

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΕΥΗΜΕΡΙΑ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Βασιλική Ακουρή

A.M. 20089

Επιβλέπων Καθηγητής

Μάρκος Σαρρής

Αθήνα, Μάρτιος 2022

UNIVERSITY OF West ATTICA



DIVISION
SOCIAL POLICE



DEPARTMENT
BUSINESS ADMINISTRATION

MSc in HEALTH AND SOCIAL CARE
MANAGEMENT

Diploma Thesis

**OCCUPATIONAL WELL-BEING AND ORGANIZATIONAL
CULTURE IN HEALTH SERVICES**

Vasiliki Akouri

Registration number: 20089

Supervisor

Markos Sarris

Athens, March 2022

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Εργασιακή Ευημερία και Οργανωσιακή Κουλτούρα

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

Α/α	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1	Μάρκος Σαρρής	Επιβλέπων Καθηγητής	
2	Σωτήριος Σούλης	Μέλος-Καθηγητής	
3	Ασπασία Γούλα	Μέλος- Αν. Καθηγήτρια	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Βασιλική Ακουρή του Δημητρίου, με αριθμό μητρώου 20089 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας του Τμήματος Διοίκηση Επιχειρήσεων της Σχολής Διοικητικών Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

**Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι 30 Ιουνίου 2022 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.*

Ο/Η Δηλών/ούσα



*** Ονοματεπώνυμο /Ιδιότητα**

Ψηφιακή Υπογραφή Επιβλέποντα
(Υπογραφή)

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για την υλοποίηση της παρούσας διπλωματικής μου εργασίας, συμμετείχαν και βοήθησαν ένας αριθμός ανθρώπων που αξίζουν τις θερμές μου ευχαριστίες.

Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή και εισηγητή μου Μάρκο Σαρρή για την επιστημονική καθοδήγηση, την πολύτιμη βοήθειά του, τις χρήσιμες συμβουλές του και τον χρόνο που μου διέθεσε για την υλοποίηση και περάτωση της παρούσας διπλωματικής εργασίας καθώς επίσης και για την κατανόηση του καθ' όλη τη διάρκεια της συγγραφής.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον καθηγητή κ. Σούλη Σωτήριο και την καθηγήτρια κ. Γούλα Ασπασία για την συμβολή τους ως μέλη της τριμελούς επιτροπής.

Τέλος, με βαθιά ευγνωμοσύνη, αγάπη και σεβασμό θέλω να ευχαριστήσω και να αφιερώσω την διπλωματική μου εργασία στην οικογένειά μου και στους φίλους μου για την κατανόηση και τη συμπαράστασή τους για την εκπλήρωση των στόχων μου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα διπλωματική εργασία έχει ως αντικείμενο μελέτης την εργασιακή ευημερία και την οργανωσιακή κουλτούρα στις υπηρεσίες υγείας. Διανύοντας μια πανδημική περίοδο από το 2020 έως και σήμερα, αντιλαμβάνεται κανείς πως οι οργανισμοί υγείας δεν γινόταν να μείνουν ακλόνητοι και ανεπηρέαστοι από την υγειονομική κρίση η οποία στη συνέχεια προκάλεσε και κοινωνικό-οικονομικές αναταραχές λόγω των Lockdown. Οι επαγγελματίες υγείας σε υπηρεσίες υγείας και συγκεκριμένα το ιατρικό, νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό αντιμετώπισαν σοβαρά προβλήματα στην προσπάθεια τους να προσφέρουν όσο το δυνατόν πιο ποιοτική φροντίδα στους ασθενείς έχοντας και οι ίδιοι το άγχος και τον φόβο μην τυχόν κολλήσουν και βρεθούν στην θέση του ασθενή.

Έχει αποδειχθεί πως η ευημερία των εργαζομένων αποτελεί όλο και μεγαλύτερη επιδίωξη καθώς αποτελεί κοινωνική απαίτηση. Επίσης, η εργασιακή ευημερία αφορά το κατά πόσο οι επαγγελματίες υγείας μέσα σε ένα οργανισμό είναι ικανοποιημένοι από την εργασία τους από άποψη περιβάλλοντος (συνθήκες εργασίας), αρμοδιοτήτων, αποδοχών, σχέσεων με τους συναδέλφους τους και με την ηγεσία αλλά και των ευκαιριών ανέλιξης και εξέλιξής τους. Σημαντικό ρόλο παίζει και ο τύπος της οργανωσιακής κουλτούρας που επικρατεί στον εκάστοτε οργανισμό. Η οργανωσιακή κουλτούρα είναι το σύνολο των κανόνων, αξιών και συμπεριφορών των εργαζομένων ενός οργανισμού που επηρεάζουν τις διαπροσωπικές σχέσεις και την λειτουργία του. Τα πλεονεκτήματά της είναι η δέσμευση, η παρακίνηση και η ενεργοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού του οργανισμού ενώ το μειονέκτημά της είναι η αντίσταση στην αλλαγή κουλτούρας.

Σκοπός αυτής της βιβλιογραφικής ανασκόπησης η ανάδειξη των επιπέδων της εργασιακής ευημερίας και της ικανοποίησης των εργαζομένων και ο προσδιορισμός του στυλ της υπάρχουσας και της επιθυμητής οργανωσιακής κουλτούρας των υπηρεσιών υγείας στην τελευταία πενταετία μέσα από διεθνή αλλά και ελληνική βιβλιογραφία. Συγκεκριμένα, η αναζήτηση ερευνών έγινε μέσω των διαδικτυακών βάσεων Pubmed, Google Scholar αλλά και από τα Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. Βάση κριτηρίων επιλέχθηκαν 15 άρθρα από τα οποία τα 7 κρίθηκαν κατάλληλα για το εξεταζόμενο θέμα. Όλες οι έρευνες που επιλέχθηκαν (εκτός από μια που ήταν συστηματικής ανασκόπησης) ήταν ποσοτικές, με την χρήση ερωτηματολογίου και σε

κάποιες η διαδικασία πραγματοποιήθηκε διαδικτυακά. Φυσικά, έγινε χρήση λογισμικού στατιστικής ανάλυσης.

Με βάση την βιβλιογραφική ανασκόπηση καταλήξαμε πως η εργασιακή ευημερία δεν περιλαμβάνει μόνο την σωματική ευεξία αλλά και την ψυχολογική ευημερία. Παρατηρήθηκε πως τα επίπεδα ικανοποίησης από την εργασία, της ικανοποίησης από την ζωή, την ψυχολογική ευεξία και την υποκειμενική ευημερία διαφέρουν ανάλογα από το επίπεδο εκπαίδευσης, από τα έτη υπηρεσίας και από νοσοκομείο σε νοσοκομείο. Παράγοντες που δρουν αρνητικά είναι η πίεση, το άγχος και τα θέματα υγείας. Επιπροσθέτως, οι πολιτικές μεταρρυθμίσεις της υγειονομικής περίθαλψης διαπιστώθηκε πως δρουν καταλυτικά στην ικανοποίηση και στην ευημερία, διότι μπορούν να επηρεάσουν τις οικονομικές ανταμοιβές την εξέλιξη της σταδιοδρομίας και γενικά το περιεχόμενο της εργασίας. Η πανδημία της COVID-19 επηρέασε αρνητικά την ευημερία των εργαζομένων η οποία προκάλεσε κοινωνική απόρριψη ή απομάκρυνση των οικογενειών, των συντρόφων και του κοινού λόγω αίσθησης φόβου για τυχόν μετάδοση του ιού από τους επαγγελματίες υγείας σε αυτούς.

Όσον αφορά την οργανωσιακή κουλτούρα στις υπηρεσίες υγείας, η κουλτούρα που μπορεί να κυριαρχεί σε ένα οργανισμό μπορεί να είναι μια από τις παρακάτω: η οικογενειακή/συμμετοχική, η προσαρμοστική, η προσανατολισμένη, η ιεραρχική κουλτούρα. Παρατηρήθηκε μέσα από τις έρευνες πως δεν παίζει ρόλο μόνο η κυρίαρχη κουλτούρα αλλά και επιθυμητή για τα επόμενα 5 έτη. Αρκετοί οργανισμοί είχαν ως κυρίαρχη την ιεραρχική κουλτούρα που βασίζεται στον έλεγχο και ως επιθυμητή την οικογενειακή/συμμετοχική κουλτούρα που βασίζεται στην συνεργασία.

Συμπεραίνουμε, πως για να υπάρξει εργασιακή ευημερία αλλά και η κατάλληλη οργανωσιακή κουλτούρα στις υπηρεσίες υγείας θα πρέπει η διοίκηση αλλά και οι υφιστάμενοι της κάθε ομάδας, να συμβάλλουν ελέγχοντας τον οργανισμό τους μέσω ετήσιας αξιολόγησης η οποία θα παρέχει σημαντικές πληροφορίες σχετικές με τις στρατηγικές βελτίωσης της ποιότητάς του.

Λέξεις-κλειδιά: νοσηλευτές, επαγγελματική υγεία, ικανοποίηση εργασίας, πανδημία Covid-19, ευημερία στην εργασία, ψυχολογική ευημερία, οργανωσιακή κουλτούρα, ποιότητα ζωής.

ABSTRACT

The subject of this diploma thesis is to study the occupational well-being and organizational culture in health services. Going through a pandemic period from 2020 until today, it has become perceivable that health organizations could not remain steadfast and unaffected by the health crisis which then caused socio-economic unrest due to the Lockdowns. Health professionals in health services and specifically the medical, nursing and paramedical staff faced serious problems in their efforts to offer as high-quality care as possible to patients, while feeling the anxiety and fear of getting sick and be found in the patient's position.

It has been proven that the well-being of workers is an increasing pursuit as it is a social requirement. Furthermore, occupational well-being can be defined as whether health professionals within an organization are satisfied with their work in terms of environment (working conditions), responsibilities, earnings, relationships with their colleagues and leadership, as well as their opportunities for advancement and development. The type of organizational culture that prevails in each organization plays an important role as well. Organizational culture can be defined as the set of rules, values and behaviors of the employees of an organization that affect the interpersonal relationships and its operation. The advantages of it are the commitment, motivation and activation of the human resources of the organization while the disadvantage of it is the resistance to culture change.

The purpose of this literature review is to highlight the levels of occupational well-being and employee satisfaction and to define the style of the existing and desirable organizational culture of health services over the last five years through international and Greek literature search. Specifically, the search for relevant literature was conducted in the online databases Pubmed, Google Scholar and the Archives of Greek Medicine. Based on specific criteria, 15 articles were selected, of which 7 were considered appropriate for the subject under consideration. All selected surveys (except for one that was a systematic review) were quantitative using a questionnaire and in some of them the process was carried out online. Of course, statistical analysis software was used.

Based on the literature review we concluded that occupational well-being includes not only physical well-being but also psychological well-being. It was

observed that levels of job satisfaction, life satisfaction, psychological well-being and subjective well-being differ depending on the level of education, years of providing healthcare service and from hospital to hospital. Factors that act negatively are issues that can cause pressure, stress and health issues. In addition, health care policy reforms have been found to act as a catalyst for satisfaction and well-being because they can affect financial rewards on career development and job content in general. The COVID-19 pandemic has negatively affected the well-being of workers which has caused social rejection or distance from families, partners and the public due to a sense of fear of possible transmission of the virus from health professionals to them.

Regarding the organizational culture in health services, the culture that can dominate in an organization can be one of the following: family/participatory, adaptive, oriented, hierarchical culture. It was observed through research that not only the dominant culture plays a role but also the desirable for the next 5 years. Several organizations were dominated by a hierarchical culture based on control and a desirable family/participatory culture based on collaboration.

We conclude that in order for occupational well-being and the appropriate organizational culture to exist in health services, the management and the subordinates of each team should contribute by controlling their organization through an annual evaluation process which will provide important information about the strategies that will lead to improvement of its quality.

Keywords: nurses, occupational health, job satisfaction, Covid-19 pandemic, occupational well-being, psychological well-being, organizational culture, quality of life.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	i
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	ii
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	iii
ABSTRACT	v
ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΜΗΣΕΩΝ	xiv
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	2
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	4
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΕΥΗΜΕΡΙΑ</u>	
1.1 Εννοιολογική προσέγγιση της εργασιακής ευημερίας.....	5
1.1.1 Βασικές κατηγορίες της ευημερίας.....	6
1.2 Η ευημερία στο χώρο της εργασίας.....	9
1.2.1 Μοντέλο ευημερίας της Ryff.....	9
1.2.2 Μοντέλο του Warr της ψυχικής υγείας.....	10
1.3 Παράγοντες που διαμορφώνουν την ευημερία των εργαζομένων.....	11
1.4 Συνέπειες της εργασιακής ευημερίας στην απόδοση των εργαζομένων και στους οργανισμούς.....	14
1.5 Ευημερία και δέσμευση: Απαραίτητα για την παρακίνηση των εργαζομένων.....	15
1.5.1 Ευημερία (Well-being).....	15
1.5.2 Ευημερία και δέσμευση.....	16
1.5.3 Τρόποι για μεγαλύτερη δέσμευση και ευημερία.....	17
1.6 Ευημερία (well-being) στο χώρο εργασίας με βάση το μοντέλο «PERMA».....	19

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ

2.1	Εννοιολογικός προσδιορισμός οργανωσιακής κουλτούρας- Διατύπωση σημαντικών ορισμών στον όρο «οργανωσιακή κουλτούρα».....	23
2.2	Κύρια χαρακτηριστικά της κουλτούρας ενός οργανισμού.....	25
2.3	Τύποι της Οργανωσιακής Κουλτούρας.....	28
2.3.1	Τυπολογία του Harrison και Handy.....	28
2.3.2	Τυπολογία των Ανταγωνιστικών αξιών των Quinn & Cameron	29
2.4	Εργαλεία Αξιολόγησης Οργανωσιακής Κουλτούρας.....	31
2.4.1	Ποσοτικό Μοντέλο των Quinn & Cameron - Εργαλείο Αξιολόγησης Οργανωσιακής Κουλτούρας.....	32
2.5	Η οργανωσιακή κουλτούρα των Ελληνικών μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας.....	33
2.5.1	Επιτυχής οργανωσιακή κουλτούρα σε έναν οργανισμό.....	34

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

3.1	Η έννοια της ποιότητας της ζωής.....	38
3.2	Σχέση ποιότητας και οργανωσιακής κουλτούρας.....	38
3.2.1	Ποιότητα και Οργανωσιακή Κουλτούρα στο χώρο της Υγείας.....	40
3.3	Παράγοντες που επιδρούν στην ποιότητα ζωής και στις εργασιακές σχέσεις.....	41
3.4	Παράγοντες παρακίνησης για την καλύτερη απόδοση του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού στις υπηρεσίες υγείας.....	43
3.5	Εκτίμηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγείας.....	45
3.6	Επαγγελματική ικανοποίηση και ψυχική υγεία των εργαζομένων σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και κοινωνικής πρόνοιας.....	46

3.7 Οι επαγγελματίες υγείας στην πανδημία της COVID-19.....	47
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	50
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	51
Μεθοδολογία: Αναζήτηση βάσεων δεδομένων.....	54
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο :</u>	
4.1 Ικανοποίηση των εργαζομένων στον τομέα της υγείας της αστικής κοινότητας μετά τη μεταρρύθμιση της υγειονομικής περίθαλψης το 2009 στην Κίνα: μια συστηματική ανασκόπηση.....	56
4.2 Σκοπός.....	57
4.3 Μεθοδολογία.....	57
4.3.1 Προερχές δεδομένων και στρατηγική αναζήτησης.....	58
4.3.2 Επιλογή μελέτης.....	58
4.3.3 Αξιολόγηση ποιότητας.....	58
4.3.4 Εξαγωγή δεδομένων.....	58
4.4 Αποτελέσματα της σύνθεσης δεδομένων.....	59
4.4.1 Χαρακτηριστικά των αναθεωρημένων μελετών.....	59
4.4.2 Συνολικές βαθμολογίες ικανοποίησης από την εργασία.....	59
4.4.3 Θέματα ικανοποίησης από την εργασία.....	59
4.5 Προγνωστικοί παράγοντες της συνολικής ικανοποίησης από την εργασία.....	63
4.6 Συζήτηση.....	64
4.7 Περιορισμοί	65
4.8 Συμπεράσματα.....	65

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο :

5.1 Βάρη, πόροι, υγεία και ευημερία των νοσηλευτών που εργάζονται γενικά και εξειδικευμένη παρηγορητική φροντίδα στη Γερμανία – αποτελέσματα μιας πανεθνικής διατομεακής μελέτης έρευνας.....	67
5.2 Μεθοδολογία.....	69
5.2.1 Σχεδιασμός μελέτης.....	69
5.2.2 Ερωτηματολόγιο.....	69
5.2.3 Στατιστική ανάλυση.....	71
5.3 Αποτελέσματα	72
5.3.1 Περιγραφικές αναλύσεις.....	72
5.3.2 Χαρακτηριστικά του δείγματος της μελέτης.....	72
5.3.3 Ζυγαριές και μονά στοιχεία.....	72
5.3.4 Επιβαρύνσεις.....	73
5.3.5 Πόροι.....	73
5.3.6 Υγεία και ευημερία.....	73
5.4 Συζήτηση.....	74
5.5 Περιορισμοί.....	78
5.6 Συμπεράσματα.....	79

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο :

6.1 Ευημερία και ικανοποίηση των νοσηλευτών στα νοσοκομεία της Σλοβενίας: Μια διατομεακή μελέτη.....	81
6.2 Μεθοδολογία.....	82
6.2.1 Μελέτη και συλλογή δεδομένων.....	82
6.2.2 Μέτρα	83
6.2.3 Στατιστική Ανάλυση.....	84

