2013) *Service management: An integrated approach*. Essex: Pearson

Gershon, R.M., Stone, P.W., Bakken, S., Larson, E. (2004) Measurement of organizational culture and climate in healthcare. *Journal of Nursing Administration*, 34:33-40.

Ghobadian, A., Speller, S., Jones, M. (1994) Service Quality Concepts and Models. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 11(9):43-66.

Gifford, BD., Zammuto, RF., Goodman, EA. (2002) The relationship between hospital unit culture and nurses' quality of work life. *J Healthc Manag*, 47:13-25.

Gilbert F., Lumpkin J., Dant R. (1992) Adaptation and customer expectations of health care options, *Journal of Health Care Managmnet*, 12(3):46-55.

Gilbert, G.R., Parhizgari, Ali,M. (2000) Organizational effectiveness indicators to support service quality. *Managing Service Quality: An International Journal*, 10(1):46-52.

Goffee, R., Jones, G. (1998) *The character of a corporation: How your company's culture can make or break your business*, Harper Business, London.

Goodman, EA., Zammuto RF., Gifford BD. (2001) The competing values framework: Understanding the impact of organizational culture on the quality of work life. *Organizational Development Journal*, 19:58-68.

Gordon, G.G. (1991) Industry Determinants of Organizational Culture. *Academy of Management Review*, 16:396-415.

- Gounaris, S.P., Tzempelikos, N.A., Chatzipanagiotou, K. (2007). The Relationships of Customer-Perceived Value, Satisfaction, Loyalty and Behavioral Intentions. *Journal of Relationship Marketing*, 6(1):63-87.
- Gowri, P.A., Mariammal, M. (2012) Factorial Dimensions of Employee Engagement in Public and Private Sector Banks. *Bonfring International Journal of Data Mining*.
- Greenberg, J. Baron, A.R. (2000) Behaviour in organisations 8:188-215
- Gregory, B.T., Harris, S.G., Armenakis, A.A., Shook C.L. (2009) Organizational culture and effectiveness: A study of values, attitudes, and organizational outcomes. *J Bus Res*, 62:673-679.
- Grewal, D., Lindsey-Mullikin, J., Munger, J. (2004) Loyalty in e-Tailing. *Journal of Relationship Marketing*, 2(3):31-49.
- Grönroos, C. (1978) A Service Oriented Approach to Marketing of Service. *European Journal of Marketing*; 12(8):588-601.
- Grönroos, C. (1988). Service Quality: The six criteria of good perceived service quality. *Review of Business*, 9(3):10-13.
- Grönroos, C. (1990) Service management and marketing. Lexington, Mass Q Lexington Books.
- Grönroos, C. (2007) Service management and marketing. West Sussex: Wiley.
- Grocock, J.M. (1986) The Chain Of Quality: Market Dominance Through Superior Product Quality. Wiley, Chichester, New York, NY.
- Gummesson, E. (1994) Service management: an evaluation and the future. *International Journal of Service Industry Management*, 5(1):77-96.
- Hair, J.F., Jr., Anderson, R. E., Tatham, R. L. and Black, W. C. (1995) *Multivariate Data Analysis*, 3rd ed, Macmillan Publishing Company, New York.
- Ham, C. (2003) Improving the performance of health services: The role of clinical leadership. Available at: The Lancet, <http://image.thelancet.com/extras/02art8342web.pdf>.
- Handy C. (1993) *Understanding organizations*, 4th ed, Harmondsworth: Penguin Books.
- Handy, C. (1995) *Gods of Management: The Changing Work of Organizations*. New York: Oxford University Press.
- Hartmann, G. (2006) Quality management in radiotherapy. In: Schlegel W, Bortfeld T, Grosu AL (eds) *New technologies in radiation oncology*. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York.

Haya R. Rubin, H.R., Pronovost, P., Diette, G.B. (2001) The advantages and disadvantages of process based measures of health care quality. *International Journal for Quality in Health Care*, 13(6): 469-474.

Heizer, J., & Render, B. (2008). *Managing Quality*. Στο J. Heizer, & B. Render, *Operations Management*, 9th (σσ. 152-153). USA: Pearson Education.

Hellriegel, D., Slocum J.W. (1992) *Management*. Addison - Wesley, Reading.

Henderson, K.M. (2004) Characterizing American public administration: The concept of administrative culture. *International Journal Of Public Sector Management*, 17:234-250.

Herman, S.N. (1970) *The Iceberg Model of Workplace Dynamics*

Heskett, J.L., Jones, T.J., Loveman, G.W., Sasser, W.E., Schlesinger L.A. (1994) Putting the Service-Profit Chain to Work. *Harvard Business Review*.

Heskett, J.L., Sasser, W.E., Schlesinger, L.A. (1997) *The Service Profit Chain*. The Free Press, New York.

Hofstede, G. (1984) *Culture's Consequences: International Differences in Work-Related Values*. SAGE, Business & Economics, 327

Houser, J. (2008) Precision, reliability, and validity: Essential elements of measurement in nursing research. *J Spec Pediatr Nurs*, 13:297-299.

Huber, G. (2001) Transfer of knowledge in knowledge management systems: unexplored issues and suggested studies. *European journal of information systems: an official journal of the Operational Research Society*, 10:72-79.

Hunder, J.D., Wheelen, L.T. (2001) *Strategic management and business policy*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Iivari, N., Juntunen K., Tuikkala I. (2004) A Method for Organizational Culture Analysis as a Basis for the Implementation of User-Centred Design into Organizations. In book: *People and Computers XVII – Designing for Society*. Springer-Verlag London.

International Standard Organisation. (1991) *Quality Management and Quality Systems Elements - Part 2: Guidelines for Services*.

Irani Z., Beskese A., Love P. (2004) Total quality management and corporate culture: constructs of organisational excellence. *Elsevier* 24(8):643-650.

Irani, Z., Sharp, J. M., Kagioglou M. (1997) Improving business performance through developing a corporate culture. *The TQM Magazine*, 9:206.

Ishikawa, K. (1989) *Introduction to Quality Control*, JUSE Press, Tokyo.

Ishikawa, K. (1985) *What is Total Quality Control? The Japanese Way*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.

Johnson, D.M. (2004) Adaptation of organizational change models to the implementation of quality standard requirements. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 21:154-174.

Johnston, R. (1995) The determinants of service quality: satisfiers and dissatisfiers. *International Journal of Service Industry Management*, 6(5):53-71.

Johnston, R., Clark, R., Shulver, M. (2012). *Service operations management*. Essex: Pearson Education.

Johnston, R., Silvestro, R. (1990). The determinants of service quality - a customer based approach. *Proceedings of the Decision Science Institute Conference*, San Diego, CA.

Johnston, R., Silvestro, R., Fitzgerald, L., Voss, C. (1990) Developing the determinants of service quality. *Proceedings of the 1st International Research Seminar in Service Management*, La Londes Maures.

Johnson, G., Scholes, K. (1999) *Exploring corporate strategy*. 5th ed. London, New York: Prentice Hall Europe.

Joss, R., Kogan, M. (1995) *Advancing Quality: Total Quality Management in the National Health Service*, Open University Press, Buckingham.

Juran, J.M., Gryna, F.M., Bingham, R.S. (1974) *Quality Control Handbook*, McGraw-Hill, New York, NY.

Juran, J.M., Gryna F.M. (1988) *The Quality Control Handbook*, New York: Mc Graw - Hill.

Kahn, JE. (1985) *The right word at the right time*. The Reader's Digest Association Limited. New York. USA

Kano, N., Seraku N., Takahashi, F. & Tsuji S. (1984) Attractive quality and must-be quality. *Hinshitsu: The Journal of the Japanese Society for Quality Control*.

Kano N., Seraku N., Takahashi F. and Tsuji S. (1996) Attractive Quality and must be quality, in: J.D. Hromi (Ed.). *The best on quality*, International Academy for Quality, The Quality Press, Milwaukee, WI, 7.

Kaplan, R. S., Norton, D.P. (1996) *The Balanced Scorecard: Translating Strategy into Action*. Harvard Business Review Press. Business & Economics.

Kilmann, R.H. (2011) *Quantum Organizations: A New Paradigm for Achieving Organizational Success and Personal Meaning*. Newport Coast, CA: Kilmann Diagnostics, 97-107.

Kotler, P. (1997) *Marketing Management: Analysis, Planning, Implementation, and Control*. 9th Edition, Prentice Hall, Upper Saddle River.

- Kotler, P., Armsrtong, G. (2000) Principles of marketing -9 th edition. Prentice Hall, UK.
- Kotter, P., Heskett, J.L. (1992) Corporate culture and performance. New York: The Free Press.
- Krishnan, SK. (2006) Increasing the visibility of hidden failure costs, *Measuring Business Excellence*, 10(4): 77 - 101.
- Kruger, V. (2001), Main schools of TQM: the big five, *The TQM Magazine*, 13(3).
- Kwan, P., Walker, A. (2004) Validating the competing values model as a representation of organizational culture through inter-institutional comparisons. *International Journal of Organizational Analysis*, 12:21–39.
- Landon, BE, Reschovsky, J., Blumenthal, D. (2003) Changes in career satisfaction among primary care and specialist physicians 1997–2001. *JAMA* 289:442–449.
- Large, M. (2007) *Change, How to Do it and Make it Work, Tools and Techniques for Managing Change*. A Joint Working Publication.
- Laroche, M., Bergeron, J., Goutaland, C. (2001) A Three dimensional scale of intangibility. *Journal of Service Research*, 4(1):26-38.
- Leebov, W., Jean, C. Ersoz, C.J. (2003) *The healthcare manager's guide to continuous quality improvement*. Universe. Available at: [http://www. iUniverse.com](http://www.iUniverse.com).
- Lehtinen, U., Lehtinen, J.R. (1992) *Service Quality: A Study of Quality Dimensions*, working paper. Service Management Institute, Helsinki.
- Lehtinen, U., Lehtinen J.R. (2006) Two Approaches to Service Quality Dimensions. *The Service Industries Journal*, 11(3).
- Lewis, B.R. (1993) Service quality measurement. *Marketing Intelligence and Planning*. 11(4): 4-12.
- Lawrence, KA., Lenk, P., Quinn, R. (2009) Behavioral complexity in leadership: The psychometric properties of a new instrument to measure behavioral repertoire. *Leadership Quart*, 20:87–102.
- Lighter, D.E., Fair, D.C. (2000) *Principles and Methods of Quality Management in Health care*. Gaithersburg, MD: Aspen Publishers.
- Lindsay, W.R., Evans, J.R. (1999) *The management and control of quality*. Cincinnati, Ohio: Southwestern Publishing.
- Lindsay, W.R., Evans, J.R. (2010) *Managing for quality and performance excellence*. Cincinnati, Ohio: South-Western Cengage Learning.
- Litwin, MS. (1995) *How to measure survey reliability and validity*. Sage Publications, London.

- Liu, P. (2014) Analysis and comparison on novel Sensor network security access technology. *Sensors & Transducers*, 162(1)76-84
- Lovelock, CH., Wirtz J. (2004) *Services Marketing*, 5th ed., Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall.
- Mahmoud, A.B., Reisel, W.D. (2014) Relating patient satisfaction to nurses' job satisfaction, job security and obedience OCBs, *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 8(1):47-61.
- Mallidou, AA., Cummings, GG., Estabrooks, CA., Giovannetti PB. (2011) Nurse specialty subcultures and patient outcomes in acute care hospitals: A multiple-group structural equation modeling. *Int J Nurs Stud*, 48:81-93.
- Mannion, R., Davies, H.T.O. (2005) Cultural Characteristics of "High" and "Low" Performing Hospitals. *Journal of Health Organization and Management*, 19(6):431-439.
- Mannion, R., Davies H.T.O., Marshall, M. (2005) *Cultures for performance in health care*. Open University Press, McGraw-Hill Education, London, 13:161-178.
- Mannion, R. (2008) *Measuring and Assessing Organisational Culture in the NHS (OC1)*. Queen's Printer and Controller of HMSO.
- Marquis, B.L., Huston, C.J. (2000). *Leadership roles and management functions in nursing* (3rd ed). Philadelphia, Lippincott, Williams & Wilkins.
- Martins, E.C., Terblanche, F. (2003) Building organizational culture that stimulates creativity and innovation. *European Journal of Innovation Management*, 6(1):64-74.
- Martin, J. (2002) *Organizational culture: Mapping the terrain*. Thousand Oaks, CA, Sage Publications Inc.
- Mathe, H., Shapiro, R.D. (1993) *Integrating Service Strategy in the Manufacturing Company*, Chapman & Hall, London.
- Mattson, J. (1992) A Service Quality Model based on ideal value standard. *International Journal of Service Industry Management*. 3(3):18-33.
- Mull, R., Brown, P., Cliffe, R. (2001) Organizational culture and quality improvement. *International Journal of Operations & Production Management*, 21: 302-326.
- Maxwell R.J. (1992) Dimensions of quality revisited: form thought to action. *Quality Health Care*. 1:171-177.
- Maxwell, G., McDougall M., Blair S. (2000) Managing diversity in the hotel sector: the emergence of a service quality opportunity. *Managing Service Quality*, 10:367-373.
- McLaughlin, C.P., Kaluzny, A.D. (2006) *Continuous Quality Improvement in Health Care*. Third edition. Jones and Bartlett Publishers, Sudbury.

Meesala, A. (2011) Identification of Engaged Employee Groups: Who all are the Full - Throttles, the Wet-Behind-the-Ears, and the Pastthe-Primes in India?. *Interdisciplinary Journal of Contemporary Research in Business*, 3(5):157-181.

Meisenheimer C.G., (1997) *Improving quality: A guide to effective programs*. Gathersburger, MD. Aspen Publishers.

Meterko M, Mohr D.C., Young G.J. (2004) Teamwork culture and patient satisfaction in hospitals. *Med Care*. 42:492-498.

Mittal V., Anderson E., Sayrak A., Tadikamalla P. (2005) Dual emphasis and the long-term financial impact of customer satisfaction. *Marketing Science*, 24:544-558.

Montgomery, A. J., Panagopoulou, E., Kehoe, I., Valkanos, E. (2011) Connecting organisational culture and quality of care in the hospital: Is job burnout the missing link? *Journal of Health Organisation and Management*, 25:108-123.

Moran, R. (2003) There's no Time to Learn ...Like the Present. *Clinical Governance: An International Journal*. 8(1):46-56.

Morin, S. & Chebat, J.C. (2005) Person-place congruency. *Journal of Service Research*, 8(2):181-191.

Mosadeghrad A.M. (2010) Healthcare service quality: towards a broad definition. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 26 Issue: 3:203-219.

Mukaka, MM. (2012) A guide to appropriate use of Correlation coefficient in medical research. *Malawi Med J*, 24(3):69-71.

Nanda, V. (2005) *Quality Management System Handbook for Product Development Companies*. CRC Press, Florida.

Naveh, E., Stern, Z. (2005) How quality improvement programmes can affect general hospital performance. *International Journal of Healthcare Quality Assurance*, 18(4):249-70.

Nelson A. (1996) *Measuring performance and improving quality*. Sterling Publications.

Neuhauser D. Ernest Amory Codman (2002) MD. *Qual Saf Healthcare*, 11:104-5.

OECD (2002) *Measuring up: Improving health system performance in OECD countries*.

O'Neill, R.M, Quinn, R.E. (1993) Editor's note: Applications of the competing values framework. *Hum Resour Manage*, 32:1-7.

O'Reilly, C.A, Chatman, J. (1986) Organizational commitment and psychological attachment: The effects of compliance, identification, and internalization on prosocial behavior. *Journal of Applied Psychology*, 71:492-499.

- O'Reilly C.A., Chatman, J., Caldwell, D.F. (1991) People and organizational culture: A profile comparison approach to assessing person-organization fit. *Academy of Management, J*, 34:487-516.
- Packham, C., Asadi-Lari M., Gray, D. (2004) Patients' needs and Quality of Life. *Outcomes*, 1:40-42.
- Panayotopoulou, L., Papalexandris, N. (2004) Examining the link between human resource management orientation and firm performance. *Personnel Review*, 33:499-520.
- Parasuraman A., Zeithaml V.A., Berry L.L. (1985) A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, Fall, 41-50.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., Berry, L. L. (1988) Servqual: A multiple-item scale for measuring consumer. *Journal of retailing*, 64(1):41-50.
- Parasuraman, A., Berry, L.L., Zeithaml, V.A. (1990) *An Empirical Examination of Relationships in an Extended Service Quality Model*, Marketing Science Institute, Cambridge.
- Penceliah, D. S., Adat, N., Noel, D. T. (2015) Customer satisfaction within pharmacies in a supermarket: a South African perspective. *Problems and Perspectives in Management*, 13(2):452-459.
- Peters, T, Waterman, R. (1982) *In Search of Excellence: Lessons from America's Best Run Companies*. Harper and Row. New York.
- Pettigrew, A. M. (1979) On Studying Organizational Cultures. *Administrative Science Quarterly*, 24:570-581.
- Philip, G., McKeown, I. (2004) Business Transformation and Organizational Culture: The Role of Competency, IS and TQM. *European Management Journal*, 22:624-636.
- Poksinska, B., Eklund, J.A.E., & Dahlgaard, J.J. (2006) ISO 9001:2000 in small organizations: lost opportunities, benefits and influencing factors. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 23(5): 490-512.
- Prajogo, D., McDermott, C.M., (2005) The relationship between total quality management practices and organizational culture. *International Journal of Operations & Production Management*, 25(11):1101-1122.
- Quinn, R.E., McGrath, M.R. (1985) *The transformation of organizational cultures: A competing values perspective*. Sage Publications. Beverly Hills.
- Quinn R. E., Cameron KS. (1999) *Diagnosing and Changing Organizational Culture*. USA: Addison - Wesley Publishing.

