



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΣΧΟΛΗ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

Διπλωματική Εργασία

«Η Οργανωσιακή Κουλτούρα ως παράγοντας αποτελεσματικής
διοίκησης στις Υπηρεσίες Υγείας. Μελέτη περίπτωσης: το Γενικό
Νοσοκομείο Αιγίου»

Κωνσταντίνα Μαγκάκη

Επιβλέπων Καθηγητής:

Πλατής Χαράλαμπος

Πάτρα, Μάιος 2023

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία της φοιτήτριας Κωνσταντίνας Μαγκάκη που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης ο συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του συγγραφέα/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (down loading), «ανάρτηση» (up loading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του συγγραφέα/δημιουργού. Ο συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.



«Η Οργανωσιακή Κουλτούρα ως παράγοντας αποτελεσματικής
διοίκησης στις Υπηρεσίες Υγείας. Μελέτη περίπτωσης: το Γενικό
Νοσοκομείο Αγίου»

Κωνσταντίνα Μαγκάκη

Επιτροπή Επίβλεψης Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπων Καθηγητής:

Πλατής Χαράλαμπος

Συν-Επιβλέπων Καθηγητής

Κωσταγιόλας Πέτρος

Πάτρα, Ιανουάριος 2023

*Η παρούσα πτυχιακή εργασία είναι αφιερωμένη
στα παιδιά μου, στον σύζυγό μου και στην μητέρα
μου, οι οποίοι αποτέλεσαν ανεκτίμητο στήριγμα σε
όλη την διαδρομή των σπουδών μου.*

Ευχαριστίες

*Θέλω να ευχαριστήσω θερμά τον καθηγητή μου κ. Πλατή Χαράλαμπο,
για την διαρκή και αμέριστη καθοδήγησή του, την άριστη συνεργασία
που είχαμε και τον πολύτιμο χρόνο που διέθεσε προκειμένου να πετύ-
χουμε το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα.*

Περίληψη

Η παρούσα μελέτη είχε ως στόχο να διερευνήσει την οργανωτική κουλτούρα ενός συστήματος δημόσιας υγείας, εστιάζοντας στην οπτική των εργαζομένων σχετικά με την τρέχουσα και επιθυμητή κατάσταση του οργανισμού. Η έρευνα αξιολόγησε διάφορους παράγοντες όπως δημογραφικά στοιχεία, ηγεσία, διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού, οργανωτική ενότητα και στρατηγικός προσανατολισμός. Το δείγμα της έρευνας απαρτίζεται από συνολικά 137 συμμετέχοντες, οι οποίοι εργάζονται στο Γενικό Νοσοκομείο Αιγαίου. Πραγματοποιήθηκε έρευνα με την χρήση ερωτηματολογίου και ακολούθησε στατιστική ανάλυση. Πραγματοποιήθηκε ανάλυση αξιοπιστίας καθώς και περιγραφική και συσχετιστική στρατηγική, ενώ υπολογίστηκε και η συσσωρευτική απόκλιση. Σχετικά με την υφιστάμενη κατάσταση, κατά φθίνουσα σειρά εμφάνισης, πρώτο και κύριο χαρακτηριστικό είναι η κουλτούρα καινοτομίας, δεύτερο είναι η Κουλτούρα Αγοράς, τρίτο είναι η κουλτούρα καινοτομίας και τελευταίο η Οικειότητα. Σχετικά με την επιθυμητή κουλτούρα, οι συμμετέχοντες περισσότερο επιθυμούν το νοσοκομείο να ακολουθεί την κουλτούρα της καινοτομίας, στην δεύτερη θέση κατατάσσουν την κουλτούρα της ιεραρχίας, και ακολουθεί η κουλτούρα της οικειότητας και τελευταία η κουλτούρα της αγοράς. Υπάρχει η σύγκλιση μεταξύ της κορυφαίας επιθυμητής και κορυφαίας υφιστάμενης κουλτούρας. Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση του φύλου, της ηλικίας, της εκπαίδευσης, της επαγγελματικής κατηγορίας και της προϋπηρεσίας με την αντίληψη σχετικά με υφιστάμενη και επιθυμητή κουλτούρα.

Συμπερασματικά, η μελέτη υπογραμμίζει την ανάγκη για οργανωτικές αλλαγές για την καλύτερη ευθυγράμμιση της τρέχουσας κουλτούρας με τις προτιμήσεις των εργαζομένων, δίνοντας μεγαλύτερη έμφαση στην ιεραρχία, την εξοικείωση και την καινοτομία

Λέξεις κλειδιά: οργανωτική αλλαγή, οργανωσιακή κουλτούρα, δημόσια υγεία

Abstract

The present study aimed to investigate the organizational culture of a public health system, focusing on the perspective of employees regarding the current and desired state of the organization. The survey assessed various factors such as demographics, leadership, human resources management, organizational unity and strategic orientation. The research sample consists of a total of 137 participants, who work at the Aegean General Hospital. A survey was carried out using a questionnaire followed by statistical analysis. Reliability analysis as well as descriptive and correlational strategy was performed, while the cumulative variance was calculated. Regarding the existing situation, in descending order of appearance, the first and foremost characteristic is innovation culture, second is Market Culture, third is innovation culture, and last is Intimacy. Regarding the desired culture, the participants most want the hospital to follow the culture of innovation, in second place they rank the culture of hierarchy, followed by the culture of familiarity and lastly the culture of the market. There is convergence between the top desired and top existing culture. There is a statistically significant correlation of gender, age, education, professional category and seniority with the perception about existing and desired culture.

In conclusion, the study highlights the need for organizational changes to better align current culture with employee preferences, placing greater emphasis on hierarchy, familiarity and innovation

Key words: organizational change, organizational culture, public health

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	vi
Abstract	vii
Περιεχόμενα	Error! Bookmark not defined.
Περιεχόμενα	viii
1. Η έννοια της Οργανωσιακής Κουλτούρας.....	1
1.1 Ορισμός.....	1
1.2 Τυπολογία του όρου κουλτούρα	4
1.3 Θεωρητικές προσεγγίσεις.....	7
1.3.1 Κλασσικές προσεγγίσεις	7
1.3.1.1 Το μοντέλο του Geert Hofstede	7
1.3.1.2 Το μοντέλο του Edgar Schein	8
1.3.2 Σύγχρονες προσεγγίσεις	10
1.3.2.1 Το μοντέλο του Daniel Denison.....	10
1.3.2.2 Το μοντέλο των Robert Quinn και Kim Cameron.....	13
1.4 Οργανωσιακή κουλτούρα στην υγεία	14
1.4.1 Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα	16
3. Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας	18
3.1 Η έννοια της Υγείας	18
3.2 Η έννοια του Συστήματος Υγείας	18
3.3 Το Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα	19
3.4 Χαρακτηριστικά του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα.....	22
3. Διοίκηση υπηρεσιών υγείας.....	27
3.1 Ορισμός διοίκησης υπηρεσιών υγείας	27
3.2 Αρχές διοίκησης των υπηρεσιών υγείας	27
3.3 Τρόπος διοίκησης ελληνικών νοσοκομείων	31
3.4 Αποτελεσματική διοίκηση	33
5. Στατιστική ανάλυση: Περιγραφή μεθόδων-Αποτελέσματα	37
5.1 Περιγραφή μεθόδων στατιστικής ανάλυσης	37
5.1.1 Βασικά γραφήματα.....	37
5.1.2 Μετρήσεις θέσης και διασποράς	38
5.1.3 Τα απαιτούμενα στατιστικά περιγραφικά μέτρα και διαγράμματα κατά περίσταση	39
5.1.4 Συντελεστές συσχέτισης	39
5.1.5 T-test	40
5.2 Ανάλυση αξιοπιστίας.....	41
5.3 Περιγραφικά στατιστικά του δείγματος	43
5.4 Οι απόψεις του δείγματος αναλυτικά για κάθε ερώτηση της κλίμακας	44
5.5 Η υπάρχουσα οργανωσιακή κουλτούρα	46
5.6 Η επιθυμητή οργανωσιακή κουλτούρα	46
5.6.1 Η διαφοροποίηση μεταξύ υφιστάμενης και επιθυμητής κουλτούρας	47
5.7 Επίδραση των ατομικών χαρακτηριστικών στην επιθυμητή και υπάρχουσα οργανωσιακή κουλτούρα	47

5.7.1 Η επίδραση του φύλου	47
5.7.2 Η επίδραση της ηλικίας	48
5.7.3 Η επίδραση της εκπαίδευσης	48
5.7.4 Η επίδραση της προϋπηρεσίας.....	48
5.7.5 Η επίδραση της επαγγελματικής κατηγορίας.....	49
5.7.6 Η επίδραση της επαγγελματικής κατηγορίας.....	49
5.8 Η συσσωρευτική απόκλιση (δυσχέρεια)	50
6. Συζήτηση.....	51
7. Βιβλιογραφία	55
Παράρτημα.....	1

1. Η έννοια της Οργανωσιακής Κουλτούρας

1.1 Ορισμός

Η κουλτούρα ως έννοια αναφέρεται στο σύνολο των αντιλήψεων, οι οποίες χαρακτηρίζουν κάποιο κοινωνικό σύνολο του οποίου τα μέλη ζούνε στο ίδιο μέρος συνήθως και εμφανίζουν κοινές συμπεριφορές και στάσεις. Οι άνθρωποι που συνθέτουν μία συγκεκριμένη κουλτούρα, μοιράζονται την ίδια ιστορία, νόρμες, θρησκεία, αξίες και πολιτιστικά στοιχεία, τα οποία τους κάνουν να διαφέρουν από τους άλλους. Ως αποτέλεσμα δημιουργήθηκαν πολλές μορφές κουλτούρας βασισμένες στα διάφορα έθνη, καθώς και διάφορες μορφές υπο-κουλτούρας βασισμένες σε κοινωνικά, πολιτιστικά, οικονομικά κ.α. χαρακτηριστικά. Για τις σύγχρονες κοινωνίες, η κουλτούρα είναι το φυσικό ή το ψυχολογικό περιβάλλον, που μοιράζεται μία ομάδα ατόμων. Στον ορισμό αυτόν περιλαμβάνεται και ο χώρος-πλαίσιο της εργασίας τους (Gjuraj, 2013).

Οι Kalantzi και Cope (2013) υποστηρίζουν πως η ευρεία έννοια της κουλτούρας αναφέρεται στη κοινωνική και συμβολική δραστηριότητα του ατόμου, ενώ η στενή της έννοια αναφέρεται στην ιθαγένεια, την εθνότητα και την καταγωγή. Για αυτούς οι άνθρωποι χαρακτηρίζονται από την έμφυτη τάση να κατασκευάζουν αλλά και νοηματοδοτούν σύμβολα, που είναι ο πυρήνας της κουλτούρας. κατά την άποψη αυτή.

Για τους Boyd και Richerson (2009) είναι η μεταβίβαση από γενιά σε γενιά, με τη χρήση της διδασκαλίας και της μίμησης, των γνώσεων, των αξιών και άλλων παραγόντων, οι οποίοι ασκούν επιρροή στη συμπεριφορά. Για κάποιον οργανισμό η εφαρμογή της κουλτούρας που είναι κατάλληλη, είναι πιθανό να παρέχει μία σειρά από ανταγωνιστικά πλεονεκτήματα.

Κατά τον Huber (2001), η οργανωσιακή κουλτούρα περιλαμβάνει όλες τις αξίες, τις πεποιθήσεις και τις προσδοκίες που είναι διαδεδωμένες ευρέως και γίνονται αποδεκτές από τον εκάστοτε οργανισμό. Σε αυτόν τον ορισμό περιλαμβάνονται οι προσδοκίες που έχουν οι εργαζόμενοι και ο ίδιος ο οργανισμός. Η διαδικασία έκφρασης των προσδοκιών αυτών είναι σημαντικός παράγοντας για την επιτυχία της στοχοθεσίας και της λειτουργίας ενός οργανισμού, καθώς προσφέρει κίνητρα στους εργαζομένους αλλά και τη δέσμευση προς τους σκοπούς που έχει ο οργανισμός.

Στα πλαίσια ενός οργανισμού, η κουλτούρα χρησιμοποιείται για την περιγραφή της επιρροής και της αλληλεπίδρασης μεταξύ των εργαζομένων αλλά και ανάμεσα στους

εργαζόμενους και τον συγκεκριμένο οργανισμό, ίδρυμα ή υπηρεσία που εργάζονται. Η Ιορδάνογλου (2008) ορίζει την κουλτούρα ενός οργανισμού ως το προϊόν της αλληλεπίδρασης των αντιληπτικών και των νοηματικών διαδικασιών, οι οποίες ορίζουν τη δράση των εργαζομένων. Αυτή η συλλογική δράση συμβάλλει στη δημιουργία μίας νέας αντίληψης αναφορικά με τον κόσμο αλλά και την πραγματικότητα. Αυτή η κυκλικότητα ανάμεσα στη δράση, την αντίληψη και το νόημα παρέχει ενδιαφέρουσα διάσταση στην έννοια της κουλτούρας, που δημιουργείται απ' τους ανθρώπους, διαμορφώνοντας τη μελλοντική συμπεριφορά τους. Οι σύγχρονοι οργανισμοί αλλά και οι εταιρίες γίνονται αντιληπτοί ως κοινωνικές ομάδες, η λειτουργία των οποίων μελετάται και προωθείται. Η διαδικασία μελέτης της κουλτούρας ενός οργανισμού είναι η βάση για να περιγραφούν και να αναλυθούν τα οργανωσιακά φαινόμενα (Tharp, 2009).

Για την οργανωσιακή κουλτούρα διατυπώθηκαν αρκετοί ορισμοί. Αυτοί ποικίλλουν και συμπεριλαμβάνουν από υλιστικές μέχρι ιδεαλιστικές προσεγγίσεις. Οι υλικές πτυχές ορίζονται με αντικειμενικό τρόπο, ενώ τα νοήματα, τα οποία αναδύονται ερμηνεύονται σαν αποτέλεσμα των υποκειμενικών διεργασιών. Ωστόσο, σε κάθε περίπτωση η οργανωσιακή κουλτούρα περιλαμβάνει τις αξίες, τις πεποιθήσεις και τις κύριες παραδοχές που διαμοιράζονται τα μέλη του οργανισμού (Naranjo-Valenciaetal., 2016. Xiaoming & Junchen, 2012. Ravasi & Schultz, 2006).

Για τον Chu (2003) η οργανωσιακή κουλτούρα αποτελεί αντανάκλαση του ασυνείδητου από κοινού αίσθημα που έχουν οι εργαζόμενοι για αυτό που είναι καλό και κακό, το επιθυμητό και το ανεπιθύμητο, καθώς και για όλες τις αξίες, τις πεποιθήσεις και τις ενέργειες. Υποστηρίζει πως η κουλτούρα είναι ο «ρυθμιστής» των λειτουργιών αλλά και των ενεργειών που πραγματοποιούν οι εργαζόμενοι. Ο Large (2007) προσπαθώντας να συνθέσει το σύνολο των ορισμών που αφορούν την οργανωσιακή κουλτούρα, τους χαρακτήρισε ως θεμιτούς και αποδεκτούς, καθώς αποτελούν έκφραση των διαφορετικών οπτικών με τις οποίες αντιμετωπίζονται το θέμα από τους ερευνητές. Για αυτόν είναι φυσιολογικό, καθώς για αυτόν ο οργανισμός, μπορεί να ερμηνευτεί ως παγόβουνο που έχει διαφορετικό τρόπο σύνθεσης σε κάθε επίπεδο. Η δομή, οι στόχοι, οι ικανότητες και η τεχνολογία τοποθετούνται στην κορυφή του παγόβουνου και κάτω από την επιφάνεια, τοποθετούνται τα δομικά στοιχεία που χαρακτηρίζουν την οργανωσιακή κουλτούρα, όπως για παράδειγμα οι πεποιθήσεις, οι αξίες, τα πιστεύω, οι στάσεις και οι παραδοχές. Με βάση τη θέση κάθε ερευνητή, δίνεται ένας διαφορετικός ορισμός, που δίχως να είναι λάθος είναι μέρος και όχι το σύνολο του διερευνούμενου ή παρατηρούμενου οργανισμού.

Ο Schein (1986) υποστηρίζει πως η έννοια της «οργανωσιακής κουλτούρας» περιλαμβάνει τις κοινές βασικές παραδοχές, τις οποίες έμαθε ένα σύνολο ατόμων εντός της κοινωνίας που δραστηριοποιείται. Αυτές τις υιοθέτησε και τις προώθησε στα νεότερα μέλη της κοινωνίας σαν το σωστό τρόπο με τον οποίο μπορεί κανείς να σκέφτεται, να αντιλαμβάνεται και να αισθάνεται αναφορικά με τα ποικίλα ζητήματα που προκύπτουν. Όπως αναφέρουν οι Chen και Huang (2007), Jackson και Schuler (1995) και Schneider (1988) η οργανωσιακή κουλτούρα περιλαμβάνει τα τεχνουργήματα, τις γλωσσικές εκφράσεις, τους αποδεκτούς τύπους συμπεριφορών, τους τρόπους συμπεριφοράς, τους ήρωες, τα σύμβολα και τέλος, τις πεποιθήσεις, αξίες και στάσεις.

Αναλυτικότερα, τα τεχνουργήματα συμπεριλαμβάνουν τα ορατά χαρακτηριστικά που έχει κάποιος οργανισμός αναφορικά με τον τρόπο σχεδιασμού αλλά και οργάνωσης του εργασιακού του περιβάλλοντος. Δηλαδή, η ύπαρξη μικρών ή μεγάλων χώρων εργασίας, οι συνύπαρξη των εργαζομένων σ' ένα μεγάλο γραφείο ή η ύπαρξη γραφείων για κάθε εργαζόμενο, ο τρόπος διακόσμησης του χώρου εργασίας, ο ενδυματολογικός κώδικας που ακολουθούν οι εργαζόμενοι και το ευρύτερο εξωτερικό ή εσωτερικό εργασιακό περιβάλλον, φανερώνει έως κάποιο βαθμό την επικοινωνία και τη συνεργασία ανάμεσα στους εργαζόμενους και τον τρόπο συμπεριφοράς, ο οποίος είναι αποδεκτός στον οργανισμό (Chen & Huan, 2007).

Στις γλωσσικές εκφράσεις περιλαμβάνονται οι ιστορίες, τα ανέκδοτα και οι ειδικές εκφράσεις, που χρησιμοποιούν οι εργαζόμενοι ενός οργανισμού και έχουν ιδιαίτερο ρόλο γι' αυτούς. Οι ιστορίες θεωρούνται πολύτιμες, καθώς είναι μέρος της οργανωσιακής κουλτούρας και δείχνουν τον τρόπο με τον οποίο ο οργανισμός αντιμετώπισε τις καταστάσεις που συνάντησε κατά το παρελθόν. Στους αποδεκτούς τύπους συμπεριφορών περιλαμβάνονται οι διάφορες μορφές τελετουργικών, οι οποίες ταξινομούνται στους εξής τρεις τύπους, τα τελετουργικά που βοηθάνε τους εργαζόμενους να προσαρμοστούν στις αλλαγές που λαμβάνουν χώρα στο εργασιακό περιβάλλον τους, όπως είναι για παράδειγμα τα εκπαιδευτικά προγράμματα, οι τελετές σχετικές με τη συνταξιοδότηση, τα τελετουργικά που αφορούν την αναζήτηση, η οποία είναι πιθανόν να λειτουργήσει ως πρόκληση για τους υπαλλήλους και τέλος, τα τελετουργικά που έχουν ως σκοπό την ενημέρωση ή τον σχεδιασμό συγκεκριμένων δραστηριοτήτων εργασίας, θέσεων εργασίας και οτιδήποτε άλλο είναι απαραίτητο για να βελτιωθεί η απόδοση του οργανισμού (Brown, 1992).

Στους τρόπους συμπεριφοράς περιλαμβάνονται οι άτυποι κανόνες, οι οποίοι είναι σημαντικό να ακολουθούνται από το σύνολο των υπαλλήλων της εταιρείας. Οι ήρωες

αποτελούν συγκεκριμένα πρόσωπα, τα οποία ευθύνονται για την επιτυχία που χαρακτηρίζει την εταιρεία. Τα άτομα αυτά είναι κατά κύριο λόγο οι ιδρυτές του οργανισμού, οι οποίοι λειτουργούν ως πρότυπα συμπεριφοράς εμπνέοντας και ενισχύοντας την αφοσίωση που επιδεικνύουν οι εργαζόμενοι και καθιστώντας δυνατή την επιτυχία για το σύνολο των εργαζομένων. Τα σύμβολα τα οποία κάνει χρήση κάθε οργανισμός, έχουν ιδιαίτερη βαρύτητα για κάθε υπάλληλο αυτού (Kovach, 1995).

Τέλος, οι πεποιθήσεις, αξίες και οι στάσεις είναι τα βασικά στοιχεία που συνθέτουν την κουλτούρα ενός οργανισμού. Καθορίζουν τον τρόπο που αυτός ενεργεί στα πλαίσια της αγοράς. Γίνεται αντιληπτό πως για όλους τους οργανισμούς υπάρχει κοινός στόχος, αυτός είναι η επίτευξη του κέρδους, ωστόσο ο τρόπος με τον οποίο καθένας επιδιώκει να τον επιτύχει είναι διαφορετικός. Αυτός ο διαφορετικός τρόπος σχετίζεται με τη διαφορετική κουλτούρα, που χαρακτηρίζει κάθε οργανισμός (Kovach, 1995).

1.2 Τυπολογία του όρου κουλτούρα

Οι τύποι της κουλτούρας δεν μπορούν να περιγράψουν με λεπτομέρειες και επάρκεια τα ακριβή χαρακτηριστικά των οργανισμών, ωστόσο παρέχουν μία συνολική εικόνα για αυτούς ως προς τη στρατηγική, τη δομή και τις πρακτικές της συμπεριφοράς που τον χαρακτηρίζουν. Μία ιδιαίτερα δημοφιλής διάκριση για τους θεωρητικούς του management είναι αυτή που αναφέρεται στην κυρίαρχη κουλτούρα και στις υπο-ομάδες της κουλτούρας. Με τον όρο «κυρίαρχη κουλτούρα» περιγράφεται εκείνη που εκφράζει τις αξίες, τις πεποιθήσεις καθώς και την ιδεολογία που ο μεγαλύτερος αριθμός εργαζομένων ενός οργανισμού αποδέχεται και διαμοιράζεται. Η κυρίαρχη κουλτούρα αποτελεί για τον οργανισμό την ιδιαίτερη «προσωπικότητά» του. Οι υπο-κουλτούρες σχετίζονται με το γεωγραφικό καθώς και τον τμηματικό διαχωρισμό ενός οργανισμού και αποτελούν έκφραση των κοινών προβλημάτων, των εμπειριών και των καταστάσεις που καλούνται να αντιμετωπίσουν τα μέλη κάποιου τμήματος. Αν και τα μέλη των τμημάτων μοιράζονται την κυρίαρχη κουλτούρα που χαρακτηρίζει τον οργανισμό, σε κάθε τμήμα αυτού διαμορφώνονται επιπρόσθετες αξίες που είναι μοναδικές για τα μέλη αυτού (Robbins, 2001).

Η ύπαρξη διάφορων υποκουλτούρων σ' έναν οργανισμό, επιβάλλει την αλλαγή της οργανωσιακής κουλτούρας σε αυτόν, ώστε να αμβλυνηθεί το κενό που υπάρχει ανάμεσά τους. Οι υποκουλτούρες προκύπτουν συνήθως εξαιτίας των διαφορετικών χαρακτηριστικών που

έχουν οι εργαζόμενοι και των διαφορετικών υπο-τμημάτων που δημιουργούνται εντός της κυρίαρχης οργανωσιακής κουλτούρας. Οι παραδοχές που χαρακτηρίζουν την υποκουλτούρα είναι εφικτό να αναπτυχθούν σύμφωνα με διαφορετικές βάσεις, όπως είναι το επάγγελμα, η γεωγραφία και το προϊόν, ωστόσο η φύση των παραδοχών αυτών μπορεί να καθορίσει την επίδραση που ασκεί η υποκουλτούρα στην οργανωσιακή κουλτούρα που κυριαρχεί (Schein, 1992. Martin, 2002).

Στη βιβλιογραφία υπάρχει επίσης η διάκριση ανάμεσα στην ισχυρή και την αδύναμη κουλτούρα. Ειδικότερα, η ισχυρή οργανωσιακή κουλτούρα αναφέρεται στην ομοιογένεια, τη σταθερότητα, τη συνοχή και την ιδιαίτερα μεγάλη ένταση. Είναι σφιχτοδεμένη, πυκνή, αρθρωτή και αρκετά διαφοροποιημένη και αποδεκτή (Schein, 1986). Οι κύριες αξίες της ισχυρής κουλτούρας υιοθετούνται σε έντονο βαθμό και με μεγαλύτερη έκταση από τα μέλη του οργανισμού, όμως τα περισσότερα από αυτά τις αποδέχονται. Μάλιστα όσο μεγαλύτερη είναι η δέσμευση για αυτές και τόσο πιο ισχυρή είναι η κουλτούρα. Ακόμη, μέσω της ισχυρής κουλτούρας δυσκολεύονται οι υπάλληλοι να προχωρήσουν στη δημιουργία διαφορετικών κι ανταγωνιστικών συστημάτων αξιών προς τη κυρίαρχη κουλτούρα και ιδεολογία, υπηρετώντας έτσι τα συμφέροντα που έχει η διοίκηση. Έτσι καταπιέζεται η έκφραση των ατομικών αξιών από το σύστημα αξιών που διαθέτει ο οργανισμός (Mullins, 1999). Τέλος, οι οργανισμοί που διαθέτουν ισχυρή κουλτούρα δεν χαρακτηρίζονται από προβλήματα ασάφειας και αβεβαιότητας, καθώς τα μέλη τους μπορούν να απορροφούν τις αξίες που χαρακτηρίζουν τη κυρίαρχη ιδεολογία του οργανισμού.

Ο Handy αναφέρθηκε στους τέσσερις τύπους κουλτούρας, τους οποίους προηγουμένως περιέγραψε ο Harisson (1972), χρησιμοποιώντας ονομασίες των θεών του Ολύμπου και χαρακτηριστικά αυτών. Αναλυτικότερα, οι τύποι αυτοί είναι οι εξής:

- Δίας ή κουλτούρα της δύναμης (club culture). Βασικό χαρακτηριστικό σε αυτό τον τύπο είναι η δύναμη που εστιάζει στο αποτέλεσμα, καθώς υπάρχει ένα κεντρικό πρόσωπο το οποίο έχει την ευθύνη διεύθυνσης της επιχείρησης με αυταρχικό και συγκεντρωτικό τρόπο, ενώ τα εκτελεστικά μέλη της επιχείρησης είναι αφοσιωμένα και έμπιστα. Ο τύπος αυτός είναι περισσότερο κατάλληλος για τη λήψη γρήγορων αποφάσεων και είναι οικονομικός ως προς την οργάνωση, ωστόσο η επιτυχία εξαρτάται από τον ένα άτομο και στηρίζεται βασίζεται σε ένα δίκτυο που περιλαμβάνει φίλιες.

- Απόλλων ή κουλτούρα των ρόλων (role culture). Ο τύπος αυτός στηρίζεται στο ρόλο εκείνον, όπου όλα είναι αποτέλεσμα της τυπικής αρμοδιότητας, της εξουσίας και του ρόλου, δίνοντας έμφαση στους κανονισμούς, τις διαδικασίες, την σταθερότητα και την τυποποίηση. Ο τύπος αυτός ανταποκρίνεται κατά κύριο λόγο στο γραφειοκρατικό σύστημα διοίκησης των υπηρεσιών του δημόσιου φορέα.
- Αθηνά ή κουλτούρα του έργου (task culture). Δίνει έμφαση στον επιτυχή τρόπο εκτέλεσης του καθήκοντος, τη δημιουργικότητα, την αξιοκρατία, τη συμβολή στην ανάπτυξη της ομάδας και τέλος, την επίτευξη των στόχων που ορίζονται. Η διάρκεια ζωής του οργανισμού είναι βραχεία και ενώ μεγεθύνεται, μετασχηματίζεται σε κουλτούρα των ρόλων.
- Διόνυσος ή κουλτούρα του ατόμου (existential culture). Αυτός ο τύπος κουλτούρας προσανατολίζεται στον ατομισμό και τις φιλοδοξίες που διατηρούν οι εργαζόμενοι. Στα βασικά χαρακτηριστικά του περιλαμβάνεται η ευελιξία, η ανεξαρτησία, η κατανομή της εξουσίας, ο άτυπος τρόπος οργάνωσης, ωστόσο δίνεται έμφαση στο ταλέντο, τη δημιουργικότητα και τέλος, την εμπειρία. Πρόκειται δηλαδή για ανεξάρτητους επαγγελματίες, οι οποίοι «δάνεισαν» τις δεξιότητες ή τις υπηρεσίες τους σε κάποια οργάνωση.

Ο Denison (1990) εξετάζει δύο διαστάσεις της κουλτούρας και συγκεκριμένα το βαθμό της εσωστρέφειας ή της εξωστρέφειας καθώς και το βαθμό προτίμησης της σταθερότητας σε αντίθεση με την αλλαγή. Από τη διασταύρωση αυτών των δύο διαστάσεων προέκυψαν οι εξής τέσσερις τύποι της οργανωσιακής κουλτούρας:

- Κουλτούρα αποστολής (mission). Αναφέρεται στην οργάνωση, η οποία έχει ως προτεραιότητα τη σταθερότητα αλλά και την υλοποίηση της αποστολής μέσω των σαφών μακροπρόθεσμων και βραχυπρόθεσμων στόχων
- Η υπόθεση της ισχυρής κουλτούρας (strong culture consistency or hypothesis). Κύρια ιδέα αυτής είναι ότι το μοίρασμα των «πιστεύω» και των κοινών αξιών μεταξύ των συμμετεχόντων, γεγονός που συμβάλλει στην αύξηση του εσωτερικού συντονισμού και αναπτύσσει την έννοια της ταυτότητας στα μέλη. Η θετική επίδραση της υπόθεσης αφορά την παροχή ολοκλήρωσης καθώς και συνεργασίας, ενώ η αρνητική σχετίζεται με τις αυξημένες πιθανότητες για αντίσταση στις αλλαγές.
- Η συμμετοχική κουλτούρα (involvement culture). Συναντάται στις οργανώσεις που επικεντρώνονται στη συμμετοχή των μελών τους στη διαδικασία λήψης αποφάσεων,

τη δημιουργία της αίσθησης της συν-ιδιοκτησίας στους εργαζομένους και τέλος, την ανάθεση των αρμοδιοτήτων.

- Η ευπροσάρμοστη ή ευέλικτη κουλτούρα (adaptable culture). Περιγράφει τη κουλτούρα, η οποία δημιουργεί σύστημα αξιών και νορμών, που στηρίζουν την οργάνωση στη διαδικασία λήψης μηνυμάτων και αλλαγών που λαμβάνουν χώρα στο εξωτερικό περιβάλλον, αλλά και στη διαδικασία άμεσης εφαρμογής των πρωτοβουλιών κατά την προσαρμογή σε καινούρια δεδομένα.

Οι Kriemadis και Pelagidis (2012) υποστηρίζουν πως κάθε είδος κουλτούρας χαρακτηρίζεται από συγκεκριμένο σύνολο πεποιθήσεων και στυλ ηγεσίας, το οποίο έχει αξίες κοινές, δρώντας ως εγγύηση στο σύνολο των εργαζομένων ενός οργανισμού. Οι οργανισμοί είναι εφικτό να χαρακτηρίζονται από τα πολιτιστικά γνωρίσματα ή τις διαστάσεις που είναι κοινές. Ο μεγαλύτερος αριθμός οργανισμών διαθέτει στοιχεία από διάφορες μορφές πολιτισμών.

1.3 Θεωρητικές προσεγγίσεις

1.3.1 Κλασσικές προσεγγίσεις

1.3.1.1 Το μοντέλο του Geert Hofstede

Ο Hofstede συνέβαλε στη διαμόρφωση της ευρωπαϊκής σχολής σκέψης, η οποία επεδίωκε να κάνει περιγραφή της υπάρχουσας κατάστασης (Thorne & Millard, 1994). Για αυτόν, δεν υπάρχουν καλές και κακές κουλτούρες, αλλά αυτές που είναι λιγότερο και περισσότερο υποστηρικτικές στην οργανωσιακή στρατηγική καθώς και τους στόχους που ορίζει ο οργανισμός. Υποστήριξε πως η κουλτούρα είναι το ενιαίο σύνολο, το οποίο κυριαρχεί στον οργανισμό και προκύπτει από την γεωγραφική τοποθεσία του οργανισμού αλλά και της κοινωνίας που εντάσσεται. Πρόκειται για τον κοινό προγραμματισμό που χαρακτηρίζει το μυαλό των ανθρώπων, που κάνει τα μέλη μιας ομάδας ή μιας κατηγορίας ανθρώπων να ξεχωρίζουν από τις υπόλοιπες. Το βασικότερο στοιχείο της κουλτούρας ήταν οι αξίες, οι οποίες ασκούν βαθιά επιρροή στις ανθρώπινες σχέσεις, και που είναι πιθανό να διαφέρουν μεταξύ των κοινωνικών, ωστόσο παραμένουν σταθερές στο χρόνο (Hofstede, 1997).

Συνεπώς, η άσκηση της διοίκησης σχετίζεται με τις αξίες της κουλτούρας, για την οποία θεώρησε ο Hofstede πως προέρχονται από την ευρύτερη κουλτούρα του εντός του οποίου λειτουργεί η επιχείρηση. Δηλαδή προκύπτει από την επίδραση του πολιτισμικού, πολιτικού, κοινωνικού, τεχνολογικού και οικονομικού περιβάλλοντος. Για τον λόγο αυτόν η μελέτη της οργανωσιακής κουλτούρας θα πρέπει να ξεφεύγει από τα στενά εσωτερικά όρια και να διευρύνεται σε αυτά του κράτους και της εθνικής κουλτούρας (Hofstede, 1991).

Υποστήριξε την ύπαρξη τεσσάρων διαστάσεων, που συμβάλλουν στην ερμηνεία των υπαρχουσών διαφοροποιήσεων μεταξύ των κουλτούρων των οργανισμών. Αυτές είναι οι «διαφοροποιήσεις στην δύναμη» (power distance), η «αποφυγή της αβεβαιότητας» (uncertainty avoidance), ο «ατομικισμός» (individualism) και η «αρρενωπότητα» (masculinity). Αναλυτικότερα, η διάσταση «διαφοροποιήσεις στη δύναμη» αποτελεί αντανάκλαση του βαθμού στον οποίο πρέπει να μοιραστούν με ομαλό τρόπο η εξουσία, η οργανωσιακή δύναμη, ο πλούτος και οι αποφάσεις που λαμβάνει η διοίκηση. Είναι ένας δείκτης που μετράει το βαθμό ανισότητας εντός μίας κοινωνίας αλλά και των εξαρτήσεων των σχέσεων που γίνονται ανεχτές σε μια χώρα (Hofstede, 2001).

Η διάσταση «αποφυγή της αβεβαιότητας» περιγράφει στον τρόπο που οποίοι οι ανθρώπινες κοινωνίες προχωρούν στη διαχείριση και την αντιμετώπιση των καταστάσεων αβεβαιότητας που παρουσιάζονται. Η τρίτη διάσταση που περιλαμβάνεται στο μοντέλο του Hofstede είναι «ο ατομικισμός/ η συλλογικότητα», που αναφέρεται στον βαθμό κατά τον οποίο κάποιο άτομο μπορεί να λάβει πρωτοβουλίες ή αναγκάζεται να ενεργήσει σε συλλογικό επίπεδο. Δηλαδή, εξετάζεται πόσο επιτρέπεται στο άτομο να αντιλαμβάνεται τον εαυτό του ως ανεξάρτητη παραγωγική μονάδα ή εξαναγκασμού είναι μέρος του εργατικού δυναμικού του οργανισμού. Η τελευταία διάσταση η «αρρενωπότητα» παρουσιάζει την άμεση επιρροή που έχει η εθνική κουλτούρα στην οργανωσιακή. Αυτή η διάσταση αντικατοπτρίζει τον σαφή διαχωρισμό στον ρόλο που έχουν τα δύο φύλα σε κοινωνικό αλλά και σε επιχειρηματικό επίπεδο. Στην ουσία αυτή η διάσταση αποτελεί αντανάκλαση της ύπαρξης των ευκαιριών για αυτοπραγμάτωση, κέρδη, εργασιακή αναγνώριση, προαγωγή και δυνατότητες να διαμορφωθούν καλές εργασιακές σχέσεις με την ηγεσία αλλά και τις συνθήκες ασφάλειας όλων των εργαζομένων (Hofstede, 2001. Hofstede, 1991).

1.3.1.2 Το μοντέλο του Edgar Schein

Βασική θεώρηση Edgar Schein είναι το πώς η κυρίαρχη οργανωσιακή κουλτούρα ή υπο-κουλτούρα είναι σε θέση να ασκήσει επιρροή στη συμπεριφορά που παρουσιάζουν οι εργαζόμενοι (Mello & Stank, 2005). Για αυτόν η εταιρική κουλτούρα ορίζεται ως το σύνολο των βασικών υποθέσεων που έχει εφεύρει ή ανακαλύψει μία ομάδα ατόμων, στα πλαίσια εκμάθησης της μεθοδολογίας που αφορά την αντιμετώπιση των προβλημάτων, τα οποία απορρέουν από την προσπάθεια να προσαρμοστεί στο εξωτερικό περιβάλλον και ταυτόχρονα να συνθέσει τα δικά της εσωτερικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα. Το σύνολο των υποθέσεων αυτόν έχει δεχτεί τόσο καλή επεξεργασία, που θεωρείται αξιόπιστο και διδάσκεται στα νέα μέλη σαν ενδεδειγμένος τρόπος αντίληψης αλλά και αντιμετώπισης των θεμάτων που αφορούν τη προσαρμογή στους εξωγενείς παράγοντες και τη σύνθεση των εσωτερικών παραγόντων (Schein, 1985).