6.3 Αποτελέσματα.....	84
6.4 Συζήτηση.....	86
6.5 Συμπεράσματα.....	89

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο :

7.1 Οι αντιλήψεις των νοσηλευτών για την κοινωνική απόρριψη, ανθεκτικότητα και ευημερία κατά τη διάρκεια του COVID-19: Μια εθνική συγκριτική μελέτη.....	91
7.2 Μέθοδοι.....	92
7.2.1 Σχεδιασμός μελέτης	92
7.2.2 Ρύθμιση	92
7.2.3 Συμμετέχοντες.....	93
7.2.4 Όργανα.....	93
7.2.5 Κοινωνική απόρριψη	93
7.2.6 Ερωτηματολόγιο ανθεκτικότητας	94
7.2.7 Γενικό πρόγραμμα ευημερίας.....	94
7.2.8 Εργασία και προσωπικά χαρακτηριστικά.....	94
7.2.9 Ανάλυση δεδομένων.....	94
7.3 Αποτελέσματα.....	95
7.4 Συζήτηση.....	96
7.5 Συμπεράσματα.....	98
7.6 Περιορισμοί.....	98

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο :

8.1 Οργανωσιακή κουλτούρα και αντίσταση στην αλλαγή στο Γενικό Νοσοκομείο Χανίων. Αναβάθμιση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών.....	100
8.2 Υλικό και μέθοδος.....	101

8.2.1 Μελετώμενος πληθυσμός.....	101
8.3 Αποτελέσματα.....	102
8.4 Συζήτηση-Συμπεράσματα.....	103
8.5 Προτάσεις- Περιορισμοί.....	106

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο :

9.1 Οργανωσιακή κουλτούρα μεταξύ των επιπέδων υπηρεσιών υγείας στην Κρήτη (Ελλάδα).....	108
9.2 Μέθοδοι	109
9.2.1 Σχεδιασμός και ρύθμιση μελέτης.....	109
9.2.2 Μέσα και διαδικασίες	109
9.2.3 Στατιστική ανάλυση	110
9.3 Αποτελέσματα.....	111
9.3.1 Περιγραφικά χαρακτηριστικά 231 συμμετεχόντων στην τρέχουσα μελέτη.....	111
9.3.2 Λειτουργική οργανωσιακή κουλτούρα και πρωτογενές και δευτερογενές πολιτιστικό ύφος συνολικά.....	111
9.3.3 Οργανωσιακή κουλτούρα και πολιτιστικές μορφές σε επίπεδο υγειονομικής περίθαλψης.....	111
9.3.4 Ανάλυση χάσματος, τρέχουσα κουλτούρα έναντι ιδανικής κουλτούρας.....	112
9.4 Συζήτηση.....	113
9.4.1 Οργανωσιακή κουλτούρα στην πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη.....	114
9.4.2 Οργανωσιακή κουλτούρα σε δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο υγειονομικής περίθαλψης.....	114
9.5 Συμπεράσματα.....	115

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο :

10.1 Αξιολόγηση αρχέτυπων της οργανωσιακής κουλτούρας με βάση το Πλαίσιο Ανταγωνιστικών Αξιών: η πειραματική χρήση του πλαισίου σε ιαπωνικές μονάδες εντατικής θεραπείας νεογνών.....	116
10.2 Μέθοδοι.....	116
10.2.1 Δείγμα και δεδομένα.....	117
10.2.2 Όργανο: Πλαίσιο Ανταγωνιστικών Αξιών.....	118
10.2.3 Κλίμακα δέσμευσης εργασίας της Ουτρέχτης Ιαπωνία (UWES-J).....	118
10.2.4 Ipsative κλίμακες.....	118
10.3 Αποτελέσματα.....	119
10.3.1 Περιγραφή του δείγματος.....	119
10.3.2 Μέσα και CIs αρχέτυπων πολιτισμού.....	119
10.3.3 Συσχέτιση μεταξύ αρχέτυπων πολιτισμού και οργανωσιακών/ατομικών παραγόντων.....	120
10.4 Συζήτηση -Περιορισμοί.....	120
10.5 Συμπεράσματα.....	122

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11^ο:

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ ΣΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΩΝ.....	121
ΠΙΝΑΚΑΣ ΕΡΕΥΝΩΝ.....	121
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΩΝ ΚΑΙ ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	135
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	140
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	143

ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΜΗΣΕΩΝ

ΔΕΝΜ	Διεθνές Έτος των Νοσηλευτών και Μαιευτών
ΔΟΠ	Διοίκηση Ολικής Ποιότητας
ΓΝΧ	Γενικό Νοσοκομείο Χανίων
CIPD	Διαπιστευμένο Ινστιτούτο Προσωπικής Ανάπτυξης
WHO	World Health Organization (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας)
OCAI	Organizational Culture Assessment Instrument (Μέσο αξιολόγησης της οργανωσιακής κουλτούρας)
RTC	Resistance to Change Scale
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
HCO	Health Care Organizations (Οργανισμών Υγειονομικής Περίθαλψης)
IC	Ideal Culture (Ιδανικό Πολιτισμό)
HSI	Human Synergistics International
HC	Health Centers (Κέντρα Υγείας)
GH	Generals Hospitals (Γενικά Νοσοκομεία)
UH	University Hospital (Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο)
OCI	Organizational Culture Inventory (Κατάλογος οργανωσιακής κουλτούρας)
OCP	Organizational Culture Profile (Προφίλ Οργανωτικής Κουλτούρας)
NICUs	Neonatal Intensive Care Units (μονάδες εντατικής θεραπείας νεογνών)
CHS	Community Health Services (Κοινοτικές Υπηρεσίες Υγείας)
BPHS	Basic Public Health Services (Βασικές Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας)
CHWs	Community Health Workers (Κοινοτικοί εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας)
SREB	Separation of Revenue and Expenditure Budgets (Διαχωρισμός προϋπολογισμών εσόδων και δαπανών)
NCDs	non-communicable diseases (Μη μεταδοτικές ασθένειες)
EAPC	European Association for Palliative Care (Ευρωπαϊκή Ένωση Ανακουφιστικής Φροντίδας)
GPC	general palliative care (Γενική Παρηγορητική Φροντίδα)
SPC	specialised palliative care (Εξειδικευμένη Ανακουφιστική Φροντίδα)
HCWs	Health Care Workers (Εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης)

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εργασία αποτελεί την βασική παράμετρο της ζωής ενός ανθρώπου. Η εργασία δεν είναι μόνο ένα βιοποριστικό μέσο και μια πηγή εσόδων για τον άνθρωπο, αλλά και μια πηγή αυτοεκτίμησης, αυτοελέγχου, ικανοποίησης και άλλων θετικών συναισθημάτων που προκύπτουν είτε από τη συναναστροφή με τους συναδέλφους είτε από την απασχόληση με αυτό καθ' αυτό το αντικείμενο της εργασίας

Η ευημερία, σύμφωνα με το λεξικό της Οξφόρδης, ορίζεται η κατάσταση ζωής ενός ατόμου σε άνεση, υγεία και χαρά. Η ψυχολόγος και ερευνήτρια Ryff (1989) πρότεινε 5 βασικούς πυλώνες ευημερίας για την ζωή ενός ανθρώπου:

1. Η αυτονομία
2. Η προσωπική ανάπτυξη
3. Η αυτο-αποδοχή
4. Οι θετικές σχέσεις
5. Η άσκηση ελέγχου στο περιβάλλον και
6. Η εύρεση σκοπού στη ζωή

Στην συνέχεια, η εργασιακή ευημερία (Well-being) περιεγράφηκε από το Διαπιστευμένο Ινστιτούτο Προσωπικής Ανάπτυξης (CIPD, 2007) ως η δημιουργία ενός εργασιακού περιβάλλοντος που προωθεί καταστάσεις ικανοποίησης, που επιτρέπει στους εργαζομένους να αναπτυχθούν, να πετύχουν και να αναπτύξουν τις δυνατότητες και τις δεξιότητές τους στοχεύοντας στο γενικό καλό τόσο των εργαζομένων όσο και των ίδιων των εταιριών. Γενικά, η εργασιακή ευημερία αποτελείται από παράγοντες τόσο συναισθηματικούς όσο και φυσικούς οι οποίοι έρχονται σε επίδραση μεταξύ τους, εντός αλλά και εκτός του εργασιακού χώρου. Η εργασιακή ευημερία είναι μια «αμοιβαία ανταλλαγή» μεταξύ εργαζομένου και εταιρίας (δημοσίου ή ιδιωτικού τομέα). Με πιο απλά λόγια, κάθε εταιρία προσφέρει στον εργαζόμενο ένα ασφαλές και επαγγελματικά εξελισσόμενο εργασιακό περιβάλλον, ενώ ο εργαζόμενος προσφέρει από την δικιά του πλευρά, τον καλύτερό του εαυτό προς αυτήν.

Την δεκαετία του '30 εμφανίστηκε η έννοια «οργανωσιακή κουλτούρα» αλλά έγινε γνωστή την δεκαετία του '80 όπου ξεκίνησε να ερευνάται η επίδραση της στη λειτουργία των οργανισμών. (Gershon et al., 2004)

Η οργανωσιακή κουλτούρα, αποτελούμενη από αξίες, πιστεύω, κανόνες και συμπεριφορές των μελών/εργαζομένων ενός οργανισμού έχει συσχετιστεί με την απόδοση, την ποιότητα και την λειτουργικότητα των υπηρεσιών που προσφέρει. Η μελέτη της κουλτούρας που φέρει ένας οργανισμός γίνεται για να καταγραφεί η παρούσα κατάσταση αλλά ταυτόχρονα δίνεται η δυνατότητα να αποτυπωθεί η επιθυμία των μελών της για το πως θέλουν να είναι στα επόμενα πέντε έτη. (Κουλούρη Αγορίτσα, 2019) Αυτό θα συμβάλλει στην ικανοποίηση των μελών του οργανισμού και στην αύξηση της παροχής πιο ποιοτικών υπηρεσιών υγείας.

Έχει παρατηρηθεί πόσο δύσκολο και χρονοβόρο είναι να αλλάξει η κουλτούρα μιας υπηρεσίας και συγκεκριμένα στον υγειονομικό τομέα αυτή αναγκάζεται νέες μεθόδους και δεδομένα στην επιστημονική γνώση και στις πολιτικές υγείας. Μια έντονη αλλαγή στο τομέα της υγείας είναι αυτή που βιώνουμε τον τελευταίο χρόνο με την πανδημία SARS coV-2. Σε αυτή την φάση η κουλτούρα παίζει σημαντικό ρόλο στην αποτελεσματική ανταπόκριση στις περιβαλλοντικές πιέσεις που δέχονται η ηγεσία και οι εργαζόμενοι ενός οργανισμού. Οι εξελίξεις που πραγματοποιούνται στο εξωτερικό περιβάλλον βάζουν τις διοικήσεις των οργανισμών να προσαρμοστούν στα νέα δεδομένα για να προσφέρουν υψηλή ποιότητα φροντίδα υγείας.

Σκοπός της βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι ο εννοιολογικός προσδιορισμός της «εργασιακής ευημερίας» και της «οργανωσιακής κουλτούρας», η αποτύπωση τους πάνω στους επαγγελματίες υγείας και παρουσίαση των μοντέλων της οργανωσιακής κουλτούρας, η αποτύπωση κύριων χαρακτηριστικών της στοιχείων καθώς επίσης και η αποτύπωση των βασικών επιστημονικών προσεγγίσεων της τυπολογίας της οργανωσιακής κουλτούρας και τα εργαλεία αξιολόγησής της. Ο ρόλος της ποιότητας ζωής των εργαζομένων σε συνδυασμό με την εργασιακή ευημερία καθώς και η επίδραση της πανδημίας COVID-19 στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης.

Τέλος, ο ρόλος των διοικήσεων μονάδων υγείας και η διερεύνηση της οργανωσιακής κουλτούρας μέσα στον εργασιακό χώρο για την ύπαρξη εργασιακής ευημερίας.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 Εννοιολογική προσέγγιση του όρου εργασιακή ευημερία

Ο όρος «ευημερία» είναι η κατάσταση στην οποία κάποιος έχει μια πολύ καλή ζωή και γενικά βρίσκεται σε ακμή και όχι σε παρακμή. Η λέξη «ευημερία» προέρχεται από τις λέξεις «ευ», που σημαίνει καλός, και «ημέρα», που αναφέρεται σε αυτόν που έχει καλές ημέρες, με άλλα λόγια περνάει καλά. Συνώνυμα της ευημερίας είναι η ευμάρεια και η ευζωία. Ωστόσο μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι από οικονομικής απόψεως, ο όρος «ευημερία» αναφέρεται στη βελτίωση, των συνθηκών και των όρων ζωής ενός λαού ή μιας κοινωνίας. Και αυτό συμβαίνει διότι οι κάτοικοι μιας χώρας εξαρτώνται από τα χρήματα δηλαδή από το εισόδημα που κερδίζουν και αυτό μπορεί να μετρηθεί με διάφορους δείκτες.

Για παράδειγμα η ευημερία κάποιων χωρών επιτυγχάνεται απλά και μόνο με την κάλυψη κάποιων βασικών αναγκών όπως είναι το φαγητό, η στέγη, ο ρουχισμός κλπ. για όλα τα μέλη της κοινωνίας. Σε κάποιες άλλες περιπτώσεις για να θεωρηθεί ότι η οικονομία βρίσκεται σε ευημερία πρέπει να υπάρχει και κάτι παραπάνω από τα βασικά, όπως πχ ατομική περιουσία, επαρκής φωτισμός στις πόλεις, καλές ψυχολογικές συνθήκες κλπ. Για παράδειγμα, στην Ελλάδα της δεκαετίας του 1980 θεωρούνταν ευημερία η ύπαρξη ενός αυτοκινήτου ανά οικογένεια, ενώ σήμερα που αυτό είναι λίγο-πολύ δεδομένο μετράνε άλλα πράγματα όπως πχ η ύπαρξη internet ή απόκτηση του τελευταίου μοντέλου iPhone.

Πιο συγκεκριμένα, ο όρος ευημερία είναι το αποτέλεσμα της ολοκλήρωσης των πιο σημαντικών αναγκών των ατόμων και της πραγματοποίησης των στόχων και των σχεδίων που έχουν οριστεί για την ζωή τους. Σύμφωνα με τους Anttonen και Rasanen (2009) η ευημερία ή η εργασιακή ευημερία στο χώρο εργασίας ορίζεται η σωματική και η ψυχική κατάσταση των εργαζομένων που προκύπτει από την κατάλληλη ισορροπία της εργασίας του περιβάλλοντος και του ελεύθερου χρόνου. Οι σημαντικότεροι παράγοντες που προάγουν την εργασιακή ευημερία είναι η επαγγελματικές δεξιότητες και ο έλεγχος της εργασίας.

Η ευημερία μπορεί να προσδιοριστεί και να μετρηθεί με δύο τρόπους είτε αντικειμενικά είτε υποκειμενικά. Αντικειμενικά, προσδιορισμός της ευτυχίας μπορεί

να είναι π.χ. σε ευκαιρίες εκπαίδευσης ενώ υποκειμενικά ανάλογα με τον τρόπο που την αντιλαμβάνεται το κάθε άτομο. (Butler και Kern, 2016)

Έχει παρατηρηθεί πως ορισμένες θεωρίες επικεντρώνονται στην ηδονική ευεξία (συναίσθημα) ενώ άλλες τονίζουν τα στοιχεία της ευδαιμονίας (την καλή ζωή). Φυσικά έχουν υπάρξει θεωρίες που συνδυάζουν και τα δύο παραπάνω. Πριν από 30 χρόνια, ο Diener (1984) αναφέρει πως η υποκειμενική ευημερία περιλαμβάνει συναισθήματα και γνωστικά στοιχεία. Στη συνέχεια, ο Ryff και Keyes (1995) προσδιορίζουν την εργασιακή ευημερία με βάση έξι τομείς: την αυτό-αποδοχή, τις θετικές σχέσεις με τους άλλους, την αυτονομία, τη γνώση του περιβάλλοντος, το σκοπό στη ζωή και την προσωπική ανάπτυξη.

Το 2003 οι Terence και Denise προσδιόρισαν την ψυχολογική ευημερία ως την τάση ενός ανθρώπου να νιώθει μόνο θετικά συναισθήματα. Η ευημερία σύμφωνα με το μοντέλο του Seligman (2011) έχει 5 βασικούς πυλώνες, το θετικό συναίσθημα, η δέσμευση, οι σχέσεις, το νόημα και η ολοκλήρωση. Εξίσου και οι Huppert και So (2013) καθορίζουν τα δέκα συστατικά της ευημερίας που είναι αντίθετα από τα βασικά συστατικά της κατάθλιψης και του άγχους. Είναι η ικανότητα, η συναισθηματική σταθερότητα, η δέσμευση, το νόημα, η αισιοδοξία, οι θετικές σχέσεις, η ευθυμία, η αυτοεκτίμηση και η ζωτικότητα.