- Radnor, Z., Lovell B. (2003) Success factors for implementation of the balanced scorecard in a NHS multi-agency setting. *International Journal of Health Care Quality Assurance*.
- Reeves, C.A., Bednar, D.A. (1994) Defining Quality: Alternatives and Implications. *Academy of Management Review*, 19:419-445.
- Reichheld, F.F., Sasser Jr., W.E., (1990) Zero Defections: Quality Comes to Services. *Harvard Business Review*, 68 (September- October):105-11.
- Reiman, T., Oedewald, P. (2004) Measuring maintenance culture and maintenance core task with Culture-questionnaire: a case study in the power industry. *Safety science*, 42:859-889.
- Robbins, S.P. (2001) *Basic Motivation Concepts, Organizational Behavior*. Prentice Hall, New Jersey, 155-209, ch.6.
- Robbins, S.P. (1999) *Essentials of Organizational Behavior* Pearson College Division. Business & Economics.
- Robinson, St. (1999) Measuring service quality: current thinking and future requirements. *Marketing Intelligence & Planning*, 17(1):21-32.
- Rosen, L.D., Karwan, K.R., Scribner, L.L. (2003) Service quality measurement and the disconfirmation model: Taking care in interpretation. *Total Quality Management*, 14(1):314 - 317.
- Rosenbaum, M.S., Massiah, C. (2011) An expanded servicescape perspective. *Journal of Service Management*, 22(4):471-490.
- Rust, R.T., Oliver, R.L.(1994) *Service quality*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Santiago, J/M. (1999) Use of the Balanced Scorecard to Improve the Quality of Behavioral Health Care. *Psychiatric Services*.
- Santos, L., Escanciano, C. (2002) Benefits of the ISO 9000:1994 system: some considerations to reinforce competitive advantage. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 19(3):321-44.
- Schein, E.N. (1983) The role of the founder in creating organizational culture. *Organizational Dynamics*, Summer, 13-28.
- Schein, E.N. (1985) *Organizational culture and leadership*, San Francisco: Jossey-Bass.
- Scott, T., Mannion, R., Davies, H., Marshall, M. (2003) The quantitative measurement of organizational culture in health care: A review of the available instruments. *Health Services Res*, 38:923-945.
- Scott, K., Mannion, R., Davies, H., Marsall, M. (2003) *Healthcare performance and organisational culture*. Radcliffe Medical Press.

- Seel, R. (2000) Complexity and Culture: New Perspectives on Organisational Change. *Organisations & People*, 7(2):2-9.
- Seren, S., Baykal, U. (2007) Relationships between change and organizational culture in hospital. *Journal of nursing scholarship*. 39(2): 191-197.
- Sexton, J.B., Thomas, E.J., Helmreich, R.L. (2000) Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *BMJ*, 320(7237):745-749.
- Shewhart, W.A. (1931) *Economic control of quality of manufactured product*. New York: D. Van Nostrand Company.
- Shortell, S.M, Jones, R.H., Rademaker, A.W., Gillies, R.R., Dranove, D.S., Hughes, E.F., Budetti, P.P., Reynolds, K.S., Huang, C.F. (2000) Assessing the Impact of Total Quality Management and Organizational Culture on Multiple Outcomes of Care for Coronary Artery Bypass Graft Surgery Patients. *Medical Care*. 38(2):207-17.
- Sinclair, J., Arthur, A., (1994) Inhospitable Cultures and Continuous Improvement. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 6(30).
- Sitzia, J., Wood, N. (1997) Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social Science and Medicine*, 45:1829-43.
- Smircich, L. (1983) Concepts of culture and organizational analysis. *Administrative Science Quarterly*, 28:339-58.
- Snyder, D.R. (1986) Service loyalty and its measurement: a preliminary investigation. in Venkatesan, M., Schmalensee, D.M. and Marshall, C. *Creativity in Service Marketing: What's New, What Works, What's Developing*, AMA, Chicago, 44-48.
- Sorra, J.S., Nieva, V.F. (2004) *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Sower, V.E., Quarles, R. and Broussard, E. (2007) Cost of quality usage and its relationship to quality system maturity. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 24(2):121-140.
- Spencer, E., Walshe, K. (2009) National quality improvement policies and strategies in European healthcare systems. *Quality and Safety in Health Care* 18, (Suppl 1), i22-i27.
- Suderman, J. (2012) Using the Organizational Cultural Assessment (OCAI) as a Tool for New Team Development. *Journal of Practical Consulting*, 4(1):52-58.
- Suhonen, R., Leino-Kilpi, H. (2004) Adult surgical patients and the information provided to them by nurses: A literature review. *Patient Education and Counseling*, 61(1):5-15.
- Stashevsky, S., Elizur, D. (2000) The effect of quality management and participation in decision-making on individual performance. *Journal of Quality Management*, 5: 53-65.

- Stauss, Bernd and Christian Friege (1999) Regaining Service Customers. *Journal of Service Research*, 347-61.
- Steven, I, Douglas R. (1988) Dissatisfaction in general practice: What do patients really want? *Medical Journal of Australia*, 148:280-282.
- Taguchi, G. (1981) On-Line Quality Control During Production. Japanese Standards Association.
- Taguchi, G. (1986) Introduction To Quality Engineering. Asian Productivity Organization.
- Temesgen, Z., Negi, R., Ketema, E. (2010) An Assessment of the Marketing Strategy for Mobile Services of Ethiopian Telecommunication Corporation. *Services Marketing Quarterly*, 31(1):50-71.
- Thompson, R.E. (1980) Next Steps in Implementing Quality Appraisal/Action Plans in Hospitals, Thompson, Mohr and Associates Inc, Oak Brook.
- Thompson A. (1993) Inpatients' opinions of the quality of acute hospital care: discrimination as the key to measurement validity. In: Fitzpatrick R. & Hopkins A. *Measurement of patients' satisfaction with their care*. Royal College of Physicians
- Trompenaars, F. (2013) Dilemmas in securing the business benefits of social media The Social Conference Amsterdam, Available at: <https://www.slideshare.net/Emerce/tsc12-fons-trompenaars-tht-consulting>
- Tsai, Y. (2011) Relationship between organizational culture, leadership behavior and job satisfaction. *BMC Health Services Res*, 14(11):98.
- Tsiotras, G., Gotzamani K. (1996) ISO 9000 as an Entry Key to TQM: The Case of the Greek Industry. *International Journal of Quality and Reliability Management*, 13(14): 64-76.
- Vargo, S.L., Lusch, R.F. (2004) Evolving to a new dominant logic for marketing. *Journal of marketing*, 68(1):1-17.
- Vuori, H. (1999) Patient satisfaction an attribute or indicator of the quality of care? *Quality Review Bulletin*, 13(3):106-8.
- Wensing, M., Grol R., Smits A. (1994) Quality judgments by patients on general practice care: a literature analysis. *Social Science and Medicine*, 38:45-53.
- WHO, (1946) International Health Conference, New York.
- WHO, (1993) Continuous Quality Development: a Proposal National Policy. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Willis-Shattuck, M., Bidwell, P., Thomas, S., Wyness, L., Blaauw, D., Ditlopo, P. (2008) Motivation and retention of health workers in developing countries: a systematic review. *BMC Health Services Res*, 8:247.

Wu, S.J., Zhang, D., Schroeder, R.G. (2011) Customization of quality practices: the impact of quality culture. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 28(3):263-279.

Zeithaml, V.A. (1988) Consumer perceptions of price, quality and value: A means-end model and synthesis of evidence. *Journal of Marketing*. 52:2-22.

Zeithaml, V.A., Parasuraman, A., Berry, L. (1990) *Delivering service quality: Balancing consumer perceptions and expectations*. New York: The Free Press.

Zerbe, W.J., Dobni, D., Gedaliahu, H. (1998) Promoting employee service behavior: The role of perceptions of human resources management practices and service culture. *Canadian Journal of Administrative Sciences*, 15 (2):165-179.

Zu, X., Robbins, T. L., Fredendall, L. D. (2010) Mapping the critical links between organizational culture and TQM/Six Sigma practices. *International Journal of Production Economics*, 123:86-106.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗ

Αγγελόπουλος, Μ.Χ. (2004) Η βελτίωση της ποιότητας στον τομέα της Υγείας: παρανοήσεις και εξηγήσεις. Πρακτικά Συνεδρίου με θέμα: Εφαρμογή του management ολικής ποιότητας στο χώρο των υπηρεσιών υγείας. Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ. Θεσσαλονίκη.

Αλεξάνδρου, Ζ. (2005) Οργανωτική κουλτούρα. ΑΤΕΙ Πρεβέζης, Τμήμα Χρηματοοικονομικής και ελεγκτικής. Διπλωματική εργασία

Αλεξιάδης, Α., Σιγάλας, Ι. (1999) Υπηρεσίες Υγείας, Νοσοκομείο, Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις, Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας - Νοσοκομείων, Εμπειρίες, Τάσεις και Προοπτικές. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο

Αναγνωστόπουλος, Φ., Παπαδάτου, Δ. (1999) Η Ψυχολογία στο χώρο της υγείας. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα

Αναγνωστοπούλου, Δ. (2013) Εκτίμηση του βαθμού επαγγελματικής ικανοποίησης νοσηλευτών τριτοβάθμιου νοσοκομείου και διερεύνηση της σχέσης με την πιθανότητα αποχώρησης από την εργασία. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 5(2):74-84.

Αναστασιάδου, Α. (2012) Στατιστική και μεθοδολογία έρευνας στις κοινωνικές επιστήμες. Εκδόσεις Κριτική. Αθήνα.

Ανδριανάκου, Ο. (2006) Μέτρηση και ανάλυση χαρακτηριστικών ποιότητας με την προσέγγιση του Καπο. Πολυτεχνείο Κρήτης. Διπλωματική εργασία.

Ανδριανόπουλος, Ε.Δ. (2008) Ποιότητα υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Πανεπιστήμιο Πειραιά. Διπλωματική εργασία.

Βασταρδή, Μ. (2005) Ποσοτικές μέθοδοι ποιότητας υπηρεσιών υγείας. Πανεπιστήμιο Πειραιά. Διπλωματική εργασία.

Βελισσαρίου, Ε., Γώγου, Ε. (2009) Ποιότητα υπηρεσιών και μέτρηση ποιότητας. Αποτελέσματα έρευνας πελατών αστικών ξενοδοχείων της Λάρισας. ΕΣΔΟ, 5(1): 337-353

Γείτονα, Μ., Καρόκης, Α., Κυριόπουλος, Γ., Λιονής, Χ., Σίσσουρας, Α., Υφαντόπουλος, Γ. (2004) Η αναζήτηση της ποιότητας στην υγεία και τη φροντίδα υγείας. Κείμενα ομοφωνίας. Εκδόσεις Παπαζήση.

Γιαννακοπούλου, Γ., Ζυγά, Σ. (2013) Ποιότητα παρεχόμενης φροντίδας ασθενών. Περιεχειρητική Νοσηλευτική, 1(1).

Γκόλια, Α., Τσιώλη, Σ., Μπελιάς, Α., Κουστέλιος, Α. (2013) Οργανωσιακή κουλτούρα και ηγεσία στην εκπαίδευση. Επιστήμες αγωγής, 1(2):15-33.

Γκούμας, Σ., Τέφα, Κ. (2012) Διαχείριση ποιότητας στη μικρή επιχείρηση. ΙΜΕΓΣΕΒΕΕ, Αθήνα.

Γούλα, Α., Κέφης, Β., Σταμούλη, Α., Πιερράκος, Γ., Σαρρής, Μ. (2014) Διερεύνηση της οργανωσιακής κουλτούρας των γενικών δημόσιων νοσοκομείων. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 31(4):452-460.

Γρηγορούδης, Β., Σίσκος, Γ. (2000) Ποιότητα υπηρεσιών και μέτρηση ικανοποίησης του πελάτη. Εκδόσεις Νέων Τεχνολογιών.

Δημητριάδου, Δ. (2009) Θετική οργανωτική κουλτούρα: κατασκευή μιας πρωτότυπης κλίμακας μέτρησής της. Πάντειο Πανεπιστήμιο. Διδακτορική διατριβή.

Δημητριάδου, Δ.Α. (2016) Μέτρηση ποιότητας υπηρεσιών στα ελληνικά φαρμακεία. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας. Διπλωματική εργασία.

Δρόσος, Δ. (2015) Σχέση ικανοποίησης του πελάτη και χρηματοοικονομικής απόδοσης επιχειρήσεων: εμπειρική αναλυτική προσέγγιση. Τμήμα Πληροφορικής. Πανεπιστήμιο Πειραιά. Διδακτορική διατριβή.

Δρόσος, Δ. (2015) Σημειώσεις Διοίκησης Ολικής Ποιότητας. 1(1 & 3) ΑΤΕΙ Πειραιά, Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων.

Εμβαλωτής, Α., Κάτσης, Α., Σιδερίδης, Γ. (2006) Στατιστική μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας. Α΄ έκδοση, Ιωάννινα.

Ζαβλάνος, Μ. (2002) Οργανωσιακή Συμπεριφορά. Εκδόσεις Σταμούλη.

Ζαβλάνος, Μ. (2007) Η Ποιότητα στις Παρεχόμενες Υπηρεσίες και τα Προϊόντα. Εκδόσεις Αθ. Σταμούλης, Αθήνα

Ζαφειρόπουλος, Κ. (2015) Πως γίνεται μια επιστημονική εργασία: επιστημονική έρευνα και συγγραφή εργασιών. Εκδόσεις Κριτική

- Ζιώγα, Μ.Α. (2014) Ποιότητα στο χώρο της υγείας. Πανεπιστήμιο Πειραιά, Τμήμα οικονομικής επιστήμης. Διπλωματική εργασία.
- Ζυγά, Σ. (2013) Οργανωσιακή δέσμευση και ικανοποίηση από την εργασία. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, 6(3)
- Καλαβρού, Ε., Καφούρου, Θ. (2015) Οργανωσιακή κουλτούρα και ελληνικές νεοφυείς επιχειρήσεις έντασης τεχνολογίας. ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας, Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας. Πτυχιακή εργασία.
- Καλβουρτζή, Ν., Κετσερίδου, Ο. (2012) Σύγκριση παρεχόμενων υπηρεσιών ανάμεσα σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία της Ελλάδας. ΑΤΕΙ Καβάλας, Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας.
- Καράμαλης, Π. (2013) Τα Συστήματα Διαχείρισης Ποιότητας στις νοσοκομειακές μονάδες και τα οφέλη τους. Ιατρικά Χρονικά. Available at: <http://www.iatrika-xronika.gr/erevnes/item/315-ta-systimata-diaxeirisis-roiititas-stis-nosokomeiak-es-monades-kai-ta-ofeli-tous/315-ta-systimata-diaxeirisis-roiititas-stis-nosokomeiak-es-monades-kai-ta-ofeli-tous>. (πρόσβαση 20.4.2018)
- Κάργας, Α. (2014) Οργανωσιακή Δομή, Επιχειρησιακή Στόχευση, Δείκτες και Προβλέψεις στην Τηλεπικοινωνιακή Αγορά. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Διδακτορική διατριβή.
- Κασίνη, Α. (2012). Ο οργανωσιακή κουλτούρα και ο βαθμός ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων στην ιδιωτική περίθαλψη της Κύπρου. Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου. Διπλωματική εργασία.
- Καστανιώτη, Α., Σιουρούνη, Ε., Μαυριδόγλου, Γ., Πολύζος, Ν. (2011) Συγκριτική αξιολόγηση οργανωσιακής κουλτούρας μονάδων υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 28(1):70-78.
- Κελαϊδίτου, Θ. (2012) Αξιολόγηση οργανωτικής κουλτούρας ΩΚΚ. Πανεπιστήμιο Πειραιώς. Διπλωματική εργασία.
- Κιπένης, Ν. (2007) Αλλαγή στη διοίκηση των νοσοκομείων και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο. Διπλωματική εργασία.
- Cohen, L., Manion, L., Morrison, K. (2007) Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας. Αθήνα: Μεταίχιμο.
- Κομνηνός, Γ., Βορριάς, Π., Σκουρή, Α., Βιταντζάκης, Ν., Γρυλλάκης, Μ., Σορώτου, Α., Μανολοπούλου, Α., Πατακός, Α., Κωνσταντίνου, Α. (1992) Ολική Ποιότητα.
- Coolican, H. (2008) Ψυχολογία της εργασίας. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Κοτσαγιώργη, Ι., Γκέκα, Κ. (2010) Ικανοποίηση ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας. Το Βήμα του Ασκληπιού, 9(4).

Κυριόπουλος, Γ., Σουλιώτης, Κ. (2002) Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα. Μεθοδολογικά Προβλήματα στη Μέτρηση και τις Συνέπειες για τις Πολιτικές Υγείας. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

Κωσταγιόλας, Π., Καϊτελίδου, Δ., Χατζοπούλου, Μ. (2008) Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Εκδόσεις Παπασωτηρίου, Αθήνα.

Λαζάρου, Π. (2005) Αποτίμηση των νοσοκομειακών υπηρεσιών μέσω της μέτρησης της ικανοποίησης του χρήστη. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Διδακτορική διατριβή.

Λαμπράκη, Μ., Βλασιάδης, Κ., Πατεράκης, Γ., Φιλαλήθης, Α. (2016) Προσδοκίες και ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού από την εργασία του σε ένα δημόσιο γενικό νοσοκομείο, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 33(4):472-478.

Λαμπρινού, Ι. (2005) Οργανωτική κουλτούρα. ΑΤΕΙ Πρεβέζης, Διπλωματική Εργασία.

Λιαμαρκόπουλος, Λ. (2003) Διοίκηση Ολικής Ποιότητας 1:28.

