



ΔΙΕΘΝΕΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΕΛΛΑΔΟΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

**Διοίκηση Ποιότητας στις υπηρεσίες Φροντίδας Υγείας.
Η περίπτωση το Θεαγενείου Αντικαρκινικού Νοσοκομείου
Θεσσαλονίκης**

της

Βουλιουβάση Καλής

Ιούνιος, 2020

Θεσσαλονίκη

Περίληψη

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) είναι μια κατάσταση που αφορά όλους τους κλάδους επαγγελμάτων και η εφαρμογή της μπορεί να οδηγήσει σε βελτιωμένα επίπεδα ικανοποίησης των εργαζομένων αλλά και των πελατών ή χρηστών. Ο κλάδος της υγείας, ιδίως στο δημόσιο τομέα, είναι ένας χώρος που - τουλάχιστον για την Ελλάδα - η εφαρμογή πρακτικών ΔΟΠ είτε δεν εφαρμόζεται καθόλου είτε αν εφαρμόζεται, υλοποιείται με μια σχετική προχειρότητα. Ωστόσο, στην υγεία θα μπορούσε να οδηγήσει σε σημαντική μείωση του κόστους νοσηλείας, των χρόνων παραμονής των ασθενών, της ταχύτητας διενέργειας εξετάσεων και της ικανοποίησης των εργαζομένων, σε ένα σύνολο επαγγελμάτων που θεωρούνται ιδιαίτερα στρεσογόνα, όπως αυτό του νοσηλευτή και του γιατρού.

Αυτό που εξετάζει λοιπόν η παρούσα εργασία, είναι η υιοθέτηση πρακτικών ΔΟΠ στο «ΑΝΘ Θεαγένειο», ένα από τα σημαντικότερα νοσοκομεία της Βορείου Ελλάδος. Το δείγμα που εξετάστηκε περιλαμβάνει 102 συμμετέχοντες (νοσηλευτές και ιατρικό προσωπικό), ενώ χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο της Εργασιακής Ικανοποίησης του Spector (JSS, 36 ερωτήσεων) και υπολογίστηκαν τα αντίστοιχα σκορ, όπως ορίζει η μεθοδολογία.

Από τα αποτελέσματα αποδείχθηκε ότι σε γενικές γραμμές στο «ΑΝΘ Θεαγένειο» δεν εφαρμόζονται πρακτικές Διοίκησης Ολικής Ποιότητας ή τουλάχιστον δεν εφαρμόζονται με επιτυχία, αφού φάνηκε ότι στην πλειοψηφία των υποκατηγοριών του ερωτηματολογίου οι συμμετέχοντες δήλωσαν δυσαρέσκεια σε ποσοστά μεγαλύτερα του 70% ή και 80%. Η πλειοψηφία της δυσαρέσκειας φαίνεται πως απευθύνεται κυρίως σε ζητήματα μισθών, συνθηκών εργασίας, ευκαιριών προαγωγής και προνομίων που λαμβάνουν οι εργαζόμενοι, με κάποια από αυτά να μπορούν να εξηγηθούν λόγω της δημόσιας φύσης του οργανισμού. Στο σύνολο όμως του ερωτηματολογίου, δε φάνηκε να επικρατεί σημαντικό ύψος ικανοποίησης, αφού τα υπόλοιπα ποσοστά οριακά κυμαίνονταν μεταξύ του 50% και του 60%. Τέλος, προέκυψαν και συσχετίσεις που αξίζει να σημειωθούν. Το επίπεδο μόρφωσης, το φύλο και η σχέση εργασίας (μόνιμος ή συμβασιούχος) είναι στοιχεία που επηρεάζουν ποικιλοτρόπως την ικανοποίηση, όπως το ίδιο συμβαίνει και με τις πρόσθετες δεξιότητες των συμμετεχόντων.

Abstract

Total Quality Management (TQM) consists a situation that affects every job sector, while its implementation could lead to improved satisfaction levels among employees as well as customers or users. Healthcare sector, especially Public one, is a place where - at least in Greece - TQM practices are either not usually implemented at all or in case they are, they are not completely correct. However, TQM in Healthcare sector, could lead in an extreme hospitalization cost reduction, patient stay in a healthcare unit, diagnostics examination speed and employees' satisfaction, as a sector which professions are deeply stressful, talking about those of nurses and doctors.

The present study examines the TQM implementation in "*Theageneio AHT*", one of the most important hospital units in Northern Greece. The sample examined included 102 participants (nurses and doctors) and the JSS Questionnaire was used as the main tool to gather data for the research. At the end of the day, as the questionnaire methodology defines, scores were calculated in order to extract the final results.

Those showed that, in general, "*Theageneio AHT*" does not implement TQM practices, or at least, it does not implement them successfully, since as the sub-categories of the tool showed, the vast majority of the participants expressed a dissatisfaction which rated between 70% or even more than 80%. The majority of dissatisfaction wave, seems to mainly concern wages, working conditions, promotion opportunities and employee benefits. Some of them could definitely be explained thanks to the public nature of the organization. However, across the total length of the tool, a general dissatisfaction was reflected, since the rest of the percentages did not overcome the range between 50% and 60%. Finally, there were a few correlations, worth mentioning. Level of education, gender and employment condition (being either a permanent staff or a contract holder) consist elements that affect satisfaction in various manners, while the same thing noted about the participants' additional skills.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή	2
Κεφάλαιο 1: Διοίκηση Ποιότητας	4
1.1. Ορίζοντας την ποιότητα - Γενική διατύπωση	4
1.2. Ορίζοντας την ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας	11
1.3. Η προσέγγιση της ποιότητας από την οπτική δύο διαφορετικών εμπλεκόμενων ομάδων	15
1.4. Οι τρεις κύριες παράμετροι της αξιολόγησης των Υπηρεσιών Υγείας (Donabedian model).....	19
1.5. Οριοθετώντας τη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας σε έναν οργανισμό	21
1.6. Τα οφέλη και οι σκόπελοι της ΔΟΠ	22
1.7. Διοίκηση Ολικής Ποιότητας και ηγεσία οργανισμών	23
i) Τα στοιχεία που διαφοροποιούν έναν ηγέτη από το διευθυντή.....	24
ii) Η σχέση της ηγεσίας με τη ΔΟΠ	26
Κεφάλαιο 2: Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στις μονάδες υγείας σε Ελλάδα & εξωτερικό	31
2.1. Μεταβλητές που ασκούν επίδραση στην ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας	31
2.2. Τα συν και τα πλην της εφαρμογής ΔΟΠ στην υγεία	33
2.3. Η ικανοποίηση των ασθενών ως δείκτης μέτρησης της ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας	36
2.4. Η ικανοποίηση προσωπικού ως δείκτης μέτρησης της ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας	39
2.4.1. Παράγοντες που προσδιορίζουν την εργασιακή ικανοποίηση.....	40
Κεφάλαιο 3: Διοίκηση Ολικής Ποιότητας - Μελέτη περίπτωσης στο «Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Θεαγένειο»	53
3.1. Ζητήματα ποιότητας στο ελληνικό νοσοκομείο	53
3.2. Ερευνητικό σκέλος	56
3.2.1. Το εργαλείο έρευνας.....	56
3.2.2. Ο πληθυσμός της έρευνας	57
3.2.3. Μεθοδολογία έρευνας	62
3.2.4. Ανάλυση αποτελεσμάτων.....	63
3.2.6. Συμπεράσματα	87
Βιβλιογραφικές αναφορές	93
Παράρτημα	101

Εισαγωγή

Σε καθημερινή βάση και πολλές φορές χωρίς να το αντιλαμβάνεται πλήρως, ο άνθρωπος ασχολείται και προσέχει - τόσο στα προϊόντα όσο και στην παροχή υπηρεσιών κάθε είδους - το πόσο καλά ή λιγότερο καλά είναι, αν του προσφέρουν την ικανοποίηση που επιθυμούσε ή μπορεί και να ξεπερνούν τις προσδοκίες του, την ακρίβεια που τα ακολουθεί σε θέματα οργάνωσης του χρόνου εργασιών ή άλλου είδους συναισθήματα που γεννούν κατά τη χρήση τους. Σύμφωνα με τον Donabedian (1988a), τα παραπάνω χαρακτηριστικά θα μπορούσαν να περιγραφούν ως ο βαθμός στον οποίο καταφέρει το τελικό προϊόν (ή η υπηρεσία) να ανταποκριθεί στο αντίτιμο που καταβάλλει το κάθε άτομο-πελάτης και στις προσδοκίες του.

Ο άνθρωπος προσπαθεί εδώ και αιώνες να βελτιώνει συνεχώς τις διαδικασίες που εφαρμόζε κατά την κατασκευή ενός προϊόντος ή την παροχή μιας υπηρεσίας και η προσπάθεια αυτή μπορεί να γίνει αντιληπτή τόσο σε μνημεία παλαιότερων ιστορικών περιόδων όσο και στη σημερινή, τεχνολογικά ανεπτυγμένη και διοικητικά οργανωμένη, περίοδο. Αυτό που εύκολα μπορεί να παρατηρήσει κανείς, είναι ότι όλα τα παραπάνω στρέφονται γύρω από μια έννοια η οποία ωστόσο καθυστέρησε αρκετά να κάνει την εμφάνισή της στην κοινωνία και τις συζητήσεις, σε ακαδημαϊκό αλλά και επιχειρηματικό επίπεδο. Η έννοια αυτή είναι η “ποιότητα” και άρχισε να παρουσιάζεται ως ιδέα κατά τη βιομηχανική επανάσταση του προηγούμενου αιώνα, όπου στόχος ήταν η αύξηση της παραγωγής πανομοιότυπων προϊόντων και μια προσπάθεια για καλύτερη οργάνωση αυτής της παραγωγής. Εισήχθη έτσι ο όρος της ποιότητας, η οποία αποτελεί μια έννοια που απασχολεί από τότε την παραγωγή προϊόντων αλλά και την παροχή υπηρεσιών, αφού εκφράζει το πόσο καλά ή λιγότερο καλά πραγματοποιείται ένα σύνολο ενεργειών ή εξελίσσεται μια διαδικασία (Schein, 2004).

Έτσι, σε κάθε επαγγελματικό κλάδο η επίτευξη ποιότητας στη λειτουργία των οργανισμών άρχισε να απασχολεί τους διοικούντες και γενικά όσους λάμβαναν αποφάσεις, με το χώρο της υγείας να μην απουσιάζει από τη λίστα αυτή. Η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας όμως δεν είναι (και δεν θα πρέπει να θεωρείται) μια εύκολη υπόθεση, αφού εδώ δεν πρόκειται για ένα άψυχο αντικείμενο που εύκολα μπορεί να αντικατασταθεί αλλά για την υγεία και τις ζωές των ανθρώπων, την υγιεινή και ασφάλεια

των χώρων (για προσωπικό και ασθενείς) ή την ψυχολογική υποστήριξη ατόμων σε δύσκολες φάσεις της ζωής τους (Ginsburg, 2017). Αυτό ακριβώς εξετάζει και η παρούσα εργασία, προσπαθώντας με εγκεκριμένες μεθόδους και πρακτικές να διαπιστώσει την ύπαρξη ποιοτικών υπηρεσιών υγειονομικής φύσης, σε μια συγκεκριμένη μονάδα υγείας της Ελλάδας - επιφορτισμένη μάλιστα με ιδιαίτερο αντικείμενο - αφού αποτελεί μια από τις λίγες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας στη χώρα, αποκλειστικά για καρκινοπαθείς ασθενείς. Η μονάδα αυτή είναι το Θεαγένειο Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης.

Πιο συγκεκριμένα, η εργασία αυτή καταπιάνεται στο πρώτο της κεφάλαιο με τη θεωρία που αφορά τη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, συμπεριλαμβανομένων των διαφορών ενός ηγέτη και ενός απλού διαχειριστή/διευθυντή στους οργανισμούς, καθοριστική παράμετρος για επίτευξη ποιοτικών στόχων. Στο δεύτερο κεφάλαιο της εργασίας παρουσιάζεται το ζήτημα της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας συγκεκριμένα στον κλάδο της υγείας. Σε αυτό το κεφάλαιο παρουσιάζονται και τα μεγέθη που θα μπορούσαν επηρεαστούν από την εφαρμογή πρακτικών Ολικής Ποιότητας, με πρώτο την ικανοποίηση των ασθενών και των εργαζομένων.

Η δεύτερη μάλιστα αποτελεί αντικείμενο διερεύνησης στην παρούσα μελέτη, στην οποία έλαβαν μέρος 102 άτομα του παραπάνω νοσοκομείου, απαντώντας σε δοσμένο ερωτηματολόγιο. Τα αποτελέσματα της έρευνας σχετικά με τα επίπεδα ικανοποίησης του νοσηλευτικού, ιατρικού και διοικητικού προσωπικού της παραπάνω μονάδας υγείας παρουσιάζονται στο 3^ο κεφάλαιο της εργασίας, όπως και ο ρόλος των δημογραφικών στοιχείων στο ύψος αυτής της ικανοποίησης. Τα αποτελέσματα μπορούν να προσφέρουν και συμπεράσματα σχετικά με την εφαρμογή πρακτικών Ολικής Ποιότητας στο νοσοκομείο.

Κεφάλαιο 1: Διοίκηση Ποιότητας

1.1. Ορίζοντας την ποιότητα - Γενική διατύπωση

Η ποιότητα ως έννοια, ανέκαθεν περιλάμβανε μια λίστα από παραμέτρους προκειμένου ένα προϊόν ή υπηρεσία να λάβει το χαρακτηρισμό “ποιοτικό/ή”. Ερχόμενος κανείς στη σύγχρονη εποχή, ο όρος ποιότητα καθορίζεται από μια πληθώρα παραμέτρων τόσο όσον αφορά την παρασκευή προϊόντων, όσο και την παροχή υπηρεσιών. Έτσι, αν ληφθεί υπόψιν ως παράδειγμα ένα τυχαίο προϊόν (product), ο χρήστης του εξετάζει παράγοντες όπως οι παρακάτω (Grigoroudis & Siskos, 2010):

- Τα υλικά από τα οποία έχει κατασκευαστεί (για παράδειγμα τα πιο ανθεκτικά υλικά θεωρούνται ποιοτικότερα από ορισμένα πολύ κοινά και ευάλωτα)
- Τις λεπτομέρειες που περιλαμβάνει η κατασκευή και όσα αυτές προσφέρουν
- Την ακρίβεια στη λειτουργία του (προφανώς και θεωρείται ποιοτικότερο ένα προϊόν το οποίο λειτουργεί με τις ελάχιστες ή καθόλου παρεκκλίσεις)
- Το φινίρισμα (σχεδιασμό) ή την ύπαρξη πιθανών υπολειμμάτων που προέκυψαν κατά τη διαδικασία κατασκευής
- Το πόσο αυτό το προϊόν ανταποκρίνεται σε συνθήκες χρήσης (ωριαίας, καθημερινής, εβδομαδιαίας) και αντέχει, διατηρώντας τις ιδιότητές του
- Το πόσο περιβαλλοντικά φιλικό (eco-friendly) μπορεί να είναι, μια ιδιότητα η οποία τα τελευταία χρόνια επιζητάται από τους ανθρώπους
- Το πόσο ικανό είναι να διατηρεί τις ιδιότητες του κατά την αλλαγή περιβαλλοντικών συνθηκών χρήσης (π.χ. μεγάλες διακυμάνσεις θερμοκρασίας)
- Την τιμή στην οποία προσφέρεται, βάσει των προδιαγραφών που δίνει ο κατασκευαστής του κ.ά.

Πέρα όμως από τα παραπάνω, υπάρχει πλήθος άλλων παραμέτρων που αφορούν ένα προϊόν και το χαρακτηρίζουν από καλή, μέτρια ή ακόμη και κακή ποιότητα, ανάλογα με το πόσο αυτό καταφέρνει να ανταποκριθεί τελικά στις προσδοκίες των πελατών που θα το χρησιμοποιήσουν. Σε ένα αντίστοιχο παράδειγμα για την παροχή υπηρεσιών (services), ένας χρήστης εξετάζει ορισμένες από τις παρακάτω παραμέτρους, προκειμένου να ελέγξει την αντιστοιχία αυτών που προσφέρονται με τις απαιτήσεις/προσδοκίες που ο ίδιος εκφράζει (Grigoroudis & Siskos, 2010):

- Το πλήθος των διαφορετικών, πρόσθετων υπηρεσιών οι οποίες μπορεί να ακολουθούν τη βασική υπηρεσία (additional services)
- Την αποτελεσματικότητα της υπηρεσίας, ως προς την κάλυψη των αναγκών που υποτίθεται ότι παρέχει
- Το χρόνο εκτέλεσης/ολοκλήρωσης της υπηρεσίας
- Το πόσο καλά εκτελέστηκε, βάσει των κριτηρίων που έχει θέσει ο καταναλωτής για τις ανάγκες του
- Την ευγένεια και διάθεση των εργαζομένων οι οποίοι προσφέρουν την εν λόγω υπηρεσία
- Το περιβάλλον (χώρος, κατάσταση κ.ά.) στο οποίο λαμβάνει χώρα η υπηρεσία και αν ακολουθεί ορισμένες βασικές αρχές υγιεινής, ασφάλειας κ.ά.
- Την ακρίβεια στην τήρηση ενός χρονοδιαγράμματος που συνήθως έχει εκ των προτέρων ανακοινωθεί
- Την ανταπόκριση των εργαζομένων σε κάποιο πιθανό πρόβλημα που προκύψει ή αλλιώς την εξυπηρέτηση πελατών (customer services)

Οι παραπάνω θεωρούνται βασικές έννοιες οι οποίες συνοδεύουν την κύρια έννοια της ποιότητας. Παρόλα αυτά, κατά τη διάρκεια των χρόνων έχουν υπάρξει σημαντικοί επιστήμονες οι οποίοι διατύπωσαν με ξεχωριστό αλλά σαφή τρόπο - ο καθένας βάσει δικών του κριτηρίων ή των εποχικών αναγκών - την έννοια της ποιότητας, δίνοντας ένα σύνολο από ορισμούς που αξίζει να αναφερθούν.

Για παράδειγμα ο Joseph Juran, ένας από του σημαντικότερους ερευνητές στην αναζήτηση της ποιότητας, ανέφερε ότι ο ορός υποδηλώνει στην ουσία το βαθμό καταλληλότητας προς χρήση, ενός προϊόντος ή υπηρεσίας. Οι λέξεις κλειδιά στην παραπάνω διατύπωση είναι η «καταλληλότητα» και η «χρήση», γεγονός που σημαίνει ότι ένα προϊόν ή υπηρεσία θεωρούνται ποιοτικά βάσει της χρησιμότητας που προσφέρουν στον καταναλωτή και της αποτελεσματικότητας από την οποία χαρακτηρίζονται κατά την ικανοποίηση των αναγκών (Juran, 1998: 12). Ο συγκεκριμένος ερευνητής μάλιστα, αποτελεί έναν από τους πατέρες της ποιότητας στη σύγχρονη ανθρώπινη ιστορία, αφού εισήγαγε τον όρο της διαχείρισης ποιότητας (Quality Management). Μέσω αυτής, εντοπίζονται σημεία που απαιτούν βελτίωση παρακολουθείται η πορεία ενίσχυσης των χαρακτηριστικών ενός προϊόντος ή υπηρεσίας (Juran & Gryna, 1993). Όπως ο ίδιος έχει

αναφέρει, το ποιοτικό προϊόν είναι αποτέλεσμα καλού σχεδιασμού, ακριβούς προσδιορισμού των αναγκών των καταναλωτών, βελτίωσης των χαρακτηριστικών του και καλύτερης τοποθέτησης ανάμεσα στη σχέση προσφερόμενης ποιότητας και ζητούμενης τιμής. Τέλος, για τη διατήρηση μιας διαρκώς βελτιούμενης ποιότητας, υποστήριξε ότι θα πρέπει να εφαρμόζεται μια σειρά κανόνων/βημάτων όπως: ποιοτική σχεδίαση (προσεκτική και με όσο γίνεται μεγαλύτερη ακρίβεια), έλεγχος της ποιότητας όσων προσφέρονται και βελτίωσή της (Juran, 1998: 42).

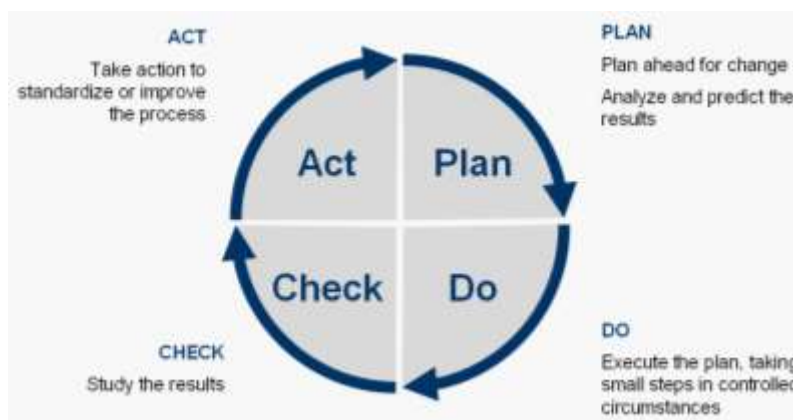
Ένας ακόμη ερευνητής που θεωρείται επίσης από τις σημαντικότερες προσωπικότητες στον κλάδο, είναι ο Deming. Ο συγκεκριμένος αποτελεί έναν από τους πρώτους που ασχολήθηκαν με το ζήτημα της ποιότητας και μάλιστα συνεισέφερε τα μέγιστα στην ανάπτυξη της βιομηχανίας στην Ιαπωνία, κλάδος ο οποίος είχε καταστραφεί σχεδόν πλήρως εξαιτίας της συμμετοχής της χώρας στον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο. Η λογική στην οποία στηρίχθηκαν οι δράσεις του (ορισμός ποιότητας), ήταν ότι ποιοτικό πρέπει να θεωρείται το προϊόν που στοχεύει στην ικανοποίηση των αναγκών των πελατών και βασικά σημεία της θεωρίας του ήταν η στατιστική ανάλυση δεδομένων (κατά κάποιο τρόπο δεικτών μεγεθών), έπειτα ο έλεγχος των διαδικασιών που ακολουθούνταν και φυσικά η συγκέντρωση πληροφοριών σχετικών με τις ανάγκες των πελατών, ανάλογα φυσικά και τον κλάδο (Deming, 1993).

Η θεωρία του παρουσιάζει μια αρκετά μεγάλη λίστα από βήματα ή ενέργειες που είναι καλό να εκτελούν οι οργανισμοί, προκειμένου να δημιουργούν μια νοοτροπία βελτίωσης της ποιότητάς των προϊόντων ή υπηρεσιών που προσφέρουν και να μετατρέπονται σε άκρως ανταγωνιστικοί. Από τις πρώτες ενέργειες είναι η δημιουργία ενός σκοπού στη λειτουργία του οργανισμού. Αυτός θα αποτελεί εν ολίγοις το στόχο των εργαζομένων και πρωτίστως της διοίκησης, για το που επιθυμούν να φτάσουν σε συγκεκριμένες, κάθε φορά, χρονικές στιγμές. Δεδομένου ότι ο οργανισμός θα λειτουργεί με συνέπεια σε αυτά που υπόσχεται, απώτερος στόχος θα πρέπει να είναι η σταδιακή βελτίωση των προϊόντων και των υπηρεσιών του (Γείτονα και συνεργάτες, 2003).

Ακολουθεί ένα πολύ σοβαρό βήμα, η υιοθέτηση μιας καινούριας φιλοσοφίας από τη διοίκηση, παράγοντας που θα δώσει το έναυσμα διαφορετικού τρόπου λειτουργίας και λήψης αποφάσεων, στην πορεία βελτίωσης μιας κατάστασης. Επιπλέον, ο οργανισμός θα

ήταν καλό να επικεντρώνεται στη βελτίωση κάποιων διαδικασιών και όχι τόσο στην παρακολούθηση της τελικής κατάστασης ενός προϊόντος, να επιλέγει τους προμηθευτές του με βάση την παρεχόμενη ποιότητά τους πρωτίστως και κατά δεύτερον με βάση την τιμή. Να προβαίνει σε ενέργειες βελτίωσης της παραγωγής και παράλληλα μείωσης του κόστους εργασιών (άρα μείωσης της τιμής του τελικού προϊόντος, προς όφελος του καταναλωτή), να φροντίζει ώστε να εκπαιδεύει διαρκώς τους εργαζομένους του, ενισχύοντας το γνωστικό τους υπόβαθρο και φυσικά, η διοίκηση να φροντίζει ώστε να λειτουργεί αποτελεσματικά (Γείτονα και συνεργάτες, 2003).

Ο φόβος και η ανασφάλεια των εργαζομένων, αποτελεί επίσης έναν ανασταλτικό παράγοντα στην υιοθέτηση καινούριας νοοτροπίας, την εγκαθίδρυση αλλαγών και τελικά στη βελτίωση της παραγωγικότητας εργασιών, άρα θα πρέπει έως ένα σημείο να εξαλείφεται. Οι παράγοντες που αποτελούν εμπόδια στην επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ τμημάτων ή εργαζομένων, θα πρέπει να εκμηδενίζονται, οι στόχοι που τίθενται να είναι εφικτοί και οι εργαζόμενοι να αισθάνονται περήφανοι για αυτό που κάνουν (Γείτονα και συνεργάτες, 2003). Όλα τα παραπάνω αποτελούν σημαντικά βήματα στην πορεία βελτίωσης της ποιότητας και ο παρακάτω κύκλος, δημιούργημα του Deming, υποδεικνύει τη σύνδεση των ενεργειών αλλά προδίδει και την ανάγκη για επανάληψή τους.



Εικόνα 1. Ο κύκλος επίτευξης ποιότητας του Deming

Πηγή: <https://flevy.com/blog/continuous-improvement-101-the-deming-cycle-pdca/>

Ένας ακόμη σημαντικός ερευνητής στο ζήτημα της ποιότητας θεωρείται και ο Crosby, με τον ορισμό που έδωσε να θυμίζει αρκετά αυτόν του Deming, αναφέροντας ότι η ποιότητα αποτελεί στην ουσία μια συμμόρφωση των προϊόντων ή υπηρεσιών προς τις

απαιτήσεις των πελατών. Στην ουσία ο Crosby ορίζει τον καταναλωτή ως το πρόσωπο που θα καθορίσει την ποιότητα και υποδεικνύει μια σειρά από προδιαγραφές και πρωτόκολλα που οφείλει να πληρεί ένα προϊόν προκειμένου να θεωρηθεί ποιοτικό. Οι προδιαγραφές αυτές και τα πρωτόκολλα, καθορίζονται από Διεθνείς Οργανισμούς οι οποίοι δραστηριοποιούνται σε κάθε τομέα και μέσα από πολύχρονη εμπειρία, συνεχή μελέτη και διαβούλευση ορίζουν τις παραμέτρους εκείνες που απαιτούνται ώστε να πιστοποιηθεί η κατασκευή ενός προϊόντος ή η παροχή μιας υπηρεσίας, ποιοτική. Τα πρότυπα αυτά (ευρέως γνωστά πλέον, κυρίως με την ονομασία ISO, HACCP κ.ά.) μάλιστα ανανεώνονται από τους Διεθνείς Οργανισμούς σε τακτά χρονικά διαστήματα, ακολουθώντας τις απαιτήσεις της εποχής και προσαρμοζόμενα σε νέες απαιτήσεις καταναλωτών και τεχνολογικά δεδομένα (Schein, 2004).

Τις θέσεις του Crosby μάλιστα θα μπορούσε να τις χαρακτηρίσει κανείς αρκετά αυστηρές, αφού με τις απόψεις του περί «σωστών δράσεων εξ αρχής (right acts from the beginning)» και «μηδενικών σφαλμάτων (zero defects)», δημιούργησε ένα πλαίσιο αρκετά απαιτητικό γύρω από την επίτευξη της ποιότητας στη λειτουργία ενός οργανισμού. Ο ίδιος δημιούργησε επίσης μια σειρά από θέσεις (πέραν δηλαδή του βασικού ορισμού που διατύπωσε) γύρω από την έννοια της ποιότητας, όπως το γεγονός ότι αυτή επιτυγχάνεται περισσότερο με την πρόληψη των μη-συμμορφώσεων προς κανονισμούς και πρότυπα, παρά με τη διαπίστωση της αστοχίας σε ένα ολοκληρωμένο προϊόν (παρόμοιο σκεπτικό με του Deming) και το γεγονός ότι η ποιότητα δεν μπορεί να μετρηθεί ορθώς με δείκτες αλλά με το κόστος που θα επιφέρει η μη-συμμόρφωση στις απαιτήσεις των καταναλωτών (Crosby, 1979). Η τελευταία διατύπωση στην ουσία σημαίνει πως η μη-ποιότητα θα πρέπει να μετράται ως απώλεια πελατών και επιλογή ενός ανταγωνιστή, αντί για μια οικονομική ζημιά ή για παράδειγμα ένας δείκτης μέτρησης της παραγωγικότητας (Goleman, 2002).

Επιπροσθέτως, ένας από τους πιο πρόσφατους σημαντικούς μελετητές της ποιότητας, ο Feigenbaum, την ορίζει ως το σύνολο των χαρακτηριστικών που διαθέτει ένα προϊόν ή μια υπηρεσία και μέσα από αυτά ικανοποιούνται οι προσδοκίες των καταναλωτών. Ο ορισμός αυτός είναι καθαρά πελατοκεντρικός (θέτει στο επίκεντρο τον πελάτη και τις ανάγκες του και όχι τον οργανισμό ή το προϊόν/υπηρεσία που

προσφέρεται) και συνάδει απόλυτα με το πνεύμα της νέας εποχής, όπου ο οργανισμοί προσπαθούν να εντοπίσουν και να ικανοποιήσουν τις πολύπλοκες απαιτήσεις των πελατών, με πρόσθετες παροχές όπως η εξυπηρέτηση μετά την αγορά (after sales service). Ωστόσο, ο ορισμός του Feigenbaum θεωρείται λιγότερο ρεαλιστικός από τους προηγούμενους, αφού ο ερευνητής συσχετίζει τα παραπάνω χαρακτηριστικά με το marketing, τις τεχνολογικές εξελίξεις και τη συντήρηση των προϊόντων, μεταβλητές τις οποίες ο μέσος καταναλωτής δεν είναι σε θέση να αξιολογήσει πλήρως, για το βαθμό που συνδράμουν στην τελική ικανοποίησή του από αυτό που παίρνει (Κωσταγιόλας, Καϊτελίδου & Χατζοπούλου, 2008).

Αξίζει τέλος να αναφερθεί και ένας ακόμη ερευνητής, ο Ιάπωνας Kaoru Ishikawa, ο οποίος - ως πρωτοπόρος στον κλάδο - ασχολήθηκε με τους κύκλους ποιότητας (quality circles) και εισήγαγε τα λεγόμενα διαγράμματα ψαροκόκαλο (fishbone diagrams) ή πιο σωστά, «διαγράμματα αιτίου και αποτελέσματος». Κάθε αποτέλεσμα προέρχεται από μια αιτία που το δημιούργησε και σε επίπεδο οργανισμών οι αιτίες συνήθως είναι οι εργαζόμενοι που συμμετέχουν σε διάφορες διαδικασίες, από τα πόστα που καλύπτουν. Αιτίες όμως μπορεί να είναι και οι μέθοδοι που εφαρμόζονται, οι οποίες βασίζονται σε κανονισμούς ή νομοθεσίες, ο μηχανολογικός εξοπλισμός αλλά και οι μέθοδοι ή τα εργαλεία ελέγχου της ποιότητας. Αιτίες τέλος, μπορεί να είναι και οι μετρήσεις που πραγματοποιούνται ώστε να αξιολογηθεί η ποιότητα και να εξαχθούν αποτελέσματα, προκειμένου να ληφθούν έπειτα οι κατάλληλες αποφάσεις βελτίωσής της (Τσιότρας, 2002).

Όπως ο ίδιος ο Ishikawa έχει αναφέρει, οι οργανισμοί μπορούν να χρησιμοποιούν ορισμένες απλές ή πιο σύνθετες τεχνικές ελέγχου των διαδικασιών τους ή καταγραφής της πορείας ποιοτικής βελτίωσης των προϊόντων και υπηρεσιών τους. Οι διοικήσεις των οργανισμών μπορούν με αυτές τις τεχνικές να σχηματίζουν καλύτερη εικόνα των όσων γίνονται ή πρόκειται να γίνουν, να διαμορφώσουν τις αποφάσεις τους, να κατανοήσουν τους λόγους που συνέβησαν κάποιες καταστάσεις αλλά να εκτιμήσουν και το αποτέλεσμα μιας δράσης (Berry, Zeithalm & Parasuraman, 1990). Για τους ιθύνοντες, είναι σημαντικό να έχουν μια εικόνα, ένα πλάνο όλων των παραπάνω, αφού έτσι μπορούν να λάβουν καλύτερες αποφάσεις, βασιζόμενες κάθε φορά σε νέα δεδομένα.

Κάποια από τα εργαλεία ποιότητας που αναφέρει λοιπόν ο Ishikawa είναι (Τσιότρας, 2002 · Σφακιανάκη, 2015):

- ☑ Τα διαγράμματα ροής: βοηθάνε στην καταγραφή των διαδικασιών βήμα προς βήμα κατά την παραγωγή προϊόντων ή υπηρεσιών, στην περιγραφή μιας κατάστασης που αλλάζει, στον έλεγχο της σωστής εφαρμογής και στη μείωση χρόνου και κόστους των διαδικασιών. Η πολυπλοκότητα που μπορεί να ακολουθεί ένα τέτοιο διάγραμμα, καθιστά αναγκαία τη συχνή τμηματοποίησή του και την επιλογή διαφορετικών συμβόλων για την περιγραφή κάθε δράσης.
- ☑ Τα διαγράμματα διασποράς: το εργαλείο αυτό προδίδει συσχέτιση μεταξύ δύο παραγόντων και μπορεί να δείξει το βαθμό επίδρασης της ποιότητας από συγκεκριμένες μεταβλητές. Επιπλέον, μπορεί να γίνει διακριτό το εύρος επίδρασης μιας μεταβλητής αλλά και το ενδεχόμενο απόκλισης από τα όρια του στατιστικού ελέγχου.
- ☑ Τα φύλλα ελέγχου: αποτελούν εργαλεία στα οποία σημειώνονται διαφόρων ειδών δεδομένα (τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά), καθώς και το λόγο για τον οποίο συλλέχθηκαν.
- ☑ Τα διαγράμματα Pareto: είναι επίσης ιστογράμματα (παράλληλες ράβδοι) αλλά κατασκευασμένα με διαφορετική οπτική, αφού περιλαμβάνουν στην αρχή τους τις σημαντικότερες αιτίες πρόκλησης μιας κατάστασης (π.χ. παράγοντες εξάρτησης της ποιότητας σε ένα προϊόν) και όσο προχωράει παρουσιάζονται οι λιγότερο σημαντικές. Τα διαγράμματα αυτά χρησιμοποιούνται για τον εντοπισμό μελανών σημείων και έπειτα τη βελτίωση ή διόρθωσή τους. Είθισται, τα μεταγενέστερα διαγράμματα Pareto ενός οργανισμού να στοχεύουν στη μείωση του ύψους των υψηλότερων ράβδων του προηγούμενου διαγράμματος, προδίδοντας επιτυχία στις προσπάθειες βελτίωσης μιας κατάστασης.
- ☑ Τα ιστογράμματα: γνωστά και από τα μαθηματικά, χρησιμοποιούνται συχνά για την ενημέρωση των εργαζομένων σχετικά με συγκεκριμένες διαδικασίες. Οι οργανισμοί τα χρησιμοποιούν για να συλλέξουν στοιχεία, να τα αναλύσουν και έπειτα να προχωρήσουν στη λήψη αποφάσεων για τη βελτίωση της ποιότητας. Το

εργαλείο βοηθάει στην ομαδοποίηση μετρήσεων και τον προσδιορισμό κλάσεων με τις οποίες καταγράφεται η πορεία (ή εξέλιξη) μιας κατάστασης.