Με βάση την παραπάνω ανασκόπηση που έγινε παρατηρούμε πως οι ορισμοί δείχνουν ότι η ευημερία δεν είναι μόνο η απουσία αρνητικής λειτουργίας αλλά η έλλειψη αρνητικών επιδράσεων όπως είναι η κατάθλιψη, η μοναξιά, η ανασφάλεια και η ασθένεια σε σύγκριση με την παρουσία θετικής επιρροής, ευτυχίας, κοινωνικής σύνδεσης, εμπιστοσύνης και ευεξίας. Επιπλέον μια πρόσφατη τοποθέτηση έκαναν οι Butler και Kern (2016) οι οποίοι ανέφεραν ότι δεν υπάρχει ένα ενιαίο μοντέλο ευημερίας. Όμως με βάση των διαφορετικών αντιλήψεων που προκύπτουν μπορούν να οδηγήσουν στην δημιουργία μια αφηρημένης δομής της ευημερίας και στην παροχή συγκεκριμένων τομέων που μπορούν να μετρηθούν, να αναπτυχθούν και να διατηρηθούν.(Νασιουτζίκη, 2018)

1.1.1 Βασικές κατηγορίες της ευημερίας

Η ευημερία (well-being) χωρίζεται σε δύο βασικές κατηγορίες:

A)Ηδονική Ευημερία

B) Ευδαιμονική Ευημερία

Η **Ηδονική Ευημερία** περιλαμβάνει κυρίως τα ακόλουθα:

- Ικανοποίηση ζωής
- Θετικά συναισθήματα για τη ζωή
- Απόλαυση
- Απουσία πόνου

Η ηδονική ευημερία ή αλλιώς ευτυχία έχει μια μεγάλη ιστορία.

Συγκεκριμένα ξεκινάει από τον 4^ο αιώνα π.Χ. και από τον αρχαίο Έλληνα φιλόσοφο τον Αρίστιππο. Ο Αρίστιππος πίστευε πως σκοπός της ζωής είναι να βιώσει κάποιος το μέγιστο βαθμό ευχαρίστησης και όρισε την ευτυχία ως το σύνολο των ηδονικών στιγμών της ζωής. Κάποιοι μεταγενέστεροι φιλόσοφοι ακολούθησαν την άποψη του Αρίστιππου. Ο Hobbes υποστήριξε ότι η ευτυχία βρίσκεται στην επιτυχημένη αναζήτηση (και ικανοποίηση) των επιθυμιών του ατόμου. Ο DeSade πίστευε ότι το κυνήγι των αισθήσεων καθώς κι εκείνο της ευχαρίστησης είναι ο τελικός σκοπός στη ζωή. Οι ωφελιμιστές όπως ο Bentham ισχυρίστηκε ότι είναι προσωπικό θέμα των ατόμων να επιδιώξουν να αυξήσουν την ευχαρίστηση και το ενδιαφέρον τους όπως μία σωστή κοινωνία έχει δημιουργήσει.

Ο Ηδονισμός, ως μία άποψη της ευημερίας έχει εκφραστεί σε διάφορες μορφές οι οποίες κυμαίνονται από τις σωματικές ικανοποιήσεις μέχρι τις γενικές και ιδιαίτερες προσωπικές επιθυμίες και ενδιαφέροντα ενός ατόμου. Οι ψυχολόγοι που έχουν υιοθετήσει αυτή την άποψη τείνουν να εστιάσουν σε μία διευρυμένη αντίληψη που περιλαμβάνει προτιμήσεις και ευχαριστήσεις τόσο για το σώμα όσο και το πνεύμα (Kubovy, 1999). Πράγματι, η κυρίαρχη άποψη ανάμεσα στους ηδονικούς ψυχολόγους είναι ότι η ευημερία αποτελείται από την υποκειμενική αντίληψη της ευτυχίας και αφορά την εμπειρία της ευχαρίστησης ενάντια στη μη ευχαρίστηση (δυσαρέσκεια) που σε γενικές γραμμές θεωρείται ότι περιλαμβάνει όλες τις κρίσεις του ανθρώπου για τα καλά/κακά της ζωής. Η ευτυχία ως εκ τούτου δεν μπορεί να αναχθεί σε φυσική ηδονισμό, γι' αυτό μπορεί να προέρχεται από την επίτευξη των στόχων ή αποτελεσμάτων που έχουν προσωπική αξία σε διάφορους τομείς της ζωής.

B) Ευδαιμονική Ευημερία περιλαμβάνει παραμέτρου όπως αυτές που ακολουθούν:

- Συνεισφορά στην κοινωνία
- Κοινωνική ένταξη/ενσωμάτωση
- Κοινωνική ανάπτυξη & δυνατότητες
- Αποδοχή των άλλων
- Αυτο-αποδοχή
- Ενδιαφέρον για την κοινωνία & συνοχή
- Άσκηση ελέγχου/κυριαρχία στο περιβάλλον
- Θετικές σχέσεις με τους άλλους
- Προσωπική ανάπτυξη
- Αυτονομία
- Σκοπό στη ζωή

Εκτός της ηδονικής άποψης, μεγάλος αριθμός φιλοσόφων, πνευματικών και θρησκευτικών ηγετών και οραματιστών από τη Δύση και την Ανατολή, έχουν αμφισβητήσει ότι η ευτυχία είναι το κυρίαρχο κριτήριο για την ευημερία. Για παράδειγμα, ο Αριστοτέλης το 384-322 θεώρησε την ηδονική ευχαρίστηση ως μία χυδαία και πρόστυχη ιδέα που οδηγεί τους ανθρώπους να είναι σκλάβοι των επιθυμιών τους. Αντιθέτως, εκείνος ανέφερε πως η πραγματική ευτυχία βρίσκεται στην έκφραση της αρετής, την οποία όρισε ως: «*το να κάνεις αυτό που αξίζει να γίνει*».

Ο Fromm (1981), βασιζόμενος στην άποψη του Αριστοτέλη, υποστήριξε ότι η βέλτιστη ευημερία (*vivere bene*) απαιτεί τη διαφοροποίηση μεταξύ των αναγκών των οποίων η ικανοποίηση τους οδηγεί στην προσωρινή ευχαρίστηση και στις ανάγκες που βρίσκονται στην ανθρώπινη φύση και των οποίων η συνειδητοποίηση συμβάλει στην ανάπτυξη και στην ευδαιμονία. Με άλλα λόγια, αναφέρεται στην διαφορά μεταξύ υποκειμενικά αισθητικών αναγκών και αντικειμενικά ανθρώπινων αναγκών που έχουν αξία. Οι πρώτες είναι καταστροφικές για την ανθρώπινη ανάπτυξη ενώ οι τελευταίες είναι με βάση τις απαιτήσεις της ανθρώπινης φύσης.

Συμπεραίνουμε πως η ευημερία χωρίζεται σε κάτι που το ανθρώπινο σώμα αισθάνεται ότι έχει ανάγκη καθώς επίσης και στην ικανοποίησή του, αλλά και στις υπόλοιπες ανάγκες που οδηγούν τον άνθρωπο έτσι ώστε να ζήσει μία γεμάτη ζωή.

1.2 Η ευημερία στο χώρο εργασίας

Η ευημερία στον χώρο εργασίας έχει αποτελέσει ένα πολύ σπουδαίο πεδίο ενασχόλησης μιας σειράς διεπιστημονικών ερευνών και μελετών. Τα προτεινόμενα μοντέλα εστιάζουν σε δύο πλευρές στο ζήτημα της ευημερίας: το ψυχολογικό-συναισθηματικό μέρος, το οποίο αναφέρεται αποκλειστικά στα συναισθήματα, στην συναισθηματική κατάσταση των εργαζομένων στο χώρο εργασίας, και τα μη συναισθηματικά χαρακτηριστικά τα οποία αφορούν τα αποτελέσματα και τις επιδιώξεις μέσα στον εργασιακό χώρο. Τα μοντέλα που εναλλάσσονται πάνω σε αυτήν την διπλή θεώρηση είναι τα μοντέλα της Ryff και του Warr. (Αλαμάνου, 2017)

Από τη θεωρία πάνω στην ευημερία προκύπτει πως:

- η απόδοση των εργαζομένων ενός οργανισμού επηρεάζεται από την ευημερία που αισθάνονται από την εργασία τους.
- η απόδοση των εργαζομένων ενός οργανισμού δεν επηρεάζεται από την ευημερία που αισθάνονται από την εργασία τους

1.2.1 Μοντέλο ευημερίας της Ryff

Η Ryff και οι συνεργάτες της, τα τελευταία 20 χρόνια, έχουν αναπτύξει μια γενική θεωρία πάνω στην ευημερία (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995). Με βάση το πλαίσιο της θετικής ψυχολογικής λειτουργίας που προτείνουν ο Erikson (1959) και ο Maslow (1959), η Ryff παρουσίασε ένα μοντέλο έξι διαστάσεων της ευημερίας. (Αλαμάνου, 2017)

Αυτές οι διαστάσεις είναι οι εξής:

- Αυτο-αποδοχή: Θετική αξιολόγηση του εαυτού μας και του παρελθόντος μας.
- Περιβαλλοντική γνώση: Η ικανότητα να διαχειριζόμαστε αποτελεσματικά τη ζωή μας και το περιβάλλον μας.
- Αυτονομία: Αίσθηση αυτοδιάθεσης και ικανότητα αντίστασης σε κοινωνικές πιέσεις να σκεφτόμαστε και να ενεργούμε με συγκεκριμένους τρόπους
- Θετικές σχέσεις με άλλους: Μέσα από θετικά συναισθήματα, για παράδειγμα, μια γνήσια ανησυχία για την ευημερία των άλλων.

- Προσωπική ανάπτυξη: Η αίσθηση της συνεχόμενης ανάπτυξης ως ατόμου, καθώς και το άνοιγμα σε νέες εμπειρίες.
- Σκοπός της ζωής: Η πεποίθηση ότι η ζωή μας είναι σκόπιμη και ουσιαστική και ότι έχουμε κάτι σημαντικό να μας ωθεί να ζούμε.

Μέσω επιβεβαιωτικής παραγοντικής ανάλυσης υποστηρίχτηκε η ύπαρξη διακρίσεων ανάμεσα στις παραπάνω έννοιες, αποδεικνύοντας ότι οι σχέσεις μεταξύ τους θα μπορούσαν να εξηγηθούν από έναν λανθάνοντα παράγοντα δεύτερης τάξης (Ryff & Keyes, 1995). Έτσι, αν και διαφορετικές διαστάσεις της ευημερίας μπορούν να διακριθούν εμπειρικά και θεωρητικά, σε ένα υψηλότερο επίπεδο αφαίρεσης φαίνεται να αξιοποιούν το ίδιο συγκεκριμένο φαινόμενο της ευημερίας. (Αλαμάνου, 2017)

1.2.2 Μοντέλο του Warr της ψυχικής υγείας

Ο Warr (1987, 1994) εστίασε σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο της ευημερίας που είναι η εργασία. Το πλεονέκτημα της ευημερίας που προκύπτουν μέσα από την κατηγοριοποίηση κατά επάγγελμα και απασχόληση και όχι μέσα από ένα ελεύθερο και γενικό πλαίσιο είναι πως μελετώνται και εξετάζονται σχέσεις ανάμεσα σε αιτίες και αιτιατό. Αυτό έχει ως δυνατότητα να προσφέρει μια καλύτερη ανάλυση των συγκεκριμένων χαρακτηριστικών που οδηγούν στην ευημερία. Για αυτό προσφέρει μια καλύτερη εξήγηση του τρόπου που εμφανίζεται το φαινόμενο της ευημερίας. (Αλαμάνου, 2017)

Ο Warr (1987, 1994) διέκρινε τέσσερις πρωτογενείς διαστάσεις: 1) την συναισθηματική ευεξία, 2) την φιλοδοξία, 3) την αυτονομία και 4) την αρμοδιότητα και μια δευτερεύουσα πέμπτη διάσταση 5) την «ολοκληρωμένη λειτουργία», η οποία εμπεριέχει τις τέσσερις κύριες διαστάσεις και αντανακλά το άτομο ως σύνολο. Με βάση τη δομή των συναισθημάτων και της διάθεσης έχει φανεί μέσα από έρευνες ότι η συναισθηματική ευημερία αποτελείται από πολλές διαφορετικές κύριες κατηγορίες, ανά δυάδα, αντικρουόμενων συναισθηματικών εμπειριών, όπως είναι το άγχος-άνεση, η κατάθλιψη-απόλαυση, η πλήξη-ενθουσιασμός, η κούραση-σθένος και ο θυμός-ηρεμία. (Daniels, 2000)

Ένας αριθμός υποκείμενων διαστάσεων μπορεί να ευθύνεται για τις σχέσεις μεταξύ αυτών των συναισθημάτων. Ωστόσο, στο πλαίσιο της επαγγελματικής ευημερίας,

κάποια εμπειρικά στοιχεία δείχνουν ότι ο άξονας ευχαρίστησης-δυσαρέσκειας αντιπροσωπεύει το μεγαλύτερο μέρος της συν-αυξομείωσης μεταξύ των πτυχών της συναισθηματικής ευημερίας. (Daniels, 2000) Πολλά από τα σημερινά εργαλεία για τη μέτρηση της εργασιακής ευημερίας (π.χ. εργασιακή ικανοποίηση, οργανωτική δέσμευση, ένταση και κούραση στο χώρο της εργασίας) στηρίζονται περισσότερο στη συναισθηματική διάσταση της ευεξίας. (Αλαμάνου, 2017)

Σχετικά με τις υπόλοιπες τρεις διαστάσεις του μοντέλου είναι οι εξής:

- Φιλοδοξία: αφορά τους ανθρώπους που δείχνουν ενδιαφέρον για το περιβάλλον τους στο οποίο δραστηριοποιούνται/ εργάζονται με βάση κινήτρων και στοχεύουν να επεκτείνουν τους εαυτούς τους με τρόπους που είναι για τους ίδιους σημαντικοί.
- Χαμηλή φιλοδοξία: αναφέρεται στην απάθεια και την αποδοχή του status quo, ανεξάρτητα από το πόσο ικανοποιητικό μπορεί να είναι ή όχι. Η φιλοδοξία μέσα στην εργασία αναφέρεται στο πρόσωπο το οποίο επιδιώκει υψηλούς στόχους στο χώρο της εργασίας του.
- Αυτονομία: αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο οι άνθρωποι μπορούν να αντισταθούν και να τα καταφέρουν στις περιβαλλοντικές απαιτήσεις και να ακολουθήσουν τις δικές τους απόψεις.
- Η αυτονομία έχει άνω και κάτω όρια (υψηλότερη ή χαμηλότερη) μετά τα οποία επηρεάζει αρνητικά την ευημερία (Warr, 1987).
- Τέλος, η αρμοδιότητα αναφέρεται στην (ψυχολογική) ικανότητα ενός ατόμου να αντιμετωπίζει τα προβλήματα και τις δύσκολες συνθήκες του εργασιακού του χώρου, με ένα αρκετά καλό ποσοστό επιτυχίας. Συναφείς έννοιες είναι η αυτο-αποτελεσματικότητα (Bandura, 1997) και η προσωπική ολοκλήρωση (Maslach, 1993). (Αλαμάνου, 2017)

1.3 Παράγοντες που διαμορφώνουν την ευημερία των εργαζομένων

Η ευημερία των εργαζομένων στους οργανισμούς (ιδιωτικού ή δημοσίου τομέα) διαμορφώνεται από τους παράγοντες που έχουν μελετηθεί μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Αρχικά, ο κυριότερος παράγοντας που παίζει σημαντικό ρόλο στην διαμόρφωση της ευημερίας των εργαζομένων είναι το εισόδημα ή ο μισθός. Έχει παρατηρηθεί πως η ευημερία των εργαζομένων έχει ανοδική πορεία

όταν το εισόδημα είναι μεγαλύτερο. Ωστόσο, δεν ισχύει το ίδιο από ένα σημείο και μετά όταν προκύψει κάποια επιπλέον αύξηση του μισθού, η οποία αύξηση δεν θα συμβάλλει περισσότερο στην ευημερία. Επιπλέον η μέθοδος με τις αμοιβές που βασίζονται στην απόδοση των εργαζομένων έχουν την δυνατότητα να ενισχύουν την εργασιακή τους ευημερία διότι οι εργαζόμενοι είναι ευχαριστημένοι με το σκεπτικό πως θα κερδίσουν υψηλότερες αμοιβές/μισθούς. Παράλληλα θα αναγνωριστεί η προσπάθεια τους και θα ανταμειφθούν ανάλογα (Νασιουτζίκη, 2018; Maurya & Agarwal, 2015)

Εξίσου παρόμοιοι παράγοντες που διαμορφώνουν την εργασιακή ευημερία περιλαμβάνουν την αυτονομία στον χώρο εργασίας, την κοινωνική υποστήριξη και την παροχή της δυνατότητας αξιοποίησης των δεξιοτήτων (Terence και Denise, 2003).

Ο Chung- Yan (2010) ανέφερε ως παράδειγμα πως όταν ο βαθμός αυτονομίας της εργασίας είναι χαμηλός, τότε είναι επιζήμιος για την εργασιακή ευημερία. Ωστόσο, μέχρι ενός σημείου, η αυτονομία έχει την ιδιότητα να αυξάνει την ευημερία. Σε περίπτωση που η αυτονομία της εργασίας αυξηθεί παραπάνω τότε αυτό μπορεί να έχει αρνητική επίδραση στην εργασιακή ευημερία διότι ο εργαζόμενος θα είναι επιβαρυνμένος με παραπάνω ευθύνες και υψηλές απαιτήσεις εργασίας (Chung-Yan, 2010)

Ένας ακόμα σημαντικός παράγοντας που έχει επίδραση στην εργασιακή ευημερία είναι η κοινωνική υποστήριξη. Οι πόροι που παρέχονται σε έναν εργαζόμενο από τους υπόλοιπους εργαζομένους στο χώρο εργασίας, οι οποίοι μπορεί να είναι συναισθηματική, ενημερωτική και οργανωτική υποστήριξη (Nahum- Shani et al., 2011). Οι Tay et al., (2012) αναφέρουν πως η αυξημένη κοινωνική υποστήριξη που δέχονται οι εργαζόμενοι στο χώρο εργασίας τους συνδέεται με την ανάπτυξη θετικών συναισθημάτων και τη αυξημένη εργασιακή ευημερία. Επίσης η κοινωνική υποστήριξη έχει συνδεθεί με τα χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και ψυχοπαθολογίας, καλύτερα επίπεδα υγείας στο χώρο της εργασίας (Tay et al., 2012).