Λογοθέτης, Ν. (1993) Μάνατζμεντ Ολικής Ποιότητας. Εκδόσεις Interbooks, 1:20.

Μαγκαφώσης, Δ. (2013) Μέτρηση της οργανωσιακής κουλτούρας στο Γ.Ν. "Ο Ευαγγελισμός" Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου. Διπλωματική εργασία.

Μάινα, Α., Αγραφιώτης, Δ. (1997) Το Νοσοκομείο ως Οργάνωση. Το Σύγχρονο Νοσοκομείο. 3(1).

Μακρής, Μ., Θεοδώρου, Μ., Middleton, Ν. (2011) Η επαγγελματική ικανοποίηση στα δημόσια γενικά νοσοκομεία της Κύπρου, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 28(2):234-244.

Μαλακέλλη, Κ. (2016) Η ανίχνευση των δυνατοτήτων εφαρμογής των αρχών του Management ολικής ποιότητας σε δημόσιο νοσοκομείο. Η περίπτωση του νοσοκομείου Παναγιώτη και Αγλαΐας Κυριακού. Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου. Διπλωματική εργασία.

Μάρκοβιτς, Γ., Μοναστηρίδου Σ. (2011) Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας και η βελτίωση της ποιότητας υπηρεσιών στα νοσοκομεία. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης. 4(1):51-56.

Ματζιάρη, Α. (2014) Η επίδραση της οργανωσιακής κουλτούρας στην επαγγελματική εξουθένωση και εργασιακή δέσμευση των νοσηλευτών. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας. Διπλωματική εργασία.

Μερκούρης, Α. (1996) Η ικανοποίηση του αρρώστου κριτήριο ποιότητας νοσηλευτικών υπηρεσιών. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής. Διδακτορική διατριβή.

Μερκούρης, Α. (1996) Η ικανοποίηση του αρρώστου, κριτήριο ποιότητας Νοσηλευτικών υπηρεσιών. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Σχολή Επιστημών Υγείας, τμήμα Νοσηλευτικής. Διδακτορική διατριβή.

- Μερκούρης Α. (2008) Διοίκηση νοσηλευτικών υπηρεσιών. Εκδόσεις Έλλην, 1:147-160.
- Μπουραντάς, Δ., (2002) Μάνατζμεντ, θεωρητικό υπόβαθρο - σύγχρονες πρακτικές, εκδόσεις Μπένου.
- Νόμος 2251/1994 (ΦΕΚ 191 Α' / 16.11.1994)
- Ντόγκα, Β., Κατσιγιάννη, Φ. (2016) Διερεύνηση της οργανωσιακής δέσμευσης και των παραγόντων υποκίνησης του νοσηλευτικού προσωπικού του ΓΝΑ "Ο Ευαγγελισμός". Νοσοκομειακά Χρονικά. 78(1):86-88.
- Παλάσκας, Ν. (2005) Δείκτες μέτρησης ποιότητας Μονάδων Υγείας. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας. Διπλωματική εργασία.
- Παντουβάκης, Α., Μπογιατζίδης, Π. (2012) Η σχέση μεταξύ εργασιακής ικανοποίησης και εσωτερικής ποιότητας μέσω των αντιλήψεων της κλινικής ηγεσίας νοσηλευτικών τμημάτων. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 29(1):44-50
- Παπαγεωργίου, Α., Χονδροκούκης, Γ. (2010) Ποσοτική Προσέγγιση της Οργανωσιακής Κουλτούρας στο χώρο των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων. Επιθεώρηση Κλινικής Φαρμακολογίας και Φαρμακοκινητικής, 28:269-278.
- Παπαγιαννοπούλου, Β., Πιερράκος, Γ., Σαρρής, Γ., Υφαντόπουλος Γ. (2008) Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 25(1):73-81.
- Παπαδοπούλου, Ε. (2013) Η εν γένει οργανωσιακή κουλτούρα που επικρατεί στα κέντρα υγείας. Η περίπτωση των κέντρων υγείας Ηγουμενίτσας, Μαργαριτίου και Παραμύθας. Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου. Διπλωματική εργασία.
- Παπακωστίδη, Α., Τσουκαλά, Ν. (2012) Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της, Αθήνα, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 29(4):480-488.
- Παπανικολάου, Β. (1995) Η εφαρμογή των κύκλων ποιότητας στα ελληνικά νοσοκομεία δημιουργεί ευκαιρίες για τη διοίκηση και το προσωπικό. Επιθεώρηση Υγείας. 10(5).
- Παπατσάκωνας, Α. (2015) Οργανωσιακή κουλτούρα και ηγετικά χαρακτηριστικά εργαζομένων. Μια εφαρμογή στο χώρο της υγείας. Πανεπιστήμιο Πειραιώς. Διπλωματική εργασία.
- Πάσχος, Β. (2007) Τι θέλουν οι πελάτες;. Εκδόσεις Customer Management (1).
- Πέλεχας, Ε., Αντωνιάδης, Α. (2013) Συγκριτική μελέτη ικανοποίησης του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού σε δύο νοσοκομεία της Ελλάδας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 30(3):325-334.
- Πένια, Ε. (2011) Η οργανωσιακή κουλτούρα και η εργασιακή ικανοποίηση στο γενικό νοσοκομείο ασκληπιείο Βούλας. ΑΤΕΙ Καλαμάτας, Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας.

Πέππας, Χ., Κοράκη, Α. (2013) Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας και Τεκμηριωμένη Ιατρική: Πρόκληση ή λαίλαπα; ΙΑΤΡΙΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ ΒΟΡΕΙΟΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ. 9(1).

Πετράκης, Π. (2014) Διαχείριση ποιότητας στο ΕΡΜΕΙΟΝ 2, ενότητα 11, Προγράμματα δια βίου εκπαίδευσης για το ανθρώπινο δυναμικό των εμπορικών επιχειρήσεων. Έκδοση ΕΣΕΕ, Αθήνα

Πιερράκος, Γ., Σαρρής, Μ., Αμίτσης, Γ., Κυριόπουλος, Γ., Σούλης, Σ. (2006) Εκπαιδευτικές ανάγκες και συνεχιζόμενη κατάρτιση ανθρώπινου δυναμικού τομέα υγείας. Νοσηλευτική 45:543-551.

Ραφτόπουλος, Β., Πολυχρονοπούλου, Ό., Ευαγγέλου, Ε., Λέκκα, Δ., Λούκα, Ν., Τζήμα, Δ. (2001) Αξιολόγηση της ποιότητας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. 28^ο Πανελλήνιο Συνέδριο ΕΣΝΕ.

Ρεγκούκος, Π. (2000) Ποιοτική εξυπηρέτηση πελατών. Εκδόσεις Seminars & Consulting, Αθήνα.

Ροβίθης, Μ., (2005) Μέτρηση της οργανωτικής κουλτούρας, της ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων στο προσωπικό των Κέντρων Υγείας της Κρήτης. Πανεπιστήμιο Κρήτης, Τμήμα Ιατρικής. Διπλωματική εργασία.

Σκορδή, Α. (1997) Διοίκηση ολικής ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Τμήμα Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών. Διπλωματική εργασία.

Σουνόγλου, Μ. (2003) Η οργανωσιακή κουλτούρα και η σχέση της με τις οργανωσιακές αλλαγές. Εκδόσεις ΟΠΑ. Αθήνα.

Τζανετάκη, Θ. (2006) Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας. Πανεπιστήμιο Πειραιά, Τμήμα Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων. Διπλωματική εργασία.

Τσουτσάνη, Δ. (2014) Ποιότητα στην Υγεία, Ο στρατηγικός ρόλος της για την αποτελεσματικότητα του συστήματος. Πανεπιστήμιο Πειραιά, τμήμα Οικονομικής επιστήμης. Διπλωματική εργασία.

Τορίμπαμπας, Λ. (2006) Η εξέλιξη της οργανωσιακής Κουλτούρας και ηγεσίας (έρευνα σε τραπεζικούς οργανισμούς στην Ελλάδα). Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Μάρκετινγκ & Επικοινωνίας. Διπλωματική εργασία.

Τούντας, Γ. (2000) Κοινωνία και υγεία. Εκδόσεις Οδυσσέας, Αθήνα.

Τούντας, Γ. (2003) Η έννοια της ποιότητας στην Ιατρική και τις υπηρεσίες Υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 20(5):532-546.

Τοφάλη, Ε. (2012) Οργανωσιακή κουλτούρα. ΑΤΕΙ Κρήτης. Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας. Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων. Πτυχιακή εργασία.

Τριγώνης, Ε. (2014) Οργανωσιακή κουλτούρα και επαγγελματική ικανοποίηση στους επαγγελματίες υγείας. Η περίπτωση του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών "Γεώργιος Γεννηματάς". Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου. Διπλωματική εργασία.

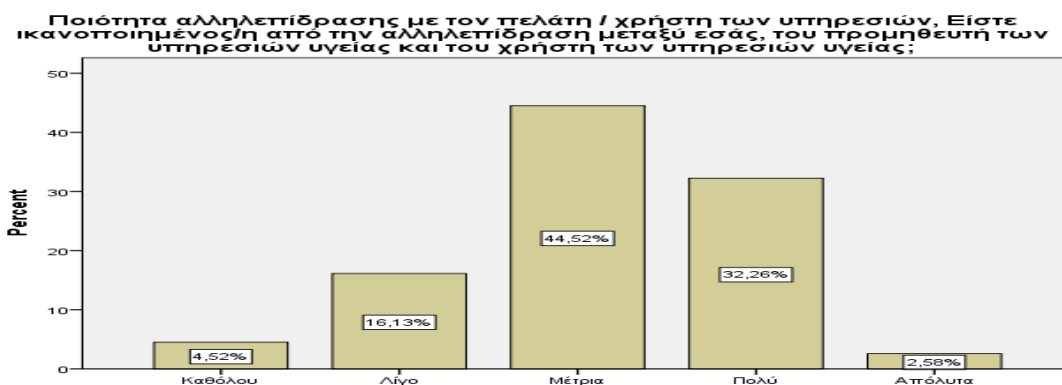
- Τσιότρας, Γ. (2002) Βελτίωση ποιότητας. Β Έκδοση, Εκδόσεις Μπένου.
- Τσιότρας, Ν. (2002). Βελτίωση Ποιότητας. Εκδόσεις Μπένου Χυτήρης Λ. (1986) Κύκλοι Ποιότητας και Δυνατότητα Εφαρμογής τους στην Ελλάδα, Σπουδαί, 36(1):365-381.
- Τσιφτιλή, Μ. (2015) Η επίδραση στην εργασιακή ζωή του βιομηχανικού κλάδου μετά την εφαρμογή συστημάτων διαχείρισης ποιότητας. Πανεπιστήμιο Πατρών. Διπλωματική εργασία.
- Τσουκαλά, Μ. (2017) Η εργασιακή ικανοποίηση προσωπικού υπηρεσιών υγείας. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας ΠΜΣ Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας. Διπλωματική εργασία.
- Φουντουλάκη, Κ. (2015) Σημειώσεις μαθήματος Διοίκηση ολικής ποιότητας. ΑΤΕΙ Πάτρας, Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων.
- Φωλίνας, Δ., Αναγνωστίδης, Δ., Λιούτας, Ε. και συν., (2015). Εφαρμογή του μοντέλου SERVQUAL στις Ελληνικές Μικρομεσαίες Επιχειρήσεις Παροχών Υπηρεσιών Logistics. 1ST International Conference On Supply Chains. Available at: http://www.teicm.gr/logistics/images/logisticsdocs/icsc2010/fullabstracts/3_3_ICSC2010_077_Folinas_et_al.pdf
- Χλέτσος, Μ. (2017) Κύκλος διαλέξεων "Οικονομία και υγεία". Κεφάλαιο δεύτερο, τι είναι υγεία και υπηρεσίες υγείας. Available at: http://www.econ.uoi.gr/eeokp/gr/dialekseis_seminaria/seminaria_mathimata/eisagogikes_enies_oikonomika_igias/il_i_mathimatos/kefalaio2.pdf
- Χυτήρης, Λ. (2004). Ποιότητα υπηρεσιών στα τουριστικά γραφεία. Πανεπιστήμιο Πειραιώς.
- Χυτήρης, Λ., Άννινος, Λ.Ν. (2005). Ηγεσία και ποιότητα σε ιδιωτικά σχολεία δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Πανεπιστήμιο Πειραιώς.
- Χυτήρης, Λ., Άννινος, Λ.Ν. (2015). Διοίκηση και Ποιότητα Υπηρεσιών. Τμήμα Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων. Πανεπιστήμιο Πειραιώς.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α.

Στο παρόν Παράρτημα Α παρατίθενται επιπλέον αποτελέσματα της διερεύνησης των επιμέρους κριτηρίων αναφορικά με τα χαρακτηριστικά της ποιότητας

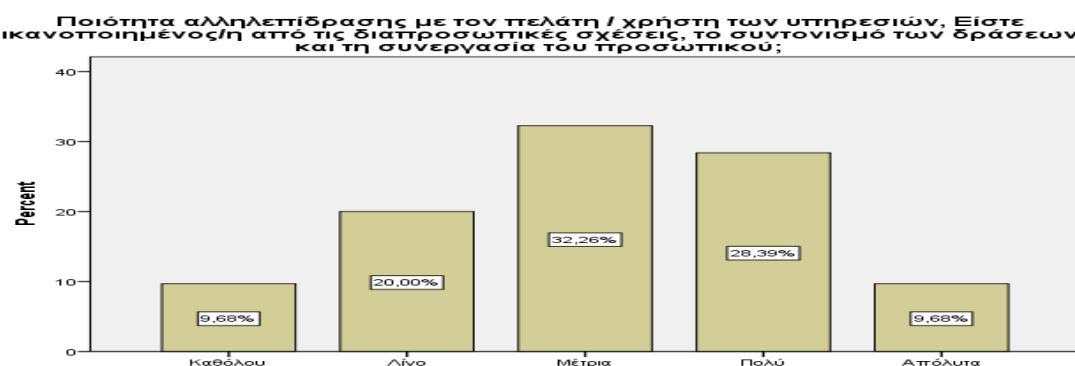
Π. 9.2.1 Κριτήριο/ Κατηγορία: Ποιότητα αλληλεπίδρασης με το χρήστη των υπηρεσιών

Αναφορικά με την ικανοποίηση από την αλληλεπίδραση μεταξύ εσάς, του προμηθευτή των υπηρεσιών υγείας και του χρήστη των υπηρεσιών υγείας, 4,52% των ερωτηθέντων απάντησαν Καθόλου, 16,13% Λίγο, 44,52% Μέτρια, 32,26% Πολύ ενώ 2,58% Απόλυτα. (Διάγραμμα 40)



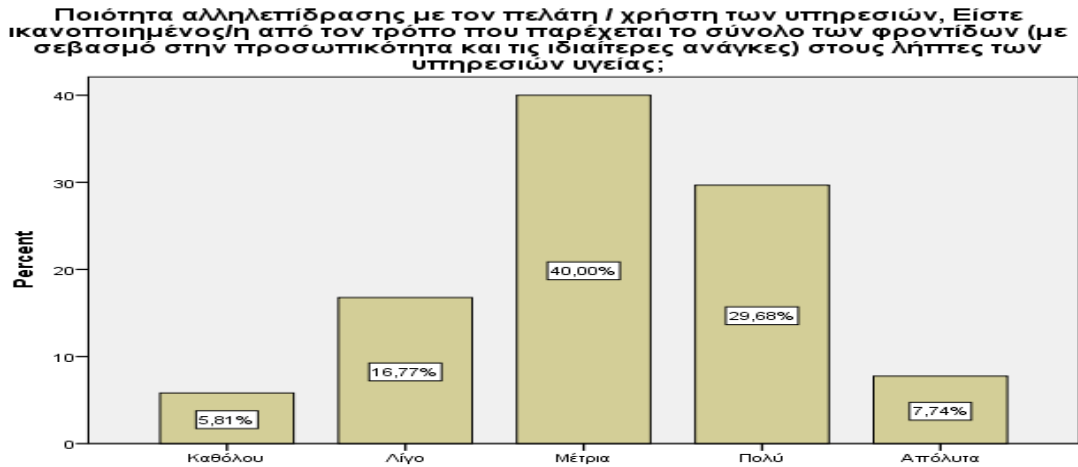
Διάγραμμα 40. Ικανοποίηση από την αλληλεπίδραση μεταξύ του παρόχου και του χρήστη των υπηρεσιών υγείας

Αποτελέσματα στο ερώτημα: "Είστε ικανοποιημένος/η από τις διαπροσωπικές σχέσεις, το συντονισμό των δράσεων και τη συνεργασία του προσωπικού", 9,68% των ερωτηθέντων απάντησαν Καθόλου, 20% Λίγο, 32,26% Μέτρια, 28,39% Πολύ, ενώ 9,68% Απόλυτα. (Διάγραμμα 41)