1.2. Ορίζοντας την ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας

Λαμβάνοντας υπόψιν όλα τα παραπάνω σχετικά με τη σημασία της ποιότητας και την έννοια που αυτή εμπεριέχει, ο τομέας της υγείας δε θα μπορούσε να απουσιάζει. Σε γενικές γραμμές, η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας φαίνεται ότι εισήλθε πολύ νωρίς στις πρακτικές του κλάδου, αφού γίνεται ήδη αναφορά στην ποιότητα των χειρουργικών διαδικασιών, στον ποινικό κώδικα του βασιλέως Χαμουραμί (Βαβυλώνα) κατά το 2000 π.Χ. και μάλιστα με προβλεπόμενες ποινές οι οποίες βασίζονταν στο μέγεθος της βλάβης που ενδεχομένως προκαλούνταν από μια κακή χειρουργική ενέργεια, έχοντας αρνητική έκβαση. Επιπροσθέτως, έχει εντοπιστεί ότι στον πάπυρο Edwin Smith (αιγυπτιακό ιατρικό εγχειρίδιο της αρχαιότητας) αποτυπώνονται με ιερογλυφική γραφή, τα πρώτα κριτήρια αξιολόγησης της ιατρικής φροντίδας (Σούλης, 1999).

Όπως λοιπόν φάνηκε από την αρχαιότητα αλλά διαπιστώνεται και στους νόμους της σημερινής εποχής (ΦΕΚ 1953/2006), η υγεία αποτελεί το ύψιστο αγαθό στη ζωή του ανθρώπου. Πρέπει επομένως να αντιμετωπίζεται με την κατάλληλη βαρύτητα και κοινωνική ευθύνη από τους φορείς που παρέχουν τέτοιου είδους υπηρεσίες. Ο κλάδος της υγείας αποτελεί στην ουσία μια παγκόσμια κοινότητα, η οποία συντίθεται από πληθώρα παραμέτρων που την επηρεάζουν και φορέων (γιατροί, νοσηλευτικό ή παραϊατρικό προσωπικό, εξοπλισμός, νοσοκομεία ή ιδρύματα, διοικητικό και τεχνολογικό προσωπικό, εθνικούς ή υπερεθνικούς φορείς, δημόσιους οργανισμούς, ιδιωτικούς, μη-κερδοσκοπικούς κ.ά.). Τα παραπάνω ισοδυναμούν ετησίως με δαπάνες τεραστίων χρηματικών ποσών για τη διασφάλιση ενός αξιοπρεπούς επιπέδου υπηρεσιών, καθώς και τη βελτίωσή τους ή την ανάπτυξη ερευνητικών προγραμμάτων που αποσκοπούν στη βελτίωση μεθόδων, τη μείωση του κόστους, την καλύτερη αντιμετώπιση ασθενειών κ.ά. (Σφακιανάκη, 2015).

Επομένως, οι πρωταρχικοί στόχοι που θέτουν οι οργανισμοί υγείας στη σύγχρονη εποχή είναι η διάγνωση, θεραπεία, επανένταξη και εκπαίδευση των ασθενών, ενώ

παλαιότερα - πριν τη δεκαετία του 80' - αρκούσε για το καταναλωτή μια απλή παροχή καλού επιπέδου ιατρικών υπηρεσιών. Από τα τέλη όμως της δεκαετίας του 80' η εν λόγω αντίληψη είχε αρχίσει να μη θεωρείται επαρκής και ο κλάδος παροχής υπηρεσιών υγείας άρχισε να ανασυγκροτείται, αφού έγινε αντιληπτό ότι πέρα από την παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών, θα πρέπει και ο ασθενής να τις αναγνωρίζει. Το γεγονός ότι στον τομέα της υγείας η έννοια της ποιότητας υπεισέρχεται στο σκέλος της παροχής υπηρεσιών, καθιστά την αντίληψη της ποιότητας πιο δύσκολη, μιας και πρόκειται για ένα άυλο αγαθό (Σούλης, 1999). Η ποιότητα της παροχής υπηρεσιών σε αυτό τον κλάδο, αποτελεί σημαντική δέσμευση για κάθε μονάδα υγείας και καθιστά αναγκαία τη συνεχή προσπάθεια των διοικήσεων στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Είναι σημαντικό όμως να σημειωθεί ότι η ποιότητα στον κλάδο της υγείας περικλείει δύο διαφορετικές εκδοχές. Η πρώτη σχετίζεται με την οπτική του συστήματος υγείας (άρα το πώς αντιλαμβάνονται την ποιότητα οι αρμόδιοι φορείς όπως οι Υγειονομικές Περιφέρειες, τα υπουργεία και τέλος, οι διοικήσεις των νοσοκομειακών ιδρυμάτων), ενώ η άλλη αφορά το πώς αντιλαμβάνονται την ποιότητα οι ασθενείς, ως χρήστες των υπηρεσιών που λαμβάνουν (Τσιότρας, 2002).

Αναζητώντας τη σχετική βιβλιογραφία, διαπιστώνεται ότι έχουν δοθεί ποικίλοι ορισμοί για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, οι οποίοι βέβαια οδηγούν σε διαφορετικές προσεγγίσεις τόσο αναφορικά με την αξιολόγηση όσο και με τη βελτίωσή της. Στις υπηρεσίες υγείας λοιπόν, όταν μιλάει κανείς για ποιότητα - δεδομένης και της ευαισθησίας που περικλείει η έννοια της υγείας - αναφέρεται σε έννοιες όπως τις παρακάτω (Κωσταγιόλας, Καϊτελίδου & Χατζοπούλου, 2008):

- ✦ την αξιοπιστία του παρόχου των υπηρεσιών και το σεβασμό που αποδίδει στα περιστατικά τα οποία αναλαμβάνει
- ✦ την ποιότητα ζωής που μπορεί να προσφέρει (κατά την άποψη του ασθενή), με το πέρασ των παρεχόμενων υπηρεσιών ή κατά τη διάρκειά τους
- ✦ την αμεσότητα της ιατρικής παρέμβασης και την αποτελεσματικότητά της
- ✦ την έγκαιρη διάγνωση σε συνδυασμό με την ορθότητά της
- ✦ την ύπαρξη υψηλή τεχνολογίας και σύγχρονων εγκαταστάσεων

- ✦ την εμπειρία και πείρα του προσωπικού στην αντιμετώπιση περιστατικών
- ✦ τον επαγγελματισμό των εργαζομένων, ανεξαρτήτως θέσης

Οι παραπάνω παράμετροι έχουν οδηγήσει μια πληθώρα από οργανισμούς υγείας παγκοσμίου βεληνεκούς, να διαμορφώσουν ο καθένας το δικό του πλαίσιο ορισμού για το τι σημαίνει ποιότητα στον κλάδο υγείας. Για παράδειγμα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας σημειώνει ότι η ποιότητα αποτελεί την παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων οι οποίες είναι σε θέση να διασφαλίσουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στην υγεία, μέσα στα πλαίσια των δυνατοτήτων της σύγχρονης ιατρικής, με τον ελάχιστο ιατρογενή κίνδυνο, καθώς και τη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενούς από πλευράς διαδικασιών, αποτελεσμάτων και ανθρώπινης επαφής (WHO, 2006: 9). Από την άλλη, η Εθνική Ακαδημία Ιατρικής των ΗΠΑ τη χαρακτηρίζει ως το βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων σε θέματα υγείας, τόσο για μεμονωμένα άτομα όσο και για ολόκληρους πληθυσμούς και παράλληλα, οι υπηρεσίες αυτές κρίνονται συμβατές με την υπάρχουσα επαγγελματική γνώση (NASEM, 2019). Επιπλέον, το Τμήμα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου είναι πιο λιτό στη διατύπωσή του για την ποιότητα στη υγεία, θεωρώντας απλά ότι αφορά το να κάνει κάποιος τα σωστά βήματα, για τους κατάλληλους ανθρώπους και στο σωστό χρόνο (DoH UK, 2013: 13-21). Τέλος, το Ινστιτούτο Ιατρικής των ΗΠΑ τη χαρακτηρίζει ως το βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για άτομα και ομάδες πληθυσμού αυξάνουν την πιθανότητα οι επιτυχημένης έκβασης για τις καταστάσεις υγειονομικής φύσεως και ταυτόχρονα παραμένουν συνεπείς προς την τρέχουσα επιστημονική γνώση (AHRQ, 2018).

Περνώντας σε επίπεδο ερευνητών, ο Donabedian ήταν ο πρώτος που έφερε στο προσκήνιο την ικανοποίηση ως παράγοντα καθορισμού, αφού όρισε ως ποιότητα των υπηρεσιών υγείας τη μεγιστοποίηση της ικανοποίησης των ασθενών και ταυτόχρονα έλαβε υπόψιν του τόσο τα κέρδη όσο και τις ζημιές που περιλαμβάνονται στις διαδικασίες περίθαλψης (Donabedian, 1988b). Ο ορισμός αυτός θυμίζει πολύ τους προαναφερθέντες γενικούς ορισμούς της ποιότητας, οι οποίοι διατυπώθηκαν από τον Deming ή τον Feigenbaum. Πρόκειται στην ουσία για έναν εξίσου πελατοκεντρικό

ορισμό, κατά τον οποίο στο επίκεντρο των διαδικασιών υγειονομικής περίθαλψης βρίσκεται ο ασθενής και αντιμετωπίζεται ως πελάτης/καταναλωτής. Η προσπάθεια ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας αφορά τόσο τους οργανισμούς ιδιωτικών συμφερόντων (κερδοσκοπικοί) όσο και αυτούς που λειτουργούν στα πλαίσια του δημοσίου τομέα και δεν αποσκοπούν στην επίτευξη κέρδους αλλά στοχεύουν περισσότερο στην αποτελεσματική διαχείριση των κονδυλίων τους (Δερβιτσιώτης, 2005: 22). Παρόλα αυτά, ακόμη και οι δημόσιοι οργανισμοί, με ορισμένες τροποποιήσεις στις διαδικασίες αυτοχρηματοδότησής τους, μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (Σφακιανάκη, 2015).

Ο παραπάνω ορισμός λαμβάνει επίσης υπόψιν και τις ζημιές οι οποίες προκύπτουν από τη διαδικασία περίθαλψης. Σύμφωνα με τον Donabedian (1988a), η ποιότητα στην υγεία σχετίζεται με τη μεγιστοποίηση της ικανοποίησης των ασθενών, συμπεριλαμβανομένων τόσο των κερδών όσο και των ζημιών στη διαδικασία περίθαλψης. Για τη μέτρηση λοιπόν της ποιότητας, πρότεινε τρεις βασικές μεθόδους, ενώ παράλληλα ανέπτυξε μια θεωρία ομόκεντρων κύκλων (Εικόνα 2.) η οποία σχετίζεται με τη θεραπεία του ασθενούς (Donabedian, 1996).



Εικόνα 2. Αναπαράσταση των ομόκεντρων κύκλων της θεωρίας του Donabedian

Πηγή: <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/>

Ξεκινώντας καταρχήν από τις μεθόδους μέτρησης της ποιότητας, οι συντελεστές παραγωγής είναι το πρώτο μέγεθος του οποίου προτείνεται η μέτρηση και στην ουσία πρόκειται για μια αξιολόγηση των υπηρεσιών (ή και προϊόντων) που προσφέρονται, μετρώντας την ποιότητα των συντελεστών που χρησιμοποιούνται κατά την παραγωγική

διαδικασία. Η δεύτερη μέθοδος περιλαμβάνει την εκτίμηση του τελικού αποτελέσματος, δηλαδή μια αξιολόγηση ξανά, αυτή τη φορά όμως της ιατρικής φροντίδας, μέσω ορισμένων παραμέτρων της. Τελευταία σημειώνεται η μέθοδος της διαδικασίας, δηλαδή η χρήση συγκεκριμένων διαδικασιών «ρουτίνας», σε περιπτώσεις διάγνωσης ή και θεραπείας (Donabedian, 1996). Σχετικά με τη θεωρία των ομόκεντρων κύκλων, όπως διακρίνεται και στην Εικόνα 2., ο πυρήνας των ποιοτικών υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνει τη φροντίδα από τους επαγγελματίες, τη γνώση τεχνικών ζητημάτων και την κρίση των δεξιοτήτων των παρόχων. Πηγαίνοντας προς τους εξωτερικούς κύκλους, η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνει διάφορες ανέσεις που μπορούν πιθανόν να προσφέρονται στους ασθενείς και ακολουθεί η φροντίδα που εφαρμόζεται από τον ίδιο τον ασθενή, με τη συνδρομή όμως των παρόχων ή της οικογένειά του. Τέλος, στην περιφέρεια των κύκλων βρίσκεται η φροντίδα που προσφέρεται από την τοπική κοινωνία, η δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας, η επιδόσεις των παρόχων αλλά και οι επιδόσεις των ασθενών ή των οικογενειών τους.

1.3. Η προσέγγιση της ποιότητας από την οπτική δύο διαφορετικών εμπλεκόμενων ομάδων

Φεύγοντας από τους διάφορους ορισμούς που έχουν δώσει οι ερευνητές ή τα κατά τόπους ακαδημαϊκά και μη, ιδρύματα, τα Συστήματα Υγείας προσεγγίζουν την ποιότητα στην υγεία από την οπτική των υπηρεσιών που προσφέρουν. Σε θεωρητικό επίπεδο, τα συστήματα υποστηρίζουν ότι τοποθετούν τον ασθενή στο επίκεντρο όλων αυτών των διαδικασιών υγειονομικής περίθαλψης. Οφείλουν όμως παράλληλα, για τη σωστή λειτουργία του συστήματος και την πληρέστερη εξυπηρέτηση όλων των ασθενών, να λαμβάνουν υπόψη παραμέτρους όπως το κόστος, ο χρόνος, το διαθέσιμο προσωπικό, καθώς και πλήθος άλλες, με σκοπό να προσφέρουν εν τέλει αξιόπιστες υπηρεσίες υγείας (Κωσταγιόλας, Καϊτελίδου & Χατζοπούλου, 2008).

Για παράδειγμα, ο ορισμός που έχει δοθεί για την ποιότητα υγείας από την Εθνική Ακαδημία Ιατρικής των ΗΠΑ, δεν περιλαμβάνει το κόστος που απαιτείται προκειμένου να επιτευχθούν ποιοτικές υπηρεσίες. Ως εκ τούτου έρχεται σε πλήρη

αντίθεση με τις πρακτικές του Αμερικανικού Συστήματος Υγείας, στο οποίο οι παρεχόμενες υπηρεσίες βρίσκονται σε άμεση συνάρτηση με το μέγεθος της ασφαλιστικής κάλυψης του ασθενούς, αν και επί διακυβέρνησης Barack Obama καταβλήθηκαν προσπάθειες βελτίωσης της κατάστασης αυτής, στα πλαίσια της “Δράσης για Βιώσιμη” Φροντίδα (Affordable Care Act, 2010). Ο ορισμός λαμβάνει επίσης υπόψιν του τα επιθυμητά - για τον ασθενή - αποτελέσματα, που σημαίνει ότι παρουσιάζει μι συναισθηματική αλλά και τεχνοκρατική προσέγγιση, αφού σύμφωνα με τα ιαπωνικά πρότυπα (πρακτικές Deming), τα επιθυμητά αποτελέσματα μπορούν να προκύψουν μέσα από συνεχείς ελέγχους και διορθώσεις (NASEM, 2019). Ο ορισμός επίσης του Ινστιτούτου Ιατρικής των ΗΠΑ είναι αρκετά πελατοκεντρικός, τεχνοκρατικός αλλά και συναισθηματικός, αφού σύμφωνα με αυτόν η ιατρική φροντίδα στοχεύει στην πρόληψη των ασθενειών, δίνει προσοχή στην επιστημονική βάση της ιατρικής και θεωρεί απαραίτητη την αποτελεσματική χρήση των διαθέσιμων πόρων (AHRQ, 2018).

Όσα συστήματα επιθυμούν να διακριθούν για την ποιότητα των υπηρεσιών τους, φροντίζουν ώστε να ακολουθούν αυστηρούς κανόνες και πρότυπα ελέγχου ποιότητας με τα οποία πιστοποιούνται - μέσω επιθεωρήσεων τις οποίες διενεργούν συγκεκριμένοι οργανισμοί ή αναγνωρισμένοι από τους οργανισμούς συνεργάτες - ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Τα σώματα αυτά ελέγχουν το σύνολο των απαιτήσεων ενός συγκεκριμένου προτύπου ποιότητας, το οποίο θεωρητικά εφαρμόζει το εξεταζόμενο σύστημα υγείας. Η πιστοποίηση που δίνεται έπειτα, παρέχει στην ουσία μια γραπτή διαβεβαίωση ότι ένα προϊόν, μια διεργασία ή μια υπηρεσία του Συστήματος Υγείας συμμορφώνεται με τις απαιτήσεις που έχουν προκαθοριστεί. Οι δείκτες με τους οποίους μπορεί να ελεγχθεί η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, από το ίδιο το Σύστημα Υγείας, είναι (Goula et al., 2017):

- Η αξιοπιστία και η αποτελεσματικότητα της νοσηλείας
- Ο χρόνος απόκρισης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού αλλά και το ωράριο εργασίας τους
- Η διάρκεια νοσηλείας των ασθενών
- Ποσοστά επιτυχίας των θεραπειών, καθώς και αυτά της θνησιμότητας ασθενών
- Το ποσοστό κάλυψης των αναγκών με κατάλληλο επιστημονικό προσωπικό σε ειδικότητες και αριθμούς, ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες της μονάδας υγείας

- Τα κόστη νοσηλείας
- Τα επίπεδα αρτιότητας του διαθέσιμου εξοπλισμού και των υποδομών που απαιτούνται για την κάλυψη των αναγκών
- Τα ποσοστά κλινών και η αναλογία ασθενών

Υπάρχει ωστόσο πλήθος άλλων παραμέτρων, οι οποίες μπορούν να λάβουν ακόμη και νομική υπόσταση, δεδομένου ότι ένα Σύστημα Υγείας οφείλει να τηρεί τις νόμιμες διατάξεις λειτουργίας. Στην Ελλάδα, ως επίσημος φορέας πιστοποίησης θεωρείται ο Ελληνικός Οργανισμός Τυποποίησης (ΕΛΟΤ), ο οποίος αναπτύσσει πρότυπα σχετικά με την παραγωγή προϊόντων ή την παροχή υπηρεσιών, σε εθνικό επίπεδο, τα θέτει πλέον σε δημόσια διαβούλευση και αναγνωρίζει τους οργανισμούς που λειτουργούν βάσει ποιοτικών προδιαγραφών, ανάλογα με τον κλάδο τους (Μπαλτάς & Παπασταθοπούλου, 2013). Τα τελευταία χρόνια ωστόσο, πέραν του ΕΛΟΤ, έχουν αναπτυχθεί και αρκετοί ιδιωτικοί διαπιστευμένοι οργανισμοί, οι οποίοι παρέχουν τις ίδιες υπηρεσίες.

Πέρα όμως από ένα Σύστημα Υγείας (τους φορείς που το λειτουργούν και ελέγχουν, το προσωπικό του κ.ά.), ο άμεσα ενδιαφερόμενος για τις υπηρεσίες που προσφέρονται είναι ο πολίτης-ασθενής. Θεωρείται επομένως ιδιαίτερα σημαντικό να εξετάζεται και η δική του οπτική όσον αφορά το επίπεδο ποιότητας, παραλληλίζοντάς το με αυτό που θεωρητικά διαπιστώνουν οι έλεγχοι πιστοποίησης. Από την πλευρά του ασθενούς η ποιότητα παίρνει ένα διαφορετικό χαρακτήρα, αφού ενώ για τα Συστήματα Υγείας υπάρχουν - όπως προαναφέρθηκε - δομές και ελεγκτικοί μηχανισμοί οι οποίοι πιστοποιούν την καταλληλότητα ή μη της λειτουργίας μιας διαδικασίας, στην περίπτωση των ασθενών, η διαπίστωση ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας είναι λιγότερο αντικειμενική, αφού δε βασίζεται σε συγκεκριμένους κανόνες. Αντιθέτως, η διαπίστωση ποιότητας στηρίζεται κυρίως στην κρίση του ασθενούς και σε παραμέτρους όπως η ηλικία, το φύλλο (Grigoroudis & Siskos, 2010), η γενική κατάσταση της υγείας του (Κωσταγιόλας, Καϊτελίδου & Χατζοπούλου, 2008), το μορφωτικό επίπεδο, η οικονομική του κατάσταση και η κοινωνική ομάδα στην οποία ανήκει (Ginsburg, 2017).

Επομένως, ο εκάστοτε ασθενής βιώνει διαφορετικά την έννοια της ποιότητας, ανάλογα με τις υπηρεσίες υγείας που έχει λάβει. Παρά την υποκειμενικότητα του

ζητήματος όμως, υπάρχουν ορισμένα κριτήρια με τα οποία θα μπορούσε κανείς να ισχυριστεί ότι χτίζεται ένα πλαίσιο αντικειμενικότητας και αφορούν το μεγαλύτερο μέρος των ασθενών σε ένα Σύστημα Υγείας. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, ορισμένα από τα κριτήρια αυτά είναι (Κωσταγιόλας, Καϊτελίδου & Χατζοπούλου, 2008 · Suki, 2011 · Parakonstanti, 2012):

- ☑ Η προσβασιμότητα στο Σύστημα Υγείας (δυνατότητα να λάβει τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης σε σύντομο χρονικό διάστημα και σε μικρή απόσταση από τον τόπο κατοικίας του) και η ευκολία εισαγωγής του σε κάποια μονάδα
- ☑ Η ύπαρξη ικανού αριθμού ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, για την ταχύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών (χρόνος εξυπηρέτησης)
- ☑ Η έγκαιρη και σωστή διάγνωση του προβλήματος από το γιατρό, καθώς φυσικά και η αποτελεσματικότητα της θεραπείας (αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών)
- ☑ Η ευγενική συμπεριφορά των ιατρών, του νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού (πελατοκεντρική νοοτροπία)
- ☑ Η ύπαρξη και καλή λειτουργία εργαστηριακού και λοιπού εξοπλισμού (πληρότητα υλικών και μηχανημάτων)
- ☑ Η καλή ποιότητα των υλικών που χρησιμοποιούνται κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του, καθώς και η ποιότητα των γευμάτων του (καθαριότητα, ποικιλία, έλεγχος αλλεργιών κ.ά.)
- ☑ Η καθαριότητα των χώρων και των υλικών χρήσης (τουαλέτες, κλινοσκεπάσματα, χρήση γαντιών, απολύμανση κ.ά.)
- ☑ Η ελαχιστοποίηση (ή απουσία) γραφειοκρατίας, άρα και ανούσιας σπατάλης χρόνου στις διαδικασίες

Διαπιστώνεται επομένως ότι υπάρχουν δύο διαφορετικές οπτικές χαρακτηρισμού ενός Συστήματος Υγείας ως ποιοτικού. Αυτό συνεπάγεται αυτομάτως ότι βάσει κάποιων κριτηρίων διαπίστευσης της ποιότητας, ένα Σύστημα Υγείας μπορεί να θεωρηθεί αρκετά

ποιοτικό (εφαρμόζει διεθνή πρότυπα υγιεινής και ασφάλειας, ανανεώνει τον εξοπλισμό του, διατηρεί το προσωπικό ενημερωμένο κ.ά.), ενώ βάσει μιας πλειοψηφίας ασθενών και των απαιτήσεών τους, να θεωρείται ελλιπές. Υπάρχει όμως και ακόμη μια κατηγορία ανθρώπων, της οποίας η άποψη θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν όσον αφορά τη μέτρηση της ποιότητας του Συστήματος Υγείας και αυτή είναι το ίδιο το προσωπικό των μονάδων (Donabedian, 1996). Εξάλλου, δεδομένου ότι κάθε μονάδα υγείας διαθέτει μια σχετική αυτονομία λειτουργίας - παρά τις όποιες αγκυλώσεις και κωλυσιεργίες με τις οποίες πορεύεται το ελληνικό Σύστημα Υγείας - έστω μικρή, η ποιότητα την οποία διαπιστώνουν οι ίδιοι της οι εργαζόμενοι στις διαδικασίες που εφαρμόζει, θα πρέπει να θεωρείται σοβαρός παράγοντας λήψης αποφάσεων βελτίωσης. Επιπροσθέτως, ο παράγοντας διοίκηση μιας μονάδας υγείας είναι σύμφωνα και με την υπάρχουσα βιβλιογραφία (Goleman, 2002 · Janicijevic et al., 2013 · Charman, 2014) μία σημαντική μεταβλητή, η οποία μπορεί να ασκήσει επιρροή στη δημιουργία ποιοτικών υπηρεσιών υγείας, μέσω της δημιουργίας κατάλληλου κλίματος στο προσωπικό και διαμόρφωσης των χώρων παροχής υπηρεσιών υγείας.

1.4. Οι τρεις κύριες παράμετροι της αξιολόγησης των Υπηρεσιών Υγείας (Donabedian model)

Κλείνοντας το πρώτο κεφάλαιο της εργασίας και ανακεφαλαιώνοντας ορισμένα από τα σημαντικά του σημεία, θεωρείται καλό να γίνει αναφορά και στο λεγόμενο μοντέλο Donabedian. Ενώ λοιπόν η δημιουργία ποιοτικών υπηρεσιών υγείας αποτελεί μια αρκετά υποκειμενική διαδικασία, η οποία ωστόσο μπορεί με αντικειμενικά κριτήρια να θεωρηθεί ικανοποιητικού επιπέδου (για φορείς, πολιτεία, οργανισμούς κ.ά. αλλά όχι απαραίτητα για τον ίδιο το χρήστη των υπηρεσιών), έχουν καταγραφεί ορισμένες παράμετροι που επηρεάζουν την ποιότητα, σύμφωνα και με τον Donabedian (1996).

Η πρώτη από αυτές είναι η *δομή* (structure) και σε αυτή ανήκουν τόσο οι υποδομές των μονάδων υγείας όσο και μεγέθη με τα οποία χαρακτηρίζονται οι εργαζόμενοι σε αυτές. Επιπροσθέτως, σε αυτή ανήκει και το συνολικό επίπεδο λειτουργίας του Συστήματος Υγείας, δηλαδή της διαχείρισης των οικονομικών πόρων

(εθνικά ή κοινοτικά κονδύλια για παράδειγμα), η υλικοτεχνική υποδομή και οι ανανεώσεις της με σύγχρονα διαγνωστικά μηχανήματα (ή έστω η τακτική συντήρηση των παλιών), η προσβασιμότητα του πληθυσμού σε νοσοκομειακή περίθαλψη, την επάρκεια σε κλίνες και το επίπεδο του προσωπικού, από το διοικητικό έως τον ιεραρχικά τελευταίο εργαζόμενο (Donabedian, 1996). Σε αυτή την παράμετρο ανήκει επιπλέον και η ικανοποίηση του προσωπικού, μιας και οι ποιοτικές υπηρεσίες υγείας έχει αποδειχθεί ότι σχετίζονται σημαντικά με το ικανοποιημένο προσωπικό (Janicijevic et al., 2013). Η δομή λοιπόν αποτελεί σοβαρή παράμετρο χαρακτηρισμού των υπηρεσιών υγείας ως ποιοτικές, αν και σύμφωνα με τον Λογοθέτη (2005), δε θα μειώσει σημαντικά το επίπεδο ποιότητας σε περίπτωση που δεν αξιολογηθεί πολύ ψηλά.

Ως δεύτερη παράμετρος θεωρούνται οι *διαδικασίες* (processes) που λαμβάνουν χώρα και σε αυτές ανήκουν η αξιολόγηση της πορείας των ασθενών, καθώς και οποιοδήποτε μέγεθος σχετίζεται με αυτή (χρόνος θεραπείας, θνησιμότητα κ.ά.). Οι μετρήσεις διαφόρων μεγεθών, οδηγούν σε διαπιστώσεις για όσα χρειάζεται να βελτιωθούν και αυτό μπορεί να επιτευχθεί εφαρμόζοντας δύο πρακτικές. Η πρώτη αφορά τη βελτίωση της τεχνικής διάστασης, δηλαδή τις χορηγήσεις φαρμάκων ή τις διαγνωστικές εξετάσεις (ποιοτικότερα συνταγογραφούμενα φάρμακα, καλύτεροι έλεγχοί τους, ακριβέστερα μηχανήματα διαγνώσεων κ.ά.), ενώ η δεύτερη αφορά τη βελτίωση της διαπροσωπικής διάστασης, δηλαδή της σχέσης ασθενών και προσωπικού (Donabedian, 1996 · Backstrom, Larsson & Wiklund, 2009).

Η τρίτη και τελευταία παράμετρος της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας είναι τα *αποτελέσματα* (outcomes). Αυτά αφορούν το εξαγόμενο της συνολικής φροντίδας της οποίας χαίρουν οι χρήστες του Συστήματος Υγείας και τα οφέλη που τελικά τους προσφέρθηκαν μέσα από τις *διαδικασίες* (processes). Δεδομένου ότι κάθε ασθενής αξιολογεί εντελώς υποκειμενικά τις υπηρεσίες που λαμβάνει, είναι καλό να διενεργούνται μελέτες ικανοποίησής τους, προκειμένου να διαπιστώνεται η αποτελεσματικότητα (effectiveness) και η αποδοτικότητα (efficiency) του συστήματος, άρα το επίπεδο ποιότητας των υπηρεσιών του (Janicijevic et al., 2013).

1.5. Οριοθετώντας τη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας σε έναν οργανισμό

Η έννοια της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (εφεξής ΔΟΠ για συντομία, όπως αναφέρεται και στο σύνολο της σχετικής βιβλιογραφίας) αποτελεί μια οργανωμένη προσπάθεια προσδιορισμού της «συμπεριφοράς» ενός οργανισμού και στη συνέχεια του σχεδιασμού και της εφαρμογής κατάλληλων πρακτικών - συνέχισης παλαιότερων ή εφαρμογής νέων, αναλόγως των απαιτήσεων και της επικρατούσας κατάστασης - ώστε οι εργαζόμενοί του να διευκολύνονται στο έργο τους και να λειτουργούν πιο αποτελεσματικά. Αυτή η αποτελεσματικότητα είναι που βελτιώνει την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρει ένας οργανισμός, βοηθά το προσωπικό να επιλύουν τα προβλήματα γρηγορότερα και στην ουσία να ικανοποιούν σε μεγαλύτερο βαθμό τους πελάτες τους (Jos, Sanders & van Riemsdijk, 2015).

Η ΔΟΠ λοιπόν δεν είναι μια κατάσταση ούτε πρόκειται απλά για διαδικασίες που εφαρμόζονται. Είναι μια ολόκληρη φιλοσοφία, υπό το πρίσμα της οποίας λειτουργεί ένας οργανισμός και προσπαθεί να δημιουργήσει τη λεγόμενη δέσμευση των εργαζομένων προς μια ποιοτική παροχή υπηρεσιών, συμμετέχοντας και οι ίδιοι στη λήψη αποφάσεων ή την αλλαγή των διαδικασιών προς το καλύτερο, σύμφωνα και με τους Backstrom, Larsson & Wiklund (2009). Σκοπός είναι η αποτελεσματική διαχείριση ποιοτικών υπηρεσιών και στόχος η διαχρονικά υψηλή ικανοποίηση των πελατών του οργανισμού. Ευθύνη της διοίκησης σε μια τέτοια πορεία, είναι να παρατηρεί τις διαδικασίες που εκτελούνται και να παρεμβαίνει με σκοπό την ελαχιστοποίηση των λαθών και του κόστους αλλά ταυτόχρονα τη βέλτιστη συνύπαρξη ανθρώπων, υποδομών, τεχνολογίας και διαδικασιών (Τζωρτζόπουλος, 2018).

Η ΔΟΠ επίσης αποτελεί μια στρατηγική προσέγγιση της ανώτατης διοίκησης του οργανισμού, στόχος της οποίας είναι - εκτός των παραπάνω - η συνεχής εκπαίδευση του προσωπικού σε καινούριες μεθόδους και η τακτική επανάληψη των βημάτων που ορίζει ο οργανισμός προκειμένου να διατηρεί υψηλά επίπεδα ποιότητας σε ό,τι προσφέρει. Η ΔΟΠ αποτελεί κατά τους Jos, Sanders & van Riemsdijk (2015), έναν τρόπο διοίκησης των οργανισμών προκειμένου να αναπτύσσονται αποτελεσματικά και να καθίστανται πιο ανταγωνιστικοί στο απαιτητικό περιβάλλον που δραστηριοποιούνται πλέον οι σύγχρονοι οργανισμοί. Όπως αναφέρεται χαρακτηριστικά και από τους Backstrom, Larsson &

Wiklund (2009), δεν είναι δύσκολο να καταλάβει κανείς ότι ένας οργανισμός εφαρμόζει τη ΔΟΠ προκειμένου να πετύχει μια συνεχή ικανοποίηση των πελατών του, διαμέσου της βελτίωσης των προϊόντων ή υπηρεσιών.

1.6. Τα οφέλη και οι σκόπελοι της ΔΟΠ

- ✦ Η ΔΟΠ ενισχύει τη γνώση γύρω από την ποιότητα στο σύνολο των εργαζομένων του οργανισμού, αφού καθένας τους ενημερώνεται όσο το δυνατόν αρτιότερα για το σύστημα διαχείρισης ποιότητας που εφαρμόζεται, μειώνοντας έτσι τα λάθη και κατά συνέπεια το κόστος που πιθανόν αυτά εγκυμονούν (Τζωρτζόπουλος, 2018)
- ✦ Από το σύνολο σχεδόν της σχετικής με το ζήτημα βιβλιογραφίας, ο καθορισμός αρμοδιοτήτων αναφέρεται ως ένα από τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα της ΔΟΠ. Ο παράγοντας αυτός μειώνει τους χρόνους παραγωγής προϊόντων ή εξυπηρέτησης πελατών και καθιστά τους εργαζομένους περισσότερο αρμόδιους για την επίτευξη στόχων που εναρμονίζονται με ποιοτικά κριτήρια, ενώ τους κάνει να νιώθουν πιο χρήσιμοι, δημιουργικοί και παραγωγικοί (Λογοθέτης, 2005)
- ✦ Η ΔΟΠ συνδράμει στη διατήρηση υψηλών των επιπέδων αξιοπιστίας του οργανισμού και όχι μόνο μειώνει τις πιθανότητες απώλειας μεριδίου αγοράς αλλά και την πιθανότητα να αργήσει να εντοπιστεί και να διορθωθεί κάποιο σφάλμα, με ενδεχόμενη οικονομική απώλεια για τον οργανισμό (Τζωρτζόπουλος, 2018)
- ✦ Τα οφέλη του οργανισμού σε οικονομικό επίπεδο, συνεπάγονται αύξηση των κερδών και μείωση του κόστους, με παράλληλη αύξηση της παραγωγικότητας ή της ταχύτητας διεκπεραίωσης (Jos, Sanders & van Riemsdijk, 2015)
- ✦ Μέσω της εφαρμογής ΔΟΠ ο οργανισμός διαπιστώνει τις πραγματικές του ανάγκες, βάσει των δεδομένων που επικρατούν στην αγορά κάθε χρονική στιγμή, ικανοποιώντας τες με τον καλύτερο τρόπο. Σημαντικό μέρος της ΔΟΠ είναι ο έλεγχος των επιμέρους βημάτων, ο οποίος διασφαλίζει την ορθότητα των δράσεων και μειώνει το περιθώριο λάθους (Λογοθέτης, 2005)

- ✦ Η εφαρμογή ΔΟΠ στοχεύει και στη βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ των μερών που αποτελούν τον οργανισμό, έτσι ώστε να αυξηθεί η παραγωγικότητα, η ποιότητα και η επανάληψη εργασιών (Τζωρτζόπουλος, 2018)
- Περνώντας στα αρνητικά της εφαρμογής ΔΟΠ σε έναν οργανισμό, θα πρέπει να σημειωθεί πρωτίστως, ότι μια τέτοια απόφαση συνεπάγεται αύξηση του λειτουργικού του κόστους (γεγονός που αποτελεί σοβαρή επιβάρυνση για μικρές επιχειρήσεις του ιδιωτικού τομέα), μιας και η εγκατάσταση συστημάτων διασφάλισης ποιότητας κρύβουν κόστος (Τζωρτζόπουλος, 2018)
- Η εφαρμογή μιας αποτελεσματικής στρατηγικής διασφάλισης της ποιότητας απαιτεί χρόνο, πέρα από χρήματα. Η εγκαθίδρυση στο προσωπικό και τον τρόπο εργασίας του, της νοοτροπίας παροχής ποιοτικών υπηρεσιών, δεν είναι εύκολη διαδικασία και απαιτεί επαναλήψεις και υπομονή (Λογοθέτης, 2005)
- Χρειάζεται προσοχή και εμπειρία από όποιον εφαρμόσει πρακτικές ΔΟΠ σε έναν οργανισμό, έτσι ώστε αυτές να εστιάσουν είτε στις διαδικασίες (παραγωγής ή παροχής υπηρεσιών) είτε στο πελατολόγιο και την αγορά, ανάλογα με το πού εντοπιστεί ότι υπάρχει μεγαλύτερη ανάγκη (Τζωρτζόπουλος, 2018)
- Η λανθασμένη εφαρμογή ΔΟΠ μπορεί να οδηγήσει σε αποτυχία συμμόρφωσης προς τις απαιτήσεις που περιλαμβάνουν τα διάφορα πρότυπα, με αποτέλεσμα την απώλεια της εμπιστοσύνης και της αξιοπιστίας τόσο των πελατών του οργανισμού όσο και του προσωπικού του (Τζωρτζόπουλος, 2018)

1.7. Διοίκηση Ολικής Ποιότητας και ηγεσία οργανισμών

Προτού παρουσιαστεί η σχέση της διοίκησης ενός οργανισμού με την εφαρμογή διαδικασιών ποιότητας - οι οποίες συμπεριλαμβάνουν και την ικανοποίηση των αναγκών του προσωπικού (Chang, Chiu & Chen, 2010) - θα πρέπει να εξηγηθεί ο όρος ηγεσία και ορισμένες κρίσιμες διαφορές του από την απλή διοίκηση/διεύθυνση ενός οργανισμού. Η ηγεσία λοιπόν είναι μια έννοια που περιλαμβάνει τη διοίκηση ενός οργανισμού και

μάλιστα με αποτελεσματικό τρόπο, ενώ η διεύθυνση δε συνεπάγεται απαραίτητα την ύπαρξη ηγετικών χαρακτηριστικών κατά τη διαχείριση του οργανισμού (Jos, Sanders & van Riemsdijk, 2015).