Κατά τον Edgar Schein τα κύρια «πιστεύω», οι «υποθέσεις» που στηρίζονται τα μέλη ενός οργανισμού, αντιπροσωπεύουν αυτά που τα μέλη αντιλαμβάνονται ως αξιωματικά αληθινά αλλά και δεδομένα. Στον πυρήνα εντοπίζονται τα βασικά δομικά αξιακά «πιστεύω» από την ίδρυση του οργανισμού, τα οποία με το πέρασμα του χρόνου, δεν θεωρούνται στοιχεία που πρέπει να δεχτούν ερμηνεία αλλά αποτελούν ενσωματωμένους άγραφους κανόνες. Σε οργανωσιακό επίπεδο οι κύριες υποθέσεις κατηγοριοποιούνται στις εξής πέντε κατηγορίες: τις αλληλεπιδράσεις με το περιβάλλον και την αγορά, τη φύση της πραγματικότητας, η οποία καθορίζει τα όρια ανάμεσα στις διάφορες υποομάδες του οργανισμού, τη φύση του ανθρώπου, η οποία μπορεί διακρίνει τους ανθρώπους στους «καλούς» και τους «κακούς», τη φύση της ανθρώπινης δραστηριότητας, η οποία καθορίζει τον προσανατολισμό της εργασίας ως προς το αντικείμενο ή τους ανθρώπους και τέλος, τη φύση που έχουν οι ανθρώπινες σχέσεις οι οποίες καθορίζουν τον τρόπο χρήσης της εξουσίας αλλά και της επιρροής (Mello & Stank, 2005).

Το δεύτερο επίπεδο που εντοπίζεται η εταιρική κουλτούρα είναι αυτό στο οποίο υπάρχουν οι «αξίες» και τα «πρότυπα». Σ' αυτά συμπεριλαμβάνονται οι στόχοι, οι στρατηγικές και η φιλοσοφία του οργανισμού, που περιγράφουν τον ιδεατό τρόπο συναναστροφής των εργαζομένων (Schwartz & Bilsky, 1990). Το τρίτο επίπεδο στο οποίο εντοπίζεται η εταιρική κουλτούρα είναι αυτό των «οπτικών προβολών» (artifacts). Πρόκειται για τις ενέργειες που ενθαρρύνονται από τις αξίες και τα πρότυπα. Καθώς οι «βασικές υποθέσεις», οι «αξίες» και τα «πρότυπα» δέχονται μορφοποίηση και αποκτούν φυσική υπόσταση, λαμβάνουν τη μορφή αντικειμένων, τελετών και ιστοριών οι οποίες γίνονται αντιληπτές σε συνειδητό επίπεδο (Gordon, 1991).

Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, η οργανωσιακή κουλτούρα εμφανίζει ορισμένα κύρια χαρακτηριστικά. Αρχικά δεν είναι ανοικτή στις αλλαγές, καθώς για την τροποποίησή της είναι απαραίτητη η ενσωμάτωση νέων αξιών και προτύπων. Επιπλέον, ο οργανισμός δεν εμφανίζει καθολική και ενιαία κουλτούρα, αλλά υπο-κουλτούρες, οι οποίες προέρχονται από την λειτουργική διαφοροποίηση, τη γεωγραφική αποκέντρωση, τη διαφοροποίηση του παρεχόμενου προϊόντος, την αγορά στην οποία έχει δράση ο οργανισμός, την τεχνολογία που χρησιμοποιείται, το ιεραρχικό επίπεδο, τις συγχωνεύσεις, εξαγορές και στρατηγικές συμμαχιών που προέβη ο οργανισμός και τα δομικά χαρακτηριστικά των ποικίλων αντίθετων ομάδων. Η επιτυχημένη λειτουργία του οργανισμού περιλαμβάνει τη δυνατότητα ενσωμάτωσης των διάφορων υποκουλτούρων και την εναρμόνιση μέσα από τους κοινούς στόχους, τη γλώσσα και τις διαδικασίες επίλυσης των προβλημάτων. Άλλο χαρακτηριστικό του μοντέλου αυτού είναι η ύπαρξη καθώς και η περιγραφή της δυνατής και της αδύναμης κουλτούρας. Ειδικότερα, η δύναμη της κουλτούρας σχετίζεται με το βαθμό προσήλωσης αλλά και ασυνείδητης αποδοχής των προτύπων, των αξιών και των κύριων υποθέσεων που χαρακτηρίζουν τον οργανισμό. Ο βαθμός σταθερότητας αλλά και συνέπειας σ' αυτά καθορίζει αν η οργανωσιακή κουλτούρα είναι αδύναμη ή δυνατή. Η δυνατή οργανωσιακή κουλτούρα επιφέρει μεγαλύτερη οργανωσιακή απόδοση σε περιβάλλοντα που είναι σταθερά (Aksu & Fzdemir, 2005). Άλλο ένα σημαντικό ζήτημα είναι ο ρόλος που έχει η ηγεσία στη διαμόρφωση αλλά και την εμπέδωση της οργανωσιακής κουλτούρας (Schein, 1992). Η κουλτούρα είναι σε θέση να διαμορφωθεί και είναι αποτέλεσμα της προηγούμενης εμπειρίας, της μάθησης του οργανισμού αλλά και της ικανότητα να συνεχίζει να μαθαίνει. Η οργανωσιακή κουλτούρα είναι σημαντικό να εξελίσσεται σύμφωνα με τον κύκλο ζωής της επιχείρησης αλλά και να περνάει από τη σταθερότητα στην αλλαγή, καθώς ωριμάζει ώστε να μην παρουσιάσει κατάσταση ύφεσης. Τέλος, ο Schein υποστήριξε πως η οργανωσιακή κουλτούρα ασκεί σε μεγάλο βαθμό επιρροή στην αποτελεσματικότητα που έχει ο οργανισμός και στην ικανοποίηση που εμφανίζει ο εργαζόμενος (Lopez, Pesn & Ordas, 2004).

1.3.2 Σύγχρονες προσεγγίσεις

1.3.2.1 Το μοντέλο του Daniel Denison

Ο Denison ανέπτυξε το “The Denison Organizational Culture Model”. Η διαμόρφωση αυτού δεν ήταν μονοδιάστατη, αλλά συνεχίζει ακόμη και σήμερα να εξελίσσεται, ώστε να

καλύπτει τις εξελίξεις και τυχόν αδυναμίες του (Denison, 1996). Συμβάλλει στην ώθηση της διοίκησης, των μετόχων και των εργαζομένων στη κατανόηση της επίδρασης που έχει η κουλτούρα στην οργανωσιακή αποτελεσματικότητα και στην μάθηση πως μέσω της επανακατεύθυνσης μπορούν να επιτευχθούν οι στόχοι. Βασίζεται στον ορισμό που έχει δώσει ο Denison, σύμφωνα με τον οποίον η οργανωσιακή κουλτούρα είναι όλες εκείνες οι θεμελιώδεις αξίες, αρχές και πιστεύω, τα οποία λειτουργούν ως ο πυρήνας για το σύστημα διοίκησης κάθε οργανισμού. Ακόμη, περιλαμβάνει το σύνολο των πρακτικών και των συμπεριφορών διοίκησης, τα οποία ενδυναμώνει τις βασικές αρχές (Denison, 1990).

Αυτές οι βασικές αρχές αλλά και πρακτικές έχουν διάρκεια στον χρόνο καθώς έχουν την στήριξη των μελών του οργανισμού, που τις υιοθετούν. Παράλληλα όμως, αντιπροσωπεύουν τις στρατηγικές και τις πολιτικές του παρελθόντος, οι οποίες συνέβαλλαν στην επίτευξη των αναμενόμενων αποτελεσμάτων. Σύμφωνα με την ιστορία τους, δημιουργούν την προσδοκία πως αν διατηρηθούν, πιθανά να αποφέρουν και στο μέλλον αποτελέσματα που είναι το ίδιο επιτυχημένα. Σύμφωνα με τη θεώρηση αυτή, η οργανωσιακή κουλτούρα έχει σχέση με την επιχειρηματική στρατηγική αλλά και τις πρακτικές διοίκησης, συνεπώς ασκεί άμεση επιρροή στους εργαζόμενους. Έτσι θεωρείται πως υπάρχει άρρηκτη σχέση μεταξύ της αποτελεσματικής λειτουργίας του οργανισμού και της εταιρικής κουλτούρας του. Για τη μέτρηση όμως της επίδρασης της οργανωσιακής κουλτούρας ως προς την αποτελεσματική λειτουργία, πρέπει να εντοπιστούν τόσο οι ποιοτικές όσο και οι ποσοτικές παράμετροι αυτής ή οι πιο βασικές από αυτές (Denison, 1990).

Ο Denison επηρεάστηκε από το μοντέλο του Schein (1985) και τοποθέτησε στον κέντρο του μοντέλου που ανέπτυξε τις «βασικές υποθέσεις», που θεώρησε πως είναι μοναδικές για κάθε οργανισμό, συνεπώς δεν είναι δυνατό να γενικευτούν αλλά και να χρησιμοποιηθούν από άλλους οργανισμούς, ακόμη και εάν είναι στον ίδιο κλάδο. Συνεπώς, υποστήριξε πως ο πυρήνας είναι αδύνατο να μετρηθεί, ενώ για την απλή κατανόηση των κύριων δομών είναι καλύτερα να χρησιμοποιηθούν ποιοτικές προσεγγίσεις (Denison, Haaland & Goelzer, 2003).

Το μοντέλο κάνει χρήση εξήντα διαφορετικών χαρακτηριστικών της οργανωσιακής κουλτούρας, τα οποία διαμορφώνουν τέσσερις κατευθύνσεις, με διαφορετική και αλληλεπιδραστική επιρροή στην αποτελεσματικότητα που χαρακτηρίζει κάθε οργανισμό. Σύμφωνα με αυτό, η ολική αποτελεσματικότητα ενός οργανισμού μπορεί να διαμορφωθεί από πλήθος χαρακτηριστικών όπως είναι η κερδοφορία, η μεγέθυνση των πωλήσεων, η ποιότητα, η ικανοποίηση των εργαζομένων και η ανάπτυξη καινοτομιών. Αν δύο οι

κατευθύνσεις διαμορφώνουν στο σύνολο τέσσερις ουσιώδεις χαρακτήρες που έχει η οργανωσιακή κουλτούρα. Καθένας από αυτούς τους χαρακτήρες περιλαμβάνει τρεις διοικητικές πρακτικές (Denison, Haaland & Goelzer, 2003).

Αναλυτικότερα, οι τέσσερις κατευθύνσεις είναι η ευελιξία (Flexible) ως προς την σταθερότητα (Stable) και η εσωστρέφεια (Internal Focus) ως προς την εξωστρέφεια (External Focus). Αυτές ουσιαστικά παρουσιάζουν τον τρόπο με τον οποίο αισθάνονται πως λειτουργεί οι εργαζόμενοι ο οργανισμός τους και διαχωρίζουν το κυκλικό διάγραμμα σε τέσσερα τεταρτημόρια, δηλαδή σε τέσσερις χαρακτήρες της οργανωσιακής κουλτούρας. Αυτοί οι χαρακτήρες είναι σημαντικό να γίνονται αντιληπτοί ως ιδανικοί τύποι (Denison & Spreitzer, 1991), καθώς είναι απίθανο η κουλτούρα του οργανισμού να στηρίζεται σ' έναν μόνο από αυτούς τους χαρακτήρες, αλλά είναι πιο πιθανό να διαμορφώνεται από τον συνδυασμό αυτών, ακόμη και εάν υπάρχει κάποιος χαρακτήρας με κυρίαρχο ρόλο (Prajogo & McDermott, 2005).

Συγκεκριμένα, ο πρώτος χαρακτήρας της οργανωσιακής κουλτούρας είναι η προσαρμοστικότητα (Adaptability) ενός οργανισμού, η οποία ερμηνεύεται ως τη δυνατότητα να μετατραπούν οι απαιτήσεις που χαρακτηρίζουν το επιχειρηματικό περιβάλλον σε στρατηγικές ενέργειες. Οι οργανισμοί, μέσω των συστημάτων πεποιθήσεων και αξιών τους, διαθέτουν τους κατάλληλους μηχανισμούς για τη λήψη, τη μετάφραση και τη μετατροπή των σημάτων από το περιβάλλον, στις κατάλληλες αλλαγές που αφορούν την οργανωσιακή συμπεριφορά (Kanter, 1983). Δεύτερος χαρακτήρας της οργανωσιακής κουλτούρας είναι η συμμετοχικότητα (Involvement) ενός οργανισμού, η οποία ερμηνεύεται ως την επιθυμία να καλλιεργηθούν οι ικανότητες των εργαζομένων, του αισθήματος δέσμευση-ιδιοκτησίας και της υπευθυνότητάς τους απέναντι στον οργανισμό. Οργανισμοί που διαθέτουν υψηλό βαθμό συμμετοχικότητας, ενθαρρύνουν τους εργαζομένους τους στην ανάπτυξη αυτόνομων δραστηριοτήτων και τη συμμετοχή στη διαδικασία διαμόρφωσης των συνθηκών εργασίας, προκειμένου να αισθάνονται πως κάποιο κομμάτι του οργανισμού ανήκει σε αυτούς (Lawler, 1996. Becker, 1993). Τρίτος χαρακτήρας της οργανωσιακής κουλτούρας είναι η συνέπεια (Consistency) που χαρακτηρίζει έναν οργανισμό, η οποία ερμηνεύεται ως τον καθορισμό και την εμπέδωση των αξιών αλλά και των συστημάτων που αποτελούν τη βάση για τη δημιουργία μιας ισχυρής κουλτούρας. Τέταρτος είναι η αποστολή (Mission), η οποία ερμηνεύεται ως τον καθορισμό μιας μακροχρόνιας στρατηγικής κατεύθυνσης του οργανισμού (Davenport, Long & Beers, 1998).

Η σημαντικότητα που χαρακτηρίζει τη προσέγγιση του Denison, δεν σχετίζεται μόνο με τον ορισμό που έδωσε για την οργανωσιακή κουλτούρα, αλλά και με την ανάπτυξη ενός μοντέλου που χρησιμοποιείται ευρέως, καθώς και με την προσπάθεια για τη διαμόρφωση μίας γενικής θεωρίας που βασίζεται σε αποτελέσματα που είναι συγκρίσιμα (Denison, Haaland & Goelzer, 2003).

1.3.2.2 Το μοντέλο των Robert Quinn και Kim Cameron

Κύριος άξονας των ερευνών που πραγματοποίησαν οι Quinn και Cameron, ήταν η συσχέτιση της αποτελεσματικότητας που χαρακτηρίζει κάθε επιχειρησιακή μονάδα με και την κουλτούρα αυτής. Κατέληξαν στο συμπέρασμα πως το στοιχείο που διαφοροποιεί τις επιτυχημένες εταιρείες από τις λιγότερο επιτυχημένες είναι η φιλοσοφία τους. Ο βασικός παράγοντας για την υλοποίηση των οροθετημένων στόχων είναι η κουλτούρα αυτών. Για αυτούς η κουλτούρα μπορεί να μορφοποιηθεί από τον ιδρυτή κάθε οργανισμού ή με διαχρονικό τρόπο μέσω των προκλήσεων, των ευκαιριών, των εμποδίων και των αλλαγών που προκαλεί το ευρύτερο περιβάλλον. Μπορεί όμως η μορφοποίηση να πραγματοποιηθεί μέσω της ενσυνείδητης προσπάθειας που καταβάλλουν οι επιχειρησιακές ομάδες για τη βελτίωση της συνολικής απόδοσης της εταιρίας (Quinn & Cameron, 1999).

Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, η διαμόρφωση της οργανωσιακής κουλτούρας αποτελεί μία διαρκής και δυναμική διαδικασία, όπου λαμβάνουν μέρος όλα τα εμπλεκόμενα μέρη, που είναι σε θέση να ασκήσουν επιρροή στη λειτουργία του οργανισμού. Συνεπώς, η κουλτούρα αποτελεί έναν δυναμικό παράγοντα της σύγχρονης διοίκησης και έχει τη δυνατότητα να συμβάλλει στην αποτελεσματική προσαρμογή ενός οργανισμού στο διαρκώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον, εντός του οποίου δραστηριοποιείται. Με άλλα λόγια εξασφαλίζει σε πρώτο επίπεδο την επιβίωση και έπειτα την ανάπτυξη κάθε οργανισμού (Quinn & Cameron, 1999). Οι Cameron και Quinn (1999) προχώρησαν στην ονομασία του θεωρητικού τους μοντέλου ως «πλαίσιο ανταγωνιστικών αξιών». Αυτό το πλαίσιο αποτελείται από τον συνδυασμό των δύο θεμελιωδών διαστάσεων, της ευελιξίας – ελέγχου καθώς και του εσωτερικού – εξωτερικού προσανατολισμού. Το συγκεκριμένο μοντέλο παρέχει πληροφορίες για το αν πρέπει να αλλάξει κάτι στην οργανωσιακή κουλτούρα και προς ποια κατεύθυνση.

Συνεπώς η διαδικασία διεύρυνσης του παράγοντας αυτού είναι πολύ σημαντική για κάθε οργανισμό. Προκύπτει η ανάγκη για αντικειμενική ανίχνευση των παραμέτρων του, ώστε οι αποφάσεις του να λαμβάνονται σύμφωνα με τα αντικειμενικά κριτήρια. Έτσι μόνο είναι δυνατόν να δημιουργηθούν οι προϋποθέσεις για αποτελεσματική αξιοποίηση των συνεπειών στην επιχειρηματική καθημερινότητα. Για την εκτίμηση και τη μέτρηση αυτών και γενικότερα της κουλτούρας σχεδίασαν ένα σχετικό εργαλείο, που το ονόμασαν «Organizational Culture Assessment Instrument» (OCAI) (Reiman & Oedewald, 2004).

Αυτό το εργαλείο χρησιμοποιείται για τη μέτρηση κλίμακας του σταθερού αθροίσματος. Εκτιμά την απόκλιση ανάμεσα στην υφιστάμενη και την επιθυμητή κουλτούρα, σύμφωνα με το πλαίσιο των ανταγωνιστικών του αξιών. Πρόκειται για ερωτηματολόγιο που περιλαμβάνει δύο μέρη. Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει ερωτήσεις για την αποτύπωση της υφιστάμενης κουλτούρας ενός οργανισμού και το δεύτερο ερωτήσεις που αφορούν την επιθυμητή κουλτούρα ενός οργανισμού. Από τον συνδυασμό αυτών των δύο διαστάσεων προκύπτουν τέσσερα τεταρτημόρια, τα οποία αντιστοιχούν στις τέσσερις διαφορετικές μορφές της οργανωσιακής κουλτούρας με διαφορετικές παραδοχές, προσανατολισμούς, αξίες και πρακτικές. Ειδικότερα, οι τέσσερις αυτοί τύποι της οργανωσιακής κουλτούρας είναι το μοντέλο της φυλής (Clan Culture), το μοντέλο του ανοιχτού συστήματος (Adhocracy Culture), το μοντέλο της αγοράς (Market Culture) και τέλος, το μοντέλο της ιεραρχίας (Bureaucracy Culture) (Reiman & Oedewald, 2004).

1.4 Οργανωσιακή κουλτούρα στην υγεία

Στα συστήματα υγείας, η οργανωσιακή κουλτούρα συνδέεται με τα στοιχεία που σχετίζονται με την ποιότητα των υπηρεσιών, όπως είναι για παράδειγμα η ικανοποίηση της νοσηλευτικής φροντίδας και η ασφάλεια του ασθενή, η διάθεση που έχουν τα μέλη για να βελτιώσουν την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα του οργανισμού, η εργασιακή ικανοποίηση και η ικανοποίηση που λαμβάνουν τα μέλη εξαιτίας της κάλυψης των κοινωνικών και υλικών αναγκών τους (Scott et al, 2003).

Η οργανωσιακή κουλτούρα που χαρακτηρίζει τους εργαζόμενους ενός οργανισμού, αναγνωρίζεται ως κύριος παράγοντας που ασκεί επιρροή στην απόδοση του οργανισμού και συνεπώς την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται, καθώς παρέχει αίσθηση ταυτότητας και ενίσχυσης του βαθμού δέσμευσης προς το σύνολο. Οι ποικίλοι τύποι της οργανωσιακής κουλτούρας μπορούν να ευνοήσουν ή εμποδίζουν τη λειτουργικότητα του

οργανισμού, επηρεάζοντας με θετικό ή αρνητικό τρόπο τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται (Παπάνης & Ρόντος, 2005).

Για τον Robbins (2001) η οργανωσιακή κουλτούρα είναι ο συνεκτικός κρίκος για την ομάδα υγείας, ο οποίος συμβάλλει στην αύξηση της συνοχής και του αισθήματος εμπιστοσύνης. Η αντίληψη που έχουν οι εργαζόμενοι επικεντρώνεται στην ιδέα του «ανήκειν» σαν μέλη μίας «εταιρείας/κοινότητας», η οποία χαρακτηρίζεται από συγκεκριμένες πεποιθήσεις, ιδέες και αξίες. Αυτό ενισχύει τη διαδικασία απόκτησης και υιοθέτησης μίας κοινής αίσθησης δέσμευσης σε μεγαλύτερο από το ατομικό συμφέρον, συνειδητοποιώντας πως ο φορέας διαχωρίζεται από άλλους με παρόμοιο αντικείμενο. Αυτός ο ιδιαίτερος μηχανισμός μπορεί να ελέγξει, να δώσει νόημα, να καθοδηγήσει και να διαμορφώσει τις στάσεις αλλά και τη συμπεριφορά των εργαζομένων.

Σύμφωνα με τον Martin (2002), οι φορείς, όπως τα νοσοκομεία, μπορούν να χαρακτηριστούν ως οντότητες πολυπολιτισμικές, που έχουν την κουλτούρα τους. Ωστόσο, χαρακτηρίζονται και από υποκουλτούρες στο εσωτερικό τους, που έχουν τη τάση να δημιουργούνται εξαιτίας της διαφορετικής φύσης της εργασίας, των διαφορετικών στόχων και λειτουργιών και τέλος, επιπέδων ιεραρχίας. Οι Μερκούρη (2008) και Mallidou et al. (2011) υποστηρίζουν πως περιλαμβάνουν το σύνολο των βασικών αξιών της κουλτούρας που επικρατεί σε έναν οργανισμό, καθώς και τις αξίες που συμβάλλουν στη διαφοροποίηση αυτών. Ως αποτέλεσμα αυτές συνυπάρχουν και αλληλεπιδρούν με ανεξάρτητο τρόπο, είτε σε αρμονία είτε με μεταξύ τους συγκρούσεις.

Κατά την μελέτη των Gregory et al. (2009) σε δείγμα ενενήντα εννέα διοικητικών στελεχών Αμερικανικών νοσοκομείων, διαπιστώθηκε πως η οργανωσιακή κουλτούρα ασκούσε επιρροή στην ικανοποίηση που είχαν οι εργαζόμενοι και στη βελτίωση αυτής. Αυτά συνδέονταν με την ικανοποίηση που λάμβαναν οι ασθενείς, αλλά και το συνολικό επίπεδο απόδοσης των υγειονομικών σχηματισμών. Ακόμη κατά τις έρευνες των Aiken et al (2002) και Callen et al (2007) που αφορούσαν τη συνεργασία των ομάδων αλλά και τη κουλτούρα, διαπιστώθηκε πως οι παράμετροι αυτοί συνδέονται με άμεσο τρόπο με τον σχεδιασμό αλλά και την υλοποίηση προγραμμάτων που αφορούν τη βελτίωση της ποιότητας.

Μελέτη που πραγματοποιήθηκε στη χώρα μας με αντικείμενο την οργανωσιακή κουλτούρα των δημόσιων νοσοκομείων, κατέληξε στο συμπέρασμα πως αυτά χαρακτηρίζονται από κουλτούρες οικειότητας και ιεραρχικές κουλτούρες (Παπαγεωργίου & Χονδροκούκης, 2010). Σε αυτές τις μορφές οι αξιοποίηση των ευκαιριών που δίνονται από το περιβάλλον, η ανάληψη ρίσκου και οι πειραματισμοί αποτελούν συμπεριφορές στις οποίες

δίνεται λιγότερη έμφαση από τον οργανισμό (Bellou, 2010). Ακόμη, διαπιστώθηκε πως τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία δε χαρακτηρίζονται από προσανατολισμό στην ομάδα αλλά και η αποφασιστικότητα. Αντιθέτως, χαρακτηρίζονται από την ακρίβεια, τον προσανατολισμό στους κανόνες, την επίδειξη σεβασμού στα ατομικά δικαιώματα, την εύκολη μετάβαση, την ικανότητα για προσαρμογή, την προβλεψιμότητα και την ανοχή (Καστανιώτη και συν 2011).

1.4.1 Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα

Σύμφωνα με τον Kilmann (2011) η οργανωσιακή κουλτούρα που χαρακτηρίζει τους οργανισμούς υγείας, είναι σε θέση να ασκήσει επιρροή στη λειτουργία τους και να επιφέρει σταθερότητα. Ακόμη, προσδίδει τόσο στο ανθρώπινο δυναμικό όσο και το εξωτερικό περιβάλλον τους, αίσθηση ταυτότητας. Τοποθετεί όσους εργάζονται σε αυτούς σ' ένα ευρύτερο συλλογικό πλαίσιο, κάνοντας τους να δείχνουν ενδιαφέρον και δέσμευση για τον καλύτερο τρόπο λειτουργίας τους. Επίσης, λειτουργεί σαν πλαίσιο αναφοράς εντός του οποίου οι εργαζόμενοι ανατρέχουν, κάνοντας το οδηγό στον τρόπο που συμπεριφέρονται. Έτσι παρέχει σταθερότητα.

Η οργανωσιακή κουλτούρα μειώνει τη κοινωνική αβεβαιότητα και οδηγεί τα άτομα στη συνεργασία και τη κοινή κατεύθυνση. Η ύπαρξη κοινών αξιών, πεποιθήσεων, εννοιών, αρχών και άτυπων κανόνων έχουν ως αποτέλεσμα τη δημιουργία κοινών προτύπων και κριτηρίων σ' όλους τους εργαζόμενους αναφορικά με το σωστό και λάθος, καλό και κακό, σημαντικό και ασήμαντο, επείγον και μη. Συμβάλλουν στη μείωση της αβεβαιότητας σχετικά με τις κατάλληλες και μη συμπεριφορές και αποφάσεις. Επιπλέον, η οργανωσιακή κουλτούρα συμβάλλει στην εξασφάλιση της ατομικής πρωτοβουλίας και αυτοπειθαρχίας, προάγοντας την πειθαρχημένη σκέψη αλλά και δράση δίχως εξωτερικούς ελέγχους, αλλά και παρέχοντας την ελευθερία στους εργαζόμενους να κάνουν χρήση της κρίσης και της δημιουργικότητάς τους. Τέλος, ενισχύει το βαθμό δέσμευσης και παρακίνησης και ενεργοποιεί το δυναμικό του οργανισμού, λειτουργώντας ως ένα από τα πιο θεμελιώδη στοιχεία της ταυτότητας του (Kilmann 2011).

Οι Martins και Terblanche (2003), υποστηρίζουν πως οι επιτυχημένοι οργανισμοί μπορούν να απορροφούν την καινοτομία που χαρακτηρίζει τις οργανωτικές διαδικασίες της κουλτούρας και της διαχείρισης. Η κουλτούρα που ενθαρρύνει την ανάπτυξη της δημιουργικότητας και της καινοτομίας για να επιλυθούν προβλήματα, κάνει αντιληπτή τη

δημιουργικότητα ως αυτονόητη και επιθυμητή και ευνοεί τα άτομα που χαρακτηρίζονται από καινοτομία, που λειτουργούν ως πρότυπα μίμησης (Lock & Kirkpatrick, 1995).

Ωστόσο, η οργανωσιακή κουλτούρα είναι πιθανό να επιφέρει και μη επιθυμητά αποτελέσματα σ' έναν οργανισμό υπηρεσιών υγείας. Πιο συγκεκριμένα, ως κύριο μειονέκτημά της θεωρείται η δημιουργία εμποδίων στην πραγματοποίηση αλλαγής. Η παρουσία ισχυρής οργανωσιακής κουλτούρας, που χαρακτηρίζεται από ξεκάθαρες αξίες και συμπεριφορές και οι οποίες λειτούργησαν στο παρελθόν επιτυχώς, έχει την τάση να μην επιτρέπει την πραγματοποίηση δομικών αλλαγών. Συνεπώς, υπάρχει δυσκολία προσαρμογής στις νέες συνθήκες. Ο οργανισμός που είναι προσκολλημένος στην κουλτούρα αλλά και σε συγκεκριμένους κανόνες, αδυνατεί να ακολουθήσει αλλαγές αλλά και τις ανάγκες που έχει το εξωτερικό περιβάλλον. Η μοναδική περίπτωση κατά την οποία παρακάμπτεται η αντίσταση στις αλλαγές είναι όταν οι επιχειρήσεις λειτουργούν υπό σταθερές συνθήκες και απαιτούν την ύπαρξη αξιόπιστων, επαναλαμβανόμενων και προβλέψιμων αποδόσεων (Kotter & Heskett, 1992).

Μειονέκτημα της οργανωσιακής κουλτούρας αποτελεί το γεγονός ότι μπορεί να οδηγήσει σε συγκρούσεις εντός του οργανισμού. Η δημιουργία υποκουλτούρων εντός αυτού είναι τόσο ισχυρές που οδηγούν στην ανάπτυξη διαφορετικών αξιών, ικανών να πετύχουν τον διαχωρισμό της υποομάδας στον υπόλοιπο οργανισμό. Ακόμη, ως δυσλειτουργία μπορεί να θεωρηθούν οι υποκουλτούρες που υπάρχουν ήδη σ' έναν οργανισμό. Αυτές είναι σε θέση να προσαρμόζονται στις αλλαγές που λαμβάνουν χώρα με διαφορετική ταχύτητα, απ' ότι οι νεότερες. Το γεγονός αυτό έχει αντίκτυπο στον εσωτερικό συντονισμό, ο οποίος μειώνεται, αλλά και στις εξωτερικές σχέσεις που διατηρεί ο οργανισμός (Kotter & Heskett, 1992).

3. Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας

3.1 Η έννοια της Υγείας

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 1946) υγεία είναι η κατάσταση πλήρους πνευματικής, κοινωνικής και σωματικής ευεξίας και απλά η απουσία αναπηρίας ή νόσου. Η υγεία διαφοροποιείται από οργανισμό σε οργανισμό, καθώς σχετίζεται με τον τρόπο ζωής και διαβίωσης κάθε ανθρώπου. Στους παράγοντες που περιλαμβάνουν την υγεία συμπεριλαμβάνονται η κοινωνική τάξη, ο κοινωνικός αποκλεισμός, η άσκηση, η διατροφή, το άγχος, το κάπνισμα, η κατάθλιψη, η χρήση ουσιών, η κατανάλωση αλκοόλ κ.α. Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία είναι η ατμοσφαιρική ρύπανση, η ανεργία, το περιβάλλον εργασίας και κατοικίας. Σημαντικό ρόλο στην κατάσταση της υγείας κατέχουν τα δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης, οι ιδέες και οι πεποιθήσεις του ατόμου, οι πολιτιστικές διαφορές, η παιδεία και η εκπαίδευση, οι αντιλήψεις για το σώμα και τέλος, οι θρησκευτικές αντιλήψεις (Wilkinson & Marmot, 2003).

3.2 Η έννοια του Συστήματος Υγείας

Το Σύστημα Υγείας οργανώνεται σε κάθε κοινωνία. Αποτελείται από υπο-συστήματα όπως η ιατρική περίθαλψη, τα οποία επιδιώκουν να υλοποιήσουν έναν συγκεκριμένο σκοπό. Βρίσκονται σε διαρκή συνεργασία αλλά και αλληλεξάρτηση. Ωστόσο, ο όρος αυτός δεν αναφέρεται μόνο στην ιατρική περίθαλψη αλλά, καθώς η υγεία του ατόμου επηρεάζεται από πλήθος κοινωνικοοικονομικών και πολιτικών παραγόντων, συμπεριλαμβάνει τις υπηρεσίες που έχουν ως αντικείμενο την πρόληψη αλλά και την υγειονομική διαφώτιση, τις υπηρεσίες της στέγης και του υγιούς περιβάλλοντος της κατοικίας και της εργασίας όπου επιβιώνουν οι πολίτες (Τούντας, 2016. Μανιού & Ιακωβίδου, 2009).

Ο Roemer (1991) όρισε το σύστημα υγείας ως τον συνδυασμό των πόρων, της οργάνωσης, της διαχείρισης και της χρηματοδότησης, ο οποίος κορυφώνεται μέσω της παροχής των υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό». Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2007), το σύστημα υγείας περιλαμβάνει οργανώσεις, ανθρώπους και δράσεις, οι οποίοι έχουν ως πρωταρχικό στόχο την προώθηση, την αποκατάσταση ή τη διατήρηση της υγείας. Σε αυτό περιλαμβάνονται οι προσπάθειες επηρεασμού των καθοριστικών

παραγόντων της υγείας, καθώς και των πιο άμεσων δραστηριοτήτων για να βελτιωθεί η υγεία. Συνεπώς, το σύστημα υγείας είναι κάτι περισσότερο από την πυραμίδα των δημόσιων εγκαταστάσεων, οι οποίες προσφέρουν υπηρεσίες προσωπικής υγείας (Kutzin, 2008).

Κύριος στόχος του συστήματος υγείας είναι η προώθηση της υγείας του πληθυσμού, με τη χρήση ποικίλων μεθόδων και πολιτικών. Ο στόχος αυτός επικυρώθηκε σε υψίστης σημασία κατά τη Διακήρυξη Alma-Ata, στις 12 Σεπτεμβρίου του 1978. Ένα σύστημα υγείας για να είναι αποτελεσματικό και αποδοτικό, παρέχει ποιοτικές υπηρεσίες στο σύνολο των ανθρώπων, όταν αυτοί το χρειάζονται. Επιπλέον, στα δομικά στοιχεία του συστήματος υγείας περιλαμβάνονται τα εξής (Κυριόπουλος, 2020):

- οι καλές υπηρεσίες υγείας, που είναι ποιοτικές, ασφαλείς και αποτελεσματικές
- το εργατικό δυναμικό υγείας λειτουργεί με τέτοιο τρόπο, προκειμένου να παρέχονται στους ασθενείς αποτελεσματικότερες υπηρεσίες υγείας
- το καλό σύστημα υγείας μπορεί να εξασφαλίσει την παραγωγή, την ανάλυση, τη διάδοση αλλά και τη χρήση των αξιόπιστων πληροφοριών, προκειμένου να προαχθεί η υγεία
- το καλά λειτουργικό σύστημα υγείας μπορεί να εξασφαλίσει ισότιμο τρόπο πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας
- το καλό σύστημα χρηματοδότησης της υγείας μπορεί να εξασφαλίσει καθολική πρόσβαση στους χρήστες (Σιγάλας, 2008).

3.3 Το Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα

Το Σύστημα Υγείας στη χώρα μας διαμορφώθηκε με το Νόμο 1397/83. Σκοπός του είναι η παραγωγή αγαθών και υπηρεσιών, που μπορούν να σταθούν ως αρωγός στη διαδικασία διαμόρφωσης και βελτίωσης του επιπέδου υγείας κάθε κοινωνίας, παρέχοντας ποιοτικό περιβάλλον για την επιβίωσή τους. Για την επίτευξη και την εξέλιξη των στόχων του συστήματος υγείας, πρέπει σε καθημερινή βάση να γίνεται έλεγχος και επανακαθορισμός των στόχων του, προγραμματισμός και σχεδιασμός των τρόπων μέσω των οποίων μπορούν αυτοί να επιτευχθούν (Κυριόπουλος & Τελλόγλου, 2019).