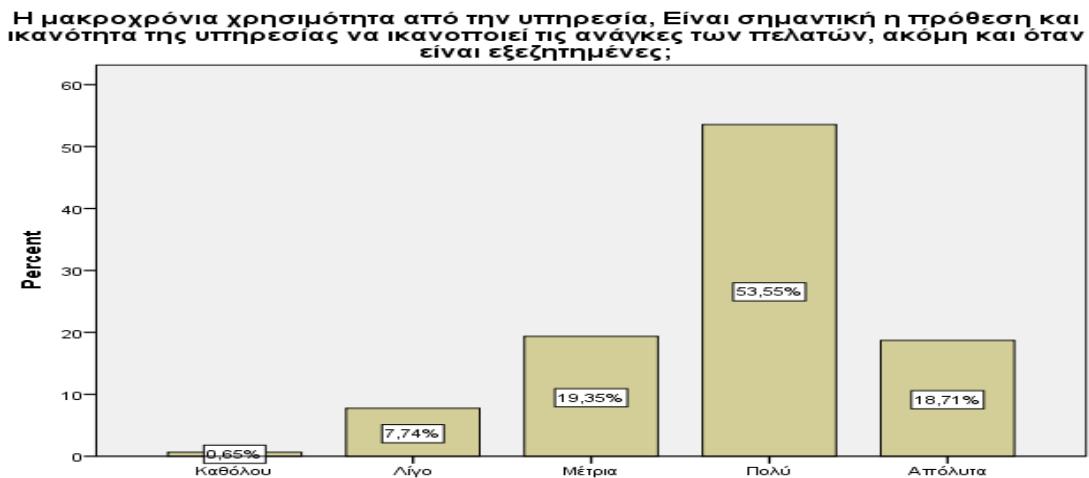
Διάγραμμα 41. Ικανοποίηση από τις διαπροσωπικές σχέσεις, το συντονισμό των δράσεων και τη συνεργασία του προσωπικού

Αναφορικά με την ποιότητα αλληλεπίδρασης με τον πελάτη / χρήστη των υπηρεσιών, στο ερώτημα "Είστε ικανοποιημένος/η από τον τρόπο που παρέχεται το σύνολο των φροντίδων (με σεβασμό στην προσωπικότητα και τις ιδιαίτερες ανάγκες) στους λήπτες των υπηρεσιών υγείας", 5,81% Καθόλου, 16,77% Λίγο, 40% Μέτρια, 29,68% Πολύ, ενώ 7,74% Απόλυτα. (Διάγραμμα 42)



Διάγραμμα 42. Ικανοποίηση από τον τρόπο που παρέχεται το σύνολο των φροντίδων στους λήπτες των υπηρεσιών υγείας

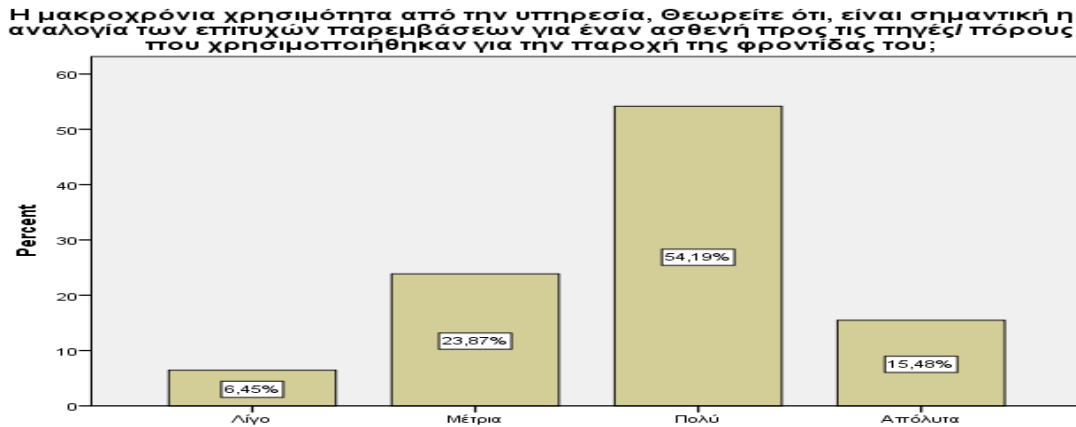
Σύμφωνα με τα αποτελέσματα περί μακροχρόνιας χρησιμότητας από την υπηρεσία, στο ερώτημα: "Είναι σημαντική η πρόθεση και ικανότητα της υπηρεσίας να ικανοποιεί τις ανάγκες των πελατών, ακόμη και όταν είναι εξεζητημένες", 0,65% των ερωτηθέντων απάντησαν Καθόλου, 7,74% Λίγο, 19,35% Μέτρια, 53,55% Πολύ, ενώ 18,71% Απόλυτα. (Διάγραμμα 43)



Διάγραμμα 43. Σημαντικότητα ικανοποίησης ακόμη και εξεζητημένων αναγκών

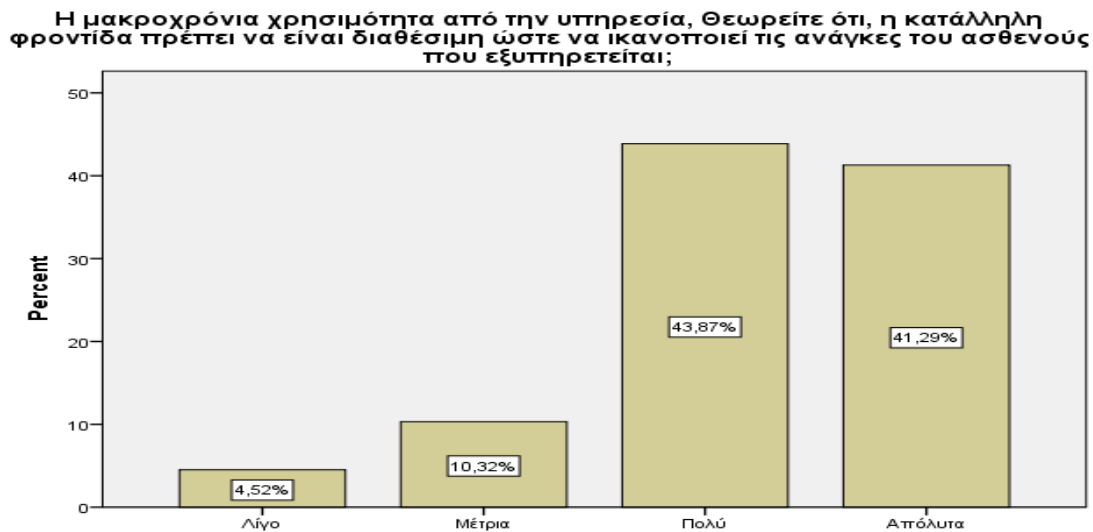
Π. 9.2.2 Κριτήριο/ Κατηγορία: Μακροχρόνια χρησιμότητα από την υπηρεσία

Αναφορικά με το ερώτημα "Θεωρείτε ότι, είναι σημαντική η αναλογία των επιτυχών παρεμβάσεων για έναν ασθενή προς τις πηγές/ πόρους που χρησιμοποιήθηκαν για την παροχή της φροντίδας του", 6,45% των ερωτηθέντων απάντησαν Λίγο, 23,87% Μέτρια, 54,19% Πολύ, ενώ 15,48% Απόλυτα. (Διάγραμμα 44)



Διάγραμμα 44. Σημαντικότητα της αναλογία των επιτυχών παρεμβάσεων προς τις πηγές/ πόρους που χρησιμοποιήθηκαν

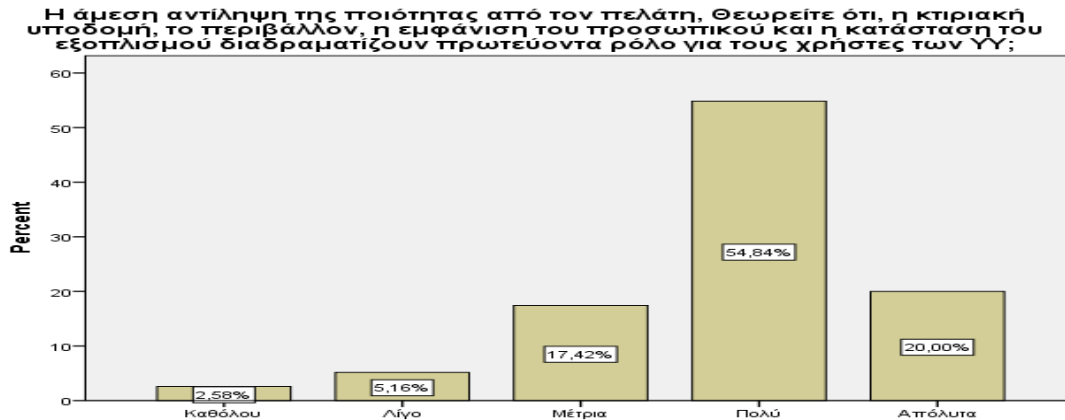
Σύμφωνα με τα αποτελέσματα περί μακροχρόνιας χρησιμότητας από την υπηρεσία, στο ερώτημα "Θεωρείτε ότι, η κατάλληλη φροντίδα πρέπει να είναι διαθέσιμη ώστε να ικανοποιεί τις ανάγκες του ασθενούς που εξυπηρετείται", 4,52% των ερωτηθέντων απάντησαν Λίγο, 10,32% Μέτρια, 43,87% Πολύ, ενώ 41,29% Απόλυτα. (Διάγραμμα 45)



Διάγραμμα 45. Μακροχρόνια χρησιμότητα και καταλληλότητα φροντίδας

Π. 9.2.3 Κριτήριο/ Κατηγορία: Άμεση Αντίληψη

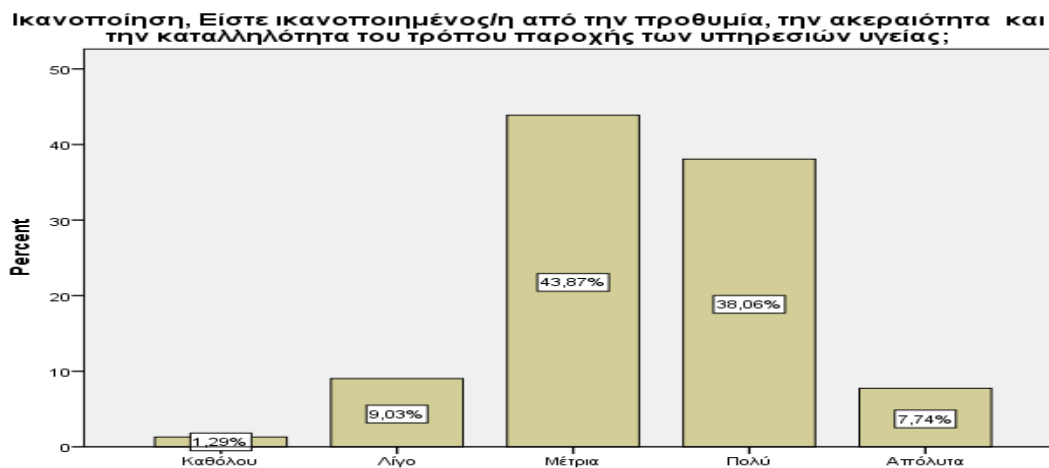
Σχετικά με την άμεση αντίληψη της ποιότητας από τον πελάτη, στο ερώτημα "Θεωρείτε ότι, η κτιριακή υποδομή, το περιβάλλον, η εμφάνιση του προσωπικού και η κατάσταση του εξοπλισμού διαδραματίζουν πρωτεύοντα ρόλο για τους χρήστες των ΥΥ", 2,58% των ερωτηθέντων απάντησαν Καθόλου, 5,16% Λίγο, 17,42% Μέτρια, 54,84% Πολύ, ενώ 20% Απόλυτα. (Διάγραμμα 46)



Διάγραμμα 46. Άμεση αντίληψη της ποιότητας σε σχέση με ομάδα παραγόντων

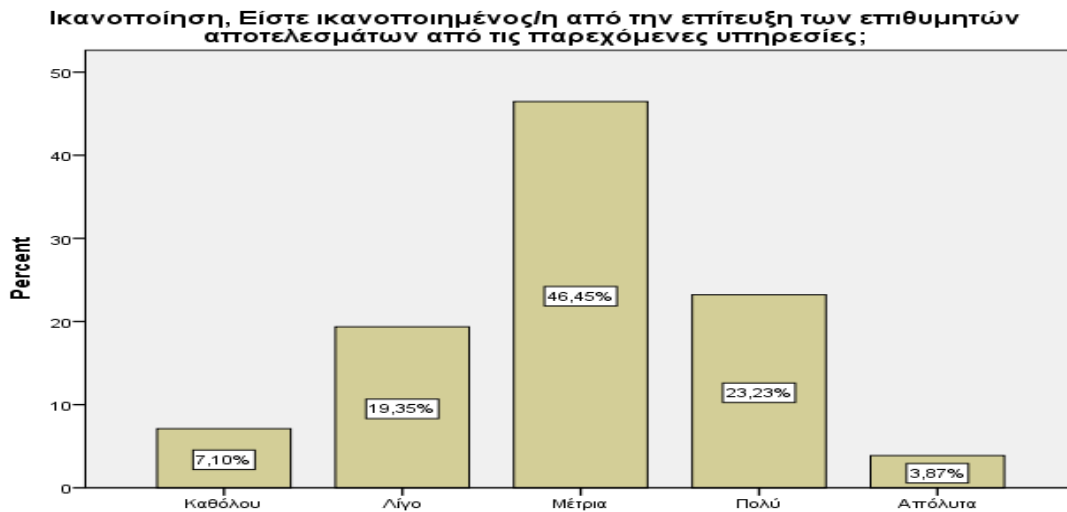
Π. 9.2.4 Κριτήριο/ Κατηγορία: Ικανοποίηση

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα περί ικανοποίησης, στο ερώτημα "Είστε ικανοποιημένος/η από την προθυμία, την ακεραιότητα και την καταλληλότητα του τρόπου παροχής των υπηρεσιών υγείας", 1,29% των ερωτηθέντων απάντησαν Καθόλου, 9,03% Λίγο, 43,87% Μέτρια, 38,06% Πολύ, ενώ 7,74% Απόλυτα. (Διάγρ. 47)



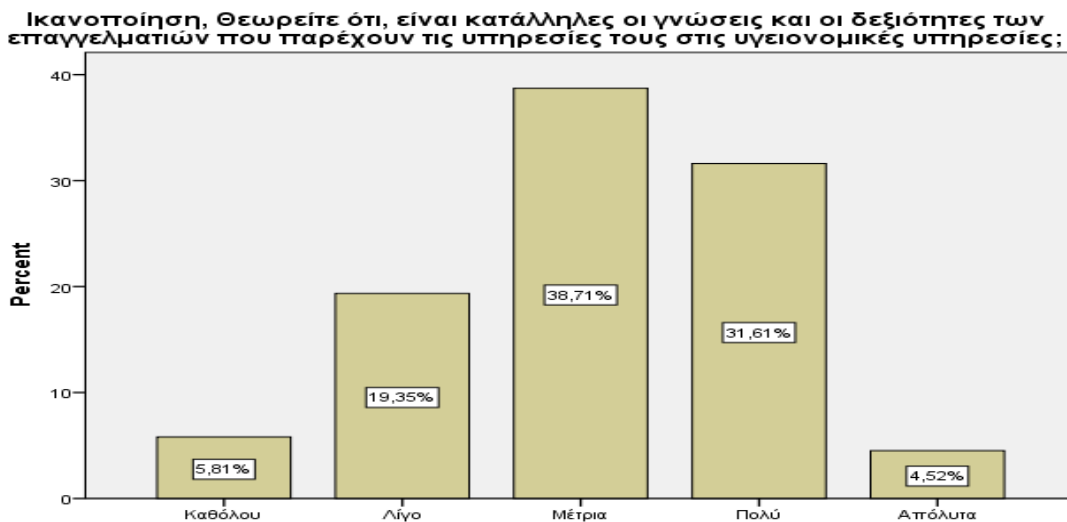
Διάγραμμα 47. Ικανοποίηση από τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών υγείας

Σχετικά με την ικανοποίηση σε σχέση με την επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, 7,1% των ερωτηθέντων απάντησαν Καθόλου, 19,35% Λίγο, 46,45% Μέτρια, 23,23% Πολύ, ενώ 3,87% Απόλυτα. (Διάγρ. 48)



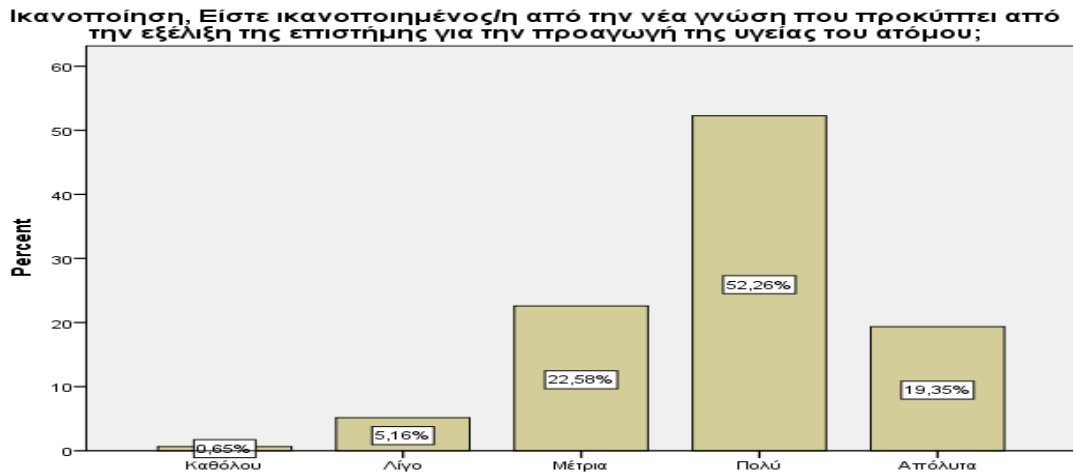
Διάγραμμα 48. Ικανοποίηση από την επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων

Σχετικά με την ικανοποίηση, στο ερώτημα "Θεωρείτε ότι, είναι κατάλληλες οι γνώσεις και οι δεξιότητες των επαγγελματιών που παρέχουν τις υπηρεσίες τους στις υγειονομικές υπηρεσίες", 5,81% των ερωτηθέντων απάντησαν Καθόλου, 19,35% Λίγο, 38,71% Μέτρια, 31,61% Πολύ, ενώ 4,52% Απόλυτα. (Διάγραμμα 49)