Η αποτελεσματική άσκηση διοίκησης εξακολουθεί να απασχολεί την επιστημονική (Ψυχολογία, Διοίκηση Οργανισμών κ.ά.) κοινότητα εδώ και δεκαετίες, ενώ ακόμη δεν έχει προσδιοριστεί με σαφήνεια το ακριβές περιεχόμενο μιας επιτυχημένης διοίκησης, δεδομένου του πλήθους των παραγόντων από τις οποίες εξαρτάται. Ωστόσο, έχει καταστεί σαφές ότι η ηγεσία πρόκειται για μια δυναμική έννοια, η οποία εξελίσσεται συνεχώς και λαμβάνει διάφορες μορφές, αναλόγως των περιστάσεων που έχει να αντιμετωπίσει το άτομο (Charman, 2014). Ένας από τους ορισμούς που έχουν δοθεί για την ηγεσία είναι ότι αποτελεί σειρά ενεργειών που επηρεάζουν θετικά τις δραστηριότητες οργανωμένων ομάδων, στην πορεία επίτευξης των στόχων τους (Katou, 2015), ενώ ένας ακόμη γνωστός ορισμός τη χαρακτηρίζει ως σειρά ενεργειών όπου ένα άτομο επηρεάζει μια ομάδα ατόμων, προκειμένου να επιτύχουν κοινούς αλλά και ατομικούς στόχους. Ο δεύτερος ορισμός μάλιστα, συνδέει την ηγεσία με την άσκηση επιρροής προς τους άλλους, την παρακίνηση και την αποτελεσματική επικοινωνία, κάτι που συναντάται σε πολλές αντίστοιχες βιβλιογραφίες (Ζαβλανός, 2003 · Τζωρτζόπουλος, 2018).

i) Τα στοιχεία που διαφοροποιούν έναν ηγέτη από το διευθυντή

Οι δύο έννοιες (του διευθυντή και του ηγέτη-διευθυντή) προϋποθέτουν τη συνεργασία με άλλα άτομα, τη διαχείριση ομάδων και των δεξιοτήτων τους, την ενασχόληση με την πορεία και υλοποίηση στόχων, την άσκηση επιρροής τη δημιουργία εργασιακού κλίματος, την ανάπτυξη εργασιακής κουλτούρας και τον προγραμματισμό ενεργειών. Πρακτικά όμως, οι δύο έννοιες διακρίνονται από τη λεπτομέρεια ότι δε γίνεται όλα τα στελέχη διοίκησης να λειτουργούν με πρότυπα ηγέτη, ωστόσο, αν θέλουν να είναι αποτελεσματικά στη δουλειά τους θα πρέπει να διαθέτουν αρκετά από τα χαρακτηριστικά του (Charman, 2014). Όπως μάλιστα αναφέρει ο Goleman (2014), τα στοιχεία που θα μπορούσε να διαθέτει ένας ηγέτης είναι:

- ✓ Το όραμα: Είναι το άτομο που θέτει ξεκάθαρους στόχους και καθοδηγεί τους υπολοίπους στην επίτευξή τους, όταν παρεκκλίνουν μιας προγραμματισμένης πορείας ή εξηγεί αυτή την πορεία, ώστε να την εμπεδώσουν
- ✓ Η δημιουργικότητα και η καινοτομία: Ακόμα και σε περιπτώσεις δύσκολων εγχειρημάτων, θα τολμήσει αλλαγές, αφού γνωρίζει ότι είναι προς όφελος του οργανισμού που διευθύνει
- ✓ Η αποτελεσματική αξιοποίηση των πόρων: Ως ηγέτης, δε διευθύνει απλά τη σειρά των ενεργειών που έχουν οριστεί αλλά προσπαθεί να αξιοποιήσει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τις ικανότητες των διαθέσιμων εργαζομένων ή να εντοπίζει νέους που θα συνεισφέρουν τα μέγιστα
- ✓ Η αναγνώριση των άλλων: Ένα άτομο που διοικεί τον οργανισμό του επιτυχημένα, επιθυμεί και αναγνωρίζει την επιτυχία των συνεργατών ή υφισταμένων του, εκτιμά την ανεπτυγμένη δεξιότητα (ή το ταλέντο) και δεν έχει ψευδή εικόνα για τις δικές του ικανότητες. Εξάλλου η επιτυχία των μελών του οργανισμού, αποτελεί κατ' επέκταση επιτυχία του ίδιου του οργανισμού
- ✓ Η ανάθεση έργου: Το παραπάνω χαρακτηριστικό καθιστά τον ηγέτη-διευθυντή ελαστικό στην ανάθεση δράσεων σε άλλα άτομα, αφού δε διστάζει να επιτρέψει ελευθερία κινήσεων και ανάληψη πρωτοβουλιών, σημαντικό χαρακτηριστικό για την αποτελεσματική λειτουργία του οργανισμού
- ✓ Η ανάληψη ευθυνών: Δε διστάζει να αναλάβει ευθύνες και όταν μπορεί καλύπτει τους συναδέλφους/υφισταμένους του
- ✓ Η προσέγγιση της λειτουργίας του οργανισμού: Ένα άτομο με ηγετικά χαρακτηριστικά συνήθως επιθυμεί ο οργανισμός του να λειτουργεί έχοντας τον πελάτη στο επίκεντρο, ό,τι και αν συνεπάγεται αυτό σε επίπεδο εξυπηρέτησης και ενημέρωσης. Έτσι, καλύπτεται σε σημαντικό ποσοστό και η ικανοποίηση που αισθάνονται οι πελάτες από όσα λαμβάνουν
- ✓ Το ήθος: Η δίκαιη αντιμετώπιση των συνεργατών, αποτελεί βασικό στοιχείο της λειτουργίας του ηγέτη-διευθυντή, ενώ χαρακτηρίζεται από ακεραιότητα και

εντιμότητα, εντός και εκτός οργανισμού, αποτελώντας ταυτόχρονα παράδειγμα προς μίμηση για τους υπολοίπους

Διαπιστώνεται λοιπόν ότι η ΔΟΠ με την ηγεσία έχουν στενή σχέση, αφού αν και ο διευθυντής μπορεί να εφαρμόσει τις πρακτικές της, ο ηγέτης-διευθυντής θα είναι σαφώς πιο αποτελεσματικός στην εφαρμογή της, κυρίως λόγω της στάσης που διατηρεί προς το προσωπικό και του συνολικού προσανατολισμού που καθορίζει για τη λειτουργία του οργανισμού. Η ηγεσία - αν και δε συναντάται συχνά - είναι απολύτως επιθυμητή, μιας και δεν αναλαμβάνει μόνο διεκπεραιωτικό ρόλο αλλά δίνει προσοχή σε λεπτομέρειες που αφορούν τον άνθρωπο και όχι μόνο τις διαδικασίες (Κατου, 2015).

Τέλος, ένα άτομο με ηγετική φυσιογνωμία μπορεί να λειτουργεί αποτελεσματικά ακόμη και αν δε βρίσκεται σε θέση επικεφαλής. Η ικανότητα άσκησης επιρροής συνεχίζει να υπάρχει και τα ανώτερα διοικητικά στελέχη μπορούν να εκμεταλλευτούν αυτή τη δεξιότητα προς όφελος του οργανισμού, αφού θα είναι ευκολότερη η κατανόηση των αναγκών του και η διαχείριση του προσωπικού. Σε κάθε περίπτωση, η ύπαρξη ενός ηγετικού χαρακτήρα στον οργανισμό είναι επωφελής, αφού η μεν διοίκηση ασχολείται με τη διαχείριση δύσκολων υποθέσεων οι οποίες συνήθως προέρχονται από εξωγενείς παράγοντες, ενώ η δε ηγετική φυσιογνωμία (σε διοικητικό ή μη, πόστο) μπορεί να διαχειριστεί αποτελεσματικά τις εσωτερικές υποθέσεις, τον τρόπο λειτουργίας και την εξέλιξη του οργανισμού (Charman, 2014).

ii) Η σχέση της ηγεσίας με τη ΔΟΠ

Η πιο σημαντική παράμετρος η οποία από την αρχή θα καθορίσει σε μεγάλο βαθμό την επιτυχία ή μη, εφαρμογή διαδικασιών (δηλαδή συστήματος) ΔΟΠ, είναι η διοίκηση του οργανισμού και η δέσμευσή της σε αυτή την εφαρμογή. Η πεποίθηση της διοίκησης ότι η υιοθέτηση διαδικασιών ΔΟΠ και η δημιουργία νοοτροπίας ποιότητας σε όσα προσφέρει ο οργανισμός, θα κρίνουν την έκβαση του εγχειρήματος. Όπως σημειώνει και ο Goleman (2014), μόνο αν πρώτα η διοίκηση κατανοήσει τη σημασία μιας τέτοιας προσπάθειας και καταστήσει σαφές ότι η επιτυχής εφαρμογή αποτελεί ζήτημα επιβίωσης

του οργανισμού (ακόμα και στο δημόσιο τομέα, η επιβίωση μπορεί να ισοδυναμεί με μη-συγχώνευση), τότε υπάρχουν σοβαρές πιθανότητες να εφαρμοστεί επιτυχώς. Κοινώς, μόνο αν ο διευθυντής του οργανισμού καταστήσει σαφές (εμπράκτως) πως η υιοθέτηση ενός ποιοτικότερου τρόπου λειτουργίας αποτελεί το μοναδικό τρόπο να συνεχίσει μελλοντικά να υπάρχει ο οργανισμός, είναι δυνατή η επιτυχής εφαρμογή του συστήματος (Katou, 2015). Ο σημαίνον ρόλος της ηγεσίας όμως, φαίνεται ξεκάθαρα παρακάτω.

Σε μελέτη η οποία διεξήχθη στην Ινδία, σχετικά με τις διαστάσεις της ΔΟΠ που καθορίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό την εφαρμογή ενός συστήματος ISO, η ύπαρξη ηγετικών χαρακτηριστικών στην ανώτατη διοίκηση βρέθηκε στην πρώτη θέση των προτιμήσεων (Burlí, Virupaxi & Basavaraj, 2012). Η ύπαρξη ηγετικών χαρακτηριστικών στην ανώτατη διοίκηση, αποτελεί τον κινητήριο μοχλό της νοοτροπίας που πρόκειται να εγκαθιδρυθεί μέσω ενός συστήματος ΔΟΠ. Το αποτέλεσμα μιας ενθαρρυντικής και ανοικτόμυαλης ηγεσίας-διοίκησης, η οποία στηρίζει τη λειτουργία του οργανισμού στην εμπιστοσύνη και τις εταιρικές αξίες, αποτελεί τη βασικότερη προϋπόθεση για τη δημιουργία αποτελεσματικών μηχανισμών δημιουργίας νέας εταιρικής γνώσης και καινοτομιών. Τα στοιχεία αυτά θα προσδώσουν εν τέλει στον οργανισμό το ανταγωνιστικό πλεονέκτημα που ζητάει (Jos, Sanders & van Riemsdijk, 2015).

Επιπλέον, η ηγεσία επηρεάζει θετικά όλους τους ενεργοποιητές (activators) της ΔΟΠ και όπως αναφέρει η Colurcio (2009) υπάρχουν 5 ενεργοποιητές γνώσης σε όλους τους οργανισμούς. Στην ουσία, πρόκειται για μηχανισμούς οργανωτικού τύπου (Πολλάλης, 2011), οι οποίοι προωθούν είτε τυχαία είτε συστηματικά, τη δημιουργία γνώσης και είναι:

1. Η μετάδοση του οράματος για απόκτηση γνώσης
2. Η δημιουργία και διεύθυνση εταιρικών συζητήσεων
3. Η δημιουργία ενός σωστού πλαισίου για τη δημιουργία συστήματος δημιουργίας γνώσης
4. Η δημιουργία και διαχείριση σχέσεων με ενδιαφέρον περιεχόμενο
5. Η διάδοση τοπικής γνώσης σε όλα τα εταιρικά επίπεδα

Η υιοθέτηση αυτών των μηχανισμών είναι καλό να γίνεται με τρόπο που θα επιτρέπει την αποτελεσματική επιρροή στα αποτελέσματα του οργανισμού. Σε οργανισμούς οι οποίοι έχουν την τύχη να διαθέτουν υψηλού επιπέδου ηγεσία, η εμπλοκή των εργαζομένων είναι μεγαλύτερη σε σύγκριση με όσους διαθέτουν χαμηλότερου επιπέδου ηγεσία (Das, Vinod & Uma, 2011). Οι ηγέτες-διευθυντές αντιλαμβάνονται ότι το σημαντικότερο ρόλο (μετά από τη δική τους δέσμευση στην εφαρμογή της ΔΟΠ) έχουν οι εργαζόμενοι, αφού αποτελούν το σημαντικότερο στοιχείο κάθε οργανισμού σε κάθε πρόγραμμα ΔΟΠ που εφαρμόζεται. Επομένως, οι ηγέτες επιμερίζονται τη δημιουργία κλίματος το οποίο θα προωθεί την εκτεταμένη χρήση πρακτικών ΔΟΠ, παρακινώντας τους εργαζομένους να συμβάλουν ενεργά με τις ικανότητές τους και συλλογικά με τις γνώσεις τους στην παραγωγική διαδικασία, προκειμένου να επιτύχει η εταιρία στη μάχη της ποιότητας (Jos, Sanders & van Riemsdijk, 2015). Η ύπαρξη ενός ηγέτη στην εφαρμογή του συστήματος ΔΟΠ ισοδυναμεί με την ύπαρξη κατευθυντήριων γραμμών, αφού είναι το πρόσωπο που καθοδηγεί τους εργαζομένους σε ενεργό συμμετοχή, εστιάζοντας στον πελάτη και εισάγοντας στην καθημερινότητα του οργανισμού εργαλεία και πρακτικές ποιότητας (Psomas, Vouzas & Kafetzopoulos, 2014).

Έχει επίσης αποδειχθεί ότι σε περιόδους κρίσης, οι εργαζόμενοι περιμένουν από τους ιθύνοντες να δράσουν άμεσα και να τους ενημερώνουν συνεχώς για την πορεία μιας κατάστασης, ενώ από μια ηγετική φυσιογνωμία περιμένουν να βγει μπροστά και να αναλάβει τα ηνία της διαχείρισης για έξοδο από την κρίση. Επιπλέον, σε δύσκολες περιόδους δεν έχουν απαραίτητα την απαίτηση από τους ηγέτες να επιδείξουν εξατομικευμένο ενδιαφέρον, να είναι δίκαιοι ή να προσφέρουν επιβραβεύσεις. Είναι αντιθέτως επιθυμητό να μπορούν να αντιμετωπίσουν με δυναμισμό, αυτοπεποίθηση και χωρίς ηττοπάθεια, τη δύσκολη κατάσταση (Haddon, Loughlin & McNally, 2015).

Ένας ακόμα παράγοντας στον οποίο θα πρέπει να δώσει ιδιαίτερη σημασία η ηγεσία ενός οργανισμού, είναι η εκπαίδευση του προσωπικού με στόχο τη βελτίωση των επιδόσεων. Η ηγεσία οφείλει να προσφέρει τους απαραίτητους πόρους για την ανάπτυξη των δεξιοτήτων των εργαζομένων, προκειμένου να ανταπεξέλθουν στις αλλαγές που

προωθούνται από την εφαρμογή ενός συστήματος ΔΟΠ. Σημαντικό ρόλο παίζει και η παρακίνηση των εργαζομένων (μια πολύ σοβαρή δεξιότητα των ηγετών, αν θέλουν να εξελίσσεται ο οργανισμός), ώστε να κατανοήσουν ότι οι αλλαγές είναι ζωτικής σημασίας για τη διατήρηση ή βελτίωση ενός μεριδίου αγοράς (στον ιδιωτικό τομέα) και την αποτελεσματική εκτέλεση των καθηκόντων ή παροχή σωστών υπηρεσιών (στο δημόσιο τομέα). Η επιτυχία επομένως της ΔΟΠ εξαρτάται και από το πόσο ενεργά θα εμπλακούν οι εργαζόμενοι σε δραστηριότητες διαρκούς βελτίωσης, υπό την καθοδήγηση και παρότρυνση της ηγεσίας (Burli, Virupaxi & Basavaraj, 2012).

Δεν είναι ωστόσο λίγες οι φορές όπου η προσπάθεια των ηγετών να ενεργοποιήσουν τους εργαζομένους, συναντά αντίσταση από μια μερίδα τους, οι οποίοι επιδιώκουν την ικανοποίηση των δικών τους συμφερόντων ή εφαρμόζουν κρυφές πολιτικές και εναντιώνονται σε αυτές του οργανισμού. Είναι επομένως αντικείμενο μιας αποτελεσματικής ηγεσίας - προκειμένου να πετύχει η εφαρμογή του συστήματος ΔΟΠ που προωθεί - είναι και η εξάλειψη των παραγόντων, καταστάσεων ή συμπεριφορών που μπορεί να εμποδίσουν την εφαρμογή του (Jos, Sanders & van Riemsdijk, 2015). Σύμφωνα με τη μελέτη των Subrahmanya & Rajashekhar (2009) σε ινδικές βιομηχανίες, τα πιο σημαντικά εμπόδια είναι που συναντούν οι ηγέτες στην πορεία εφαρμογής συστημάτων ΔΟΠ, είναι:

- a) ότι δεν πραγματοποιείται σύγκριση των πρακτικών που ακολουθεί μια εταιρία, με όσες ακολουθούν άλλες εταιρίες, κατά την εφαρμογή συστήματος ΔΟΠ
- b) ότι οι εργαζόμενοι αντιδρούν αρνητικά σε αλλαγές
- c) ότι δεν ορίζονται πελάτες-στόχος
- d) ότι απουσιάζει σχέδιο εφαρμογής χαρακτηριστικών ποιότητας
- e) ότι απουσιάζει η ενεργός συμμετοχή των εργαζομένων
- f) ότι τα ανώτατα στελέχη διοίκησης δε δεσμεύονται στην εφαρμογή του πλάνου υλοποίησης των αλλαγών
- g) ότι οι πόροι πολλές φορές είναι περιορισμένοι

Κλείνοντας λοιπόν την παρούσα ενότητα, φαίνεται ξεκάθαρα η σχέση της ηγεσίας με την εφαρμογή ΔΟΠ, αφού μια διοίκηση - αν θέλει να λέγεται ηγεσία και να είναι αποτελεσματική - θα πρέπει να εξαλείφει τους παραπάνω παράγοντες όσο το δυνατόν συντομότερα, μιας και η ύπαρξή τους εμποδίζει την εφαρμογή πρακτικών ΔΟΠ και ως αποτέλεσμα επέρχονται ανεπιθύμητα αποτελέσματα σε διάφορα επίπεδα, όπως τα οικονομικά μεγέθη ή ικανοποίηση των πελατών. Συνέπεια της αδυναμίας αντιμετώπισης των παραγόντων αυτών είναι η εγκατάλειψη των προσπαθειών για εφαρμογής ενός συστήματος ΔΟΠ (Subrahmanya & Jagadeesh, 2009). Εκτός όμως από την ηγεσία, η οποία θα ενεργοποιήσει όλους τους μηχανισμούς μιας που χρειάζεται ένας οργανισμός για την αποδοχή μιας καινούριας νοοτροπίας που φέρνει μαζί της η υιοθέτηση ενός συστήματος ΔΟΠ, ο προσανατολισμός στον πελάτη, οι πληροφορίες και η ανάλυσή τους, η εστίαση στο ανθρώπινο δυναμικό και τη βελτίωσή του, έχουν σημαντική και θετική σχέση με την ικανοποίηση των πελατών (Psomas, Vouzas & Kafetzopoulos, 2014).

Όσες εταιρίες λοιπόν υιοθετούν τη λογική ενός συστήματος ποιότητας - είτε ως αναγνωρισμένου μοτίβου λειτουργίας είτε ως συνήθεια στη λειτουργία τους - με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας των προϊόντων-υπηρεσιών που προσφέρουν, θα πρέπει να κατανοούν ότι δεν αποτελεί απλά μια μονοδιάστατη έννοια βελτίωσης της ποιότητας αλλά μια πολυδιάστατη τεχνική, η επιτυχία της οποίας εξαρτάται από την επιτυχή εφαρμογή πρακτικών ΔΟΠ και τις σχέσεις μεταξύ αυτών των πρακτικών. Επομένως, οι διευθυντές δε θα πρέπει να αντιμετωπίζουν κάθε λειτουργική περιοχή των βασικών πρακτικών ΔΟΠ ως μεμονωμένο στόχο αλλά να προωθούν τη συνεχή βελτίωση όλων των σχετικών πρακτικών στην οργάνωσή τους, ώστε να πετύχουν αποτελέσματα στο σκέλος της ποιότητας (Psomas, Vouzas & Kafetzopoulos, 2014). Όπως θα αποδειχθεί και στο επόμενο κεφάλαιο, η υιοθέτηση πρακτικών ΔΟΠ στις υπηρεσίες υγείας, διαφέρει από την εφαρμογή τους σε άλλου είδους οργανισμούς. Αυτό καθιστά το έργο των διευθυντών ή προϊσταμένων πιο δύσκολο, ιδίως στο δημόσιο τομέα και μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την ικανοποίηση του προσωπικού εργασίας στον κλάδο της υγείας, ένα μέγεθος που διαδραματίζει σοβαρό ρόλο στην αποτελεσματική τέλεση των καθηκόντων τους.

Κεφάλαιο 2: Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στις μονάδες υγείας σε Ελλάδα & εξωτερικό

2.1. Μεταβλητές που ασκούν επίδραση στην ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας

Ο κλάδος των υπηρεσιών υγείας παρουσιάζει ιδιαιτερότητες σε σύγκριση με τα άλλα επαγγέλματα - όσον αφορά το σκέλος της εφαρμογής συστημάτων ποιότητας - μιας και βασικό του αντικείμενο είναι όχι απλά ο άνθρωπος αλλά η ποιότητα ζωής του μέσω της αποτελεσματικής διαχείρισης των προβλημάτων υγείας του. Υπάρχουν επομένως συγκεκριμένες μεταβλητές που ασκούν επίδραση στο βαθμό αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών που προσφέρονται και στο πόσο ποιοτικές θα μπορούσαν αυτές να χαρακτηριστούν. Για να γίνει όμως πιο κατανοητό αυτό, παρουσιάζονται στη συνέχεια οι μεταβλητές αυτές και ο τρόπος με τον οποίο επηρεάζουν την ποιότητα στον κλάδο της υγείας.

Οι γνώσεις των επαγγελματιών υγείας - όπως και σε κάθε επάγγελμα - είναι το στοιχείο που μαζί με την εμπειρία (ή προϋπηρεσία) στο αντικείμενό τους, τους βοηθά να γίνονται περισσότερο κατανοητοί προς τους ασθενείς. Η κατανόηση ενισχύει το αίσθημα ασφάλειας και αυξάνει την εμπιστοσύνη του «πελάτη» (ασθενούς και συνοδού) προς τον επαγγελματία, καθώς και την αυτοπεποίθηση του νοσηλευτή ή γιατρού για το πώς θα διαχειριστεί το κάθε περιστατικό ξεχωριστά. Επομένως, η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών αυξάνεται (Κέφης, 2005).

Ο τρόπος με τον οποίο το προσωπικό μιας μονάδας υγείας αντιμετωπίζει τους ασθενείς (άμεσα εμπλεκόμενοι) αλλά και τους συνοδούς τους (έμμεσα εμπλεκόμενοι), αποτελεί μια ακόμη πτυχή της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Το ενδιαφέρον που θα πρέπει να δείχνουν οι επαγγελματίες του χώρου και η σωστή συμπεριφορά προς τα άτομα που φιλοξενούνται στη μονάδα ή την επισκέπτονται για σύντομα χρονικά διαστήματα, παίζουν σημαντικό ρόλο στις προσπάθειες επίτευξης υψηλών επιπέδων ποιότητας. Οι επικοινωνιακές δεξιότητες, αν και δεν τις διαθέτουν όλοι, μπορούν έως ένα βαθμό να αποτελέσουν αντικείμενο εκπαίδευσης και να βελτιώσουν έτσι μια πτυχή της

ποιότητας, ιδιαίτερα αισθητή μάλιστα, αφού σχετίζεται άμεσα με την ανθρώπινη επαφή και διαχείριση (Charman, 2014).

Όπως συμβαίνει στην πλειοψηφία των επαγγελματιών, η υποστήριξη του πελάτη μετά την αγορά του προϊόντος ή της υπηρεσίας (after sales services) είναι ένα πολύ σημαντικό χαρακτηριστικό της ποιότητας που εμπεριέχεται και μάλιστα επηρεάζει πολύ την επιλογή του πελάτη προς κάποιον οργανισμό (Mullins, 2015). Σε ένα δημόσιο σύστημα υγείας όμως, ο ασθενής δεν έχει πάντα τη δυνατότητα επιλογής των ατόμων που θα τον κουράρουν και η πορεία της νόσου όπως και η ικανοποίησή του, είναι πολύ πιθανό επηρεαστούν από την ενασχόληση του προσωπικού αφότου ο ασθενής αφήσει τη μονάδα. Είναι λοιπόν χαρακτηριστικό ποιοτικών υπηρεσιών υγείας, οι υπηρεσίες που θα προσφερθούν στον ασθενή μετά την απομάκρυνσή του (Ρίκος, 2015).

Η χρήση κατάλληλων μηχανημάτων διάγνωσης ή θεραπείας, είναι επίσης ένα στοιχείο που επηρεάζει την ποιότητα. Η ύπαρξη δομών και εξοπλισμού είναι τεράστιο όφελος στις υπηρεσίες υγείας, δεδομένου ότι επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τη διάγνωση της ασθένειας, την ψυχολογία του προσωπικού και των ασθενών, καθώς και τις συνθήκες εργασίας (Burli, Virupaxi & Basavaraj, 2012). Όλα αυτά βέβαια αποτελούν συνδυασμό μιας διοίκησης η οποία λειτουργεί στα ποιοτικά πρότυπα των υπηρεσιών υγείας (ΔΟΠ στην υγεία) και η χρήση των διαθέσιμων πόρων πραγματοποιείται με το βέλτιστο δυνατό τρόπο. Η εύρυθμη διοικητική λειτουργία εξάλλου διασφαλίζει τη δημιουργία συνθηκών και πλαισίου που ενισχύουν τις προσπάθειες του προσωπικού (Jos, Sanders & van Riemsdijk, 2015). Ως αποτέλεσμα, η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών βελτιώνεται.

Η πρόσβαση στο σύστημα υγείας και τις μονάδες του, είναι μια μεταβλητή που δεν σκέφτεται εύκολα κάποιος εκτός του χώρου αλλά στην πραγματικότητα επηρεάζει σημαντικά την αισθανόμενη ποιότητα υπηρεσιών (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012). Η πρόσβαση στο σύστημα εξαρτάται από τις νομικές ρυθμίσεις εντός των οποίων λειτουργεί ένα κράτος στο χώρο των υπηρεσιών υγείας, ενώ η πρόσβαση στις μονάδες του σχετίζεται σύμφωνα και με τον Τζωρτζόπουλος (2018), από το πόσο εύκολη έχουν καταστήσει οι τοπικές αρχές την προσέγγιση των μονάδων και οι διοικήσεις αυτών, την πρόσβαση στους χώρους τους. Τα στοιχεία αυτά επίσης επηρεάζουν τα επίπεδα ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

Στα πλαίσια εφαρμογής προτύπων ποιότητας στην υγεία, εντάσσονται και οι κανόνες που αφορούν την υγιεινή και ασφάλεια στους χώρους (Jos, Sanders & van Riemsdijk, 2015), ενώ τέλος δε θα πρέπει να προσπερνάται η σημασία της ενημέρωσης και εκπαίδευσης του προσωπικού (Burlí, Virupaxi & Basavaraj, 2012). Η πρώτη μεταβλητή επικεντρώνεται στην εναρμόνιση με συγκεκριμένους κανόνες σε ζητήματα υγιεινής (διαχείριση χρησιμοποιημένων υλικών, καθαριότητα χώρων και εργαλείων, ανακύκλωση υλικού κ.ά.) και ασφάλειας (επισκευές υποδομών, χρήση προστατευτικού εξοπλισμού κ.ά.), ενώ η δεύτερη επικεντρώνεται αφορά τη δια βίου εκπαίδευση των εργαζομένων (υπενθύμιση βασικών γνώσεων και εμπλουτισμός με νέες, για πλήθος ζητημάτων που αφορούν την εργασία τους) και την προτροπή τους για εξέλιξη και διεύρυνση του γνωστικού τους πεδίου (Suki, 2011). Οι υπηρεσίες υγείας εξάλλου είναι ένας δυναμικός κλάδος, με ανακαλύψεις και εφευρέσεις να βλέπουν συχνά το φως της δημοσιότητας ή την τεχνολογία να προσφέρει διαρκώς καινούρια όπλα στην πορεία βελτίωσης της ποιότητας, αναγκάζοντας ταυτόχρονα και τα πρότυπα ΔΟΠ να ακολουθήσουν τις εξελίξεις ώστε να συμβαδίζουν με την εποχή (Chapman, 2014).

2.2. Τα συν και τα πλην της εφαρμογής ΔΟΠ στην υγεία

Φάνηκε λοιπόν από τα πιο πάνω, ότι η επίτευξη ποιότητας στην υγεία εξαρτάται από σειρά παραμέτρων και σίγουρα δεν είναι εύκολη διαδικασία. Ωστόσο, όπως ήδη έχει επισημανθεί, εκτός των θετικών που συνεπάγονται την εφαρμογή της σε έναν οργανισμό, εγκυμονούν και αρνητικές επιπτώσεις, οι οποίες είναι καλό να παρουσιαστούν ξεχωριστά και με σαφήνεια, για τον κλάδο υγείας. Δεδομένου λοιπόν ότι η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας αποτελεί ευθύνη τόσο των γιατρών και νοσηλευτών (ή του παραϊατρικού προσωπικού γενικότερα) που βρίσκονται στην πρώτη γραμμή όσο και των ανθρώπων που ασχολούνται με την οργάνωσή τους ή τη διαχείριση του κόστους τους, τα θετικά και αρνητικά που εντοπίζονται μέσα από την εφαρμογή ποιότητας σημειώνονται σύμφωνα και με πλήθος ερευνητών (Burlí, Virupaxi & Basavaraj, 2012 · Chapman, 2014 · Haddon, Loughlin & McNally, 2015), όπως παρακάτω.

Τα οφέλη της εφαρμογής ΔΟΠ στην υγεία

Η διάγνωση ασθενειών μπορεί να εκτελεστεί σε ταχύτερους χρόνους αλλά να είναι ταυτόχρονα και πιο ακριβής (στοχευμένη), βοηθώντας έτσι και τη θεραπεία να είναι πιο αποτελεσματική και ίσως λιγότερο κοστοβόρα μακροπρόθεσμα. Μια σωστή και γρήγορη διάγνωση συνεπάγεται αυξημένες πιθανότητες για τον ασθενή να παραμείνει λιγότερο σε μια μονάδα υγείας (Backstrom, Larsson & Wiklund, 2009). Κατά συνέπεια, μπορούν να εξυπηρετηθούν περισσότερα περιστατικά αλλά και οι ασθενείς να έχουν καλύτερη ψυχολογία, λόγω της μικρότερης παραμονής τους στο δυσάρεστο περιβάλλον ενός νοσοκομείου (Haddon, Loughlin & McNally, 2015).

Η αίσθηση των επαγγελματιών υγείας ότι είναι πιο αποτελεσματικοί σε αυτό που κάνουν, βοηθά τόσο σε προσωπικό επίπεδο (ψυχολογία, αυτοπεποίθηση) όσο και σε συλλογικό. Το κλίμα εμπιστοσύνης είναι μια παράμετρος της οποίας τα υψηλά επίπεδα δεν κατακτούνται εύκολα αλλά έτσι και κατακτηθούν δίνουν ώθηση στην ικανοποίηση που αισθάνονται τα άτομα, εργαζόμενοι και πελάτες/χρήστες των υπηρεσιών (Τζωρτζόπουλος, 2018). Όπως έχει τονιστεί σε μελέτες, σε ένα τμήμα νοσοκομείου η εμπιστοσύνη μεταξύ του προσωπικού (η οποία ξεκινά από τη στάση που τηρούν οι διευθυντές και προϊστάμενοι της μονάδας υγείας ή των επιμέρους τμημάτων της) μεταφράζεται και εμπιστοσύνη μεταξύ προσωπικού και ασθενών, γεγονός που επηρεάζει θετικά την ικανοποίηση και δίνει την αίσθηση ποιοτικών και αποτελεσματικών υπηρεσιών (Charman, 2014).

Φεύγοντας από το προσωπικό και τους ασθενείς μιας μονάδας υγείας, η εφαρμογή προτύπων ποιότητας στην υγεία έχει θετικές επιπτώσεις και σε ευρύτερο πεδίο, αφού μειώνονται τα κόστη των ασφαλιστικών ταμείων. Η μικρότερη παραμονή ασθενών σε μια μονάδα ωφελεί εν τέλει και το ίδιο το σύστημα, πέρα από την ικανοποίηση των ασθενών και των εργαζομένων (Τζωρτζόπουλος, 2018). Τέλος, το κομμάτι αυτό συνδυάζεται και με τους δείκτες αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας ενός συστήματος υγείας, οι οποίοι βελτιώνονται και συνήθως παρουσιάζουν αρνητική συσχέτιση με το ύψος του κόστους, που σημαίνει ότι η αύξησή τους συνεπάγεται μείωσή του (Backstrom, Larsson & Wiklund, 2009).