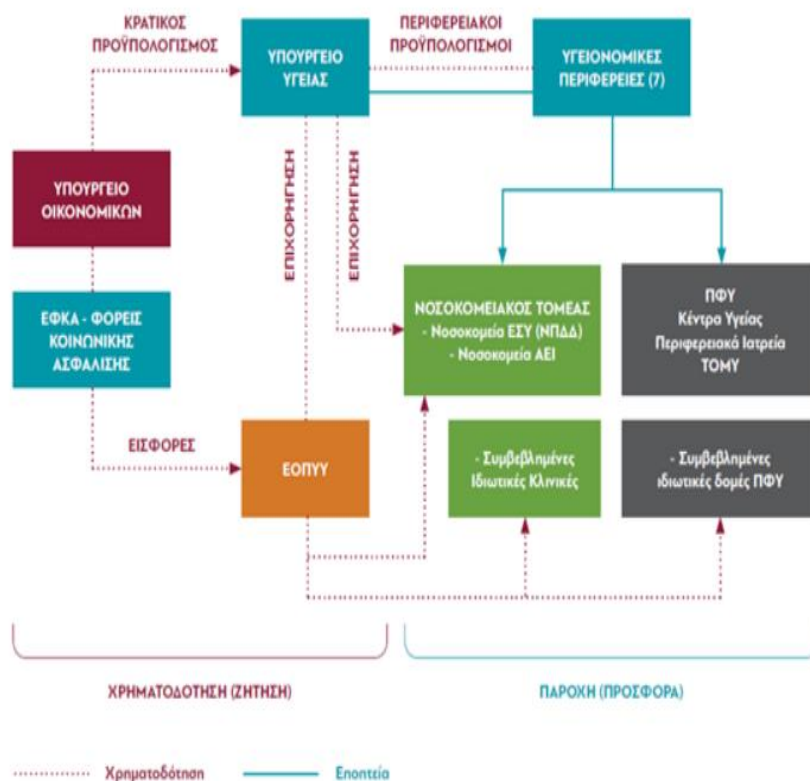
Για την κάλυψη των αναγκών των πολιτών, η Ελλάδα διαθέτει τα εξής τρία επίπεδα συστήματος υγείας (Παπαδόπουλος, 2021. Κυριόπουλος, 2020):

- Τη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας που παρέχεται από τα Κέντρα Υγείας, τους ασφαλιστικούς φορείς, τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, τις ΤΟΜΥ και τους ιδιώτες γιατρούς. Παρέχει υπηρεσίες περίθαλψης, πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας, φροντίδας και αποκατάστασης. Ακόμη, περιλαμβάνει τις υπηρεσίες που παρέχονται εξ αποστάσεως μέσα από το τηλεφωνικό κέντρο και ειδικότερα, τις ιατρικές συμβουλές, τις οδηγίες, την 24ωρη εξυπηρέτηση των πελατών για κάθε είδους ανάγκη τους, τη προληπτική ιατρική και τέλος, την ενημέρωση του πληθυσμού για υγειονομικά ζητήματα. Επιπλέον, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας προσφέρει κοινωνική φροντίδα στις ευπαθείς και ευάλωτες ομάδες. Στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας περιλαμβάνονται οι οικογενειακοί ιατροί, η οποίοι έχουν την ευθύνη παρακολούθησης των πολιτών για τη σωματική και τη ψυχική υγεία τους, την έγκαιρη διάγνωση των ασθενειών που πιθανά εμφανίζουν και την παραπομπή τους για την πραγματοποίηση τακτικών προληπτικών εξετάσεων. Τέλος, στους φορείς πρωτοβάθμιας φροντίδας εφαρμόζονται προγράμματα εμβολιασμού.
- Τη Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας, η οποία παρέχεται από τα νοσοκομεία. Αυτά έχουν την ευθύνη παροχής ιατρικής, φαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης. Ειδικότερα, οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται από τα νοσηλευτικά ιδρύματα που υπάγονται στο ΕΣΥ, τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία, τα στρατιωτικά νοσοκομεία, τα νοσηλευτικά ιδρύματα Ν.Π.Ι.Δ. μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, τις συμβεβλημένες ιδιωτικές κλινικές, τα κέντρα αποκατάστασης – αποθεραπείας με κλειστή νοσηλεία, τις κλινικές και τα ιδρύματα χρόνιων παθήσεων και τέλος, τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας.
- Τη Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, που επίσης παρέχεται από τα νοσοκομεία. Αναφέρεται στην ευθύνη που έχουν τα νοσοκομεία ως προς τη κάλυψη ιατρικών προβλημάτων σοβαρότερης βαρύτητας, που απαιτούν να διαθέτουν οι ιατροί εξειδικευμένες ιατρικές γνώσεις αλλά και δεξιότητες. Είναι σημαντικό τα νοσοκομεία να διαθέτουν την απαιτούμενη και σύγχρονη υλικοτεχνική υποδομή υψηλού επιπέδου. Τέτοιου είδους υπηρεσίες είναι για παράδειγμα η πραγματοποίηση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης, οι πλαστικές χειρουργικές επεμβάσεις, τα εγκαύματα σοβαρού βαθμού, οι πολύπλοκες διαδικασίες ή θεραπείες, όπως η χημειοθεραπεία, η ακτινοθεραπεία και οι μεταμοσχεύσεις των οργάνων. Τέλος, στην τριτοβάθμια

φροντίδα υγείας περιλαμβάνεται η άσκηση ποιοτικού ελέγχου της πρωτοβάθμιας και της δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας.

Η Ελλάδα χαρακτηρίζεται από νοτιοευρωπαϊκό, μικτό μοντέλο κράτους πρόνοιας. Αυτό περιλαμβάνει στοιχεία από το μοντέλο του Beveridge, ως προς τον τομέα της κρατικής χρηματοδότησης και στοιχεία του μοντέλου Bismarck, ως προς τον τομέα της κοινωνικής προστασίας και ασφάλισης (Delnoij, 2013). Η χρηματοδότηση του εθνικού συστήματος υγείας είναι μικτό. Οι βασικές του πηγές χρηματοδότησης είναι ο δημόσιος τομέας σε ποσοστό που ανέρχεται στο 60% περίπου και ο ιδιωτικός τομέας σε ποσοστό που ανέρχεται στο υπόλοιπο 40% (Αντωνοπούλου, 2002).

Ειδικότερα η χρηματοδότηση που προέρχεται από τον δημόσιο τομέα, προέρχεται από τον κρατικό προϋπολογισμό, μέσω της φορολογίας αλλά και του συστήματος της κοινωνικής ασφάλισης απ' τις εισφορές των εργαζόμενων και των εργοδοτών (διαΝΕΟσις, 2020.Αντωνοπούλου, 2002).



Εικόνα 1: Η χρηματοδότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Παπαδόπουλος, 2021).

Σύμφωνα με τον προϋπολογισμό για την υγεία, ο οποίος καθορίζεται κατόπιν συνεργασίας του Υπουργείου Οικονομικών και του Υπουργείου Υγείας, μέρος από τα έσοδα που συγκεντρώνονται απ' τη φορολογία των πολιτών, κατανέμονται σύμφωνα με τις ανάγκες που έχουν οι υγειονομικές περιφέρειες και κατά βάση τα νοσοκομεία και η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Τα έσοδα αξιοποιούνται κατά βάση για την περίθαλψη, τις προμήθειες αλλά και τις πληρωμές του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού (διαΝΕΟσις, 2020).

Οι εισφορές που καταβάλλει ο πληθυσμός προς τον εθνικό φορέα κοινωνικής ασφάλισης (ΕΦΚΑ) αλλά και τους άλλους ασφαλιστικούς φορείς, αποδίδονται στον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ). Επίσης, στον ΕΟΠΥΥ καταλήγουν οι επιχορηγήσεις που προέρχονται από το Υπουργείο Υγείας. Τα έσοδα που συλλέγονται, στη συνέχεια κατανέμονται στις συμβεβλημένες ιδιωτικές κλινικές, τα εργαστήρια, τα ιατρεία και τις συμβεβλημένες ιδιωτικές δομές. Η χρηματοδότηση των δημοτικών ιατρείων πραγματοποιείται από τον κρατικό προϋπολογισμό, τους δημοτικούς φόρους και σε κάποιες περιπτώσεις από ιδιωτική πρωτοβουλία (Παπαδόπουλος, 2021. Zilidis et al., 2015).

3.4 Χαρακτηριστικά του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα

Σύμφωνα με στοιχεία που δημοσιοποίησε ο ΟΟΣΑ και το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας (2019) το σύστημα υγείας που υιοθέτησε η χώρα μας από 2011 είναι εξαιρετικά συγκεντρωτικό και μικτό μοντέλο. Αυτό συνδυάζει τον ενιαίο φορέα ασφάλισης υγείας που αναλαμβάνει την είσπραξη των εισφορών, με την σημαντική χρηματοδότηση από την κυβέρνηση. Την διαχείριση του ενιαίου ταμείου ασφάλισης υγείας ανέλαβε ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ). Ο έντονος αναχρονιστικός και συγκεντρωτικός χαρακτήρας διοίκησης συμβάλλει σε σημαντικό στη μείωση της αποδοτικότητας του συστήματος. Στο κέντρο αυτού εντοπίζεται η έλλειψη συγκροτημένης διοίκησης αλλά και ο συχνός εναγκαλισμός αυτής με την «πελατειακή» πτέρυγα που έχει το πολιτικό σύστημα, που θεωρεί πως είναι πολιτικά απαράδεκτη η διοικητική συνέχεια. Η στάση που διατηρεί η διοικητική ιεραρχία στις προσπάθειες που γίνονται για την εισαγωγή των διαρθρωτικών αλλαγών είναι επιφυλακτική έως και αρνητική (διαΝΕΟσις, 2020).

Ο ΕΟΠΥΥ είναι Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου, που αποτελεί τον αγοραστή των υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας. Συστάθηκε με τον Νόμο 3918/2011 και ξεκίνησε τη

λειτουργία του 01/01/2012. Αρχικά την εποπτεία του είχε αναλάβει το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και στη συνέχεια μόνο το Υπουργείο Υγείας. Σκοπός του είναι η παροχή υπηρεσιών από έναν εθνικό ενιαίο φορέα. Προέκυψε από την ένωση ασφαλιστικών ταμείων και πιο συγκεκριμένα, από το ΙΚΑ, τον ΟΓΑ, τον ΟΑΕΕ, τον ΟΠΑΔ, το ΤΥΔΚΥ, το ΝΑΤ, το ΤΑΥΤΕΚΩ, τον ΕΤΑΑ, τον ΕΤΑΠ-ΜΜΕ και τον ΛΙΜΕΝΚΟ (Θεοδώρου και συν., 2020).

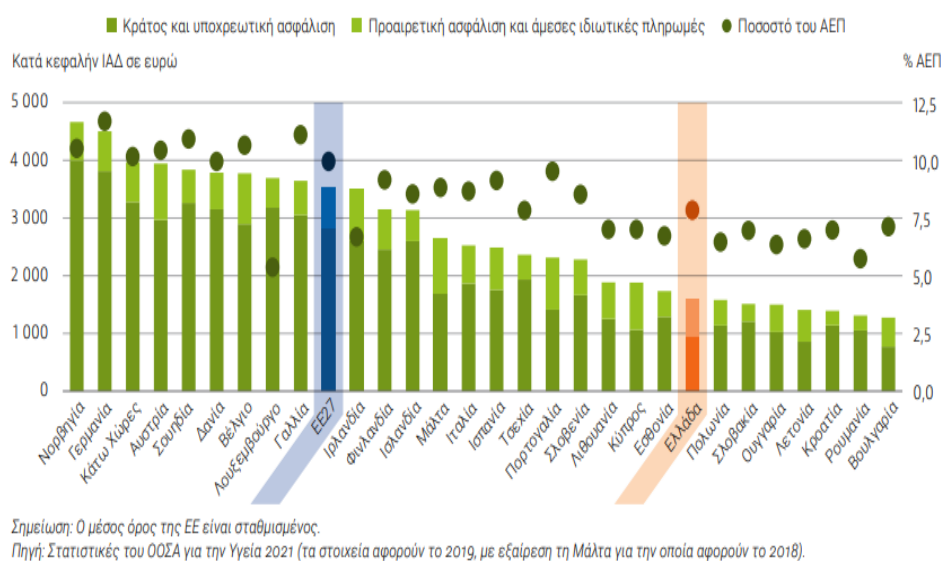
Βασική αποστολή του ΕΟΠΥΥ είναι η παροχή υπηρεσιών υγείας στα ενεργά μέλη, τους συνταξιούχους καθώς και τα μέλη που είναι εξαρτώμενα από την οικογένειά τους. Ακόμη, αναλαμβάνει τον επιχειρησιακό συντονισμό αλλά και τη συνεργασία ανάμεσα στις δημόσιες και ιδιωτικές μονάδες υγειονομικής περίθαλψης και τους επαγγελματίες υγείας. Στα πλαίσια αυτού του ρόλου περιλαμβάνεται η μεταρρύθμιση της ρυθμιστικής πολιτικής, η οποία αφορά την αποτελεσματικότητα και την ποιότητα, τον έλεγχο και τη διαχείριση της χρηματοδότησης και τέλος, τον ορθολογικό τρόπο χρήσης των πόρων που είναι διαθέσιμοι. Επιπρόσθετα, ορίζει τις προϋποθέσεις οι οποίες απαιτούνται για τη συμβατική δέσμευση με τους παρόχους της δημόσιας και της ιδιωτικής πρωτοβάθμιας αλλά και δευτεροβάθμιας περίθαλψης. Τέλος ο ΕΟΠΥΥ παρέχει βασικά ποσοτικά στοιχεία, τα οποία έχουν σχέση με τη διάρθρωση του κόστους, την εκτέλεση του προϋπολογισμού και τέλος, τα δημογραφικά στοιχεία των δικαιούχων (Θεοδώρου και συν., 2020).

Το 2016 επεκτάθηκε στην Ελλάδα η κάλυψη των υπηρεσιών που χρηματοδοτούνται από το κράτος υπηρεσιών, ώστε να συμπεριληφθούν πληθυσμιακές ομάδες που ήταν ανασφάλιστες. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας επιτρέπει την πρόσβαση σε ένα σύνολο παροχών, το οποίο περιλαμβάνει τη πρωτοβάθμια φροντίδα, τις διαγνωστικές εξετάσεις, την εξειδικευμένη ενδονοσοκομειακή και ενδονοσοκομειακή περίθαλψη. Από το 2012 θεσπίστηκε όριο στον αριθμό των επισκέψεων των ασθενών που λαμβάνουν αποζημίωση από τον ΕΟΠΥΥ, σαν προσπάθεια αντιμετώπισης της προκλητής ζήτησης. Σε κάποιες περιπτώσεις, η επιβολή αυτών των ορίων είχε ως αποτέλεσμα την καθυστέρηση αναζήτησης φροντίδας, την επιλογή εναλλακτικού παρόχου ή την απευθείας πληρωμή της επίσκεψης (ΟΟΣΑ & Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας, 2019. Xenos et al., 2017).

Ο τρόπος κατανομής των νοσοκομειακών καθώς και των πρωτοβάθμιων μονάδων δεν είναι σε θέση να ανταποκριθεί στις ανάγκες της υγείας αλλά και τις προσδοκίες που έχει ο πληθυσμός κάθε περιφέρειας. Ο χάρτης ως προς τις δομές του ΕΣΥ είναι σχεδόν αμετάβλητος και δεν παρατηρείται καμία αναπροσαρμογή στις ανάγκες υγείας που εμφανίζει

ο πληθυσμός καθώς και τα σύγχρονα τεχνολογικά δεδομένα. Ως αποτέλεσμα υπονομεύεται η υγειονομική αυτοδυναμία αρκετών περιφερειών και οι πολίτες υποχρεώνονται σε διαρκείς μετακινήσεις με σκοπό να αναζητήσουν φροντίδα. Επιπλέον, παράλληλα στερεί από τις δομές των αστικών κέντρων τη δυνατότητα να προγραμματίσει τη ζήτηση (διαΝΕΟσις, 2020. Xenos et al, 2017).

Στη χώρα μας οι δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν με αργούς ρυθμούς, όμως συνεχίζουν να κυμαίνονται σε πολύ χαμηλότερα επίπεδα σε σύγκριση με τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Συγκεκριμένα, για το 2019 η χώρα μας διέθεσε ποσοστό 7,8 % του ΑΕΠ στον τομέα της υγείας, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Ε.Ε. ήταν 9,9 %. Επίσης, οι κατά κεφαλήν δαπάνες υπολογίστηκαν ανήλθαν σε 1.603 ευρώ, ποσό που αντιστοιχεί στο μισό του μέσου όρου της Ε.Ε. (ΟΟΣΑ & Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας, 2019).



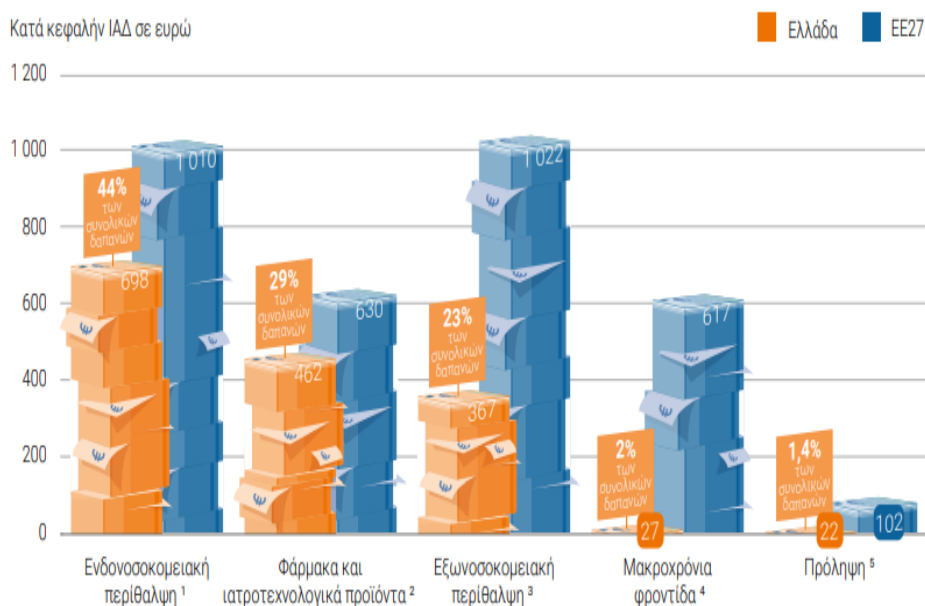
Εικόνα 2: Οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΟΟΣΑ & Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας, 2019).

Οι δαπάνες για την υγεία στη χώρα μας κυμαίνονταν σε χαμηλότερο επίπεδο από τον μέσο όρο της Ε.Ε. πάντα. Τα μέτρα όμως που αφορούσαν τη συγκράτηση του κόστους και της αποδοτικότητας και τα οποία θεσπίστηκαν έπειτα από την οικονομική κρίση που έλαβε χώρα το 2009, επέφεραν απότομες μειώσεις. Από το 2015 ωστόσο η τάση αυτή αντιστράφηκε, καθώς παρατηρήθηκαν μικρές αλλά σταθερές αυξήσεις στις δαπάνες. Ακόμη, η κατάσταση έκτακτης ανάγκης εξαιτίας της πανδημίας COVID-19 είχε ως αποτέλεσμα να

χορηγηθεί πρόσθετη χρηματοδότηση το 2020 για να στηριχθεί ο τομέας της υγείας (ΟΟΣΑ & Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας, 2019).

Παρατηρείται πως η χρηματοδότηση που δίνεται από το δημόσιο για τις συνολικές δαπάνες που αφορούν την υγεία κυμαινόταν σε ποσοστό 60 % για το 2019, που είναι αρκετά χαμηλότερο από τον μέσο όρο των χωρών της Ε.Ε. Πρακτικά αυτό σημαίνει πως ένα μεγάλο μέρος των δαπανών που αφορούν την υγεία καταβάλλεται από τα νοικοκυριά, ποσοστό 35 %, έχοντας τη μορφή των άμεσων ιδιωτικών πληρωμών. Σε αυτές περιλαμβάνονται η συμμετοχή των ασφαλισμένων κατά την αγορά των φαρμάκων και οι άμεσες πληρωμές για τις υπηρεσίες, οι οποίες που δεν συμπεριλαμβάνονται στη δέσμη των παροχών, οι επισκέψεις στους ιδιώτες ιατρούς, η νοσηλευτική περίθαλψη και τέλος, η οδοντιατρική περίθαλψη. Το μερίδιο των άτυπων πληρωμών αντιπροσωπεύει περισσότερο από το ένα τέταρτο των άμεσων ιδιωτικών πληρωμών (ΟΟΣΑ & Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας, 2019. WHO Regional Office for Europe, 2018).

Οι μειωμένες δαπάνες για την υγεία, κατά το έτος 2019, σήμαινε λιγότεροι κατά κεφαλήν πόροι για το σύνολο των υπηρεσιών του συστήματος υγείας, Ωστόσο ιδιαίτερα έντονη ήταν η διαφορά για τις δαπάνες της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και της μακροχρόνιας φροντίδας. Από το σύνολο των δαπανών που αφορούσαν την υγεία, ποσοστό 44% των αυτών διατέθηκαν για την ενδονοσοκομειακή περίθαλψη (ΟΟΣΑ & Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας, 2019).



Εικόνα 3: Δαπάνες στην Ελλάδα για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και μακροχρόνια φροντίδα (ΟΟΣΑ & Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας, 2021).

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί πως η χώρα μας χαρακτηρίζεται υψηλό αριθμό ιατρών και χαμηλότερο αριθμό νοσηλευτών (ΟΟΣΑ & Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας, 2019). Η εξασφάλιση επαρκούς αριθμού γενικών ιατρών αποτελεί μεγάλη πρόκληση για την επέκταση των Τοπικών Μονάδων Υγείας (TOMY) αλλά και των κέντρων υγείας, στα πλαίσια της μεταρρύθμισης που έχει ξεκινήσει από το 2017 (Myloneros & Sakellariou, 2021). Σκοπός αυτής είναι η αύξηση της πρόσβασης και η ενίσχυση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας προαγωγής της υγείας αλλά και πρόληψης στο επίπεδο της κοινότητας. Μακροπρόθεσμος στόχος είναι η δημιουργία ενός ολοκληρωμένου μοντέλου υγειονομικής περίθαλψης (ΟΟΣΑ & Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας, 2019).

3. Διοίκηση υπηρεσιών υγείας

3.1 Ορισμός διοίκησης υπηρεσιών υγείας

Η έννοια της διοίκησης περιγράφει τη διαδικασία με ιδιαίτερο τεχνικό και διαπροσωπικό χαρακτήρα, μέσα από την οποία καθορίζονται αλλά και επιτυγχάνονται οι στόχοι που ορίζουν οι οργανισμοί. Αυτή η μπορεί να περιγραφεί ως μία σχέση «εισροών – εκροών». Στα πλαίσια αυτής οι εισροές που αποτελούνται από τους ανθρώπινους πόρους, τους φυσικούς πόρους, τον τεχνικό εξοπλισμό, τις κτιριακές εγκαταστάσεις και την τεχνολογία μετασχηματίζονται με την συμβολή της διοίκησης στις επιθυμητές εκροές, οι οποίες είναι σε θέση να ικανοποιήσουν και εκπληρώσουν συγκεκριμένους στόχους (Τούντας, 2006).

Η έννοια της διοίκησης των υπηρεσιών υγείας περιγράφει τον δημιουργικό συνδυασμό της ηγετικής και της διοικητικής γνώσης και των ικανοτήτων, που εφαρμόζεται για να επιτευχθούν οι σκοποί της οργάνωσης, της διανομής αλλά και του συντονισμού των υπηρεσιών υγείας. Για την άσκηση αυτής ορίζεται ως προϋπόθεση η δημιουργία θετικού κλίματος εργασίας προκειμένου να παρέχεται ποιοτική και αποτελεσματική φροντίδα και να επιτυγχάνονται οι στόχοι του οργανισμού (Μερκούρης, 2010).

3.2 Αρχές διοίκησης των υπηρεσιών υγείας

Η υιοθέτηση ενός αποτελεσματικού μοντέλου διοίκησης αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την αποδοτική και ορθή λειτουργία ενός οργανισμού. Οι κύριες λειτουργίες της διοίκησης, προκειμένου να επιτευχθούν οι παραπάνω στόχοι είναι: ο προγραμματισμός - σχεδιασμός, η οργάνωση, η στελέχωση, ο συντονισμός, η υποκίνηση, ο έλεγχος και η εκχώρηση των αρμοδιοτήτων. Αναλυτικότερα, στο σχεδιασμό περιλαμβάνεται ο ορισμός των αντικειμενικών στόχων της υπηρεσίας και τα μέσα που θα χρησιμοποιηθούν για την επίτευξη των στόχων αυτών. Η λειτουργία του έχει μέσο – μακροπρόθεσμο χαρακτήρα, καθώς το σύνολο των πόρων και των παραγόντων είναι ευμετάβλητοι και ασταθείς. Κύριος στόχος είναι ο καθορισμός των γενικών πλάνων, τα οποία στη συνέχεια διαδίδονται στους εργαζόμενους και τους ενδιαφερομένους μέσω του διοικητή αλλά και όλου του διοικητικού προσωπικού (Πολύζος, 2014).

Ο διοικητής της αναλύει το σύνολο των σημαντικών γι' αυτόν περιοχών δράσης, όπως είναι οι ανάγκες των καταναλωτών, η ποιοτική ανάλυση του πληθυσμού, το διαθέσιμο ανθρώπινο δυναμικό και τις πληροφορίες. Συμβαδίζει και επιδεικνύει σεβασμό στο ευρύτερο πλαίσιο του οργανισμού, τη νοοτροπία και την κουλτούρα του. Συνεργάζεται άμεσα με τους διευθυντές από τα χαμηλότερα διοικητικά επίπεδα, οι οποίοι τις περισσότερες φορές έχουν γνώσεις για τα προβλήματα και τις τάσεις (Πολύζος, 2014).

Ο προγραμματισμός στο χώρο ενός δημόσιου νοσοκομείου κατέχει ιδιαίτερο ρόλο και μεγάλη βαρύτητα. Η υγεία είναι δημόσιο και κοινωνικό αγαθό, το οποίο δεν πρέπει να σχετίζεται με την οικονομική κατάσταση των πολιτών και τη κοινωνική τους θέση. Οι αρνητικές επιπτώσεις που απορρέουν από την αρρώστια στον ασθενή, την οικογένεια και το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο είναι σημαντικές. Η διαρκής εξέλιξη των δραστηριοτήτων που έχουν σχέση με την υγεία και τη στενότητα των διαθέσιμων πόρων, σε συνδυασμό με το ολοένα και αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών υγείας, μπορούν να επηρεάσουν με αρνητικό τρόπο τον σχεδιασμό του προγραμματισμού του νοσοκομείου. Τα στάδια που περιλαμβάνονται στον προγραμματισμό του νοσοκομείου είναι τα εξής:

- Η αξιολόγηση της υπάρχουσας κατάστασης. Γίνεται αναζήτηση των προβλημάτων και των αδυναμιών, σύμφωνα με τον κοινωνικό χαρακτήρα παροχής της υγείας.
- Η συλλογή και η επεξεργασία των στοιχείων. Το ολοκληρωμένο σχέδιο προγραμματισμού σχετίζεται με την ποιότητα αλλά και την ποσότητα των διαθέσιμων στοιχείων προς τη διοίκηση.
- Ο σχεδιασμός και η αναζήτηση ενδεδειγμένων λύσεων, που πραγματοποιείται έχοντας σε συνεργασία με τις διευθύνσεις των νοσοκομειακών τμημάτων.
- Η πραγματοποίηση τεχνικο-οικονομικής μελέτης και η έγκριση αυτής από το διοικητικό συμβούλιο, με την παράλληλη ενημέρωση του Υπουργείου Υγείας.
- Η διαρκής αξιολόγηση του προγραμματισμού, που περιλαμβάνει την ενημέρωση του διοικητικού συμβουλίου αναφορικά με την πορεία, τις επιπτώσεις αλλά και τις αλλαγές στην εφαρμογή του προγράμματος (Πολύζος, 2014).

Καθώς ο προγραμματισμός των δημόσιων νοσοκομείων εντάσσεται στον κεντρικό υγειονομικό προγραμματισμό, οι αντικειμενικοί σκοποί και στόχοι τους πρέπει να εναρμονίζονται απολύτως με τους σκοπούς αλλά και τους στόχους που ορίζει η κεντρική εξουσία. Ωστόσο η ύπαρξη καλού σχεδιασμού-προγραμματισμού θα περιόριζε τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ένα νοσοκομείο. Είναι ανύπαρκτος ο σχεδιασμός-

προγραμματισμός ως διαρκής, συστηματική και οργανωμένη λειτουργία. Σημαντικός παράγοντας που οδηγεί σε αυτό, είναι ο κοινωνικός χαρακτήρας που έχει η παροχή των υπηρεσιών υγείας. Κατά τη λειτουργία της οργάνωσης, ο διοικητής μεθοδεύει και οργανώνει όλους τους φυσικούς πόρους, τα υλικά και το ανθρώπινο δυναμικό, προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι που έχουν οριστεί. Μέσω αυτής επιδιώκεται η εξασφάλιση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας. Ειδικότερα, ο όρος «αποτελεσματικότητα» περιγράφει κάθε θετική ενέργεια που συμβάλλει στον ομαλό τρόπο επίτευξης των σκοπών και των στόχων. Ενώ ο όρος «αποδοτικότητα» αναφέρεται στην επίτευξη των στόχων, έχοντας το ελάχιστο δυνατό κόστος (Πολύζος, 2014).

Άλλη σημαντική αρχή οργάνωσης της μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας είναι η στελέχωση. Ο όρος αυτός αναφέρεται στην πρόσληψη των κατάλληλων ατόμων, ώστε να καλυφθούν οι θέσεις εργασίας και κατά συνέπεια να υπάρξει βελτίωση στην αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα του νοσοκομείου. Ανάμεσα στους λόγους που οδηγούν στην αποθάρρυνση και εξουθένωση των εργαζομένων σε μία μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνεται ο υπερβολικός φόρτος της εργασίας, η απουσία αυτονομίας, οι χαμηλές αμοιβές, η απουσία σχέσεων και δικαιοσύνης, οι συγκρούσεις αξιών και τέλος, η απουσία συντονισμού. Γίνεται αντιληπτό πως ο διοικητής είναι απαραίτητο να προχωρήσει στην οριοθέτηση των δράσεων των εργαζομένων και τη δημιουργία του κατάλληλου κλίματος, ώστε να μειωθούν οι διαφωνίες και οι αντιπαραθέσεις μεταξύ των ατόμων (Πολύζος, 2014).

Ο συντονισμός ή διεύθυνση αναφέρονται στο σύνολο των συνειδητών προσπαθειών για τον συγχρονισμό των δραστηριοτήτων αλλά και των συμμετεχόντων, προκειμένου να λειτουργήσουν με αρμονικό τρόπο και να επιτευχθούν οι στόχοι του νοσοκομείου. Ο διοικητής στοχεύει στον ομαλό συνδυασμό των λειτουργιών αλλά και των δυνάμεων των τμημάτων που περιλαμβάνει το νοσοκομείο, για να υλοποιηθούν οι προκαθορισμένοι στόχοι, έχοντας περιορισμένες τριβές και αυξημένο βαθμό αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας. Οι δραστηριότητες του διοικητή μπορούν να περιγραφούν ως προληπτικές, διορθωτικές, προαγωγικές ή ρυθμιστικές. (Πολύζος, 2014).

Η αρχή της υποκίνησης επίσης σχετίζεται με την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων. Ειδικότερα, ο διοικητής οφείλει να υποκινεί το προσωπικό με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, προκειμένου εκείνοι να πετύχουν μεγαλύτερο βαθμό παραγωγικότητας ή καλύτερη ποιότητα εργασίας. Είναι απαραίτητο ο διοικητής πρώτα απ' όλα να ορίζει με σαφή τρόπο τα όρια και

τους στόχους της εργασίας, ώστε να καταφέρει την θετική υποκίνηση των εργαζομένων. Επίσης, θα πρέπει να βρίσκεται κοντά στους εργαζόμενους και να επικοινωνεί μαζί τους, για να καταφέρει να συνειδητοποιήσει όσο γίνεται καλύτερα πώς αισθάνονται αλλά και σκέφτονται εκείνοι (Τούντας, 2006), τις ανάγκες και τις επιθυμίες τους. Έτσι θα μπορέσει να περιορίσει ότι τους εμποδίζει ή τους αποπροσανατολίζει. Στα μέσα που χρησιμοποιούνται για την επίτευξη της υποκίνησης περιλαμβάνονται οι επιτυχίες, η προαγωγή των εργαζομένων, η αναγνώριση, η δυνατότητα να εξελίσσονται και η αύξηση του εύρους ευθύνης (Πολύζος, 2014).

Η αρχή του ελέγχου αφορά τη ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, προκειμένου αυτές να βελτιώνονται διαρκώς. Μπορεί να επιτευχθεί μέσω υιοθέτησης της φιλοσοφίας διαρκούς βελτίωσης αλλά και αναδόμησης των διαδικασιών, ώστε να δίνεται έμφαση στις ανάγκες που έχουν οι πελάτες-ασθενείς. Γίνεται εκτίμηση εκ νέου των στόχων, της αποστολής αλλά και του οράματος που έχει το νοσοκομείο. Συνήθως, η διαδικασία του ποιοτικού ελέγχου περιλαμβάνει την παρακολούθηση μιας συγκεκριμένης διαδικασίας και την καταγραφή των πιθανών αποκλίσεων από τα αποτελέσματα που αναμένονται (Πολύζος, 2014).

Είναι σημαντικό να κατανοήσει τόσο ο διοικητής όσο και οι εργαζόμενοι πως ο έλεγχος δεν είναι μια αρνητική διαδικασία, αλλά μια θετική, λογική και δυναμική διαδικασία. Μέσω αυτής μπορεί να γίνει αξιολόγηση των πράξεων όλων των εργαζομένων και παράλληλα, προχωρήσουν στη λήψη νέων μέτρων για τη βελτίωση της συμπεριφοράς των ατόμων. Βασιζόμενος στις μετρήσεις και τα αποτελέσματα που προκύπτουν, ο διοικητής προχωρά στην αναδιάρθρωση των σχεδίων και τη λήψη νέων αποφάσεων για το μέλλον. Αυτά που μελετώνται, εξετάζονται και αναλύονται είναι ο καθορισμός των προτύπων απόδοσης, η μέτρηση της απόδοσης, η σύγκριση ανάμεσα στα πρότυπα και την απόδοση και τέλος, η ανατροφοδότηση και η διορθωτική πράξη. Σύμφωνα με τον χρόνο πραγματοποίησης του ελέγχου, γίνεται διάκριση τριών διαφορετικών τύπων ελέγχου. Αυτοί είναι ο προκαταρκτικός έλεγχος, ο έλεγχος κατά τη διαδικασία και τέλος, ο έλεγχος των αποτελεσμάτων (Πολύζος, 2014).

Τέλος, η αρχή εκχώρησης των αρμοδιοτήτων, αναφέρεται στη διαδικασία εκείνη κατά την οποία ο διοικητής του νοσοκομείου παραχωρεί μέρος από τις αρμοδιότητές του σε άλλου εργαζόμενους, ενώ ο ίδιος διατηρεί τη συνολική ευθύνη. Μέσα από τη διαδικασία αυτή οι εργαζόμενοι σε άλλα διοικητικά επίπεδα, αναλαμβάνουν μέρος της ευθύνης για να επιτευχθούν οι στόχοι που έχουν τεθεί (Πολύζος, 2014).

3.3 Τρόπος διοίκησης ελληνικών νοσοκομείων

Τα σημερινά ελληνικά νοσοκομεία τα οποία είναι ενταγμένα σ' ένα σύνθετο σύστημα υγείας, έχουν την υποχρέωση παροχής ενός διαφοροποιούμενου φάσματος υπηρεσιών υγείας. Η στενότητα των πόρων, το αυξημένο κόστος και η διαρκώς αυξημένη ζήτηση αλλά και οι απαιτήσεις για την ποιότητα, κάνουν επιτακτική την ανάγκη υιοθέτησης ενός συστήματος διαχείρισης-διοίκησης για να αντιμετωπιστούν οι προκλήσεις και οι μεταβολές αλλά και για να επιτευχθούν οι στόχοι που έχουν οριστεί. Από τη μία ο αυξημένος βαθμός κρατικής παρέμβασης και η αδυναμία των ασθενών από την άλλη, να λάβουν οι ίδιοι αποφάσεις αναφορικά με την υγεία τους είναι οι κύριοι παράγοντες που επιδρούν σε σημαντικό βαθμό στην οργάνωση αλλά και τη διοίκηση των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων. Η πιο συνηθισμένη μορφή άσκησης της διοίκησης τους είναι ο κάθετος και ιεραρχικός τρόπος, στα πλαίσια του οποίου λαμβάνονται αποφάσεις από τα ανώτερα κλιμάκια. Στη συνέχεια αυτές κοινοποιούνται προς τους υφιστάμενους φορείς σύμφωνα με την ιεραρχία που χαρακτηρίζει τα νοσοκομεία (Μπουρσανίδης, 2020. Πολύζος και συν., 2004).

Οι δραστηριότητες των ποικίλων ειδικοτήτων των νοσοκομειακών ιατρών και του υπόλοιπου διαφορετικού επιπέδου εκπαίδευσης του παραϊατρικού προσωπικού, τα οποία αναπτύσσονται στο νοσοκομείο εμφανίζουν διαφορές σε σημαντικό βαθμό. Δεν πραγματοποιείται ανάπτυξη του προσωπικού, καθώς η διαδικασία για την πρόσληψη εξασφαλίζει την αντικειμενικότητα, ενώ απουσιάζει η επαγγελματική επάρκεια. Ταυτόχρονα όμως, αυτοί που ασκούν διοίκηση δε δίνουν βαρύτητα στη λειτουργία του υγειονομικού συστήματος αλλά στο οικονομικό σκέλος, δείχνοντας αδιαφορία για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται (Ζαβλανός, 1996).

Όπως επισημαίνουν οι Μπιτσάνη (2006), Παγκάκης (2002) και Μακρυνδημήτρης (1999) η διοίκηση των δημόσιων νοσοκομείων της χώρας έχει επηρεαστεί από το γραφειοκρατικό μοντέλο διοίκησης. Στις συνέπειες αυτού περιλαμβάνονται τα φαινόμενα του διαρθρωτικού κατακερματισμού, η απουσία συντονισμού, η σύγχυση των αρμοδιοτήτων, η δυσαρέσκεια που έχει το κοινό, η λανθασμένη γραφειοκρατική νοοτροπία, η απουσία εμπιστοσύνης, η ύπαρξη πελατειακών σχέσεων, ο φόβος για εκσυγχρονισμό, η τάση αδιαφάνειας και η περιορισμένη αξιοποίηση των ανθρωπίνων πόρων. Όλα τα παραπάνω,

όπως οι ίδιοι αναφέρουν, καθιστούν επιτακτική και αναγκαία την πραγματοποίηση αλλαγών στον τρόπο που διοικούνται τα σύγχρονα ελληνικά νοσοκομεία.

Τα νοσοκομεία λειτουργούν υπό την απόλυτη εξουσία του Υπουργείου Υγείας, ενώ οι διοικητές τους έχουν τον ρόλο των απλών εκτελεστών των οδηγιών που δίνονται από το Υπουργείο. Οι προσλήψεις, τα καθήκοντα του προσωπικού, η μισθοδοσία και άλλες λειτουργίες αποφασίζονται εκτός νοσοκομείων, δίχως να υπάρχει ουσιαστική παρέμβαση αυτών. Ο ασφυκτικός βαθμός εξάρτησης από το Υπουργείο Υγείας δεν αφήνει στη διοίκηση περιθώρια ανάπτυξης πρωτοβουλιών και λήψης μέτρων που συμβάλλουν στην εύρυθμη λειτουργία του νοσοκομείου (Golna et al., 2004).