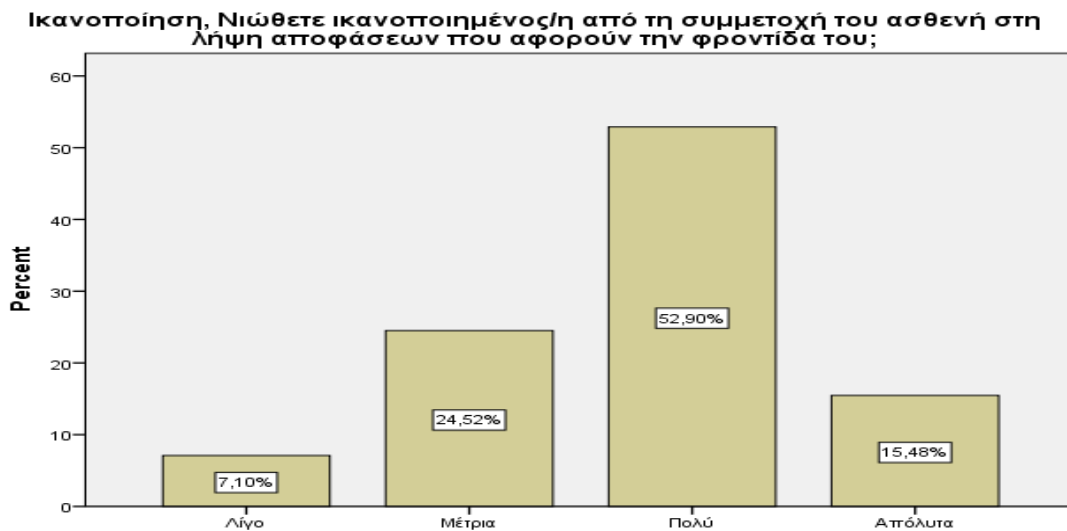
Διάγραμμα 49. Ικανοποίηση από τις γνώσεις και τις δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας

Στο ερώτημα "Είστε ικανοποιημένος/η από την νέα γνώση που προκύπτει από την εξέλιξη της επιστήμης για την προαγωγή της υγείας του ατόμου", 0,65% των ερωτηθέντων απάντησαν Καθόλου, 5,16% Λίγο, 22,58% Μέτρια, 52,26% Πολύ, ενώ 19,35% Απόλυτα. (Διάγραμμα 50)



Διάγραμμα 50. Ικανοποίηση από την εξέλιξη της επιστήμης για την προαγωγή της υγείας

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα περί ικανοποίησης, στο ερώτημα "Νιώθετε ικανοποιημένος/η από τη συμμετοχή του ασθενή στη λήψη αποφάσεων που αφορούν την φροντίδα του", 7,1% των ερωτηθέντων απάντησαν Λίγο, 24,52% Μέτρια, 52,9% Πολύ, ενώ 15,48% Απόλυτα. (Διάγραμμα 51)



Διάγραμμα 51. Ικανοποίηση από τη συμμετοχή του ασθενή στη λήψη αποφάσεων

Π. 9.2.5 Κριτήριο/ Κατηγορία: Συνολική εικόνα

Σε συνέχεια των πρώτων αποτελεσμάτων και δεδομένου ότι τα στοιχεία Κουλτούρας δεν αποτελούν διακριτή μεταβλητή κλιμάκωσης, ελέγχουμε τα στοιχεία σύμφωνα με το κριτήριο - τεστ του OCAI (Organizational Culture Assessment Instrument). (Suderman, 2012)

Με βάση τον αλγόριθμο υπολογισμού των scores του τεστ δημιουργείται ο παρακάτω πίνακας που εμφανίζει τα αποτελέσματα κουλτούρας με βάση τα οκτώ είδη τόσο για την Υφιστάμενη κατάσταση όσο και για την Επιθυμητή κατάσταση:

- Κουλτούρα της Εσωτερικής Εστίασης
- Κουλτούρα Γενιάς
- Κουλτούρα Ευελιξίας
- Κουλτούρα Ανοικτού Συστήματος
- Κουλτούρα της Εξωτερικής Εστίασης
- Κουλτούρα της Αγοράς
- Κουλτούρα Σταθερότητας
- Ιεραρχική Κουλτούρα

Ο πίνακας των scores είναι ο ακόλουθος και παρουσιάζει το επί της εκατό της κουλτούρας για το σύνολο των συμμετεχόντων τόσο για την Υφιστάμενη όσο και για την Επιθυμητή κατάσταση. (Πίνακας 3)

	Κουλτούρα Εσωτερικής Εστίασης	Κουλτούρα Γενιάς	Κουλτούρα Ευελιξίας	Κουλτούρα Ανοικτού Συστήματος	Κουλτούρα Εξωτερικής Εστίασης	Κουλτούρα της Αγοράς	Κουλτούρα Σταθερότητας	Ιεραρχική Κουλτούρα
Υφιστάμενη κατάσταση	18	25	16	23	17	26	18	27
Επιθυμητή κατάσταση	17	28	19	27	18	23	16	22

Πίνακας 3. Scores των διαστάσεων κουλτούρας και Υφιστάμενη / Επιθυμητή κατάσταση

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β.

Αποτελέσματα Συσχετίσεων

Η μεθοδολογία που εφαρμόστηκε για τα δύο ερωτηματολόγια ήταν η εξής: Παρουσιάστηκαν περιγραφικά μέτρα στατιστικής για τις εν λόγω ερωτήσεις και συγκεκριμένα παρουσίαση πινάκων και διαγραμμάτων ποσοστών συνχοτήτων. Υπολογίστηκε ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach's Alpha για την αξιοπιστία της δομής των ερωτηματολογίων και υπολογίστηκε επίσης ο συντελεστής συσχέτισης για την εύρεση ύπαρξης ή μη γραμμικής συσχέτισης μεταξύ των μεταβλητών (ερωτήσεων) των ερωτηματολογίων. Χρησιμοποιήθηκαν όλα τα πιο πάνω αποτελέσματα για να καταλήξουμε σε συμπεράσματα. αυτό είναι το link για ένα από τα πάμπολλα άρθρα με συντελεστή συσχέτισης. (Mukaka, 2012)

Ειδικότερα: Με βάση τα αποτελέσματα του πίνακα 2 (στο 8.4 Έλεγχος μεταβλητών) και συγκεκριμένα στην τελευταία στήλη αρχικά όλα τα αποτελέσματα εμφανίζονται μεγαλύτερα του 0,7 τα οποία είναι Ικανοποιητικά. Ακόμα ως μέγιστη τιμή εμφανίζονται οι τιμές έχοντας εξάγει από το κριτήριο μας είτε το Χαρακτηριστικό Ικανοποίηση, Είστε ικανοποιημένος/η από την επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες (Cronbach's Alpha = 0,911).

Ωστόσο δεδομένου ότι τα στοιχεία μας και με τα 25 χαρακτηριστικά (του ερωτηματολογίου της ποιότητας) από τον πρώτο έλεγχο είναι ικανοποιητικά με βάση την αρχική τιμή του κριτηρίου (Cronbach's Alpha = 0,910) διατηρούμε και τα 25 χαρακτηριστικά. Με βάση αυτά τα αποτελέσματα οδηγούμαστε στον έλεγχο συσχετίσεων των μεταβλητών (Δεικτών). Αυτό θα μας εμφανίσει το κατά πόσο τα αποτελέσματα του κάθε Δείκτη επηρεάζουν τα αποτελέσματα των υπόλοιπων Δεικτών. Ο έλεγχος συσχετίσεων των Δεικτών και των Δημογραφικών Χαρακτηριστικών δεν παρουσίασε καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση και ως εκ τούτου οδηγηθήκαμε στον έλεγχο συσχετίσεων των Δεικτών μόνο.

Στον πίνακα 4 που ακολουθεί εμφανίζονται τα αποτελέσματα των υψηλών συσχετίσεων μεταξύ των Χαρακτηριστικών. Οι τιμές που εμφανίζονται για το κριτήριο της συσχέτισης είναι μεγαλύτερες του -1 και μικρότερες του 1, όσο οι τιμές εμφανίζονται κοντά στα άκρα του διαστήματος (-1, 1) αυτός μας εμφανίζει υψηλή συσχέτιση είτε θετική είτε αρνητική.

Inter-Item Correlation Matrix

<p>Πίνακας 4</p> <p>Υψηλή συσχέτιση</p>	<p>Ποιότητα αλληλεπίδρασης με τον πελάτη / χρήστη των υπηρεσιών, Νιώθετε ικανοποιημένος/η από τις υπηρεσίες και την ποσότητα της πληροφόρησης που δόθηκε στον χρήστη;</p>	<p>Ποιότητα αλληλεπίδρασης με τον πελάτη / χρήστη των υπηρεσιών, Είστε ικανοποιημένος/η από την αλληλεπίδραση μεταξύ εσάς, του προμηθευτή των υπηρεσιών υγείας και του χρήστη των υπηρεσιών υγείας;</p>	<p>Η μακροχρόνια χρησιμότητα από την υπηρεσία, Θεωρείτε ότι, είναι σημαντικό η φροντίδα που παρέχεται να είναι σχετική με τις κλινικές ανάγκες του ασθενούς και με δεδομένη την παρούσα γνώση;</p>	<p>Η μακροχρόνια χρησιμότητα από την υπηρεσία, Θεωρείτε ότι, η κατάλληλη φροντίδα πρέπει να είναι διαθέσιμη ώστε να ικανοποιεί τις ανάγκες του ασθενούς που εξυπηρετείται;</p>	<p>Η μακροχρόνια χρησιμότητα από την υπηρεσία, Θεωρείτε ότι, είναι απαραίτητη στις υπηρεσίες υγείας μια συνεχής διαδικασία αξιολόγησης, βελτίωσης και διαρκούς ελέγχου, ακόμη και μετά το πέρας της θεραπείας ενός ασθενούς</p>
<p>Ποιότητα αλληλεπίδρασης με τον πελάτη / χρήστη των υπηρεσιών, Νιώθετε ικανοποιημένος/η από τις υπηρεσίες και την ποσότητα της πληροφόρησης που δόθηκε στον χρήστη;</p>	<p>1.000</p>	<p>.727</p>	<p>.350</p>	<p>.382</p>	<p>.326</p>
<p>Ποιότητα αλληλεπίδρασης με τον πελάτη / χρήστη των υπηρεσιών, Είστε ικανοποιημένος/η από την αλληλεπίδραση μεταξύ εσάς, του προμηθευτή των υπηρεσιών υγείας και του χρήστη των υπηρεσιών υγείας;</p>	<p>.727</p>	<p>1.000</p>	<p>.297</p>	<p>.285</p>	<p>.315</p>
<p>Η μακροχρόνια χρησιμότητα από την υπηρεσία, Θεωρείτε ότι, είναι σημαντικό η φροντίδα που παρέχεται να είναι σχετική με τις κλινικές ανάγκες του ασθενούς και με δεδομένη την παρούσα γνώση;</p>	<p>.350</p>	<p>.297</p>	<p>1.000</p>	<p>.783</p>	<p>.711</p>
<p>Η μακροχρόνια χρησιμότητα από την υπηρεσία, Θεωρείτε ότι, η κατάλληλη φροντίδα πρέπει να είναι διαθέσιμη ώστε να ικανοποιεί τις ανάγκες του ασθενούς που εξυπηρετείται;</p>	<p>.382</p>	<p>.285</p>	<p>.783</p>	<p>1.000</p>	<p>.776</p>
<p>Η μακροχρόνια χρησιμότητα από την υπηρεσία, Θεωρείτε ότι, είναι απαραίτητη στις υπηρεσίες υγείας μια συνεχής διαδικασία αξιολόγησης, βελτίωσης και διαρκούς ελέγχου, ακόμη και μετά το πέρας της θεραπείας ενός ασθενούς</p>	<p>.326</p>	<p>.315</p>	<p>.711</p>	<p>.776</p>	<p>1.000</p>

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα έχουμε τους εξής συνδυασμούς με τις αντίστοιχες υψηλές συσχετίσεις:

1. Ποιότητα αλληλεπίδρασης με τον πελάτη / χρήστη των υπηρεσιών, Είστε ικανοποιημένος/η από την αλληλεπίδραση μεταξύ εσάς, του προμηθευτή των υπηρεσιών υγείας και του χρήστη των υπηρεσιών υγείας vs Ποιότητα αλληλεπίδρασης με τον πελάτη / χρήστη των υπηρεσιών, Νιώθετε ικανοποιημένος/η από τις υπηρεσίες και την ποσότητα της πληροφόρησης που δόθηκε στον χρήστη με τιμή συσχέτισης **0,727** το οποίο μας δείχνει πως όσο οι τιμές του χαρακτηριστικού Ποιότητα αλληλεπίδρασης με τον πελάτη / χρήστη των υπηρεσιών, Είστε ικανοποιημένος/η από την αλληλεπίδραση μεταξύ εσάς, του προμηθευτή των υπηρεσιών υγείας και του χρήστη των υπηρεσιών υγείας αυξάνουν οι τιμές του χαρακτηριστικού Ποιότητα αλληλεπίδρασης με τον πελάτη / χρήστη των υπηρεσιών, Νιώθετε ικανοποιημένος/η από τις υπηρεσίες και την ποσότητα της πληροφόρησης που δόθηκε στον χρήστη αυξάνονται ομοίως κατά **0,727**.
2. Η μακροχρόνια χρησιμότητα από την υπηρεσία, Θεωρείτε ότι, η κατάλληλη φροντίδα πρέπει να είναι διαθέσιμη ώστε να ικανοποιεί τις ανάγκες του ασθενούς που εξυπηρετείται vs Η μακροχρόνια χρησιμότητα από την υπηρεσία, Θεωρείτε ότι, είναι σημαντικό η φροντίδα που παρέχεται να είναι σχετική με τις κλινικές ανάγκες του ασθενούς και με δεδομένη την παρούσα γνώση με τιμή συσχέτισης **0,783** το οποίο μας δείχνει πως όσο οι τιμές του χαρακτηριστικού μακροχρόνια χρησιμότητα από την υπηρεσία, Θεωρείτε ότι, η κατάλληλη φροντίδα πρέπει να είναι διαθέσιμη ώστε να ικανοποιεί τις ανάγκες του ασθενούς που εξυπηρετείται αυξάνουν οι τιμές του χαρακτηριστικού μακροχρόνια χρησιμότητα από την υπηρεσία, Θεωρείτε ότι, είναι σημαντικό η φροντίδα που παρέχεται να είναι σχετική με τις κλινικές ανάγκες του ασθενούς και με δεδομένη την παρούσα γνώση αυξάνεται ομοίως κατά **0,783**.
3. Η μακροχρόνια χρησιμότητα από την υπηρεσία, Θεωρείτε ότι, η κατάλληλη φροντίδα πρέπει να είναι διαθέσιμη ώστε να ικανοποιεί τις ανάγκες του ασθενούς που εξυπηρετείται vs Η μακροχρόνια χρησιμότητα από την υπηρεσία, Θεωρείτε ότι, είναι απαραίτητη στις υπηρεσίες υγείας μια συνεχής διαδικασία αξιολόγησης, βελτίωσης και διαρκούς ελέγχου, ακόμη και μετά το πέρας της θεραπείας ενός ασθενούς με τιμή συσχέτισης **0,711** το οποίο μας δείχνει πως όσο οι τιμές του χαρακτηριστικού μακροχρόνια χρησιμότητα από την υπηρεσία, Θεωρείτε ότι, η κατάλληλη φροντίδα πρέπει να είναι διαθέσιμη ώστε να ικανοποιεί τις ανάγκες του ασθενούς που εξυπηρετείται αυξάνουν οι τιμές του χαρακτηριστικού Η μακροχρόνια χρησιμότητα από την υπηρεσία, Θεωρείτε ότι, είναι απαραίτητη στις υπηρεσίες υγείας μια συνεχής διαδικασία αξιολόγησης,

βελτίωσης και διαρκούς ελέγχου, ακόμη και μετά το πέρας της θεραπείας ενός ασθενούς αυξάνεται ομοίως κατά **0,711**.

4. Η μακροχρόνια χρησιμότητα από την υπηρεσία, Θεωρείτε ότι, η κατάλληλη φροντίδα πρέπει να είναι διαθέσιμη ώστε να ικανοποιεί τις ανάγκες του ασθενούς που εξυπηρετείται vs Η μακροχρόνια χρησιμότητα από την υπηρεσία, Θεωρείτε ότι, είναι απαραίτητη στις υπηρεσίες υγείας μια συνεχής διαδικασία αξιολόγησης, βελτίωσης και διαρκούς ελέγχου, ακόμη και μετά το πέρας της θεραπείας ενός ασθενούς με τιμή συσχέτισης **0,776** το οποίο μας δείχνει πως όσο οι τιμές του χαρακτηριστικού Η μακροχρόνια χρησιμότητα από την υπηρεσία, Θεωρείτε ότι, η κατάλληλη φροντίδα πρέπει να είναι διαθέσιμη ώστε να ικανοποιεί τις ανάγκες του ασθενούς που εξυπηρετείται οι τιμές του χαρακτηριστικού Η μακροχρόνια χρησιμότητα από την υπηρεσία, Θεωρείτε ότι, είναι απαραίτητη στις υπηρεσίες υγείας μια συνεχής διαδικασία αξιολόγησης, βελτίωσης και διαρκούς ελέγχου, ακόμη και μετά το πέρας της θεραπείας ενός ασθενούς αυξάνεται ομοίως κατά **0,776**.