Τα προβλήματα κατά την εφαρμογή ΔΟΠ στην υγεία

Όσα περιγράφονται στη συνέχεια, είναι περισσότερο προβλήματα ή δυσκολίες που μπορεί να αντιμετωπίσει κανείς στον ευαίσθητο και απαιτητικό κλάδο των υπηρεσιών υγείας. Η έλλειψη γνώσεων για τη χρησιμότητα, τις πρακτικές και τα οφέλη των συστημάτων ποιότητας, είναι ένα από τα πιο συνηθισμένα προβλήματα και δυσχεραίνει την εφαρμογή ποιότητας (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012). Σε συνδυασμό με αυτό, η αντίστοιχη με το αντικείμενο βιβλιογραφία (Γείτονα και συνεργάτες, 2003 · Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012 · Ρίκος, 2015), σημειώνει και ένα ακόμη πρόβλημα του κλάδου. Σε μια μονάδα υγείας επικρατεί συνήθως ιεραρχία τμηματοποιημένη σε πολλές βαθμίδες και αυτό συνεπάγεται έντονη την ύπαρξη γραφειοκρατικών διαδικασιών, γεγονός που εμποδίζει την ολιστική και αποτελεσματική εφαρμογή προτύπων ποιότητας (Κωσταγιόλας, Καϊτελίδου & Χατζοπούλου, 2008).

Ένα σοβαρό πρόβλημα είναι και η νοοτροπία που επικρατεί στις μονάδες υγείας, όπου όπως έχει επισημάνει και Janicijevic et al. (2013) το προσωπικό όφελος βρίσκεται πάνω από το συλλογικό, κάτι που παρατηρείται και στην Ελλάδα, με αποτέλεσμα να μην εφαρμόζεται κανένα σχεδόν πρότυπο ποιότητας σε δημόσιους οργανισμούς υγείας (Τούντας, 2003). Προφανώς και αυτό οδηγεί σε προβλήματα όταν γίνονται προσπάθειες εφαρμογής πρακτικών ΔΟΠ, αφού η ικανοποίηση προσωπικών φιλοδοξιών (κυρίως αν αυτές εντοπίζονται σε υψηλόβαθμες θέσεις, από τις οποίες πρέπει να ξεκινά η προτροπή ομαδικότητας στη λειτουργία του οργανισμού) σπανίως επιτρέπει περιθώρια ομαδικής προσπάθειας. Η λύση είναι η ύπαρξη ηγεσίας, ικανής να ισορροπήσει τα θέλω με τα πρέπει και να πιέσει στην εφαρμογή προτύπων ΔΟΠ και στην ενίσχυση της ομαδικότητας (Ρίκος, 2015).

Η συμμετοχή του προσωπικού (ανά τομέα) στη λήψη αποφάσεων, είναι ένα πολύ σοβαρό εμπόδιο. Τουλάχιστον για τα ελληνικά δεδομένα - εξαιρουμένων ελαχίστων περιπτώσεων - το προσωπικό δε συμμετέχει στη λήψη αποφάσεων για μια μεγάλη λίστα υποθέσεων, οι οποίες ωστόσο αφορούν και το ίδιο. Αντιθέτως, συμμετέχουν διάφοροι συνδικαλιστές και εκπρόσωποι ή ορισμένες φορές προϊστάμενοι τμημάτων. Επιπλέον, όπως έχουν σημειώσει και οι Haddon, Loughlin & McNally (2015), ακόμη και στο εξωτερικό οι γιατροί έχουν την τάση να επιθυμούν αυτόνομη λήψη αποφάσεων,

βασισμένων στην επιστημονική τους γνώση, παρά το γεγονός ότι γνωρίζουν (ή κατανοούν έστω) ότι η εφαρμογή ΔΟΠ όχι μόνο δε θα βλάψει το έργο τους αλλά θα ενισχύσει την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρουν στους ασθενείς και θα γίνουν αποδοτικότεροι.

Τέλος, δε θα πρέπει να παραβλέπεται ούτε το ζήτημα της χρηματοδότησης των μονάδων υγείας, τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα. Αυτό αποτελεί εμπόδιο στην εφαρμογή ΔΟΠ, αφού όπως έχει ήδη επισημανθεί, η εφαρμογή ποιοτικών προτύπων μπορεί να αποβεί αρκετά δαπανηρή ενίοτε (Suki, 2011). Η χρηματοδότηση εξάλλου ενός συστήματος υγείας δεν πραγματοποιείται από τις μονάδες υγείας αυτόνομα αλλά μέσω κεντρικής διαχείρισης, με αποτέλεσμα να καθίσταται δύσκολη και η αναδιανομή μεγάλου μέρους των πόρων (Ρίκος, 2015).

2.3. Η ικανοποίηση των ασθενών ως δείκτης μέτρησης της ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας

Η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί έναν από τους δείκτες που μπορεί να χρησιμοποιήσει ένα σύστημα υγείας ή μια μονάδα υγείας, προκειμένου να διαπιστώσει τα αντιλαμβανόμενα επίπεδα ποιότητας των υπηρεσιών που προσφέρονται. Η κατά προσέγγιση παρουσίαση των επιπέδων ικανοποίησης των ασθενών θεωρείται απαραίτητο μέγεθος - τουλάχιστον για τους υπευθύνους τμημάτων διαχείρισης πελατών ή τους διευθυντές οι οποίοι στο δυσάρεστο σενάριο γίνονται αποδέκτες επικριτικών σχολίων και αρνητικών αξιολογήσεων - αφού αυτοί αποτελούν τους χρήστες (Friesner et al., 2009). Επιπλέον, η ικανοποίηση ή μη, των ασθενών, προδίδει τις επιτυχίες ή τα κενά του συστήματος και δείχνει σημεία στα οποία οφείλει να βελτιωθεί μια μονάδα. Μάλιστα, έχουν υπάρξει ερευνητές (Poulas, Brodell & Mostow, 2008) οι οποίοι υποστήριξαν ότι δε μετράει μόνο η άποψη των ασθενών αλλά και των συνοδών τους, ως άτομα που απολαμβάνουν και αυτοί ή βλέπουν έστω, το επίπεδο των υγειονομικών υπηρεσιών. Εξάλλου, σύμφωνα με τους Zgierska, Miller & Rabago (2012), η ικανοποίηση των πελατών αποτελεί ίσως τον τελικό στόχο της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας.

Όπως επίσης έχουν αναφέρει οι Friesner et al. (2009) αλλά και όσοι ασχολούνται με το ζήτημα της ποιότητας στον κλάδο της υγείας, η ικανοποίηση των ασθενών πρέπει να αποτελεί συμπληρωματικό στοιχείο στα χέρια μιας διοίκησης, αφού δεν νοείται ποιοτική υπηρεσία υγείας χωρίς ικανοποιημένους ασθενείς. Η έννοια της ικανοποίησης των ασθενών πάντως, έχει καθιερωθεί ως η αξιολόγηση και βαθμολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών και πηγάζει από τις προσδοκίες των ασθενών, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται γνώμες, πεποιθήσεις ή και αντιδράσεις, βάσει της εξυπηρέτησης και των αποτελεσμάτων που χαίρουν κατά τη νοσηλεία τους (Ρίκος, 2015). Στην ουσία, πρόκειται για μια σύγκλυση μεταξύ όσων προσμένουν σε επίπεδο φροντίδας και όσων τελικά αισθάνονται ότι έλαβαν, πάντοτε βέβαια βάσει υποκειμενικών κριτηρίων. Για αυτό το λόγο εξάλλου δεν αποτελεί αντικειμενικό κριτήριο ποιοτικών υπηρεσιών υγείας αλλά ένα μέτρο του κατά πόσο το σύστημα ή η μονάδα υγείας έχουν καταφέρει να πετύχουν όσα ζητούσε ο ασθενής (Zgierska, Miller & Rabago, 2012).

Τα κριτήρια που επηρεάζουν τους ασθενείς στην κρίση τους για το επίπεδο ικανοποίησης που βιώνουν, είναι δύο, με πρώτο τις προσδοκίες τους και δεύτερο τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά. Οι προσδοκίες αποτελούν μια σειρά από χαρακτηριστικά, στα οποία διαφέρουν οι υπηρεσίες ή τα προϊόντα και καθορίζουν την αίσθηση ικανοποίησης. Τα δημογραφικά επηρεάζουν επίσης την αίσθηση, αφού το φύλο, η ηλικία ή η εκπαίδευση, είναι πιθανό να επηρεάσουν έως και πολύ, τον τρόπο με τον οποίο βιώνουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Για παράδειγμα, τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας συνήθως είναι πιο ικανοποιημένα από τους νεότερους (Μπαλτάς & Παπασταθοπούλου, 2013), όπως και όσοι είναι οικογενειάρχες (Aldebasi & Ahmed, 2011), ενώ οι γυναίκες ασθενείς φαίνεται να ικανοποιούνται ευκολότερα από τους άνδρες (Zgierska, Miller & Rabago, 2012).

Η μέτρηση πάντως της ικανοποίησης των ασθενών θεωρείται ένα αρκετά σημαντικό μέγεθος των επιπέδων ποιότητας, αφού σε μεγάλη κλίμακα πληθυσμού θα μπορούσε να δώσει χρήσιμες πληροφορίες για ζητήματα που χρίζουν άμεσης βελτίωσης, ενώ και ατομικά είναι πιθανό να προσφέρει προτάσεις για αλλαγές. Ορισμένες φορές, ακόμη και το πιο έμπειρο μάτι μιας διοίκησης είναι πιθανό να παραβλέψει τομείς που χρειάζονται τροποποίηση. Η μέτρηση της ικανοποίησης θα δώσει αποτελέσματα για το

πού υστερεί ένα σύστημα ή μια μονάδα υγείας αλλά και την αίσθηση της δύναμης στους χρήστες, ότι η άποψή τους μπορεί να συμβάλει προς την κατεύθυνση των αλλαγών που θα βελτιώσουν μελλοντικά τις υπηρεσίες (Zgierska, Miller & Rabago, 2012).

Σε αυτή την κατεύθυνση κινείται και ένα από τα γνωστότερα μοντέλα μέτρησης της ικανοποίησης στις υπηρεσίες υγείας, το μοντέλο SERVQUAL (Service & Quality), των Parasuraman, Zeithaml & Berry (1985). Το μοντέλο αυτό συγκρίνει στην ουσία τις προσδοκίες (expectation) όσων λαμβάνουν υπηρεσίες υγείας, με την αντίληψή τους για αυτό που έλαβαν (perception), ανοίγοντας έτσι το δρόμο σε ένα σχετικά καινούριο είδος στρατηγικής διαχείρισης, αυτό της διοίκησης προσδοκιών. Το μοντέλο - για το οποίο ωστόσο δε χρειάζεται στην παρούσα εργασία εκτενής αναφορά, λόγω του ότι η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας εξετάζεται από την οπτική των εργαζομένων - διαθέτει έναν αριθμό από διαστάσεις σχετικές με την ικανοποίηση, έτσι ώστε να καθίσταται εύκολη η σύγκριση επιδόσεων και οι μεταβολές της ποιότητας, διαχρονικά (Berry, Zeithaml & Parasuraman, 1990).

Αξίζει τέλος, κλείνοντας αυτή την ενότητα, να καταγραφούν ορισμένα οφέλη που προσφέρει η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών. Μακροπρόθεσμα λοιπόν θα μπορούσε να βελτιωθεί μια μονάδα (ή ένα σύστημα) σε υγειονομικό επίπεδο, αφού πεδία όπως η διάγνωση ασθενειών, ο πόνος, οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις και οι επιπλοκές, αντιμετωπίζονται πιο γρήγορα, ενώ και η ψυχολογία των ασθενών δεν πλήττεται από μια μακροχρόνια παραμονή (Poulas, Brodell & Mostow, 2008). Σε οικονομικό επίπεδο, η ταχύτητα αντιμετώπισης των παραπάνω μειώνει και τα κόστη νοσηλείας, άρα εξοικονομούνται πόροι από το σύστημα υγείας (Ρίκος, 2015). Σε ερευνητικό επίπεδο, η μέτρηση της ικανοποίησης επίσης συμβάλλει σημαντικά, αφού συγκεντρώνονται πληροφορίες για πλήθος ζητημάτων και κατόπιν αξιολόγησής τους η διοίκηση προχωρά σε βελτίωση των υπηρεσιών (Friesner et al., 2009). Τέλος, σε επίπεδο αποδοτικότητας εργασιών, η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών μπορεί να προδώσει πρακτικές του προσωπικού που απέχουν από πρότυπα ποιότητας και να βοηθήσει στη βελτίωση της στάσης τους ή την αντικατάσταση ατόμων σε καίριες θέσεις. Αυτό με τη σειρά του μπορεί να βοηθήσει μια διοίκηση και στο σκέλος των ποινών ή επιβραβεύσεων (Poulas, Brodell & Mostow, 2008 · Mullins, 2015).

2.4. Η ικανοποίηση προσωπικού ως δείκτης μέτρησης της ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας

Πέρα από την ικανοποίηση των ασθενών όμως υπάρχει και η ικανοποίηση του προσωπικού που εργάζεται σε μια μονάδα υγείας ή και στο σύστημα υγείας μιας χώρας και σύμφωνα με τους Chang, Chiu & Chen (2010) αποτελεί πιο ουσιαστικό μέγεθος το οποίο θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν. Αυτό επειδή η ικανοποίηση του προσωπικού μπορεί να οδηγήσει σε υψηλότερα επίπεδα και την ικανοποίηση των ασθενών, ενώ η ικανοποίηση του ασθενούς δεν είναι σίγουρο ότι προέρχεται από την ικανοποίηση του προσωπικού. Για παράδειγμα, στον ιδιωτικό τομέα μπορεί οι ασθενείς να παρουσιάζονται ικανοποιημένοι αλλά το προσωπικό να αμείβεται με πενιχρές αμοιβές ή να τελεί υπό ασφυκτική εργασιακή πίεση, η οποία οδηγεί σε αυξημένα ποσοστά λαθών (Mosadeghrad, Ferlie, Rosenberg, 2008). Παρά το γεγονός ότι η επίτευξη υψηλών επιπέδων ικανοποίησης - σε αμότερες τις κατηγορίες - είναι δύσκολο εγχείρημα, η ικανοποίηση του προσωπικού υποστηρίζεται ότι προέρχεται από πολλούς παράγοντες που επηρεάζουν την απόδοσή του (Das, Paul & Swierczek, 2008) άρα και την αποτελεσματικότητά του ως παρόχους υπηρεσιών υγείας. Αυτό, σύμφωνα με μελέτες (Mosadeghrad, Ferlie, Rosenberg, 2008 · Burli, Virupaxi & Basavaraj, 2012), μειώνει τα σφάλματα που πιθανόν προκύψουν και έτσι βοηθά να προσφέρονται ποιοτικότερες υπηρεσίες στους ασθενείς.

Υπάρχουν λοιπόν πολλοί παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν την ικανοποίηση που αισθάνεται το προσωπικό και αυτό το μέγεθος έχει διερευνηθεί εκτενώς στην ελληνική αλλά και διεθνή βιβλιογραφία, όπως θα παρουσιαστεί στη συνέχεια. Σύμφωνα μάλιστα με τους Chang, Chiu & Chen (2010), η ικανοποίηση των εργαζομένων και η προσήλωσή τους σε αυτό που κάνουν, έχει αποδειχθεί ως ιδιαίτερα κρίσιμος παράγοντας βιωσιμότητας και επιτυχίας, για οργανισμούς οι οποίοι δραστηριοποιούνται στον κλάδο παροχής υπηρεσιών. Οι ίδιοι μάλιστα θέτουν ζητήματα που σχετίζονται με την ικανοποίηση των εργαζομένων και τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, όπως η δια βίου εκπαίδευσή τους, η προώθηση της ομαδικής εργασίας, η αναζήτηση της συγκατάθεσής τους σε θέματα λήψης αποφάσεων και η ενδυνάμωση του ρόλου τους.

2.4.1. Παράγοντες που προσδιορίζουν την εργασιακή ικανοποίηση

Σύμφωνα με τον Spector (2008) - το ερωτηματολόγιο του οποίου μάλιστα χρησιμοποιείται στην παρούσα διπλωματική εργασία - το στοιχείο εκείνο που ωθεί τους εργαζομένους να νιώσουν ικανοποιημένοι από την εργασία τους, σχετίζεται με διάφορους παράγοντες, όπως η ικανοποίηση από το περιβάλλον, η προσωπικότητά του ή πλήθος άλλων παραγόντων. Πολλοί επιστήμονες (Κωσταγιόλας, Καϊτελίδου & Χατζοπούλου, 2008 · Βένιου & Τεντολούρης, 2013 · Janicijevic et al., 2013) μάλιστα προσπάθησαν να προσδιορίσουν τους παράγοντες ικανοποίησης των εργαζομένων, με αποτέλεσμα να έχουν διερευνηθεί πολλά μεγέθη σε σχέση με την επαγγελματική ικανοποίηση, συμπεριλαμβανομένων δημογραφικών δεδομένων όπως η ηλικία, το φύλο, η εκπαίδευση όσο και χαρακτηριστικά της εργασίας όπως η αίσθηση αναγνώρισης, η ανάγκη για πρόοδο/εξέλιξη, οι ευθύνες κ.ά., καθώς και εξωγενή μεγέθη όπως ο μισθός, η εποπτεία στην εργασία ή οι εργασιακές συνθήκες. Όπως όμως επισημαίνουν οι Jos, Sanders & van Riemsdijk (2015), οι οικονομικές συγκυρίες διεθνώς και γενικά οι εξελίξεις στο παγκόσμιο γίνεσθαι, φαίνεται πως επιδρούν σε ζητήματα εργασιακής ικανοποίησης. Για το λόγο αυτό έχουν αναπτυχθεί και αναλύονται από πολλούς ερευνητές οι παράγοντες που επηρεάζουν την εργασιακή ικανοποίηση σε συγκεκριμένες κατηγορίες, όπως παρακάτω.

Εσωτερικοί παράγοντες

Εδώ ανήκουν παράγοντες όπως η προσωπικότητα, η ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο κ.ά. Στο παρελθόν, αναγνωρίστηκε από ερευνητές (Suarez, 2016) η σπουδαιότητα των διαφορών που υπάρχουν ανάμεσα στα άτομα και ο τρόπος με τον οποίο η σύνδεση αυτών των διαφορών επηρεάζει την εργασιακή ικανοποίηση. Η ερευνητική κοινότητα μάλιστα έχει δείξει ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τις επιδράσεις της προσωπικότητας στην εργασιακή ικανοποίηση, αποδεικνύοντας ότι η πρώτη επηρεάζει σημαντικά τη δεύτερη, με ορισμένους ερευνητές να υποστηρίζουν ότι πιθανόν υπάρχει και γενετική προδιάθεση για το αν κάποιος θα έλκεται ή όχι από την εργασία (Backstrom, Larsson & Wiklund, 2009). Αναφορικά με το φύλο, τα αποτελέσματα των ερευνών είναι αντιφατικά και παρουσιάζουν άλλοτε τις γυναίκες να είναι περισσότερο

ικανοποιημένες επαγγελματικά και άλλοτε όχι, μιας και υπάρχουν ενδείξεις ότι οι γυναίκες εστιάζουν σε διαφορετικές πλευρές της εργασίας από τους άνδρες (Mosadeghrad, 2014). Η ηλικία είναι επίσης παράγοντας που καθορίζει τα αισθήματα του εργαζομένου και έχει αποδειχθεί ότι η εργασιακή ικανοποίηση τείνει να μειώνεται στη διάρκεια των πρώτων χρόνων απασχόλησης (Κωσταγιόλας, Καϊτελίδου & Χατζοπούλου, 2008).

Επιπλέον, στις σύγχρονες κοινωνίες το εργατικό δυναμικό είναι πολυπολιτισμικό και συχνά οι μεγάλες επιχειρήσεις/οργανισμοί διαθέτουν εγκαταστάσεις ή γραφεία σε διαφορετικές χώρες, απασχολώντας έτσι ντόπιους κατοίκους. Για να μπορέσουν λοιπόν να αξιοποιήσουν ικανοποιητικά αυτό το διαφοροποιημένο εργατικό δυναμικό, πρέπει να καταλάβουν πώς οι άνθρωποι διαφορετικών εθνικών, φυλετικών και πολιτισμικών καταβολών, αισθάνονται για τη δουλειά τους, δεδομένου ότι η φυλή επηρεάζει το βαθμό ικανοποίησης από την εργασία (Suarez, 2016).

Εξωτερικοί παράγοντες

Υπάρχει επίσης πλήθος εξωτερικών παραγόντων που επηρεάζει την εργασιακή ικανοποίηση, όπως τα βασικά χαρακτηριστικά της εργασίας, δηλαδή η ποικιλία των δεξιοτήτων, η ταυτότητα της εργασίας, η σπουδαιότητά της, η αυτονομία και η εργασιακή ανατροφοδότηση (feedback). Έχει αποδειχθεί ότι όσο πιο ευρύ είναι το περιεχόμενο της εργασίας (πλήθος επιμέρους διαστάσεων), τόσο μεγαλύτερη είναι η ικανοποίηση των εργαζομένων από αυτήν. Πιο συγκεκριμένα, αν η εργασία παρέχει στον εργαζόμενο ευκαιρίες για ανάπτυξη, ανάληψη ευθυνών, αυτονομία, προκλήσεις που δε ματαιώνουν τις προσδοκίες του και συντελεί γενικά στην αυτοπραγμάτωση και την αυτό-εκπλήρωση του εργαζομένου, η ικανοποίησή του από αυτή αυξάνεται (Κωσταγιόλας, Καϊτελίδου & Χατζοπούλου, 2008).

Ένας δεύτερος εξωτερικός παράγοντας που επηρεάζει την εργασιακή ικανοποίηση είναι η έννοια του ρόλου στην εργασία. Αυτή περιλαμβάνει τη σαφήνεια των καθηκόντων του, το περιεχόμενο και τελικά την εκτέλεση του ρόλου. Στην ουσία πρόκειται για το απαιτούμενο μοτίβο συμπεριφοράς που πρέπει να επιδεικνύει ο

εργαζόμενος μέσα στον οργανισμό. Οι οργανωτικοί ρόλοι ενδέχεται να σχετίζονται με τις εργασιακές θέσεις ή τους τίτλους (προϊστάμενος, επιβλέπων, διευθυντής κ.ά.) αλλά δεν είναι ταυτόσημες έννοιες, αφού κάθε υποκείμενο μπορεί να έχει πολλαπλούς ρόλους, ενώ δεν έχουν όλοι οι εργαζόμενοι τους ίδιους ρόλους ακόμα κι όταν έχουν την ίδια θέση εργασίας (Backstrom, Larsson & Wiklund, 2009).

Σχέσεις εργαζομένων και ανωτέρων (ιδίως Διοίκηση)

Σημαντικός παράγοντας άμεσης επιρροής της επαγγελματικής ικανοποίησης είναι και το είδος ηγέτη (προϊσταμένου) στο τμήμα ή τον οργανισμό. Αν ενδιαφέρεται για τις ανάγκες του προσωπικού του και τους παρέχει αυτονομία και δικαίωμα συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων, τότε αυξάνεται η εργασιακή ικανοποίηση, σε αντίθεση με τα αποτελέσματα που επιφέρει μια αδιάφορη ή αυταρχική ηγεσία. Πολλοί δεν καταφέρνουν να δώσουν ξεκάθαρες οδηγίες και αυτό οδηγεί σε ασάφεια του ρόλου των εργαζομένων, με αποτέλεσμα να αισθάνονται αβεβαιότητα σχετικά με τα καθήκοντά τους, καθώς και τις ευθύνες τους. Όταν ο εργαζόμενος αισθάνεται ότι πρέπει να ικανοποιήσει διαφορετικών ειδών απαιτήσεις και προσδοκίες ή όταν η συμμόρφωση με ορισμένες απαιτήσεις συγκρούεται με κάποιες άλλες πλευρές του ρόλου τους, τότε προκαλείται δυσαρέσκεια (Chapman, 2014).

Ο ρόλος των αμοιβών και οι πρόσθετες παροχές

Κρίσιμος παράγοντας που σχετίζεται θετικά με την επαγγελματική ικανοποίηση, είναι ο μισθός και οι δυνατότητες προαγωγής εντός του οργανισμού. Η συνολική ικανοποίηση των εργαζομένων αυξάνεται καθώς αυξάνεται και το εισόδημά τους, δηλαδή ο μισθός αποτελεί βασική πηγή ικανοποίησης των εργαζομένων (Κωσταγιόλας, Καϊτελίδου & Χατζοπούλου, 2008). Η αμοιβή αποτελεί σημαντικό μέρος της ικανοποίησης των αναγκών, αφού αποτελεί σύμβολο κύρους, αναγνώρισης και προσωπικής επίτευξης, ενώ αντιθέτως, ένας χαμηλός μισθός προκαλεί δυσαρέσκεια. Σε κάποιες μελέτες, η σχέση αμοιβής και επαγγελματικής ικανοποίησης είναι μικρή, ενώ η ικανοποίηση δεν προέρχεται από το ύψος του μισθού αλλά από τη σχέση μεταξύ αυτού

και κάποιων μέτρων σύγκρισης που χρησιμοποιεί ο εργαζόμενος, όπως κάποιος προηγούμενος μισθός ή αυτός άλλων ανθρώπων, καθώς και η δικαιοσύνη με την οποία καθορίζεται η αμοιβή του (Ginsburg, 2017).

Υπάρχουν άτομα που ικανοποιούνται με τον κατώτερο μισθό, ενώ υπάρχουν και επαγγελματίες αθλητές που δυσαρεστούνται με τους μισθούς που λαμβάνουν (χιλιάδες ή εκατομμύρια), γεγονός που αποδεικνύει ότι οι πιο καλοπληρωμένοι δεν είναι απαραίτητα και οι πιο ικανοποιημένοι. Επιπλέον, υπάρχουν εργαζόμενοι που ικανοποιούνται με το μισθό τους, όταν συγκρίνονται με άλλους που κερδίζουν περισσότερα και αποδίδουν την ικανοποίησή τους σε στοιχεία όπως οι ικανότητες, η αρχαιότητα κ.ά., δηλαδή στοιχεία που δικαιολογούν τη διαφορά των μισθών. Υπάρχουν όμως και εργαζόμενοι που δυσαρεστούνται με το μισθό τους όταν συγκρίνονται με άλλους και αποδίδουν τη δυσαρέσκεια στη δική τους ισότητα ή ανωτερότητα σε σχέση με διαστάσεις και κρίσεις που αφορούν το μισθό. Η επαγγελματική ικανοποίηση επομένως εξαρτάται σχετικά και όχι απόλυτα από τα επίπεδα των μισθών (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012).

Το ύψος του μισθού αποτελεί έναν κρίσιμο παράγοντα για την αποτελεσματικότητα κάθε εργαζομένου και συνεπώς για την ίδια την επιχείρηση. Οι αμοιβές πάντως διακρίνονται σε άμεσες (μισθοί, ημερομίσθια κ.ά.) και έμμεσες, οι οποίες σχετίζονται με τις επιδόσεις κάθε εργαζομένου (μόνους, δώρα κ.ά.). Η αύξηση του μισθού παρουσιάζει σημαντική επίδραση στην εργασιακή ικανοποίηση, αφού επιδρά ψυχολογικά στον εργαζόμενο και αποτελεί για αυτόν επιβράβευση όσων έχει πετύχει. Ταυτόχρονα ικανοποιείται το αίσθημα της αναγνώρισής του και νιώθει ότι η αύξηση αποτελεί μια κίνηση δικαιοσύνης προς τον ίδιο. Επιπλέον, γνωρίζει ότι η προσπάθειά του και η αποδοτικότητά του ανταμείβονται και προσπαθεί ακόμα περισσότερο, προκειμένου να γίνει ακόμα καλύτερος, ευελπιστώντας σε νέα αύξηση (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012 · Ρίκος, 2015). Τις τελευταίες δεκαετίες, μια καινούρια κατηγορία κινήτρων - αυτή των ειδικών παροχών - έχει κάνει την εμφάνισή της. Αυτές διαφέρουν από εταιρεία σε εταιρεία και προκύπτουν με βάση τις κοινωνικές και οικονομικές εξελίξεις μιας περιοχής, οι οποίες έχουν ξεχωριστή προτεραιότητα για κάθε εργαζόμενο και διαφέρουν από τον ένα στον άλλο, ανάλογα με την προσωπικότητά του και τις ανάγκες του. Για παράδειγμα, η παροχή παιδικών σταθμών σε οργανισμούς ή η δυνατότητα άδειας

εγκυμοσύνης (δίνεται αντίστοιχη και στους άντρες), έχουν μεγαλύτερη σημασία για τις γυναίκες από ότι για τους άντρες (Ginsburg, 2017).

Ο ρόλος της συνεχούς εκπαίδευσης και της διαρκούς κατάρτισης των εργαζομένων

Το επίπεδο μόρφωσης επηρεάζει την επαγγελματική ικανοποίηση, αφού αν δυο άτομα διαφορετικού μορφωτικού επιπέδου κατέχουν την ίδια θέση εργασίας, με τις ίδιες αποδοχές, τις ίδιες ευθύνες και τα ίδια καθήκοντα, το άτομο που είναι περισσότερο μορφωμένο αναμένεται να είναι λιγότερο ικανοποιημένο επαγγελματικά. Αυτό συμβαίνει γιατί θεωρεί ότι προσφέρει πολύ περισσότερα από το συνάδελφό του αλλά αμείβεται το ίδιο με αυτόν, οδηγώντας σε επαγγελματική δυσαρέσκεια. Επιπλέον, η εκπαίδευση παρουσιάζει αρνητική επίδραση στην επαγγελματική ικανοποίηση, δεδομένου ότι το υψηλό μορφωτικό επίπεδο δημιουργεί υψηλότερες προσδοκίες, με τον εργαζόμενο να βιώνει δυσαρέσκεια όταν εκτελεί εργασίες ρουτίνας (Mosadeghrad, 2014). Το νοητικό επίπεδο δε φαίνεται να επιδρά στην επαγγελματική ικανοποίηση, ενώ σε συνδυασμό με το είδος της εργασίας αποτελεί σημαντικό παράγοντα εργασιακής ικανοποίησης. Τα προγράμματα κατάρτισης και εκπαίδευσης μέσα σε έναν οργανισμό, θα πρέπει να οργανώνονται με τέτοιο τρόπο, ώστε να μπορούν να προσφέρουν στους εργαζομένους, εμπιστοσύνη, αυξημένη συμμετοχή και βελτίωση των ικανοτήτων τους (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012 · Ρίκος, 2015).

Οι οργανισμοί μπορεί να αναπτύξουν ένα αποτελεσματικό πρόγραμμα κατάρτισης, με την προϋπόθεση ότι αναλύονται οι ανάγκες του προσωπικού. Όταν πληρούνται οι στόχοι και δημιουργούνται καινούριοι, οι ανάγκες αυτές αλλάζουν και απαιτείται έτσι ανάπτυξη ενός συστήματος εκπαίδευσης, προσαρμοσμένο στις ανάγκες της αγοράς αλλά και του οργανισμού, ώστε οι εργαζόμενοι να μπορέσουν να ανταπεξέλθουν και να ανταποκριθούν στις νέες προκλήσεις. Οι εξελίξεις απαιτούν τη συνεχή κατάρτιση των εργαζομένων, οι οποίοι νιώθουν πιο ασφαλείς γνωρίζοντας ότι ο οργανισμός επενδύει σε αυτούς μέσω της εκπαίδευσής τους και αισθάνονται μεγαλύτερη ικανοποίηση, επειδή μπορούν να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις της εργασίας τους, ενώ νιώθουν παραγωγικοί και στοχεύουν στην εξέλιξή τους (Backstrom, Larsson & Wiklund, 2009).

Για τους νέους εργαζομένους, οι δυνατότητες εξέλιξης και η κατάρτισή τους αποτελεί πολύ σημαντικό στοιχείο τόσο για την επιλογή του αντικειμένου εργασίας όσο και για την εργασιακή ικανοποίησή τους. Η προϋπηρεσία και η ηλικία των εργαζομένων έχουν συνδεθεί από ερευνητές (Ginsburg, 2017), με τους μισθούς και την κατάρτιση. Τα αποτελέσματα που παρατηρήθηκαν ήταν ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία εργαζόμενοι αισθάνονται μειονεκτικά έναντι των νέων, αφού παρέχεται συνεχής εκπαίδευση στους δεύτερους, με αποτέλεσμα να οι πρώτοι να θεωρούν ότι δεν έχουν τις γνώσεις που θα τους βοηθήσουν να συμβαδίζουν με την εποχή και τις προκλήσεις της. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μην είναι ικανοποιημένοι από την εργασία τους άρα και τους μισθούς τους.

Η επίδραση της προσωπικότητας και των αναγκών των εργαζομένων στην ικανοποίηση

Η εργασιακή ικανοποίηση επηρεάζεται από την προσωπικότητα κάθε εργαζομένου, τα στοιχεία του χαρακτήρα του, καθώς και τις προσωπικές του ανάγκες. Κάθε εργαζόμενος αναζητά από την εργασία του διαφορετικά πράγματα και με διαφορετική σειρά προτεραιότητας, λόγω διαφορετικής προσωπικότητας. Ακόμα όμως και το ίδιο το άτομο, με το πέρασμα των χρόνων έχει διαφορετικές ανάγκες, αφού αλλάζουν οι προτεραιότητες του. Ένας βασικός παράγοντας που επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την επαγγελματική ικανοποίηση και περιλαμβάνει τα συστήματα αμοιβών και αξιολόγησης, την εκπαίδευση, την ηγεσία και άλλα στοιχεία που αναφέρονται στις θεωρίες κινήτρων και εργασιακής ικανοποίησης, αποτελεί στην ουσία το στοιχείο της κουλτούρας κάθε οργανισμού. Υποστηρίζεται ότι αν οι εργαζόμενοι μπορέσουν και υιοθετήσουν τα βασικά χαρακτηριστικά της εταιρικής κουλτούρας, τότε θα νιώσουν το αίσθημα της ικανοποίησης, καθώς θα νιώθουν ότι αποτελούν ζωτικά μέλη του οργανισμού, θα νιώθουν ότι ανήκουν πραγματικά και ταιριάζουν σε αυτόν, ότι αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι του. Σε διαφορετική περίπτωση, νιώθουν ξένο σώμα, το οποίο με τη σειρά του και ανάλογα το βαθμό δυσαρέσκειας, μπορεί να οδηγηθεί σε διακοπή συνεργασίας, εξαιτίας συγκρούσεων και χαμηλής απόδοσης (Kumari & Pandey, 2011).

Το περιβάλλον εργασίας ως παράγοντας επιρροής της ικανοποίησης

Οι επικρατούσες συνθήκες στο χώρο εργασίας (θερμοκρασία, θόρυβος, καθαριότητα, φωτισμός, ασφάλεια, ωράριο εργασίας και ελεύθερος χρόνος), η μονιμότητα και τα επιδόματα που παρέχει μια θέση, επηρεάζουν την εργασιακή ικανοποίηση. Αν και στη διεθνή βιβλιογραφία έχει δοθεί μεγάλη προσοχή στην εργασιακή ικανοποίηση, δεν υπήρχε - μέχρι και σχετικά πρόσφατα - μεγάλη προσοχή στις αντιλήψεις των εργαζομένων σχετικά με το περιβάλλον και το χώρο εργασίας τους. Η δημιουργία λοιπόν ενός περιβάλλοντος στα πλαίσια υγιεινής και ασφάλειας, χωρίς κίνδυνο ατυχημάτων, παρουσιάζει πολλαπλά οφέλη για τους οργανισμούς, αφού απαλλάσσονται από το κόστος ενός ατυχήματος και ταυτόχρονα αυξάνει την εργασιακή ικανοποίηση και κατ' επέκταση την αποτελεσματικότητα και την παραγωγικότητα των εργαζομένων (Mosadeghrad, 2014).