Σύμφωνα με Maurya και Agarwal(2015) αναφέρουν πως όταν προσφέρεται κοινωνική υποστήριξη σε μια ομαδική εργασία μπορεί να αποδειχθεί αρκετά ωφέλιμο ευημερία των εργαζομένων. Η ύπαρξη θετικού κλίματος ή συνοχής σε μια ομάδα έχουν αρκετές φορές συνδεθεί σε έρευνες με την εργασιακή ευημερία. Η ομαδική εργασία

συνεισφέρει μεγαλύτερη ευεξία στους εργαζόμενους σε σύγκριση με αυτούς που δεν εργάζονται σε ομάδες στο χώρο εργασίας τους (Maurya & Agarwal, 2015)

Έχει αποδειχθεί πως η εργασιακή ευημερία επηρεάζεται από διάφορους προσωπικούς και ατομικούς παράγοντες και συγκεκριμένα η αυτό-εκτίμηση και η αυτό-αποτελεσματικότητα. Για παράδειγμα έχει αποδειχθεί μέσα από κάποιες έρευνες πως η σχέση μεταξύ στρεσογόνων παραγόντων στο χώρο εργασίας και χαμηλής ευημερίας είναι πιο ισχυρή για τα άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση σε αντίθεση με τα άτομα που έχουν υψηλή αυτοεκτίμηση (Pissanti et al,2015).

Ο τρόπος με τον οποίο θα αντιμετωπιστούν τα προβλήματα που υπάρχουν στο χώρο εργασίας μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση ή την χειροτέρευση της εργασιακής ευημερίας. Για παράδειγμα μελέτες έχουν αποδείξει πως η χρήση στρατηγικών που έχουν χρησιμοποιηθεί για την επίλυση των προβλημάτων που στοχεύουν απευθείας στο πρόβλημα έχει ως αποτέλεσμα να είναι πιο ευεργετική για την εργασιακή ευημερία, ενώ η χρήση στρατηγικών που έχουν στόχο στο συναίσθημα οδηγεί στο να είναι ακατάλληλη για την ευημερία σε περίπτωση που χρησιμοποιείται για την διαχείριση διαφόρων αγχωτικών καταστάσεων (Peter, 2001).

Σημαντικός παράγοντας που επιδρά αρνητικά στην ευημερία των εργαζομένων είναι το εργασιακό άγχος (stress) το οποίο προκύπτει από θέματα που αφορούν σχετικά με την εκτέλεση των καθηκόντων στον χώρο εργασίας, από τις συνθήκες που επικρατούν, από τις φτωχές ή τις ανύπαρκτες κοινωνικές αλληλεπιδράσεις στο χώρο εργασίας, από την εργασιακή ανασφάλεια, από την οργανωσιακή ανασφάλεια, από την οργανωσιακή αλλαγή, από τους ρόλους των εργαζομένων στον χώρο εργασίας. (Νασιουτζίκη, 2018)

Σύμφωνα μέσα από μελέτες που έχουν γίνει, δείχνουν ότι οι στρεσογόνες καταστάσεις στο εργασιακό περιβάλλον όπως π.χ. η τήρηση χρονοδιαγράμματος, συνδέονται άμεσα με το αυξημένο επίπεδο ψυχοσωματικών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων και συναισθηματικής εξάντλησης. Αυτά έχουν ως συνέπεια να διαταράζουν αρνητικά την ψυχολογική ευημερία των εργαζομένων στο χώρο εργασίας. (Cartwright και Cooper, 2014; Holman et al,2018;Νασιουτζίκη, 2018)

1.4 Οι συνέπειες της εργασιακής ευημερίας στην απόδοση των εργαζομένων και στους οργανισμούς

Μέσα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση έχει γίνει ξεκάθαρο πως η εργασιακή ευημερία των εργαζομένων είναι απόλυτα συνδεδεμένη με την απόδοση στο εργασιακό χώρο διότι η εργασιακή ευημερία είναι το «κλειδί» στην απόδοση των εργαζομένων. Συνεπώς, οι ευτυχισμένοι εργαζόμενοι είναι πιο παραγωγικοί και αποδοτικοί από τους υπόλοιπους εργαζομένους (Wright and Cropanzano, 2008)

Σύμφωνα με την θεωρία του αυτό-προσδιορισμού, η σχέση που υπάρχει μεταξύ προσωπικής ευεξίας και απόδοσης είναι επιτεύξιμη στο βαθμό όπου η εργασία ικανοποιεί τις βασικές ψυχολογικές ανάγκες των εργαζομένων. Συγκεκριμένα ο βαθμός μιας δραστηριότητας που ικανοποιεί τις βασικές ανάγκες των εργαζομένων συνδέεται θετικά με τον βαθμό όπου αυτή η συμπεριφορά είναι εσωτερικά ή εξωτερικά παρακινούμενη (καθοδηγούμενη). Στην εσωτερική παρακίνηση των εργαζομένων, είναι εργαζόμενοι που πραγματοποιούν την εργασία τους επειδή τους είναι πολύ ενδιαφέρουσα και ταυτόχρονα ευχάριστη. Αυτός ο τύπος συμπεριφοράς είναι αυτός που συντείνει στην ικανοποίηση των αναγκών τους. (Νασιουτζίκη, 2018)

Αντιθέτως, στην εξωτερική παρακίνηση των εργαζομένων, είναι εργαζόμενοι που πραγματοποιούν μια συγκεκριμένη εργασία για την λειτουργική της αξία όπως είναι η χρηματική αμοιβή, το κοινωνικό κύρος ή η επαγγελματική εξέλιξη/ανέλιξη χωρίς να ικανοποιούνται απολύτως οι προσωπικές τους ανάγκες (Taris et al., 2014) Σύμφωνα με την θεωρία του αυτό-προσδιορισμού, οι καλές επιδόσεις θα υπάρξουν εάν οι εργαζόμενοι βρουν ενδιαφέρουσα και ικανοποιητική την εργασία που κάνουν μόνο και εφόσον είναι εσωτερικά παρακινούμενοι (Baard et al., 2004)

Σε μια άλλη μελέτη, οι Taris και Schaufeli (2015) υποστηρίζαν ότι η εργασιακή ευημερία και η απόδοση των ατόμων μέσα σε ένα οργανισμό μπορούν να μελετηθούν σε διάφορα επίπεδα. Επίσης, υποστήριξαν ότι οι οργανισμοί διαφέρουν ως προς την ευημερία και την ανάπτυξη των εργαζομένων, στην ευελιξία που προσφέρουν στους εργαζομένους αλλά και στον έλεγχο που ασκείται σε αυτούς. Επομένως, η σχέση μεταξύ ευημερίας και απόδοσης μπορεί να διαφέρει ανάλογα με τον τύπο του οργανισμού ή τις συνθήκες κάτω από τις οποίες μπορεί να λειτουργεί ο οργανισμός. Αυτό έχει να κάνει με βάση την αγορά στην οποία δραστηριοποιείται ένας οργανισμός

και πόσο η οργανωτική απόδοση απαιτεί περισσότερη προσπάθεια για την αύξηση της ευημερίας των εργαζομένων. (Νασιουτζίκη, 2018)

1.5 Ευημερία και δέσμευση: Απαραίτητα για την παρακίνηση των εργαζομένων

Η Όλγα Παπατριανταφύλλου (2014) αναφέρθηκε στα τελευταία χρόνια που η παγκόσμια οικονομική κρίση δημιούργησε γρήγορες αλλαγές και μεγάλες ανακατατάξεις όπου την σειρά τους έχουν δημιουργήσει αβεβαιότητα, πνευματική και συναισθηματική αναστάτωση και πολύ υψηλά επίπεδα άγχους στους εργαζόμενους με αποτέλεσμα να είναι λιγότερο δεσμευμένοι. Παλαιότερα υπήρχε ένα ψυχολογικό συμβόλαιο μεταξύ εταιρίας και ανθρώπινου δυναμικού. Αυτό δημιουργούσε μεγαλύτερη δέσμευση από την πλευρά των εργαζομένων. Πλέον στις μέρες μας αυτό το συμβόλαιο δεν υπάρχει, έχει σπάσει επηρεάζοντας τη σχέση, τη δέσμευση και το πόσο «πιστός» είναι κάποιος εργαζόμενος στην εταιρία. Μέσα σε αυτό τον «κυκλώνα» υπάρχει μεγάλη ζήτηση για τη δέσμευση των εργαζομένων και την ευημερία τους, σε παγκόσμιο επίπεδο.

Τι είναι όμως η ευημερία και η δέσμευση και ποια η σχέση μεταξύ τους για καλύτερη απόδοση;

«Ευημερία δεν είναι μόνο η απουσία ασθένειας αλλά περιλαμβάνει και την αγάπη για μάθηση, την αυτοπεποίθηση, την ανάγκη αυτονομίας. Στο χώρο της εργασίας όταν μιλάμε για well-being δεν εννοούμε μόνο τη σωματική ευεξία, την αποφυγή τραυματισμών και ασθενειών αλλά και την προσωπική πρωτοβουλία, την ανάπτυξη και την εύρεση νοήματος» (Παπατριανταφύλλου, 2014).

1.5.1 Ευημερία (well-being)

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO) ορίζει την ευημερία ως «μια κατάσταση μέσα στην οποία το άτομο συνειδητοποιεί τη δυναμική του, διαχειρίζεται το άγχος της καθημερινότητας, εργάζεται αποδοτικά και παραγωγικά και συμβάλλει στην ευρύτερη κοινότητά του».

Όταν αναφερόμαστε για well-being στο χώρο εργασίας, δεν εννοούμε μόνο τη σωματική ευεξία αλλά και την ψυχολογική ευημερία. Στην σωματική ευεξία έχουμε την αποφυγή τραυματισμών και ασθενειών αλλά και την προσωπική πρωτοβουλία, την ανάπτυξη και την εύρεση νοήματος. Όσοι έχουν ψυχολογική ευημερία έχουν και

περισσότερη ευελιξία, αντιδρούν καλύτερα στη διορθωτική αναπληροφόρηση (feedback), έχουν περισσότερη δέσμευση, είναι περισσότερο παραγωγικοί και είναι πιο πιθανό να έχουν μακροζωία απολαμβάνοντας τόσο την προσωπική όσο και την επαγγελματική τους ζωή με λιγότερες ασθένειες (Lubomirsky, Diener & King, 2005; Παπατριανταφύλλου, 2014).

1.5.2 Ευημερία και Δέσμευση

Αυτό που όλοι οι άνθρωποι χρειάζονται είναι να αισθάνονται καλά και να έχουν ένα συναίσθημα ψυχολογικής ευημερίας (psychological well-being). Για να δημιουργηθεί ένα δεσμευμένο προσωπικό θα πρέπει να υπάρχουν καλές συμπεριφορές σε επίπεδο management, και οργανωσιακές διεργασίες που ενδυναμώνουν την ψυχολογική ευημερία. Για παράδειγμα, όσοι έχουν χαμηλά επίπεδα ψυχολογικής ευημερίας είναι περισσότερο πιθανό να βλέπουν τα αβέβαια γεγονότα ως απειλητικά. Αυτό σημαίνει ότι όταν υπάρχουν αλλαγές στον εργασιακό χώρο, θα τις δουν ως αρνητικές. Το ίδιο συμβαίνει και όταν αυτά τα άτομα δέχονται διορθωτικό feedback. Το βλέπουν ως επίσημο και έτσι υπάρχουν λίγα οφέλη τόσο για τους ίδιους όσο και για την εταιρία. Η ψυχολογική ευημερία λειτουργεί ως βάση για λιγότερες αποχωρήσεις προσωπικού, υψηλή παραγωγικότητα και λίγες απουσίες από το χώρο εργασίας. Όταν ένας οργανισμός διαθέτει αυτή τη βάση, μπορεί όχι μόνο να διατηρήσει τα ταλέντα του, αλλά να προσελκύσει τους καλύτερους εργαζόμενους από την αγορά. Παρόλο που υπάρχουν πολλοί ορισμοί για τη δέσμευση όλοι συμφωνούν σε δύο βασικούς παράγοντες: 1) η δέσμευση εδρεύει μέσα στο πρόσωπο και όχι την εργασία και 2) είναι μια κατάσταση και όχι ένα χαρακτηριστικό. Αυτό σημαίνει ότι τα επίπεδα δέσμευσης ποικίλουν μεταξύ των ατόμων στην ίδια εργασία αλλά και του ίδιου του ατόμου από έργο σε έργο ή από ημέρα σε ημέρα. (Παπατριανταφύλλου, 2014)

Σχετικά από έρευνες που έχουν γίνει, οι εργαζόμενοι ενθαρρύνονται όταν οι διευθυντές δίνουν τη δυνατότητα στους εργαζόμενους να συμμετέχουν στη λήψη των αποφάσεων, κάνουν πιο εύκολη την υλοποίηση των έργων και δείχνουν εμπιστοσύνη για την καλή απόδοση προωθώντας ταυτόχρονα την αυτονομία (Greco, Laschinger & Wong, 2006). Ύπαρξη θετικής συσχέτισης μεταξύ εργασιακής δέσμευσης και ευημερίας, της απόδοσης, της ποιότητας στην εργασία, της απόδοσης των πωλήσεων και της συνολικότερης επιτυχίας της επιχείρησης (Stairs & Gilpin, 2010). Οι δεσμευμένοι εργαζόμενοι αντιμετωπίζουν πιο αποτελεσματικά τις απαιτήσεις από την

εργασία τους και έχουν υψηλότερη αυτό-αποτελεσματικότητα. Τα υψηλά επίπεδα ψυχολογικής ενδυνάμωσης ισοδυναμούν με υψηλά επίπεδα δέσμευσης στην εργασία. Επίσης έρευνες έχουν δείξει πως η δέσμευση είναι ο πιο αποτελεσματικός τρόπος για τη διατήρηση των ταλέντων (Bhatnagar, 2007). Όσοι νοιώθουν δέσμευση στην εργασία τους έχουν 3 φορές περισσότερες πιθανότητες να βιώνουν 6 θετικά συναισθήματα (ενθουσιασμό, κέφι, αισιοδοξία, ευχαρίστηση, ηρεμία και χαλαρότητα) αντί για αρνητικά συναισθήματα όπως: θλίψη, ανησυχία, ένταση, ή μελαγχολία (CIPD, 2010).

1.5.4 Τρόποι για μεγαλύτερη δέσμευση και ευημερία

Ένα μεγάλο κίνημα έχει δημιουργηθεί τα τελευταία χρόνια το οποίο εστιάζει και δίνει έμφαση σε αυτό που ονομάζεται θετικές εργασιακές συμπεριφορές (Positive Organisational Behavior). Στη θετική ψυχολογία βρίσκονται οι ρίζες της και εστιάζουν σε συμπεριφορές, διεργασίες, ιδιότητες που οδηγούν σε υγιείς οργανισμούς. Για να υπάρξει εργασιακή δέσμευση και να δημιουργήσουμε εργασιακή ευημερία, θα πρέπει να υιοθετήσουμε μια συνθετική οπτική η οποία να περιλαμβάνει διαφορετικές παρεμβάσεις σε διαφορετικά επίπεδα. (Παπατριανταφύλλου, 2014)

Οι κυριότερες από αυτές είναι:

- ***Κατανόηση:***

Οι διευθυντές πρέπει να κατανοήσουν την έννοια και τα οφέλη της ψυχολογικής ευημερίας και να δημιουργήσουν εκείνες τις συμπεριφορές που οδηγούν σ' αυτή. Αυτό μπορεί να γίνει δημιουργώντας το αίσθημα του σκοπού για τους ανθρώπους τους. Οι δεσμοί που δημιουργούν οι διευθυντές της πρώτης γραμμής (line managers) με τα μέλη της ομάδας τους είναι αυτοί που παίζουν το ρόλο στην επιτυχία του οργανισμού και τη δέσμευση των εργαζομένων. Επομένως και οι ίδιοι οι διευθυντές θα πρέπει να έχουν αντίληψη με ποιους τρόπους από τη δική τους πλευρά μπορούν να υποστηρίξουν και να συμβάλλουν στην ευημερία των μελών της ομάδας τους στο χώρο εργασίας. (Παπατριανταφύλλου, 2014)

- ***Δεξιότητες και feedback:***

Ο λόγος που φτάνουν οι εργαζόμενοι να παραιτούνται από έναν οργανισμό είναι εξαιτίας της κακής σχέσης που έχουν με τους προϊσταμένους τους. Το κλειδί σε αυτή την περίπτωση είναι κατά πόσο το διευθυντικό στέλεχος θα είναι υποστηρικτικό και

μπορεί να αναπτύξει το προσωπικό του. Τα κύρια συστατικά για να δημιουργηθεί η βάση για την ύπαρξη εργασιακής ευημερίας και δέσμευσης είναι η ανάθεση εργασιών, η διάχυση των πληροφοριών, ο τρόπος με τον οποίο δίνεται το feedback, η διαχείριση συγκρούσεων και συναισθημάτων.(Παπατριανταφύλλου, 2014)

- ***Επικέντρωση στα δυνατά σημεία:***

Τα δυνατά σημεία παίζουν καθοριστικό ρόλο στην απόδοση, είναι στενά συνδεδεμένα με την εργασιακή ικανοποίηση και με εμπειρίες που έχουν νόημα τόσο στην επαγγελματική όσο και την προσωπική ζωή. Η χρήση τους στην καθημερινότητα κάνει την εργασία περισσότερο ευχάριστη και αυξάνει την ευημερία. Οι έρευνες δείχνουν ότι όσοι κάνουν χρήση των δυνατών τους σημείων έχουν λιγότερο stress και περισσότερη πιθανότητα να φέρουν εις πέρας τους στόχους τους (Linley et al., 2011).