Καταλήγουμε λοιπόν πως από τα δεδομένα μας και τα 25 χαρακτηριστικά είναι ικανοποιητικά με βάση την τιμή του κριτηρίου του Cronbach's Alpha = 0,910 όπως επίσης εμφανίζονται 4 σημαντικές και υψηλές συσχετίσεις στους άνωθεν 4 συνδυασμούς μεταβλητών.

Σε συνέχεια των αποτελεσμάτων των scores ελέγχθηκε η συσχέτιση των αποτελεσμάτων της κάθε τιμής της κουλτούρας για το κατά πόσο και εάν παρουσιάζεται συσχέτιση μεταξύ τους αντίστοιχα με το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου. Στον πίνακα 5 που ακολουθεί εμφανίζονται τα αποτελέσματα συσχετίσεων.

Πίνακας 5		Η Κουλτούρα Γενιάς για την Υφιστάμενη κατάσταση	Η Κουλτούρα Γενιάς για την Επιθυμητή κατάσταση	Η Κουλτούρα Ευελιξίας για την Υφιστάμενη κατάσταση	Η Κουλτούρα Ευελιξίας για την Επιθυμητή κατάσταση	Η Κουλτούρα Ανοικτού Συστήματος για την Υφιστάμενη κατάσταση	Η Κουλτούρα Ανοικτού Συστήματος για την Επιθυμητή κατάσταση	Η Κουλτούρα της Αγοράς για την Υφιστάμενη κατάσταση	Η Κουλτούρα της Αγοράς για την Επιθυμητή κατάσταση	Η Κουλτούρα Σταθερότητας για την Υφιστάμενη κατάσταση	Η Κουλτούρα Σταθερότητας για την Επιθυμητή κατάσταση	Η Ιεραρχική Κουλτούρα για την Υφιστάμενη κατάσταση	Η Ιεραρχική Κουλτούρα για την Επιθυμητή κατάσταση
Η Κουλτούρα της Εσωτερικής Εστίασης για την Επιθυμητή κατάσταση	Person Correlation Sig. (2-tailed) N	.129	-0.370**	.193*	-0.555**	.140	-0.635	-0.192*	.160*	-0.162*	.626**	-.095	.788**
Η Κουλτούρα Γενιάς για την Υφιστάμενη κατάσταση	Person Correlation Sig. (2-tailed) N	.111	.000	.016	.000	.083	.000	.017	.047	.044	.000	.238	.000
Η Κουλτούρα Γενιάς για την Υφιστάμενη κατάσταση	Person Correlation Sig. (2-tailed) N	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155
Η Κουλτούρα Γενιάς για την Υφιστάμενη κατάσταση	Person Correlation Sig. (2-tailed) N	.033	.033	.735**	-.077	.181*	-0.158*	-0.68	.072	-0.831	.047	-0.634	.025
Η Κουλτούρα Γενιάς για την Υφιστάμενη κατάσταση	Person Correlation Sig. (2-tailed) N	.679	.000	.000	.342	.024	.049	.000	.376	.000	.559	.000	.758
Η Κουλτούρα Γενιάς για την Υφιστάμενη κατάσταση	Person Correlation Sig. (2-tailed) N	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155
Η Κουλτούρα Γενιάς για την Υφιστάμενη κατάσταση	Person Correlation Sig. (2-tailed) N	.033	1	-0.224**	.803**	-0.269**	.345**	.115	-0.792	.101	-0.88	.101	-0.762

την Επιθυμητή κατάσταση	relation Sig. (2-tailed)	.679		.005	.000	.001	.000	.153	.000	.209	.000	.209	.000
Η Κουλτούρα Ευελιξίας για την Υφιστάμενη κατάσταση	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.735**	-0.224**	.151	-0.269**	.766**	-0.256**	-0.725	.294**	-0.944	.266**	-0.823**	.210**
	N	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155
Η Κουλτούρα Ευελιξίας για την Επιθυμητή κατάσταση	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.000	.005		.001	.000	.001	.000	.000	.000	.001	.000	.009
	N	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155
Η Κουλτούρα	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-.077	.803**	-0.269**	.151	-0.340**	.798**	.261**	-0.802	.237**	-0.943	.149	-0.864
	N	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155
Η Κουλτούρα	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.342	.000	.001		.000	.000	.001	.000	.003	.000	.065	.000
	N	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155
Η Κουλτούρα	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	.181*	-0.269**	.766**	-0.340**	.151	-0.310**	-0.468**	.333**	-0.667	.320**	-0.653	.270**
	N	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155

Ανοικτού Συστήματος για την Υφιστάμενη κατάσταση	Correlation Sig. (2-tailed)	.024	.001	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.001	
Η Ιεραρχική Κουλτούρα για την Υφιστάμενη κατάσταση	N Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	155 -0.634	155 .101	155 -0.823	155 .149	155 -0.653	155 ,188*	155 ,281**	155 -0.178*	155 ,785**	155 -.152	155 1	155 -.118
Η Ιεραρχική Κουλτούρα για την Επιθυμητή κατάσταση	N Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	155 .025	155 -0.762	155 ,210**	155 -0.864	155 ,270**	155 -0.689	155 -0.164*	155 ,506**	155 -.147	155 ,912**	155 -.118	155 1
	N	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155

*** Όπου  Υψηλή Συσχέτιση

Οι τιμές που εμφανίζονται για το κριτήριο της συσχέτισης είναι μεγαλύτερες του -1 και μικρότερες του 1, όσο οι τιμές εμφανίζονται κοντά στα άκρα του διαστήματος (-1, 1) αυτός μας εμφανίζει υψηλή συσχέτιση είτε θετική είτε αρνητική. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα έχουμε τους εξής συνδυασμούς με τις αντίστοιχες υψηλές συσχετίσεις:

1. Η Κουλτούρα της Εσωτερικής Εστίασης για την Επιθυμητή κατάσταση vs Η Κουλτούρα Ανοικτού Συστήματος για την Επιθυμητή κατάσταση με τιμή συσχέτισης **-0,635** το οποίο μας δείχνει πως όσο οι τιμές της Κουλτούρα της Εσωτερικής Εστίασης για την Επιθυμητή κατάσταση αυξάνουν οι τιμές της Κουλτούρας Ανοικτού Συστήματος για την Επιθυμητή κατάσταση μειώνονται κατά **-0,635**.
2. Η Κουλτούρα Γενιάς για την Υφιστάμενη κατάσταση vs Η Κουλτούρα της Αγοράς για την Υφιστάμενη κατάσταση με τιμή συσχέτισης **-0,68** το οποίο μας δείχνει πως όσο οι τιμές της Κουλτούρας Γενιάς για την Υφιστάμενη κατάσταση αυξάνουν οι τιμές της Αγοράς για την Υφιστάμενη κατάσταση μειώνονται κατά **-0,68**.
3. Η Κουλτούρα Γενιάς για την Υφιστάμενη κατάσταση vs Η Κουλτούρα Σταθερότητας για την Υφιστάμενη κατάσταση με τιμή συσχέτισης **-0,831** το οποίο μας δείχνει πως όσο οι τιμές της Κουλτούρας Γενιάς για την Υφιστάμενη κατάσταση αυξάνουν οι τιμές της Κουλτούρας Σταθερότητας για την Υφιστάμενη κατάσταση μειώνονται κατά **-0,831**.
4. Η Κουλτούρα Γενιάς για την Υφιστάμενη κατάσταση vs Η Ιεραρχική Κουλτούρα για την Υφιστάμενη κατάσταση με τιμή συσχέτισης **-0,634** το οποίο μας δείχνει πως όσο οι τιμές της Κουλτούρας Γενιάς για την Υφιστάμενη κατάσταση αυξάνουν οι τιμές της Ιεραρχικής Κουλτούρας για την Υφιστάμενη κατάσταση μειώνονται κατά **-0,634**.
5. Η Κουλτούρα Γενιάς για την Επιθυμητή κατάσταση vs Η Κουλτούρα της Αγοράς για την Επιθυμητή κατάσταση με τιμή συσχέτισης **-0,792** το οποίο μας δείχνει πως όσο οι τιμές της Κουλτούρας Γενιάς για την Επιθυμητή κατάσταση αυξάνουν οι τιμές της Κουλτούρας της Αγοράς για την Επιθυμητή κατάσταση μειώνονται κατά **-0,792**.
6. Η Κουλτούρα Γενιάς για την Επιθυμητή κατάσταση vs Η Κουλτούρα Σταθερότητας για την Επιθυμητή κατάσταση με τιμή συσχέτισης **-0,88** το οποίο μας δείχνει πως όσο οι τιμές της Κουλτούρας Γενιάς για την Επιθυμητή κατάσταση αυξάνουν οι τιμές της Κουλτούρας Σταθερότητας για την Επιθυμητή κατάσταση μειώνονται κατά **-0,88**.

7. Η Κουλτούρα Γενιάς για την Επιθυμητή κατάσταση vs Η Ιεραρχική Κουλτούρα για την Επιθυμητή κατάσταση με τιμή συσχέτισης **-0,762** το οποίο μας δείχνει πως όσο οι τιμές της Κουλτούρας Γενιάς για την Επιθυμητή κατάσταση αυξάνουν οι τιμές της Ιεραρχικής Κουλτούρας για την Επιθυμητή κατάσταση μειώνονται κατά **-0,762**.
8. Η Κουλτούρα Ευελιξίας για την Υφιστάμενη κατάσταση vs Η Κουλτούρα της Αγοράς για την Υφιστάμενη κατάσταση με τιμή συσχέτισης **-0,725** το οποίο μας δείχνει πως όσο οι τιμές της Κουλτούρας Ευελιξίας για την Υφιστάμενη κατάσταση αυξάνουν οι τιμές της Κουλτούρας της Αγοράς για την Υφιστάμενη κατάσταση μειώνονται κατά **-0,725**.
9. Η Κουλτούρα Ευελιξίας για την Υφιστάμενη κατάσταση vs Η Κουλτούρα Σταθερότητας για την Υφιστάμενη κατάσταση με τιμή συσχέτισης **-0,944** το οποίο μας δείχνει πως όσο οι τιμές της Κουλτούρας Ευελιξίας για την Υφιστάμενη κατάσταση αυξάνουν οι τιμές της Κουλτούρας Σταθερότητας για την Υφιστάμενη κατάσταση μειώνονται κατά **-0,944**.
10. Η Κουλτούρα Ευελιξίας για την Επιθυμητή κατάσταση vs Η Κουλτούρα της Αγοράς για την Επιθυμητή κατάσταση με τιμή συσχέτισης **-0,802** το οποίο μας δείχνει πως όσο οι τιμές της Κουλτούρας Ευελιξίας για την Επιθυμητή κατάσταση αυξάνουν οι τιμές της Κουλτούρας της Αγοράς για την Επιθυμητή κατάσταση μειώνονται κατά **-0,802**.
11. Η Κουλτούρα Ευελιξίας για την Επιθυμητή κατάσταση vs Η Κουλτούρα Σταθερότητας για την Επιθυμητή κατάσταση με τιμή συσχέτισης **-0,943** το οποίο μας δείχνει πως όσο οι τιμές της Κουλτούρας Ευελιξίας για την Επιθυμητή κατάσταση αυξάνουν οι τιμές της Κουλτούρας Σταθερότητας για την Επιθυμητή κατάσταση μειώνονται κατά **-0,943**.
12. Η Κουλτούρα Ευελιξίας για την Επιθυμητή κατάσταση vs Η Ιεραρχική Κουλτούρα για την Επιθυμητή κατάσταση με τιμή συσχέτισης **-0,864** το οποίο μας δείχνει πως όσο οι τιμές της Κουλτούρας Ευελιξίας για την Επιθυμητή κατάσταση αυξάνουν οι τιμές της Ιεραρχικής Κουλτούρας για την Επιθυμητή κατάσταση μειώνονται κατά **-0,864**.
13. Η Κουλτούρα Ανοικτού Συστήματος για την Υφιστάμενη κατάσταση vs Η Κουλτούρα Σταθερότητας για την Υφιστάμενη κατάσταση με τιμή συσχέτισης **-0,667** το οποίο μας δείχνει πως όσο οι τιμές της Κουλτούρας Ανοικτού

Συστήματος για την Υφιστάμενη κατάσταση αυξάνουν οι τιμές της Κουλτούρας Σταθερότητας για την Υφιστάμενη κατάσταση μειώνονται κατά **-0,667**.

14. Η Κουλτούρα Ανοιχτού Συστήματος για την Υφιστάμενη κατάσταση vs Η Ιεραρχική Κουλτούρα για την Υφιστάμενη κατάσταση με τιμή συσχέτισης **-0,653** το οποίο μας δείχνει πως όσο οι τιμές της Κουλτούρας Ανοιχτού Συστήματος για την Υφιστάμενη κατάσταση αυξάνουν οι τιμές της Ιεραρχικής Κουλτούρας για την Υφιστάμενη κατάσταση μειώνονται κατά **-0,653**.

Καταλήγουμε λοιπόν πως από τα δεδομένα μας εμφανίζονται 14 σημαντικές και υψηλές συσχετίσεις στους άνωθεν 14 συνδυασμούς μεταβλητών.

Στη συνέχεια εφαρμόζουμε τον έλεγχο συσχετίσεων και στις δυο μορφές του ερωτηματολογίου. Στον πίνακα 6 που ακολουθεί εμφανίζονται τα αποτελέσματα αυτά.

Πίνακας 6

			Ποιότητα αλληλεπίδρασης με τον πελάτη / χρήση των υπηρεσιών, Νιώθετε ικανοποιημένος/η από τις υπηρεσίες και την ποσότητα της πληροφόρησης που δόθηκε στον χρήστη;	Ποιότητα αλληλεπίδρασης με τον πελάτη / χρήση των υπηρεσιών, Είστε ικανοποιημένος/η από τις διαπροσωπικές σχέσεις, το συντονισμό των δράσεων και τη συνεργασία του προσωπικού;	Η Κουλτούρα Γενιάς για την Υφιστάμενη κατάσταση	Η Κουλτούρα Γενιάς για την Επιθυμητή κατάσταση	Η Κουλτούρα Ευελιξίας για την Υφιστάμενη κατάσταση	Η Κουλτούρα Ευελιξίας για την Επιθυμητή κατάσταση	Η Κουλτούρα της Αγοράς για την Επιθυμητή κατάσταση	Η Κουλτούρα Σταθερότητας για την Υφιστάμενη κατάσταση	Η Κουλτούρα Σταθερότητας για την Επιθυμητή κατάσταση	Η Ιεραρχική Κουλτούρα για την Υφιστάμενη κατάσταση	Η Ιεραρχική Κουλτούρα για την Επιθυμητή κατάσταση
Spearmans rho	Ποιότητα αλληλεπίδρασης με τον πελάτη / χρήση των υπηρεσιών, Είστε ικανοποιημένος/η από την αλληλεπίδραση μεταξύ εσάς, του προμηθευτή των υπηρεσιών υγείας και του χρήστη	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	0.700** .000 155	0.490** .000 155	0.167* .038 155	.050 .539 155	.008 .917 155	.034 .675 155	.004 .965 155	-.083 .306 155	-.044 .590 155	-.021 .795 155	-.064 .426 155

των υπηρεσιών υγείας; Ποιότητα αλληλεπίδρασης με τον πελάτη / χρήστη των υπηρεσιών, Νιώθετε ικανοποιημένος/η από την ανθρώπινη και όχι αυστηρά υπηρεσιακή ατμόσφαιρα που επικρατεί στην υπηρεσία σας;	Correlation Coefficient	0.519**	0.672**	.122	-.028	.087	-.004	.033	-.108	-.016	-.067	-.024
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.129	.726	.281	.963	.681	.179	.844	.410	.764
	N	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155
Η Κουλτούρα Γενιάς για την Υφιστάμενη κατάσταση	Correlation Coefficient	0.209**	.117	1.000	.105	0.724**	.023	.004	-0.824**	-.026	-0.659**	-.048
	Sig. (2-tailed)	.009	.147		.194	.000	.781	.962	.000	.748	.000	.554
	N	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155
Η Κουλτούρα Γενιάς για την Επιθυμητή κατάσταση	Correlation Coefficient	-.007	-.064	.105	1.000	-.133	0.848**	-0.717**	.050	-0.878**	.046	-0.741**
	Sig. (2-tailed)	.926	.430	.194		.099	.000	.000	.538	.000	.567	.000
	N	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155

H Κουλτούρα Ευελιξίας για την Υφιστάμενη κατάσταση	Correlation	.020	.076	0.724*	-.133	1.000	-.136	0.237**	-0.923**	0.158*	-0.792**	.091
	Coefficient											
	Sig. (2-tailed)	.805	.350	.000	.099		.092	.003	.000	.049	.000	.262
	N	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155
H Κουλτούρα Ευελιξίας για την Επιθυμητή κατάσταση	Correlation	-.003	-.053	.023	0.848**	-.136	1.000	-0.735**	.104	-0.921**	.057	-0.808**
	Coefficient											
	Sig. (2-tailed)	.966	.513	.781	.000	.092	.000	.000	.196	.000	.483	.000
	N	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155
H Κουλτούρα της Αγοράς για την Επιθυμητή κατάσταση	Correlation	.017	.068	.004	-0.717**	0.237**	-0.735**	1.000	-0.173*	0.697**	-.147	0.349**
	Coefficient											
	Sig. (2-tailed)	.831	.400	.962	.000	.003	.000	.032	.000	.068	.000	.000
	N	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155
H Κουλτούρα Σταθερότητας για την Υφιστάμενη κατάσταση	Correlation	-.103	-.124	-	.050	-0.923**	.104	-0.173*	1.000	-.108	0.756**	-.055
	Coefficient			0.824*								
	Sig. (2-tailed)	.201	.124	.000	.538	.000	.196	.032	.182	.000	.497	.000
	N	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155
H Κουλτούρα Σταθερότητας για την Επιθυμητή κατάσταση	Correlation	.027	.064	-.026	-0.878**	0.158*	-0.921**	0.697**	-.108	1.000	-.071	0.861**
	Coefficient											
	Sig. (2-tailed)	.735	.426	.748	.000	.049	.000	.000	.182	.382	.000	.000
	N	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155