Επιπλέον, παρατηρείται η απουσία κινήτρων για την εξοικονόμηση πόρων (Αλετράς και συν., 2002, Filder et al., 2006). Η δε λειτουργία τους στηρίζεται σ' ένα σύστημα ρυθμίσεων και κανόνων που αποτελούν οδηγούς ή επίσημα όρια για το σύνολο των καθημερινών πράξεων και ενεργειών του προσωπικού. Για την παροχή εξειδικευμένων καθηκόντων εντός του νοσοκομείου έχει γίνει καταμερισμός και εξειδίκευση των εργασιών, μέσω των γραπτών περιγραφών των εργασιών και των καθηκόντων. Ακόμη, ακολουθούνται γραπτές διαδικασίες για αρκετές λειτουργίες και πράξεις, όπως τη περίθαλψη και τη νοσηλεία, δίχως όμως την ύπαρξη αποτελεσματικών μηχανισμών ελέγχου των διαδικασιών αυτών (Economou, Kaitelidou, Karanikolos & Maresso, 2017).

Η διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού χαρακτηρίζεται ως «αναχρονιστική» και από την απουσία αποτελεσματικών μηχανισμών ανάπτυξης, υποκίνησης και αξιολόγησης. Οι εργαζόμενοι αντιμετωπίζονται κατά κύριο λόγο σαν παραγωγοί των αποτελεσματικών υπηρεσιών υγείας και όχι σαν άτομα που έχουν φιλοδοξίες και ανάγκες. Οι ευκαιρίες για επαγγελματική ανέλιξη είναι περιορισμένες και επιπλέον το προσωπικό εργάζεται με καθορισμένο και ανελαστικό μισθολόγιο, το οποίο βασίζεται στα χρόνια υπηρεσίας και όχι στην αποδοτικότητα, τα προσόντα, την πρωτοβουλία και το επαγγελματικό ενδιαφέρον. Η εξουσία είναι συγκεντρωμένη στα ανώτερα ιεραρχικά επίπεδα και μεταφέρεται προς τα κάτω ακολουθώντας μία αλυσίδα εντολών (Μπουρσανίδης, 2020. Σουλιώτης, 2019).

Ιεραρχική διάρθρωση συναντάται επίσης στις τέσσερις υπηρεσίες που διαθέτει το νοσοκομείο, δηλαδή τη διοικητική, την ιατρική, τη νοσηλευτική και την τεχνική. Το σύνολο των υπηρεσιών ακολουθεί τις γενικές αρχές, δηλαδή τους κανονισμούς και τις διαδικασίες, οι οποίες ορίζονται από το Υπουργείο Υγείας και εφαρμόζονται σε τοπικό επίπεδο από την διοίκηση του νοσοκομείου. Αυτές οι τέσσερις υπηρεσίες είναι υποχρεωμένες στη μεταξύ

τους συνεργασία, την επικοινωνία, την κατανόηση και τη λειτουργική διασύνδεση, προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι του νοσοκομείου (Μπουρσανίδης, 2020).

Για την αποτελεσματική και αποδοτική λειτουργία του νοσοκομείου κάθε προϊστάμενος πρέπει να αναπτύσσει συνεργασίες με τους υφισταμένους του, προκειμένου να εξασφαλίσει πως θα ολοκληρωθούν οι εργασίες σύμφωνα με τα σχέδια που έχουν καταρτιστεί. Κάθε μορφή μεταβίβασης της εξουσίας και εκχώρησης των αρμοδιοτήτων σε υφιστάμενους, δεν οδηγεί στην απαλλαγή του προϊσταμένου από την ευθύνη που έχει ως προς τον έλεγχο των δραστηριοτήτων που μεταβιβάζει, αλλά και την άμεση εποπτείας των υφισταμένων και των δραστηριοτήτων που λαμβάνουν χώρα στο σύνολο των τμημάτων του νοσοκομείου (Μπουρσανίδης, 2020).

3.4 Αποτελεσματική διοίκηση

Στις κύριες ευθύνες και αρμοδιότητες του επιτυχημένου διοικητή μιας νοσοκομειακής μονάδας περιλαμβάνεται η παρακίνηση και υποκίνηση όλου του προσωπικού, διοικητικού, ιατρικού, νοσηλευτικού και τεχνικού (Θανάσας & Χαραλάμπους, 2016), δηλαδή η εύρεση των παραγόντων που κάνουν τους εργαζόμενους να δραστηριοποιηθούν και να ενεργοποιήσουν τις δυνάμεις που ασκούν επιρροή στην συμπεριφορά των ανθρώπων, με απώτερο στόχο να βελτιωθεί η ποσότητα και η ποιότητα της εργασίας που προσφέρεται (Μπουραντάς, 2002).

Οι Θανάσας και Χαραλάμπους (2016) υποστηρίζουν επίσης πως ο επιτυχημένος διοικητής των μονάδων υγείας έχει την υποχρέωση υλοποίησης σωστού προγραμματισμού, καθορισμού των στόχων και οργάνωσης των υφισταμένων υπηρεσιών με λειτουργικό τρόπο και παραχωρώντας αρμοδιότητες σε κάθε στέλεχος σύμφωνα με τις πραγματικές του ικανότητες αλλά και γνώσεις. Επιπλέον, αναλαμβάνει τον συντονισμό κάθε βήματος που περιλαμβάνουν οι δραστηριότητες και την προσφορά κινήτρων στους υφισταμένους του για την αύξηση της αποτελεσματικότητας και της παραγωγικότητάς τους. Βέβαια πέρα από τον προγραμματισμό και τον συντονισμό, είναι καθημερινά απαραίτητος ο έλεγχος της απόδοσης που σημειώνει κάθε εργαζόμενος ξεχωριστά, προκειμένου να εξασφαλιστεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο η επίτευξη των στόχων που ορίζονται σε κάθε μονάδα υγείας (Μπουραντάς, 2002).

Όπως υποστηρίζουν οι Liang et al. (2013) αρκετές έρευνες επιχείρησαν να δώσουν απαντήσεις για τα χαρακτηριστικά που καθιστούν τους διοικητές των μονάδων υγείας

ικανούς και αποτελεσματικούς. Για τους Appelbaum και Wohl (2000) είναι αναγκαίο τα ανώτερα διευθυντικά στελέχη των μονάδων υγείας να χαρακτηρίζονται από ηγετικές αλλά και διοικητικές ικανότητες, ώστε να μπορούν να διαχειρίζονται επιτυχώς τις μεταβολές που λαμβάνουν χώρα κάθε φορά. Ειδικότερα, θα πρέπει να χαρακτηρίζονται από ικανότητα διαχείρισης των αλλαγών που επιβάλλονται και των ποικίλων πόρων που διαθέτει η μονάδα υγείας, άριστη γνώση του περιβάλλοντος υγειονομικής περίθαλψης, ικανότητες να λαμβάνουν τεκμηριωμένες αποφάσεις, ικανότητες διαπροσωπικής επικοινωνίας και τέλος, διαχείρισης διαπροσωπικών σχέσεων.

Μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τους Kallhor et al. (2016) στο Ιράν είχε ως αντικείμενο τη διερεύνηση της άποψης διοικητών των νοσοκομείων στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα αναφορικά με τις πέντε κύριες διοικητικές ικανότητες και ειδικότερα, με τη διαχείριση ανθρώπινων σχέσεων, την αποτελεσματικότητα ως προς την παροχή των υπηρεσιών υγείας, τη διαχείριση των ικανοτήτων τους, τις δεξιότητες που έχουν σχέση με το αντικείμενο εργασίας τους, το στρατηγικό σχεδιασμό και τέλος, τη διοίκηση του ιδρύματος που υπηρετούν. Από τα δεδομένα που συγκεντρώθηκαν διαπιστώθηκε υψηλότερη βαθμολόγηση στους άνδρες διοικητές των νοσοκομείων σε σύγκριση με τις γυναίκες και σε εκείνους που παρακολούθησαν σεμινάρια αναφορικά με τη διοίκηση μονάδων υγείας ή το πτυχίο τους ήταν στον τομέα αυτόν. Ακόμη, τόσο στην έρευνα αυτή όσο και σε αυτή που πραγματοποίησε ο Pillay (2008), οι διοικητές στα ιδιωτικά νοσοκομεία θεωρούσαν πως ήταν περισσότερο αποτελεσματικοί και ικανοί στους περισσότερους τομείς της διοίκησης σε σύγκριση με τους συναδέλφους τους που απασχολούνταν στον δημόσιο τομέα.

Οι Mercer et al. (2018), οι Figueroa et al. (2019) και οι Reich et al. (2016) κατέληξαν στο συμπέρασμα πως σε οργανωτικό επίπεδο, η κύρια πρόκληση που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι διοικητές των νοσοκομειακών ιδρυμάτων είναι ο επιτυχής τρόπος διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού.

Η μελέτη της Σταμάτη (2015) στην Ελλάδα είχε ως αντικείμενο τις ηγετικές ικανότητες που διαθέτουν οι διοικητές των δημόσιων νοσοκομείων της χώρας. Από τα δεδομένα που συγκεντρώθηκαν διαπιστώθηκε πως για τα διοικητικά στελέχη που βρίσκονται σε ανώτερες θέσεις είναι σε μεγαλύτερο βαθμό επιθυμητές οι ηγετικές ικανότητες, που αποτελούν βασικό προσόν για να αυξηθεί η αποδοτικότητα των εργαζομένων στα νοσοκομεία. Ακόμη, σημαντικές θεωρούν τις ικανότητες επικοινωνίας και διαχείρισης των σχέσεων με το λοιπό προσωπικό, τον καθολικό τρόπο εφαρμογής των προγραμμάτων που

προσδιορίζουν την αποτελεσματικότητα κάθε νοσοκομείου και τέλος, την αναγνώριση των προσπαθειών που πραγματοποιεί το σύνολο των εργαζομένων.

Σύμφωνα με τον Busari (2012) στις χώρες της Ευρώπης, τόσο το περιεχόμενο όσο και οι απαιτήσεις που έχει η ηγεσία και οι διοικήσεις των μονάδων υγείας στο σύνολο των βαθμίδων, διαφοροποιούνται διαρκώς εξαιτίας των προκλήσεων με τις οποίες βρίσκεται αντιμέτωπος ο συγκεκριμένος τομέας. Σε αυτές περιλαμβάνονται οι μεταρρυθμίσεις στις υπηρεσίες υγείας που χαρακτηρίζουν τους φορείς αυτούς, οι διαρκώς αυξανόμενες απαιτήσεις για βελτίωση της απόδοσης και σύγκριση αυτής της με την απόδοση των υπόλοιπων φορέων υγείας, οι ολοένα και περισσότερο αυξημένες απαιτήσεις των ασθενών, τα ζητήματα που αφορούν την ενσωμάτωση των ενιαίων κανόνων περίθαλψης και τέλος, η διασυννοριακή ισότιμη παροχή φροντίδας υγείας στο σύνολο των βαθμίδων. Ταυτόχρονα, οι απαιτήσεις που έχει η νέα γενιά των εργαζομένων στις υπηρεσίες υγείας εμφανίζουν έντονες διαφορές από αυτές που είχαν οι προηγούμενες γενιές. Αυτό σημαίνει πως το νέο εργατικό δυναμικό έχει την απαίτηση μιας καινοτόμου διαχειριστικής προσέγγισης (Coulter & Faulkner, 2014).

Οι Pihlainen et al. (2016) πραγματοποίησαν συστηματική ανασκόπηση, προκειμένου να περιγράψουν τα χαρακτηριστικά που είναι σημαντικό να διαθέτουν τα ανώτερα στελέχη αλλά και οι διοικητές των μονάδων της τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας κατά την άσκηση των καθηκόντων τους. Κατέληξαν στο συμπέρασμα πως σε αυτά περιλαμβάνονται η ικανότητα για ορθή διαχείριση του χρόνου, του στρατηγικού σχεδιασμού, των διαπροσωπικών σχέσεων και τέλος, του ανθρώπινου δυναμικού. Ακόμη, διαπίστωσαν πως είναι απαραίτητη η παροχή κινήτρων στους εργαζόμενους και η διαρκής ενημέρωσή τους αναφορικά με το έργο που καλούνται να επιτελέσουν.

Από πιο πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση που πραγματοποίησαν οι Kakeman et al. (2020), διαπιστώθηκε πως στις κύριες ικανότητες που πρέπει να διαθέτει ένας διοικητής περιλαμβάνεται η λήψη αποφάσεων που να βασίζονται σε στέρεα δεδομένα αλλά και αποδείξεις, η επαρκής και αποτελεσματική διαχείριση όλων των πόρων (ανθρώπινων και υλικών) που έχει στη διάθεσή του, η πολύ καλή γνώση του περιβάλλοντος των υπηρεσιών υγείας και ειδικότερα του οργανισμού που διοικεί και η ικανότητα ανάπτυξης επικοινωνίας και διαπροσωπικών σχέσεων. Επιπλέον, είναι σημαντικό να διαθέτει ηγετικές ικανότητες προκειμένου να μπορεί να ασκήσει αποτελεσματική διοίκηση της μονάδας του, εμπνέοντας όσους εργάζονται σε αυτή. Επιπρόσθετα, να επιδεικνύει επαγγελματισμό, να μπορεί να αλλάζει αλλά και να προσαρμόζεται στις διαρκείς μεταβολές που λαμβάνουν χώρα στον

τομέα της υγείας. Για τη συγκεκριμένη ερευνητική ομάδα, οι παραπάνω ικανότητες μπορούν να λειτουργήσουν ως κατευθυντήριες οδηγίες για να εκπαιδευτούν τα στελέχη, τα οποία πρόκειται να καλύψουν ανώτερες θέσεις στις μονάδες υγείας.

5. Στατιστική ανάλυση: Περιγραφή μεθόδων-Αποτελέσματα

5.1 Περιγραφή μεθόδων στατιστικής ανάλυσης

Όταν πρόκειται για μεταβλητότητα δεδομένων, απαιτούνται στατιστικές διαδικασίες. Η διαχείριση τεράστιων ποσοτήτων δεδομένων με εγγενή πολυπλοκότητα είναι συχνή στη μελέτη των αντιλήψεων ή/και των ατομικών χαρακτηριστικών των ανθρώπων που ασχολούνται με την παροχή υπηρεσιών.

Το πιο δημοφιλές λογισμικό για την εφαρμογή διαφόρων στατιστικών προσεγγίσεων που αναπτύχθηκε ως απάντηση στην ευρεία χρήση των στατιστικών σε πολλούς κλάδους και επιτρέπει τη συλλογή πληροφοριών που μπορούν στη συνέχεια να αναλυθούν για να εξαχθούν συμπεράσματα είναι το SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

Όταν υπάρχει μεγάλο σύνολο δεδομένων ή χρησιμοποιούνται διαδικασίες με υψηλό βαθμό πολυπλοκότητας, απαιτείται ένα υπολογιστικό στατιστικό πακέτο. Υπάρχουν πολλές επιλογές για λογισμικό ανάλυσης στατιστικών δεδομένων, αλλά το SPSS είναι από τα πιο δημοφιλή και απλά.

Αυτό το συμπέρασμα μπορεί να αφορά τον προσδιορισμό πιο περίπλοκων ελέγχων και εκτιμήσεων παραμέτρων ή μπορεί να αφορά την εξαγωγή πιο απλών περιγραφικών μέτρων (δείκτες). Δεν είναι πρακτικό ούτε θεμιτό να εξαντληθεί το θέμα αφού συγκεντρωθεί η κατάλληλη ποσότητα δεδομένων, αφού τότε είναι προσβάσιμο σχεδόν όλο το φάσμα των στατιστικών (εκατοντάδες δείκτες, έλεγχοι κ.λπ.). Ως αποτέλεσμα, αυτή η ενότητα θα εισαγάγει μερικές από τις μεθόδους περιγραφικής στατιστικής που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την απόκτηση πληροφοριών σχετικά με τα δεδομένα που δίνονται εδώ.

5.1.1 Βασικά γραφήματα

Τα διαγράμματα είναι συχνά πιο ωφέλιμα από τους ελέγχους, ιδιαίτερα όταν δεν περιοριζόμαστε από αυστηρές απαιτήσεις τεκμηρίωσης και ενδιαφερόμαστε περισσότερο για ένα περιγραφικό είδος αναφοράς. Συχνά, μια επιθεώρηση ορισμένων διαγραμμάτων δείχνει συνδέσεις που δεν είχαμε προβλέψει, οδηγώντας σε στατιστικές δοκιμές αργότερα. Το είδος

του διαγράμματος που χρησιμοποιούμε καθορίζεται από το συμπέρασμα που θέλουμε να βγάλουμε και τις μεταβλητές (Field, 2009).

1. Γράφημα διασποράς: Όταν τα δεδομένα είναι τύπου κλίμακας, είναι η απλούστερη διαγραμματική αναπαράσταση των δεδομένων. Όταν ο αριθμός των μετρήσεων είναι μεγάλος, η ανάλυση είναι πιθανό να χάνει την διακριτικότητα της, καθώς είναι γεμάτη με ολόκληρες μαύρες περιοχές των οποίων η πυκνότητα δεν μπορεί να προσεγγιστεί. Ένα διάγραμμα διασποράς μπορεί να είναι δισδιάστατο ή τρισδιάστατο.
2. Ιστόγραμμα: Το ιστόγραμμα είναι ένα γράφημα που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να προσδιοριστεί πώς κατανέμεται μια τυχαία μεταβλητή. Ισχύει μόνο για ποσοτικές μεταβλητές.
3. Γράφημα ράβδων: Ένα γράφημα ράβδων είναι ένας καλός τρόπος για να εμφανίσετε οπτικά δεδομένα κατηγορίας. Ο οριζόντιος άξονας εμφανίζει τις κατηγορίες κάθε μεταβλητής, ενώ ο κάθετος άξονας εμφανίζει τις απόλυτες ή ποσοστιαίες συχνότητες που σχετίζονται με κάθε κατηγορία μιας μεταβλητής. Το γράφημα πίτας είναι ένα γράφημα παρόμοιο με το ραβδόγραμμα.
4. Box Plot: Το διάγραμμα πλαισίου είναι ένα γραφικό που απεικονίζει το εύρος των τεταρτημορίων σε ένα σύνολο δεδομένων. Το ιστόγραμμα μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την πρόβλεψη της μορφής της διανομής δεδομένων σε μια πολύ «χονδρική» προσέγγιση.
5. Διάγραμμα σφαλμάτων: Αυτό το διάγραμμα εμφανίζει τη μέση τιμή για κάθε μεταβλητή (πολλές μεταβλητές ενδέχεται να εμφανίζονται ταυτόχρονα) καθώς και ένα διάστημα εμπιστοσύνης για αυτήν τη μεταβλητή. Το διάστημα εμπιστοσύνης υπολογίζεται χρησιμοποιώντας τη διασπορά.

Τα παραπάνω γραφικά παρέχουν μια πρώτη επισκόπηση και χρησιμοποιήσιμη αναπαράσταση των δεδομένων. Ακολουθεί μια σειρά εξαγωγικών περιγραφικών μετρήσεων (Mandel, 2012).

5.1.2 Μετρήσεις θέσης και διασποράς

- Μέση τιμή: Αυτή είναι μια μέτρηση για την κατάταξη. Ο μέσος όρος, μαζί με τη διακύμανση ή/και το ιστόγραμμα, θα πρέπει να εξεταστεί.

- Διακύμανση: Είναι ένα μέτρο της διασποράς των τιμών μιας μεταβλητής. Είναι μια ένδειξη που δεν «λέει πολλά» από μόνη της, αλλά είναι ένας παράγοντας που λαμβάνεται υπόψη, με τη μέση τιμή.
- Εύρος: Είναι ένας βασικός δείκτης διασποράς που μπορεί να αποκαλύψει πολλά, ιδιαίτερα όταν είναι μικρή η τιμή του.

5.1.3 Τα απαιτούμενα στατιστικά περιγραφικά μέτρα και διαγράμματα κατά περίπτωση

Για ποσοτικά δεδομένα με κανονική κατανομή:

- Οι μετρήσεις περιλαμβάνουν τη μέση τιμή, την τυπική απόκλιση και τη διακύμανση.
- Ιστόγραμμα, Θηκόγραμμα

Όταν ασχολούμαστε με ποσοτικά δεδομένα χωρίς κανονική κατανομή:

- Οι μετρήσεις περιλαμβάνουν τη διάμεση τιμή, το εύρος, τις ακραίες τιμές και το εύρος των διατεταρτημορίων.
- Ιστόγραμμα, θηκόγραμμα

Στην περίπτωση κατηγορικών δεδομένων:

- Πίνακας συχνοτήτων ως μέτρο
- Διαγράμματα: Διάγραμμα ράβδων συχνότητας ή γράφημα πίτας.

5.1.4 Συντελεστές συσχέτισης

Οι συντελεστές που φαίνονται παρακάτω παραπέμπουν στη γραμμική σύνδεση που μπορεί να υπάρχει μεταξύ των δύο μεταβλητών. Με άλλα λόγια, μπορούν να αναγνωρίσουν μόνο γραμμικές σχέσεις. Πιθανές τιμές ενός συντελεστή συσχέτισης είναι μεταξύ -1 και +1. Η παρουσία αρνητικής γραμμικής συσχέτισης υποδεικνύεται από αρνητικές τιμές του συντελεστή γραμμικής συσχέτισης δύο μεταβλητών. Με άλλα λόγια, οι υψηλότερες τιμές μιας μεταβλητής τείνουν να συσχετίζονται με χαμηλότερες τιμές της άλλης. Οι τιμές των θετικών συντελεστών γραμμικής συσχέτισης δείχνουν ότι υπάρχει θετική γραμμική σύνδεση

μεταξύ των δύο μεταβλητών. Με άλλα λόγια, οι υψηλότερες τιμές μιας μεταβλητής τείνουν να συσχετίζονται με υψηλότερες τιμές της άλλης. Τιμές κοντά στο 0 δείχνουν ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική γραμμική σύνδεση μεταξύ των δύο μεταβλητών. Όσο μεγαλύτερες είναι οι τιμές των συντελεστών ή όσο πιο κοντά βρίσκονται στην ενότητα σε απόλυτη τιμή, τόσο ισχυρότερη είναι η γραμμική σύνδεση μεταξύ τους.

Οι συντελεστές Pearson, Spearman και Kendall είναι οι πιο γνωστοί συντελεστές γραμμικής συσχέτισης. Οι μηδενικές και εναλλακτικές υποθέσεις είναι οι εξής:

H0: $\rho=0$: δύο μεταβλητές δεν έχουν γραμμική σχέση.

H1: $\rho \neq 0$: υπάρχει γραμμική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών.

$\rho=0$: ο συντελεστής συσχέτισης.

Ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson απαιτεί την υπόθεση της κανονικότητας των δεδομένων και για τις δύο μεταβλητές, ενώ άλλοι συντελεστές όχι, και ο Kendall, ειδικότερα, ειδικεύεται στο να μετρά τη συσχέτιση βαθμολογιών του ίδιου υποκειμένου από διαφορετικά υποκείμενα (Mandel, 2012).

5.1.5 T-test

Η σειρά δοκιμασιών (t-test) είναι από τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα στατιστικά τεστ σημαντικότητας που εφαρμόζονται σε ομάδες δεδομένων που παράγονται από τη μελέτη συνεχών μεταβλητών. Χρησιμοποιείται σε διάφορες καταστάσεις για να συγκρίνει δύο μέσες τιμές. Τα παρακάτω είναι μερικά από τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα t-test (George & Mallery, 2021):

1. Για να ελεγχθεί εάν η μέση τιμή μιας ομάδας διαφέρει από μια καθορισμένη τιμή.
2. Για να ελεγχθεί εάν οι μέσες τιμές δύο ομάδων είναι ίσες.
3. Για να ελεγχθεί εάν το κατά πόσον τα μέσα ομάδας που προέρχονται από μετρήσεις ζευγαρωμένων παρατηρήσεων είναι τα ίδια ή όχι.
4. Για να ελεγχθεί εάν οποιοσδήποτε συντελεστής παλινδρόμησης είναι ίσος με 0 ή όχι.
Αυτά τα τεστ είτε θα αποδεχτούν είτε θα απορρίψουν κάποια μηδενική υπόθεση h_0 .

Στις περισσότερες περιπτώσεις, η μηδενική υπόθεση είναι ότι δεν υπάρχει αντιστοιχία στη μέση τιμή και ο αριθμός χρησιμοποιείται για να καθοριστεί εάν η μέση τιμή είναι ή όχι ίση. Γενικά, η μηδενική υπόθεση υποστηρίζει ότι οι πολυάριθμες ακραίες τιμές στο επιλεγμένο δείγμα είναι αποτέλεσμα τυχαίων και όχι συστηματικών λαθών ή επιδράσεων. Η εναλλακτική υπόθεση υποστηρίζει ότι οι μέσες τιμές διαφέρουν στατιστικά ουσιαστικά, υπονοώντας ότι υπάρχει κάποιος παράγοντας που επηρεάζει και δημιουργεί αυτή τη διαφορά και ότι οι αποκλίσεις που είδαμε δεν οφείλονται σε τυχαία γεγονότα. Όλα τα τεστ σημασίας παρέχουν απαντήσεις σε προκαθορισμένο βαθμό εμπιστοσύνης. Τα πιο γενικά χρησιμοποιούμενα επίπεδα εμπιστοσύνης είναι 90,95 και 99%, με το 95% να είναι τα πιο τυπικά χρησιμοποιούμενα στη βιβλιογραφία. Ένα επίπεδο εμπιστοσύνης 95% δείχνει ότι αν απορρίψουμε το H_0 , είμαστε σίγουροι ότι κάναμε το σωστό το 95% των περιπτώσεων ή ότι έχουμε 95% ή 0,95 πιθανότητα ότι κάναμε το σωστό. Το t-test είναι ένας παραμετρικός στατιστικός έλεγχος, που σημαίνει ότι πρέπει να πληροί ορισμένες παραμέτρους για να χρησιμοποιηθεί. Δύο από τις πιο κρίσιμες υποθέσεις είναι ότι οι διακυμάνσεις των δύο ομάδων των οποίων οι μέσες τιμές θέλουμε να συγκρίνουμε είναι συγκρίσιμες, ότι τα δείγματα είναι ανεξάρτητα και ότι οι κατανομές σε καθεμία από αυτές τις ομάδες είναι κανονικές. Τα μεγέθη των δύο δειγμάτων δεν χρειάζεται να είναι τα ίδια.

Ο στόχος είναι να δούμε αν οι μέσοι όροι των πληθυσμών από τους οποίους λαμβάνονται τα δείγματα ποικίλλουν. Ακολουθούν οι υποθέσεις: $H_0: 1=2$, $H_1: 1 \neq 2$, όπου 1 είναι ο μέσος όρος του πληθυσμού του πρώτου δείγματος και 2 είναι ο μέσος όρος του πληθυσμού του δεύτερου δείγματος. Το τεστ Mann-Whitney είναι το μη παραμετρικό ισοδύναμο του τεστ t (Mandel, 2012).

5.2 Ανάλυση αξιοπιστίας

Με μια πρώτη ευρεία έννοια, θα μπορούσε κανείς να μιλήσει για την εγκυρότητα της έρευνας γενικά ή του ερωτηματολογίου ειδικότερα, αν και το ένα επηρεάζει το άλλο. Η εγκυρότητα ενός ερωτηματολογίου (ή των αποτελεσμάτων μιας έρευνας) συνδέεται με το αν οι απαντήσεις αντιπροσωπεύουν την πραγματική βούληση και τις απόψεις του ερωτώμενου (George & Mallery, 2021). Δεδομένου ότι τα μετρούμενα μεγέθη αποτελούν μέρος ενός αιτιατού σύμπαντος, θα πρέπει επίσης να παρέχουν μια σαφή αιτιώδη σύνδεση εάν είναι έγκυρα και αν η σχέση τους είναι αιτιατή.

Οι απαντήσεις στις δύο παρακάτω ερωτήσεις καθορίζουν εάν το ερωτηματολόγιο είναι ή όχι αξιόπιστο. Η αξιοπιστία (γνωστή και ως εσωτερική εγκυρότητα) μπορεί να ελεγχθεί έμμεσα με δύο τρόπους, χρησιμοποιώντας τις ακόλουθες ερωτήσεις (Bryman & Cramer, 2011):

1. Θα έχει η μέτρηση τα ίδια ευρήματα σε όλες τις περιπτώσεις;
2. Θα έχει η μέτρηση τα ίδια αποτελέσματα σε άλλες συνθήκες, για διαφορετικούς ερευνητές;

Για να προχωρήσουμε ακόμη παραπέρα, μπορούμε να υποστηρίξουμε ότι η εγκυρότητα ενός ερωτηματολογίου είναι μια κρίση σχετικά με το πόσο αποτελεσματικά ένα ερωτηματολόγιο μετρά αυτό που εννοείται (και αναφέρεται) να αξιολογήσει. Ένα ερωτηματολόγιο που ισχυρίζεται ότι περιλαμβάνει μια κλίμακα άγχους, για παράδειγμα, θα πρέπει να μετράει το άγχος και όχι κάτι παρόμοιο με αυτό.

Η εγκυρότητα ενός ερωτηματολογίου μπορεί να ταξινομηθεί ως κακή ή αποδεκτή. Η διαδικασία συλλογής και προσθήκης αποδεικτικών στοιχείων αποδεκτής εγκυρότητας είναι γνωστή ως επικύρωση.

Η εσωτερική εγκυρότητα ή η εσωτερική συνέπεια του ερωτηματολογίου είναι άλλοι όροι αξιοπιστίας. Αν και υπάρχουν διάφοροι ορισμοί, ο πιο συνηθισμένος είναι αυτός που συνδέει την αξιοπιστία με την ικανότητα ενός ερωτηματολογίου (ή ενός υποσυνόλου αυτού) να μετρήσει εξαιρετικά αποτελεσματικά ένα πολύ συγκεκριμένο χαρακτηριστικό, δηλαδή εάν πρόκειται για μια συμπαγή κλίμακα μέτρησης.

Συμπερασματικά, το τεστ αξιοπιστίας δείχνει εάν το τεστ μετρά με συνέπεια αυτό που σκοπεύει να μετρήσει, ενώ μόνο η εγκυρότητα μας λέει τι πραγματικά μετρά (Mandel, 2012).

Ο δείκτης α -Cronbach θα χρησιμοποιηθεί για την εξέταση της αξιοπιστίας σε αυτή τη μελέτη. Αυτός ο δείκτης δέχεται τιμές μεγαλύτερες από 0,7, ενώ πολλοί πιστεύουν ότι για περιορισμένο αριθμό στοιχείων ($n=4$), μπορεί να επιτρέπονται τιμές μεγαλύτερες από 0,5.

Για την επίτευξη των σκοπών της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο το οποίο απαρτίζεται από 2 ενότητες. Η πρώτη ενότητα διερευνά το δημογραφικό και εργασιακό προφίλ των εργαζομένων του Γενικού Νοσοκομείου Αιγαίου, μέσα από συνολικά 6 ερωτήσεις κλειστού τύπου. Η δεύτερη ενότητα του ερευνητικού εργαλείου περιλαμβάνει το ερωτηματολόγιο «Organizational Culture Assessment Instrument (OCAI)», το οποίο διερευνά την υφιστάμενη και την επιθυμητή οργανωσιακή κουλτούρα, με βάση τις απόψεις των εργαζομένων. Η συγκεκριμένη κλίμακα περιλαμβάνει 5 ερωτήσεις, οι οποίες μελετούν

τις απόψεις των συμμετεχόντων για τα κυρίαρχα χαρακτηριστικά, την ηγεσία, την διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού, την οργανωτική ενότητα και τον στρατηγικό προσανατολισμό του οργανισμού στον οποίο εργάζονται. Επιπλέον, κάθε ερώτηση έχει 4 πιθανές απαντήσεις, οι οποίες συνδέονται με τους 4 τύπους κουλτούρας που μελετώνται, οι οποίοι είναι η κουλτούρα της ιεραρχίας, η κουλτούρα της οικειότητας, η κουλτούρα της αγοράς και η κουλτούρα της καινοτομίας. Οι εργαζόμενοι καλούνται να διαμοιράσουν 100 μονάδες μεταξύ των 4 απαντήσεων μια φορά για την υφιστάμενη κατάσταση και μια φορά για την επιθυμητή οργανωσιακή κατάσταση, με βάση τα δικά τους ιδανικά.

Οι τιμές αξιοπιστίας των κλιμάκων που χρησιμοποιήθηκαν σε αυτή τη μελέτη φαίνονται στον παρακάτω πίνακα.

ΑΑ	Κλίμακα	Cronbach's alpha
1.	Υφιστάμενη Κουλτούρα Οικειότητας	0,792
2.	Υφιστάμενη Κουλτούρα Καινοτομίας	0,880
3.	Υφιστάμενη Κουλτούρα Αγοράς	0,946
4.	Υφιστάμενη Κουλτούρα Ιεραρχίας	0,736
5.	Επιθυμητή Κουλτούρα Οικειότητας	0,722
6.	Επιθυμητή Κουλτούρα Καινοτομίας	0,796
7.	Επιθυμητή Κουλτούρα Αγοράς	0,820
8.	Επιθυμητή Κουλτούρα Ιεραρχίας	0,802

5.3 Περιγραφικά στατιστικά του δείγματος

Οι πίνακες και τα διαγράμματα από την στατιστική ανάλυση βρίσκονται στο Παράρτημα της διπλωματικής εργασίας.

Το δείγμα της έρευνας απαρτίζεται από συνολικά 137 συμμετέχοντες, οι οποίοι εργάζονται στο Γενικό Νοσοκομείο Αιγίου εκ των οποίων οι 44 (31,7%) ήταν άρρενες, οι 86 (68,3%) ήταν γυναίκες.

Όπως προκύπτει από τους πίνακες εκπαίδευσης και ηλικίας υπάρχει αντιπροσώπευση όλων των κατηγοριών στο δείγμα, ενώ η πολυπληθέστερη ηλικία είναι η ηλικία 41-50 η οποία αποτελεί το 40,1% του δείγματος ενώ αναφορικά με την εκπαίδευση, οι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης αποτελούν το 30,7% του δείγματος, οι απόφοιτοι ΤΕΙ αποτελούν το 28,5% του δείγματος, οι απόφοιτοι ΑΕΙ αποτελούν το 8% ενώ κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών είναι το 32,8% του δείγματος.

Έγινε προσπάθεια, όπου ήταν εφικτό, να αντιπροσωπευθούν όλες οι επαγγελματικές κατηγορίες του οργανισμού, αναλογικά. Η συχνότερα εμφανιζόμενη επαγγελματική κατηγορία είναι του νοσηλευτικού προσωπικού ($v=50$, 40%), ακολουθούν όσοι βρίσκονται στο διοικητικό προσωπικό ($v=34$, 27%), το Λοιπό επιστημονικό προσωπικό ($v=24$, 19,2%) Επιπλέον, το 10,4% αγγίζουν ($v=13$) όσοι εργάζονται ως τεχνικό προσωπικό και το 3,2% ($v=4$) ως ιατρικό προσωπικό. (Πίνακας, 4 και Διάγραμμα 4).

Στον Πίνακα 5 και το Γράφημα 5, αποδίδονται τα έτη προϋπηρεσίας των συμμετεχόντων στο δημόσιο σύστημα υγείας. Το 31% ($v=36$) αυτών δηλώνουν προϋπηρεσία άνω των 25 ετών, το 25,9% ($v=30$) αναφέρονται σε 1 με 5 έτη και το 18,1% σε 11 με 15 έτη ($v=21$). Παράλληλα, όσοι αναφέρουν 6 με 10 έτη προϋπηρεσίας αγγίζουν το 12,1% ($v=12$), το 9,5% ($v=11$) καταλαμβάνουν όσοι αναφέρουν 16 με 20 έτη και το 3,4% ($v=4$) 21 με 25 έτη εμπειρίας στο δημόσιο σύστημα υγείας.

Στον Πίνακα 6 και το Γράφημα 6, αναλύεται η άποψη των συμμετεχόντων αναφορικά με το πως θα χαρακτήριζαν την λειτουργία και την απόδοση του νοσοκομείου όπου εργάζονται, συγκριτικά με το προηγούμενο έτος. Το 64,4% των επαγγελματιών υγείας δηλώνουν πως η απόδοση του νοσοκομείου είναι περίπου ίδια, ενώ το 25,2% ($v=34$) αναφέρουν αύξηση της απόδοσης. Ωστόσο, το υπόλοιπο 10,4% ($v=14$) αγγίζουν όσοι αναφέρονται σε χαμηλότερη απόδοση, συγκριτικά με την περσινή.

5.4 Οι απόψεις του δείγματος αναλυτικά για κάθε ερώτηση της κλίμακας

Όπως αναφέρθηκε, για την επίτευξη των σκοπών της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο το οποίο απαρτίζεται από 2 ενότητες. Η πρώτη ενότητα διερευνά το δημογραφικό και εργασιακό προφίλ των εργαζομένων του Γενικού Νοσοκομείου Αιγαίου, μέσα από συνολικά 6 ερωτήσεις κλειστού τύπου. Η δεύτερη ενότητα του ερευνητικού εργαλείου περιλαμβάνει το ερωτηματολόγιο «Organizational Culture Assessment Instrument (OCAI)», το οποίο διερευνά την υφιστάμενη και την επιθυμητή οργανωσιακή κουλτούρα, με βάση τις απόψεις των εργαζομένων. Η συγκεκριμένη κλίμακα περιλαμβάνει 5 ερωτήσεις, οι οποίες μελετούν τις απόψεις των συμμετεχόντων για τα κυρίαρχα χαρακτηριστικά, την ηγεσία, την διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού, την οργανωτική ενότητα και τον στρατηγικό προσανατολισμό του οργανισμού στον οποίο εργάζονται. Επιπλέον, κάθε ερώτηση έχει 4 πιθανές απαντήσεις, οι οποίες συνδέονται με τους 4 τύπους κουλτούρας που μελετώνται, οι οποίοι είναι η κουλτούρα της ιεραρχίας, η κουλτούρα της οικειότητας, η κουλτούρα της αγοράς και η κουλτούρα της καινοτομίας. Οι εργαζόμενοι καλούνται να διαμοιράσουν 100 μονάδες μεταξύ των 4 απαντήσεων μια φορά για την υφιστάμενη κατάσταση και μια φορά για την επιθυμητή οργανωσιακή κατάσταση, με βάση τα δικά τους ιδανικά.