- ***Θετικά συναισθήματα:***

Έρευνες έχουν δείξει ότι τα θετικά συναισθήματα προωθούν την ευημερία, την ανθεκτικότητα, τη σωματική και νοητική υγεία. Επιπλέον, όταν υπάρχει καλή και θετική διάθεση αυτή συνδέεται με την καλύτερη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος. Επομένως, ένα εργασιακό χώρο που επιτρέπει στους εργαζομένους να απολαύσουν τις επιτυχίες τους, τους κάνει να αισθάνονται ασφαλείς, να είναι σε θέση να ενδιαφέρονται περισσότερο για την εργασία, να μην κινδυνεύουν από επαγγελματική εξουθένωση (burnout) και να απουσιάζουν λιγότερο. Σε αυτό το σημείο, οι διευθυντές παίζουν σημαντικό ρόλο σε αυτό διότι έχουν άμεση επαφή με το ανθρώπινο δυναμικό και μπορούν να επηρεάσουν τα μέλη των ομάδων τους δημιουργώντας ένα περιβάλλον που ενθαρρύνει τις θετικές εμπειρίες. (Παπατριανταφύλλου, 2014)

- ***Διαχείριση του άγχους και αύξηση της ανθεκτικότητας:***

Το άγχος είναι ένα πολύ-επίπεδο φαινόμενο και αφορά τα άτομα και τις εταιρίες και πρέπει να αντιμετωπίζεται με μια ολιστική προσέγγιση. Η καλύτερη παρέμβαση είναι η πρόληψη της δημιουργίας άγχους. Οι εταιρίες θα πρέπει να αφανίζουν τους αρνητικούς παράγοντες και να ενισχύουν τους θετικούς ώστε να μειώνονται οι πηγές του άγχους, π.χ. να ξανά σχεδιάσουν την εργασία. Επίσης, οι εργαζόμενοι θα πρέπει να μάθουν να διαχειρίζονται το άγχος και να βρίσκουν τρόπους να αυξάνουν τους εσωτερικούς ψυχικούς πόρους και την ανθεκτικότητά τους έτσι ώστε να μπορούν να

αντιμετωπίζουν τις όποιες δυσκολίες που θα προκύψουν στο εργασιακό τους περιβάλλον. (Παπατριανταφύλλου, 2014)

- **Κουλτούρα Coaching:**

Το coaching επιτελείται από 2 στόχους:

1)δίνει την δυνατότητα στα στελέχη των επιχειρήσεων να βελτιώσουν τις ατομικές τους επιδόσεις σε επαγγελματικό και προσωπικό επίπεδο και

2)φέρνει σημαντικά οφέλη στις επιχειρήσεις βοηθώντας έτσι την απόδοση και την ενίσχυση της δέσμευσης των εργαζομένων .

Ο ρόλος του coach είναι να προκαλέσει το “comfort zone”(την ζώνη άνεσης) του προπονητή, ώστε να δοκιμάσει νέες δεξιότητες και να αναπτυχθεί μέσα σε ένα ασφαλές περιβάλλον μάθησης. Το coaching απευθύνεται ταυτόχρονα στα υψηλά στελέχη ενός οργανισμού, αλλά και σε όλο το ανθρώπινο δυναμικό ώστε να αναπτύσσονται οι δεξιότητές τους.

«Όταν το coaching διατρέχει ολόκληρο τον οργανισμό δημιουργείται ένας αόρατος ιστός ο οποίος συνδέει τους ανθρώπους ενδο-τμηματικά, μεταξύ των τμημάτων και των ομάδων. Με αυτό τον τρόπο οι ομάδες ενεργοποιούνται περισσότερο, συνεργάζονται καλύτερα και η εμπιστοσύνη και η δέσμευση αυξάνεται». (Παπατριανταφύλλου , 2014)

Η ευημερία στις εταιρίες είναι συνδεδεμένη με τη δημιουργία ενός περιβάλλοντος και μιας κουλτούρας μέσα στην οποία οι άνθρωποι νιώθουν ότι αξίζουν και ότι αυτή η αξία αναγνωρίζεται. Οι εταιρίες οφείλουν να επικεντρώνονται τόσο στην απουσία των αρνητικών παραγόντων όσο και στην παρουσία των θετικών συμπεριφορών που αυξάνουν την απόδοση και την ικανοποίηση από την εργασία και οδηγούν στην επιτυχία και σε μεγαλύτερα κέρδη. (Παπατριανταφύλλου, 2014)

1.6 Ευημερία (well-being) στο χώρο εργασίας με βάση το μοντέλο «PERMA»

Η Βίκυ Χαραλάμπους (2019) αναφέρθηκε στην ευημερία στο χώρο εργασίας, καθώς οι σύγχρονοι οργανισμοί προσπαθούν να αντιμετωπίσουν τις δυσάρεστες προκλήσεις που συνδέονται με το στρες και την επαγγελματική εξουθένωση. Με βάση μελετών, ένας αρκετά μεγάλος και σημαντικός αριθμός εργαζομένων αντιμετωπίζει προβλήματα ψυχικής υγείας και γενικότερα θέματα υγείας που σχετίζονται με το

εργασιακό στρες. Επηρεάζουν την παραγωγικότητα, την υγεία και την εργασιακή ικανοποίηση των εργαζομένων.

Από την άλλη, επαληθεύεται η σχέση μεταξύ της ευημερίας των εργαζομένων και των θετικών αποτελεσμάτων που είναι η υψηλότερη απόδοση, η παραγωγικότητα, η δέσμευση, η παρακίνηση, η ικανότητα επίλυσης προβλημάτων, η δημιουργικότητα, η καλύτερη διαχείριση του στρες και η μακροπρόθεσμη κερδοφορία. Για αυτό είναι απαραίτητο για όλους τους εργαζόμενους ενός οργανισμού να διατηρήσουν το μέγιστο επίπεδο της ευημερίας τους. Το μοντέλο «PERMA» (Seligman, 2012) συγκροτεί ένα πλαίσιο για την ανάδειξη της ευημερίας στο χώρο εργασίας. (Χαραλάμπους, 2019)

Το μοντέλο «**PERMA**» αποτελείται από τους παρακάτω βασικούς πυλώνες:

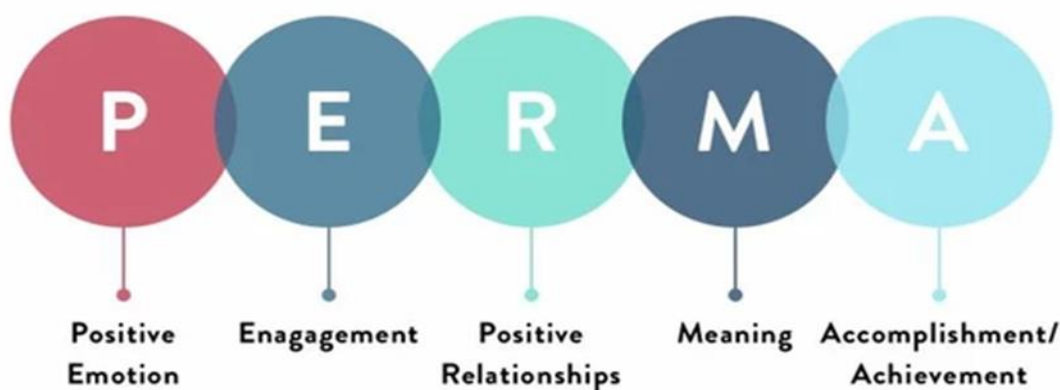
P (Positive Emotion) = Θετικά συναισθήματα

E (Engagement) = Δέσμευση

R (Positive Relationships) = Θετικές σχέσεις

M (Meaning) = Νόημα

A (Accomplishment/Achievement) = Επιτεύγματα



Εικόνα 1. Ευημερία (well-being) στο χώρο εργασίας στη βάση του μοντέλου PERMA, Αποτύπωση από: [Ευημερία \(well-being\) στο χώρο εργασίας στη βάση του μοντέλου PERMA \(positiveemotions.gr\)](http://www.positiveemotions.gr)

- **ΘΕΤΙΚΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ:** Τα άτομα που ζουν θετικά συναισθήματα αισθάνονται μεγαλύτερη ασφάλεια και είναι πιο δεκτικοί στη μάθηση και στην αναζήτηση νέων εμπειριών. Μια πρόταση είναι να σχεδιάσουμε ευκαιρίες για βίωση θετικών συναισθημάτων, εστιάζοντας ταυτόχρονα στη συχνότητα βίωσης τους, να τα προσδιορίσουμε και να τα γιορτάσουμε. Για παράδειγμα, θετικά συναισθήματα μπορούν να δημιουργηθούν με το να συγχαρούμε έναν συνάδελφο που κατάφερε να επιτύχει κάτι στη δουλειά του ή με το να τον ευχαριστήσουμε με ένα μήνυμα για κάτι που μας πρόσφερε. Επιπρόσθετα, θετικά συναισθήματα μπορούν να δημιουργηθούν μέσα από την επιβράβευση και την αναγνώριση των επιτυχιών και γενικά με το να είμαστε και πόσο μάλλον να παραμένουμε θετικοί και αισιόδοξοι για το μέλλον.
- **ΔΕΣΜΕΥΣΗ:** Η δέσμευση αναφέρεται στην ψυχολογική κατάσταση κατά την οποία βρίσκεται το άτομο που είναι βυθισμένο στην εργασία του. Επίσης, έχει να κάνει και με το πόσο ενδιαφέρον βρίσκει τα καθήκοντα που του έχουν ανατεθεί στο χώρο εργασίας. Οι οργανισμοί μπορούν να βοηθήσουν τους εργαζομένους τους μέσω αξιολογήσεων για να εντοπίσουν τα δυνατά τους σημεία και να διαμορφώσουν τις αρμοδιότητές τους ώστε έτσι να μπορέσουν να εργαστούν στους τομείς των δυνατοτήτων τους.
- **ΘΕΤΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ:** Οι σχέσεις είναι το κλειδί για την υγεία, την ευημερία και τη μακροζωία. Η ύπαρξη θετικών σχέσεων στο χώρο εργασίας, μπορεί να οδηγήσει σε υψηλότερη και αυξανόμενη παραγωγικότητα και καλύτερη διατήρηση του άγχους. Αποτελεί σημαντικό δείκτη αποτελεσματικότητας για την προσέλκυση νέων ταλέντων και την διατήρηση των υφισταμένων. Για την καλλιέργεια υγιών σχέσεων στην εργασία, η διεξαγωγή ομαδικών εργασιών αποτελεί ένα από τα καλύτερα εργαλεία. Επίσης, οι απλές πράξεις καλοσύνης, η έκφραση ευγνωμοσύνης και η προσφορά υποστήριξης σε συναδέλφους ειδικά σε δύσκολες στιγμές, μας βοηθούν να χτίσουμε ανθεκτικότητα και να είμαστε πιο ευτυχισμένοι στη δουλειά μας. Οι οργανισμοί μπορούν να ενθαρρύνουν στην κοινωνικοποίηση των εργαζομένων τους εντός και εκτός εργασίας για να έχουν καλύτερες σχέσεις μεταξύ τους.
- **ΝΟΗΜΑ:** Όταν οι άνθρωποι βρίσκουν το νόημα στην εργασία τους το οποίο δεν συνδέεται με τα χρήματα άλλα με αξίες, τότε αισθάνονται πολύ συνδεδεμένοι με το επάγγελμα τους. Όταν ένας εργαζόμενος νιώθει ότι προσφέρει με το έργο του, νιώθει πληρότητα, και γενικά συναίσθημα που του

ανεβάζει το ηθικό έτσι ώστε να ανταπεξέρχεται ακόμα και σε πιο δύσκολες συνθήκες και γεγονότα. Εργαζόμενοι που φαίνεται να αντιλαμβάνονται την εργασία τους ως κάλεσμα ολοκλήρωσης ενός σκοπού, έχουν υψηλότερα επίπεδα ευημερίας, ψυχικής και σωματικής υγείας, ψυχικής ανθεκτικότητας και ικανοποίησης από την εργασία. Όταν ένας οργανισμός μπορεί να δείξει με ευκρίνεια στους εργαζόμενους το τελικό αποτέλεσμα των προσπαθειών τους, τότε μπορεί να κάνει την εργασία πιο ενδιαφέρουσα και ανταποδοτική.

- **ΕΠΙΤΕΥΓΜΑΤΑ:** Η ύπαρξη στόχων αποτελεί σημαντικό μέρος της παραγωγικότητας και της ευτυχίας. Παρέχει στους εργαζόμενους μια αίσθηση σκοπού, δέσμευσης και κινήτρων. Ενώ ο καθορισμός και η επίτευξη στόχων είναι σημαντική, οι εργαζόμενοι θα πρέπει επίσης να μάθουν να απολαμβάνουν τη διαδικασία. Έχει αποδειχθεί πως Όταν οι στόχοι συνδέονται με προσωπικές αξίες, οι εργαζόμενοι απολαμβάνουν το διαδρομή και αποδίδουν καλύτερα. *«Εξίσου σημαντικό είναι το να ορίζονται συλλογικοί μετρήσιμοι στόχοι και να εκτιμάται το πώς η ατομική επιτυχία τροφοδοτεί και την επιτυχία της ομάδας».*

«Ακολουθώντας το μοντέλο PERMA, οι οργανισμοί μπορούν να δημιουργήσουν τις προϋποθέσεις για ένα αφοσιωμένο και κινητοποιημένο εργατικό δυναμικό, το οποίο συνεπάγεται έναν ευτυχισμένο και παραγωγικό χώρο εργασίας». (Χαραλάμπους, 2019)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός οργανωσιακής κουλτούρας- Διατύπωση σημαντικών ορισμών στον όρο «οργανωσιακή κουλτούρα»

Η έννοια της κουλτούρας, εξελίχθηκε μέσα από τη εποπτεία των επιστημών της κοινωνιολογίας, της ανθρωπολογίας, της κοινωνικής ανθρωπολογίας, της εθνολογίας. Μια σωστή προσέγγιση της επιστήμης ξεκινά με καλούς και ορθούς ορισμούς. Όπως αναφέρουν οι Bruyat και Julien (2001), για να αποσαφηνιστεί ο όρος οργανωσιακή κουλτούρα πρέπει πρώτα να ξεκινήσουμε από τον ορισμό του όρου κουλτούρα.

Ο όρος κουλτούρα προέρχεται από τον λατινικό όρο cultura που σημαίνει καλλιέργεια και προέρχεται από το ρήμα colo-ui-ere «καλλιεργώ». Χρησιμοποιήθηκε από τον 15^ο αιώνα στην αγγλική, γαλλική και γερμανική γλώσσα. Προσδιόριζε την καλλιέργεια και την ανάπτυξη των φυτών και των ζώων αντίστοιχα. (Πάπυρους Λάρους Μπριτάνια, 1989) Κατά τον 18^ο αιώνα παρατηρήθηκε πως η έννοια του όρου αυτού σταδιακά άλλαξε εξαιτίας της αλλαγής του γερμανικού όρου kultur που χρησιμοποιείται πλέον ως την καλλιέργεια του ανθρώπινου πνεύματος. (Williams, 1981) Οι ανθρωπολόγοι είναι εκείνοι οι οποίοι χρησιμοποιούν τον όρο κουλτούρα έτσι ώστε να δείξουν την δυνατότητα που έχουν οι άνθρωποι στο να ταξινομούν, να κωδικοποιούν και να επικοινωνούν τις εμπειρίες τους κάνοντας χρήση σύμβολα. Η λέξη κουλτούρα για την Ελλάδα αποτελεί «γλωσσικό δάνειο», το σύνολο των πολιτιστικών δραστηριοτήτων του ατόμου. (Πάπυρους Λάρους Μπριτάνια, 1989)

Ο Taylor(1877) έδωσε ένα πρώτο χρονολογικά ορισμό όπου αναφέρει ότι *κουλτούρα είναι το σύνθετο ‘όλον’ που περιλαμβάνει τις γνώσεις, τις πεποιθήσεις, την τέχνη, τα ήθη, το δίκαιο, το έθιμο καθώς και άλλες δυνατότητες και συνήθειες που αποκτώνται από τα μέλη της κοινωνίας.* Στα τέλη της δεκαετίας του ‘70 με αρχές του ‘80, παρουσιάστηκε αύξηση του ενδιαφέροντος των ερευνητών διαφόρων πεδίων για την κουλτούρα των οργανώσεων. Οι εθνολόγοι, Alfred Kroeber και Clyde Kluckhohn, το 1952, κατέγραψαν 164 διαφορετικούς ορισμούς της οργανωσιακής κουλτούρας. (Hewison,1996)

Παρακάτω ακολουθούν ορισμένοι από τους ορισμούς για την οργανωσιακή κουλτούρα:

- *«Η κουλτούρα που διέπει τη λειτουργία του κάθε εργοστασίου, είναι η εθιμική και παραδοσιακή μεθοδολογία με την οποία σχεδιάζονται και εκτελούνται οι*

όποιες λειτουργίες του. Η μεθοδολογία αυτή γίνεται αποδεκτή από το σύνολο των εργαζομένων σε ένα μικρό ή μεγάλο βαθμό, την υιοθετούν και την μοιράζονται. Οι νέοι εργαζόμενοι οφείλουν να την μάθουν και να την αποδεχθούν -έστω και μερικώς- προκειμένου να γίνουν αποδεκτοί.» (Jacques, 1952).