Η Ιεραρχική Κουλτούρα για την Υφιστάμενη κατάσταση	Correlation	-.045	-.028	-	.046	-0.792**	.057	-.147	0.756**	-.071	1.000	-.013
	Coefficient			0.659*								
	Sig. (2-tailed)	.576	.730	.000	.567	.000	.483	.068	.000	.382		.870
	N	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155
Η Ιεραρχική Κουλτούρα για την Επιθυμητή κατάσταση	Correlation	-.024	.047	-.048	-0.741**	.091	-0.808**	0.349**	-.055	0.861**	-.013	1.000
	Coefficient											
	Sig. (2-tailed)	.764	.560	.554	.000	.262	.000	.000	.497	.000	.870	
	N	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα 6, έχουμε τους εξής συνδυασμούς με τις αντίστοιχες υψηλές συσχετίσεις:

1. Ποιότητα αλληλεπίδρασης με τον πελάτη / χρήστη των υπηρεσιών, Είστε ικανοποιημένος/η από την αλληλεπίδραση μεταξύ εσάς, του προμηθευτή των υπηρεσιών υγείας και του χρήστη των υπηρεσιών υγείας vs Ποιότητα αλληλεπίδρασης με τον πελάτη / χρήστη των υπηρεσιών, Νιώθετε ικανοποιημένος/η από τις υπηρεσίες και την ποσότητα της πληροφόρησης που δόθηκε στον χρήστη με τιμή συσχέτισης **-0,635** το οποίο μας δείχνει πως όσο οι τιμές της μιας μεταβλητής αυξάνουν οι τιμές της μεταβλητής αυξάνονται ομοίως κατά **0,700**.
2. Ποιότητα αλληλεπίδρασης με τον πελάτη / χρήστη των υπηρεσιών, Νιώθετε ικανοποιημένος/η από την ανθρώπινη και όχι αυστηρά υπηρεσιακή ατμόσφαιρα που επικρατεί στην υπηρεσία σας vs Ποιότητα αλληλεπίδρασης με τον πελάτη / χρήστη των υπηρεσιών, Νιώθετε ικανοποιημένος/η από τις υπηρεσίες και την ποσότητα της πληροφόρησης που δόθηκε στον χρήστη με τιμή συσχέτισης **0,672** το οποίο μας δείχνει πως όσο οι τιμές της μιας μεταβλητής αυξάνουν οι τιμές της μεταβλητής αυξάνονται ομοίως κατά **0,672**.
3. Η Κουλτούρα Γενιάς για την Υφιστάμενη κατάσταση vs Η Κουλτούρα Σταθερότητας για την Υφιστάμενη κατάσταση με τιμή συσχέτισης **-0,824** το οποίο μας δείχνει πως όσο οι τιμές της μιας μεταβλητής αυξάνουν οι τιμές της μεταβλητής μειώνονται κατά **-0,824**.
4. Η Κουλτούρα Γενιάς για την Επιθυμητή κατάσταση vs Η Κουλτούρα της Αγοράς για την Επιθυμητή κατάσταση με τιμή συσχέτισης **-0,717** το οποίο μας δείχνει πως όσο οι τιμές της μιας μεταβλητής αυξάνουν οι τιμές της μεταβλητής μειώνονται κατά **-0,717**.
5. Η Κουλτούρα Γενιάς για την Επιθυμητή κατάσταση vs Η Κουλτούρα Σταθερότητας για την Επιθυμητή κατάσταση με τιμή συσχέτισης **-0,717** το οποίο μας δείχνει πως όσο οι τιμές της μιας μεταβλητής αυξάνουν οι τιμές της μεταβλητής μειώνονται κατά **-0,717**.
6. Η Κουλτούρα Γενιάς για την Επιθυμητή κατάσταση vs Η Ιεραρχική Κουλτούρα για την Επιθυμητή κατάσταση με τιμή συσχέτισης **-0,741** το οποίο μας δείχνει πως όσο οι τιμές της μιας μεταβλητής αυξάνουν οι τιμές της μεταβλητής μειώνονται κατά **-0,741**.
7. Η Κουλτούρα Ευελιξίας για την Υφιστάμενη κατάσταση vs Η Κουλτούρα Σταθερότητας για την Υφιστάμενη κατάσταση με τιμή συσχέτισης **-0,923** το

- οποίο μας δείχνει πως όσο οι τιμές της μιας μεταβλητής αυξάνουν οι τιμές της μεταβλητής μειώνονται κατά **-0,923**.
8. Η Κουλτούρα Ευελιξίας για την Υφιστάμενη κατάσταση vs Η Ιεραρχική Κουλτούρα για την Υφιστάμενη κατάσταση με τιμή συσχέτισης **-0,792** το οποίο μας δείχνει πως όσο οι τιμές της μιας μεταβλητής αυξάνουν οι τιμές της μεταβλητής μειώνονται κατά **-0,792**.
 9. Η Κουλτούρα Ευελιξίας για την Επιθυμητή κατάσταση vs Η Κουλτούρα της Αγοράς για την Επιθυμητή κατάσταση με τιμή συσχέτισης **-0,735** το οποίο μας δείχνει πως όσο οι τιμές της μιας μεταβλητής αυξάνουν οι τιμές της μεταβλητής μειώνονται κατά **-0,735**.
 10. Η Κουλτούρα Ευελιξίας για την Επιθυμητή κατάσταση vs Η Κουλτούρα Σταθερότητας για την Επιθυμητή κατάσταση με τιμή συσχέτισης **-0,921** το οποίο μας δείχνει πως όσο οι τιμές της μιας μεταβλητής αυξάνουν οι τιμές της μεταβλητής μειώνονται κατά **-0,921**.
 11. Η Κουλτούρα Ευελιξίας για την Επιθυμητή κατάσταση vs Η Ιεραρχική Κουλτούρα για την Επιθυμητή κατάσταση με τιμή συσχέτισης **-0,808** το οποίο μας δείχνει πως όσο οι τιμές της μιας μεταβλητής αυξάνουν οι τιμές της μεταβλητής μειώνονται κατά **-0,808**.

Καταλήγουμε λοιπόν πως από όλα μας τα δεδομένα και συνολικά όλο το ερωτηματολόγιο μας, εμφανίζονται 11 σημαντικές και υψηλές συσχετίσεις στους άνωθεν 11 συνδυασμούς μεταβλητών.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Παρακαλώ απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις αναφορικά με την εργασία σας, χρησιμοποιώντας την κλίμακα από το 1 έως το 5 ως εξής: 1= Καθόλου 2=Λίγο 3=Μέτρια 4=Πολύ 5=Απόλυτα

Η ποιότητα της αλληλεπίδρασης με τον πελάτη

1. Νιώθετε ικανοποιημένος/η από την παροχή της υπηρεσίας και την ποσότητα της πληροφόρησης που δόθηκε στον χρήστη;
2. Είστε ικανοποιημένος/η από την αλληλεπίδραση μεταξύ εσάς, του προμηθευτή των υπηρεσιών υγείας και του χρήστη των υπηρεσιών υγείας;
3. Νιώθετε ικανοποιημένος/η από την ανθρώπινη και όχι αυστηρά υπηρεσιακή ατμόσφαιρα που επικρατεί στην υπηρεσία σας;
4. Είστε ικανοποιημένος/η από τις διαπροσωπικές σχέσεις, το συντονισμό των δράσεων και τη συνεργασία του προσωπικού;
5. Είστε ικανοποιημένος/η από τον τρόπο που παρέχεται το σύνολο των φροντίδων (με σεβασμό στην προσωπικότητα και τις ιδιαίτερες ανάγκες) στους λήπτες των υπηρεσιών υγείας;
6. Είναι σημαντική για εσάς η χρήση μέσων και μέτρων προς τους λήπτες των υπηρεσιών, των οποίων η αποδοχή από το κοινωνικό σύνολο θεωρείται δεδομένη;

Η μακροχρόνια χρησιμότητα από την υπηρεσία

7. Είναι σημαντική η πρόθεση και ικανότητα της υπηρεσίας να ικανοποιεί τις ανάγκες των πελατών, ακόμη και όταν είναι εξεζητημένες;
8. Είναι σημαντική η κατανόηση των αναγκών των πελάτη, των απαιτήσεών του και η παροχή εξατομικευμένων υπηρεσιών;
9. Θεωρείτε ότι, είναι σημαντική η αναλογία των επιτυχών παρεμβάσεων για έναν ασθενή προς τις πηγές που χρησιμοποιήθηκαν για την παροχή της φροντίδας του;
10. Θεωρείτε ότι, είναι σημαντικό η φροντίδα που παρέχεται να είναι σχετική με τις κλινικές ανάγκες του ασθενούς και με δεδομένη την παρούσα γνώση;
11. Θεωρείτε ότι, η κατάλληλη φροντίδα πρέπει να είναι διαθέσιμη ώστε να ικανοποιεί τις ανάγκες του ασθενούς που εξυπηρετείται;
12. Θεωρείτε ότι, είναι απαραίτητη στις υπηρεσίες υγείας μια συνεχής διαδικασία αξιολόγησης, βελτίωσης και διαρκούς ελέγχου, ακόμη και μετά το πέρας της θεραπείας ενός ασθενούς;

Η άμεση αντίληψη της ποιότητας από τον πελάτη

13. Θεωρείτε ότι, η κτιριακή υποδομή, το περιβάλλον, η εμφάνιση του προσωπικού και η κατάσταση του εξοπλισμού διαδραματίζουν πρωτεύοντα ρόλο για τους χρήστες των ΥΥ;
14. Θεωρείτε ότι, η ανεπαρκής πληροφόρηση του λήπτη ΥΥ για συγκεκριμένες παροχές, τον επηρεάζει με αποτέλεσμα να μη βασίζει την επιλογή του σε αντικειμενικά χαρακτηριστικά της ποιότητας;

15. Θεωρείτε ότι είναι σημαντική η ικανότητα του προσωπικού να μπαίνει στη θέση του χρήστη ΥΥ, να αναγνωρίζει και να καταλαβαίνει τις ανάγκες του;

Ικανοποίηση

16. Είστε ικανοποιημένος/η από την προθυμία και την παροχή της υπηρεσίας με ακέραιο και κατάλληλο τρόπο;
17. Είστε ικανοποιημένος/η από την επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες;
18. Είστε ικανοποιημένος/η από τον τρόπο που η φροντίδα παρέχεται στον ασθενή;
19. Θεωρείτε ότι, είναι κατάλληλες οι γνώσεις και οι δεξιότητες των επαγγελματιών που παρέχουν τις υπηρεσίες τους στις υγειονομικές υπηρεσίες;
20. Είστε ικανοποιημένος/η από τη δυνατότητα των χρηστών υπηρεσιών υγείας να έχουν πρόσβαση στη φροντίδα υγείας στο σωστό χρόνο και τόπο σύμφωνα με τις ανάγκες τους;
21. Είστε ικανοποιημένος/η από την νέα γνώση που προκύπτει από την εξέλιξη της επιστήμης για την προαγωγή της υγείας του ατόμου;
22. Νιώθετε ικανοποιημένος/η από τη συμμετοχή του ασθενή στη λήψη αποφάσεων που αφορούν την φροντίδα του;

Συνολική εικόνα

23. Θεωρείτε ότι, η κτιριακή υποδομή, το περιβάλλον, η εμφάνιση του προσωπικού και η κατάσταση του εξοπλισμού διαδραματίζουν πρωτεύοντα ρόλο στις υπηρεσίες υγείας;
24. Θεωρείτε ότι, η ποιότητα αποδίδει τα βασικά χαρακτηριστικά που ικανοποιούν τις ανάγκες, τόσο των εσωτερικών, όσο και των εξωτερικών πελατών;
25. Θεωρείτε ότι, η προσαρμογή και η συμμόρφωση με τις προδιαγραφές, σχετίζεται με την ποιότητα των διαδικασιών κατά την παροχή των υπηρεσιών;

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ

Organizational Culture Assessment instrument, (OCAI) των Cameron και Quinn

Στους κάτωθι πίνακες περιγράφονται χαρακτηριστικά των οργανισμών υγείας. Παρακαλώ να μοιράσετε 100 μονάδες μεταξύ των τεσσάρων κάθε φορά περιγραφόμενων χαρακτηριστικών ανάλογα με την ομοιότητα ή μη, με τη δική σας υπηρεσία / οργανισμό. Να δώσετε μία απάντηση για την υφιστάμενη κατάσταση και μία για την επιθυμητή. Για κάθε ερώτηση πρέπει να χρησιμοποιούνται συνολικά 100 μονάδες.

Παράδειγμα: Σε κάποια ερώτηση εάν η Α απάντηση μοιάζει πολύ με τη δική μου, η Β μοιάζει κάπως, ενώ η Γ και η Δ δεν μοιάζουν καθόλου, μπορώ να δώσω 70 μονάδες στην Α, 30 στη Β και στις Γ και Δ μηδέν.

1. Τα κυρίαρχα χαρακτηριστικά (Μοιράστε τις 100 μονάδες)		
	Υφιστάμενη κατάσταση	Επιθυμητή κατάσταση
A. Στην υπηρεσία / τμήμα που εργάζομαι επικρατεί ένα ζεστό ανθρώπινο εργασιακό κλίμα . Είναι σαν μια μεγάλη οικογένεια. Οι εργαζόμενοι έχουν πολλά κοινά σημεία.		
B. Η υπηρεσία μου είναι ένας πολύ δυναμικός χώρος . Οι εργαζόμενοι δεν φοβούνται να παίρνουν καινοτόμες αποφάσεις.	δεν	
Γ. Στην υπηρεσία μου επικρατούν οι κανονισμοί και οι τυποποιημένες διαδικασίες . Οι γραφειοκρατικές διαδικασίες γενικά καθοδηγούν τις δραστηριότητες του προσωπικού.		
Δ. Στο τμήμα μου επικρατεί ένα κλίμα ανταγωνισμού όπου το βασικό μέλημα είναι να "βγαίνει η δουλειά", ενώ οι διαπροσωπικές σχέσεις είναι δευτερεύουσας σημασίας. Το προσωπικό είναι προσανατολισμένο στην επίτευξη των στόχων και την αύξηση της παραγωγής .		
ΣΥΝΟΛΟ	100	100
2. Η ηγεσία του οργανισμού (Μοιράστε τις 100 μονάδες)		
	Υφιστάμενη κατάσταση	Επιθυμητή κατάσταση
A. Ο επικεφαλής θεωρείται γενικά σύμβουλος , δίνει το παράδειγμα της καθοδήγησης, της διευκόλυνσης και της προστασίας.		
B. Ο επικεφαλής συμπεριφέρεται γενικά σαν καινοτόμος και παίρνει πρωτοβουλίες		
Γ. Η ηγεσία στον οργανισμό θεωρείται γενικά ότι δίνει το παράδειγμα του προσανατολισμού στα αποτελέσματα, στο συντονισμό των εργασιών και στην επιθετική πολιτική , ενδιαφέρεται κυρίως για την αποδοτικότητα.		
Δ. Η ηγεσία στον οργανισμό θεωρείται γενικά ότι εργάζεται σκληρά είναι αποτελεσματική και δίνει μεγάλη έμφαση στην ανταγωνιστικότητα της οργάνωσης		
ΣΥΝΟΛΟ	100	100

3. Η οργανωτική ενότητα (Μοιράστε τις 100 μονάδες)		
	Υφιστάμενη κατάσταση	Επιθυμητή κατάσταση
A. Ο συνδετικός κρίκος που κρατά ενωμένο τον οργανισμό, είναι η νομιμοφροσύνη και η αμοιβαία εμπιστοσύνη. Υπάρχει υψηλό επίπεδο δέσμευσης, συνοχής και ομαδικότητας.		
B. Ο συνδετικός κρίκος που κρατά ενωμένο τον οργανισμό, είναι η δέσμευση στην καινοτομία και την ανάπτυξη. Υπάρχει έμφαση στην πρωτοβουλία και στην αρίστευση.		
Γ. Ο συνδετικός κρίκος που κρατά ενωμένο τον οργανισμό, είναι η έμφαση στα επιτεύγματα και την υλοποίηση των στόχων. Η επιθετική πολιτική και η κερδοφορία είναι βασικές αρχές.		
Δ. Ο συνδετικός κρίκος που κρατά ενωμένο τον οργανισμό, είναι οι επίσημοι κανόνες, οι τυπικές διαδικασίες και πολιτικές. Η διατήρηση της ομαλής λειτουργίας του οργανισμού είναι σημαντική.		
ΣΥΝΟΛΟ	100	100
4. Το στυλ διοίκησης (Μοιράστε τις 100 μονάδες)		
	Υφιστάμενη κατάσταση	Επιθυμητή κατάσταση
A. Το στυλ διοίκησης του οργανισμού χαρακτηρίζεται από ομαδικό πνεύμα, συναίνεση και συμμετοχή.		
B. Το στυλ διοίκησης του οργανισμού χαρακτηρίζεται από προσωπική ανάληψη κινδύνου, καινοτομία, ελευθερία και μοναδικότητα.		
Γ. Το στυλ διοίκησης του οργανισμού χαρακτηρίζεται από σκληρό ανταγωνισμό, υψηλές απαιτήσεις και ανάγκη για επιτεύγματα.		
Δ. Το στυλ διοίκησης του οργανισμού χαρακτηρίζεται από μονιμότητα εργασίας, προβλεψιμότητα, και μακρά περίοδο παραμονής στην ίδια θέση.		
ΣΥΝΟΛΟ	100	100
5. Η στρατηγική εστίαση (Μοιράστε τις 100 μονάδες)		
	Υφιστάμενη κατάσταση	Επιθυμητή κατάσταση
A. Το κλίμα στον οργανισμό είναι άνετο και προωθεί τη συμμετοχή των υφισταμένων. Υπάρχει υψηλός βαθμός εμπιστοσύνης και οι σχέσεις είναι φιλικές.		
B. Ο οργανισμός δίνει έμφαση στην απόκτηση νέων πόρων και στη δημιουργία προκλήσεων. Η δοκιμή νέων ιδεών και προοπτικών εκτιμάται ιδιαίτερα.		