Οι 24 εξετάζονται ως προς την απόκλιση παρούσας και επιθυμητής κατάστασης. Και δίνεται η μέση διαφορά η οποία προκύπτει από την Παρούσα μείον Επιθυμητή. Επίσης δίνεται η τυπική απόκλιση της διαφοράς και η σημαντικότητα της διαφοράς (p-value που έχει τη βάση του στα paired t-test).

Διαφορές που χαρακτηρίζονται από $p > 0.05$, δεν είναι στατιστικά σημαντικές, ενώ διαφορές με $p < 0.05$ είναι στατιστικώς σημαντικές στη συνέχεια αξιολογείται εάν η στατιστικά σημαντική διαφορά είναι θετική κατά μέση τιμή. Στην περίπτωση αυτή θεωρείται ότι το χαρακτηριστικό που εξετάζεται στην κάθε ερώτηση βρίσκεται στην ισχύουσα κατάσταση σε εντονότερο βαθμό από την επιθυμητή κατάσταση.

Ολοκληρώνοντας την ανάλυση, εφαρμόστηκε ο έλεγχος Paired Samples t-test προκειμένου να διαπιστωθούν διαφορές μεταξύ υφιστάμενης και επιθυμητής οργανωσιακής κουλτούρας. Όπως φάνηκε από τον Πίνακα 21, το δείγμα θα επιθυμούσε την εφαρμογή της κουλτούρας ιεραρχίας και της κουλτούρας οικειότητας σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι εφαρμόζεται, ενώ οι κουλτούρες αγοράς και καινοτομίας φαίνεται να ισχύουν σε μεγαλύτερο βαθμό απ' όσο θα ήθελαν οι συμμετέχοντες.

Για παράδειγμα, στο πρώτο συγκρινόμενο ζευγάρι, εντοπίζεται στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση ($p < 0.05$) και η διαφορά είναι θετική (23,30). Αυτό σημαίνει ότι το δείγμα θεωρεί ότι η υφιστάμενη κατάσταση, αναφορικά με το ότι το νοσοκομείο είναι ένας

πολύ προσωπικός χώρος σαν μια μεγάλη οικογένεια, υπάρχει σαν κουλτούρα σε μεγαλύτερο ποσοστό (κατά 23,30%) από το επίπεδο που θα ήταν επιθυμητό να υπάρχει. Είναι επιθυμητή δηλαδή μια μείωση της οικειότητας.

Έχοντας ένα επόμενο παράδειγμα, στο ζευγάρι 2, δεν εντοπίζεται στατιστικώς σημαντική διαφορά πρόσημο, γεγονός που σημαίνει ότι δεν είναι στατιστικά σημαντική επιθυμία μια μείωση του χαρακτηριστικού του νοσοκομείου ως δυναμικός και επιχειρηματικός χώρος.

Συνεχίζοντας, παρατηρούμε ότι από το σύνολο των 24 εξεταζόμενων ζευγαριών, εντοπίζονται διαφοροποιήσεις σε 19 από αυτά. Οι επιθυμητές μετατοπίσεις κουλτούρας σημειώνονται στην στήλη που ακολουθεί μετά την τιμή p-value και προκύπτουν με τον τρόπο που αναλύθηκε πιο πάνω, ενώ σηματοδοτούνται με βέλος η φορά του οποίου σημαίνει επιθυμητή μείωση (M) ή αύξηση (A) του περιγραφόμενου χαρακτηριστικού (Πίνακας 2.6).

Ο Πίνακας 22, φανερώνει πως για τα 3 πρώτα είδη οργανωσιακής κουλτούρας οι διαφορές είναι και στατιστικά σημαντικές ($p < 0.001$ σε κάθε περίπτωση), ενώ η υφιστάμενη με την επιθυμητή κουλτούρα καινοτομίας δεν διαφέρουν στην πράξη σημαντικά ($p = 0.168$).

5.5 Η υπάρχουσα οργανωσιακή κουλτούρα

Στο κεφάλαιο αυτό θα αναλυθεί υπάρχουσα οργανωσιακή κουλτούρα του νοσοκομείου όπως αποτυπώθηκε από τις απαντήσεις του δείγματος. Στο πίνακα 12 δίνονται τα περιγραφικά στατιστικά μέτρα της υπάρχουσας κουλτούρας. Όπως φαίνεται στον Πίνακα 12 και το Γράφημα 12, σε υψηλότερο επίπεδο ακολουθείται η κουλτούρα της καινοτομίας (30.55), ακολουθεί η κουλτούρα της αγοράς (26.33) και τρίτη κατατάσσεται η κουλτούρα της ιεραρχίας (23.31). Σε μικρότερο επίπεδο όμως, φαίνεται το νοσοκομείο να ενστερνίζεται και να ακολουθεί την κουλτούρα της οικειότητας (19.81).

Ταξινομώντας τα τέσσερα είδη κουλτούρας κατά φθίνουσα σειρά εμφάνισης, πρώτο και κύριο χαρακτηριστικό είναι η κουλτούρα καινοτομίας, δεύτερο είναι η Κουλτούρα Αγοράς, τρίτο είναι η κουλτούρα καινοτομίας Αγοράς και τελευταίο η Οικειότητα.

5.6 Η επιθυμητή οργανωσιακή κουλτούρα

Στο κεφάλαιο που ακολουθεί θα παρουσιαστεί και θα αναλυθεί η επιθυμητή οργανωσιακή κουλτούρα του νοσοκομείου όπως αποτυπώθηκε από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων. Στο πίνακα 18 δίνονται τα περιγραφικά στατιστικά μέτρα της επιθυμητής κουλτούρας

Στον Πίνακα 18 και το Γράφημα 18, είναι εμφανές πως περισσότερο επιθυμούν οι συμμετέχοντες το νοσοκομείο να ακολουθεί την κουλτούρα της καινοτομίας (29.53), στην δεύτερη θέση κατατάσσουν την κουλτούρα της ιεραρχίας (26.69) και ακολουθεί η κουλτούρα της οικειότητας (22.61). Σε μικρότερο βαθμό όμως, θα ήθελαν ο οργανισμός να αντιπροσωπεύεται από την κουλτούρα της αγοράς (21.17).

5.6.1 Η διαφοροποίηση μεταξύ υφιστάμενης και επιθυμητής κουλτούρας

Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται σύγκριση μεταξύ της υφιστάμενης και της επιθυμητής οργανωσιακής κουλτούρας. Ο έλεγχος Paired Samples t-test προκειμένου να διαπιστωθούν διαφορές μεταξύ υφιστάμενης και επιθυμητής οργανωσιακής κουλτούρας. Όπως φάνηκε από τον Πίνακα 21, το δείγμα θα επιθυμούσε την εφαρμογή της κουλτούρας ιεραρχίας και της κουλτούρας οικειότητας σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι εφαρμόζεται, ενώ οι κουλτούρες αγοράς και καινοτομίας φαίνεται να ισχύουν σε μεγαλύτερο βαθμό απ' όσο θα ήθελαν οι συμμετέχοντες. Ο Πίνακας 22, φανερώνει πως για τα 3 πρώτα είδη οργανωσιακής κουλτούρας οι διαφορές είναι και στατιστικά σημαντικές ($p < 0.001$ σε κάθε περίπτωση), ενώ η υφιστάμενη με την επιθυμητή κουλτούρα καινοτομίας δεν διαφέρουν στην πράξη σημαντικά ($p = 0.168$).

5.7 Επίδραση των ατομικών χαρακτηριστικών στην επιθυμητή και υπάρχουσα οργανωσιακή κουλτούρα

Στα υποκεφάλαια που ακολουθούν γίνεται η διερεύνηση των επιδράσεων των ατομικών χαρακτηριστικών στην υφιστάμενη και επιθυμητή οργανωσιακή κουλτούρα.

5.7.1 Η επίδραση του φύλου

Για να βρεθεί η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής συσχέτισης με το φύλο και στον τρόπο που αντιλαμβάνονται την υφιστάμενη ή την επιθυμητή οργανωσιακή κουλτούρα οι συμμετέχοντες πραγματοποιήθηκε στατιστικός έλεγχος independent t-test (Πίνακας 23). Από τον έλεγχο προέκυψε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση του φύλου με την αντίληψη σχετικά με υφιστάμενη κουλτούρα ιεραρχίας, την επιθυμητή κουλτούρα οικειότητας, την επιθυμητή κουλτούρα αγοράς και την επιθυμητή κουλτούρα καινοτομίας.

5.7.2 Η επίδραση της ηλικίας

Για να βρεθεί η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής συσχέτισης με την ηλικία και στον τρόπο που αντιλαμβάνονται την υφιστάμενη ή την επιθυμητή οργανωσιακή κουλτούρα οι συμμετέχοντες πραγματοποιήθηκε στατιστικός έλεγχος one way anova. Από τα αποτελέσματα (Πίνακας 24) φάνηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση της ηλικίας με την αντίληψη σχετικά με την υφιστάμενη κουλτούρα οικειότητας, την υφιστάμενη κουλτούρα καινοτομίας, την επιθυμητή κουλτούρα οικειότητας και την επιθυμητή κουλτούρα αγοράς, καθώς και με την επιθυμητή κουλτούρα καινοτομίας.

5.7.3 Η επίδραση της εκπαίδευσης

Για να βρεθεί η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής συσχέτισης με την εκπαίδευση και στον τρόπο που αντιλαμβάνονται την υφιστάμενη ή την επιθυμητή οργανωσιακή κουλτούρα οι συμμετέχοντες πραγματοποιήθηκε στατιστικός έλεγχος one way anova. Από τα αποτελέσματα (Πίνακας 25) φάνηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση της εκπαίδευσης με την αντίληψη σχετικά με όλες τις υφιστάμενες κουλτούρες και επιθυμητές κουλτούρες εκτός της επιθυμητής κουλτούρας ιεραρχίας.

5.7.4 Η επίδραση της προϋπηρεσίας

Για την διερεύνηση του πρώτου ερευνητικού ερωτήματος, χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Kruskal-Wallis, τα αποτελέσματα του οποίου παρουσιάζονται στον Πίνακα 19. Όπως φαίνεται, υφίσταται 7 στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς τα έτη προϋπηρεσίας των συμμετεχόντων στο δημόσιο σύστημα υγείας. Στα Γραφήματα 19-25,

παρατηρείται πως οι συμμετέχοντες με 6 έως 10 έτη προϋπηρεσίας θεωρούν σε υψηλότερο επίπεδο πως η υφιστάμενη κουλτούρα του νοσοκομείου χαρακτηρίζεται από κουλτούρα ιεραρχίας και σε υψηλότερο βαθμό θα επιθυμούσαν την κουλτούρα της ιεραρχίας. Επιπλέον, όσοι δηλώνουν 16 με 20 έτη εμπειρίας, συμφωνούν περισσότερο πως η υφιστάμενη κουλτούρα χαρακτηρίζεται από της κουλτούρα της οικειότητας και της αγοράς, ενώ οι συμμετέχοντες με έως 5 έτη υπηρεσίας υποστηρίζουν περισσότερο πως η υφιστάμενη κουλτούρα χαρακτηρίζεται από καινοτομία, ενώ περισσότερο θα επιθυμούσαν την κουλτούρα αυτή από τον οργανισμό. Τέλος, όσοι αναφέρουν 21 με 25 έτη προϋπηρεσίας, σε υψηλότερο βαθμό επιθυμούν το νοσοκομείο να υιοθετήσει μια κουλτούρα αγοράς.

5.7.5 Η επίδραση της επαγγελματικής κατηγορίας

Για να βρεθεί η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής συσχέτισης με την επαγγελματική κατηγορία και στον τρόπο που αντιλαμβάνονται την υφιστάμενη ή την επιθυμητή οργανωσιακή κουλτούρα οι συμμετέχοντες πραγματοποιήθηκε στατιστικός έλεγχος one way anova. Από τα αποτελέσματα (Πίνακας 26) φάνηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση της επαγγελματικής κατηγορίας με την αντίληψη σχετικά με όλες τις υφιστάμενες κουλτούρες και επιθυμητές κουλτούρες.

5.7.6 Η επίδραση της επαγγελματικής κατηγορίας

Με σκοπό την απάντηση του δεύτερου ερευνητικού ερωτήματος, χρησιμοποιήθηκε για άλλη μια φορά ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal-Wallis. Από τα αποτελέσματα του Πίνακα 20, αναδεικνύονται 6 στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις ως προς την άποψη των συμμετεχόντων για την απόδοση του νοσοκομείου, συγκριτικά με την περασμένη χρονιά. Στα Γραφήματα 26-31 παρουσιάζονται οι παραπάνω στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις. Πιο συγκεκριμένα, όσοι θεωρούν πως η απόδοση του νοσοκομείου είναι ίδια με την περσινή χρονιά θεωρούν πως ο οργανισμός ενστερνίζεται και επιθυμούν να χρησιμοποιεί σε υψηλότερο επίπεδο την ιεραρχική κουλτούρα. Επιπλέον, όσοι θεωρούν πως η απόδοση του νοσοκομείου βελτιώθηκε από το προηγούμενο έτος, θεωρούν σε μεγαλύτερη βαθμό πως η υφιστάμενη κουλτούρα ακολουθεί την κουλτούρα της οικειότητας, την οποία και θα επιθυμούσαν σε υψηλότερο επίπεδο. Τέλος, οι ερωτηθέντες που υποστηρίζουν πως η

απόδοση του νοσοκομείου είναι χειρότερη από το προηγούμενο έτος, υποστηρίζουν περισσότερο πως η κουλτούρα του ακολουθεί την κουλτούρα της αγοράς, ενώ περισσότερο συμφωνούν και πως θα επιθυμούσαν την κουλτούρα αυτή.

5.8 Η συσσωρευτική απόκλιση (δυσχέρεια)

Προηγουμένως υπολογίσαμε με διάφορους τρόπους την απόκλιση την οποία υφίσταται για κάθε μία από τις 24 ερωτήσεις της κλίμακας, για κάθε άτομο και για κάθε μια από τις υφιστάμενες και επιθυμητές κουλτούρες. Παρακάτω θα υπολογίσουμε το συσσωρευτικό αποτέλεσμα όλων αυτών των αποκλίσεων, ως άθροισμα των απολύτων τιμών των διαφορών.

Για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων είναι σημαντικό να γνωρίζουμε τις πιθανές τιμές της κλίμακας: Η κλίμακα παίρνει ελάχιστη τιμή το 0% (σε όταν και στα 24 items υπάρχει πλήρης ταύτιση επιθυμητής και υφιστάμενης κατάστασης) και παίρνει σαν μέγιστη τιμή το 2400% (σε περίπτωση που υπάρχει ολική απόκλιση 100% μεταξύ υφιστάμενης και επιθυμητής κατάστασης) ή αλλιώς τιμές 0-24. Η μέση τιμή δυσχέρειας είναι 457%. Αυτό σημαίνει ότι κατά μέσο όρο κάθε εργαζόμενος παρουσιάζει ολική απόκλιση 100% σε παραπάνω από τέσσερα ερωτήματα της κλίμακας από τα 24, το οποίο μπορούμε να θεωρήσουμε, αρκετά υψηλή τιμή. Η ελάχιστη τιμή της κλίμακας είναι 12% ενώ η μέγιστη τιμή είναι 1315. Κανένας από τους παράγοντες δεν κρίνεται στατιστικά σημαντικός, αφού το p value εμφανίζεται ως > 0.05 . (Πίνακας 27 και Διάγραμμα 32).

6. Συζήτηση

Η παρούσα μελέτη είχε ως στόχο να διερευνήσει την οργανωτική κουλτούρα ενός συστήματος δημόσιας υγείας, εστιάζοντας στην οπτική των εργαζομένων σχετικά με την τρέχουσα και επιθυμητή κατάσταση του οργανισμού. Η έρευνα αξιολόγησε διάφορους παράγοντες όπως δημογραφικά στοιχεία, ηγεσία, διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού, οργανωτική ενότητα και στρατηγικός προσανατολισμός. Στο πλαίσιο διαδικασίας της οργανωσιακής αλλαγής, η οργανωσιακή κουλτούρα είναι κρίσιμης σημασίας (Siourouni et al, 2012) και πολλές μελέτες έχουν υπογραμμίσει την επίδραση της οργανωσιακής κουλτούρας σε μία πληθώρα πτυχών των οργανισμών υγείας (Zachariadou et al, 2013). Τα ακόλουθα συμπεράσματα εξάγονται με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης.

Το δημογραφικό προφίλ των εργαζομένων στο δημόσιο σύστημα υγείας είναι ποικίλο, με εκπροσώπηση από διαφορετικές ηλικιακές ομάδες, φύλα, μορφωτικά επίπεδα και χρόνια υπηρεσίας. Αυτή η ποικιλία υποδηλώνει ότι ο οργανισμός πρέπει να λαμβάνει υπόψη τις διαφορετικές ανάγκες και προσδοκίες των υπαλλήλων του κατά την εφαρμογή αλλαγών για την αντιμετώπιση της υπάρχουσας και επιθυμητής οργανωτικής κουλτούρας.

Η αξιολόγηση της υφιστάμενης κουλτούρας περιλαμβάνει περισσότερο από ένα είδη κουλτούρας και συμβαδίζει με τα αποτελέσματα των Karpetaneas et al (2015). Η τρέχουσα οργανωτική κουλτούρα χαρακτηρίζεται από μια αίσθηση οικειότητας, με το νοσοκομείο να εκλαμβάνεται ως προσωπικός χώρος, σαν μια μεγάλη οικογένεια. Αυτό υποδηλώνει ότι οι εργαζόμενοι εκτιμούν τις στενές σχέσεις που μοιράζονται με τους συναδέλφους τους, οι οποίες μπορεί να συμβάλλουν σε ένα υποστηρικτικό εργασιακό περιβάλλον. Ωστόσο, μπορεί να υπάρχει περιθώριο βελτίωσης σε άλλες πτυχές της οργανωσιακής κουλτούρας για να επιτευχθεί μια ισορροπία μεταξύ της οικειότητας και άλλων επιθυμητών χαρακτηριστικών. Σχετικά με την υφιστάμενη κατάσταση, κατά φθίνουσα σειρά εμφάνισης, πρώτο και κύριο χαρακτηριστικό είναι η κουλτούρα καινοτομίας, δεύτερο είναι η Κουλτούρα Αγοράς, τρίτο είναι η κουλτούρα καινοτομίας και τελευταίο η Οικειότητα. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με τα αποτελέσματα της Παπαγεωργίου (2011), η οποία βρίσκει κυρίαρχη της Κουλτούρα ιεραρχίας και τελευταία την Κουλτούρα Καινοτομίας. Για την σημαντική διαφορά αυτή μπορεί να οφείλεται η πάροδος των χρόνων, αφού η Παπαγεωργίου πραγματοποίησε την έρευνα της παραπάνω από μία δεκαετία πριν.

Η υπάρχουσα ηγεσία στο νοσοκομείο φαίνεται να δίνει έμφαση στον προσανατολισμό στα αποτελέσματα, στην επιθετική πολιτική και στον συντονισμό. Ενώ

αυτά τα χαρακτηριστικά μπορεί να συμβάλλουν στην επίτευξη των οργανωτικών στόχων, οι εργαζόμενοι μπορεί επίσης να επιθυμούν μια ηγετική προσέγγιση που εστιάζει περισσότερο στην καθοδήγηση, τη διευκόλυνση και την προστασία για τη δημιουργία ενός πιο υποστηρικτικού εργασιακού περιβάλλοντος.

Σχετικά με την επιθυμητή κουλτούρα, οι συμμετέχοντες περισσότερο επιθυμούν το νοσοκομείο να ακολουθεί την κουλτούρα της καινοτομίας, στην δεύτερη θέση κατατάσσουν την κουλτούρα της ιεραρχίας, και ακολουθεί η κουλτούρα της οικειότητας και τελευταία η κουλτούρα της αγοράς. Αυτό επίσης έρχεται σε αντίθεση με τα αποτελέσματα της Παπαγεωργίου (2011), η οποία προτάσσει την κουλτούρα της Ιεραρχίας ως την κορυφαία επιθυμητή.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η σύγκλιση μεταξύ της κορυφαίας επιθυμητής και κορυφαίας υφιστάμενης κουλτούρας, η οποία είναι η κουλτούρα καινοτομίας και τις δύο περιπτώσεις, ενώ η απόκλιση για τα υπόλοιπα 3 είδη οργανωσιακής κουλτούρας είναι στατιστικά σημαντική.

Ενδιαφέρουσα είναι η συσχέτιση της αντίληψης της απόδοσης και της υφιστάμενης και επιθυμητής κουλτούρας, όσοι θεωρούν πως η απόδοση του νοσοκομείου είναι ίδια με την περσινή χρονιά θεωρούν πως ο οργανισμός ενστερνίζεται και επιθυμούν να χρησιμοποιεί σε υψηλότερο επίπεδο την ιεραρχική κουλτούρα. Αντίθετα, όσοι θεωρούν πως η απόδοση του νοσοκομείου βελτιώθηκε από το προηγούμενο έτος, αξιολογούν την υφιστάμενη κουλτούρα ως κουλτούρα της οικειότητας, την οποία και θα επιθυμούσαν σε υψηλότερο επίπεδο. Επιπλέον, οι ερωτηθέντες που υποστηρίζουν πως η απόδοση του νοσοκομείου είναι χειρότερη από το προηγούμενο έτος, υποστηρίζουν περισσότερο πως η κουλτούρα του ακολουθεί την κουλτούρα της αγοράς, ενώ περισσότερο συμφωνούν και πως θα επιθυμούσαν την κουλτούρα αυτή. Αυτά τα αποτελέσματα έρχονται σε αντίθεση με την έρευνα της Μπίστα (2016), η οποία βρίσκει αρνητική συσχέτιση της απόδοσης του οργανισμού και της υφιστάμενης κουλτούρας Οικειότητας.

Από τον έλεγχο προέκυψε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση του φύλου με την αντίληψη σχετικά με υφιστάμενη κουλτούρα ιεραρχίας, την επιθυμητή κουλτούρα οικειότητας, την επιθυμητή κουλτούρα αγοράς και την επιθυμητή κουλτούρα καινοτομίας, ενώ προέκυψε επίσης στατιστικά σημαντική συσχέτιση της ηλικίας με την αντίληψη σχετικά με την υφιστάμενη κουλτούρα οικειότητας, την υφιστάμενη κουλτούρα καινοτομίας, την επιθυμητή κουλτούρα οικειότητας και την επιθυμητή κουλτούρα αγοράς, καθώς και με την επιθυμητή κουλτούρα καινοτομίας. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με την έρευνα της Bellou

(2008) και της Μπίστα (2016) η οποία βρίσκει ότι η ηλικία σχετίζεται σημαντικά την επιθυμητή κουλτούρα Ιεραρχίας και την επιθυμητή κουλτούρα Καινοτομίας.

Βρέθηκε, επίσης, στατιστικά σημαντική συσχέτιση της εκπαίδευσης με την αντίληψη σχετικά με όλες τις υφιστάμενες κουλτούρες και επιθυμητές κουλτούρες εκτός της επιθυμητής κουλτούρας ιεραρχίας. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με την έρευνα της Bellou (2008) και της Μπίστα (2016), οι οποίες βρήκαν σημαντικές σχέσεις με την υφιστάμενη κουλτούρα Οικειότητας, Καινοτομίας και Αγοράς και στην επιθυμητή κουλτούρα Αγοράς

Επιπλέον, υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση της επαγγελματικής κατηγορίας και της προϋπηρεσίας με την αντίληψη σχετικά με όλες τις υφιστάμενες κουλτούρες και επιθυμητές κουλτούρες. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με την έρευνα της Bellou (2008) και της Μπίστα (2016), οι οποίες δεν βρίσκουν στατιστικά σημαντικές σχέσεις, αλλά συμβαδίζει με την έρευνα των Kastanioti et al (2011), η οποία βρίσκει στατιστικά σημαντικές σχέσεις με την προϋπηρεσία.

Συμπερασματικά, η μελέτη υπογραμμίζει την ανάγκη για οργανωτικές αλλαγές για την καλύτερη ευθυγράμμιση της τρέχουσας κουλτούρας με τις προτιμήσεις των εργαζομένων, δίνοντας μεγαλύτερη έμφαση στην ιεραρχία, την εξοικείωση και την καινοτομία. Αντιμετωπίζοντας αυτές τις πτυχές, το δημόσιο σύστημα υγείας μπορεί να δημιουργήσει ένα πιο υποστηρικτικό, καινοτόμο και αποτελεσματικό περιβάλλον εργασίας που ωφελεί τόσο τους εργαζόμενους όσο και τον οργανισμό στο σύνολό του.

Οι απόψεις των εργαζομένων για τη διαχείριση ανθρώπινων πόρων αποκαλύπτουν προτίμηση για ανταγωνιστικότητα και υψηλές απαιτήσεις. Αυτό το εύρημα υποδηλώνει ότι ο οργανισμός μπορεί να χρειαστεί να επαναξιολογήσει την προσέγγισή του στη διαχείριση των ανθρώπινων πόρων για να διασφαλίσει ότι οι ανάγκες των εργαζομένων για ομαδική εργασία, συνοχή και συμμετοχή ικανοποιούνται, οδηγώντας σε έναν πιο ισορροπημένο και υποστηρικτικό χώρο εργασίας.

Η ενότητα του νοσοκομείου γίνεται αντιληπτή ότι συντηρείται με την αφοσίωση των μελών του σε τυπικούς κανόνες και διαδικασίες, διασφαλίζοντας την ομαλή λειτουργία. Αν και αυτό είναι σημαντικό για τη διατήρηση της σταθερότητας, οι εργαζόμενοι επιθυμούν επίσης μεγαλύτερη έμφαση στην καινοτόμο σκέψη και τη συνεχή ανάπτυξη. Η εξισορρόπηση αυτών των πτυχών θα μπορούσε να οδηγήσει σε μια πιο ευέλικτη και προσαρμοστική οργάνωση.

Η επιθυμητή οργανωτική κουλτούρα κλίνει περισσότερο προς την καινοτομία, με τους συμμετέχοντες να θέλουν το νοσοκομείο να υιοθετήσει μια κουλτούρα που προωθεί την

καινοτόμο σκέψη και τη συνεχή ανάπτυξη. Αυτή η επιθυμία για καινοτομία υποδηλώνει ότι οι εργαζόμενοι αναζητούν ένα περιβάλλον που ενθαρρύνει νέες ιδέες και ανάπτυξη, που θα μπορούσαν ενδεχομένως να βελτιώσουν τη συνολική απόδοση και την προσαρμοστικότητα του οργανισμού.

7. Βιβλιογραφία

- 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.
- Aksu, A. &Fzdemir, D. (2005). Individual learning and organization culture in learning organizations: Five star hotels in Antalya region of Turkey. *Managerial Auditing Journal*, 20,422-441.
- Appelbaum, H. & Wohl, L. (2000). Transformation or change: Some prescriptions for health care organizations. *Managing Service Quality*, 10, 279–298.
- Becker, G. (1993). *Human capital: a theoretical and empirical analysis with special reference to education 3e*. Chicago: The University Chicago Press.
- Bellou, V. (2008). *Identifying organizational culture and subcultures within Greek public hospitals* in *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.
- Boan, D. & Funderburk, F. (2003). *Healthcare quality improvement and organizational culture*. EASTON MD: Delmarva Foundation.
- Boy, R. &Richerson, P. (2009). Culture and the evolution of human cooperation. *The royal society*, 364(1533), 69-75.
- Brown, A. (1992). Organizational culture: the key to effective leadership and organizational development. *Leadership and Organizational Development Journal*, 13(2), 3-6.
- Bryman, A., & Cramer, D. (2011). *Quantitative data analysis with IBM SPSS 17, 18 and 19*. Routledge.
- Busari, O. (2012). Management and leadership development in healthcare and the challenges facing physician managers in clinical practice. *International Journal of Leadership*, 17, 211–216.
- 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.

- Chen, C. J. & Huang, J. W. (2007). How organizational climate and structure affect knowledge management—The social interaction perspective. *International journal of information management*, 27(2), 104-118.
- 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.
- Coulter, S. & Faulkner, C. (2014). The multigenerational workforce. *Professional Case Management*, 19, 46–51.
- Davenport, T., Long, D. & Beers, M. (1998). Successful Knowledge Management Projects. *Sloan management review*, 39, 43.
- Delnoij, M. (2013). Bismarck or Beveridge: primary care matters. *European Journal of Public Health*, 23,349-359.
- Denison, D. & Neale, W. (1996). *Denison organizational culture survey*. Washington: Denison Consulting, LLC.
- Denison, D. & Spreitzer, G. (1991). Organizational culture and organizational development: a competing values approach. *Research in Organizational Change and Development*, 5, 1-21.
- Denison, D. (1990). Corporate culture and organizational effectiveness. New York: Wiley & Sons.
- Denison, D., Haaland, S. & Goelzer, P. (2003). Corporate Culture and Organizational Effectiveness: is there a similar pattern around the world?. *Organizational Dynamics*, 33, 98-109.
- Economou, C. (2010.) *Health systems in transition: Greece. Health system review, WHO/EURO*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Economou, C., Kaitelidou, D., Karanikolos, M. & Maresso, A., (2017). Greece: Health system review. *Health Systems in Transition*, 19 (5):1-192, *European Social Policy*, 6(1), 17–37.
- Ferrera, M. (2016). The 'Southern Model' of Welfare in Social Europe. *Journal of*
- Figueroa, A., Harrison, R., Chauhan, A. & Meyer, L. (2019). Priorities and challenges for health leadership and workforce management globally: A rapid review. *BMC Health Service Research*, 19, 239-245.

- Filder, A. H, Haslinger, R., Hofmsrcher. M. M., Jesse, M. & Palu, T. (2006). Incorporation of Public Hospitals: A "Silver Bullet" Against Overcapacity, Managerial Bottlenecks and resources Constrains ? Case Studies from Austria and Esthonia, *Health Policy*, 81(2-3), 328-338.
- George, D., & Mallery, P. (2021). *IBM SPSS statistics 27 step by step: A simple guide and reference*. Routledge.
- Gjuraj, E. (2013). The importance of national culture studies in the organizational context. *European Scientific Journal*, 9(11), 160-180.
- Golna, C, Pasiardes, T., Allis ,S. Theodorou, M., Merkur, S. Mossalos, E.(2004), Health Care Systems in Transition. HiT summary. *European observatory on health systems and policies -Cyprus*, 7(1), 1-10.
- Gordon, G. (1991). Industry Determinants of Organizational Culture. *Academy of Management Review*, 16, 396-415.
- Gregory, 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.
- Hofstede, G. (1991). *Cultures and organizations : software of the mind*. New York: McGraw-Hill.
- Hofstede, G. (1997). *Cultures and organizations : software of the mind : intercultural cooperation and its importance for survival*. London: Harper Collins.
- Hofstede, G. (2001). *Culture's consequences : comparing values, behaviors, institutions, and organizations across nations*. California: Sage Publications.
- 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.
- Jackson, S. E., & Schuler, R. S. (1995). Understanding human resource management in the context of organizations and their environments. *Annual Review of Psychology*, 46, 237–264.
- Kakeman, E., Liang, Z., Janati, A., Arab-Zozani, M., Mohaghegh, B. Gholizadeh, M. (2020). Leadership and management competencies for hospital managers: A systematic review and best-fit framework synthesis. *Journal of Healthcare Leadership*, 12, 59–68.

- Kalantzis, M. & Cope, B. (2013). *Νέαμάθηση. Βασικές αρχές για την επιστήμη της εκπαίδευσης*. Αθήνα: Κριτική.
- Kalhor, R., Tajnesaei, M., Kakemam, E., Keykaleh, S. & Kalhor, L. (2016). Perceived hospital managerial competency in Tehran, Iran: Is there a difference between public and private hospitals? *Journal of Egyptian Public Health Association*, 91, 157–162.
- Kanter, R. (1983). *The change masters : innovations for productivity in the American corporation*. New York: Simon and Schuster.
- Kapetaneas, N. and Kastanioti, C. and Lazakidou, A. and Prezerakos, P. (2015). *Organizational Culture and Individual Values in Greek Public Hospitals: A Competing Values Approach* in *Journal of Health Management*, 17(2):119-137.
- Kilmann, R.H. (2011). *Quantum Organizations: A New Paradigm for Achieving Organizational Success and Personal Meaning*. Newport Coast, CA: Kilmann Diagnostics.
- Kotter, P. & Heskett, J.L. (1992). *Corporate culture and performance*. New York: The Free Press
- Kovach, R. C. (1995). Matching assumptions to environment in the transfer of management practices: Performance appraisal in Hungary. *International Studies of Management & Organization*, 24(4), 83-99.
- Kriemadis, T., Pelagidis, T., & Kartakoullis, N. (2012). The role of organizational culture in Greek businesses. *EuroMedical Journal of Business*, 7(2), 129-141.
- Kutzin, J. (2008). *Health financing policy: a guide for decision-makers*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Large, M. (2007). *Change, How to Do it and Make it Work, Tools and Techniques for Managing Change*. London: A Joint Working Publication
- Lawler, E. (1996). *From the ground up : six principles for building the new logic corporation*. San Francisco, California: Jossey-Bass Publishers.
- Liang, Z., Leggat, G., Howard, F. & Koh, L. (2013). What makes a hospital manager competent at the middle and senior levels? *Australian Health Review*, 37, 566–573.
- Lock, E.A. & Kirkpatrick, S.A. (1995). Promoting creativity in organizations. In Ford C.M., Gioia D.A. (Eds), *Creative Action in Organizations: Ivory Tower Visions & Real World Voices* (pp 115-120). London: Sage.

- Lopez, S., Pesn, P. & Ordas, S. (2004). Managing knowledge: the link between culture and organizational learning. *Journal of Knowledge Management*, 8, 93- 104.
- Mallidou, A., Cummings, G., Estabrooks, A. & Giovannetti, B. (2011). Nurse Specialty subcultures and patient outcomes in acute care hospitals: A multiple-group structural equation modeling. *International Journal of Nurse Studies*, 48, 81–93.
- Mandel, J. (2012). *The statistical analysis of experimental data*. Courier Corporation.
- Martin, J. (2002). *Organizational culture: Mapping the terrain*. Sage Publications.
- Martins, E.C. & Terblanche, F. (2003). Building organizational culture that stimulates creativity and innovation. *European Journal of Innovation Management*, 6(1), 64-67.
- Mello, J. & Stank, T. (2005). Linking firm culture and orientation to supply chain success. *International Journal of Physical Distribution & Logistics Management*, 35, 542- 554.
- Mercer, D., Haddon, A. & Loughlin, C. (2018). . Leading on the edge: The nature of paramedic leadership at the front line of care. *Health Care Management Review*, 43, 12–20.
- Minogiannis, P. (2012). Tomorrow’s public hospital in Greece: Managing health care in the post crisis era. *Social Cohesion and development*, 7(1), 69-80.
- Montana, P. & Charmov, B. (2002). *Μάνατζμεντ*. Αθήνα: Κλειδάριθμος
- Mosialos, E., Allin, S. & Davaki, K. (2005). Analysing the Greek Health System: A tale of fragmentation and inertia. *Health Economics*, 14(1), S151-168.
- Mullins, L. (1999). *Management and Organizational Behaviour*. London: Pitman Publishing.
- Myloneros T, Sakellariou D (2021), The effectiveness of primary health care reforms in Greece towards achieving universal health coverage: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 21, 628-637.
- Naranjo-Valencia, J., Jiménez-Jiménez, D. & Sanz-Valle, R. (2016). Studying the links between organizational culture, innovation, and performance in Spanish companies. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 48 (1), 30-41.
- OECD (2015). OECD Health Statistics 2015. Available at: <https://www.oecd.org/health/health-systems/Focus-Health-Spending-2015.pdf>

- Pihlainen, V., Kivinen, T. & Lammintakanen, J. (2016). Management and leadership competence in hospitals: A systematic literature review. *Leadership Health Service*, 29, 95–110.
- Pillay, R. (2008). Managerial competencies of hospital managers in South Africa: A survey of managers in the public and private sectors. *Human Resource of Health*, 6, 4-9.
- Prajogo, D. & McDermott, C. (2005). The relationship between total quality management practices and organizational culture. *International Journal of Operations & Production Management*, 25, 1101-1122.
- Quinn, R. & Cameron, S. (1999). *Diagnosing and Changing Organizational Culture*. USA: Addison – Wesley Publishing, 1999
- Ravasi, D., & Schultz, M. (2006). Responding to organizational identity threats: exploring the role of organizational culture. *Academy of Management Journal*, 49(3), 433-458.
- Reich, R., Javadi, D. & Ghaffar, A. (2016). Introduction to the special issue on “effective leadership” for health systems. *Health System Reform*, 2, 171–175.
- 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) *Organizational Behavior*. New York: Prentice-Hall.
- Roemer, M. (1991). *National Health Systems of the World*. Oxford: Oxford University Press.
- Roemer, M. (1991). *National Health Systems of the World*. Oxford: Oxford University Press.
- Roussel, L. & Swansburg, R. (2010). *Νοσηλευτική Διοίκηση και Ηγεσία*. (Επιμ. Σταυροπούλου Α. & Κελέση-Σταυροπούλου Μ.). Αθήνα: Πασχαλίδης
- Schein, E. (1985). *Organizational culture and leadership*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Schein, E. (1986). *Organizational culture and leadership*. San Francisco: Jossey-Bass
- Schein, E. (1992). *Organizational culture and leadership*. San Francisco: Jossey-Bass
- Schein, E. (1992). *Organizational culture and leadership*. San Francisco: Jossey-Bass, 1992.