- «Η οργανωσιακή κουλτούρα είναι ένα σύστημα από κοινές και συλλογικές αντιλήψεις που γίνονται αποδεκτές για ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα από ένα σύνολο ατόμων. Αυτό το σύστημα των ορισμών, των πεποιθήσεων, των κανόνων και των ιδεών αποσαφηνίζει σε κάθε άτομο του οργανισμού τη θέση του μέσα σε αυτόν.» (Pettigrew, 1979).
- «Ένα σύνολο συμβόλων, τελετουργιών και μύθων που επικοινωνούν τις υφιστάμενες αξίες και πιστεύω ενός οργανισμού στους εργαζόμενους του.» (Ouchi, 1981- όπως παρουσιάζεται στο άρθρο των Moorehead και Griffin, 1995).
- «Οργανωσιακή κουλτούρα είναι ένα δομημένο σύνολο από βασικές παραδοχές, που έχουν εφευρεθεί, ανακαλυφθεί ή αναπτυχθεί από μια ομάδα του οργανισμού, στην προσπάθεια της να αντιμετωπίσει προβλήματα εξωτερικής προσαρμογής ή εσωτερικής ολοκλήρωσης. Οι παραδοχές αυτές έχουν αποδώσει ικανοποιητικά στο παρελθόν ώστε να θεωρούνται ότι ισχύουν και επομένως μπορούν να διδαχθούν στα νέα μέλη ως ο σωστός τρόπος αντίληψης, σκέψης και αίσθησης, σχετικά με τα συγκεκριμένα προβλήματα.» (Schein, 1985).

Εδώ παρατηρούμε ότι ο Schein υποστηρίζει πως η κουλτούρα αποτελείται από ένα σύνολο υποθέσεων και αξιών το οποίο δημιουργείται και υιοθετείται από μια ομάδα ανθρώπων του οργανισμού με σκοπό την αντιμετώπιση προβλημάτων φυσικής επιβίωσης στο εξωτερικό της περιβάλλον και κοινωνικής επιβίωσης στο εσωτερικό της περιβάλλον. Ο ορισμός του Schein ίσως θεωρείται ο πιο αντιπροσωπευτικός και εμπειριστατωμένος, καθώς στρέφεται στο στοιχείο της πνευματικής παράδοσης και συμπεριφοράς ενός κοινωνικού συνόλου και ως το πιο σημαντικό κομμάτι της έννοιας της κουλτούρας.

- Ο πιο κοινός ορισμός της οργανωσιακής κουλτούρας, αναφέρεται: «Σε ένα σύστημα κοινών αξιών και πεποιθήσεων που χαρακτηρίζει έναν οργανισμό και το οποίο αποτελεί τη βάση των θέσπισης των κανόνων συμπεριφοράς και

λειτουργίας του οργανισμού» (Meyer and Topolnytsky, 2000; Koberg and Chusmir, 1987; Χυτήρης, 1996).

Σύμφωνα με όλους τους παραπάνω ορισμούς, η κουλτούρα θα μπορούσε να ορισθεί ως *«ένα σύστημα κοινών αξιών, πιστεύω, βασικών παραδοχών, σημασιών, άτυπων κανόνων, το οποίο ως κοινό νοητικό πλαίσιο αναφοράς συνδέει τους ανθρώπους προσδιορίζοντας το πώς να σκέφτονται και να συμπεριφέρονται, τι κάνουν, πώς το κάνουν, γιατί το κάνουν»* (Μπουραντάς, 2002).

2.2 Κύρια χαρακτηριστικά της κουλτούρας ενός οργανισμού

Σύμφωνα με τον Schein E. (2004:12-15) τα κυριότερα χαρακτηριστικά της κουλτούρας ενός οργανισμού είναι:

1. **Δομική σταθερότητα:** Η κουλτούρα προσφέρει ένα επίπεδο δομικής σταθερότητας στην ομάδα του οργανισμού. Μόλις επιτευχθεί η ταυτότητα της ομάδας, δύσκολα μπορεί να εγκαταλειφθεί ακόμα και όταν κάποια μέλη της αποχωρήσουν. Αυτό συμβαίνει γιατί η κουλτούρα προσφέρει σταθερότητα η οποία δίνει κάποιο νόημα στην ομάδα και προβλεπτικότητα.
2. **Βάθος:** Η κουλτούρα αποτελεί το πιο βαθύ και ασυνείδητο μέρος για μια ομάδα και είναι λιγότερο απτή και ορατή από τα άλλα μέρη της. Όσο εκείνη ενσωματώνεται πιο βαθιά στον οργανισμό, τόσο πιο μεγάλη σταθερότητα επιτυγχάνεται .
3. **Εύρος:** Είναι το τρίτο χαρακτηριστικό της κουλτούρας και όταν αναπτυχθεί καλύπτει όλες τις πτυχές του οργανισμού (στόχους, διαδικασίες, δομές, εξωτερικό περιβάλλον). Η κουλτούρα εισχωρεί και επηρεάζει όλες τις πλευρές ενός οργανισμού, από το πώς χειρίζεται όλους τους αρχικούς στόχους, μέχρι τα διάφορα περιβάλλοντα και τις εσωτερικές διαδικασίες του.
4. **Διαμόρφωση ή ολοκλήρωση:** Το τέταρτο χαρακτηριστικό της οργανωσιακής κουλτούρας είναι εκείνο το οποίο προσφέρει σταθερότητα στον οργανισμό, διαμόρφωση διάφορων στοιχείων της και σύνδεση των στοιχείων μεταξύ τους σε ένα βαθύτερο επίπεδο. Αυτά τα στοιχεία είναι το εργασιακό κλίμα, οι αξίες, τα τελετουργικά, κ.ά. (Κουλούρη, 2018; Ασπασία, 2014)

Ο Kilmann (2011) σε μελέτη του για την οργανωσιακή κουλτούρα αναφέρει *«Η κουλτούρα δεσμεύει τη φαντασία και την ενέργεια των ανθρώπων. Διαμορφώνεται με βάση την αποστολή και τις απαιτήσεις γύρω από την έννοια επιτυχία, υψηλή ποιότητα,*

αποδοτικότητα, εξυπηρέτηση, αξιοπιστία, καινοτομία και σκληρή δουλειά». Μπουραντάς, 2002)

Η κουλτούρα σύμφωνα με τον Kalimann διαφοροποιείται σε 3 ιδιότητες:

1. **Διεύθυνση:** δείχνει τον δρόμο που ακολουθούν τα μέλη ενός οργανισμού δηλαδή προς την ίδια ή αντίθετη κατεύθυνση υπό την επίδραση της κουλτούρας και τις αποφάσεις που θα πρέπει να λάβουν.
2. **Έκταση:** δείχνει πόσο είναι διαδεδομένη η κουλτούρα στα μέλη ενός οργανισμού και κατά πόσο ενιαία είναι .
3. **Ένταση:** αποτελεί την πίεση που ασκεί η κουλτούρα στα μέλη του οργανισμού.

Ο Schein (1985) θεωρεί ότι η κουλτούρα αποτελείται από 3 επίπεδα:

1. **Τα επιφανόμενα (artifacts):** είναι οι ορατές οργανωτικές δομές και διαδικασίες όπως είναι η χωρική οργάνωση ενός εργασιακού χώρου, οι καθημερινές λειτουργίες του οργανισμού ορατές προς τρίτους, όπως δραστηριότητες, γλώσσα, σηματοδοτήσεις γραφείων, τελετές, ο τρόπος ενδυμασίας (dress code) κ.ά.
2. **Οι αποδεκτές αξίες (espoused values):** είναι οι στρατηγικές, οι στόχοι και η φιλοσοφία. Πρόκειται για πράγματα τα οποία γίνονται με έναν συγκεκριμένο τρόπο στην επιχείρηση όπως κάτω από κανόνες και κώδικες δεοντολογίας. Η ομάδα εκπαιδεύεται και ενστερνίζεται τις πεποιθήσεις και τις αξίες του οργανισμού.
3. **Οι βασικές βαθύτερες παραδοχές(υποθέσεις) (basic underlying assumptions):** είναι οι ασυνείδητες και δεδομένες πεποιθήσεις, αντιλήψεις, σκέψεις και συναισθήματα όπως είναι ο τρόπος επίλυσης προβλημάτων, οι διαπροσωπικές σχέσεις, ο χρόνος και ο χώρος είναι βασικές παραδοχές ενός οργανισμού και είναι συνήθως σιωπηλές είτε αποδεκτές από τον οργανισμό είτε όχι. Είναι αδιαμφισβήτητες και είναι αδύνατον να αλλάξουν. (Γουλά, 2014; Κουλούρη, 2018)

Οι οργανισμοί, αποτελούμενοι από ένα σύνολο ατόμων, έχουν τη δική τους προσωπικότητα, τη δική τους κουλτούρα, η οποία αντικατοπτρίζει τις σκέψεις, τα πιστεύω και τις πεποιθήσεις των μελών ενός οργανισμού. Η κουλτούρα δεν αποτελεί “ιδιοκτησία” των ατόμων αλλά των ομάδων στις οποίες ανήκουν σε ένα οργανισμό είτε στο δημόσιο είτε στον ιδιωτικό τομέα. Η κουλτούρα μπορεί να εκδηλωθεί με

διάφορους τρόπους. Ο Hofstede G.,(1991) παρουσιάζει και αναλύει τα 4 εννοιολογικά επίπεδα εκδήλωσης της κουλτούρας: τα Σύμβολα (symbols), τους Ήρωες (heroes), τα Τελετουργικά (Rituals) και τις Αξίες (values), τα οποία παρουσιάζονται ως “φλούδες” κρεμμυδιού εμφανίζοντας εξωτερικά τα πιο επιφανειακά (symbols) και προχωρώντας εσωτερικά στα πιο ουσιαστικά (values). (Hofstede, 1991)

1. **Τα Σύμβολα(symbols):** περιλαμβάνουν λέξεις, χειρονομίες, εικόνες ή αντικείμενα τα οποία φέρουν ένα συγκεκριμένο μήνυμα και αναγνωρίζονται από τα άτομα που μοιράζονται την ίδια κουλτούρα, όπως για παράδειγμα η γλώσσα ως τρόπος επικοινωνίας ή ο τρόπος ένδυσης. Νέα σύμβολα αναπτύσσονται και άλλα παλαιότερα εξαφανίζονται ενώ άλλα υιοθετούνται από άλλες ομάδες. Αυτός είναι και ο λόγος που τα σύμβολα τοποθετούνται στο εξωτερικό και πιο επιφανειακό επίπεδο.
2. **Τους Ήρωες (heroes):** είναι άνθρωποι, είτε νεκροί είτε ζωντανοί, πραγματικοί ή φανταστικοί, των οποίων η υποδειγματική συμπεριφορά και τα χαρακτηριστικά υψηλής αξίας για την κουλτούρα όπου κινούνται, είναι παραδείγματα προς μίμηση.
3. **Τα τελετουργικά (rituals):** είναι όλες οι συλλογικές δραστηριότητες που μέσα σε μια κουλτούρα, θεωρούνται ως κοινωνικά απαραίτητες για την εξασφάλιση της σταθερότητας, όπως για παράδειγμα, ο τρόπος που χαιρετάμε τους άλλους ή ο τρόπος που μπορεί οι ηγέτες ή οι διευθυντές να εμπνεύσουν το προσωπικό τους.
4. **Οι Αξίες (values):** αποτελούνται από τις πεποιθήσεις, τις ιδέες και τις συμπεριφορές που προαιρούνται έναντι άλλων. Η υιοθέτηση του συστήματος αξιών γίνεται σε νεαρή ηλικία μέχρι 10 ετών ασυνείδητα και δύσκολα αλλάζουν.

Τα παραπάνω επίπεδα εκδήλωσης της κουλτούρας (σύμβολα, ήρωες και τελετουργικά και αξίες) αναφέρονται ως “πρακτικές”. (Γεωργία, 2010; Γουλά, 2014)

2.3 Τύποι της Οργανωσιακής Κουλτούρας

Έχουν γίνει αρκετές επιστημονικές προσπάθειες για την περιγραφή των τύπων της οργανωσιακής κουλτούρας (Miles και Snow, Hofstede, Harrison και Handy, Kilmann, Quinn κλπ.). Παρακάτω θα γίνει αναφορά στην επιστημονική προσέγγιση που έγινε από τον Harrison και Handy.

2.3.1 Τυπολογία του Harrison και Handy

Η πρώτη επιστημονική προσέγγιση ανήκει στον Harrison το 1972 ο οποίος ισχυρίστηκε ότι οι οργανισμοί μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε 4 διαστάσεις, στην ισχύ, στον ρόλο, στο έργο και στον εαυτό τους. Ο Handy το 1995 πήρε αυτές τις διαστάσεις και τους έδωσε ονόματα αρχαίων Ελλήνων θεών. (Handy C.,1995:14-16)

1. **Δίας (Ισχύς)** : Βασική αρχή της κουλτούρας είναι να εξουσιάζει και να συντρίψει κάθε τι που έρχεται εναντίον με κεντρικό έλεγχο έχοντας τους ανθρώπους ως αναλώσιμα προϊόντα χωρίς ανθρώπινες αξίες. Ανταμείβει τα μέλη του οργανισμού με εξουσία και αρμοδιότητες.
2. **Απόλλων (Ρόλος)** : Βασικό χαρακτηριστικό της κουλτούρας αυτής είναι η νομιμότητα , η τάξη και η τυπική αρμοδιότητα. Τα μέλη του οργανισμού λαμβάνουν ασφάλεια και ανταμοιβή σε εκείνους ανάλογα με την απόδοση τους σε αυτά που ζητούνται από τον οργανισμό.
3. **Αθηνά (Έργο)** : Η δύναμη του ειδικού υπερέχει της δυνάμεως της θέσης με στόχο της ο κατάλληλος άνθρωπος στην κατάλληλη θέση με κύριο χαρακτηριστικό την γνώση και την ομαδική εργασία. Κίνητρο τους είναι η επίτευξη στόχων και η αξιολόγηση γίνεται με βάση την απόδοση , την ικανότητα και την εμπειρία.
4. **Διόνυσος (Άτομο)** : βασικό χαρακτηριστικό της φιλοσοφίας των οργανισμών είναι η εξυπηρέτηση των μελών τους καθώς το άτομο είναι σε κεντρική θέση. Η εξυπηρέτηση των αναγκών των μελών του οργανισμού γίνεται μέσα από την ιεραρχία και τους μηχανισμούς ελέγχου. Τα μέλη του οργανισμού λειτουργούν αυτόνομα αλλά μεταξύ τους επικρατεί κατανόηση, αλληλοβοήθεια και υποστήριξη.

2.3.2 Τυπολογία των Ανταγωνιστικών αξιών των Quinn & Cameron

Σήμερα η ανάπτυξη των οργανισμών γίνεται μέσα σε ένα περιβάλλον αποτελούμενο από ραγδαίες οργανωτικές αλλαγές τεχνολογικής ανάπτυξης και ανταγωνισμού. Λόγω αυτής της αστάθειας που επικρατεί στο εξωτερικό περιβάλλον κάνει ακόμα πιο αναγκαία την διάγνωση και την αξιοποίηση της οργανωσιακής κουλτούρας προς όφελος του οργανισμού.

Για αυτό το σκοπό αναπτύχθηκαν αρκετά ποσοτικά εργαλεία αξιολόγησης της οργανωσιακής κουλτούρας. Ο κάθε ερευνητής θα επιλέξει και θα χρησιμοποιήσει εκείνο το μοντέλο που θα τον βοηθήσει να κάνει συσχέτιση μεταξύ αξιών και δομών ενός οργανισμού για να οδηγηθεί στην αλλαγή της κουλτούρας του. Σε αυτή την προσπάθεια συνέβαλλε η έρευνα των Quinn και Cameron, η οποία οδήγησε στην ανάπτυξη του Μοντέλου των Ανταγωνιστικών Αξιών. Είναι ένα απλό, έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο το οποίο δίνει στον ερευνητή την δυνατότητα να αποτυπώσει τον τύπο κουλτούρας του εκάστοτε οργανισμού. (Τσιαμάντα, 2012) Το Μοντέλο των Ανταγωνιστικών Αξιών το δημιούργησαν οι Cameron και Quinn, οι οποίοι θεωρούνται κορυφαίοι ερευνητές της οργανωσιακής κουλτούρας. (Μπουραντάς, 2002)

Οι Quinn και Rohrbaugh(1983) μελέτησαν και ανέλυσαν μια λίστα 39 δεικτών. Κρίθηκαν ικανοί να χρησιμοποιηθούν στη μέτρηση και στην εκτίμηση της οργανωσιακής αποτελεσματικότητας σε αντιπροσωπευτικά δείγματα του συνόλου και κατέληξαν στην θεωρία του πλαισίου των ανταγωνιστικών αξιών. Το Πλαίσιο των Ανταγωνιστικών Αξιών στοχεύει στο να εντοπίσει τους παράγοντες που επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα. (Γουλά, 2014)

Από την επεξεργασία των 39 δεικτών προέκυψαν 2 βασικές διαστάσεις.

Η πρώτη διάσταση αφορά τους οργανισμούς που δίνουν έμφαση για **ευελιξία ή έλεγχο**. Συγκεκριμένα υπάρχουν οργανισμοί που δίνουν έμφαση στον έλεγχο, στη σταθερότητα, στην προβλεψιμότητα, στην ιεραρχία και στις διαδικασίες. Ωστόσο υπάρχουν και οργανισμοί οι οποίοι δίνουν έμφαση στην ευελιξία στην ελευθερία πρωτοβουλιών, στην ομαδική ή προσωπική δέσμευση και στις ανεπίσημες σχέσεις. (Μπουραντάς, 2002)

Η δεύτερη διάσταση αφορά τον **εσωτερικό ή εξωτερικό** προσανατολισμό. Όταν δίνεται έμφαση στο εσωτερικό του οργανισμού τότε εκφράζει αξίες, πιστεύω κ.ά.