Στη Μεγάλη Βρετανία, οι εργαζόμενοι στον ιδιωτικό τομέα θεωρούν ότι η επαγγελματική τους ικανοποίηση συνδέεται με το περιβάλλον εργασίας και αντιλαμβάνονται την ασφάλεια και το βαθμό συμμετοχής τους στη λήψη αποφάσεων, ως πολύ σοβαρά χαρακτηριστικά (Ginsburg, 2017). Στην Ινδία για παράδειγμα, η εργασιακή ικανοποίηση σχετίζεται άμεσα με το χώρο εργασίας, αφού ενώ σημειώθηκε πολύ υψηλή ικανοποίηση στις σχέσεις μεταξύ συναδέλφων, τη συνεργασία, την επικοινωνία, την ηγεσία και την αναγνώριση του έργου από συναδέλφους και διοίκηση, σημειώθηκε δυσαρέσκεια από την υγιεινή, υποδεικνύοντας άμεση βελτίωση (Kumari & Pandey, 2011).

Η Διοίκηση (Management) και ο ρόλος της στην εργασιακή ικανοποίηση

Ο τύπος ηγέτη - όπως έχει ήδη σημειωθεί - παίζει κρίσιμο ρόλο στην επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων, στην οργανωτική δέσμευσή του και στον κύκλο εργασιών του οργανισμού. Η Διοίκηση, σχετίζεται με το ανθρώπινο δυναμικό και συμβάλλει στην κοινωνική αλληλεπίδραση και ευημερία του οργανισμού, ως διαδικασία που επηρεάζει μια ομάδα ανθρώπων, στην κατεύθυνση επίτευξης των στόχων. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν διάφορα στυλ ηγεσίας για να καθοδηγηθεί και να κατευθυνθεί το

προσωπικό, με ορισμένα από αυτά να είναι το αυταρχικό, το γραφειοκρατικό, ο χαρισματικός ηγέτης, ο δημοκρατικός, ο συμμετοχικός κ.ά. (Charman, 2014).

Καθολικά στυλ ηγεσίας δεν υπάρχουν αλλά υπάρχουν διαφορετικά στυλ που απαιτούνται για την αντιμετώπιση διαφορετικών καταστάσεων. Ένας αποτελεσματικός διευθυντής πάντως, πρέπει να ξέρει πότε και πώς να χρησιμοποιήσει μια συγκεκριμένη προσέγγιση, ενώ η καλή διαχείριση των ανθρωπίνων πόρων οδηγεί στην ικανοποίηση των εργαζομένων και την πίστη τους στον οργανισμό. Η αποτελεσματική οργάνωση και διαχείρισή τους μπορεί επίσης να έχει σημαντική επίδραση στην ικανοποίηση των εργαζομένων και εν συνεχεία των πελατών. Στον τομέα υγείας, οι ικανοποιημένοι και αφοσιωμένοι υπάλληλοι μπορούν να προσφέρουν την καλύτερη φροντίδα, η οποία οδηγεί σε καλύτερα αποτελέσματα και μεγαλύτερη ικανοποίηση ασθενών (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012). Ωστόσο, στη διεθνή βιβλιογραφία εντοπίζεται λίγη έρευνα σχετικά με τη σύνδεση μεταξύ συμπεριφοράς της διοίκησης και της επαγγελματικής ικανοποίησης που αισθάνονται εν τέλει οι εργαζόμενοι, αν και στον κλάδο της υγείας εντοπίζονται τα τελευταία χρόνια περισσότερες ερευνητικές προσπάθειες (Mosadeghrad, 2014).

Εσωτερική προβολή (Internal Marketing) και ο ρόλος της στην εργασιακή ικανοποίηση

Ο όρος περιέχει όλες εκείνες τις ενέργειες που ένας οργανισμός πρέπει να επιτελεί ώστε να αναπτυχθούν, να εκπαιδευτούν και να παρακινηθούν οι εργαζόμενοι, τόσο για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών όσο και για την ικανοποίηση των πελατών τους, ενώ ενισχύει την παραγωγικότητα των εργαζομένων και συμβάλλει στη βελτίωση της ικανοποίησης των πελατών. Συμβάλλει με επιτυχία στην τελειοποίηση της αποτελεσματικής εξυπηρέτησής τους και δε θα πρέπει κανείς να περιμένει ποιοτικές υπηρεσίες από έναν οργανισμό όταν δεν παρέχονται πρώτα στους εργαζομένους τέτοιες υπηρεσίες. Η εσωτερική προβολή είναι ο τρόπος για να επιτευχθεί αυτό (Joshi, 2007).

Σύμφωνα με Berry & Parasuraman (1991), οι εργαζόμενοι μπορούν να θεωρηθούν ως “εσωτερικοί πελάτες” και οι θέσεις εργασίας τους μπορούν να θεωρηθούν

προϊόντα του οργανισμού. Έτσι, ο οργανισμός προσπαθεί να αντιμετωπίσει τους εργαζομένους με στόχο την ικανοποίηση από την εργασία και την παρακίνησή τους, ώστε να είναι πιο παραγωγικοί. Αυτή η προσέγγιση επικεντρώνεται κυρίως στην ικανοποίηση και την παρακίνηση των εργαζομένων, ενώ η γενική ιδέα είναι ότι για να υπάρχουν ευχαριστημένοι πελάτες, πρέπει πρώτα να ικανοποιούνται οι εργαζόμενοι. Με την κάλυψη των αναγκών τους, η εταιρεία κατορθώνει να γίνουν πιο ικανοί οι ίδιοι οι εργαζόμενοι και με την σειρά τους να ικανοποιούν τους πελάτες της εταιρίας. Τέλος, το εσωτερικό μάρκετινγκ πρέπει να δημιουργήσει το είδος του εσωτερικού περιβάλλοντος στον οργανισμό, το οποίο θα οδηγήσει τους εργαζομένους στην ικανοποίηση των πελατών και η καλή επικοινωνία μεταξύ εργοδοτών και εργαζομένων είναι πολύ σημαντική για την εταιρεία και την επίτευξη των στόχων της (Gronroos, 2001).

Η βασική ιδέα του είναι να αντιμετωπίζονται οι εργαζόμενοι σε όλα τα επίπεδα του οργανισμού, ως εσωτερικοί πελάτες. Η αυξανόμενη αναγνώριση και σημασία του ρόλου τους, έχει οδηγήσει τους οργανισμούς στην υιοθέτηση του εσωτερικού μάρκετινγκ και στην αντιμετώπιση των υπαλλήλων τους κατ' αυτό τον τρόπο. Μέσα από έρευνες (Conduit & Mavondo, 2001 · Mishra, 2010), έχει αποδειχθεί ότι το εσωτερικό μάρκετινγκ παρουσιάζει θετική επίδραση στην εργασιακή ικανοποίηση. Επιπλέον, έρευνες στον κλάδο της υγείας οδήγησαν στο συμπέρασμα ότι η ικανοποίηση των πελατών ήταν μεγαλύτερη σε οργανισμούς όπου οι εργαζόμενοι ευαισθητοποιήθηκαν από το εσωτερικό μάρκετινγκ, για την παραγωγή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών προς τους πελάτες. Πιο συγκεκριμένα, οι Chang & Chang (2007), διαπίστωσαν ότι το εσωτερικό μάρκετινγκ είχε θετική επίδραση στην εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών, ενώ οι Peltier, Pointer & Schibrowsky (2008) έδειξαν ότι σε υπηρεσίες υγείας όπου εφαρμοζόταν εσωτερικό μάρκετινγκ, οι νοσηλευτές που ήταν ικανοποιημένοι από την εργασία τους παρείχαν υψηλότερης ποιότητας φροντίδα.

Μελέτες που προδίδουν σχέση μεταξύ εργασιακής ικανοποίησης και βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στον κλάδο της υγείας

Στην έρευνα του Mosadeghrad (2014), φαίνεται ότι εάν ένα πρόγραμμα βελτίωσης της ποιότητας εφαρμοστεί ορθώς και εδραιωθεί μια νοοτροπία ποιότητας στον

οργανισμό, τότε βελτιώνεται η ικανοποίηση των εργαζομένων. Στην ίδια μελέτη, πρακτικές που συνδέονται με τη διαχείριση ποιότητας σε έναν οργανισμό υγείας όπως η ύπαρξη ηγεσίας με όραμα, η εκπαίδευση του προσωπικού, το υψηλό επίπεδο μόρφωσης, η ενδυνάμωση των εργαζομένων και η προώθηση της ομαδικής δουλειάς, βοηθούν στη βελτίωση της ικανοποίησης των εργαζομένων. Η επιτυχία όμως ενός οργανισμού υγείας, στο σκέλος της βελτίωσης των υπηρεσιών που προσφέρει, εξαρτάται από την επιθυμία του να αλλάξει πραγματικά και να αποβάλει παλιές πρακτικές διαχείρισης, υιοθετώντας καινούριες μεθόδους, όπου κρίνεται απαραίτητο.

Σε μια άλλη μελέτη (Mohd-Ali & Alolayyan, 2013), η απόδοση μιας μονάδας υγείας (hospital performance) - η οποία ως μέγεθος σχετίζεται με την ποιότητα των υπηρεσιών (Yusuf, Gunasekaran & Dan, 2007) - φαίνεται πως συσχετίζεται με την εφαρμογή πρακτικών Ολικής Ποιότητας (TQM). Σύμφωνα με τους ερευνητές, στα νοσοκομεία της Ιορδανίας η κατάσταση βελτιώνεται όσον αφορά την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται και η εφαρμογή πρακτικών ΔΟΠ βοηθά τους εργαζόμενους να αποδίδουν περισσότερο, ένα μέγεθος (οι επιδόσεις) που επηρεάζεται από την ικανοποίησή τους. Οι Mohd-Ali & Alolayyan (2013) μάλιστα προτείνουν και την τοποθέτηση τμημάτων Αξιολόγησης Ποιότητας στα νοσοκομεία, τα οποία θα επιφορτιστούν με την εφαρμογή και παρακολούθηση πρακτικών ποιότητας, άρα με την ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών και του προσωπικού.

Σε μια ακόμη μελέτη, αυτή των Anand & Dwivedi (2019), η ικανοποίηση του προσωπικού συνδέεται στενά (συνεπάγεται για την ακρίβεια) με την ικανοποίηση των πελατών/χρηστών μιας μονάδας υγείας και αποδεικνύει επιτυχημένη εφαρμογή πρακτικών ΔΟΠ. Πιο συγκεκριμένα όμως, για την επίτευξη ικανοποίησης στην ομάδα του προσωπικού, η μονάδα υγείας θα πρέπει να επικεντρωθεί σε καλλιέργεια κάποιων διαστάσεων οι οποίες την αφορούν και είναι η βελτίωση της επαγγελματικής στάσης, οι διαπροσωπικές δεξιότητες, οι δεξιότητες γιατρών και νοσηλευτών, η καλύτερη συνεργασία μεταξύ του προσωπικού, η αύξηση των ευκαιριών που δίνονται στους εργαζομένους, η καλύτερη κατανομή καθηκόντων και ευθυνών, η πολιτική των υπερωριών, η βελτίωση της επικοινωνίας και ο μισθός. Οι ερευνητές μάλιστα θεωρούν

ότι η αύξηση της εργασιακής ικανοποίησης στη μονάδα υγείας, μπορεί να οδηγήσει σε υψηλότερη παραγωγικότητα και αποδοτικότητα.

Στη μελέτη των Halis, Twati & Halis (2017), η συμμετοχή των εργαζομένων ενός νοσοκομείου στη λήψη αποφάσεων, θεωρείται βασικός παράγοντας επιτυχίας πρακτικών ΔΟΠ, ιδίως αν οι αποφάσεις αυτές αφορούν τεχνικά ή διοικητικά ζητήματα του τμήματός τους. Αν και οι ερευνητές δεν εξετάζουν άμεσα την αισθανόμενη ικανοποίηση του προσωπικού, επισημαίνουν ότι μπορεί να βελτιωθεί όταν η διοίκηση λειτουργεί με τη λογική της βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Αυτή η λογική περιλαμβάνει πρόσθετη εκπαίδευση του προσωπικού και δημιουργία νέων καναλιών επικοινωνίας με ανώτερα στελέχη διοίκησης, η βελτίωση των ωραρίων εργασίας, η παροχή οράματος και στόχων, καλύτερο καθορισμό καθηκόντων και κινητοποίηση του προσωπικού, παρέχοντας σοβαρά κίνητρα.

Σε ακόμη μια έρευνα, αυτή των Del Rio, Bredis & Garcia (2016), αν και δεν ασχολείται με τον τομέα της υγείας, αξίζει η αναφορά στα συμπεράσματα που εξήχθησαν σχετικά με την ικανοποίηση των εργαζομένων και τη βελτίωση της ποιότητας στις υπηρεσίες ενός οργανισμού. Οι ερευνητές σημειώνουν ότι το εργασιακό κλίμα είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες ικανοποίησης των εργαζομένων, ενώ αν ένας οργανισμός θέλει να βελτιώσει το μέγεθος αυτό (και κατ' επέκταση, να βελτιωθούν μακροπρόθεσμα και οι υπηρεσίες που προσφέρει) θα πρέπει να προβεί σε βελτιώσεις σημείων όπως οι εργασιακές συνθήκες, η στάση των υπευθύνων τμημάτων (supervisors) και ο μισθός.

Στον κλάδο της υγείας τώρα, η μελέτη των Wang, Chou & Lai (2018) φαίνεται πως συνδέει τις πρακτικές ΔΟΠ με την εργασιακή ικανοποίηση, στο χώρο της υγείας. Τα αποτελέσματα που εξήχθησαν από ένα δείγμα αρκετών εκατοντάδων ατόμων σε περισσότερα από 40 νοσοκομεία, έδειξαν ότι όπου εφαρμόζονταν πρακτικές ΔΟΠ (βελτίωση κλίματος, συμμετοχικότητα στη λήψη αποφάσεων, καλύτερες εργασιακές συνθήκες, διαρκής εκπαίδευση, ευκαιρίες κ.ά.) η ικανοποίηση των εργαζομένων αυξανόταν. Την ίδια στιγμή όμως, η επίδραση των πρακτικών ΔΟΠ φαίνεται πως βελτιώνει και τη στάση των εργαζομένων σε ζητήματα ασφάλειας και προσοχής προς τον ασθενή, ανεβάζοντας ακόμα περισσότερο τα επίπεδα ποιότητας.

Σε ένα σύνολο μελετών αποτυπώνονται και τρόποι βελτίωσης της ικανοποίησης των εργαζομένων, αποκλειστικά για τον τομέα υγείας. Για παράδειγμα, η Shalley (2017) αναφέρει ότι η ΔΟΠ θα πρέπει να περιλαμβάνει θέσπιση στόχων και παράλληλα κινητοποίηση των εργαζομένων, ώστε η επίτευξή τους να ικανοποιεί τα άτομα αλλά να τους δείχνει ταυτόχρονα και το δρόμο που πρέπει να ακολουθήσουν. Από την άλλη, ο Barry (2012) υποστηρίζει ότι μια από τις πρακτικές της ΔΟΠ που θα πρέπει να εφαρμόζουν οι ιθύνοντες σε οργανισμούς υγείας, είναι η αναγνώριση του προσωπικού και της εργασίας του. Αυτό βελτιώνει δραστικά την ικανοποίηση στο χώρο εργασίας και αυτή με τη σειρά της τις πιθανότητες βελτιωμένων επιδόσεων των εργαζομένων, άρα ποιοτικότερων υπηρεσιών.

Ακόμη όμως και στην έρευνα των Ozdal & Oyebamiji (2018) μπορεί να μη γίνεται άμεση αναφορά στην ικανοποίηση των εργαζομένων ως ερευνητική υπόθεση, όμως σημειώνεται πως αυτή επηρεάζεται από πρακτικές ΔΟΠ και με τη σειρά της επηρεάζει τις επιδόσεις των εργαζομένων στον κλάδο υγείας. Το γεγονός αυτό επηρεάζει στη συνέχεια την ικανοποίηση των ασθενών. Πιο συγκεκριμένα, οι ερευνητές αναφέρουν ότι η ποιοτική βελτίωση του εργασιακού περιβάλλοντος (συντήρηση, εκσυγχρονισμό κ.ά.) μπορεί να οδηγήσει σε πλήρη ικανοποίηση και επιχειρησιακή αποδοτικότητα, αρκεί το σκεπτικό της διοίκησης να κατευθύνεται προς την εφαρμογή προτύπων ποιότητας. Οι ερευνητές επίσης επισημαίνουν ορισμένους παράγοντες για την επιτυχημένη εφαρμογή ΔΟΠ, οι οποίοι οδηγούν σε ικανοποίηση το προσωπικό και μετά τους ασθενείς, όπως η αναγνώριση των προσπαθειών, η καλή επικοινωνία, η συνεργασία, η αποτελεσματική ηγεσία, η εκπαίδευση και η συμμετοχικότητα.

Άλλη μια μελέτη, στην οποία μάλιστα γίνεται ευθεία αναφορά στη βελτίωση της ικανοποίησης - με το χαρακτηρισμό της *καλύτερης ψυχολογίας* - είναι αυτή των (Sweis et al., 2013). Σε αυτή αναφέρονται τα πλεονεκτήματα της ΔΟΠ στον τομέα της υγείας, συμπεριλαμβανομένης της πιο ανταγωνιστικής θέσης για εταιρείας του ιδιωτικού τομέα. Η ενδυνάμωση του προσωπικού μέσα από συνεχή εκπαίδευση, περιλαμβάνεται στις πρακτικές ΔΟΠ, ενισχύει τις δεξιότητές του και βελτιώνει με τον καιρό τις επιδόσεις τους, άρα την ποιότητα που προσφέρουν. Επιπλέον, στα πλαίσια της ενδυνάμωσης

εντάσσεται και η συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, με όλα τα παραπάνω να ενισχύουν την ψυχολογία τους (ικανοποίηση) στο εργασιακό σκέλος.

Τέλος, στη μελέτη της Nourae (2013), εξετάζεται η ικανοποίηση του προσωπικού σε μονάδες υγείας, βάσει της ενδυνάμωσης που λαμβάνουν. Πιο αναλυτικά, διαπιστώνεται σε πρώτη φάση ότι η ενδυνάμωση του προσωπικού προκύπτει ως αποτέλεσμα εφαρμογής πρακτικών ΔΟΠ. Κατά δεύτερον, αποδεικνύεται ότι μια διοίκηση που λειτουργεί σε ποιοτικά πρότυπα αναφορικά με τη στάση της απέναντι στο προσωπικό αλλά και τη λειτουργία της μονάδας υγείας, είναι ικανή να οδηγήσει σε αυξημένη ικανοποίηση των εργαζομένων και της ποιότητας εργασίας που αυτοί προσφέρουν.

Κλείνοντας λοιπόν το παρόν κεφάλαιο, διαπιστώνεται πως η εφαρμογή ΔΟΠ σε μια επιχείρηση ή έναν οργανισμό - άρα και στις μονάδες υγείας - είναι ικανή να επιφέρει επιθυμητά αποτελέσματα όσον αφορά την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται. Σε έναν ιδιαίτερα δύσκολο κλάδο όπως αυτός της υγείας, η εφαρμογή πρακτικών ΔΟΠ μπορεί να συνδεθεί και με αισθητά αποτελέσματα στην ικανοποίηση του προσωπικού, εφόσον πληρούνται προϋποθέσεις από την πλευρά της διοίκησης, όπως παροχή ευκαιριών, διαρκής εκπαίδευση, ορθή διαχείριση κλίματος κ.ά. Αυτό που μένει να αξιολογηθεί πλέον είναι η ικανοποίηση του προσωπικού, στη μονάδα υγείας που εξετάζει η παρούσα εργασία και να συγκριθούν τα αποτελέσματα με παλιότερων μελετών.

Κεφάλαιο 3: Διοίκηση Ολικής Ποιότητας - Μελέτη περίπτωσης στο «Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Θεαγένειο»

3.1. Ζητήματα ποιότητας στο ελληνικό νοσοκομείο

Η ΔΟΠ αποτελεί μια φιλοσοφία διοίκησης στις μονάδες υγείας και στηρίζεται στην αρχή της συνεχούς βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών ή προϊόντων. Στην ελληνική πραγματικότητα, η ΔΟΠ είναι μεν γνωστή στις οικονομικές επιστήμες περισσότερο αλλά περιορίζεται σε συγκεκριμένες επιχειρήσεις (σπανίως σε οργανισμούς του δημοσίου), χωρίς τα αποτελέσματα της να έχουν την αναμενόμενη διασπορά. Στις μονάδες υγείας παραμένει σχεδόν άγνωστος όρος και πιθανόν να θεωρείται ξένο αντικείμενο, αφού η υιοθέτηση και η εφαρμογή της απαιτούν την αλλαγή νοοτροπίας, προϋποθέτουν συλλογική συμμετοχή και φυσικά επαγγελματισμό, από όλα τα μέλη της ομάδας (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012).

Στον ιδιωτικό τομέα, η υιοθέτηση και εφαρμογή της ΔΟΠ έχει κερδίσει ένθερμους υποστηρικτές, αφού η επικράτηση επί του ανταγωνισμού στηρίζεται στην ποιότητα των αγαθών και υπηρεσιών, άρα εν ολίγοις στην τελική ικανοποίηση που θα νιώσει το κοινό. Οι μεγάλες επιχειρήσεις ή όμιλοι που φιλοδοξούν να παραμείνουν στην αγορά, γνωρίζουν ότι το κοινό στο οποίο απευθύνονται είναι απαιτητικό, ενημερωμένο και αναζητά αγαθά και υπηρεσίες ανάλογες των προσδοκιών του. Μεγάλοι ιδιωτικοί όμιλοι έχουν αντιληφθεί ότι η παραμονή τους στην αγορά θα εξαρτηθεί άμεσα από την ποιότητα όσων παρέχουν, καθώς και το αντίκρισμά τους στην αγορά (Χλέτσος, 2015). Η αναζήτηση της ποιότητας σε αγαθά και υπηρεσίες στην ελληνική πραγματικότητα, συνέπεφε - έως και πριν λίγα χρόνια - με έναν κατακλυσμό από προϊόντα και υπηρεσίες (στηρίζονταν στην αρχή της ποσότητας), η αξιοπιστία των οποίων αμφισβητούνταν όμως, χαρακτηρίζονταν από μικρή διάρκεια ζωής, είχαν αποκλειστικά την ταυτότητα του καταναλωτικού προϊόντος και στηρίζονταν στην προβολή και διαφήμιση. Αυτό έχει αλλάξει σε σημαντικό βαθμό - χωρίς να έχουν εξαλειφθεί απαραίτητα πλήρως οι

παραπάνω παθολογίες - με αποτέλεσμα να προσφέρονται υποστηρικτικές υπηρεσίες που καθιστούν το βασικό αγαθό πιο ελκυστικό και δείχνουν ότι ο ιδιωτικός τομέας αντιλαμβάνεται τη χρησιμότητα της ΔΟΠ (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012).

Στην ελληνική πραγματικότητα και δη στον ιδιωτικό τομέα, η ΔΟΠ φαίνεται ότι λειτουργεί ως δεξαμενή άντλησης στοιχείων που εγγυώνται τη βιωσιμότητα της επιχείρησης, την αξιοπιστία της στο αγοραστικό κοινό και την παροχή βελτιωμένων αγαθών ή υπηρεσιών. Στο δημόσιο τομέα όμως, οι συνθήκες είναι διαφορετικές και κάθε αλλαγή, μετασχηματισμός ή μεταρρύθμιση, συναντά αντίδραση, αντιστάσεις και μετατίθεται για το μέλλον. Τους λόγους που συμβαίνει αυτό, θα πρέπει να τους αναζητήσει κανείς στη νοοτροπία του λαού και σε στοιχεία που χαρακτηρίζουν την κουλτούρα του, όπως αυτή διαμορφώθηκε μέσα στο χρόνο. Σίγουρα τα στοιχεία αυτά αναπαράγονται από πολιτικούς θεσμούς, διάφορους μηχανισμούς και την κουλτούρα της καθημερινότητας. Η συνεχής βελτίωση, η οποία θεωρείται βασική αρχή της ΔΟΠ, συναντά συμπαγή δίπολα νοοτροπιών που καθιστούν δυσχερή την εφαρμογή της στη δημόσια διοίκηση. Ενδεικτικά αναφέρονται η «αξιοκρατία/αναξιοκρατία», ο «λαϊκισμός/αυταρχισμός», η «αξιολόγηση/μη-αξιολόγηση», «επιμόρφωση/μη-επιμόρφωση» και η «καινοτομία/γραφειοκρατική διεκπεραίωση». Τα παραπάνω δίπολα δημιουργούν το γενικό περίγραμμα της ελληνικής δημόσιας διοίκησης και ακυρώνουν κάθε προοπτική συνεχούς βελτίωσης και υιοθέτησης πρακτικών ΔΟΠ (Τούντας, 2016).

Στις μονάδες υγείας, οι «επιχειρηματικές διαδικασίες» αντιστοιχούν στις «ιατρικές και νοσηλευτικές ενέργειες» για την προσφορά αγαθών και υπηρεσιών που διασφαλίζουν την ποιότητα της υγείας, καλλιεργούν την αγωγή και προωθούν την παιδεία και τον πολιτισμό. Όλα αυτά, σε ένα κλίμα ελευθερίας και δημιουργίας, το οποίο ικανοποιεί γιατρούς, νοσηλευτές, διοικητικό προσωπικό, νοσηλευόμενους και επισκέπτες (Ρίκος, 2015). Για να επιτευχθούν τα παραπάνω, η ΔΟΠ διέπεται από ένα σύνολο αρχών που αναφέρονται στη συνεχή βελτίωση, στο ομαδικό πνεύμα εργασίας, στη συμμετοχή και επαγγελματική ανάπτυξη, στην εκπαίδευση και επιμόρφωση, στην ενεργή συμμετοχή του συνόλου των εμπλεκόμενων σε μια μονάδα υγείας σε κάθε διαδικασία της, στην αξιοποίηση του δυναμικού των γιατρών, των νοσηλευτών και του διοικητικού

προσωπικού. Τέλος, αναφέρεται και στην έντιμη επαγγελματική στάση των γιατρών και νοσηλευτών, στην πορεία για συνεχή βελτίωση της μονάδας (Τούντας, 2016).

Όσον αφορά τώρα την ελληνική πραγματικότητα στον τομέα της υγείας, στα δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδας είναι σπάνια η εφαρμογή συστημάτων διαχείρισης ποιότητας, τουλάχιστον στο θέμα της διαχείρισης προσωπικού ή των πελατών/χρηστών του συστήματος. Η ηγεσία, η οποία παίζει τον πιο βασικό ρόλο στην υποστήριξη των προγραμμάτων ποιότητας, δεν έχει βασική εκπαίδευση σε θέματα ποιότητας ή αν έχει, δεν τα εφαρμόζει (Χλέτσος, 2015). Στις περισσότερες περιπτώσεις, η εφαρμογή προγραμμάτων ποιότητας εξαρτάται από τις πρωτοβουλίες των εργαζομένων και δεν απορρέει από έναν οργανωμένο, κεντρικό σχεδιασμό. Το ελληνικό σύστημα υγείας σήμερα, είναι σε μεγάλο βαθμό συγκεντρωτικό, ενώ χαρακτηρίζεται από άниση κάλυψη και πρόσβαση των πολιτών σε συγκεκριμένες ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, περιλαμβάνει κλιμακούμενα κόστη, μεγάλη εξάρτηση από ακριβές εισροές και ένα οπισθοδρομικό σύστημα χρηματοδότησης. Δεν αποτελεί λοιπόν έκπληξη το γεγονός ότι το Εθνικό Σύστημα Υγείας συνολικά αλλά ιδιαίτερα τα δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδας, βρέθηκαν σε εξαιρετικά δύσκολη θέση κατά τη διάρκεια της προηγούμενης οικονομικής κρίση και αναγκάστηκαν να αλλάξουν τρόπο λειτουργίας προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών τους και να καταστούν αποδοτικά (Τζωρτζόπουλος, 2018). Οι πιέσεις προήλθαν τόσο από τις κυβερνήσεις όσο και από τους ίδιους τους πολίτες, οι οποίοι στη μεγάλη πλειοψηφία τους χαρακτηρίζονταν από χαμηλό εισόδημα και διαπίστωναν ότι δεν έχουν εναλλακτικές επιλογές (Τζωρτζόπουλος, 2018). Είναι επίσης αξιοσημείωτο, ότι το προσωπικό των νοσοκομείων - ιδιαίτερα οι ιατροί και νοσηλευτές - διαμαρτύρεται όλο και περισσότερο, απαιτώντας καλύτερες συνθήκες εργασίας και υποδομών, ώστε να ανταποκρίνονται αποτελεσματικότερα στις ανάγκες των ασθενών και να επιτυγχάνεται βελτίωση της ποιότητας ζωής (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012).

Υπάρχει λοιπόν χώρος για πρωτοβουλίες βελτίωσης της ποιότητας και ιδιαίτερα στο σκέλος του ανθρωπίνου παράγοντα, ο οποίος διαπιστώθηκε ότι αποτελεί την πλέον σημαντική περιοχή για βελτίωση και στην πραγματικότητα ένα πολύ σημαντικό κριτήριο για τη γενικότερη εκτίμηση της ποιότητας των υπηρεσιών. Αν και είναι δύσκολο

ζητούμενο, η ποιότητα των υπηρεσιών στον τομέα της υγείας μπορεί πράγματι να μετρηθεί και κατά συνέπεια να παρακολουθείται συστηματικά, ώστε να περιοριστούν τα ποιοτικά χάσματα και να γίνονται διορθωτικές ενέργειες όταν είναι απαραίτητο (Τούντας, 2016). Τέλος, το χάσμα μεταξύ προθέσεων (νομικό πλαίσιο/μεταρρυθμίσεις) και της υλοποίησης αποφάσεων ή πρωτοβουλιών ή καινοτομιών στην Ελλάδα, παραμένει ακόμα ένα οδυνηρό και πάγιο πρόβλημα (Τζωρτζόπουλος, 2018).

3.2. Ερευνητικό σκέλος

3.2.1. Το εργαλείο έρευνας

Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για την ολοκλήρωση της έρευνας είναι ένα διεθνώς αποδεκτό ερωτηματολόγιο, σταθμισμένο και χρησιμοποιημένο σε πλήθος ερευνών. Το «*Ερωτηματολόγιο Εργασιακή Ικανοποίησης του Spector*» (*Spector's Job Satisfaction Survey*) αποτελεί ένα έγκυρο ερευνητικό εργαλείο για την αποτύπωση της εργασιακής ικανοποίησης και αποτελείται από 36 ερωτήσεις, οι οποίες διακρίνονται σε 9 υποκατηγορίες ερωτήσεων (subscales) και μια δέκατη, που όμως αποτελεί συνολική αποτίμηση των 36 ερωτήσεων του ερωτηματολογίου. Οι υποκατηγορίες ικανοποίησης που περιέχονται στο ερωτηματολόγιο είναι:

- οι αποδοχές (Pay)
- η δυνατότητα προαγωγής (Promotion)
- η επιτήρηση από ανώτερους (Supervision)
- οι πρόσθετες παροχές (Fringe Benefits)
- οι έκτακτες επιβραβεύσεις (Contingent Rewards)
- οι εργασιακές συνθήκες (Operating Conditions)
- οι συνάδελφοι (Coworkers)
- η φύση της δουλειάς (Nature of Work)
- η επικοινωνία (Communication)
- η συνολική ικανοποίηση (Total Satisfaction)

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων βαθμολογούνται (από το 1 έως το 6 με κλίμακα Likert) και στο τέλος προκύπτει ένα σκορ για κάθε μια από τις παραπάνω κατηγορίες. Το ίδιο ισχύει και για την τελευταία κατηγορία, της συνολικής ικανοποίησης από την εργασία. Το ίδιο σκορ είναι επίσης αυτό που χρησιμοποιείται για τη διενέργεια των στατιστικών ελέγχων, όπως θα φανεί και στην παρουσίαση των αποτελεσμάτων.

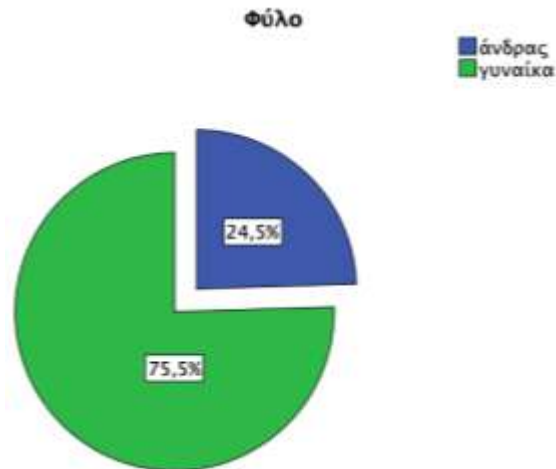
3.2.2. Ο πληθυσμός της έρευνας

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα έφτασαν τους 102 και πρόκειται τόσο για νοσηλευτικό προσωπικό (μόνιμο αλλά και συμβασιούχους, δεδομένου ότι αποτελούν σημαντικό ποσοστό της δύναμης της μονάδας) του «Α.Ν.Θ. Θεαγένειο» όσο και ιατρικό, χωρίς να γίνεται κάποια συγκεκριμένη διάκριση. Το δείγμα επομένως πληροί προϋποθέσεις τυχαιότητας, στα πλαίσια πάντα της συγκεκριμένης μονάδας υγείας. Πιο αναλυτικά, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν αρχικά σε μια σειρά δημογραφικών ερωτήσεων, έτσι ώστε να γίνει αντιληπτή η ταυτότητα του δείγματος της έρευνας. Οι απαντήσεις τους αποτυπώνονται στη συνέχεια.

1.1 Φύλο

Το 75,5% των συμμετεχόντων είναι γυναίκες, ενώ το 24,5% άνδρες (οι γυναίκες είναι 77 και οι άνδρες 25). Το γεγονός αυτό δε θεωρείται τυχαίο, αφού το επάγγελμα του νοσηλευτή είναι ιδιαίτερα γυναικοκρατούμενο και όπως θα φανεί σε επόμενο διάγραμμα της μελέτης οι νοσηλευτές αποτελούν την πλειοψηφία των συμμετεχόντων τόσο του δείγματος όσο όμως και των εργαζομένων του «Α.Ν.Θ. Θεαγένειο».

<i>Φύλο</i>		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	άνδρας	25	24,5	24,5	24,5
	γυναίκα	77	75,5	75,5	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

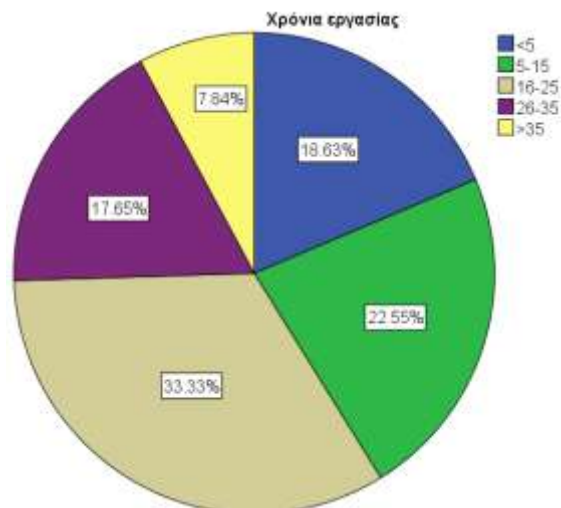


1.2 Χρόνια εργασίας

Λιγότερο από 5 χρόνια έχει εργαστεί το 18,6% των συμμετεχόντων και από 5 έως 15 χρόνια το 22,6%. Από 16 έως 25 χρόνια έχει εργαστεί το 33,3% και από 26 έως 35 χρόνια το 17,7%, ενώ μόλις το 7,8% έχει εργαστεί περισσότερο από 35 χρόνια.