Γ. Ο οργανισμός δίνει έμφαση στη μονιμότητα και τη σταθερότητα . Η αποτελεσματικότητα, ο έλεγχος και η απρόσκοπτη λειτουργία του οργανισμού είναι σημαντικές αξίες.		
Δ. Το κλίμα στην οργάνωση Δ είναι ανταγωνιστικό και προωθεί τη γόνιμη αντιπαράθεση απόψεων. Δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στον ανταγωνισμό.		
ΣΥΝΟΛΟ	100	100
6. Τα κριτήρια της Επιτυχίας (Μοιράστε τις 100 μονάδες)		
	Υφιστάμενη κατάσταση	Επιθυμητή κατάσταση
Α. Ο οργανισμός ορίζει την επιτυχία με βάση την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού του, την ομαδική εργασία , τη δέσμευση των εργαζομένων και την κοινωνική φροντίδα .		
Β. Ο οργανισμός ορίζει την επιτυχία με βάση την προσφορά νέων υπηρεσιών στον πολίτη και νέων τρόπων εξυπηρέτησης. Είναι μία πρωτοπόρα, καινοτόμος οργάνωση.		
Γ. Ο οργανισμός ορίζει την επιτυχία με βάση την αποδοτικότητα , το χαμηλό κόστος λειτουργίας, την αξιοπιστία στην εξυπηρέτηση του πολίτη και τον καλό προγραμματισμό .		
Δ. Ο οργανισμός ορίζει την επιτυχία με βάση την επικράτηση στην αγορά και την υπερκέραση του ανταγωνισμού. Ο βασικός στόχος είναι να είναι ο υπ' αριθμόν ένα οργανισμός στο χώρο του.		
ΣΥΝΟΛΟ	100	100

Ποιότητα και Οργανωσιακή κουλτούρα στις Υπηρεσίες Υγείας

Αγαπητοί/τές φίλοι και φίλες

Το παρόν ερωτηματολόγιο έχει στόχο να διερευνήσει τον τρόπο με τον οποίο η οργανωσιακή κουλτούρα επηρεάζει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στο χώρο της υγείας και κοινωνικής πρόνοιας.

Επιπλέον να καταγράψει τις απόψεις των εργαζομένων αναφορικά με την υπάρχουσα και επιθυμητή κουλτούρα του οργανισμού τους καθώς και των παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η βοήθεια και η άποψή σας είναι σημαντική.

Σας ευχαριστώ πολύ!

Φύλο *

Άνδρας

Γυναίκα

Εκπαιδευτικό επίπεδο *

- ΠΕ / ΤΕ
- ΔΕ
- Κάτοχος Μεταπτυχιακού
- Κάτοχος Διδακτορικού

Εργάζεσθε: *

- Στον δημόσιο τομέα
- Στον ιδιωτικό τομέα

Ηλικία *

- 18-29
- 30-39
- 40-49
- 50-59
- 60+

Ιδιότητα *

- Νοσηλεύτης / τρια
- Βοηθός Νοσηλεύτη
- Προϊστάμενος
- Τομέαρχης - Διευθυντής
- Διοικητικός υπάλληλος

Πόσα χρόνια εργάζεσθε

	στη θέση που εργάζεσθε σήμερα	στον οργανισμό που εργάζεσθε σήμερα
0 - 5 χρόνια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 - 10 χρόνια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 - 15 χρόνια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 - 20 χρόνια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 + χρόνια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

After section 1 [Continue to next section](#)

Ποιότητα

Παρακαλώ απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις αναφορικά με την εργασία σας, χρησιμοποιώντας την κλίμακα: Καθόλου, Λίγο, Μέτρια, Πολύ, Απόλυτα

Ποιότητα αλληλεπίδρασης με τον πελάτη / χρήστη των υπηρεσιών *

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Απόλυτα
Νιώθετε ικανοποιημένος/η από τις υπηρεσίες και την ποσότητα της πληροφόρησης που δόθηκε στον χρήστη;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Είστε ικανοποιημένος/η από την αλληλεπίδραση μεταξύ εσάς, του προμηθευτή των υπηρεσιών υγείας και του χρήστη των υπηρεσιών υγείας;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Είστε ικανοποιημένος/η από την αλληλεπίδραση μεταξύ εσάς, του προμηθευτή των υπηρεσιών υγείας και του χρήστη των υπηρεσιών υγείας;

Νιώθετε ικανοποιημένος/η από την ανθρώπινη και όχι αυστηρά υπηρεσιακή ατμόσφαιρα που επικρατεί στην υπηρεσία σας;

Είστε ικανοποιημένος/η από τις διαπροσωπικές σχέσεις, το συντονισμό των δράσεων και τη συνεργασία του προσωπικού;

Είστε ικανοποιημένος/η από τον τρόπο που παρέχεται το σύνολο των φροντίδων (με σεβασμό στην προσωπικότητα και τις ιδιαίτερες ανάγκες) στους λήπτες των υπηρεσιών υγείας;

Είναι σημαντική για εσάς η χρήση μέσων και μέτρων προς τους λήπτες των υπηρεσιών, των οποίων η αποδοχή από το κοινωνικό σύνολο θεωρείται δεδομένη;

Η μακροχρόνια χρησιμότητα από την υπηρεσία *

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Απόλυτα
Είναι σημαντική η πρόθεση και ικανότητα της υπηρεσίας να ικανοποιεί τις ανάγκες των πελατών, ακόμη και όταν είναι εξεζητημένες;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Είναι σημαντική η κατανόηση των αναγκών των πελάτη, των απαιτήσεών του και η παροχή εξατομικευμένων υπηρεσιών;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Θεωρείτε ότι, είναι σημαντική η αναλογία των επιτυχών παρεμβάσεων για έναν ασθενή προς τις πηγές/ πόρους που χρησιμοποιήθηκαν για την παροχή της φροντίδας του;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Θεωρείτε ότι, είναι σημαντικό η φροντίδα που παρέχεται να είναι σχετική με τις κλινικές ανάγκες του ασθενούς και με δεδομένη την παρούσα γνώση;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Η άμεση αντίληψη της ποιότητας από τον πελάτη *

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Αρκετά
Θεωρείτε ότι, η κτιριακή υποδομή, το περιβάλλον, η εμφάνιση του προσωπικού και η κατάσταση του εξοπλισμού διαδραματίζουν πρωτεύοντα ρόλο για τους χρήστες των ΥΥ;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Θεωρείτε ότι, η ανεπαρκής πληροφόρηση του λήπτη ΥΥ για συγκεκριμένες παροχές, τον επηρεάζει, έτσι ώστε να μη βασίζει την επιλογή του σε αντικειμενικά χαρακτηριστικά της ποιότητας;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Θεωρείτε ότι είναι σημαντική η ικανότητα του προσωπικού να μπαίνει στη θέση του χρήστη ΥΥ, να αναγνωρίζει και να καταλαβαίνει τις ανάγκες του;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ικανοποίηση *

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Απόλυτα
Είστε ικανοποιημένος/η από την προθυμία, την ακεραιότητα και την καταλληλότητα του τρόπου παροχής των υπηρεσιών υγείας;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Είστε ικανοποιημένος/η από την επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Θεωρείτε ότι, είναι κατάλληλες οι γνώσεις και οι δεξιότητες των επαγγελματιών που παρέχουν τις υπηρεσίες τους στις υγειονομικές υπηρεσίες;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Είστε ικανοποιημένος/η από τη δυνατότητα των χρηστών υπηρεσιών υγείας να έχουν πρόσβαση στη φροντίδα υγείας στο σωστό χρόνο και τόπο σύμφωνα με τις ανάγκες τους;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Συνολική εικόνα *

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Απόλυτα
Θεωρείτε ότι, η κτιριακή υποδομή, το περιβάλλον, η εμφάνιση του προσωπικού και η κατάσταση του εξοπλισμού διαδραματίζουν πρωτεύοντα ρόλο στις υπηρεσίες υγείας;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Θεωρείτε ότι, η ποιότητα αποδίδει τα βασικά χαρακτηριστικά που ικανοποιούν τις ανάγκες, τόσο των εσωτερικών, όσο και των εξωτερικών πελατών;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Θεωρείτε ότι, η προσαρμογή και η συμμόρφωση με τις προδιαγραφές, σχετίζεται με την ποιότητα των διαδικασιών κατά την παροχή των υπηρεσιών;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Οργανωσιακή κουλτούρα

Ακολουθεί περιγραφή των χαρακτηριστικών των οργανισμών υγείας.

Παρακαλώ να μοιράσετε 100 μονάδες μεταξύ των τεσσάρων κάθε φορά περιγραφόμενων χαρακτηριστικών ανάλογα με την ομοιότητα ή μη, με τη δική σας υπηρεσία / οργανισμό.

Να δώσετε μία απάντηση για την υφιστάμενη κατάσταση και μία για την επιθυμητή. Για κάθε ερώτηση πρέπει να χρησιμοποιούνται συνολικά 100 μονάδες.

Παράδειγμα: Σε κάποια ερώτηση εάν η Α απάντηση μοιάζει πολύ με τη δική μου, η Β μοιάζει κάπως, ενώ η Γ και η Δ λίγο, μπορώ να δώσω 60 μονάδες στην Α, 20 στη Β και 10 στις Γ και Δ.

1. Τα κυρίαρχα χαρακτηριστικά

Description (optional)

A. Στην υπηρεσία / τμήμα που εργάζομαι επικρατεί ένα ζεστό ανθρώπινο εργασιακό κλίμα. Είναι σαν μια μεγάλη οικογένεια. Οι εργαζόμενοι έχουν πολλά κοινά σημεία. *

	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ Ισχύει κατά:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ, Θα ήθελα να ισχύει κατά:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Β. Η υπηρεσία μου είναι ένας πολύ δυναμικός χώρος. Οι εργαζόμενοι δεν φοβούνται να παίρνουν καινοτόμες αποφάσεις. *



Γ. Στην υπηρεσία μου επικρατούν οι κανονισμοί και οι τυποποιημένες διαδικασίες. Οι γραφειοκρατικές διαδικασίες γενικά καθοδηγούν τις δραστηριότητες του προσωπικού. *



Δ. Στο τμήμα μου επικρατεί ένα κλίμα ανταγωνισμού όπου το βασικό μέλημα είναι να "βγαίνει η δουλειά", ενώ οι διαπροσωπικές σχέσεις είναι δευτερεύουσας σημασίας. Το προσωπικό είναι προσανατολισμένο στην επίτευξη των στόχων και την αύξηση της παραγωγής. *



2. Η ηγεσία του οργανισμού

Description (optional)

A. Ο επικεφαλής θεωρείται γενικά σύμβουλος, δίνει το παράδειγμα της καθοδήγησης, της διευκόλυνσης και της προστασίας. *

	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ Ισχύει κατά:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ, Θα ήθελα να ισχύει κατά:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

B. Ο επικεφαλής συμπεριφέρεται γενικά σαν καινοτόμος και παίρνει πρωτοβουλίες. *

	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ Ισχύει κατά:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ Θα ήθελα να ισχύει κατά:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Γ. Η ηγεσία στον οργανισμό θεωρείται γενικά ότι δίνει το παράδειγμα του προσανατολισμού στα αποτελέσματα, στο συντονισμό των εργασιών και στην επιθετική πολιτική, ενδιαφέρεται κυρίως για την αποδοτικότητα. *

	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ Ισχύει κατά:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ Θα ήθελα να ισχύει κατά:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Δ. Η ηγεσία στον οργανισμό θεωρείται γενικά ότι εργάζεται σκληρά είναι αποτελεσματική και δίνει μεγάλη έμφαση στην ανταγωνιστικότητα της οργάνωσης. *

	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ Ισχύει κατά:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ Θα ήθελα να ισχύει κατά:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Section 5 of 8



3. Η οργανωτική ενότητα

Description (optional)

Α. Ο συνδετικός κρίκος που κρατά ενωμένο τον οργανισμό, είναι η νομιμοφροσύνη και η αμοιβαία εμπιστοσύνη. Υπάρχει υψηλό επίπεδο δέσμευσης, συνοχής και ομαδικότητας. *

	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ Ισχύει κατά:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ, Θα ήθελα να ισχύει κατά:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Β. Ο συνδυετικός κρίκος που κρατά ενωμένο τον οργανισμό, είναι η δέσμευση στην καινοτομία και την ανάπτυξη. Υπάρχει έμφαση στην πρωτοβουλία και στην αρίστευση. *

	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ Ισχύει κατά:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ Θα ήθελα να ισχύει κατά:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Γ. Ο συνδυετικός κρίκος που κρατά ενωμένο τον οργανισμό, είναι η έμφαση στα επιτεύγματα και την υλοποίηση των στόχων. Η επιθετική πολιτική και η κερδοφορία είναι βασικές αρχές. *

	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ Ισχύει κατά:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ Θα ήθελα να ισχύει κατά:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Δ. Ο συνδυετικός κρίκος που κρατά ενωμένο τον οργανισμό, είναι οι επίσημοι κανόνες, οι τυπικές διαδικασίες και πολιτικές. Η διατήρηση της ομαλής λειτουργίας του οργανισμού είναι σημαντική. *

	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ Ισχύει κατά:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ Θα ήθελα να ισχύει κατά:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Το στυλ διοίκησης

Description (optional)

A. Το στυλ διοίκησης του οργανισμού χαρακτηρίζεται από ομαδικό πνεύμα, *
συναίνεση και συμμετοχή.

	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ Ισχύει κατά:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ, θα ήθελα να ισχύει κατά:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

B. Το στυλ διοίκησης του οργανισμού χαρακτηρίζεται από προσωπική *
ανάληψη κινδύνου, καινοτομία, ελευθερία και μοναδικότητα.

	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ Ισχύει κατά:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ θα ήθελα να ισχύει κατά:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Γ. Το στυλ διοίκησης του οργανισμού χαρακτηρίζεται από σκληρό *
ανταγωνισμό, υψηλές απαιτήσεις και ανάγκη για επιτεύγματα.

	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ Ισχύει κατά:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ θα ήθελα να ισχύει κατά:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Δ. Το στυλ διοίκησης του οργανισμού χαρακτηρίζεται από μονιμότητα εργασίας, προβλεψιμότητα, και μακρά περίοδο παραμονής στην ίδια θέση. *

	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ Ισχύει κατά:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ Θα ήθελα να ισχύει κατά:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Section 7 of 8



5. Η στρατηγική εστίαση

Description (optional)

Α. Το κλίμα στον οργανισμό είναι άνετο και προωθεί τη συμμετοχή των υφισταμένων. Υπάρχει υψηλός βαθμός εμπιστοσύνης και φιλικές σχέσεις. *

	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ Ισχύει κατά:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ, Θα ήθελα να ισχύει κατά:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Β. Ο οργανισμός δίνει έμφαση στην απόκτηση νέων πόρων και στη δημιουργία προκλήσεων. Εκτιμάται η δοκιμή νέων ιδεών και προοπτικών. *

	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ Ισχύει κατά:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ Θα ήθελα να ισχύει κατά:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Γ. Ο οργανισμός δίνει έμφαση στη μονιμότητα και τη σταθερότητα. Η αποτελεσματικότητα, ο έλεγχος και η απρόσκοπτη λειτουργία του οργανισμού είναι σημαντικές αξίες. *

	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ Ισχύει κατά:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ Θα ήθελα να ισχύει κατά:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Δ. Το κλίμα στην οργάνωση είναι ανταγωνιστικό και προωθεί τη γόνιμη αντιπαράθεση απόψεων. Δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στον ανταγωνισμό. *

	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ Ισχύει κατά:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ Θα ήθελα να ισχύει κατά:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Τα κριτήρια της Επιτυχίας

Description (optional)

A. Ο οργανισμός ορίζει την επιτυχία με βάση την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού του, την ομαδική εργασία, τη δέσμευση των εργαζομένων και την κοινωνική φροντίδα. *

	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ Ισχύει κατά:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ, θα ήθελα να ισχύει κατά:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

B. Ο οργανισμός ορίζει την επιτυχία με βάση την προσφορά νέων υπηρεσιών στον πολίτη και νέων τρόπων εξυπηρέτησης. Έχει πρωτοπόρα και καινοτόμο οργάνωση. *

	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ Ισχύει κατά:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ, θα ήθελα να ισχύει κατά:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Γ. Ο οργανισμός ορίζει την επιτυχία με βάση την αποδοτικότητα, το χαμηλό κόστος λειτουργίας, την αξιοπιστία στην εξυπηρέτηση του πολίτη και τον καλό προγραμματισμό. *

	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ Ισχύει κατά:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ, θα ήθελα να ισχύει κατά:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Δ. Ο οργανισμός ορίζει την επιτυχία με βάση την επικράτηση στην αγορά * και την υπερκέρραση του ανταγωνισμού. Βασικός στόχος να είναι ο No 1 οργανισμός στο χώρο του.

	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ Ισχύει κατά:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ Θα ήθελα να ισχύει κατά:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Σας ευχαριστώ για τη συμμετοχή σας