που συνδέονται με την εσωτερική οργάνωση, το εσωτερικό κλίμα και το ανθρώπινο δυναμικό. Αντίθετα όμως, όταν δίνεται έμφαση στο εξωτερικό περιβάλλον του οργανισμού, τότε παρατηρούμε να συνδέεται με στοιχεία όπως είναι η αγορά, ο ανταγωνισμός, ο πελάτης, η καινοτομία στις εξελίξεις κλπ. (Μπουραντάς, 2002)

Ο συνδυασμός αυτών των 2 διαστάσεων δημιουργούν 4 βασικούς τύπους ή αλλιώς μοντέλα οργανωσιακής κουλτούρας. Στη συνέχεια ακολουθεί περιγραφή των βασικών στοιχείων τους έτσι ώστε να γίνουν κατανοητοί.

➤ **Μοντέλο Ανθρώπινων Πόρων (Clan Culture) ή αλλιώς Κουλτούρα της Οικειότητας**

Αυτός ο τύπος οργανωσιακής κουλτούρας δίνει έμφαση προς το εσωτερικό του οργανισμού και συγκεκριμένα στα μέλη τα οποία αναπτύσσουν δυνατές διαπροσωπικές σχέσεις και βλέπουν τον οργανισμό σαν μια οικογένεια. Η ηγεσία δεν έχει την φιγούρα ενός απλού ηγέτη αλλά ενός μέντορα ή δασκάλου που καθοδηγεί την ομάδα του οργανισμού. Οι ηγέτες δεν μένουν στάσιμοι στα γεγονότα αλλά δίνουν μεγάλη προσοχή στο τι συμβαίνει στο εξωτερικό περιβάλλον και προσπαθούν στην εσωτερική βελτίωση και απόδοση του οργανισμού. (Τσιαμάντα Μ., 2012) Στόχος του κάθε οργανισμού είναι η ανάπτυξη των ανθρώπινων πόρων, η συνοχή, το υψηλό ηθικό και η συνεχόμενη εκπαίδευση. Η επιτυχία αυτού του μοντέλου έρχεται από το άριστο εσωτερικό κλίμα της επιχείρησης. (Γουλά, 2014; Cameron & Quinn, 2006)

➤ **Μοντέλο Ανοιχτού Συστήματος (Entrepreneurial- Adhocracy Culture) ή αλλιώς Κουλτούρα της Καινοτομίας**

Αυτό το μοντέλο εστιάζει στο εξωτερικό περιβάλλον του οργανισμού. Δίνεται έμφαση στην πρωτοβουλία στην ευελιξία, στην δημιουργικότητα, στην καινοτομία, στον δυναμισμό. Κυρίαρχο στοιχείο της κουλτούρας είναι η δημιουργικότητα και η πρωτοπορία στην ύπαρξη νέων προϊόντων και υπηρεσιών. Ο ηγέτης είναι επιχειρηματίας- οραματιστής προσανατολίζεται στον κίνδυνο στην καινοτομία και στο μέλλον. Το στυλ της διοίκησης χαρακτηρίζεται από την ενθάρρυνση της καινοτομίας και την διοίκηση του μέλλοντος και της συνεχώς βελτίωσης. Στόχος του κάθε οργανισμού που εφαρμόζει αυτό το μοντέλο είναι η ανάπτυξη, η απόκτηση πόρων, η ευελιξία, η

ετοιμότητα και η εξωστρέφεια. Η επιτυχία του οργανισμού ορίζεται από την παραγωγή μοναδικών προϊόντων. (Cameron & Quinn, 2006)

➤ **Μοντέλο Στόχων- Αποδοτικότητας (Market Culture) ή αλλιώς Κουλτούρα της Αγοράς**

Εστιάζει στο εξωτερικό περιβάλλον του οργανισμού και φυσικά στον ανταγωνισμό. Η αποτελεσματικότητα των οργανισμών φαίνεται όταν καταφέρνουν να πετύχουν υψηλή παραγωγικότητα με το λιγότερο κόστος και την συνεχόμενη διατήρηση της ανταγωνιστικότητας στο επιχειρηματικό περιβάλλον εξασφαλίζοντας και διατηρώντας τους πελάτες. Αυτό μπορεί να γίνει μέσω της θέσπισης των στόχων. Οι ηγέτες χαρακτηρίζονται από ανταγωνιστικό πνεύμα, αποφασιστικότητα, ικανότητα στο να παρακινήσουν τους άλλους. (Τσιαμάντα, 2012; Γουλά, 2014; Cameron & Quinn, 2006)

➤ **Ιεραρχικό- Γραφειοκρατικό Μοντέλο (Bureaucratic- Hierarchy Culture) ή αλλιώς Κουλτούρα της Ιεραρχίας**

Στις αρχές του 20^{ου} αιώνα ο κοινωνιολόγος Max Weber ήταν αυτός που έκανε την πρώτη προσέγγιση αυτού του μοντέλου. Εστιάζει στο εσωτερικό περιβάλλον του οργανισμού. Ο Weber πρότεινε 7 χαρακτηριστικά γνωστά και ως «οι κλασικές ιδιότητες της γραφειοκρατίας» τους κανόνες, την ειδίκευση, την αξιοκρατία, την ιεραρχία, τη χωριστή ιδιοκτησία, τη μη εξατομίκευση και την υπευθυνότητα. Στόχος των επιχειρήσεων είναι η επίτευξη υψηλής αποτελεσματικότητας διατηρώντας ταυτόχρονα την σταθερότητα, την προβλεψιμότητα και την εξάλειψη ρίσκων. Ο ηγέτης του οργανισμού έχει ρόλο συντονιστή και οργανωτή. Παράδειγμα τέτοιων οργανισμών είναι οι δημόσιες επιχειρήσεις. (Quinn & Cameron, 2011)

2.4 Εργαλεία Αξιολόγησης Οργανωσιακής Κουλτούρας

Η δημιουργία εργαλείων για την καταγραφή και την μέτρηση της οργανωσιακής κουλτούρας έγινε από του ίδιους τους ερευνητές αυτού του χώρου με σκοπό την κατανόηση και την συστηματοποίηση της στους ιδιωτικούς ή δημόσιους οργανισμούς. Παρατηρείται πως υπάρχουν ερευνητές που υποστηρίζουν την ποιοτική μέθοδο και άλλοι ερευνητές την ποσοτική μέθοδο χαρακτηρίζοντας την δεύτερη ως η καταλληλότερη για την μελέτη και την μέτρηση της οργανωσιακής κουλτούρας. Μετά

από μια μεγάλη μελέτη που έκαναν οι συγγραφείς σε πάνω από 1.700 άρθρα που αφορούσαν εργαλεία μέτρησης της οργανωσιακής κουλτούρας, οι συγγραφείς κατέληξαν σε 13 όργανα που ικανοποιούν τα κριτήρια αξιολόγησης της οργανωσιακής κουλτούρας και φυσικά μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε υπηρεσίες υγείας. Κάθε εργαλείο εστιάζει και μετρά διαφορετικές παραμέτρους της οργανωσιακής κουλτούρας. Η επιλογή του εργαλείου γίνεται από τον ερευνητή με βάση το πως ορίζει ο ίδιος την οργανωσιακή κουλτούρα, τον σκοπό της έρευνας και την χρήση των αποτελεσμάτων της. Η ταξινόμηση των εργαλείων προσέγγισης της οργανωσιακής κουλτούρας έγινε με βάση δυο προσεγγίσεων, **την τυπολογική προσέγγιση** στην οποία ανήκουν: Competing Values Framework, Quality improvement Implementation Survey, Harrison's Organizational Ideology και **την προσέγγιση των διαστάσεων** στην οποία ανήκουν: Organizational Culture Inventory, Hospital Culture Questionnaire, Nursing Unit Culture Assessment Tool, Practice Culture Questionnaire, MacKenzie's Culture Questionnaire, Survey of Organizational Culture, Corporate Culture Questionnaire, Hofstede's Organizational Culture Questionnaire, Organizational Culture Survey.

Συνολικά όλα αυτά τα εργαλεία ερευνούν και αξιολογούν την άποψη των μελών ενός οργανισμού όσον αφορά το εργασιακό περιβάλλον αλλά μόνο το Competing Values Framework και το Organizational Culture Inventory προσπαθούν να καταγράψουν με αξιοπιστία της αξίες και τα πιστεύω των μελών. (Γουλά, 2014)

2.4.1 Ποσοτικό Μοντέλο των Quinn & Cameron - Εργαλείο Αξιολόγησης Οργανωσιακής Κουλτούρας

Οι Quinn και Cameron ανέπτυξαν ένα ποσοτικό εργαλείο μέτρησης της κουλτούρας των οργανισμών, το Organizational Culture Assessment Instrument (OCAI) ή αλλιώς Εργαλείο Αξιολόγησης Οργανωσιακής Κουλτούρας. Είναι ένα μοντέλο μέτρησης κλίμακας σταθερού αθροίσματος και μετράει την απόκλιση μεταξύ της υφιστάμενης και της επιθυμητής κουλτούρας. (Quinn & Cameron, 2011)

Αυτό το μοντέλο μέτρησης έχει δοκιμαστεί σε πολλές μελέτες όπως των Quinn και Spreitzer (1991), των Obenchain et al.(2004), των Panayiotopoulou et al. (2010) αλλά και σε ελληνικά νοσοκομεία όπως η έρευνα των Παρδάλη(2005), Παπαγεωργίου και Χονδροκούκη (2010).

Το μοντέλο OCAI είναι ένα κατανοητό εργαλείο μέτρησης της κουλτούρας του οργανισμού και βασίζεται σε ένα ερωτηματολόγιο στο οποίο θα χρειαστεί μόνο δέκα λεπτά από το χρόνο των μελών για την συμπλήρωσή του. Μέσα από αυτό δίνεται η δυνατότητα να αποτυπωθεί η τρέχουσα κουλτούρα του οργανισμού αλλά και η επιθυμία των μελών στο πως θα ήθελαν να διαμορφωθεί μέσα στην επόμενη πενταετία. (Παπαγεωργίου και Χονδροκούκη, 2010)

2.5 Η οργανωσιακή κουλτούρα των Ελληνικών μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας

Οι οργανισμοί δημόσιων και ιδιωτικών μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα αποδεικνύουν ότι έχουν διαφορετικές στρατηγικές καθώς και διαφορετικές κουλτούρες. Σημαντικό ρόλο στην μείωση των διαφορών τους είναι η προσπάθειά τους να γίνουν πιο ευέλικτοι με τις συνθήκες που επικρατούν στην αγορά στο θέμα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Οι πιο σημαντικές διαφορές παρουσιάζονται στον χώρο των δημόσιων υπηρεσιών παροχής υπηρεσιών υγείας, διότι είναι πιο πολύ ελεγχόμενο και με αυστηρές αξίες δομημένο. Εδώ γίνεται φανερό ότι η διοίκηση και ο τρόπος διοίκησης ορίζεται από την απασχόληση, την σταθερότητα των εργαζομένων καθώς επίσης και από την προβλεψιμότητα. Κύρια φροντίδα τους είναι στην μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα καθώς επικεντρώνονται στην ομαλή λειτουργία του συστήματος. (Νικολός, 2020)

Η ηγεσία στις ιδιωτικές υπηρεσίες παροχής ιατρικών υπηρεσιών υγείας έχει πιο συμβουλευτικό χαρακτήρα. Εδώ παρατηρείται ότι υπάρχει ευμένεια στην ομαδική εργασία και δυνατότητα στο να αναπτύξει ο κάθε εργαζόμενος πρωτοβουλίες που θα βοηθήσει να φτάσουν στον στόχο τους. Επίσης, παρατηρείται ότι δίνεται μεγαλύτερη βαρύτητα στην εξυπηρέτηση των πελατών τους, στις καλές σχέσεις των εργαζομένων και στην προώθηση των πιο ικανών εργαζομένων τους. (Νικολός, 2020)

Για την δημιουργία μιας οργανωσιακής κουλτούρας στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα παίζει σημαντικό ρόλο το ανθρώπινο δυναμικό που τις συγκροτεί γιατί όσο πιο αποτελεσματική είναι η διοίκηση του ανθρώπινου δυναμικού τόσο πιο πολύ θα αναπτυχθεί και θα γίνει ανταγωνιστική στην Ελλάδα αλλά και με τα αντίστοιχα άλλων Ευρωπαϊκών χωρών. Έχει παρατηρηθεί πως για να πετύχουν όλα τα παραπάνω οι επιχειρήσεις δίνουν μεγαλύτερο βάρος στον πελάτη και την καλύτερη εξυπηρέτησή του διότι υπάρχει μεγάλο ανταγωνιστικό πακέτο στην αγορά. (Νικολός, 2020)

Όλες αυτές οι συνθήκες που έχουν προκύψει σήμερα, στρέφουν την προσοχή στο να βρεθεί μια ηγεσία η οποία θα αναγνωρίζει και θα ανταμείψει τους εργαζομένους των νοσοκομείων, δίνοντάς τους το καταλληλότερο περιβάλλον εργασίας έτσι ώστε να μπορέσουν να αναπτύξουν όλες τις δεξιότητες τους για να οδηγηθεί σε μια συνέργεια των επιδιώξεων μεταξύ των στελεχών και των υπηρεσιών υγείας. Τα οφέλη που εισπράττει μια υπηρεσία υγείας στο να αναπτύξει τις δεξιότητες των εργαζομένων του μέσω της κατάρτισης τους είναι πολύ σημαντικά έτσι ώστε αν βρεθούν σε θέση να αντιμετωπίζουν ποικίλλες καταστάσεις, να μπορούν να πάρουν πρωτοβουλίες για το καλό της επιχείρησης. (Νικολός, 2020; Χυτήρης Λ., 2001)

2.5.1 Επιτυχής οργανωσιακή κουλτούρα σε έναν οργανισμό.

Έχουν γίνει πολλές έρευνες σχετικά με την οργανωσιακή κουλτούρα και κατά πόσο αυτή, σε σχέση, με τις αξίες ενός οργανισμού, με τις σχέσεις που έχει δημιουργήσει με το πελατολόγιό της καθώς επίσης και η ανάπτυξη των συστημάτων, αποτελούν το μεγάλο μέρος ενός οργανισμού. (Νικολός, 2020)

Κατά πόσο η οργανωσιακή κουλτούρα θεωρείται επιτυχής σε έναν οργανισμό;

Σύμφωνα με τους Kotter and Heskett (1992), για να υπάρξει σε έναν οργανισμό όσο το δυνατόν καλύτερη αποδοτικότητα από τους εργαζόμενους θα χρειαστεί να γίνουν καλύτεροι κάποιοι βασικοί παράγοντες: η δικαιοσύνη στον οργανισμό, ο σεβασμός καθώς και η αξιοπιστία.

Αρχικά με τον όρο δικαιοσύνη σε έναν οργανισμό, αναφέρεται στην ύπαρξη δίκαιης κατανομής των οικονομικών επιτυχιών της επιχείρησης το οποίο γίνεται μέσω των οικονομικών ανταμοιβών και απολαβών καθώς και μέσω κάποιων προγραμμάτων που θα δίνονται στους εργαζόμενους. Επιπλέον, μέσω της παροχής όσο το δυνατόν πιο καλού επαγγελματικού εξοπλισμού και δημιουργώντας σεμινάρια εκπαίδευσης και κατάρτισης στους εργαζόμενους. Επίσης γίνεται η ανάδειξη των εργαζομένων μέσω της εκτίμησης της πολύ καλής δουλειάς τους και έτσι αποκτάται ο σεβασμός από τους εργαζόμενους.