Χρόνια εργασίας

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid <5	19	18,6	18,6	18,6
5-15	23	22,5	22,5	41,2
16-25	34	33,3	33,3	74,5
26-35	18	17,6	17,6	92,2
>35	8	7,8	7,8	100,0
Total	102	100,0	100,0	

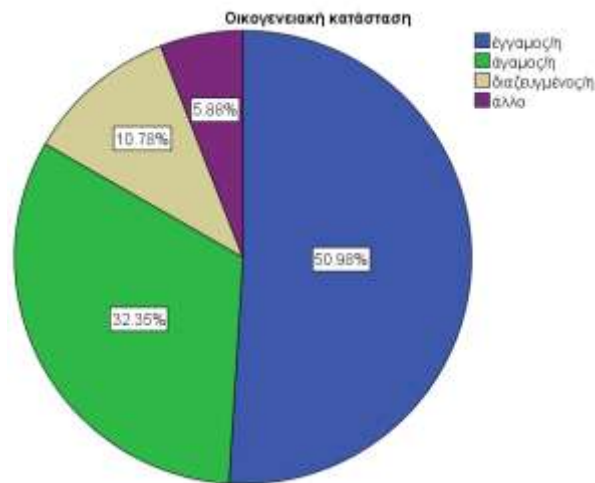


1.3 Οικογενειακή κατάσταση

Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων στην έρευνα ανήκουν στην κατηγορία έγγαμος/η, σε ποσοστό 51%. Στη συνέχεια, το 32,4% των συμμετεχόντων ανήκουν στην κατηγορία άγαμος/η, το 10,8% διαζευγμένος/η, ενώ μόλις το 5,9% στην κατηγορία άλλο.

Οικογενειακή κατάσταση

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid έγγαμος/η	52	51,0	51,0	51,0
άγαμος/η	33	32,4	32,4	83,3
διαζευγμένος/η	11	10,8	10,8	94,1
άλλο	6	5,9	5,9	100,0
Total	102	100,0	100,0	

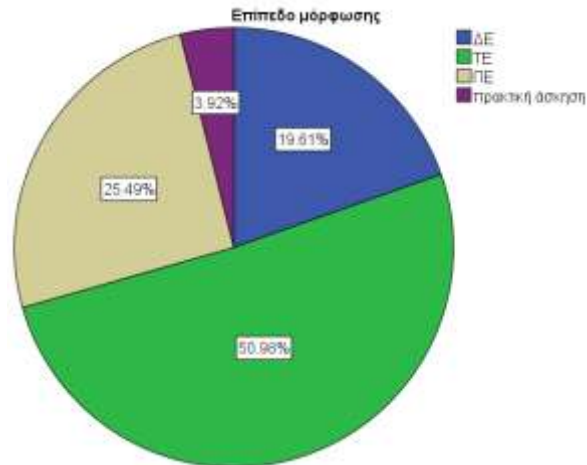


1.4 Επίπεδο μόρφωσης

Η πλειοψηφία είναι άτομα Τεχνολογικής Εκπαίδευσης (ΤΕ), σε ποσοστό 51%. Το 25,5% είναι Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης (ΠΕ), το 19,6% Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης (ΔΕ), ενώ μόλις το 3,9% κάνει πρακτική άσκηση.

Επίπεδο μόρφωσης

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΔΕ	20	19,6	19,6	19,6
ΤΕ	52	50,0	51,0	70,6
ΠΕ	26	25,5	25,5	96,1
πρακτική άσκηση	4	3,8	3,9	100,0
Total	102	96,2	100,0	

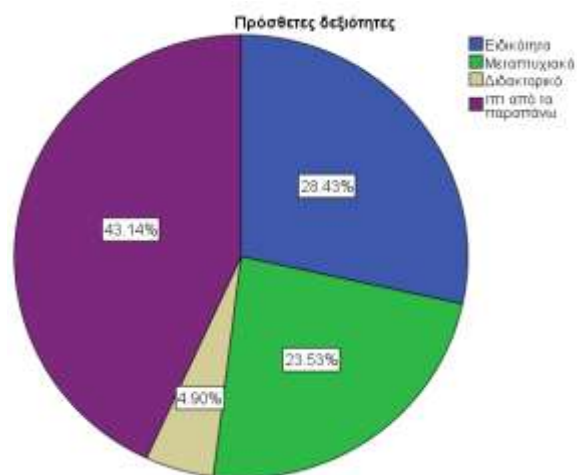


1.5 Πρόσθετες δεξιότητες

Όσο αφορά τις πρόσθετες δεξιότητες που μπορεί να έχει κάποιος/α όπως ειδικότητα, μεταπτυχιακό ή διδακτορικό, το μεγαλύτερο ποσοστό αποτελούν άτομα που δεν έχουν καμία πρόσθετη δεξιότητα από τις παραπάνω (γιατροί ή νοσηλεύτες χωρίς κάτι από αυτά), σε ποσοστό 43,1%. Στη συνέχεια, το 28,4% των συμμετεχόντων έχουν κάποια ειδικότητα, το 23,5% διαθέτουν μεταπτυχιακό ενώ μόλις το 4,9% διδακτορικό.

Πρόσθετες δεξιότητες

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ειδικότητα	29	28,4	28,4	28,4
Μεταπτυχιακό	24	23,5	23,5	52,0
Διδακτορικό	5	4,9	4,9	56,9
τιπ από τα παραπάνω	44	43,1	43,1	100,0
Total	102	100,0	100,0	

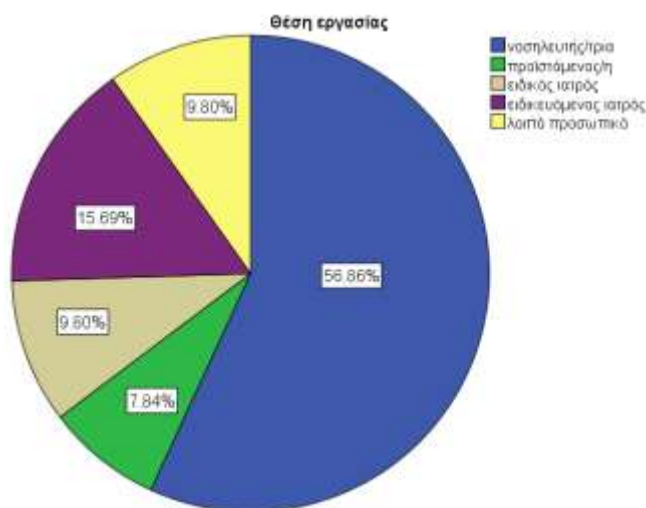


1.6 Θέση εργασίας

Όσον αφορά τη θέση εργασίας των συμμετεχόντων, παρατηρείται ότι 58 άτομα (56,9%) είναι νοσηλευτές/τριες, 16 άτομα (15,7%) ειδικευόμενοι ιατροί, 10 άτομα (9,8%) ειδικοί ιατροί, 10 άτομα (9,8%) λοιπό προσωπικό και τέλος, 8 άτομα (7,8%) έχουν τη θέση του προϊσταμένου/ης.

Θέση εργασίας

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid νοσηλευτής/τρια	58	56,9	56,9	56,9
προϊστάμενος/η	8	7,8	7,8	64,7
ειδικός ιατρός	10	9,8	9,8	74,5
ειδικευόμενος ιατρός	16	15,7	15,7	90,2
λοιπό προσωπικό	10	9,8	9,8	100,0
Total	102	100,0	100,0	

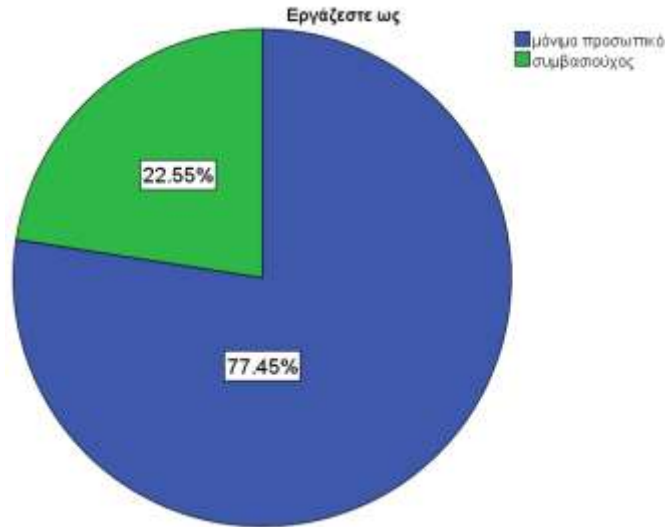


1.7 Εργασία ως

Παρατηρήθηκε ότι το 77,5% των συμμετεχόντων εργάζεται ως μόνιμο προσωπικό ενώ το 22,5% ως συμβασιούχοι.

Εργάζεστε ως

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid μόνιμο προσωπικό	79	77,5	77,5	77,5
συμβασιούχος	23	22,7	22,5	100,0
Total	102	100,0	100,0	



3.2.3. Μεθοδολογία έρευνας

Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν σε έντυπη μορφή, χωρίς συγκεκριμένο κριτήριο (τυχαίο δείγμα) σε 135 εργαζόμενους του Α.Ν.Θ. Θεαγένειο (ιατρούς, νοσηλευτές και λοιπό προσωπικό), από τους οποίους επέστρεψαν 102 απαντήσεις. Αυτό σημαίνει ότι υπήρξε ανταπόκριση 75,55%. Στους συμμετέχοντες δόθηκαν 2 εβδομάδες για να συμπληρώσουν και να επιστρέψουν το ερωτηματολόγιο, ενώ οι απαντήσεις περάστηκαν κωδικοποιημένες στη φόρμα του στατιστικού προγράμματος SPSS για να εξαχθούν τα αποτελέσματα. Σημειωτέον ότι ορισμένες από τις ερωτήσεις απαιτούσαν αντιστροφή ώστε να μπορέσουν να υποστούν επεξεργασία, κάτι που συνέβη, όπως υποδεικνύουν οι οδηγίες του ερωτηματολογίου.

Αναφορικά τώρα με την αξιοπιστία των απαντήσεων, αυτή θα πρέπει να υπολογιστεί τόσο ανά υποκατηγορία, για κάθε μια από τις 9 στις οποίες διακρίνεται το ερευνητικό εργαλείο όσο και συνολικά, μέσα από την κατηγορία της συνολικής ικανοποίησης. Ο παρακάτω πίνακας δίνει το αποτέλεσμα του δείκτη αξιοπιστίας Cronbach alpha, όπως αυτός υπολογίστηκε χάρη στις απαντήσεις, με το τελικό αποτέλεσμα να ανήκει σε «αποδεκτό» (για τις 9 από τις 10 υποκατηγορίες του ερωτηματολογίου) ή «καλό» (για την υποκατηγορία της συνολικής ικανοποίησης) εύρος αξιοπιστίας.

Δείκτες αξιοπιστίας Cronbach alpha για κάθε υποκατηγορία του ερωτηματολογίου	
οι αποδοχές (Pay)	0.750
η δυνατότητα προαγωγής (Promotion)	0.749
η επιτήρηση από ανώτερους (Supervision)	0.792
οι πρόσθετες παροχές (Fringe Benefits)	0.747
οι έκτακτες επιβραβεύσεις (Contingent Rewards)	0.763
οι εργασιακές συνθήκες (Operating Conditions)	0.746
οι συνάδελφοι (Coworkers)	0.779
η φύση της δουλειάς (Nature of Work)	0.761
η επικοινωνία (Communication)	0.764
η συνολική ικανοποίηση (Total Satisfaction)	0.833

3.2.4. Ανάλυση αποτελεσμάτων

Αρχικά θα παρουσιαστούν περιγραφικά, τα αποτελέσματα της ικανοποίησης των 10 υποκατηγοριών του ερωτηματολογίου, βάσει της βαθμολογίας που σημειώθηκε. Όσον αφορά τα σκορ που σημειώθηκαν και αντιπροσωπεύουν τα επίπεδα ικανοποίησης, σύμφωνα με τις οδηγίες του ερωτηματολογίου, υποδηλώνουν:

- **δυσαρέσκεια**, όταν το σκορ είναι μεταξύ 4 έως 12 (για τις 9 υποκατηγορίες)
- **αμφιβολία**, όταν το σκορ είναι μεταξύ 13 έως 15 (για τις 9 υποκατηγορίες)
- **ευχαρίστηση**, όταν το σκορ είναι μεταξύ 16 έως 24 (για τις 9 υποκατηγορίες)
- **δυσαρέσκεια**, όταν το σκορ είναι μεταξύ 36 έως 108 (για τη 10^η υποκατηγορία)
- **αμφιβολία**, όταν το σκορ είναι μεταξύ 109 έως 143 (για τη 10^η υποκατηγορία)
- **ευχαρίστηση**, όταν το σκορ είναι μεταξύ 144 έως 216 (για τη 10^η υποκατηγορία)

Τέλος, παρατίθενται στη συνέχεια τα **ερευνητικά ερωτήματα** στα οποία θα στηριχθεί η διερεύνηση των απαντήσεων των συμμετεχόντων:

- ✓ Ποιος ο ρόλος των δημογραφικών στοιχείων στα επίπεδα ικανοποίησης των νοσηλευτών του «Α.Ν.Θ. Θεαγένειο» ανά ομάδα ερωτήσεων;
- ✓ Εφαρμόζονται κάποιες από τις πρακτικές ΔΟΠ στο νοσοκομείο, κρίνοντας και από τις απαντήσεις σε αντίστοιχες ερωτήσεις;
- ✓ Με τι είναι περισσότερο ικανοποιημένοι οι εργαζόμενοι νοσηλευτές του «Α.Ν.Θ. Θεαγένειο» (π.χ. μισθός, εργασιακό κλίμα κ.ά.);
- ✓ **Ερευνητική υπόθεση:** Εντοπίζονται διαφορές στην ικανοποίηση που βιώνει το προσωπικό του «Α.Ν.Θ. Θεαγένειο» αναλόγως με το κάθε δημογραφικό του χαρακτηριστικό ξεχωριστά;

1. Ικανοποίηση του προσωπικού του «Α.Ν.Θ. Θεαγένειο», από τη μισθολογική τους κατάσταση

Μισθολογική κατάσταση

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δυσανεστημένος/η	88	86,3	86,3	86,3
	Αμφίβολος/η	12	11,8	11,8	98,0
	Ευχαριστημένος/η	2	2,0	2,0	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

Το μεγαλύτερο ποσοστό (86,3%) του προσωπικού του «Α.Ν.Θ. Θεαγένειο» είναι **δυσανεστημένο** από τη μισθολογική του κατάσταση και μόλις το 2% ευχαριστημένο.

2. Ικανοποίηση του προσωπικού του «Α.Ν.Θ. Θεαγένειο», από τις ευκαιρίες προαγωγής;

Ευκαιρίες προαγωγής

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δυσανεστημένος/η	73	71,6	71,6	71,6
	Αμφίβολος/η	20	19,6	19,6	91,2
	Ευχαριστημένος/η	9	8,8	8,8	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

Το μεγαλύτερο ποσοστό (71,6%) του προσωπικού του «Α.Ν.Θ. Θεαγένειο» είναι **δυσανεστημένο** από τις ευκαιρίες προαγωγής, ενώ το 8,8% ευχαριστημένο.

3. Ικανοποίηση του προσωπικού του «Α.Ν.Θ. Θεαγένειο», από την επίβλεψη των ανωτέρων

Επίβλεψη των ανωτέρω

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δυσανεστημένος/η	25	24,5	24,5	24,5
	Αμφίβολος/η	17	16,7	16,7	41,2
	Ευχαριστημένος/η	60	58,8	58,8	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

Το μεγαλύτερο ποσοστό (58,8%) του προσωπικού του «Α.Ν.Θ. Θεαγένειο» είναι **ευχαριστημένο** από την επίβλεψη των ανωτέρω και το 24,5% είναι δυσανεστημένο.

4. Ικανοποίηση του προσωπικού του «Α.Ν.Θ. Θεαγένειο», από τα προνόμια που τους προσφέρονται

Προνόμια που προσφέρονται

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δυσανεστημένος/η	73	71,6	71,6	71,6
	Αμφίβολος/η	24	23,5	23,5	95,1
	Ευχαριστημένος/η	5	4,9	4,9	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

Το μεγαλύτερο ποσοστό (71,6%) του προσωπικού του «Α.Ν.Θ. Θεαγένειο» είναι **δυσανεστημένο** από τα προνόμια που τους προσφέρονται, ενώ το 4,9% ευχαριστημένο.

5. Ικανοποίηση του προσωπικού του «Α.Ν.Θ. Θεαγένειο», από την επιβράβευση που δέχεται

Επιβράβευση που δέχεται

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δυσανεστημένος/η	68	66,7	66,7	66,7
	Αμφίβολος/η	18	17,6	17,6	84,3
	Ευχαριστημένος/η	16	15,7	15,7	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

Το μεγαλύτερο ποσοστό (66,7%) του προσωπικού του «Α.Ν.Θ. Θεαγένειο» είναι **δυσανεστημένο** από την επιβράβευση που δέχεται, ενώ το 15,7% ευχαριστημένο.

6. Ικανοποίηση του προσωπικού του «Α.Ν.Θ. Θεαγένειο», από τις εργασιακές συνθήκες

Εργασιακές συνθήκες

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δυσανεστημένος/η	78	76,5	76,5	76,5
	Αμφίβολος/η	19	18,6	18,6	95,1
	Ευχαριστημένος/η	5	4,9	4,9	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

Το μεγαλύτερο ποσοστό (76,5%) του προσωπικού του «Α.Ν.Θ. Θεαγένειο» είναι **δυσανεστημένο** από τις εργασιακές συνθήκες, ενώ το 4,9% ευχαριστημένο.

7. Ικανοποίηση του προσωπικού του «Α.Ν.Θ. Θεαγένειο», από τους συναδέλφους του

Ικανοποίηση από συναδέλφους

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δυσανεστημένος/η	18	17,6	17,6	17,6
	Αμφίβολος/η	23	22,5	22,5	40,2
	Ευχαριστημένος/η	61	59,8	59,8	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

Το μεγαλύτερο ποσοστό (59,8%) του προσωπικού του «Α.Ν.Θ. Θεαγένειο» είναι **ευχαριστημένο** από τους συναδέλφους του, ενώ το 17,6% δυσανεστημένο.

8. Ικανοποίηση του προσωπικού του «Α.Ν.Θ. Θεαγένειο», από τη φύση της εργασίας του

Ικανοποίηση από τη φύση της εργασίας

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δυσανεστημένος/η	16	15,7	15,7	15,7
	Αμφίβολος/η	25	24,5	24,5	40,2
	Ευχαριστημένος/η	61	59,8	59,8	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

Το μεγαλύτερο ποσοστό (59,8%) του προσωπικού του «Α.Ν.Θ. Θεαγένειο» είναι **ευχαριστημένο** από τη φύση της εργασίας του, ενώ το 15,7% δυσανεστημένο.

9. Ικανοποίηση του προσωπικού του «Α.Ν.Θ. Θεαγένειο», από την επικοινωνία;

Ικανοποίηση από την επικοινωνία στο χώρο εργασίας

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δυσανεστημένος/η	32	31,4	31,4	31,4
	Αμφίβολος/η	31	30,4	30,4	61,8
	Ευχαριστημένος/η	39	38,2	38,2	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

Το μεγαλύτερο ποσοστό (38,2%) του προσωπικού του «Α.Ν.Θ. Θεαγένειο» είναι **ευχαριστημένο** από την επικοινωνία στο χώρο εργασίας και το 31,4% είναι **δυσανεστημένο**.

10. Συνολική ικανοποίηση του προσωπικού του «Α.Ν.Θ. Θεαγένειο»

Συνολική ικανοποίηση

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δυσανεσκεια	42	41,2	41,2	41,2
	Αμφιβολία	53	52,0	52,0	93,1
	Ευχαρίστηση	7	6,9	6,9	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

Όσον αφορά τη **συνολική ικανοποίηση**, το μεγαλύτερο ποσοστό (52%) του προσωπικού του «Α.Ν.Θ. Θεαγένειο» θεωρείται αμφίβολης ικανοποίησης (ούτε δυσανεστημένο ούτε ικανοποιημένο), ενώ ακολούθησε το 41,2% το οποίο εξέφρασε **δυσανεσκεια**. Μόλις το 6,9% δήλωσε συνολικά ευχαριστημένο.

Φεύγοντας από την περιγραφική στατιστική, ακολουθεί η συμπερασματική στατιστική, όπου παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των στατιστικών ελέγχων που διενεργήθηκαν, πάντα επί των σκορ που προέκυψαν μέσα από τις απαντήσεις. Σύμφωνα με την ερευνητική υπόθεση, θα μελετηθεί αν υπάρχουν διαφορές στην ικανοποίηση που βιώνει το προσωπικό του «Α.Ν.Θ. Θεαγένειο» ανάλογα το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο μόρφωσης, τις πρόσθετες δεξιότητες που έχουν, τη θέση εργασίας και τη σχέση εργασίας τους. Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι έλεγχοι

μεταξύ ομάδων ερωτήσεων και δημογραφικών στοιχείων, οι οποίοι σημείωσαν στατιστικά σημαντική διαφορά στο ζήτημα της ικανοποίησης, δηλαδή οι έλεγχοι των οποίων η τιμή “*p-value* < .05”, ως είθισται σε αυτές τις περιπτώσεις.

Α1.1 Μισθολογική κατάσταση-Χρόνια εργασίας

Στην ικανοποίηση από τη μισθολογική κατάσταση (*Pay*) υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των πέντε κατηγοριών που αναφέρονται στα χρόνια εργασίας, αφού “*p-value* = .000<.05”. Οι διαφορές που σημειώθηκαν εντοπίζονται ανάμεσα στο προσωπικό που έχει εργαστεί <5 χρόνια και 16-25 χρόνια. Το προσωπικό που εργάζεται λιγότερο από 5 χρόνια, υπερτερεί κατά μέσο όρο του προσωπικού που εργάζεται 16-25 χρόνια, όσον αφορά την ικανοποίηση από τη μισθολογική του κατάσταση (*Pay*).

Descriptives

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
<5	19	11,05	2,877	,660	9,67	12,44	6	17
5-15	23	8,57	4,198	,875	6,75	10,38	4	22
16-25	34	6,65	2,662	,456	5,72	7,58	4	14
26-35	18	8,22	3,490	,823	6,49	9,96	4	15
>35	8	9,38	2,722	,962	7,10	11,65	6	14
Total	102	8,39	3,555	,352	7,69	9,09	4	22

ANOVA

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	246,963	4	61,741	5,818	.000
Within Groups	1029,350	97	10,612		
Total	1276,314	101			

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Pay

	(I) Χρόνια εργασίας	(J) Χρόνια εργασίας	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Tukey HSD	<5	5-15	2,487	1,010	,108	-,32	5,29
		16-25	4,406	,933	.000	1,81	7,00
		26-35	2,830	1,071	,071	-,15	5,81
		>35	1,678	1,373	,739	-2,14	5,49
	5-15	<5	-2,487	1,010	,108	-5,29	,32
		16-25	1,918	,879	,196	-,53	4,36
		26-35	,343	1,025	,997	-2,51	3,19
		>35	-,810	1,337	,974	-4,53	2,91
	16-25	<5	-4,406	,933	.000	-7,00	-1,81
		5-15	-1,918	,879	,196	-4,36	,53

		26-35	-1,575	,950	,464	-4,21	1,06
		>35	-2,728	1,280	,215	-6,29	,83
	26-35	<5	-2,830	1,071	,071	-5,81	,15
		5-15	-,343	1,025	,997	-3,19	2,51
		16-25	1,575	,950	,464	-1,06	4,21
		>35	-1,153	1,384	,920	-5,00	2,69
	>35	<5	-1,678	1,373	,739	-5,49	2,14
		5-15	,810	1,337	,974	-2,91	4,53
		16-25	2,728	1,280	,215	-,83	6,29
		26-35	1,153	1,384	,920	-2,69	5,00
Scheffe	<5	5-15	2,487	1,010	,203	-,68	5,66
		16-25	4,406	,933	,000	1,48	7,34
		26-35	2,830	1,071	,146	-,53	6,20
		>35	1,678	1,373	,827	-2,63	5,99
	5-15	<5	-2,487	1,010	,203	-5,66	,68
		16-25	1,918	,879	,320	-,84	4,68
		26-35	,343	1,025	,998	-2,88	3,56
		>35	-,810	1,337	,985	-5,01	3,39
	16-25	<5	-4,406	,933	,000	-7,34	-1,48
		5-15	-1,918	,879	,320	-4,68	,84
		26-35	-1,575	,950	,602	-4,56	1,41
		>35	-2,728	1,280	,344	-6,75	1,29
	26-35	<5	-2,830	1,071	,146	-6,20	,53
		5-15	-,343	1,025	,998	-3,56	2,88
		16-25	1,575	,950	,602	-1,41	4,56
		>35	-1,153	1,384	,952	-5,50	3,19
	>35	<5	-1,678	1,373	,827	-5,99	2,63
		5-15	,810	1,337	,985	-3,39	5,01
		16-25	2,728	1,280	,344	-1,29	6,75
		26-35	1,153	1,384	,952	-3,19	5,50

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

B1.1 Ευκαιρίες προαγωγής-Φύλο

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ αντρών και γυναικών, στην ικανοποίηση από τις ευκαιρίες προαγωγής (**Promotion**) ($p\text{-value}=.749>.05$, άρα αρχικά υποτίθεται πως οι διαφορές είναι ίσες και γίνεται προσπάθεια να αποδειχθεί το αντίθετο). Οι άνδρες είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τις ευκαιρίες προαγωγής, σε σχέση με τις γυναίκες.

Group Statistics

	Φύλο	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Promotion	άνδρας	25	11,76	3,711	,742
	γυναίκα	77	9,92	3,509	,400

Independent Samples Test

Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means
---	------------------------------

		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Promotion	Equal variances assumed	,103	,749	2,244	100	,027	1,838	,819	,213	3,463
	Equal variances not assumed			2,180	38,914	,035	1,838	,843	,132	3,543

B1.2 Ευκαιρίες προαγωγής-Επίπεδο μόρφωσης

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των τεσσάρων κατηγοριών του επιπέδου μόρφωσης, στην ικανοποίηση από τις ευκαιρίες προαγωγής (**Promotion**), αφού “ $p\text{-value} = .01 < .05$ ”. Το προσωπικό σε πρακτική άσκηση υπερτερεί στην ικανοποίηση από τις ευκαιρίες προαγωγής, κατά μέσο όρο, του προσωπικού ΤΕ. Το προσωπικό σε πρακτική άσκηση υπερτερεί στην ικανοποίηση από τις ευκαιρίες προαγωγής, κατά μέσο όρο, του προσωπικού ΠΕ.

Descriptives Promotion

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Min	Max
					Lower Bound	Upper Bound		
ΔΕ	20	11,15	3,216	,719	9,64	12,66	4	16
ΤΕ	52	9,92	3,463	,480	8,96	10,89	4	19
ΠΕ	26	9,85	3,695	,725	8,35	11,34	4	17
πρακτική άσκηση	4	15,75	3,403	1,702	10,33	21,17	13	20
Total	102	10,37	3,629	,359	9,66	11,09	4	20

ANOVA Promotion

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	145,466	3	48,489	4,012	,010
Within Groups	1184,377	98	12,085		
Total	1329,843	101			

Multiple Comparisons Dependent Variable: Promotion

	(I) Επίπεδο μόρφωσης	(J) Επίπεδο μόρφωσης	Mean Difference (I-J)			95% Confidence Interval	
			Std. Error	Sig.	Lower Bound	Upper Bound	
Tukey HSD	ΔΕ	ΤΕ	1,227	,915	,539	-1,16	3,62
		ΠΕ	1,304	1,034	,590	-1,40	4,01
		πρακτική άσκηση	-4,600	1,904	,081	-9,58	,38
	ΤΕ	ΔΕ	-1,227	,915	,539	-3,62	1,16
		ΠΕ	,077	,835	1,000	-2,11	2,26

		πρακτική άσκηση	-5,827 [*]	1,804	,009	-10,54	-1,11
	ΠΕ	ΔΕ	-1,304	1,034	,590	-4,01	1,40
		ΤΕ	-,077	,835	1,000	-2,26	2,11
		πρακτική άσκηση	-5,904 [*]	1,867	,011	-10,78	-1,02
	πρακτική άσκηση	ΔΕ	4,600	1,904	,081	-,38	9,58
		ΤΕ	5,827 [*]	1,804	,009	1,11	10,54
		ΠΕ	5,904 [*]	1,867	,011	1,02	10,78
Scheffe	ΔΕ	ΤΕ	1,227	,915	,617	-1,38	3,83
		ΠΕ	1,304	1,034	,663	-1,64	4,25
		πρακτική άσκηση	-4,600	1,904	,127	-10,02	,82
	ΤΕ	ΔΕ	-1,227	,915	,617	-3,83	1,38
		ΠΕ	,077	,835	1,000	-2,30	2,45
		πρακτική άσκηση	-5,827 [*]	1,804	,019	-10,96	-,70
	ΠΕ	ΔΕ	-1,304	1,034	,663	-4,25	1,64
		ΤΕ	-,077	,835	1,000	-2,45	2,30
		πρακτική άσκηση	-5,904 [*]	1,867	,023	-11,22	-,59
	πρακτική άσκηση	ΔΕ	4,600	1,904	,127	-,82	10,02
		ΤΕ	5,827 [*]	1,804	,019	,70	10,96
		ΠΕ	5,904 [*]	1,867	,023	,59	11,22

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Γ1.1 Επίβλεψη των ανωτέρω-Φύλο

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ αντρών και γυναικών, στην ικανοποίηση από την επίβλεψη των ανωτέρω (*Supervision*) ($p\text{-value}=.231>.05$, άρα αρχικά υποτίθεται πως οι διαφορές είναι ίσες και γίνεται προσπάθεια να αποδειχθεί το αντίθετο). Οι άνδρες είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από την επίβλεψη των ανωτέρω, σε σχέση με τις γυναίκες.

Group Statistics

	Φύλο	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Supervision	άνδρας	25	18,00	4,646	,929
	γυναίκα	77	15,70	5,112	,583

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Supervision	Equal variances assumed	1,450	,231	1,996	100	,049	2,299	1,152	,013	4,584
	Equal variances not assumed			2,096	44,411	,042	2,299	1,097	,089	4,508

Γ1.2 Επίβλεψη των ανωτέρω-Θέση εργασίας

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των πέντε κατηγοριών της θέσης εργασίας, στην ικανοποίηση από την επίβλεψη των ανωτέρω (*Supervision*), αφού “*p-value = .026 < .05*”. Οι προϊστάμενοι υπερτερούν κατά μέσο όρο των νοσηλευτών/τριών, όσον αφορά την ικανοποίηση από την επίβλεψη των ανωτέρω. Οι ειδικευόμενοι ιατροί υπερτερούν κατά μέσο όρο των νοσηλευτών/τριών, όσον αφορά την ικανοποίηση από την επίβλεψη των ανωτέρω.

Descriptives Supervision

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean			
					Lower Bound	Upper Bound	Min	Max
νοσηλεύτης/τρια	58	14,95	5,296	,695	13,56	16,34	4	24
προϊστάμενος/η	8	19,25	2,712	,959	16,98	21,52	14	22
ειδικός ιατρός	10	18,00	4,372	1,382	14,87	21,13	8	24
ειδικευόμενος ιατρός	16	18,44	4,939	1,235	15,81	21,07	5	24
λοιπό προσωπικό	10	16,30	3,917	1,239	13,50	19,10	10	22
Total	102	16,26	5,077	,503	15,27	17,26	4	24

ANOVA

Supervision

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	277,471	4	69,368	2,892	,026
Within Groups	2326,382	97	23,983		
Total	2603,853	101			

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Supervision
LSD

(I) Θέση εργασίας	(J) Θέση εργασίας	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
νοσηλεύτης/τρια	προϊστάμενος/η	-4,302	1,847	,022	-7,97	-,64
	ειδικός ιατρός	-3,052	1,677	,072	-6,38	,28
	ειδικευόμενος ιατρός	-3,489	1,383	,013	-6,23	-,74
	λοιπό προσωπικό	-1,352	1,677	,422	-4,68	1,98
προϊστάμενος/η	νοσηλεύτης/τρια	4,302	1,847	,022	,64	7,97
	ειδικός ιατρός	1,250	2,323	,592	-3,36	5,86
	ειδικευόμενος ιατρός	,813	2,121	,702	-3,40	5,02
	λοιπό προσωπικό	2,950	2,323	,207	-1,66	7,56
ειδικός ιατρός	νοσηλεύτης/τρια	3,052	1,677	,072	-,28	6,38
	προϊστάμενος/η	-1,250	2,323	,592	-5,86	3,36
	ειδικευόμενος ιατρός	-,438	1,974	,825	-4,36	3,48
	λοιπό προσωπικό	1,700	2,190	,440	-2,65	6,05
ειδικευόμενος ιατρός	νοσηλεύτης/τρια	3,489	1,383	,013	,74	6,23
	προϊστάμενος/η	-,813	2,121	,702	-5,02	3,40

	ειδικός ιατρός	,438	1,974	,825	-3,48	4,36
	λοιπό προσωπικό	2,138	1,974	,282	-1,78	6,06
λοιπό προσωπικό	νοσηλεύτης/τρια	1,352	1,677	,422	-1,98	4,68
	προϊστάμενος/η	-2,950	2,323	,207	-7,56	1,66
	ειδικός ιατρός	-1,700	2,190	,440	-6,05	2,65
	ειδικευόμενος ιατρός	-2,138	1,974	,282	-6,06	1,78

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

41.1 Προνόμια που προσφέρονται-Επίπεδο μόρφωσης

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των τεσσάρων κατηγοριών του επιπέδου μόρφωσης, στην ικανοποίηση από τα προνόμια που προσφέρονται (*Fringe Benefits*), αφού “ $p\text{-value} = .023 < .05$ ”. Το προσωπικό σε πρακτική άσκηση υπερτερεί κατά μέσο όρο του προσωπικού ΔΕ, όσον αφορά την ικανοποίηση από τα προνόμια που προσφέρονται. Το προσωπικό σε πρακτική άσκηση υπερτερεί κατά μέσο όρο του προσωπικού ΤΕ, όσον αφορά την ικανοποίηση από τα προνόμια που προσφέρονται.

Descriptives Fringe Benefits

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Min	Max
					Lower Bound	Upper Bound		
ΔΕ	20	9,70	3,570	,798	8,03	11,37	5	19
ΤΕ	52	9,56	3,386	,470	8,61	10,50	4	16
ΠΕ	26	10,85	3,196	,627	9,56	12,14	5	17
πρακτική άσκηση	4	14,50	1,732	,866	11,74	17,26	13	17
Total	102	10,11	3,450	,342	9,43	10,79	4	19

ANOVA Fringe Benefits

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	110,402	3	36,801	3,304	,023
Within Groups	1091,412	98	11,137		
Total	1201,814	101			

Multiple Comparisons Dependent Variable: Fringe Benefits

	(I) Επίπεδο μόρφωσης	(J) Επίπεδο μόρφωσης	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Tukey HSD	ΔΕ	ΤΕ	,142	,878	,998	-2,15	2,44
		ΠΕ	-1,146	,993	,657	-3,74	1,45
		πρακτική άσκηση	-4,800	1,828	,048	-9,58	-,02
	ΤΕ	ΔΕ	-,142	,878	,998	-2,44	2,15
		ΠΕ	-1,288	,802	,379	-3,38	,81
		πρακτική άσκηση	-4,942	1,732	,027	-9,47	-,42
	ΠΕ	ΔΕ	1,146	,993	,657	-1,45	3,74
		ΤΕ	1,288	,802	,379	-,81	3,38

		πρακτική άσκηση	-3,654	1,792	,181	-8,34	1,03
	πρακτική άσκηση	ΔΕ	4,800	1,828	,048	,02	9,58
		ΤΕ	4,942	1,732	,027	,42	9,47
		ΠΕ	3,654	1,792	,181	-1,03	8,34
Scheffe	ΔΕ	ΤΕ	,142	,878	,999	-2,36	2,64
		ΠΕ	-1,146	,993	,722	-3,97	1,68
		πρακτική άσκηση	-4,800	1,828	,082	-10,00	,40
	ΤΕ	ΔΕ	-,142	,878	,999	-2,64	2,36
		ΠΕ	-1,288	,802	,464	-3,57	,99
		πρακτική άσκηση	-4,942	1,732	,049	-9,87	-,02
	ΠΕ	ΔΕ	1,146	,993	,722	-1,68	3,97
		ΤΕ	1,288	,802	,464	-,99	3,57
		πρακτική άσκηση	-3,654	1,792	,252	-8,75	1,44
	πρακτική άσκηση	ΔΕ	4,800	1,828	,082	-,40	10,00
		ΤΕ	4,942	1,732	,049	,02	9,87
		ΠΕ	3,654	1,792	,252	-1,44	8,75

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

E1.1 Επιβράβευση-Επίπεδο μόρφωσης

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των τεσσάρων κατηγοριών του επιπέδου μόρφωσης, στην ικανοποίηση από την επιβράβευση που δέχονται (*Contingent rewards*), αφού “ $p\text{-value} = .012 < .05$ ”. Το προσωπικό σε πρακτική άσκηση υπερτερεί κατά μέσο όρο του προσωπικού ΤΕ, όσον αφορά την ικανοποίηση από την επιβράβευση που δέχονται (*Contingent rewards*).