- Schneider, S. C. (1988). National vs. corporate culture: Implications for human resource management. *Human resource management*, 27(2), 231-246.
- Schwartz, S. & Bilsky, W. (1990). Toward a theory of the universal content and structure of values: Extensions and cross-cultural replications. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 878-891.
- 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.
- Siourouni, E. and Kastanioti, C.K. and Tziallas, D. and Niakas, D. (2012). *Health care provider's Organizational Culture Profile :a literature review* in Health Science Journal, 6,(2).
- Teloni, D.- D. & Adam, S. (2015). *Solidarity Clinics in Crisis-ridden Greece: The Experience of Health Care Provision When Public Health Care is in Retreat', Research Report*. Athens: Observatory of Social and Economic Developments, General Confederation of Greek Labour (in print).
- Tharp, B. M. (2009). Defining “culture” and “organizational culture”: from anthropology to the office. Available at: <http://www.haworth.com/docs/default-source/white-papers/defining-culture-and-organizational-culture-51-pdf-28527.pdf>
- Thorne, P. & Millard, M. (1994). A Model of the European Organization. *Journal of European Industrial Training*, 18, 4-18.
- Tountas, Y., Karnaki, P. & Pavi, E. (2002). Reforming the Reform-The Greek National Health System in Transition. *Health Policy*, 62(1), 15-29.
- WHO, (1946). *International Health Conference*. New York: WHO.
- Wilkinson, R. & Marmot, M. (2003). *Social Determinants of Health: the solid facts*. New York: WHO
- Xiaoming, C., & Junchen, X. (2012). A literature review on organizational culture and corporate performance. *International Journal of Business Administration*, 3(2), 29-37.
- Zachariadou, Th. and Zannetos, S. and Pavlakis, A. (2013). *Organizational culture in the primary healthcare setting of Cyprus* in BMC Health Services Research, 13: 112, available in: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/112>

- Zilidis, C., Kastanioti, C., Polyzos, N., et al. (2015). Development of a Health Work force Monitoring System in Greece. *Journal of Investment and Management*, 4, 256-263.
- Αλετράς, Β., Μαρσαγγάνης, Μ. & Νιάκας, Δ. (2002). *Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας in Θέματα οικονομικής και Χρηματοδοτικής Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας*. Πάτρα: ΕΑΠ.
- Αντωνοπούλου, Λ. (2002). *Δαπάνες και πολιτικές υγείας στην Ευρώπη*. Θεσσαλονίκη: Ζυγός.
- διαΝΕΟσις (2020). *Το Νέο ΕΣΥ: η ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας*. Αθήνα: διαΝΕΟσις
- Ζαβλάνος, Μ. (1996). *Οργάνωση και διοίκηση*. Αθήνα: Έλλην.
- Θανάσας, Κ. & Χαραλάμπους, Μ. (2016). Βασικές αρχές διοίκησης των σύγχρονων δημόσιων νοσοκομείων στην Ελλάδα. *Επιστημονικά Χρονικά*, 21, 158–170.
- Θεοδώρου Μ. (2000). *Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο. Διεθνής Εμπειρία & Ελληνική Πραγματικότητα*. Πάτρα: ΕΑΠ.
- Θεοδώρου, Μ., & Μητροσύλη Μ. (1999). *Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις – Δομή και Λειτουργία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας (Διοικητικές και Νομικές Διαστάσεις)*. Πάτρα: ΕΑΠ.
- Ιορδάνογλου, Δ. (2008). *Διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού στις σύγχρονες οργανώσεις: Νέες τάσεις και πρακτικές*. Αθήνα: Κριτική.
- Καστανιώτη, Α., Σιουρούνη, Ε., Μαυριδόγλου, Γ. & Πολύζος, Ν. (2011). Συγκριτική αξιολόγηση οργανωσιακής κουλτούρας μονάδων υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 28(1), 70-78.
- Κυριόπουλος Γ., (2020): Η αναζήτηση ομοφωνίας για τις μεταρρυθμίσεις στην υγεία και στην ιατρική περίθαλψη. *ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE*, 37(1),7-14.
- Κυριόπουλος, Γ. & Τελλόγλου, Τ. (2019). *Η περιπέτεια της μεταρρύθμισης στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Κυριόπουλος, Γ., (1995). *Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών*. Αθήνα: Θεμέλιο.
- Μακρυδημήτρης Α. (1999). *Ο μεγάλος ασθενής. Η μεταρρύθμιση και ο εκσυγχρονισμός της δημόσιας διοίκησης*. Αθήνα: Παπαζήση.

- Μανιού, Μ. & Ιακωβίδου, Ε., (2009). The current situation in the public and private hospitals in Greece. *Το βήμα του Ασκληπιού*, 8(4)9-17.
- Μερκούρης, Α. (2010). *Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών*. Αθήνα: Ιων.
- Μπίστα, Α. (2017) Η οργανωσιακή αλλαγή ως πρόκληση για το σύγχρονο Management στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας. Μελέτη περίπτωσης: το Γενικό Νοσοκομείο και τα Κέντρα Υγείας του Νομού Πρέβεζας. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, ΕΑΠ.
- Μπιτσάνη, Ε. (2006). *Διοίκηση ανθρωπίνων πόρων*. Αθήνα: Διόνικος.
- Μπουραντάς, Δ. (2002). *Μάνατζμεντ: Θεωρητικό υπόβαθρο, σύγχρονες πρακτικές*. Αθήνα: Μπένου.
- Μπουρσανίδης Χ., (2010): Συγκριτική Πολιτική Υγείας, Δομές διακυβέρνησης και εργαλεία management στα συστήματα υγείας στην ΕΕ. Στο: Κοντιάδης Ξ., Σουλιώτης Κ., (Επιμ.) *Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας* (σελ. 247-296). Αθήνα: Παπαζήση.
- Μπουρσανίδης, Χ. (2020). *Συστήματα Υγείας & Συγκριτική Πολιτική Υγείας*. Αθήνα: ΕΣΔΔΑ.
- Μπριόλα, Σ. (2019). *Το Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας: μια θεωρητική προσέγγιση*. Διαθέσιμο στο: <https://thesafiablog.com/2019/06/11/briola-analysis/>
- ΟΟΣΑ/Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας (2019). *Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2019, Η Κατάσταση της Υγείας στην ΕΕ, ΟΟΣΑ*. Βρυξέλλες-Παρίσι: Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας.
- Παγκάκης, Γ. (2002). *Δημόσια διοίκηση και κοινωνία*. Αθήνα: Σάκκουλα.
- Παπαγεωργίου, Α. & Χονδροκούκης, Γ. (2010). Ποσοτική Προσέγγιση της Οργανωσιακής Κουλτούρας στο χώρο των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων. *Επιθεώρηση Κλινικής Φαρμακολογίας και Φαρμακοκινητικής*, 28, 269-278.
- Παπαγεωργίου, Δ (2014). *Οργανωσιακή αλλαγή: παράγοντες που επηρεάζουν την εισαγωγή της στους οργανισμούς*. Χανιά: ΠΚ.
- Παπαδόπουλος, Κ. (2021). *Ελληνικό Σύστημα Υγείας. Μέθοδος, πηγές και αποτελεσματικότητα χρηματοδότησης. Προτάσεις για τη βελτίωση της αποδοτικότητας και της ισότητας*. Ανακτήθηκε από: <https://cpapadopoulos.gr/%CE%B5%CE%BB%CE%BB%CE%B7%CE%BD%CE>

[%B9%CE%BA%CF%8C-](#)

[%CF%83%CF%8D%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BC%CE%B1-](#)

[%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82-](#)

[%CE%BC%CE%AD%CE%B8%CE%BF%CE%B4%CE%BF%CF%82-](#)

[%CF%80%CE%B7%CE%B3%CE%AD/](#)

- Παπάνης Ε., & Ρόντος Κ. (2005). *Ψυχολογία-Κοινωνιολογία της εργασίας και διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού. Θεωρία και εμπειρική έρευνα*. Αθήνα: Σιδέρης
- Πολύζος Ν. (2004). Η κοινοτική προσέγγιση στη διοίκηση των οργανισμών. Στο Καραποστόλη Ν., *Το κόστος της ψυχοθεραπείας. Οικονομική και Λειτουργική Αξιολόγηση μιας Ημερήσιας Ψυχοθεραπευτικής Μονάδας* (σελ. 53-57). Αθήνα: Εναλλακτικές Εκδόσεις.
- Πολύζος, Ν. (2014). *Διοίκηση και οργάνωση υπηρεσιών υγείας*. Αθήνα: Κριτική
- Σουλιώτης, Κ. (2019). *Τεκμηριωμένη πολιτική υγείας. Μια πρόταση για την Ελλάδα*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Σταμάτη, Π. (2015). *Διερεύνηση των ηγετικών ικανοτήτων των διοικητών των δημόσιων νοσοκομείων στην Ελλάδα*. Λευκωσία: Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου.
- Τούντας Γ. (2006). Ο σχεδιασμός των υπηρεσιών υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 23(1), 72-83.
- Τούντας, Γ. (2016). Η υγεία των Ελλήνων στην κρίση. Διαθέσιμο στο: https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2016/03/epidrasi_tis_krisis_stin_ygeia_lo_paradoteo_final.pdf
- Τσιότρας, Γ., Μποχώρης, Γ. & Σκορδή, Α. (1998). *Ποιότητα και υγεία. Βασικές έννοιες και ιστορική αναδρομή για την Ελλάδα*. Συνέδριο Η ποιότητα στο χώρο της υγείας. Αθήνα.
- Xenos, P., Yfantopoulos, J., Nektarios, M., et al. (2017). Efficiency and productivity assessment of public hospitals in Greece during the crisis period 2009–2012. *Cost Ef Resour Alloc.* 15(6), 35-47.

Παράρτημα 1: Ερωτηματολόγιο Προσδιορισμού Οργανωσιακής Κουλτούρας ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΑΧΑΪΑΣ (ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΑΙΓΙΟΥ)

Μέρος Πρώτο

(παρακαλώ απαντήστε στις ερωτήσεις σημειώνοντας την πλέον κατάλληλη για σας)

1. ΦΥΛΟ		2. ΗΛΙΚΙΑ		3. ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ		4. ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ		5. ΕΤΗ ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑΣ ΣΤΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	
Άρρεν		18- 30		Κάτοχος Μεταπτυχιακού / Διδακτορικού		Ιατρικό Προσωπικό		1- 5	
Θήλυ		31- 40		Απόφοιτος Α.Ε.Ι		Νοσηλευτικό		6 - 10	
				Απόφοιτος Τ.Ε.Ι		Λοιπό Επιστημονικό Προσωπικό (Κοινωνιολόγοι, Ψυχολόγοι κ.α.)		11 - 15	
		41-50		Απόφοιτος Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης		Διοικητικό		16- 20	
						Τεχνικό		21- 25	
		51- 60						25 και άνω	
		61 και άνω							

6. Σε σχέση με το προηγούμενο έτος πως θα χαρακτηρίζατε την λειτουργία – απόδοση του Νοσοκομείου σας σήμερα;

- Αρκετά Χαμηλότερη
- Χαμηλότερη
- Περίπου Ίδια
- Υψηλότερη
- Αρκετά Υψηλότερη

Μέρος Δεύτερο

Το δεύτερο μέρος απαρτίζεται από έξι ερωτήσεις με τέσσερα υποερωτήματα η καθεμία.

Έχετε στην διάθεσή σας 100 βαθμούς, που θα πρέπει να τους μοιράσετε στα τέσσερα υποερωτήματα της κάθε ερώτησης.

Το σύνολο της κάθε στήλης (Υφιστάμενη κατάσταση και Επιθυμητή Κατάσταση) θα πρέπει να είναι 100 βαθμοί.

	1. Κυρίαρχα χαρακτηριστικά	ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ
A.	Το Νοσοκομείο ή το Κέντρο Υγείας είναι ένας πολύ προσωπικός χώρος. Είναι σαν μια μεγάλη οικογένεια..		
B.	Το Νοσοκομείο ή το Κέντρο Υγείας είναι ένας πολύ δυναμικός και επιχειρηματικός χώρος. Οι εργαζόμενοι είναι πρόθυμοι να αναλάβουν ρίσκο.		

Γ.	Το Νοσοκομείο ή το Κέντρο Υγείας είναι προσανατολισμένα στα αποτελέσματα. Ενδιαφέρει η εκτέλεση των εργασιών. Οι εργαζόμενοι είναι πολύ ανταγωνιστικοί και εστιάζουν στα αποτελέσματα		
Δ.	Το Νοσοκομείο ή το Κέντρο Υγείας είναι ένας πολύ οργανωμένος και ελεγχόμενος χώρος. Οι εργαζόμενοι λειτουργούν συνήθως με βάσει επίσημες διαδικασίες		
	ΣΥΝΟΛΟ	100	100

	2. Η ηγεσία του οργανισμού	ΥΦΙΣΤΑΜΕΝ Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΕΠΙΘΥΜΗΤ Η ΚΑΤΑΣΤΑΣ Η
A.	Η ηγεσία του οργανισμού θεωρείται γενικά ότι δίνει το παράδειγμα της καθοδήγησης, της διευκόλυνσης και της προστασίας.		
B.	Η ηγεσία στον οργανισμό θεωρείται γενικά ότι δίνει το παράδειγμα της επιχειρηματικότητας, της καινοτομίας και της ανάληψης κινδύνου		
Γ.	Η ηγεσία στον οργανισμό θεωρείται γενικά ότι δίνει το παράδειγμα του προσανατολισμού στα αποτελέσματα και στην επιθετική πολιτική.		
Δ.	Η ηγεσία στον οργανισμό θεωρείται γενικά ότι δίνει το παράδειγμα του συντονισμού, της οργάνωσης και της αποτελεσματικότητας.		
	ΣΥΝΟΛΟ	100	100

	3. Διαχείριση Ανθρώπινου Δυναμικού	ΥΦΙΣΤΑΜΕΝ Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΕΠΙΘΥΜΗΤ Η ΚΑΤΑΣΤΑΣ Η
A.	Το Νοσοκομείο και το Κ.Υ διοικούνται κατά τέτοιο τρόπο ώστε να δίνεται έμφαση στην ομαδική εργασία, στη συνοχή και στην συμμετοχή όλων των εργαζομένων μέσα σε αυτό.		
B.	Το Νοσοκομείο και το Κ.Υ διοικούνται κατά τέτοιο τρόπο ώστε να ενθαρρύνεται η ανάληψη ρίσκου από τον κάθε εργαζόμενο, ο οποίος αισθάνεται ελεύθερος να προτείνει ιδέες για την βελτίωση της λειτουργίας του. Ενθαρρύνεται επίσης η ομαδικότητα και η καινοτομία.		
Γ.	Το Νοσοκομείο και το Κ.Υ διοικούνται κατά τέτοιο τρόπο ώστε να επικρατούν συνθήκες έντονης ανταγωνιστικότητας, υψηλών απαιτήσεων και επιθυμίας επίτευξης των στόχων. Οι εργαζόμενοι αισθάνονται και είναι ανταγωνιστικοί.		
Δ.	Το Νοσοκομείο και το Κ.Υ διοικούνται κατά τέτοιο τρόπο ώστε να υπάρχει συστηματική παρακολούθηση του επιπέδου αποτελεσματικότητας, έλεγχος της αποδοτικότητας των εργαζομένων, έλεγχος του κατά πόσο τηρούνται οι τυπικοί κανόνες και διαδικασίες από τους εργαζόμενους και σταθερότητα στις σχέσεις.		
	ΣΥΝΟΛΟ	100	100

	4. Η οργανωτική ενότητα	ΥΦΙΣΤΑΜΕΝ Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΕΠΙΘΥΜΗΤ Η ΚΑΤΑΣΤΑΣ Η
A.	Αυτό που κρατάει ενωμένο το Νοσοκομείο και το Κ.Υ είναι η αφοσίωση των μελών του και η αμοιβαία εμπιστοσύνη. Υπάρχει έντονο το στοιχείο της πίστης και της δέσμευσης προς το Νοσοκομείο και το Κ.Υ από όλους τους εργαζόμενους		

Β.	Αυτό που κρατάει ενωμένο το Νοσοκομείο και το Κ.Υ είναι η δέσμευση των μελών του στην καινοτόμο σκέψη και στη διαρκή ανάπτυξη. Όλοι οι εργαζόμενοι αισθάνονται ως μια ομάδα που προσπαθεί να έχει καινοτόμες ιδέες που να βελτιώνουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες του.		
Γ.	Αυτό που κρατάει ενωμένο το Νοσοκομείο και το Κ.Υ είναι η αφοσίωση των μελών του στην αποτελεσματική διεκπεραίωση των καθηκόντων τους και στην υλοποίηση των στόχων του. Δίνεται έμφαση στην εξασφάλιση ανταγωνιστικής παρουσίας στην αγορά, στην παροχή υψηλών υπηρεσιών, ανώτερων από αυτές που προσφέρονται από τα υπόλοιπα Νοσοκομεία και τα Κ.Υ.		
Δ.	Αυτό που κρατάει ενωμένο το Νοσοκομείο και το Κ.Υ είναι η προσήλωση των μελών του στην τήρηση των τυπικών κανόνων και διαδικασιών. Δίνεται έμφαση στην εξασφάλιση της ομαλής λειτουργίας του.		
	ΣΥΝΟΛΟ	100	100

	5. Στρατηγικός Προσανατολισμός	ΥΦΙΣΤΑΜΕΝ Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΕΠΙΘΥΜΗΤ Η ΚΑΤΑΣΤΑΣ Η
Α.	Το Νοσοκομείο και το Κ.Υ δίνουν έμφαση στην ανάπτυξη των εργαζομένων του. Σημαντική κρίνεται η ύπαρξη εμπιστοσύνης, ειλικρίνειας, καθώς και συμμετοχής όλων των εργαζομένων.		
Β.	Το Νοσοκομείο και το Κ.Υ δίνουν έμφαση στην απόκτηση νέων πόρων και την αντιμετώπιση νέων προκλήσεων. Εκτιμάται η ανάπτυξη νέων ιδεών και η εκμετάλλευση ευκαιριών από τους εργαζόμενους προκειμένου να επιτυγχάνεται η διαρκής βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών τους.		
Γ.	Το Νοσοκομείο και το Κ.Υ δίνουν έμφαση στην ανταγωνιστικότητα, στο να επιτύχει να είναι καλύτερο από τα υπόλοιπα. Επικρατεί η λογική του να τίθενται υψηλοί στόχοι και να υλοποιούνται με την ταυτόχρονη επικράτηση στην σφαίρα του ανταγωνισμού.		
Δ.	Το Νοσοκομείο και το Κ.Υ δίνουν έμφαση στη σταθερότητα. Σημαντική είναι η εξασφάλιση της		

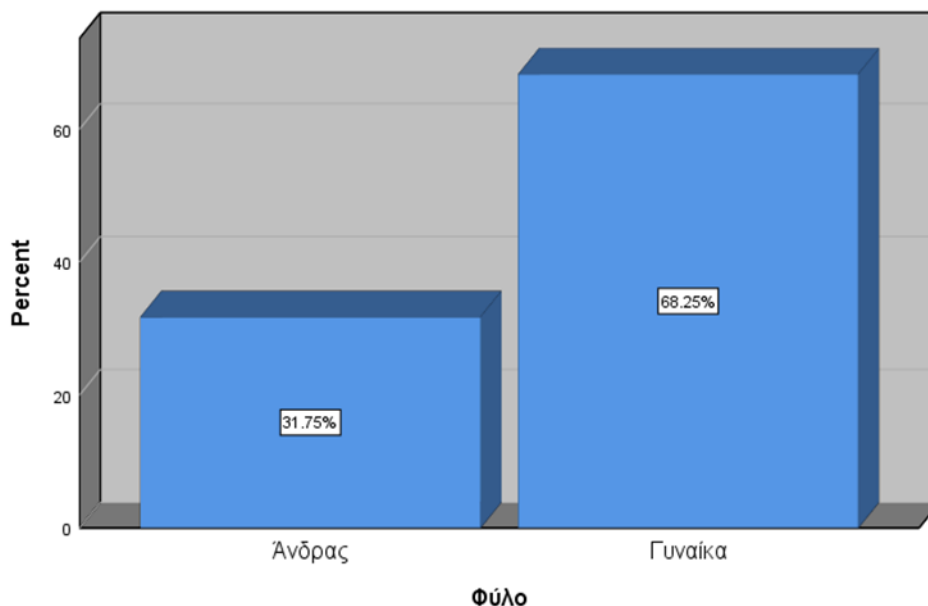
	εύρυθμης και ομαλής λειτουργίας τους		
		ΣΥΝΟΛΟ	100
			100

Παράρτημα 2: Διαγράμματα αποτελεσμάτων

Πίνακας 1. Φύλο

		Frequency	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Ανδρας	40	31.7	31.7
	Γυναίκα	86	68.3	100.0
	Total	126	100.0	
Missing	System	11		
Total		137		

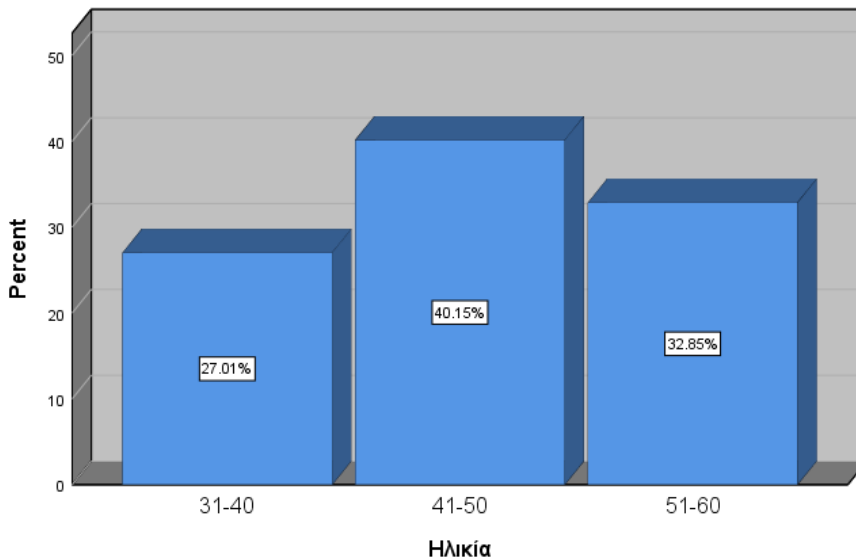
Γράφημα 1. Φύλο



Πίνακας 2. Ηλικία

		Frequency	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	31-40	37	27.0	27.0
	41-50	55	40.1	67.2
	51-60	45	32.8	100.0
Total		137	100.0	

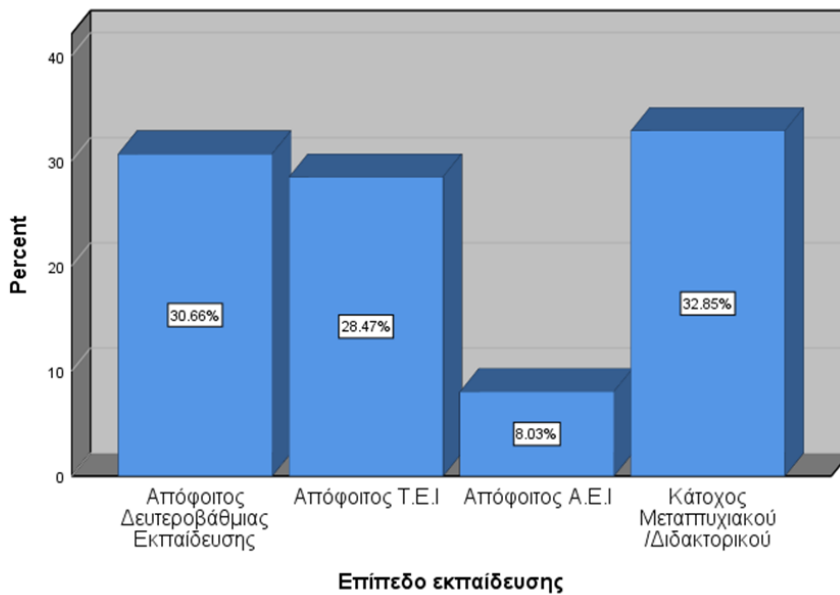
Γράφημα 2. Ηλικία



Πίνακας 3. Επίπεδο εκπαίδευσης

	Frequency	ValidPercent	CumulativePercent
Valid Απόφοιτος Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης	42	30.7	30.7
Απόφοιτος Τ.Ε.Ι	39	28.5	59.1
Απόφοιτος Α.Ε.Ι	11	8.0	67.2
Κάτοχος Μεταπτυχιακού /Διδακτορικού	45	32.8	100.0
Total	137	100.0	

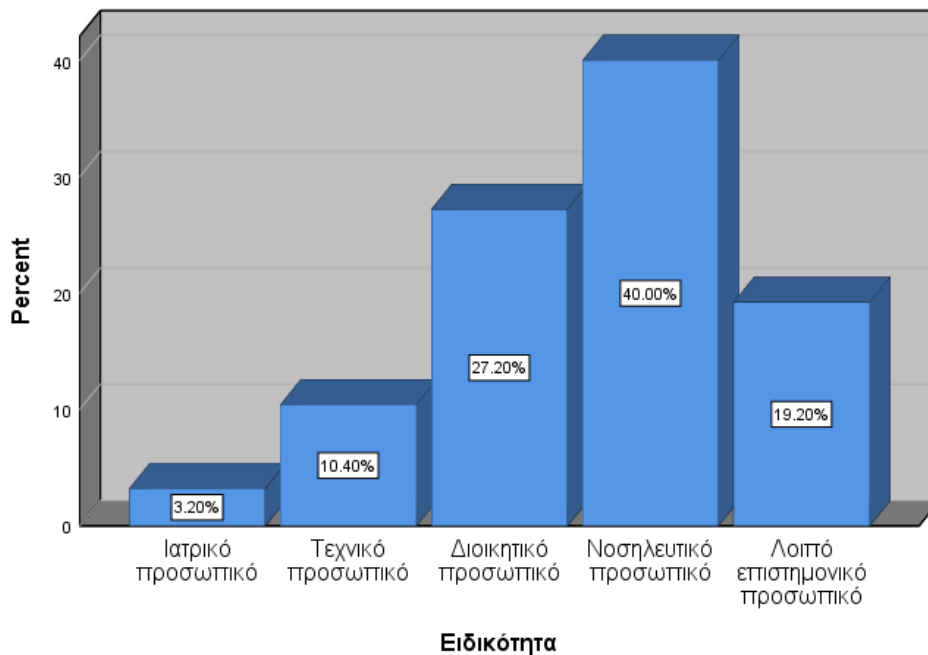
Γράφημα 3. Επίπεδο εκπαίδευσης



Πίνακας 4. Ειδικότητα

		Frequency	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Ιατρικό προσωπικό	4	3.2	3.2
	Τεχνικό προσωπικό	13	10.4	13.6
	Διοικητικό προσωπικό	34	27.2	40.8
	Νοσηλευτικό προσωπικό	50	40.0	80.8
	Λοιπό επιστημονικό προσωπικό	24	19.2	100.0
	Total	125	100.0	
Missing	System	12		
Total		137		

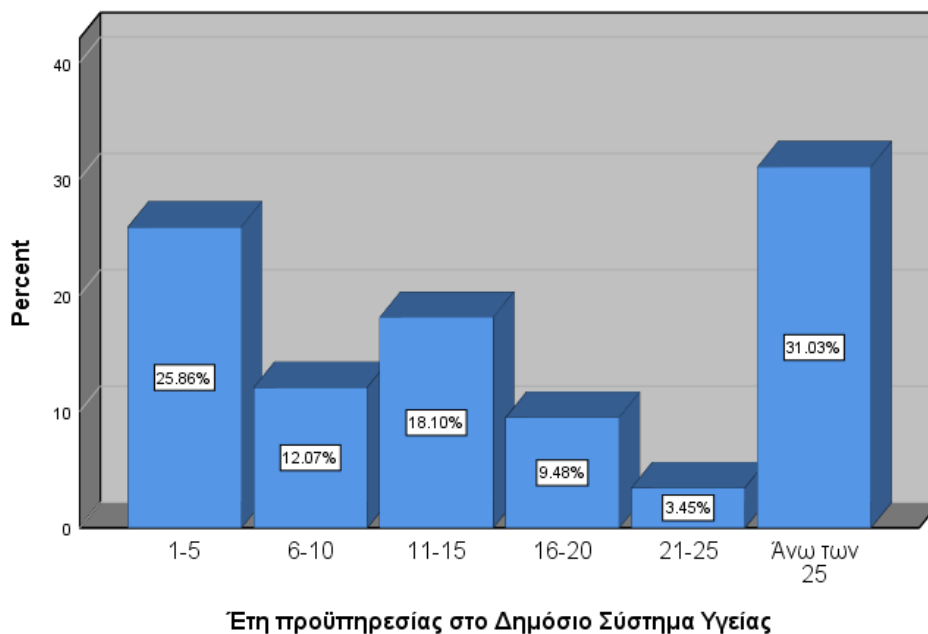
Γράφημα 4. Ειδικότητα



Πίνακας 5. Έτη προϋπηρεσίας στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας

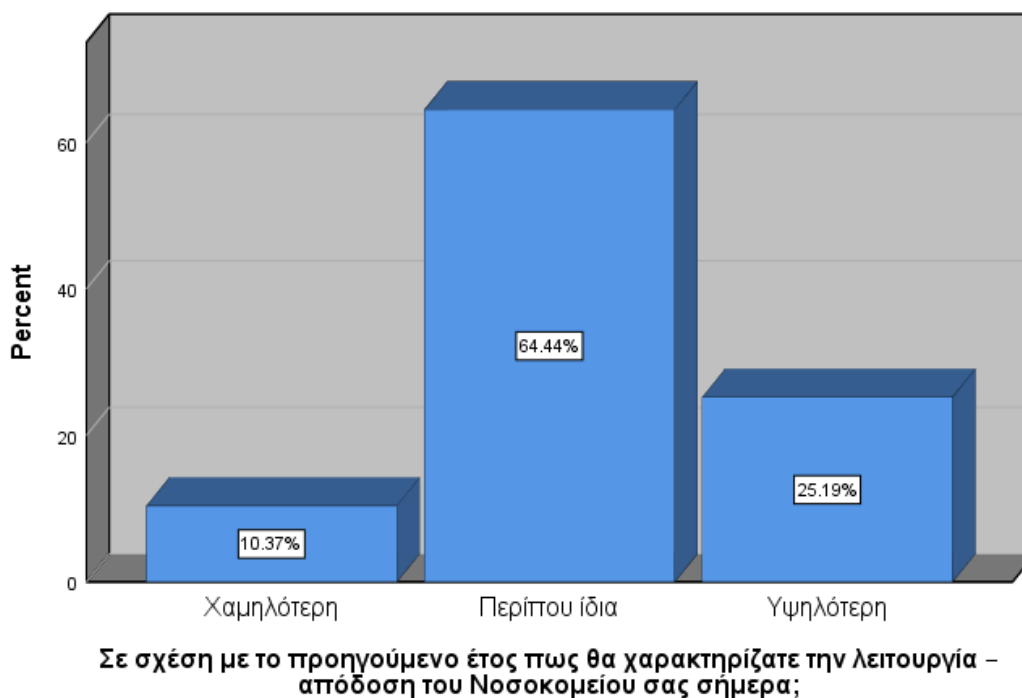
		Frequency	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	1-5	30	25.9	25.9
	6-10	14	12.1	37.9
	11-15	21	18.1	56.0
	16-20	11	9.5	65.5
	21-25	4	3.4	69.0
	Άνω των 25	36	31.0	100.0
Total		116	100.0	
Missing	System	21		
Total		137		

Γράφημα 5. Έτη προϋπηρεσίας στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας



Πίνακας 6. Σε σχέση με το προηγούμενο έτος πως θα χαρακτηρίζατε την λειτουργία – απόδοση του Νοσοκομείου σας σήμερα.

		Frequency	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	Χαμηλότερη	14	10.4	10.4
	Περίπου ίδια	87	64.4	74.8
	Υψηλότερη	34	25.2	100.0
	Total	135	100.0	
Missing	System	2		
Total		137		

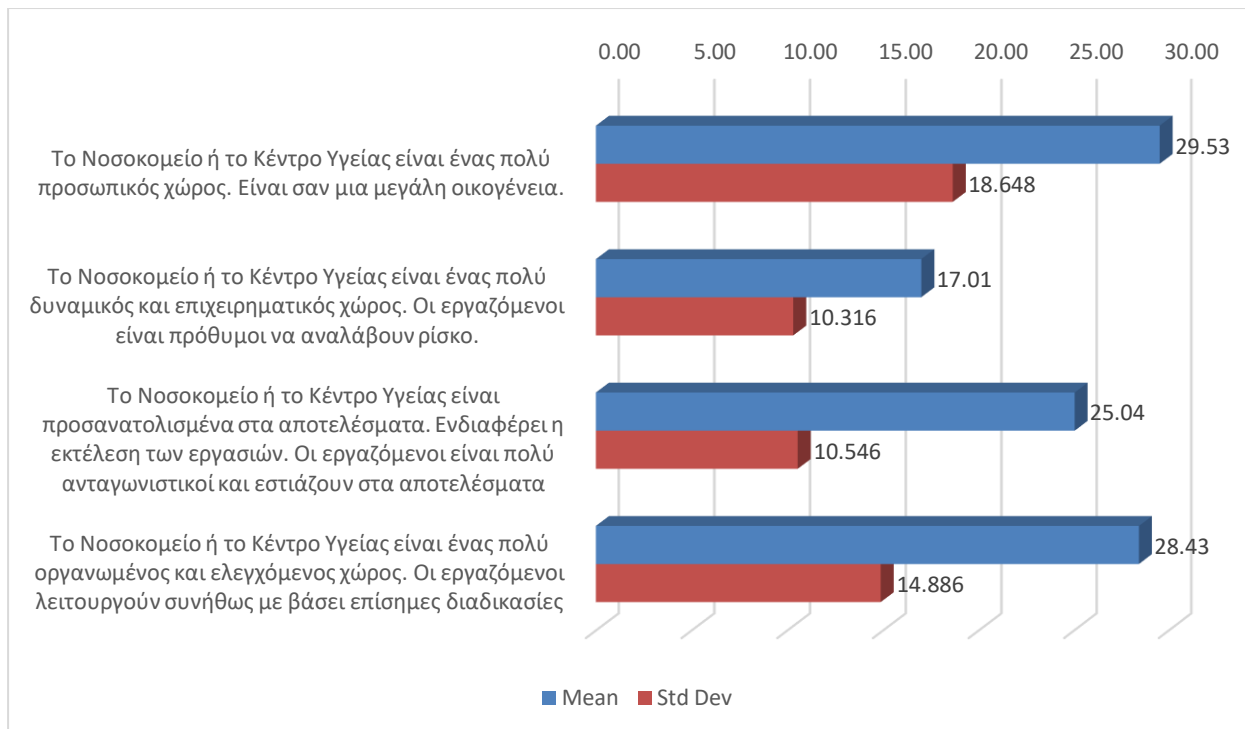


Γράφημα 6. Σε σχέση με το προηγούμενο έτος πως θα χαρακτηρίζατε την λειτουργία – απόδοση του Νοσοκομείου σας σήμερα

Πίνακας 7. Υφιστάμενη κουλτούρα στα κυρίαρχα χαρακτηριστικά του νοσοκομείου

	Mean	StdDev	Min	Max
Το Νοσοκομείο ή το Κέντρο Υγείας είναι ένας πολύ προσωπικός χώρος. Είναι σαν μια μεγάλη οικογένεια.	29.53	18.648	0	85
Το Νοσοκομείο ή το Κέντρο Υγείας είναι ένας πολύ δυναμικός και επιχειρηματικός χώρος. Οι εργαζόμενοι είναι πρόθυμοι να αναλάβουν ρίσκο.	17.01	10.316	0	50
Το Νοσοκομείο ή το Κέντρο Υγείας είναι προσανατολισμένα στα αποτελέσματα. Ενδιαφέρει η εκτέλεση των εργασιών. Οι εργαζόμενοι είναι πολύ ανταγωνιστικοί και εστιάζουν στα αποτελέσματα	25.04	10.546	0	45
Το Νοσοκομείο ή το Κέντρο Υγείας είναι ένας πολύ οργανωμένος και ελεγχόμενος χώρος. Οι εργαζόμενοι λειτουργούν συνήθως με βάσει επίσημες διαδικασίες	28.43	14.886	5	80

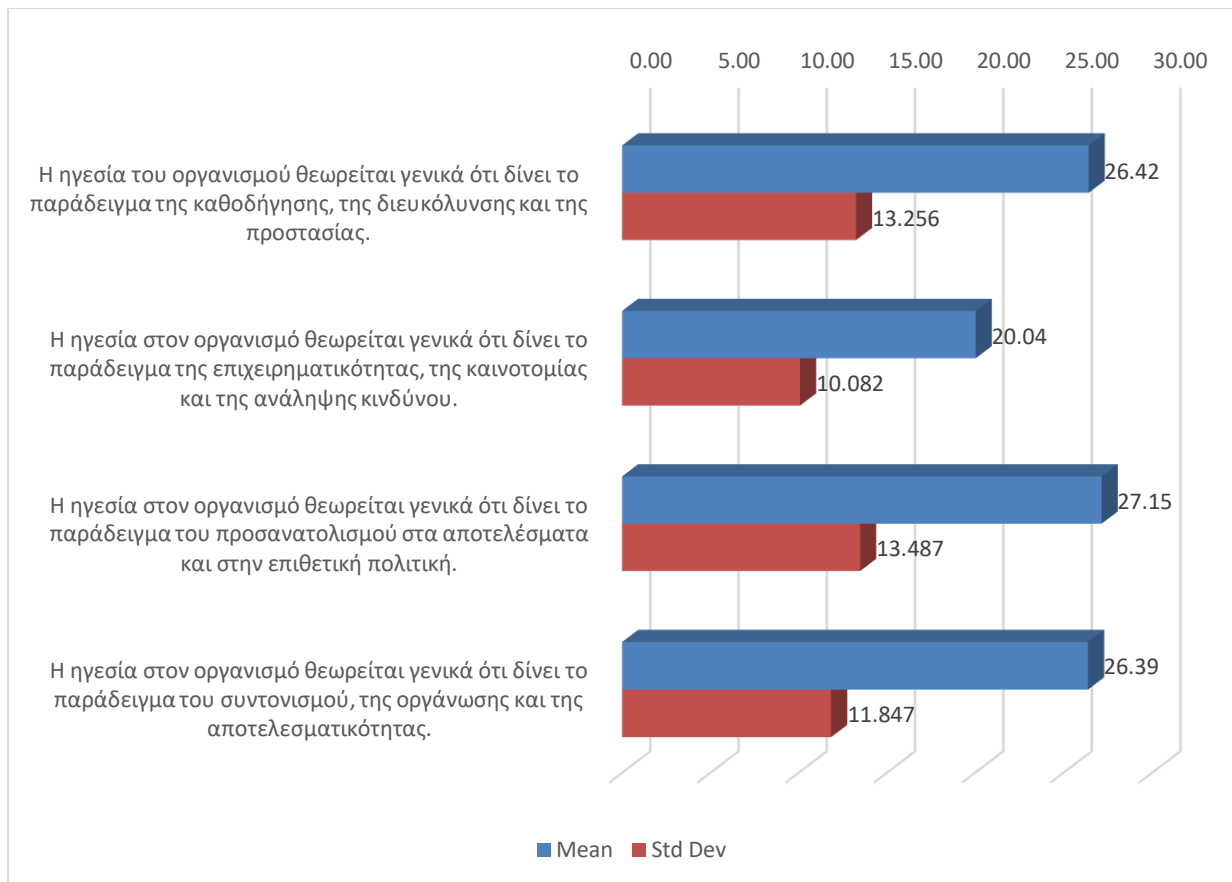
Γράφημα 7. Υφιστάμενη κουλτούρα στα κυρίαρχα χαρακτηριστικά του νοσοκομείου