Descriptives

Contingent rewards

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean			
					Lower Bound	Upper Bound	Min	Max
ΔΕ	20	11,80	5,074	1,135	9,43	14,17	4	23
ΤΕ	52	10,17	3,645	,505	9,16	11,19	4	19
ΠΕ	26	11,58	4,474	,877	9,77	13,38	4	20
πρακτική άσκηση	4	17,00	3,830	1,915	10,91	23,09	14	22
Total	102	11,12	4,349	,431	10,26	11,97	4	23

ANOVA

Contingent_rewards

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	199,600	3	66,533	3,811	,012
Within Groups	1710,988	98	17,459		
Total	1910,588	101			

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Contingent rewards

	(J) Επίπεδο μόρφωσης	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
	(I) Επίπεδο μόρφωσης					

Tukey HSD		ΔΕ	ΤΕ	1,627	1,099	,454	-1,25	4,50
			ΠΕ	,223	1,243	,998	-3,03	3,47
			πρακτική άσκηση	-5,200	2,289	,112	-11,18	,78
	ΤΕ	ΔΕ		-1,627	1,099	,454	-4,50	1,25
		ΠΕ		-1,404	1,004	,503	-4,03	1,22
		πρακτική άσκηση		-6,827*	2,168	,011	-12,49	-1,16
	ΠΕ	ΔΕ		-,223	1,243	,998	-3,47	3,03
		ΤΕ		1,404	1,004	,503	-1,22	4,03
		πρακτική άσκηση		-5,423	2,244	,081	-11,29	,44
	πρακτική άσκηση	ΔΕ		5,200	2,289	,112	-,78	11,18
		ΤΕ		6,827*	2,168	,011	1,16	12,49
		ΠΕ		5,423	2,244	,081	-,44	11,29
Scheffe		ΔΕ	ΤΕ	1,627	1,099	,537	-1,50	4,75
			ΠΕ	,223	1,243	,998	-3,31	3,76
			πρακτική άσκηση	-5,200	2,289	,168	-11,71	1,31
	ΤΕ	ΔΕ		-1,627	1,099	,537	-4,75	1,50
		ΠΕ		-1,404	1,004	,583	-4,26	1,45
		πρακτική άσκηση		-6,827*	2,168	,023	-12,99	-,66
	ΠΕ	ΔΕ		-,223	1,243	,998	-3,76	3,31
		ΤΕ		1,404	1,004	,583	-1,45	4,26
		πρακτική άσκηση		-5,423	2,244	,127	-11,81	,96
	πρακτική άσκηση	ΔΕ		5,200	2,289	,168	-1,31	11,71
		ΤΕ		6,827*	2,168	,023	,66	12,99
		ΠΕ		5,423	2,244	,127	-,96	11,81

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

E1.2 Επιβράβευση-Πρόσθετες δεξιότητες

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των τεσσάρων κατηγοριών των πρόσθετων δεξιοτήτων, στην ικανοποίηση από την επιβράβευση που δέχονται (*Contingent rewards*), αφού “ $p\text{-value} = .049 < .05$ ”. Το προσωπικό με ειδικότητα υπερτερεί κατά μέσο όρο του προσωπικού με μεταπτυχιακό, όσον αφορά την ικανοποίηση από την επιβράβευση που δέχονται.

Descriptives

Contingent rewards

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean			
					Lower Bound	Upper Bound	Min	Max
Ειδικότητα	29	12,72	4,605	,855	10,97	14,48	5	22
Μεταπτυχιακό	24	9,46	3,203	,654	8,11	10,81	4	14
Διδακτορικό	5	11,80	3,271	1,463	7,74	15,86	7	16
ππ από τα παραπάνω	44	10,89	4,556	,687	9,50	12,27	4	23
Total	102	11,12	4,349	,431	10,26	11,97	4	23

ANOVA

Contingent rewards

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	145,605	3	48,535	2,695	,049
Within Groups	1764,983	98	18,010		

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Contingent rewards

	(I) Πρόσθετες δεξιότητες	(J) Πρόσθετες δεξιότητες	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Tukey HSD	Ειδικότητα	Μεταπτυχιακό	3,266	1,171	,032	,20	6,33
		Διδακτορικό	,924	2,055	,970	-4,45	6,30
		ππ από τα παραπάνω	1,838	1,015	,275	-,82	4,49
	Μεταπτυχιακό	Ειδικότητα	-3,266	1,171	,032	-6,33	-,20
		Διδακτορικό	-2,342	2,086	,677	-7,79	3,11
		ππ από τα παραπάνω	-1,428	1,077	,549	-4,24	1,39
	Διδακτορικό	Ειδικότητα	-,924	2,055	,970	-6,30	4,45
		Μεταπτυχιακό	2,342	2,086	,677	-3,11	7,79
		ππ από τα παραπάνω	,914	2,003	,968	-4,32	6,15
	ππ από τα παραπάνω	Ειδικότητα	-1,838	1,015	,275	-4,49	,82
		Μεταπτυχιακό	1,428	1,077	,549	-1,39	4,24
		Διδακτορικό	-,914	2,003	,968	-6,15	4,32
Scheffe	Ειδικότητα	Μεταπτυχιακό	3,266	1,171	,057	-,07	6,60
		Διδακτορικό	,924	2,055	,977	-4,92	6,77
		ππ από τα παραπάνω	1,838	1,015	,356	-1,05	4,73
	Μεταπτυχιακό	Ειδικότητα	-3,266	1,171	,057	-6,60	,07
		Διδακτορικό	-2,342	2,086	,739	-8,28	3,59
		ππ από τα παραπάνω	-1,428	1,077	,626	-4,49	1,64
	Διδακτορικό	Ειδικότητα	-,924	2,055	,977	-6,77	4,92
		Μεταπτυχιακό	2,342	2,086	,739	-3,59	8,28
		ππ από τα παραπάνω	,914	2,003	,976	-4,78	6,61
	ππ από τα παραπάνω	Ειδικότητα	-1,838	1,015	,356	-4,73	1,05
		Μεταπτυχιακό	1,428	1,077	,626	-1,64	4,49
		Διδακτορικό	-,914	2,003	,976	-6,61	4,78

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

E1.3 Επιβράβευση-Θέση εργασίας

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των πέντε κατηγοριών της θέσης εργασίας, στην ικανοποίηση από την επιβράβευση που δέχονται (*Contingent rewards*), αφού " $p\text{-value} = .034 < .05$ ". Οι ειδικευόμενοι ιατροί υπερτερούν κατά μέσο όρο των νοσηλευτών/τριών, όσον αφορά την ικανοποίηση από την επιβράβευση που δέχονται. Οι ειδικευόμενοι ιατροί υπερτερούν κατά μέσο όρο του λοιπού προσωπικού, όσον αφορά την ικανοποίηση από την επιβράβευση που δέχονται.

Descriptives

Contingent rewards

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Min	Max
					Lower Bound	Upper Bound		
νοσηλεύτης/τρια	58	10,28	4,192	,550	9,17	11,38	4	23
προϊστάμενος/η	8	12,75	3,151	1,114	10,12	15,38	7	16
ειδικός ιατρός	10	13,10	4,306	1,362	10,02	16,18	7	22
ειδικευόμενος ιατρός	16	13,13	4,573	1,143	10,69	15,56	7	20
λοιπό προσωπικό	10	9,50	4,301	1,360	6,42	12,58	4	14
Total	102	11,12	4,349	,431	10,26	11,97	4	23

ANOVA

Contingent rewards

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	192,352	4	48,088	2,715	,034
Within Groups	1718,236	97	17,714		
Total	1910,588	101			

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Contingent rewards

LSD

(I) Θέση εργασίας	(J) Θέση εργασίας	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
νοσηλεύτης/τρια	προϊστάμενος/η	-2,474	1,587	,122	-5,62	,68
	ειδικός ιατρός	-2,824	1,441	,053	-5,68	,04
	ειδικευόμενος ιατρός	-2,849	1,188	,018	-5,21	-,49
	λοιπό προσωπικό	,776	1,441	,592	-2,08	3,64
προϊστάμενος/η	νοσηλεύτης/τρια	2,474	1,587	,122	-,68	5,62
	ειδικός ιατρός	-,350	1,996	,861	-4,31	3,61
	ειδικευόμενος ιατρός	-,375	1,822	,837	-3,99	3,24
	λοιπό προσωπικό	3,250	1,996	,107	-,71	7,21
ειδικός ιατρός	νοσηλεύτης/τρια	2,824	1,441	,053	-,04	5,68
	προϊστάμενος/η	,350	1,996	,861	-3,61	4,31
	ειδικευόμενος ιατρός	-,025	1,697	,988	-3,39	3,34
	λοιπό προσωπικό	3,600	1,882	,059	-,14	7,34
ειδικευόμενος ιατρός	νοσηλεύτης/τρια	2,849	1,188	,018	,49	5,21
	προϊστάμενος/η	,375	1,822	,837	-3,24	3,99
	ειδικός ιατρός	,025	1,697	,988	-3,34	3,39
	λοιπό προσωπικό	3,625	1,697	,035	,26	6,99
λοιπό προσωπικό	νοσηλεύτης/τρια	-,776	1,441	,592	-3,64	2,08
	προϊστάμενος/η	-3,250	1,996	,107	-7,21	,71
	ειδικός ιατρός	-3,600	1,882	,059	-7,34	,14
	ειδικευόμενος ιατρός	-3,625	1,697	,035	-6,99	-,26

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

E1.4 Επιβράβευση-Εργασία ως

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του μόνιμου προσωπικού και των συμβασιούχων, στην ικανοποίηση από την επιβράβευση που δέχονται (*Contingent rewards*) ($p\text{-value}=.117>.05$, άρα αρχικά υποτίθεται πως οι διαφορές είναι ίσες και

γίνεται προσπάθεια να αποδειχθεί το αντίθετο). Οι συμβασιούχοι είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από την επιβράβευση που δέχονται από το μόνιμο προσωπικό.

Group Statistics

	Εργάζεστε ως	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Contingent rewards	μόνιμο προσωπικό	79	10,62	4,039	,454
	συμβασιούχος	23	12,83	5,006	1,044

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Contingent_rewards	Equal variances assumed	2,507	,117	-2,180	100	,032	-2,206	1,012	-4,213	-,198
	Equal variances not assumed			-1,938	30,819	,062	-2,206	1,138	-4,528	,117

ΣΤ1.1 Εργασιακές συνθήκες-Επίπεδο μόρφωσης

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των τεσσάρων κατηγοριών του επιπέδου μόρφωσης, στην ικανοποίηση από τις εργασιακές συνθήκες (*Operating conditions*), αφού “*p-value = .000 < .05*”. Το προσωπικό ΔΕ υπερτερεί κατά μέσο όρο του προσωπικού ΤΕ, όσον αφορά την ικανοποίηση από τις εργασιακές συνθήκες. Το προσωπικό ΔΕ υπερτερεί κατά μέσο όρο του προσωπικού ΠΕ, όσον αφορά την ικανοποίηση από τις εργασιακές συνθήκες. Το προσωπικό ΤΕ υπερτερεί κατά μέσο όρο του προσωπικού ΠΕ, όσον αφορά την ικανοποίηση από τις εργασιακές συνθήκες.

Descriptives

Operating conditions

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
ΔΕ	20	12,45	2,645	,591	11,21	13,69	8	17
ΤΕ	52	10,33	3,463	,480	9,36	11,29	4	21
ΠΕ	26	8,23	2,438	,478	7,25	9,22	4	14
πρακτική άσκηση	4	11,50	3,317	1,658	6,22	16,78	7	14
Total	102	10,25	3,353	,332	9,60	10,91	4	21

ANOVA

Operating conditions

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	209,365	3	69,788	7,386	,000
Within Groups	926,008	98	9,449		
Total	1135,373	101			

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Operating conditions

	(I) Επίπεδο μόρφωσης	(J) Επίπεδο μόρφωσης	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Tukey HSD	ΔΕ	ΤΕ	2,123	,809	,049	,01	4,24
		ΠΕ	4,219	,914	,000	1,83	6,61
		πρακτική άσκηση	,950	1,684	,942	-3,45	5,35
	ΤΕ	ΔΕ	-2,123	,809	,049	-4,24	-,01
		ΠΕ	2,096	,738	,028	,17	4,03
		πρακτική άσκηση	-1,173	1,595	,883	-5,34	3,00
	ΠΕ	ΔΕ	-4,219	,914	,000	-6,61	-1,83
		ΤΕ	-2,096	,738	,028	-4,03	-,17
		πρακτική άσκηση	-3,269	1,651	,203	-7,58	1,05
	πρακτική άσκηση	ΔΕ	-,950	1,684	,942	-5,35	3,45
		ΤΕ	1,173	1,595	,883	-3,00	5,34
		ΠΕ	3,269	1,651	,203	-1,05	7,58
Scheffe	ΔΕ	ΤΕ	2,123	,809	,082	-,18	4,42
		ΠΕ	4,219	,914	,000	1,62	6,82
		πρακτική άσκηση	,950	1,684	,956	-3,84	5,74
	ΤΕ	ΔΕ	-2,123	,809	,082	-4,42	,18
		ΠΕ	2,096	,738	,051	,00	4,20
		πρακτική άσκηση	-1,173	1,595	,910	-5,71	3,36
	ΠΕ	ΔΕ	-4,219	,914	,000	-6,82	-1,62
		ΤΕ	-2,096	,738	,051	-4,20	,00
		πρακτική άσκηση	-3,269	1,651	,277	-7,97	1,43
	πρακτική άσκηση	ΔΕ	-,950	1,684	,956	-5,74	3,84
		ΤΕ	1,173	1,595	,910	-3,36	5,71
		ΠΕ	3,269	1,651	,277	-1,43	7,97

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

ΣΤ1.2 Εργασιακές συνθήκες-Πρόσθετες δεξιότητες

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των τεσσάρων κατηγοριών του επιπέδου μόρφωσης, στην ικανοποίηση από τις εργασιακές συνθήκες (*Operating conditions*), αφού “ $p\text{-value} = .001 < .05$ ”. Το προσωπικό με καμιά πρόσθετη δεξιότητα υπερτερεί κατά μέσο όρο του προσωπικού με ειδικότητα, όσον αφορά την ικανοποίηση από τις εργασιακές συνθήκες. Το προσωπικό με καμιά πρόσθετη δεξιότητα υπερτερεί κατά μέσο όρο του προσωπικού με μεταπτυχιακό, όσον αφορά την ικανοποίηση από τις εργασιακές συνθήκες.

Descriptives

Operating conditions

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Min	Max
					Lower Bound	Upper Bound		
Ειδικότητα	29	9,07	3,011	,559	7,92	10,21	4	14
Μεταπτυχιακό	24	9,17	3,002	,613	7,90	10,43	4	15
Διδακτορικό	5	9,00	1,871	,837	6,68	11,32	6	11
ππτ από τα παραπάνω	44	11,77	3,347	,505	10,76	12,79	4	21
Total	102	10,25	3,353	,332	9,60	10,91	4	21

ANOVA

Operating conditions

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	178,450	3	59,483	6,092	,001
Within Groups	956,923	98	9,765		
Total	1135,373	101			

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Operating conditions

	(I) Πρόσθετες δεξιότητες	(J) Πρόσθετες δεξιότητες	Mean Difference (I-J)		Sig.	95% Confidence Interval	
			Std. Error	Lower Bound		Upper Bound	
Tukey HSD	Ειδικότητα	Μεταπτυχιακό	-,098	,862	,999	-2,35	2,16
		Διδακτορικό	,069	1,513	1,000	-3,89	4,02
		ππτ από τα παραπάνω	-2,704 [*]	,747	,003	-4,66	-,75
	Μεταπτυχιακό	Ειδικότητα	,098	,862	,999	-2,16	2,35
		Διδακτορικό	,167	1,536	1,000	-3,85	4,18
		ππτ από τα παραπάνω	-2,606 [*]	,793	,008	-4,68	-,53
	Διδακτορικό	Ειδικότητα	-,069	1,513	1,000	-4,02	3,89
		Μεταπτυχιακό	-,167	1,536	1,000	-4,18	3,85
		ππτ από τα παραπάνω	-2,773	1,475	,243	-6,63	1,08
	ππτ από τα παραπάνω	Ειδικότητα	2,704 [*]	,747	,003	,75	4,66
		Μεταπτυχιακό	2,606 [*]	,793	,008	,53	4,68
		Διδακτορικό	2,773	1,475	,243	-1,08	6,63
Scheffe	Ειδικότητα	Μεταπτυχιακό	-,098	,862	1,000	-2,55	2,36
		Διδακτορικό	,069	1,513	1,000	-4,24	4,37
		ππτ από τα παραπάνω	-2,704 [*]	,747	,006	-4,83	-,58
	Μεταπτυχιακό	Ειδικότητα	,098	,862	1,000	-2,36	2,55
		Διδακτορικό	,167	1,536	1,000	-4,20	4,54
		ππτ από τα παραπάνω	-2,606 [*]	,793	,016	-4,86	-,35
	Διδακτορικό	Ειδικότητα	-,069	1,513	1,000	-4,37	4,24
		Μεταπτυχιακό	-,167	1,536	1,000	-4,54	4,20
		ππτ από τα παραπάνω	-2,773	1,475	,322	-6,97	1,42
	ππτ από τα παραπάνω	Ειδικότητα	2,704 [*]	,747	,006	,58	4,83
		Μεταπτυχιακό	2,606 [*]	,793	,016	,35	4,86
		Διδακτορικό	2,773	1,475	,322	-1,42	6,97

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

ΣΤ1.3 Εργασιακές συνθήκες-Θέση εργασίας

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των πέντε κατηγοριών της θέσης εργασίας, στην ικανοποίηση από τις εργασιακές συνθήκες (*Operating conditions*), “p-

$value = .000 < .05$ ". Οι νοσηλευτές/τριες υπερτερούν κατά μέσο όρο των προϊσταμένων, όσον αφορά την ικανοποίηση από τις εργασιακές συνθήκες. Οι νοσηλευτές/τριες υπερτερούν κατά μέσο όρο των ειδικευόμενων ιατρών, όσον αφορά την ικανοποίηση από τις εργασιακές συνθήκες. Το λοιπό προσωπικό υπερτερεί κατά μέσο όρο των προϊσταμένων, όσον αφορά την ικανοποίηση από τις εργασιακές συνθήκες. Το λοιπό προσωπικό υπερτερεί κατά μέσο όρο των ειδικευόμενων ιατρών, όσον αφορά την ικανοποίηση από τις εργασιακές συνθήκες.

Descriptives

Operating conditions

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean			
					Lower Bound	Upper Bound	Min	Max
νοσηλεύτης/τρια προϊστάμενος/η	58	11,34	3,296	,433	10,48	12,21	4	21
ειδικός ιατρός	8	7,13	2,588	,915	4,96	9,29	4	11
ειδικευόμενος ιατρός	10	8,60	2,413	,763	6,87	10,33	5	12
λοιπό προσωπικό	16	8,00	2,160	,540	6,85	9,15	4	11
Total	102	10,25	3,353	,332	9,60	10,91	4	21

ANOVA

Operating conditions

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	276,894	4	69,224	7,822	,000
Within Groups	858,478	97	8,850		
Total	1135,373	101			

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Operating conditions

	(I) Θέση εργασίας	(J) Θέση εργασίας	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Tukey HSD	νοσηλεύτης/τρια	προϊστάμενος/η	4,220	1,122	,003	1,10	7,34
		ειδικός ιατρός	2,745	1,019	,062	-,09	5,58
		ειδικευόμενος ιατρός	3,345 [†]	,840	,001	1,01	5,68
		λοιπό προσωπικό	-,355	1,019	,997	-3,19	2,48
	προϊστάμενος/η	νοσηλεύτης/τρια	-4,220	1,122	,003	-7,34	-1,10
		ειδικός ιατρός	-1,475	1,411	,834	-5,40	2,45
		ειδικευόμενος ιατρός	-,875	1,288	,960	-4,46	2,71
		λοιπό προσωπικό	-4,575 [†]	1,411	,014	-8,50	-,65
	ειδικός ιατρός	νοσηλεύτης/τρια	-2,745	1,019	,062	-5,58	,09
		προϊστάμενος/η	1,475	1,411	,834	-2,45	5,40
		ειδικευόμενος ιατρός	,600	1,199	,987	-2,73	3,93
		λοιπό προσωπικό	-3,100	1,330	,144	-6,80	,60
	ειδικευόμενος ιατρός	νοσηλεύτης/τρια	-3,345	,840	,001	-5,68	-1,01
		προϊστάμενος/η	,875	1,288	,960	-2,71	4,46
		ειδικός ιατρός	-,600	1,199	,987	-3,93	2,73
		λοιπό προσωπικό	-3,700 [†]	1,199	,022	-7,03	-,37
	λοιπό προσωπικό	νοσηλεύτης/τρια	,355	1,019	,997	-2,48	3,19
		προϊστάμενος/η	4,575 [†]	1,411	,014	,65	8,50

		ειδικός ιατρός	3,100	1,330	,144	-,60	6,80
		ειδικευόμενος ιατρός	3,700 [†]	1,199	,022	,37	7,03
Scheffe	νοσηλεύτης/τρια	προϊστάμενος/η	4,220 [†]	1,122	,010	,70	7,74
		ειδικός ιατρός	2,745	1,019	,132	-,45	5,94
		ειδικευόμενος ιατρός	3,345 [†]	,840	,005	,71	5,98
		λοιπό προσωπικό	-,355	1,019	,998	-3,55	2,84
	προϊστάμενος/η	νοσηλεύτης/τρια	-4,220 [†]	1,122	,010	-7,74	-,70
		ειδικός ιατρός	-1,475	1,411	,895	-5,91	2,96
		ειδικευόμενος ιατρός	-,875	1,288	,977	-4,92	3,17
		λοιπό προσωπικό	-4,575 [†]	1,411	,039	-9,01	-,14
	ειδικός ιατρός	νοσηλεύτης/τρια	-2,745	1,019	,132	-5,94	,45
		προϊστάμενος/η	1,475	1,411	,895	-2,96	5,91
		ειδικευόμενος ιατρός	,600	1,199	,993	-3,17	4,37
		λοιπό προσωπικό	-3,100	1,330	,254	-7,28	1,08
	ειδικευόμενος ιατρός	νοσηλεύτης/τρια	-3,345 [†]	,840	,005	-5,98	-,71
		προϊστάμενος/η	,875	1,288	,977	-3,17	4,92
		ειδικός ιατρός	-,600	1,199	,993	-4,37	3,17
		λοιπό προσωπικό	-3,700	1,199	,057	-7,47	,07
	λοιπό προσωπικό	νοσηλεύτης/τρια	,355	1,019	,998	-2,84	3,55
		προϊστάμενος/η	4,575 [†]	1,411	,039	,14	9,01
		ειδικός ιατρός	3,100	1,330	,254	-1,08	7,28
		ειδικευόμενος ιατρός	3,700	1,199	,057	-,07	7,47

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

ΣΤ1.4 Εργασιακές συνθήκες-Εργασία ως

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του μόνιμου προσωπικού και των συμβασιούχων, στην ικανοποίηση από τις εργασιακές συνθήκες (*Operating conditions*) ($p\text{-value} = .089 > .05$, άρα αρχικά υποτίθεται πως οι διαφορές είναι ίσες και γίνεται προσπάθεια να αποδειχθεί το αντίθετο). Το μόνιμο προσωπικό είναι περισσότερο ικανοποιημένο από τους συμβασιούχους, με τις εργασιακές συνθήκες.

Group Statistics

	Εργάζεστε ως	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Operating conditions	μόνιμο προσωπικό	79	10,61	3,480	,392
	συμβασιούχος	23	9,04	2,585	,539

Independent Samples Test

Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means					
F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference

								Lower	Upper	
Operating conditions	Equal variances assumed	2,943	,089	1,998	100	,048	1,564	,783	,011	3,117
	Equal variances not assumed			2,348	47,619	,023	1,564	,666	,224	2,904

Z1.1 Ικανοποίηση από συναδέλφους-Φύλο

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ αντρών και γυναικών, στην ικανοποίηση από συναδέλφους (*Coworkers*) ($p\text{-value} = .197 > .05$, άρα αρχικά υποτίθεται πως οι διαφορές είναι ίσες και γίνεται προσπάθεια να αποδειχθεί το αντίθετο). Οι άνδρες είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από συναδέλφους από τις γυναίκες.

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Coworkers	Equal variances assumed	,197	,658	2,160	100	,033	1,804	,835	,147	3,460
	Equal variances not assumed			2,040	37,307	,048	1,804	,884	,013	3,594

H1.1 Φύση εργασίας-Φύλο

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ αντρών και γυναικών, στην ικανοποίηση από τη φύση εργασίας (*Nature of work*) ($p\text{-value} = .995 > .05$, άρα αρχικά υποτίθεται πως οι διαφορές είναι ίσες και γίνεται προσπάθεια να αποδειχθεί το αντίθετο). Οι άνδρες είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τις γυναίκες, από τη φύση εργασίας τους.

Group Statistics

	Φύλο	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Nature of work	άνδρας	25	18,40	3,582	,716
	γυναίκα	77	15,82	3,737	,426

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Nature_of_work	Equal variances assumed	,003	,955	3,031	100	,003	2,582	,852	,892	4,272
	Equal variances not assumed			3,098	42,290	,003	2,582	,833	,900	4,264

01.1 Επικοινωνία-Επίπεδο μόρφωσης

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των τεσσάρων κατηγοριών του επιπέδου μόρφωσης, στην ικανοποίηση από την επικοινωνία (*Communication*), “*p-value = .001 < .05*”. Το προσωπικό σε πρακτική άσκηση υπερτερεί κατά μέσο όρο του προσωπικού ΔΕ, όσον αφορά την ικανοποίηση από την επικοινωνία. Το προσωπικό σε πρακτική άσκηση υπερτερεί κατά μέσο όρο του προσωπικού ΤΕ, όσον αφορά την ικανοποίηση από την επικοινωνία. Το προσωπικό σε πρακτική άσκηση υπερτερεί κατά μέσο όρο του προσωπικού ΠΕ, όσον αφορά την ικανοποίηση από την επικοινωνία.

Descriptives Communication

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean			
					Lower Bound	Upper Bound	Min	Max
ΔΕ	20	15,00	3,960	,886	13,15	16,85	9	21
ΤΕ	52	13,98	3,584	,497	12,98	14,98	7	22
ΠΕ	26	13,38	3,889	,763	11,81	14,96	7	21
πρακτική άσκηση	4	21,25	2,062	1,031	17,97	24,53	19	24
Total	102	14,31	3,948	,391	13,54	15,09	7	24

ANOVA Communication

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	230,076	3	76,692	5,593	,001
Within Groups	1343,885	98	13,713		
Total	1573,961	101			

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Communication

	(I) Επίπεδο μόρφωσης	(J) Επίπεδο μόρφωσης	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Tukey HSD	ΔΕ	ΤΕ	1,019	,974	,723	-1,53	3,57
		ΠΕ	1,615	1,101	,461	-1,26	4,49
		πρακτική άσκηση	-6,250 [*]	2,028	,014	-11,55	-,95
	ΤΕ	ΔΕ	-1,019	,974	,723	-3,57	1,53
		ΠΕ	,596	,889	,908	-1,73	2,92
		πρακτική άσκηση	-7,269 [*]	1,921	,001	-12,29	-2,25
	ΠΕ	ΔΕ	-1,615	1,101	,461	-4,49	1,26
		ΤΕ	-,596	,889	,908	-2,92	1,73
		πρακτική άσκηση	-7,865 [*]	1,989	,001	-13,06	-2,67
	πρακτική άσκηση	ΔΕ	6,250 [*]	2,028	,014	,95	11,55
		ΤΕ	7,269 [*]	1,921	,001	2,25	12,29
		ΠΕ	7,865 [*]	1,989	,001	2,67	13,06
Scheffe	ΔΕ	ΤΕ	1,019	,974	,779	-1,75	3,79
		ΠΕ	1,615	1,101	,544	-1,52	4,75
		πρακτική άσκηση	-6,250 [*]	2,028	,028	-12,02	-,48
	ΤΕ	ΔΕ	-1,019	,974	,779	-3,79	1,75
		ΠΕ	,596	,889	,930	-1,93	3,13
		πρακτική άσκηση	-7,269 [*]	1,921	,004	-12,74	-1,80
	ΠΕ	ΔΕ	-1,615	1,101	,544	-4,75	1,52
		ΤΕ	-,596	,889	,930	-3,13	1,93
		πρακτική άσκηση	-7,865 [*]	1,989	,002	-13,52	-2,21
	πρακτική άσκηση	ΔΕ	6,250 [*]	2,028	,028	,48	12,02
		ΤΕ	7,269 [*]	1,921	,004	1,80	12,74
		ΠΕ	7,865 [*]	1,989	,002	2,21	13,52

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

11.1 Συνολική ικανοποίηση-Φύλο

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ αντρών και γυναικών, στη συνολική ικανοποίηση (*Total satisfaction*) ($p\text{-value} = .925 > .05$, άρα αρχικά υποτίθεται πως οι διαφορές είναι ίσες και γίνεται προσπάθεια να αποδειχθεί το αντίθετο). Οι άνδρες είναι συνολικά περισσότερο ικανοποιημένοι από τις γυναίκες.

Group Statistics

	Φύλο	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Total satisfaction	άνδρας	25	121,80	21,473	4,295
	γυναίκα	77	110,61	19,169	2,185

Independent Samples Test

Levene's Test for Equality of Variances				t-test for Equality of Means				
F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
							Lower	Upper

Total satisfaction	Equal variances assumed	,009	,925	2,462	100	,016	11,190	4,545	2,172	20,208
	Equal variances not assumed			2,322	37,239	,026	11,190	4,818	1,429	20,950

11.2 Συνολική ικανοποίηση-Επίπεδο μόρφωσης

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των τεσσάρων κατηγοριών του επιπέδου μόρφωσης, στη συνολική ικανοποίηση (*Total satisfaction*), “*p-value = .009 < .05*”. το προσωπικό με πρακτική άσκηση υπερτερεί όσον αφορά τη συνολική ικανοποίηση κατά μέσο όρο του προσωπικού ΤΕ. το προσωπικό με πρακτική άσκηση υπερτερεί όσον αφορά τη συνολική ικανοποίηση κατά μέσο όρο του προσωπικού ΠΕ.

Descriptives

Total satisfaction

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Min	Max
					Lower Bound	Upper Bound		
ΔΕ	20	117,85	21,972	4,913	107,57	128,13	77	171
ΤΕ	52	109,17	18,631	2,584	103,99	114,36	66	153
ΠΕ	26	113,85	19,053	3,737	106,15	121,54	77	148
πρακτική άσκηση	4	142,00	16,350	8,175	115,98	168,02	128	159
Total	102	113,35	20,235	2,004	109,38	117,33	66	171

ANOVA

Total satisfaction

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	4601,917	3	1533,972	4,090	,009
Within Groups	36753,377	98	375,034		
Total	41355,294	101			

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Total satisfaction

	(I) Επίπεδο μόρφωσης	(J) Επίπεδο μόρφωσης	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Tukey HSD	ΔΕ	ΤΕ	8,677	5,095	,328	-4,64	21,99
		ΠΕ	4,004	5,760	,899	-11,05	19,06
	πρακτική άσκηση	-24,150	10,607	,111	-51,87	3,57	
TE	ΔΕ	ΠΕ	-8,677	5,095	,328	-21,99	4,64
		πρακτική άσκηση	-4,673	4,652	,747	-16,83	7,48
	ΠΕ	-32,827	10,048	,008	-59,09	-6,56	
ΠΕ	ΔΕ	ΤΕ	-4,004	5,760	,899	-19,06	11,05
		πρακτική άσκηση	4,673	4,652	,747	-7,48	16,83
	πρακτική άσκηση	-28,154	10,401	,039	-55,34	-9,7	
πρακτική άσκηση	ΔΕ	ΤΕ	24,150	10,607	,111	-3,57	51,87
		ΠΕ	32,827	10,048	,008	6,56	59,09
	ΠΕ	28,154	10,401	,039	,97	55,34	

Scheffe	ΔΕ	ΤΕ	8,677	5,095	,412	-5,82	23,17
		ΠΕ	4,004	5,760	,922	-12,38	20,39
		πρακτική άσκηση	-24,150	10,607	,166	-54,32	6,02
	ΤΕ	ΔΕ	-8,677	5,095	,412	-23,17	5,82
		ΠΕ	-4,673	4,652	,799	-17,91	8,56
		πρακτική άσκηση	-32,827*	10,048	,017	-61,41	-4,24
	ΠΕ	ΔΕ	-4,004	5,760	,922	-20,39	12,38
		ΤΕ	4,673	4,652	,799	-8,56	17,91
		πρακτική άσκηση	-28,154	10,401	,069	-57,74	1,43
	πρακτική άσκηση	ΔΕ	24,150	10,607	,166	-6,02	54,32
		ΤΕ	32,827*	10,048	,017	4,24	61,41
		ΠΕ	28,154	10,401	,069	-1,43	57,74

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

3.2.6. Συμπεράσματα

Ολοκληρώνοντας την παρούσα μελέτη, θα πρέπει να αποτυπωθούν τα συνολικά συμπεράσματα που προέκυψαν μέσα από τη διενέργεια της περιγραφικής και επαγωγικής στατιστικής αλλά και τα συμπεράσματα που αφορούν γενικά την ικανοποίηση των συμμετεχόντων, εργαζομένων του «Α.Ν.Θ. Θεαγένειο». Αρχικά λοιπόν θα πρέπει να σημειωθεί ότι η ικανοποίηση του προσωπικού σε έναν οργανισμό, αποτελεί ζήτημα που εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Αυτοί οι παράγοντες θα πρέπει να γίνονται κατανοητοί από τη διοίκηση του κάθε οργανισμού και να εφαρμόζει πρακτικές Ολικής Ποιότητας προκειμένου να βελτιώνει την ικανοποίηση του προσωπικού και ίσως την παραγωγικότητά του. Επομένως, σε μια ενδεχόμενη μελέτη, η αποτύπωση υψηλών ποσοστών ικανοποίησης στο προσωπικό είναι πολύ πιθανό να προδίδει την εφαρμογή πρακτικών Διοίκησης Ολικής Ποιότητας.

Ερχόμενος κανείς στα αποτελέσματα και συμπεράσματα της παρούσας μελέτης, διαπιστώνεται ότι μετά από τη χρήση του δομημένου και σταθμισμένου ερωτηματολογίου το Spectro (JSS Questionnaire) σε δείγμα 102 εργαζομένων του νοσοκομείου «Α.Ν.Θ. Θεαγένειο», η πλειοψηφία των συμμετεχόντων φαίνεται πως δεν είναι ικανοποιημένοι στις περισσότερες κατηγορίες του ερωτηματολογίου και μάλιστα με ποσοστά που ξεπερνάνε το 70% ή 80%. Η μη-ικανοποίηση αυτή, φαίνεται πως αποτυπώνεται κυρίως στη μισθολογική τους κατάσταση, τις εργασιακές συνθήκες, τις ευκαιρίες προαγωγής και τα προνόμια που λαμβάνουν οι εργαζόμενοι του νοσοκομείου.

Το γεγονός ότι πρόκειται για δημόσιο οργανισμό, αποτελεί μια εξήγηση της αδυναμίας της διοίκησης να βελτιώσει ορισμένα ή και όλα από τα παραπάνω, αφού δεν είναι εφικτό να επηρεάσει η ίδια το μισθολόγιο, τα bonuses ή τις ευκαιρίες προαγωγής. Ωστόσο, ακόμη και στις επιβραβεύσεις, τις οποίες η διοίκηση μπορεί σαφώς να επηρεάσει πιο εύκολα, αποτυπώθηκε μη-ικανοποίηση σε ποσοστό μεγαλύτερο του 66%, αποδεικνύοντας ότι η διοίκηση μάλλον αδιαφορεί ακόμη και για τα πιο απλά πράγματα τα οποία σχετίζονται με εφαρμογή πρακτικών ΔΟΠ.

Από την άλλη, η ικανοποίηση που καταγράφηκε στις υπόλοιπες κατηγορίες του ερωτηματολογίου, ίσα που προσεγγίζει το 60%, ενώ η συνολική ικανοποίηση των συμμετεχόντων θεωρείται αμφίβολη και οριακά υπερβαίνει το 50%. Σε γενικές γραμμές κοινώς, θα μπορούσε με ευκολία κανείς να υποστηρίξει ότι το προσωπικό του «Α.Ν.Θ. Θεαγένειο» δεν είναι ικανοποιημένο στο χώρο εργασίας του και μάλιστα η δυσαρέσκεια καταγράφεται σε σημαντικά υψηλότερα επίπεδα από την ικανοποίηση, αναλόγως και την κατηγορία ερωτήσεων.

Απαντώνται έτσι δύο καίρια ερευνητικά ερωτήματα. Το ένα από αυτά έχει σχέση με το τί προκαλεί ικανοποίηση στους εργαζομένους του «Α.Ν.Θ. Θεαγένειο» και όπως φάνηκε αυτά είναι η επίβλεψη των ανωτέρω, οι σχέσεις με τους συναδέλφους, η φύση της εργασίας και σε πολύ μικρό βαθμό η γενικότερη επικοινωνία μεταξύ εργαζομένων, ενώ συνολικά, φαίνεται πως η ικανοποίησή τους κρίνεται αμφίβολη. Τα παραπάνω απαντούν και σε ένα δεύτερο ερώτημα, το οποίο σχετίζεται με το κατά πόσο η διοίκηση είναι πιθανό να εφαρμόζει πρακτικές ΔΟΠ. Αποδεικνύεται λοιπόν ότι - ίσως και λόγω της δημόσιας φύσης του οργανισμού - η διοίκηση είτε δεν εφαρμόζει καμιά πρακτική ΔΟΠ είτε όσες εφαρμόζει δεν έχουν κανένα αποτέλεσμα και θα πρέπει σύντομα να τις αναθεωρήσει, αν θέλει το προσωπικό του οργανισμού να είναι ικανοποιημένο.

Περνώντας τώρα στις υπόλοιπες διαπιστώσεις, αρχικά καταγράφηκε ότι το προσωπικό που εργάζεται λίγα χρόνια στη μονάδα είναι περισσότερο ικανοποιημένο από αυτό που εργάζεται πολλά (16-25), όσον αφορά το μισθολογικό σκέλος (**Pay**). Αυτό κατά πάσα πιθανότητα οφείλεται στην αίσθηση των ηλικιακά μεγαλύτερων εργαζομένων, ότι δεν αμείβονται αρκετά για την εργασία που προσφέρουν και συμφωνεί γενικά με τα χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης που σημειώθηκαν από τους συμμετέχοντες

στο εν λόγω θέμα. Η μισθολογική κατάσταση εξάλλου, είναι ένα ζήτημα που απασχολεί αρκετά το προσωπικό στον κλάδο υγείας, δεδομένων των δυσκολιών του.

Φαίνεται επίσης ότι το φύλο και το επίπεδο μόρφωσης σημειώνουν διαφορές στην ικανοποίηση από τις ευκαιρίες προαγωγής (*Promotion*). Οι άνδρες αποδεικνύονται περισσότερο ικανοποιημένοι (κάτι που δε μπορεί να ερμηνευθεί από το παρόν ερωτηματολόγιο γιατί συμβαίνει) και το προσωπικό που βρίσκεται σε πρακτική άσκηση αποδεικνύεται περισσότερο ικανοποιημένο τόσο από τους εργαζομένους ΤΕ όσο και από τους ΠΕ. Το τελευταίο μάλιστα φαίνεται αρκετά λογικό, αφού ένα άτομο κατά την πρακτική του άσκηση δεν αναλαμβάνει την ίδια ποσότητα και ποιότητα καθηκόντων, ενώ βλέπει με τελείως διαφορετικό τρόπο τη σταδιοδρομία του από τη στιγμή που θα εργαστεί ως σταθερό προσωπικό του νοσοκομείου. Οι ευκαιρίες προαγωγής γενικά γίνονται πολύ πιο ξεκάθαρες από έναν εργαζόμενο όταν εργάζεται καιρό σε ένα πόστο και έχει δει τις δυνατότητες που υπάρχουν πίσω από αυτό, επομένως δε φαίνεται παράξενο τα άτομα στην πρακτική να δείχνουν μεγαλύτερο ενθουσιασμό για όσα μπορούν να πετύχουν.

Το φύλο επίσης, καθώς και η θέση εργασίας, παίζουν σημαντικό ρόλο στον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζεται η επίβλεψη από τους ανώτερους (*Supervision*). Οι άνδρες φάνηκαν περισσότερο ικανοποιημένοι από τις γυναίκες στο θέμα της επίβλεψης (κάτι που δε μπορεί να ερμηνευθεί από το παρόν ερωτηματολόγιο γιατί συμβαίνει), ενώ οι προϊστάμενοι των τμημάτων και οι ειδικευόμενοι ιατροί του νοσοκομείου φάνηκαν περισσότερο ικανοποιημένοι από τους νοσηλευτές στο θέμα της επίβλεψης από τους ανωτέρω. Το γεγονός αυτό δεν ξενίζει, αφού οι μεν προϊστάμενοι συνήθως έχουν καλές σχέσεις με τους ανωτέρους τους και σπανίως έρχονται σε προστριβές, ενώ οι δε ειδικευόμενοι ιατροί - λόγω ακριβώς του ότι δεν έχουν ακόμα αποκτήσει την ειδικότητά τους, άρα επιφορτίζονται με λιγότερες ευθύνες - χαίρουν πιο ήπιας αντιμετώπισης από τους ανωτέρω. Οι νοσηλευτές είναι γεγονός ότι συχνά δέχονται τη μεγαλύτερη πίεση από τους προϊσταμένους τους ή τους γιατρούς και είναι αρκετά λογικό το συμπέρασμα που έχει εξαχθεί για χαμηλή ικανοποίηση στο συγκεκριμένο aspect του ερωτηματολογίου.

Το επίπεδο μόρφωσης παίζει ρόλο στην ικανοποίηση από τα προνόμια (*Fringe benefits*) που έχουν οι εργαζόμενοι. Το παράδοξο εδώ είναι ότι τα άτομα σε πρακτική

άσκηση φαίνονται πιο ικανοποιημένα από τους ΔΕ και ΤΕ εργαζομένους. Το γεγονός αυτό μπορεί να ερμηνευθεί μόνο από την ηπιότερη αντιμετώπιση της οποίας χαίρουν τα άτομα σε πρακτική, των πολύ λιγότερων ευθυνών τις οποίες επωμίζονται και του σημαντικά περιορισμένου ωραρίου που εργάζονται, σε σύγκριση με τους δύο παραπάνω κλάδους που σηκώνουν το μεγαλύτερο βάρος σε ένα νοσοκομείο.

Στο σκέλος της επιβράβευσης (*Contingent rewards*) φαίνεται να παίζουν ρόλο αρκετά δημογραφικά στοιχεία. Συγκεκριμένα, τα άτομα σε πρακτική άσκηση αποδείχθηκαν περισσότερο ικανοποιημένα από τους ΤΕ εργαζομένους όσο αφορά τις επιβραβεύσεις, πιθανόν για λόγους τόνωσης της αυτοπεποίθησής τους, ενώ το ίδιο ισχύει και για το προσωπικό με ειδικότητα έναντι αυτών με μεταπτυχιακό. Αυτό ίσως εξηγείται από το γεγονός ότι η ειδικότητα - ως πρόσθετη δεξιότητα στον κλάδο της υγείας - καθιστά έναν εργαζόμενο πιο ικανό στη δουλειά του, σε αντίθεση με την κατοχή ενός μεταπτυχιακού τίτλου, οδηγώντας τους ανώτερους σε περισσότερες επιβραβεύσεις προς το πρόσωπό του. Επιπροσθέτως, οι ειδικευόμενοι ιατροί φαίνονται πιο ικανοποιημένοι από τους νοσηλευτές/τριες και το λοιπό προσωπικό στο σκέλος της επιβράβευσης, κάτι που επίσης δε φαίνεται περίεργο, αφού οι ειδικευόμενοι καλύπτουν πολλά κενά σε ένα νοσοκομείο και αποτελούν στην ουσία την επόμενη γενιά, ενώ λόγω και της σχέσης τους με ανώτερους γιατρούς, χαίρουν αρκετές φορές ειδικής μεταχείρισης, σε αντίθεση με τους νοσηλευτές/τριες, οι οποίοι δυστυχώς αντιμετωπίζονται συχνά ως αναλώσιμοι. Στη σχέση εργασίας τέλος, φαίνεται ότι οι συμβασιούχοι είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από το μόνιμο προσωπικό, όσον αφορά τις επιβραβεύσεις, γεγονός που μπορεί να ερμηνευθεί μόνο από το ότι ο ενθουσιασμός τους υπερτερεί αυτού των μόνιμων, με αποτέλεσμα να είναι και περισσότερο αποδοτικοί, κάνοντας παράλληλα περισσότερα «θελήματα» ώστε να γίνουν αρεστοί.

Το επίπεδο μόρφωσης φαίνεται να παίζει ρόλο στην ικανοποίηση από τις εργασιακές συνθήκες (*Operating conditions*), οι οποίες μάλιστα αποτελούν κατηγορία που επηρεάζεται από πλήθος δημογραφικών στοιχείων και δε θα πρέπει να θεωρείται περίεργο, μιας και οι συνθήκες εργασίας θεωρούνται ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες επίδρασης της ικανοποίησης των εργαζομένων. Όσο το επίπεδο μόρφωσης αυξάνεται, η ικανοποίηση από τις συνθήκες εργασίας μειώνεται. Επίσης, όσο λιγότερες

πρόσθετες δεξιότητες διαθέτει κάποιος τόσο πιο ικανοποιημένος δηλώνει από τις συνθήκες εργασίας, ενώ το ίδιο συμβαίνει και με τη θέση των συμμετεχόντων στην εργασιακή βαθμίδα (όσο πιο χαμηλά βρίσκονται τόσο υψηλότερη η ικανοποίηση). Αυτό όμως που θεωρείται παράδοξο, είναι ότι το μόνιμο προσωπικό δηλώνει πιο ικανοποιημένο από τους συμβασιούχους. Τα πρώτα από τα παραπάνω αποτελέσματα θα μπορούσαν κάλλιστα να ερμηνευθούν από το γεγονός ότι όσοι έχουν υψηλότερες θέσεις και πρόσθετες δεξιότητες, θεωρούν πως αξίζουν και καλύτερες συνθήκες εργασίας από τις υπάρχουσες. Το παράδοξο με το είδος της θέσης εργασίας χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση για τους λόγους που συμβαίνει, αν και το πιθανότερο είναι οι συμβασιούχοι να μην είναι ικανοποιημένοι λόγω αυξημένου φόρτου εργασίας ή αυστηρότερης διαχείρισης από τους προϊσταμένους, σε σύγκριση με το μόνιμο προσωπικό.

Το γεγονός ότι οι άνδρες είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τις γυναίκες στο ζήτημα των συναδέλφων (*Coworkers*), οφείλεται κατά πάσα πιθανότητα στην τάση των πρώτων να συνάπτουν ευκολότερα σχέσεις με άτομα από το χώρο εργασίας. Το ίδιο περίπου ισχύει και στο θέμα της φύσης της εργασίας (*Nature of work*), όπου οι άνδρες δήλωσαν περισσότερο ικανοποιημένοι από τις γυναίκες, πιθανόν λόγω της τάσης να προσπερνούν ευκολότερα κάποιες καταστάσεις ή ίσως να αντέχουν τη σωματική κόπωση που προκαλούν ορισμένες εργασίες. Οι λόγοι και εδώ μπορεί να είναι αρκετοί και σίγουρα μια βαθύτερη διερεύνηση θα έριχνε φως σε αυτό. Τέλος, φαίνεται ότι το προσωπικό σε πρακτική άσκηση είναι περισσότερο ικανοποιημένο από οποιαδήποτε άλλη κατηγορία (ΔΕ, ΤΕ, ΠΕ) στο θέμα της επικοινωνίας (*Communication*) και αυτό πιθανόν οφείλεται στη σημαντικά μικρότερη εμπλοκή του σε όσα λαμβάνουν χώρα στο νοσοκομείο, τις ευθύνες που αναλαμβάνουν, τις βάρδιες που εκτελούν και τις ώρες που εργάζονται.

Κλείνοντας τις κατηγορίες του ερωτηματολογίου και την ικανοποίηση των συμμετεχόντων, το φύλο και το επίπεδο μόρφωσης φαίνεται πως διαδραματίζουν το σημαντικότερο ρόλο στη συνολική αίσθηση ικανοποίησης (*Total satisfaction*) που αισθάνονται οι συμμετέχοντες στην έρευνα. Οι άνδρες αποδείχθηκαν περισσότερο ικανοποιημένοι, ενώ το προσωπικό σε πρακτική άσκηση αποδείχθηκε περισσότερο ικανοποιημένο από τους ΤΕ και ΠΕ εργαζομένους, για λόγους που ήδη έχουν αναφερθεί.

Εν κατακλείδι και ως συμπέρασμα στο τελευταίο ερευνητικό ερώτημα για το ρόλο των δημογραφικών στην ικανοποίηση του προσωπικού του «Α.Ν.Θ. Θεαγένειο», εξάγονται τα εξής συμπεράσματα: το επίπεδο μόρφωσης, το φύλο και η σχέση εργασίας, αποτελούν 3 δημογραφικά χαρακτηριστικά με σημαντική επιρροή στην τελική απάντηση που δόθηκε. Οι άνδρες παρουσιάζονται περισσότερο ικανοποιημένοι από τις γυναίκες, ενώ όσο λιγότερες πρόσθετες δεξιότητες διαθέτει κάποιος και όσο χαμηλότερη θέση ευθύνης κατέχει, τόσο υψηλότερη η ικανοποίησή του από την εργασία, σε συγκεκριμένες κατηγορίες αίσθησης ικανοποίησης. Τέλος, το επίπεδο μόρφωσης αποδείχθηκε ότι και αυτό επηρεάζει με τον τρόπο του την ικανοποίηση ενός εργαζομένου στο «Α.Ν.Θ. Θεαγένειο» και μάλιστα σε μεγάλο βαθμό, αφού όσο χαμηλότερο είναι τόσο λιγότερες οι αρμοδιότητες που αναλαμβάνει, άρα και οι ευθύνες του, με αποτέλεσμα η εργασιακή ικανοποίηση να σημειώνει υψηλά επίπεδα.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- ACA - Affordable Care Act (2010). Affordable Care Act. Available at: <https://www.healthcare.gov/glossary/affordable-care-act/> [Access: 09 Oct 2019].
- AHRQ - Agency for Healthcare Research & Quality (2018). *Understanding Quality Measurement*. Available at: <https://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/chtoolbx/understand/index.html> [Access: 30 Sep 2019].
- Nourae, M. (2013). Study relationship between TQM on empowerment and job satisfaction. *International Journal of Economics & Management Engineering*, 7 (9), 2638-2640.
- Aldebasi, Y.H. & Ahmed, M.I. (2011). Patients' satisfaction with Medical Services in the Qassim Area. *Journal of Clinical & Diagnostic Research*, 5 (4), 813-817.
- Anand, S. & Dwivedi, R. (2019). Interrelating employee satisfaction and customer satisfaction in the Healthcare Industry. *International Bulletin of Management and Economics*, X, ISSN No. 2349-7165.
- Backstrom, I. Larsson, J. & Wiklund, H. (2009). Are healthy and successful organizations working accordingly to quality management? *International Journal of Workplace Health Management*, 2 (3), 245-257.
- Barry, J. (2012). *Employee Recognition: Satisfying employees and patients*. Available at: <https://www.healthcaresource.com/sites/default/files/img/hrpulse-employee-recognition-article.pdf> [Access: 01.02.2020].
- Berry, L., Zeithalm, V. & Parasuraman, A. (1990). Five imperatives for improving service quality. *Sloan Management Review*, 11, 29-38.
- Berry, L.L. & Parasuraman, A. (1991). *Marketing services: Competing through quality*. New York: The Free Press.

- Burli, S., Virupaxi, B. & Basavaraj, K. (2012). TQM dimensions and their interrelationships in ISO certified engineering institutes of India. *Benchmarking: An International Journal*, 19 (2), 177-192.
- Chang, C.C., Chiu, C.M. & Chen, C.A. (2010). The effect of TQM practices on employee satisfaction and loyalty in government. *Journal of Total Quality Management & Business Excellence*. 21 (12), 1299-1314.
- Chang, C.S. & Chang, H.H. (2007). Effects of internal marketing on nurse job satisfaction and organizational commitment: Example of medical centers in Southern Taiwan. *Journal of Nursing Research*, 15 (4), 265-273.
- Chapman, A.L.N. (2014). Leadership styles used by senior medical leaders: Patterns, influences, and applications for leader development. *Leadership in Health Services*, 27 (4), 283-298.
- Conduit, J. & Mavondo, F.T. (2001). How critical is internal customer orientation to market orientation? *Journal of Business Research*, 51 (1), 11-24.
- Crosby, P.B. (1979). *Quality is free*. New York: New American Library.
- Das, A., Paul, H. & Swierczek, F.W. (2008). Developing and validating total quality management (TQM) constructs in the context of Thailand's manufacturing industry. *Benchmarking: An International Journal*, 15 (1), 52-72.
- Das, A., Vinod, K. & Uma, K. (2011). The role of leadership competencies for implementing TQM. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 28 (2), 195-219.
- Del Rio, R., Bredis, K. & Garcia, J.A. (2016). Employees Satisfaction and Quality Management in Human Resources: A study in Spanish Thermal Centre (*Proceedings of the 2nd ICQEM Conference*). Guimaraes, Portugal, 2016.
- Deming, W.E. (1993). *The New Economics for industry, government, education*. Cambridge, MA: MIT Center for Advanced Engineering Study.

- DoH UK - Department of Health, United Kingdom (2013). Quality in the new health system (Final Report). Available at: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213304/Final-NQB-report-v4-160113.pdf [Access: 16 Oct 2019].
- Donabedian, A. (1988a). Quality assessment and assurance: Unity of purpose, diversity of means. *Inquiry*, 25, 173-192.
- Donabedian, A. (1988b). The quality of care: How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*. 260 (12), 1743-1748. <https://doi:10.1001/jama.1988.03410120089033.PMID3045356>
- Donabedian, A. (1996). Quality improvement through monitoring health care (*Proceedings of the Annual Meeting of the Society of Quality Assurance in Health Care*). Seoul, North Korea.
- Friesner, D., Neufelder, D., Raisor, J. & Bozman, C.S. (2009). How to improve patient satisfaction when patients are already satisfied: A continuous process improvement approach. *Hospital Topics*, 87 (1), 24-40.
- Ginsburg, L. (2017). Total quality management in health care. *Advances in Health Care Management*. 2, 265-290.
- Goleman, D. (2002). *Ο Νέος Ηγέτης*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Goleman, D. (2014). *Ο Νέος Ηγέτης*. Αθήνα: Εκδόσεις Πεδίο.
- Goula, A., Giannopoulou, V., Magouli, P., Ntakou, M. & Yfantopoulos, N. (2017), Investigation of the sociomedical infrastructure for health needs coverage in periods of economic crisis, *Archives of Hellenic Medicine*, 34 (1), 91-99.
- Grigoroudis, E. & Siskos, Y. (2010). *Customer satisfaction evaluation: Methods for measuring and implementing service quality*. Springer: New York.
- Gronroos, C. (2001). *Service management and marketing*. New York: John Wiley & Sons.

- Haddon, A., Loughlin, C. & McNally, C. (2015). Leadership in a time of financial crisis: what do we want from our leaders? *Leadership & Organization Development Journal*, 36 (5), 612-627.
- Halis, M., Twati, M.R. & Halis, M. (2017). Total quality management implementation in the healthcare industry: Findings from Libya. *Management Issues in Healthcare System*, 3, 4-21.
- Janicijevic, I., Seke, K., Djokovic, A. & Filipovic, T. (2013). Healthcare workers' satisfaction and patient satisfaction - Where is the linkage? *Hippokratia*, 17 (2), 157-162.
- Jos, M., Sanders, K. & van Riemsdijk, M. (2015). Transformational leadership and organisational commitment in manufacturing and service small to medium-sized enterprises. *Personnel Review*, 44 (6), 970-990.
- Joshi, R. (2007). Internal marketing in service organizations: Need for reorientation. *The ICFAI Journal of Service Marketing*, 5 (4), 28-36.
- Juran, J.M. & Godfrey, A.B. (1998). *Juran's Quality Handbook* (5th edn). New York: McGraw-Hill Co.
- Juran, J.M. & Gryna, F.M. (1993). *Quality planning and analysis*. New York: McGraw Hill.
- Katou, A. (2015). Transformational leadership and organizational performance. *Employee Relations*, 37 (3), 329-353.
- Kumari, G. & Pandey, K.M. (2011). Job satisfaction in public sector and private sector: A comparison. *International Journal of Innovation, Management & Technology*. 2 (3), 181-199.
- Mishra, S. (2010). Internal marketing - A tool to harness employees' power in service organizations in India. *International Journal of Business Management*, 5 (1), 185-193.

- Mohd-Ali, K.A. & Alolayyan, M.N. (2013). The impact of total quality management (TQM) on the hospital's performance: an empirical research. *International Journal of Services of Operations Management*, 15 (4), 482-500.
- Mosadeghrad, A.M. (2014). Strategic collaborative quality management and employee job satisfaction. *International Journal of Policy Management*, 2 (4), 167-174.
- Mosadeghrad, A.M., Ferlie, E., Rosenberg, D. (2008). A study of relationship between job satisfaction, organisational commitment and turnover intention among hospital employees. *Health Services Management Research*, 21 (4), 211-227.
- Mullins, L. (2015). *Μάνατζμεντ Οργανωσιακή Συμπεριφορά* (μτφρ. Π. Πολυχρονίου). Αθήνα: Utopia.
- NASEM - National Academies of Sciences, Engineering & Medicine (2019). *Crossing the quality chasm: The IOM Health Care quality initiative*. Available at: <http://www.nationalacademies.org/hmd/Global/News%20Announcements/Crossing-the-Quality-Chasm-The-IOM-Health-Care-Quality-Initiative.aspx> [Access: 06 Oct 2019].
- Ozdal, M.A. & Oyebamiji, B.F. (2018). Implementation of Total Quality Management and its effect on employees' performance in a Teaching Hospital in Oyo State, Nigeria. *Public Health Open Access*, 2 (3), 1-8.
- Papakonstanti, A. (2012). Quality in health care and its evaluation. *Archives of Hellenic Medicine*, 29 (4), 480-488.
- Parasuraman, A.P., Zeithaml, V.A. & Berry, L.L. (1985). A conceptual model of Service Quality and its implication for future research (SERVQUAL). *Journal of Marketing*, 49, 41-50.
- Peltier, J.W., Pointer, L. & Schibrowsky, J.A. (2008). Internal marketing and the antecedents of nurse satisfaction and loyalty. *Healthcare Market Quarterly*, 23 (4), 75-108.

- Poulas, G.A., Brodell, R.T. & Mostow, E.N. (2008). Improving quality and patient satisfaction in dermatology office practice. *Archives of Dermatology*, 144, 263-265.
- Psomas, E., Vouzas, F. & Kafetzopoulos, D. (2014). Quality management benefits through the “soft” and “hard” aspect of TQM in food companies. *The TQM Journal*, 26 (5), 431-444.
- Schein, H.E. (2004). *Organizational culture and leadership defined*. London, UK: Jossey Bass.
- Shalley, C.E. (2017). Effects of coaction, expected evaluation, and goal setting on creativity and productivity. *Academy of Management Journal*, 38 (2). <https://doi.org/10.5465/256689>
- Suarez, T. (2016). Cultural differences in a public hospital in Mexico. *Journal of Iberoamerican of Management*. 14 (1), 85-102.
- Subrahmanya, K.B. & Rajashekhar, J. (2009). An empirical study of barriers to TQM implementation in Indian industries, *The TQM Journal*, 21 (3), 261-272.
- Suki, N.M. (2011). Assessing patient satisfaction, trust, commitment loyalty and doctors’ reputation towards doctor services. *Pakistan Journal of Medical Science*, 27 (5), 1207-1210.
- Sweis, R.J., Al-Mansour, A., Tarawneh, M. & Al-Dweik, G. (2013). The impact of total quality management practices on employee empowerment in the healthcare sector in Saudi Arabia: A study of King Khalid Hospital. *International Journal of Productivity & Quality Management*, 12 (3), 271-286.
- Wang, K.Y., Chou, C.C. & Lai, J.C.Y. (2018). A structural model of total quality management, work values, job satisfaction and patient- safety- culture attitude among nurses. *Journal of Nursing Management*, 27 (2), 225-232.
- WHO - World Health Organization (2006). *Quality of care - A process for making strategic choices in health systems*. Paris: WHO. Available at: https://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf [Access: 12 Oct 2019].

- Yusuf, Y., Gunasekaran, A. & Dan, G. (2007). Implementation of TQM in china and organization performance: An empirical investigation. *Total Quality Management*, 18 (5), 509-530.
- Zgierska, A., Miller, M. & Rabago, D. (2012). Patient satisfaction, prescription drug abuse, and potential unintended consequences. *Journal of American Medical Association*, 307 (13), 222-241.
- Βένιου, Α. & Τεντολούρης, Ν. (2013). Παράγοντες που επηρεάζουν την επικοινωνία ιατρού-ασθενούς. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 30, 613-618.
- Γείτονα, Μ., Καρόκης, Α., Κυριόπουλος, Γ., Λιόνης, Χ., Σισσούρας, Α., Υφαντόπουλος, Γ. (2003). *Η αναζήτηση της ποιότητας στην υγεία κα τη φροντίδα υγείας. Κείμενα ομοφωνίας*. Αθήνα: Παπαζήσης.
- Δερβιτσιώτης, Ν.Κ. (2005). *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας*. Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη.
- Ζαβλανός, Μ. (2003). *Η ολική ποιότητα στην εκπαίδευση*. Αθήνα: Εκδόσεις Σταμούλης.
- Κέφης, Β. (2005). *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας: Θεωρία & πρότυπα*. Αθήνα: Κριτική.
- Κωσταγιόλας, Π., Καϊτελίδου, Δ. & Χατζοπούλου, Μ. (2008). *Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*. Αθήνα: Παπασωτηρίου.
- Λογοθέτης, Ν. (2005). *Μάνατζμεντ Ολικής Ποιότητας* (έκδοση 2^η). Αθήνα: Interbooks.
- Μπαλτάς, Γ. & Παπασταθοπούλου, Π. (2013). *Συμπεριφορά καταναλωτή*. Αθήνα: Rossili.
- Παπακωστίδη, Α. & Τσουκαλάς, Ν. (2012). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 29, 480-488.
- Πολλάλης, Γ. (2011). *Εισαγωγή στο management*. Λευκωσία: Broken Hill Publishers Ltd.

- Ρίκος, Ν. (2015). Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. *Το Βήμα Ασκληπιού*, 14, 247-252.
- Σούλης, Σ. (1999). *Οικονομική της Υγείας*. Αθήνα: Παπαζήσης.
- Σφακιανάκη, Ε. (2015). *Διοίκηση Ολικής Ποιότητας και εκπαίδευση*. Αθήνα: Διάυλος.
- Τζωρτζόπουλος, Α. (2018). Εφαρμογή αρχών και εργαλείων της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στον υγειονομικό τομέα - Εγγύηση στην ποιοτική αναβάθμιση των νοσοκομείων και του Εθνικού Συστήματος Υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 35 (5), 649-664.
- Παπακωστίδη, Α. & Τσουκαλάς, Ν. (2012). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29 (4), 480-488.
- Τούντας, Γ. (2003). Quality issues in medical practice. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 20 (5), 532-546.
- Τούντας, Ι. (2016). *Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα*. Αθήνα: Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας.
- Τσιότρας, Γ. (2002). *Βελτίωση ποιότητας*. Αθήνα: Μπένου.
- ΦΕΚ 1953Β'/2006 (29.12.2006). *Ετήσια Έκθεση του Ελεγκτικού Συνεδρίου οικονομικού έτους 2004*.
- Χλέτσος, Μ. (2015). Η δομή του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα (Στο: Μ. Χλέτσος, *Κύκλος διαλέξεων: "Οικονομία και κοινωνία*, 13-23). Ιωάννινα: Τμήμα Οικονομικών Επιστημών - Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.

Παράρτημα

Ερωτηματολόγιο έρευνας

Μέρος 1^ο: Δημογραφικά

1.1 Φύλο

1. Άνδρας 2. Γυναίκα

1.2 Χρόνια εργασίας

1. έως 5 2. 5-15 3. 16-25 4. 26-35 5. άνω των 35

1.3 Οικογενειακή κατάσταση

1. έγγαμος/η 2. άγαμος/η
3. διαζευγμένος/η 4. άλλο

1.4 Επίπεδο μόρφωσης

1. Πανεπιστημιακής εκπαίδευσης
2. Τεχνολογικής εκπαίδευσης
3. Διευτούς εκπαίδευσης

1.5 Πρόσθετες δεξιότητες

1. Ειδικότητα 2. Μεταπτυχιακό/ά 3. Διδακτορικό

1.6 Θέση εργασίας

1. νοσηλεύτρια 2. προϊσταμένη
3. τομεάρχης 4. διευθυντής/ντρια τομέα

1.7 Εργασία ως

1. μόνιμο προσωπικό 2. συμβασιούχος

Μέρος 2^ο: Επιλέξτε από το 1 έως 6 ανάλογα με τη βαρύτητα που θεωρείτε ότι σας αντιπροσωπεύει σε κάθε ερώτηση

1: Διαφωνώ πολύ 2: Διαφωνώ αρκετά 3: Διαφωνώ λίγο
4: Συμφωνώ λίγο 5: Συμφωνώ αρκετά 6: Συμφωνώ πολύ

		1	2	3	4	5	6
2.1	Αισθάνομαι ότι η αμοιβή μου είναι δίκαιη για τη δουλειά που προσφέρω						
2.2	Υπάρχουν λίγες πιθανότητες για προαγωγή στην εργασία μου						
2.3	Ο/Η προϊστάμενός/η μου είναι αρκετά ικανός στη δουλειά του/της						
2.4	Δεν είμαι ικανοποιημένος/η από τα προνόμια που μου προσφέρει η εργασία μου						
2.5	Όταν κάνω τη δουλειά μου σωστά, αποκομίζω την αναγνώριση που θα έπρεπε						
2.6	Πολλοί από τους κανόνες και τις διαδικασίες που ακολουθεί ο οργανισμός στον οποίο απασχολούμαι, έχουν ως αποτέλεσμα να κάνουν τη δουλειά μου πιο δύσκολη						
2.7	Σε γενικές γραμμές συμπαθώ τους συναδέλφους μου						
2.8	Μερικές φορές αισθάνομαι ότι η εργασία μου δεν έχει νόημα						
2.9	Η επικοινωνία στον οργανισμό στον οποίο απασχολούμαι κυμαίνεται σε ικανοποιητικά επίπεδα						
2.10	Οι αυξήσεις είναι μικρές και δεν είναι συχνές						
2.11	Εκείνοι που διεκπεραιώνουν καλά τα καθήκοντά τους έχουν αρκετά καλές πιθανότητες να πάρουν προαγωγή						
2.12	Ο/Η προϊστάμενος/η είναι άδικος/η μαζί μου						
2.13	Τα προνόμια που αποκομίζω από την εργασία μου, είναι τόσο καλά όσο και αυτά που αποκομίζουν οι υπάλληλοι άλλων δημόσιων υπηρεσιών						
2.14	Δεν αισθάνομαι ότι η δουλειά που κάνω εκτιμάται όπως πρέπει						
2.15	Οι προσπάθειές μου για να κάνω σωστή δουλειά σπανίως «μπλοκάρονται» από τη γραφειοκρατία						
2.16	Πιστεύω ότι πρέπει να δουλεύω περισσότερο στη δουλειά μου εξαιτίας της ανικανότητας των συναδέλφων μου						
2.17	Μου αρέσει να κάνω αυτά που πρέπει να κάνω στη δουλειά μου						
2.18	Οι στόχοι που ανά διαστήματα θέτει ο οργανισμός στον οποίο εργάζομαι δεν μου είναι σαφείς						
2.19	Αισθάνομαι ότι δεν εκτιμούν ιδιαίτερα τη δουλειά μου όταν σκέφτομαι το μισθό που μου δίνουν						
2.20	Οι άνθρωποι που δουλεύουν εδώ μπορούν να ανεπιχθούν τόσο γρήγορα, όσο και αν δούλευαν οπουδήποτε αλλού						
2.21	Ο/Η προϊστάμενος/η δείχνει ελάχιστο ενδιαφέρον όσον αφορά τα συναισθήματα των υφισταμένων του/της (υπαλλήλων του/της)						
2.22	Τα προνόμια που μας προσφέρει η εργασία μας είναι						

	ικανοποιητικά						
2.23	Οι πιθανότητες για να ανταμειφθεί ηθικά κάποιος που εργάζεται εδώ είναι λίγες						
2.24	Έχω πολύ μεγάλο φόρτο εργασίας						
2.25	Περνάω καλά με τους συναδέλφους μου						
2.26	Συχνά αισθάνομαι ότι δεν γνωρίζω τι ακριβώς συμβαίνει στην υπηρεσία μου						
2.27	Αισθάνομαι περήφανος που κάνω αυτή τη δουλειά						
2.28	Αισθάνομαι ικανοποιημένος/η με τις προοπτικές που υπάρχουν για αύξηση του μισθού μου						
2.29	Υπάρχουν προνόμια που δεν έχουμε ενώ τα δικαιούμαστε						
2.30	Συμπαθώ τον/την προϊστάμενό/η μου						
2.31	Στη δουλειά μου, έχω πάρα πολύ μεγάλο όγκο γραφικής εργασίας						
2.32	Δεν πιστεύω ότι οι προσπάθειές μου αναγνωρίζονται στο βαθμό που θα έπρεπε						
2.33	Είμαι ικανοποιημένος/η από τις προοπτικές που υπάρχουν για μία πιθανή προαγωγή μου						
2.34	Υπάρχουν αρκετοί διαπληκτισμοί και συγκρούσεις στη δουλειά μου						
2.35	Η δουλειά μου είναι ευχάριστη						
2.36	Τις δουλειές που μου αναθέτουν δεν μου τις εξηγούν πλήρως						