Πίνακας 8. Υφιστάμενη κουλτούρα στην ηγεσία του οργανισμού

	Mean	StdDev	Min	Max
Η ηγεσία του οργανισμού θεωρείται γενικά ότι δίνει το παράδειγμα της καθοδήγησης, της διευκόλυνσης και της προστασίας.	26.42	13.256	10	60
Η ηγεσία στον οργανισμό θεωρείται γενικά ότι δίνει το παράδειγμα της επιχειρηματικότητας, της καινοτομίας και της ανάληψης κινδύνου.	20.04	10.082	0	60
Η ηγεσία στον οργανισμό θεωρείται γενικά ότι δίνει το παράδειγμα του προσανατολισμού στα αποτελέσματα και στην επιθετική πολιτική.	27.15	13.487	0	50
Η ηγεσία στον οργανισμό θεωρείται γενικά ότι δίνει το παράδειγμα του συντονισμού, της οργάνωσης και της αποτελεσματικότητας.	26.39	11.847	10	90

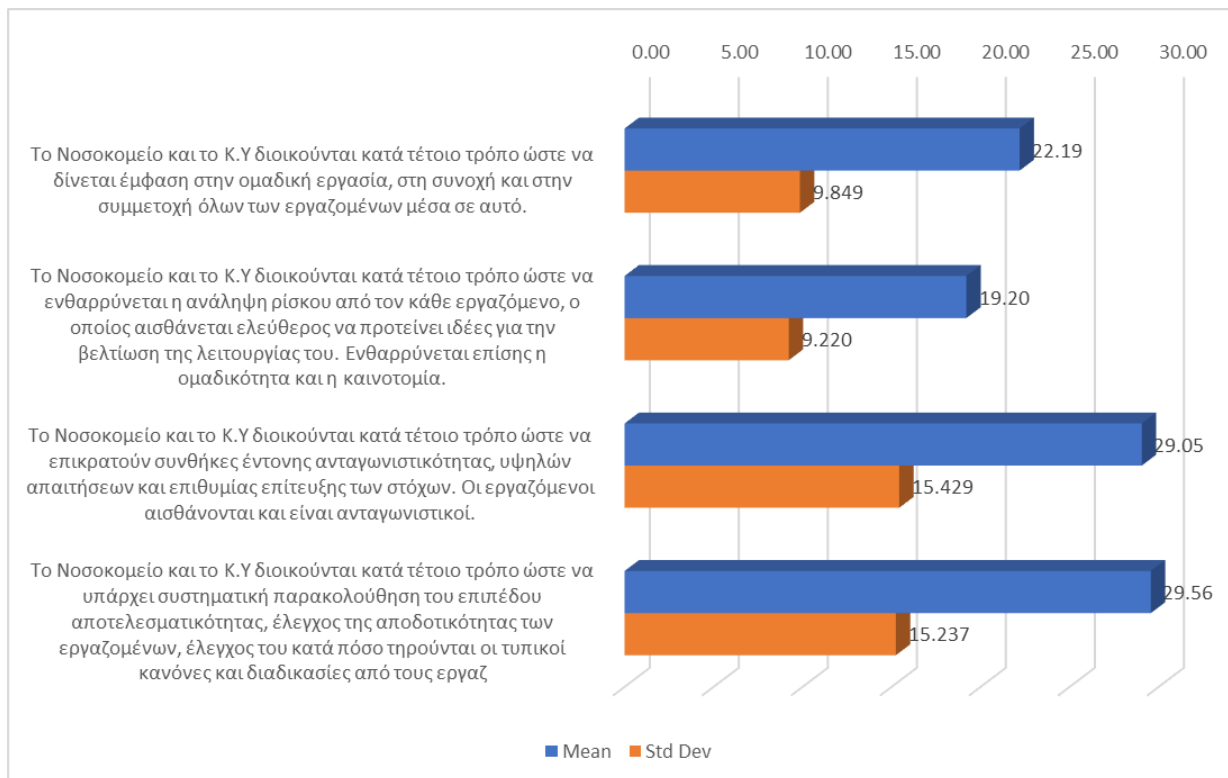
Γράφημα 8. Υφιστάμενη κουλτούρα στην ηγεσία του οργανισμού



Πίνακας 9. Υφιστάμενη κουλτούρα στην διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού

	Mean	StdDev	Min	Max
Το Νοσοκομείο και το Κ.Υ διοικούνται κατά τέτοιο τρόπο ώστε να δίνεται έμφαση στην ομαδική εργασία, στη συνοχή και στην συμμετοχή όλων των εργαζομένων μέσα σε αυτό.	22.19	9.849	0	50
Το Νοσοκομείο και το Κ.Υ διοικούνται κατά τέτοιο τρόπο ώστε να ενθαρρύνεται η ανάληψη ρίσκου από τον κάθε εργαζόμενο, ο οποίος αισθάνεται ελεύθερος να προτείνει ιδέες για την βελτίωση της λειτουργίας του. Ενθαρρύνεται επίσης η ομαδικότητα και η καινοτομία.	19.20	9.220	0	50
Το Νοσοκομείο και το Κ.Υ διοικούνται κατά τέτοιο τρόπο ώστε να επικρατούν συνθήκες έντονης ανταγωνιστικότητας, υψηλών απαιτήσεων και επιθυμίας επίτευξης των στόχων. Οι εργαζόμενοι αισθάνονται και είναι ανταγωνιστικοί.	29.05	15.429	0	70
Το Νοσοκομείο και το Κ.Υ διοικούνται κατά τέτοιο τρόπο ώστε να υπάρχει συστηματική παρακολούθηση του επιπέδου αποτελεσματικότητας, έλεγχος της αποδοτικότητας των εργαζομένων, έλεγχος του κατά πόσο τηρούνται οι τυπικοί κανόνες και διαδικασίες από τους εργαζόμενους και σταθερότητα στις σχέσεις.	29.56	15.237	0	90

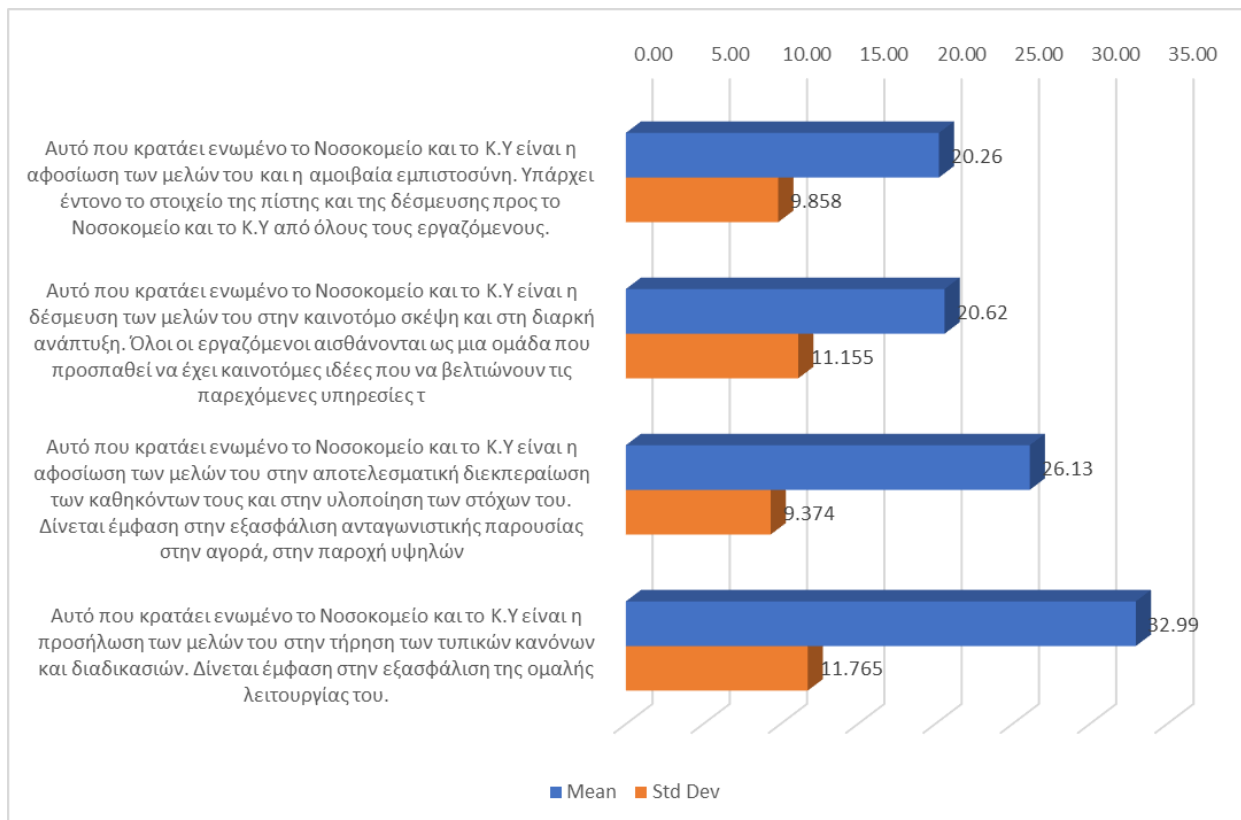
Γράφημα 9. Υφιστάμενη κουλτούρα στην διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού



Πίνακας 10. Υφιστάμενη κουλτούρα στην οργανωτική ενότητα

	Mean	StdDev	Min	Max
Αυτό που κρατάει ενωμένο το Νοσοκομείο και το Κ.Υ είναι η αφοσίωση των μελών του και η αμοιβαία εμπιστοσύνη. Υπάρχει έντονο το στοιχείο της πίστης και της δέσμευσης προς το Νοσοκομείο και το Κ.Υ από όλους τους εργαζόμενους.	20.26	9.858	10	50
Αυτό που κρατάει ενωμένο το Νοσοκομείο και το Κ.Υ είναι η δέσμευση των μελών του στην καινοτόμο σκέψη και στη διαρκή ανάπτυξη. Όλοι οι εργαζόμενοι αισθάνονται ως μια ομάδα που προσπαθεί να έχει καινοτόμες ιδέες που να βελτιώνουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες του.	20.62	11.155	0	70
Αυτό που κρατάει ενωμένο το Νοσοκομείο και το Κ.Υ είναι η αφοσίωση των μελών του στην αποτελεσματική διεκπεραίωση των καθηκόντων τους και στην υλοποίηση των στόχων του. Δίνεται έμφαση στην εξασφάλιση ανταγωνιστικής παρουσίας στην αγορά, στην παροχή υψηλών υπηρεσιών, ανώτερων από αυτές που προσφέρονται από τα υπόλοιπα Νοσοκομεία και τα Κ.Υ.	26.13	9.374	0	45
Αυτό που κρατάει ενωμένο το Νοσοκομείο και το Κ.Υ είναι η προσήλωση των μελών του στην τήρηση των τυπικών κανόνων και διαδικασιών. Δίνεται έμφαση στην εξασφάλιση της ομαλής λειτουργίας του.	32.99	11.765	5	85

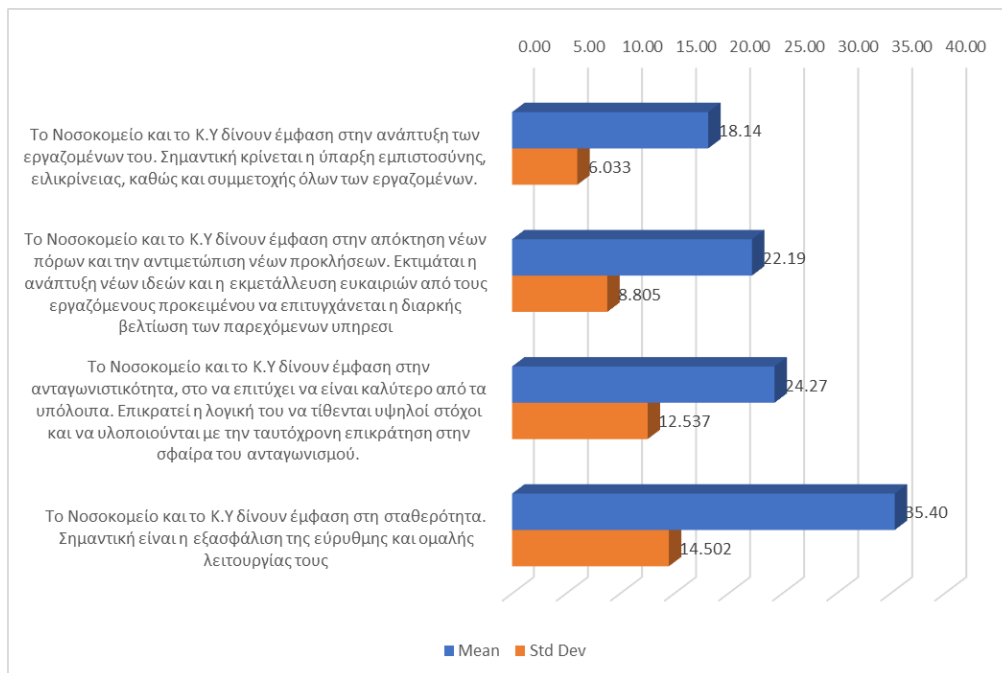
Γράφημα 10. Υφιστάμενη κουλτούρα στην οργανωτική ενότητα



Πίνακας 11. Υφιστάμενη κουλτούρα στον στρατηγικό προσανατολισμό

	Mean	StdDev	Min	Max
Το Νοσοκομείο και το Κ.Υ δίνουν έμφαση στην ανάπτυξη των εργαζομένων του. Σημαντική κρίνεται η ύπαρξη εμπιστοσύνης, ειλικρίνειας, καθώς και συμμετοχής όλων των εργαζομένων.	18.14	6.033	0	30
Το Νοσοκομείο και το Κ.Υ δίνουν έμφαση στην απόκτηση νέων πόρων και την αντιμετώπιση νέων προκλήσεων. Εκτιμάται η ανάπτυξη νέων ιδεών και η εκμετάλλευση ευκαιριών από τους εργαζόμενους προκειμένου να επιτυγχάνεται η διαρκής βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών τους.	22.19	8.805	0	50
Το Νοσοκομείο και το Κ.Υ δίνουν έμφαση στην ανταγωνιστικότητα, στο να επιτύχει να είναι καλύτερο από τα υπόλοιπα. Επικρατεί η λογική του να τίθενται υψηλοί στόχοι και να υλοποιούνται με την ταυτόχρονη επικράτηση στην σφαίρα του ανταγωνισμού.	24.27	12.537	0	70
Το Νοσοκομείο και το Κ.Υ δίνουν έμφαση στη σταθερότητα. Σημαντική είναι η εξασφάλιση της εύρυθμης και ομαλής λειτουργίας τους	35.40	14.502	10	90

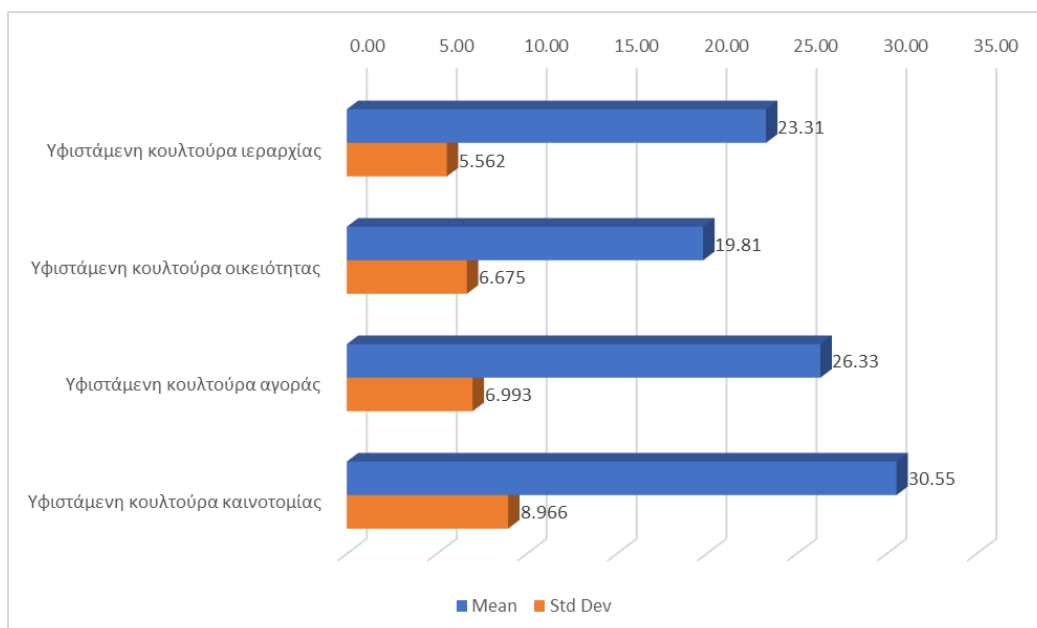
Γράφημα 11. Υφιστάμενη κουλτούρα στον στρατηγικό προσανατολισμό



Πίνακας 12. Υφιστάμενη κουλτούρα νοσοκομείου

	Mean	StdDev	Min	Max
Υφιστάμενη κουλτούρα ιεραρχίας	23.31	5.562	9	33
Υφιστάμενη κουλτούρα οικειότητας	19.81	6.675	0	50
Υφιστάμενη κουλτούρα αγοράς	26.33	6.993	4	41
Υφιστάμενη κουλτούρα καινοτομίας	30.55	8.966	16	87

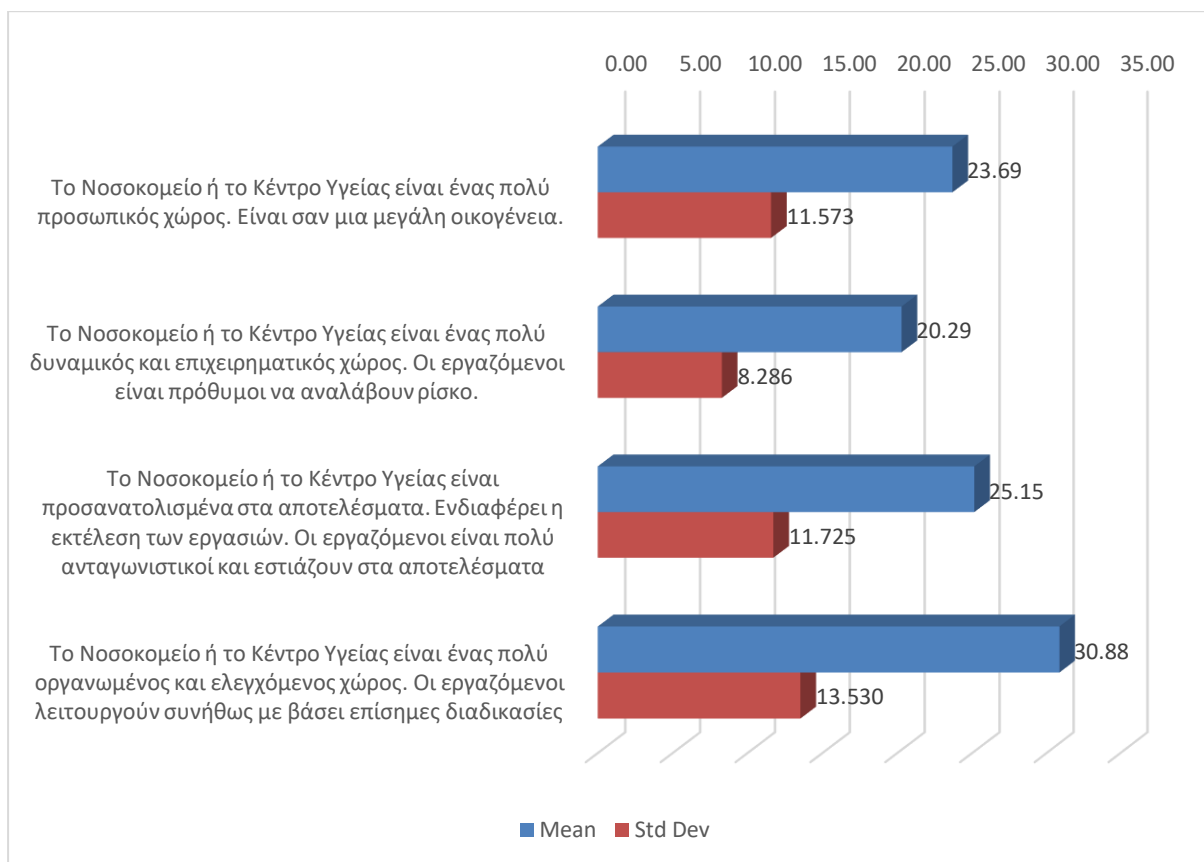
Γράφημα 12. Υφιστάμενη κουλτούρα νοσοκομείου



Πίνακας 13. Επιθυμητή κουλτούρα κυρίαρχων χαρακτηριστικών

	Mean	StdDev	Min	Max
Το Νοσοκομείο ή το Κέντρο Υγείας είναι ένας πολύ προσωπικός χώρος. Είναι σαν μια μεγάλη οικογένεια.	23.69	11.573	9	33
Το Νοσοκομείο ή το Κέντρο Υγείας είναι ένας πολύ δυναμικός και επιχειρηματικός χώρος. Οι εργαζόμενοι είναι πρόθυμοι να αναλάβουν ρίσκο.	20.29	8.286	0	50
Το Νοσοκομείο ή το Κέντρο Υγείας είναι προσανατολισμένα στα αποτελέσματα. Ενδιαφέρει η εκτέλεση των εργασιών. Οι εργαζόμενοι είναι πολύ ανταγωνιστικοί και εστιάζουν στα αποτελέσματα	25.15	11.725	4	41
Το Νοσοκομείο ή το Κέντρο Υγείας είναι ένας πολύ οργανωμένος και ελεγχόμενος χώρος. Οι εργαζόμενοι λειτουργούν συνήθως με βάσει επίσημες διαδικασίες	30.88	13.530	16	87

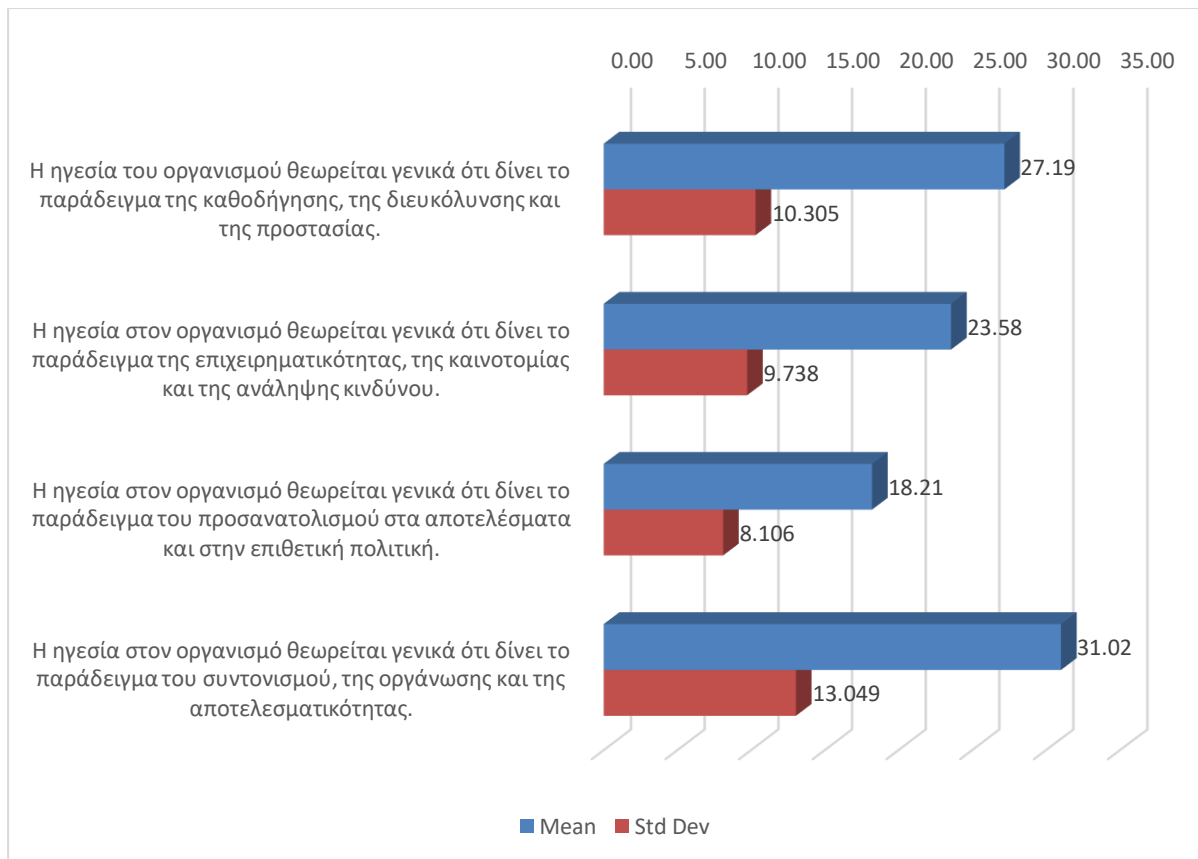
Γράφημα 13. Επιθυμητή κουλτούρα κυρίαρχων χαρακτηριστικών



Πίνακας 14. Επιθυμητή κουλτούρα ηγεσίας του οργανισμού

	Mean	StdDev	Min	Max
Η ηγεσία του οργανισμού θεωρείται γενικά ότι δίνει το παράδειγμα της καθοδήγησης, της διευκόλυνσης και της προστασίας.	27.19	10.305	10	70
Η ηγεσία στον οργανισμό θεωρείται γενικά ότι δίνει το παράδειγμα της επιχειρηματικότητας, της καινοτομίας και της ανάληψης κινδύνου.	23.58	9.738	0	50
Η ηγεσία στον οργανισμό θεωρείται γενικά ότι δίνει το παράδειγμα του προσανατολισμού στα αποτελέσματα και στην επιθετική πολιτική.	18.21	8.106	0	70
Η ηγεσία στον οργανισμό θεωρείται γενικά ότι δίνει το παράδειγμα του συντονισμού, της οργάνωσης και της αποτελεσματικότητας.	31.02	13.049	10	70

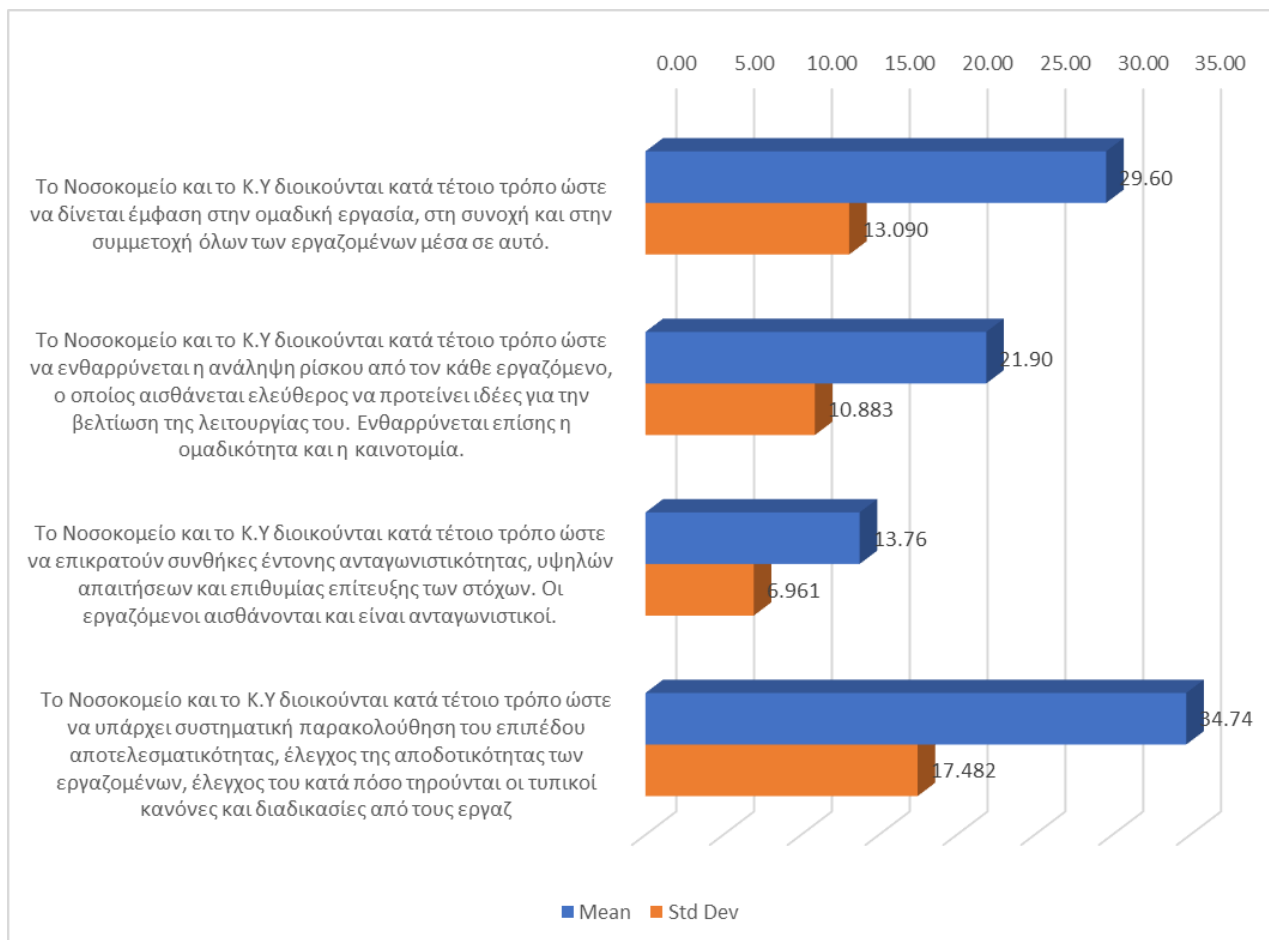
Γράφημα 14. Επιθυμητή κουλτούρα ηγεσίας του οργανισμού



Πίνακας 15. Επιθυμητή κουλτούρα διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού

	Mean	StdDev	Min	Max
Το Νοσοκομείο και το Κ.Υ διοικούνται κατά τέτοιο τρόπο ώστε να δίνεται έμφαση στην ομαδική εργασία, στη συνοχή και στην συμμετοχή όλων των εργαζομένων μέσα σε αυτό.	29.60	13.090	0	50
Το Νοσοκομείο και το Κ.Υ διοικούνται κατά τέτοιο τρόπο ώστε να ενθαρρύνεται η ανάληψη ρίσκου από τον κάθε εργαζόμενο, ο οποίος αισθάνεται ελεύθερος να προτείνει ιδέες για την βελτίωση της λειτουργίας του. Ενθαρρύνεται επίσης η ομαδικότητα και η καινοτομία.	21.90	10.883	0	50
Το Νοσοκομείο και το Κ.Υ διοικούνται κατά τέτοιο τρόπο ώστε να επικρατούν συνθήκες έντονης ανταγωνιστικότητας, υψηλών απαιτήσεων και επιθυμίας επίτευξης των στόχων. Οι εργαζόμενοι αισθάνονται και είναι ανταγωνιστικοί.	13.76	6.961	0	30
Το Νοσοκομείο και το Κ.Υ διοικούνται κατά τέτοιο τρόπο ώστε να υπάρχει συστηματική παρακολούθηση του επιπέδου αποτελεσματικότητας, έλεγχος της αποδοτικότητας των εργαζομένων, έλεγχος του κατά πόσο τηρούνται οι τυπικοί κανόνες και διαδικασίες από τους εργαζόμενους και σταθερότητα στις σχέσεις.	34.74	17.482	20	80

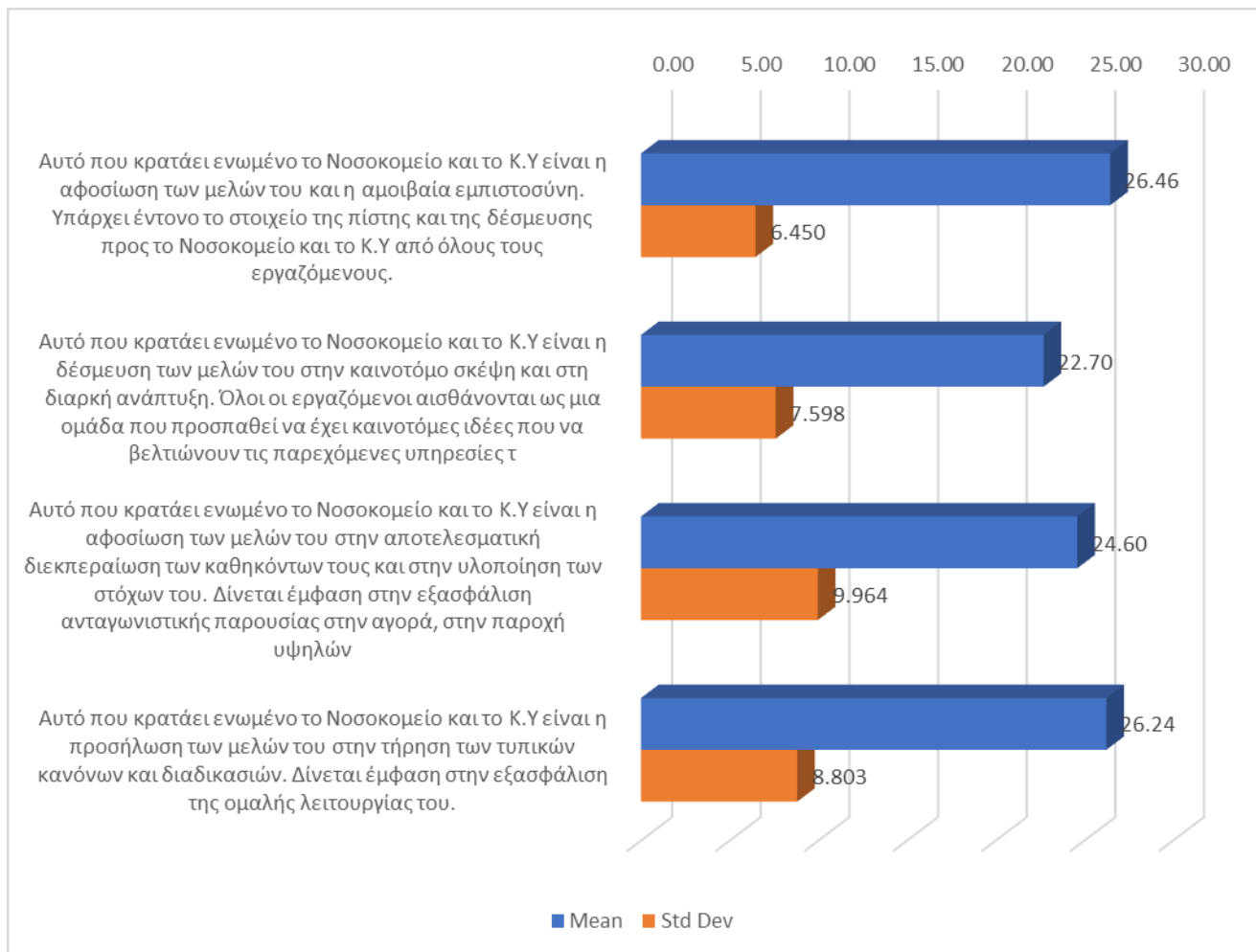
Γράφημα 15. Επιθυμητή κουλτούρα διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού



Πίνακας 16. Επιθυμητή κουλτούρα οργανωτικής ενότητας

	Mean	StdDev	Min	Max
Αυτό που κρατάει ενωμένο το Νοσοκομείο και το Κ.Υ είναι η αφοσίωση των μελών του και η αμοιβαία εμπιστοσύνη. Υπάρχει έντονο το στοιχείο της πίστης και της δέσμευσης προς το Νοσοκομείο και το Κ.Υ από όλους τους εργαζόμενους.	26.46	6.450	0	90
Αυτό που κρατάει ενωμένο το Νοσοκομείο και το Κ.Υ είναι η δέσμευση των μελών του στην καινοτόμο σκέψη και στη διαρκή ανάπτυξη. Όλοι οι εργαζόμενοι αισθάνονται ως μια ομάδα που προσπαθεί να έχει καινοτόμες ιδέες που να βελτιώνουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες του.	22.70	7.598	0	40
Αυτό που κρατάει ενωμένο το Νοσοκομείο και το Κ.Υ είναι η αφοσίωση των μελών του στην αποτελεσματική διεκπεραίωση των καθηκόντων τους και στην υλοποίηση των στόχων του. Δίνεται έμφαση στην εξασφάλιση ανταγωνιστικής παρουσίας στην αγορά, στην παροχή υψηλών υπηρεσιών, ανώτερων από αυτές που προσφέρονται από τα υπόλοιπα Νοσοκομεία και τα Κ.Υ.	24.60	9.964	0	30
Αυτό που κρατάει ενωμένο το Νοσοκομείο και το Κ.Υ είναι η προσήλωση των μελών του στην τήρηση των τυπικών κανόνων και διαδικασιών. Δίνεται έμφαση στην εξασφάλιση της ομαλής λειτουργίας του.	26.24	8.803	10	100

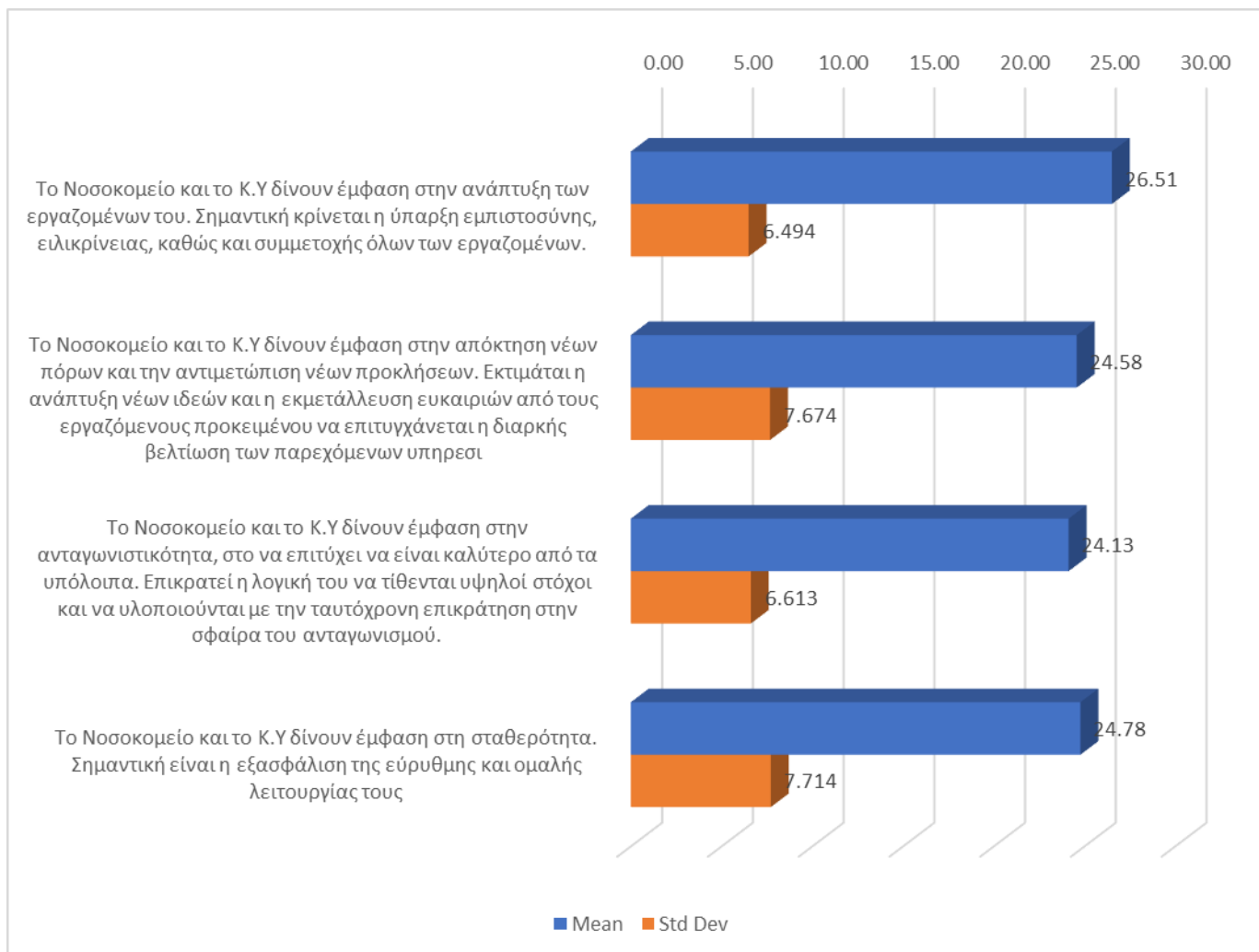
Γράφημα 16. Επιθυμητή κουλτούρα οργανωτικής ενότητας



Πίνακας 17. Επιθυμητή κουλτούρα στρατηγικού προσανατολισμού

	Mean	StdDev	Min	Max
Το Νοσοκομείο και το Κ.Υ δίνουν έμφαση στην ανάπτυξη των εργαζομένων του. Σημαντική κρίνεται η ύπαρξη εμπιστοσύνης, ειλικρίνειας, καθώς και συμμετοχής όλων των εργαζομένων.	26.51	6.494	10	50
Το Νοσοκομείο και το Κ.Υ δίνουν έμφαση στην απόκτηση νέων πόρων και την αντιμετώπιση νέων προκλήσεων. Εκτιμάται η ανάπτυξη νέων ιδεών και η εκμετάλλευση ευκαιριών από τους εργαζόμενους προκειμένου να επιτυγχάνεται η διαρκής βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών τους.	24.58	7.674	0	50
Το Νοσοκομείο και το Κ.Υ δίνουν έμφαση στην ανταγωνιστικότητα, στο να επιτύχει να είναι καλύτερο από τα υπόλοιπα. Επικρατεί η λογική του να τίθενται υψηλοί στόχοι και να υλοποιούνται με την ταυτόχρονη επικράτηση στην σφαίρα του ανταγωνισμού.	24.13	6.613	0	60
Το Νοσοκομείο και το Κ.Υ δίνουν έμφαση στη σταθερότητα. Σημαντική είναι η εξασφάλιση της Page 132 of 170 εύρυθμης και ομαλής λειτουργίας τους	24.78	7.714	10	70

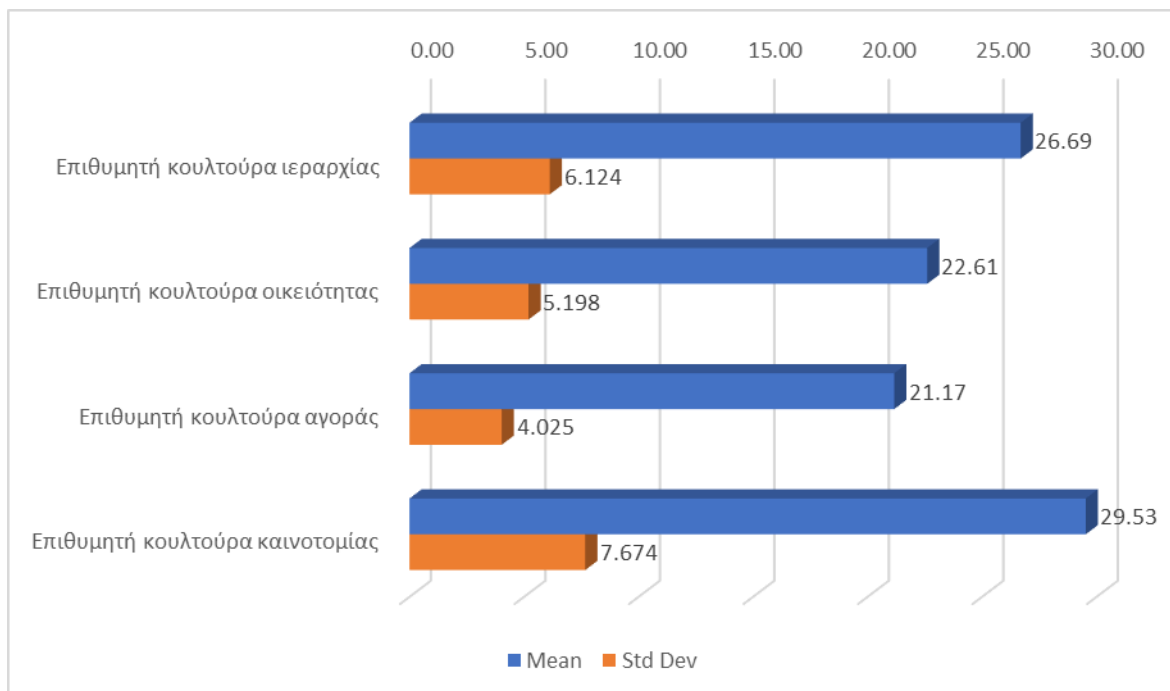
Γράφημα 17. Επιθυμητή κουλτούρα στρατηγικού προσανατολισμού



Πίνακας 18. Επιθυμητή κουλτούρα νοσοκομείου

	Mean	StdDev	Min	Max
Επιθυμητή κουλτούρα ιεραρχίας	26.69	6.124	12	46
Επιθυμητή κουλτούρα οικειότητας	22.61	5.198	0	31
Επιθυμητή κουλτούρα αγοράς	21.17	4.025	8	30
Επιθυμητή κουλτούρα καινοτομίας	29.53	7.674	14	52

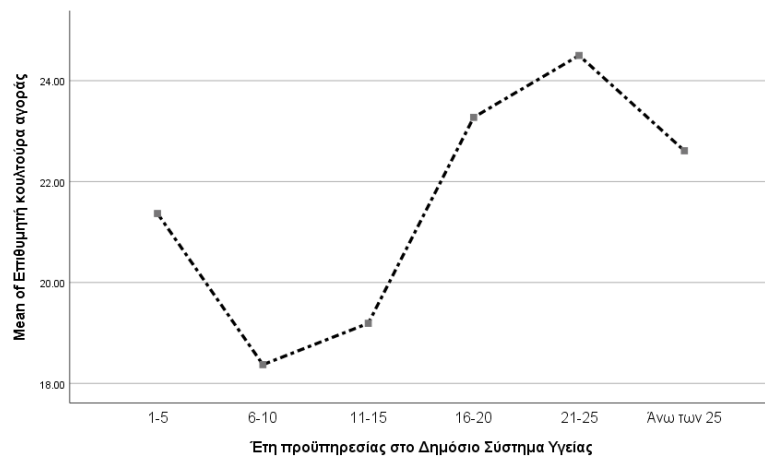
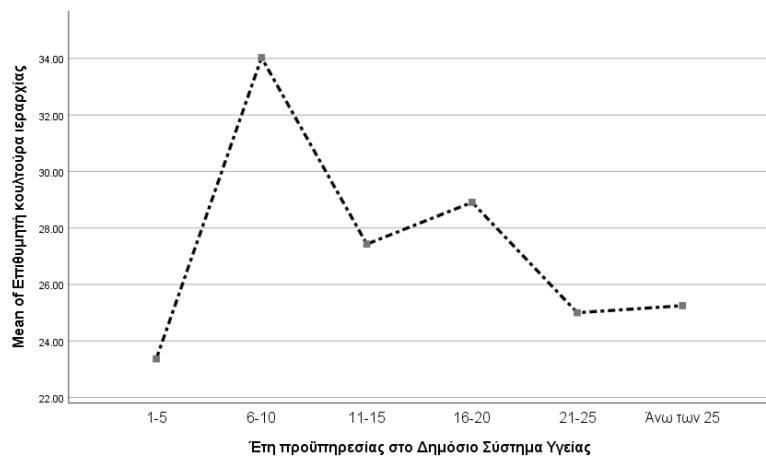
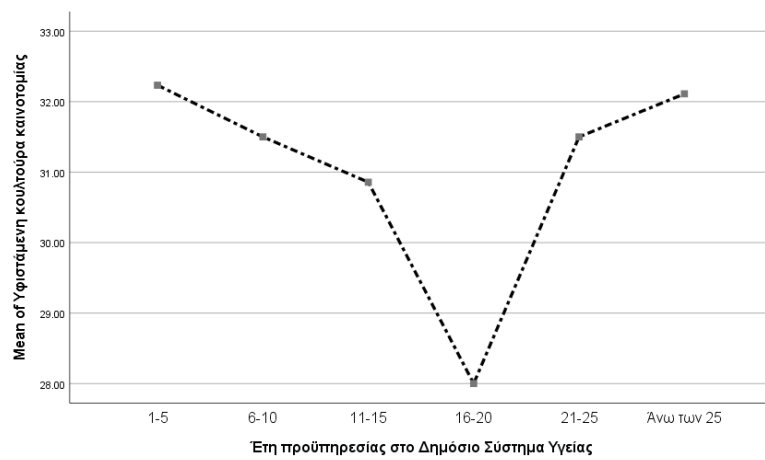
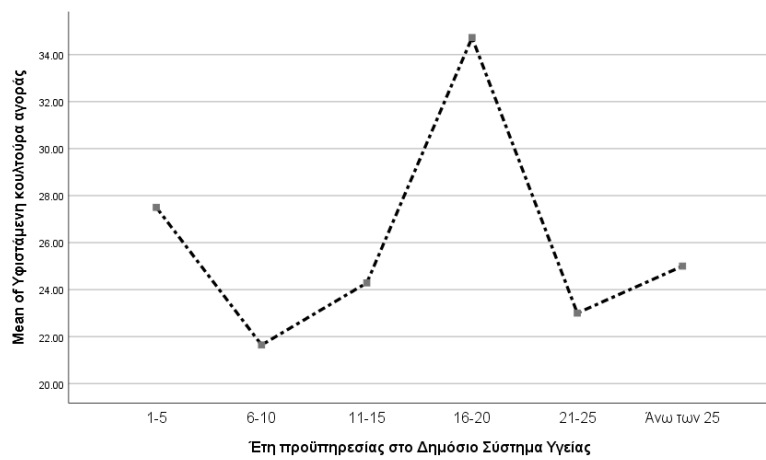
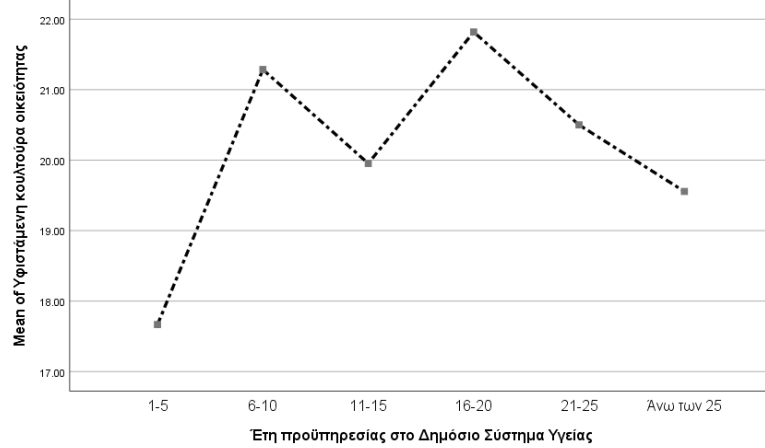
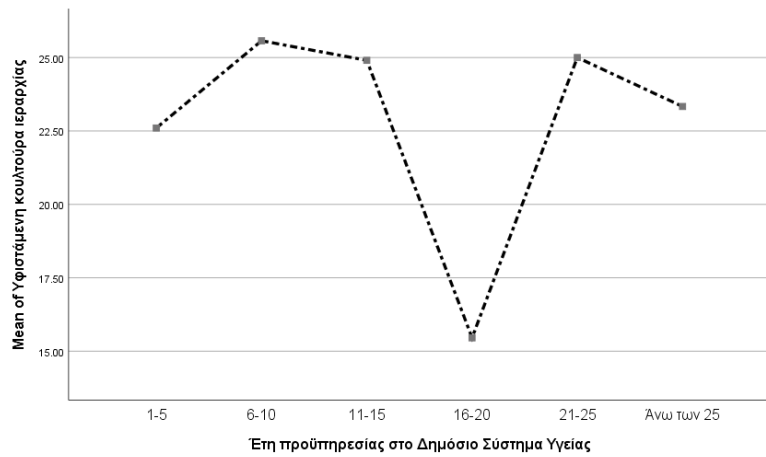
Γράφημα 18. Επιθυμητή κουλτούρα νοσοκομείου

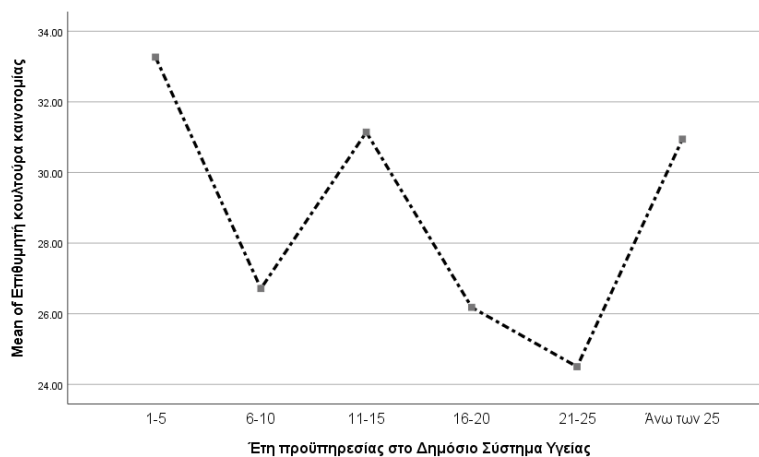


Πίνακας 19. Διαφοροποιήσεις ως προς τα έτη προϋπηρεσίας στο δημόσιο σύστημα υγείας

	Kruskal-Wallis H	df	Asymp. Sig.
Υφιστάμενη κουλτούρα ιεραρχίας	25.262	5	0.000
Υφιστάμενη κουλτούρα οικειότητας	15.239	5	0.009
Υφιστάμενη κουλτούρα αγοράς	31.325	5	0.000
Υφιστάμενη κουλτούρα καινοτομίας	11.432	5	0.043
Επιθυμητή κουλτούρα ιεραρχίας	34.780	5	0.000
Επιθυμητή κουλτούρα οικειότητας	4.670	5	0.457
Επιθυμητή κουλτούρα αγοράς	29.862	5	0.000
Επιθυμητή κουλτούρα καινοτομίας	17.237	5	0.004

Γραφήματα 19-25. Διαφοροποιήσεις ως προς τα έτη προϋπηρεσίας στο δημόσιο σύστημα υγείας

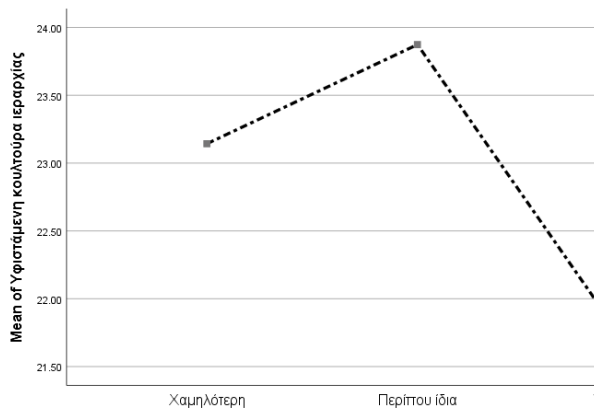




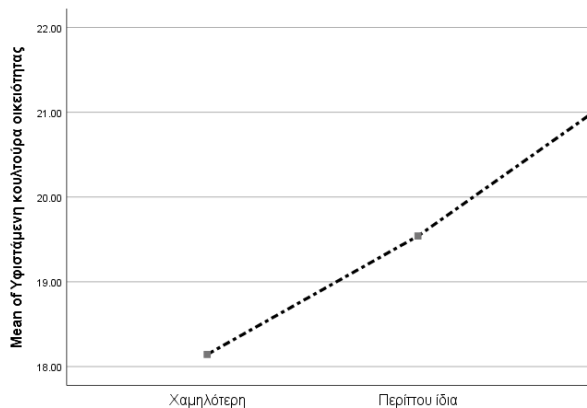
Πίνακας 20. Διαφοροποιήσεις ως προς την φετινή απόδοση του οργανισμού

	Kruskal-Wallis H	df	Asymp. Sig.
Υφιστάμενη κουλτούρα ιεραρχίας	8.696	2	0.013
Υφιστάμενη κουλτούρα οικειότητας	7.464	2	0.024
Υφιστάμενη κουλτούρα αγοράς	7.028	2	0.030
Υφιστάμενη κουλτούρα καινοτομίας	2.096	2	0.351
Επιθυμητή κουλτούρα ιεραρχίας	8.715	2	0.013
Επιθυμητή κουλτούρα οικειότητας	41.094	2	0.000
Επιθυμητή κουλτούρα αγοράς	3.019	2	0.221
Επιθυμητή κουλτούρα καινοτομίας	7.638	2	0.022

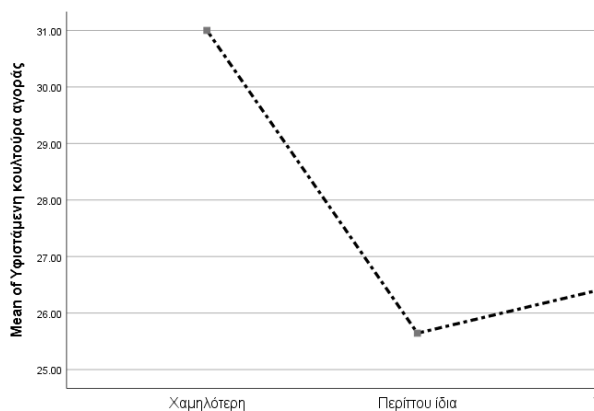
Γραφήματα 26-31. Διαφοροποιήσεις ως προς την φεινή απόδοση του οργανισμού



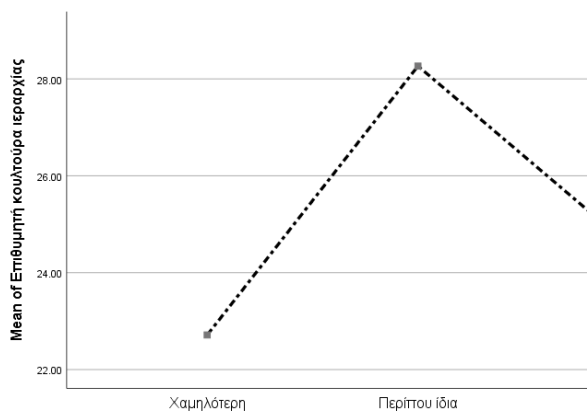
Σε σχέση με το προηγούμενο έτος πως θα χαρακτηρίζατε την λειτουργία Νοσοκομείου σας σήμερα;



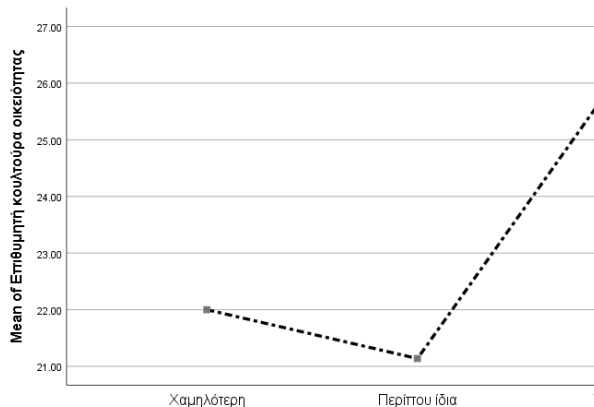
Σε σχέση με το προηγούμενο έτος πως θα χαρακτηρίζατε την λειτουργία Νοσοκομείου σας σήμερα;



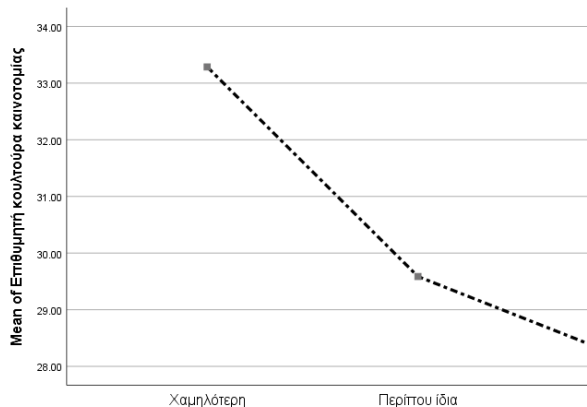
Σε σχέση με το προηγούμενο έτος πως θα χαρακτηρίζατε την λειτουργία Νοσοκομείου σας σήμερα;



Σε σχέση με το προηγούμενο έτος πως θα χαρακτηρίζατε την λειτουργία Νοσοκομείου σας σήμερα;



Σε σχέση με το προηγούμενο έτος πως θα χαρακτηρίζατε την λειτουργία Νοσοκομείου σας σήμερα;



Σε σχέση με το προηγούμενο έτος πως θα χαρακτηρίζατε την λειτουργία Νοσοκομείου σας σήμερα;

Πίνακας 21. PairedSamplesStatistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. ErrorMean
Pair 1	Υφιστάμενη κουλτούρα ιεραρχίας	23.3066	137	5.56190	.47519
	Επιθυμητή κουλτούρα ιεραρχίας	26.6891	137	6.12415	.52322
Pair 2	Υφιστάμενη κουλτούρα οικειότητας	19.8102	137	6.67472	.57026
	Επιθυμητή κουλτούρα οικειότητας	22.6088	137	5.19784	.44408
Pair 3	Υφιστάμενη κουλτούρα αγοράς	26.3285	137	6.99276	.59743
	Επιθυμητή κουλτούρα αγοράς	21.1693	137	4.02521	.34390
Pair 4	Υφιστάμενη κουλτούρα καινοτομίας	30.5547	137	8.96637	.76605
	Επιθυμητή κουλτούρα καινοτομίας	29.5328	137	7.67449	.65568

Πίνακας 22. Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. ErrorMean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	Υφιστάμενη κουλτούρα ιεραρχίας - Επιθυμητή κουλτούρα ιεραρχίας	-3.38248	8.90461	.76077	-4.88695	-1.87801	-4.446	136	.000
Pair 2	Υφιστάμενη κουλτούρα οικειότητας - Επιθυμητή κουλτούρα οικειότητας	-2.79854	6.76920	.57833	-3.94223	-1.65485	-4.839	136	.000
Pair 3	Υφιστάμενη κουλτούρα αγοράς - Επιθυμητή κουλτούρα αγοράς	5.15912	5.96446	.50958	4.15140	6.16685	10.124	136	.000
Pair 4	Υφιστάμενη κουλτούρα καινοτομίας - Επιθυμητή κουλτούρα καινοτομίας	1.02190	8.62321	.73673	-.43503	2.47883	1.387	136	.168

Πίνακας 23. Mann-Whitney Test

	Φύλο	N	MeanRank	Sum of Ranks	p-value
Υφιστάμενη κουλτούρα ιεραρχίας	Άνδρας	40	78.50	3140.00	.002
	Γυναίκα	86	56.52	4861.00	
	Total	126			
Υφιστάμενη κουλτούρα οικειότητας	Άνδρας	40	63.79	2551.50	.952
	Γυναίκα	86	63.37	5449.50	
	Total	126			
Υφιστάμενη κουλτούρα αγοράς	Άνδρας	40	54.64	2185.50	.062
	Γυναίκα	86	67.62	5815.50	
	Total	126			
Υφιστάμενη κουλτούρα καινοτομίας	Άνδρας	40	66.69	2667.50	.502
	Γυναίκα	86	62.02	5333.50	
	Total	126			
Επιθυμητή κουλτούρα ιεραρχίας	Άνδρας	40	63.58	2543.00	.987
	Γυναίκα	86	63.47	5458.00	
	Total	126			
Επιθυμητή κουλτούρα οικειότητας	Άνδρας	40	43.43	1737.00	.000
	Γυναίκα	86	72.84	6264.00	
	Total	126			
Επιθυμητή κουλτούρα αγοράς	Άνδρας	40	75.73	3029.00	.010
	Γυναίκα	86	57.81	4972.00	
	Total	126			
Επιθυμητή κουλτούρα καινοτομίας	Άνδρας	40	79.10	3164.00	.001
	Γυναίκα	86	56.24	4837.00	
	Total	126			

Πίνακας 24.

	Ηλικία	N	MeanRank	p-value
Υφιστάμενη κουλτούρα ιεραρχίας	31-40	37	60.07	.117
	41-50	55	67.65	
	51-60	45	77.99	
	Total	137		
Υφιστάμενη κουλτούρα οικειότητας	31-40	37	55.77	.002
	41-50	55	82.82	
	51-60	45	62.99	
	Total	137		
Υφιστάμενη κουλτούρα αγοράς	31-40	37	71.53	.876
	41-50	55	68.93	
	51-60	45	67.01	
	Total	137		
Υφιστάμενη κουλτούρα καινοτομίας	31-40	37	87.28	.001
	41-50	55	56.54	
	51-60	45	69.20	
	Total	137		
Επιθυμητή κουλτούρα ιεραρχίας	31-40	37	80.73	.053
	41-50	55	68.87	
	51-60	45	59.51	
	Total	137		
Επιθυμητή κουλτούρα οικειότητας	31-40	37	59.57	.007
	41-50	55	82.02	
	51-60	45	60.84	
	Total	137		
Επιθυμητή κουλτούρα αγοράς	31-40	37	59.28	.002
	41-50	55	61.84	
	51-60	45	85.74	
	Total	137		
Επιθυμητή κουλτούρα καινοτομίας	31-40	37	72.74	.015
	41-50	55	57.57	
	51-60	45	79.89	
	Total	137		

Πίνακας 25

	Επίπεδο εκπαίδευσης	N	Mean Rank	p-value
Υφιστάμενη κουλτούρα ιεραρχίας	Απόφοιτος Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης	42	40.08	.000
	Απόφοιτος Τ.Ε.Ι	39	86.62	
	Απόφοιτος Α.Ε.Ι	11	86.27	
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού /Διδακτορικού	45	76.50	
	Total	137		
Υφιστάμενη κουλτούρα οικειότητας	Απόφοιτος Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης	42	67.87	.000
	Απόφοιτος Τ.Ε.Ι	39	89.63	
	Απόφοιτος Α.Ε.Ι	11	43.50	
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού /Διδακτορικού	45	58.41	
	Total	137		
Υφιστάμενη κουλτούρα αγοράς	Απόφοιτος Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης	42	91.73	.000
	Απόφοιτος Τ.Ε.Ι	39	62.32	
	Απόφοιτος Α.Ε.Ι	11	46.05	
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού /Διδακτορικού	45	59.19	
	Total	137		
Υφιστάμενη κουλτούρα καινοτομίας	Απόφοιτος Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης	42	71.24	.000
	Απόφοιτος Τ.Ε.Ι	39	48.13	
	Απόφοιτος Α.Ε.Ι	11	103.27	
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού /Διδακτορικού	45	76.62	
	Total	137		
Επιθυμητή κουλτούρα ιεραρχίας	Απόφοιτος Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης	42	59.94	.241
	Απόφοιτος Τ.Ε.Ι	39	77.31	
	Απόφοιτος Α.Ε.Ι	11	65.00	
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού /Διδακτορικού	45	71.23	
	Total	137		
Επιθυμητή κουλτούρα οικειότητας	Απόφοιτος Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης	42	81.06	

	Απόφοιτος Τ.Ε.Ι	39	50.85	
	Απόφοιτος Α.Ε.Ι	11	49.18	.001
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού /Διδακτορικού	45	78.32	
	Total	137		
Επιθυμητή κουλτούρα αγοράς	Απόφοιτος Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης	42	79.62	
	Απόφοιτος Τ.Ε.Ι	39	86.94	
	Απόφοιτος Α.Ε.Ι	11	58.36	.000
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού /Διδακτορικού	45	46.14	
	Total	137		
	Επιθυμητή κουλτούρα καινοτομίας	Απόφοιτος Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης	42	52.82
	Απόφοιτος Τ.Ε.Ι	39	71.45	
	Απόφοιτος Α.Ε.Ι	11	95.00	.004
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού /Διδακτορικού	45	75.62	
	Total	137		

Πίνακας 26

	Ειδικότητα	N	MeanRank	p-value
Υφιστάμενη κουλτούρα ιεραρχίας	Ιατρικό προσωπικό	4	81.00	.000
	Τεχνικό προσωπικό	13	29.65	
	Διοικητικό προσωπικό	34	83.79	
	Νοσηλευτικό προσωπικό	50	67.36	
	Λοιπό επιστημονικό προσωπικό	24	39.52	
	Total	125		
Υφιστάμενη κουλτούρα οικειότητας	Ιατρικό προσωπικό	4	26.50	.000
	Τεχνικό προσωπικό	13	64.73	
	Διοικητικό προσωπικό	34	27.32	
	Νοσηλευτικό προσωπικό	50	81.81	
	Λοιπό επιστημονικό προσωπικό	24	79.50	
	Total	125		
Υφιστάμενη κουλτούρα αγοράς	Ιατρικό προσωπικό	4	34.50	.000
	Τεχνικό προσωπικό	13	102.08	
	Διοικητικό προσωπικό	34	47.59	
	Νοσηλευτικό προσωπικό	50	66.87	
	Λοιπό επιστημονικό προσωπικό	24	60.35	
	Total	125		
Υφιστάμενη κουλτούρα καινοτομίας	Ιατρικό προσωπικό	4	106.50	.000
	Τεχνικό προσωπικό	13	53.96	
	Διοικητικό προσωπικό	34	86.15	
	Νοσηλευτικό προσωπικό	50	45.70	
	Λοιπό επιστημονικό προσωπικό	24	63.90	
	Total	125		
Επιθυμητή κουλτούρα ιεραρχίας	Ιατρικό προσωπικό	4	112.50	.000
	Τεχνικό προσωπικό	13	73.92	
	Διοικητικό προσωπικό	34	49.15	
	Νοσηλευτικό προσωπικό	50	51.82	
	Λοιπό επιστημονικό προσωπικό	24	91.75	
	Total	125		
Επιθυμητή κουλτούρα οικειότητας	Ιατρικό προσωπικό	4	4.50	.000
	Τεχνικό προσωπικό	13	82.73	
	Διοικητικό προσωπικό	34	49.60	
	Νοσηλευτικό προσωπικό	50	77.57	
	Λοιπό επιστημονικό προσωπικό	24	50.69	
	Total	125		
Επιθυμητή κουλτούρα αγοράς	Ιατρικό προσωπικό	4	11.50	

	Τεχνικό προσωπικό	13	59.73	
	Διοικητικό προσωπικό	34	61.13	.000
	Νοσηλευτικό προσωπικό	50	81.50	
	Λοιπό επιστημονικό προσωπικό	24	37.46	
	Total	125		
Επιθυμητή κουλτούρα καινοτομίας	Ιατρικό προσωπικό	4	104.50	
	Τεχνικό προσωπικό	13	37.08	
	Διοικητικό προσωπικό	34	81.72	.000
	Νοσηλευτικό προσωπικό	50	53.46	
	Λοιπό επιστημονικό προσωπικό	24	63.48	
	Total	125		

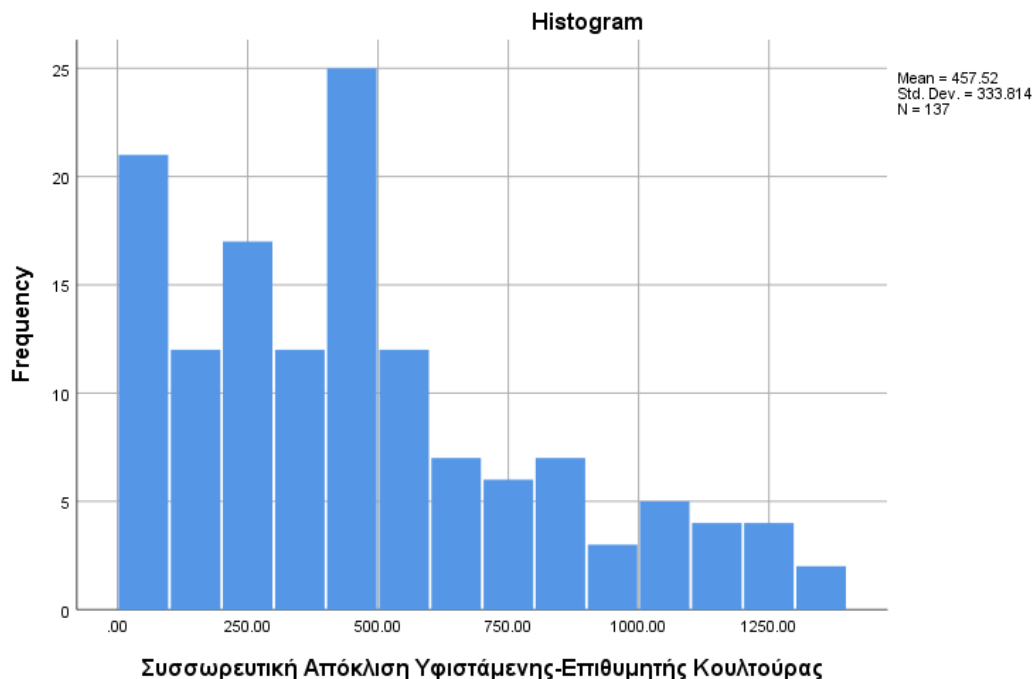
Πίνακας 27

Συσσωρευτική Απόκλιση Υφιστάμενης-Επιθυμητής

Κουλτούρας

N	Valid	137
	Missing	0
Mean		457.5182
Median		400.0000
Mode		80.00
Std. Deviation		333.81388
Variance		111431.707
Range		1313.00
Minimum		2.00
Maximum		1315.00
Percentiles	25	200.0000
	50	400.0000
	75	652.0000

Γράφημα 32.



Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν.1599/1986, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής μου εργασίας, δεν προσβάλλει κάθε μορφής δικαιώματα διανοητικής ιδιοκτησίας, προσωπικότητας και προσωπικών δεδομένων τρίτων, δεν περιέχει έργα/εισφορές τρίτων για τα οποία απαιτείται άδεια των δημιουργών/δικαιούχων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον και πληρούν τους κανόνες της επιστημονικής παράθεσης.