Τέλος με τον όρο αξιοπιστία σε μια επιχείρηση, εννοείται η καθημερινή επικοινωνία της διοίκησης με τους εργαζόμενους. Κύριος στόχος τους η πορεία των εργασιών και η συζήτηση για την στρατηγική της επιχείρησης. Ακόμα, η ένδειξη της αξιοπιστίας αναφέρεται στη συζήτηση σχετικά με τις ιδέες των εργαζομένων καθώς

και η πραγματοποίηση αυτών. Για να υπάρξει αξιοπιστία δεν αρκεί μόνο η συζήτηση, αλλά θα πρέπει να υπάρχει μια συνέχεια(ή πορεία) από έργα ώστε να υπάρχει ένα σημαντικό όραμα. (Νικολός, 2020)

Ο Kotter and Heskett (1992), για να ερευνήσουν κατά πόσο είναι αποτελεσματική η οργανωσιακή κουλτούρα σε έναν οργανισμό διαχώρισαν τις κουλτούρες σε 3 κατηγορίες:

1. Η πιο κατάλληλη στρατηγικά οργανωσιακή κουλτούρα
2. Η οργανωσιακή κουλτούρα που προσαρμόζεται πιο εύκολα
3. Η διαφορά της αδύναμης από την ισχυρή κουλτούρα

Σύμφωνα με τους Kotter and Heskett (1992), η κουλτούρα για να είναι η πιο κατάλληλη και η πιο αποτελεσματική θα πρέπει να συνυπάρχει με την στρατηγική και τον γενικό σχεδιασμό της επιχείρησης. Πολλές έρευνες έχουν δείξει πως δεν υπάρχει μια οργανωσιακή- οργανωτική κουλτούρα, ως πρότυπο, ώστε να είναι κοινή και να εφαρμόζεται από όλους τους οργανισμούς. Για να συνυπάρξει και να είναι επιτυχημένη μια κουλτούρα σε έναν οργανισμό, θα πρέπει να ταυτίζεται όσο το δυνατόν περισσότερο με την στρατηγική του οργανισμού καθώς με αυτό τον τρόπο θα μπορέσει να είναι αποτελεσματική και να αποδώσει το μέγιστο στον οργανισμό. (Νικολός, 2020)

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τον Donaldson (1983),έδειξε ότι σε περίπτωση συνύπαρξης της κουλτούρας και της στρατηγικής του οργανισμού θα υπάρξουν σημαντικά οφέλη στην απόδοσή της ο οργανισμός, ενώ στην ύπαρξη συνεχών μεταβολών στην στρατηγική της επιχείρησης, η οργανωσιακή κουλτούρα θα εμφανίσει αδυναμία ως προς την απόδοσή της και δεν θα μπορεί να ανταπεξέλθει με επιτυχία. Όσον αφορά την κουλτούρα η οποία προσαρμόζεται εύκολα, αφορά τις επιχειρήσεις οι οποίες μπορούν και έχουν την ιδιαιτερότητα να αλλάζουν και να προσαρμόζονται εύκολα στις όποιες αλλαγές του περιβάλλοντός τους. Επίσης μπορούν να υιοθετήσουν γρήγορα την οποιαδήποτε αλλαγή προκύψει να γίνει στην οργανωσιακή τους κουλτούρα. (Νικολός, 2020)

Με βάση την παραπάνω έρευνα ο Kilmann (1986), χαρακτηρίζει την συγκεκριμένη κουλτούρα ως την κουλτούρα η οποία μπορεί να προσαρμόζεται εύκολα σε όλες τις αλλαγές των οργανισμών. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, να μπορεί να προσεγγίσει πάντα με γνώμονα την εμπιστοσύνη αλλά και την πρωτοβουλία, τόσο την ατομική ζωή όσο και την οργανωσιακή ζωή σε έναν οργανισμό. Εξίσου σημαντικό σε

αυτή την κουλτούρα είναι ότι υπάρχει υποστήριξη μεταξύ των εργαζομένων που συμβάλλει στο να βρεθούν τυχόν προβλήματα και να τα επιλύσουν μέσα στον οργανισμό. (Νικολός, 2020)

Ο Kotter (1996), αναφέρει πως για να είναι μια οργανωσιακή κουλτούρα επιτυχημένη πρέπει να αποτελείται από κάποιες παραμέτρους. Είναι οι εξής:

- Να υπάρχει μέγιστη αποδοτικότητα και σημαντική εξέλιξη μέσα στον οργανισμό η οποία μπορεί να επιτευχθεί μέσω της ενδυνάμωσης του αισθήματος του επειγόντος,
- Να δημιουργηθεί ένας ηγετικός συνασπισμός,
- Να αναπτυχθεί το όραμα και η στρατηγική,
- Να μοιρασθεί ένα μέρος της εξουσίας και να υπάρξει αυτονομία όσο το δυνατόν περισσότερο στους εργαζομένους. Αυτό θα βοηθήσει στο να ανταπεξέλθουν όσο το δυνατόν πιο γρήγορα στις όποιες αλλαγές προκύπτουν μέσα στον οργανισμό,
- Να γίνεται συστηματικά αξιολόγηση σε όποιες παλιές πρακτικές διατηρούν οι οργανισμοί,
- Να υπάρχει σημαντική ικανοποίηση των εργαζομένων μέσω των αμοιβών-ανταμοιβών από τις διοικήσεις,
- Και τέλος να υπάρχει μια διαδικασία- θεσμός, όταν υπάρχει αλλαγή της κουλτούρας σε μια νέα.

Ο Kotter και Heskett (1992), αναφέρουν ότι οι ισχυρές και οι αδύναμες κουλτούρες είναι ένας σημαντικός παράγοντας που ορίζει την επιτυχία της οργανωσιακής κουλτούρας σε ένα οργανισμό. Οι ισχυρές κουλτούρες, αλληλοσύνδεονται με τις πεποιθήσεις των εργαζομένων και με τις αξίες που διέπουν τον οργανισμό καθώς και από τις πρακτικές που μπορεί να αναγνωρίσει ένας οργανισμός. Οι εργαζόμενοι έχουν την ιδιαιτερότητα να προσαρμόζονται σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα σε αυτές. Αντιθέτως, οι αδύναμες κουλτούρες είναι αυτές που δεν έχουν καταλήξει ώστε να έχουν κάποιες ξεκάθαρες απόψεις, αξίες ακόμα και στρατηγικές. Ακόμη μπορεί και οι εργαζόμενοι να μην συμφωνούν με αυτές με αποτέλεσμα να τις απορρίπτουν και να βάζουν τις δικές τους απόψεις και στρατηγικές πάνω από αυτές του οργανισμού, έχοντας την εντύπωση πως ότι είναι πιο δημιουργικές και θα έχουν καλύτερο αποτέλεσμα. (Νικολός, 2020)

Εξίσου πολύ σημαντικό είναι να τονιστεί πως επειδή η οργανωσιακή κουλτούρα είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας σε έναν οργανισμό και ταυτόχρονα για το διοικητικό προσωπικό και τους ηγέτες του, μπορεί να εμφανιστούν πολλοί κίνδυνοι καθώς μπορεί ένα στέλεχος να έχει δώσει κάποια λάθος στρατηγική μέσα στον οργανισμό. Ακόμη χειρότερα να έχει οδηγήσει την επιχείρηση σε λάθος κατεύθυνση ή ακόμα μπορεί να σκέφτεται να αποχωρήσει από τον οργανισμό χωρίς να έχει βρεθεί κάποιος αντικαταστάτης και με αυτόν τον τρόπο ο οργανισμός να συνεχίζει ως “ακέφαλη”. Σύμφωνα με την έρευνα των Kotter and Heskett (1992), υποστηρίχθηκε ότι «*οι βασικές ιδέες της ισχυρής κουλτούρας όχι μόνο δεν είναι λανθασμένες, αλλά ότι η δύναμη μιας ευθυγραμμισμένης και παρακινούμενης ομάδας είναι ιδιαίτερα διορατική*». Επίσης, οι ερευνητές Collins and Porras (1994), ανέδειξαν το πόσο σημαντικό είναι για έναν οργανισμό να χτίσει και να πραγματοποιήσει μια δυνατή οργανωσιακή κουλτούρα καθώς θα μπορεί να ανταποκριθεί και να λειτουργήσει σωστά σε οποιαδήποτε αλλαγή και αν βρεθεί σε βάθος χρόνου στο περιβάλλον του. Επιπλέον, πολύ σωστά αναφέρεται στην συγκεκριμένη έρευνα πως η οργανωσιακή κουλτούρα πρέπει να μην έχει μεγάλα και πειστικά θέματα όσον αφορά τους κανόνες και τα πρότυπα συμπεριφορών. Αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα να μπορεί να τροποποιηθεί σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα όταν και εάν κριθεί αναγκαία η όποια αλλαγή που ίσως υπάρξει στην ηγεσία, στην στρατηγική ενός οργανισμού. (Νικολός, 2020)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1 Η έννοια της ποιότητας ζωής

Η ποιότητα ζωής είναι μια έννοια που παρουσιάζει δυσκολίες σχετικά με τον προσδιορισμό και τη μέτρηση της. Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. (Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας), ο όρος ποιότητα ζωής αναφέρεται στην υποκειμενική αντίληψη που έχει το άτομο για τη θέση του στη ζωή. Διαμορφώνεται από τις αξίες και τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά της κοινωνίας, όπου διαμένει το άτομο, σε σχέση με τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες, τα ατομικά κριτήρια, τα ενδιαφέροντα και τις ανησυχίες του (Τζινιέρη- Κοκκώση, 2010; Κοροτζίδης και συν, 2020).

Η Μυκονιάτη(2008) και η Θεοφίλου(2011) αποδίδουν την ποιότητα ζωής σε άλλους παράγοντες όπως είναι:

- η πλήρης σωματική και ψυχολογική υγεία,
- οι διαπροσωπικές σχέσεις,
- ο βαθμός ανεξαρτησίας και
- οι πεποιθήσεις του ατόμου για το περιβάλλον του

3.2 Σχέση Ποιότητας και Οργανωσιακής Κουλτούρας

Η οργανωσιακή κουλτούρα και η ποιότητα είναι δυο έννοιες αλληλένδετες. Η πρώτη αποτελεί το ευρύτερο σύνολο εντός του οποίου, αναπτύσσεται η δεύτερη. Παρόλο που η μεταξύ τους σχέση είναι αλληλεπιδραστική, φαίνεται πως υπάρχει μία μεγαλύτερη δυνατότητα επίδρασης της ποιότητας υπηρεσιών/προϊόντων ή λειτουργίας του οργανισμού από την οργανωσιακή κουλτούρα, παρά το αντίθετο. Η επιθυμία ενός οργανισμού είναι να προσφέρει ποιοτικές υπηρεσίες και προϊόντα στους πελάτες της η οποία δεν είναι αρκετή για να επιφέρει την επιτυχία του εγχειρήματος. (Κάργας, 2014; Κουλούρη, 2018)

Καθοριστικός παράγοντας για την επιτυχία ή την αποτυχία ενός οργανισμού είναι η οργανωσιακή κουλτούρα που διαθέτει. Οι ποιοτικοί στόχοι δεν αποδίδουν στην περίπτωση που οι εργαζόμενοι δεν διαθέτουν κουλτούρα ποιότητας, δεν έχουν κάνει κτήμα τους τις αξίες και τα πρότυπα ποιότητας που ο οργανισμός ορίζει. Πριν μπει κάποιο σύστημα διαχείρισης της ποιότητας, καλό είναι να ελέγχεται το κατά πόσο αυτό μπορεί να ενσωματωθεί από την ήδη υπάρχουσα κουλτούρα και πως η αλλαγή της

οργανωσιακής κουλτούρας είναι αναπότρεπτη προκειμένου να μην αποτύχει μία προσπάθεια εισαγωγής στοιχείων ποιότητας. (Κάργας, 2014; Κουλούρη, 2018)

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

Οι κυρίαρχες θεωρίες εφαρμογής σύγχρονων τρόπων διοίκησης των υπηρεσιών και οργανισμών ισχυρίζονται ότι, η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών αποτελεί ένα πιθανό πρότυπο διάκρισης για κάθε οργανισμό παγκόσμια. Η έννοια της ποιότητας των υπηρεσιών υπολογίζεται ένας αξιόπιστος δείκτης για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων του οργανισμού. (Drosos et al., 2017; Κουλούρη, 2018)

Με βάση τους Reeves και Bednarov (1994), η οργανωσιακή κουλτούρα επηρεάζει τις ενέργειες και τη συμπεριφορά των εργαζομένων σε ζητήματα που περιλαμβάνουν την ποιότητα. Οι Sinclair και Arthur (1994) και οι Corbett και Rastrick (2000) είναι ερευνητές που έδειξαν σε θεωρητικό επίπεδο την σχέση που έχουν μεταξύ τους η ποιότητα και η οργανωσιακή κουλτούρα. Σύνδεσαν έμμεσα τις δύο μεταβλητές, μέσω του τρόπου λειτουργίας των εργαζομένων χωρίς να παρουσιάσουν κάποιον απευθείας σύνδεσμο. Μια άλλη ομάδα ερευνητών οι Maxwell, McDougall και Blair (2000), είναι αυτοί που παρείχαν το σύνδεσμο αυτό, οι οποίοι αντιστοίχισαν την οργανωσιακή κουλτούρα με τη διαχείριση της ποιότητας. Με βάση τη θεωρία των Irani, Sharp & Kagioglou (1997) και του Johnson (2004) αναγνώρισαν την οργανωσιακή κουλτούρα ως σημαντικό συστατικό της ποιότητας. Στα συμπεράσματά τους ισχυρίστηκαν ότι χωρίς την ύπαρξη κατάλληλης κουλτούρας, υπάρχουν αυξημένες πιθανότητες αποτυχίας στη διαχείριση της ποιότητας.

Οι Gupta, McDaniel & Kanthi-Herath (2005) αναφέρουν ότι, οι επιχειρήσεις οι οποίες προσφέρουν υψηλής ποιότητας υπηρεσίες, το είδος της κουλτούρας που διαθέτουν επιτρέπει στους εργαζομένους τους να εργάζονται μεθοδικά για την επίτευξη κοινών στόχων. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνουν τον συντονισμό πόρων και διαδικασιών με τελικό στόχο την παροχή ποιοτικών. Η αξιοπιστία, η ανταπόκριση και η ενσυναίσθηση είναι στοιχεία που μπορεί να χαρακτηρίζει τις σχέσεις εργαζομένων

και στελεχών σε ένα οργανισμό και αυτό έχει ως αποτέλεσμα να αντικατοπτρίζεται στην επαφή με τον λήπτη των υπηρεσιών. (Κουλούρη, 2018)

3.2.1 Ποιότητα και Οργανωσιακή Κουλτούρα στο χώρο της Υγείας

Οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν μια ιδιαίτερη μορφή παροχής υπηρεσιών. Η ποιότητα των υπηρεσιών που θα λάβουν οι ασθενείς δεν μπορεί να μετρηθεί με την ανθεκτικότητα και την αξιοπιστία του προϊόντος, αλλά με άλλους παραμέτρους οι οποίοι είναι η διαθεσιμότητα, η ταχύτητα παροχής του, η εύκολη πρόσβαση, ο επαγγελματισμός, η υψηλή τεχνολογία, η ενσυναίσθηση, η ευγένεια, η αναμφίβολη διάγνωση, η ψύχραιμη αντιμετώπιση των κρίσιμων περιπτώσεων και η αξιοπρέπεια. Επίσης, μια ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην αναγκαιότητα, την προτεραιότητα, τη διακριτικότητα και την προσοχή σε κάθε υπηρεσία που πρόκειται να προσφερθεί. (Σκορδή, 1997; Κουλούρη, 2018)

Οι εργαζόμενοι των υπηρεσιών υγείας, έχουν την δυνατότητα να επηρεάζουν σε ένα μεγάλο βαθμό τόσο την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, όσο και την ικανοποίηση του πελάτη. Οι παράγοντες που εμπλέκονται στην παροχή φροντίδας υγείας είναι οι ποιοτικοί και οι οργανωσιακοί. Μέσα από αυτούς τους παράγοντες οι λήπτες-ασθενείς των υπηρεσιών, καθορίζουν με όρους αξιοπιστίας, επικοινωνίας και ανταποκρισιμότητας την αντιλαμβανόμενη ικανοποίησή τους. (Σκορδή, 1997) Σύμφωνα με τον Τσιότρα (2002), η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας προϋποθέτει τη συστηματική και σταδιακή αλλαγή της ήδη υπάρχουσας κλινικής κουλτούρας που επικρατεί στον κάθε οργανισμό υγείας (δημόσιου ή ιδιωτικού τομέα).

Τους πλέον καθοριστικούς παράγοντες οργανωσιακής αποτελεσματικότητας και προσφοράς ποιοτικών υπηρεσιών αποτελούν η ικανοποίηση των εργαζομένων και η οργανωσιακή δέσμευση. Η οργανωσιακή δέσμευση αναφέρεται στην πίστη των εργαζομένων στον οργανισμό, στην προθυμία τους να καταβάλουν κάθε προσπάθεια για τον οργανισμό τους, στο επίπεδο και στην αξία του στόχου σε συνάρτηση με τον οργανισμό και στην επιθυμία τους να διατηρήσουν την υπάρχουσα συνεργασία. Τύποι της οργανωσιακής δέσμευσης, αποτελούν οι εργαζόμενοι που δεν αποχωρούν λόγω υψηλού κόστους και κινδύνου μη εύρεσης παρόμοιας εργασίας, συναισθηματικής δέσμευσης με τους στόχους και τις αξίες του οργανισμού και κανονιστικής δέσμευσης λόγω άσκησης πίεσης από τους άλλους. Τρόποι ανάπτυξης της οργανωσιακής δέσμευσης είναι ο εμπλουτισμός εργασίας παίρνοντας μέρος στη διαδικασία λήψης

απόφασης και στην ενίσχυση ευθυνών ελέγχου, η ευθυγράμμιση στόχων και συμφερόντων του οργανισμού αλλά και των εργαζομένων προσφέροντας τους μερίδιο από τα κέρδη και η επιλογή νέων εργαζομένων με αξίες που ταιριάζουν με αυτές του οργανισμού. (Ζυγά, 2013; Κουλούρη, 2018)

Το «κλειδί» στη βελτίωση της ποιότητας στον τομέα της υγείας είναι η οργανωσιακή κουλτούρα. (Department of Health 1998) Η κουλτούρα που παρατηρείται συνήθως στο χώρο της υγείας δεν είναι ομοιόμορφη γιατί υπάρχουν ταυτόχρονα διαφορετικές κουλτούρες μέσα στο νοσοκομείο, που κάνουν φανερές τις ξεχωριστές απόψεις και στάσεις πολλών και διαφορετικών ομάδων επαγγελματιών. (Davies, 2005)

Αποτέλεσμα αυτής της κατάστασης, είναι η ανάπτυξη διαφορετικών υπο-κουλτουρών, παρεξηγήσεων και συγκρούσεων μεταξύ τους με αποτέλεσμα την δύσκολη προσφορά ποιοτικών υπηρεσιών μέσα στον ίδιο φορέα. Με βάση την έρευνα του Moran (2003) κυριαρχούν τέσσερα είδη υπο-κουλτούρας, 1) των ιατρών, 2) των νοσηλευτών, 3) των διοικητικών/τεχνικών υπάλληλων και 4) της Διοίκησης. Αυτό το γεγονός καθιστά δύσκολο το συλλογικό πνεύμα και την γενικότερη αντιμετώπιση των πραγμάτων. (Κουλούρη, 2018)

Παρόλα αυτά, υπάρχει μια «κοινή» κουλτούρα που αποτελεί την «άμυνα» του φορέα έναντι των εξωτερικών επιρροών από άλλες κουλτούρες. Αυτές μπορούν να προκαλέσουν αλλαγές στα ήδη υπάρχοντα επίπεδα της «εσωτερικής» κουλτούρας. (Freeman, 2003; Κουλούρη, 2018)

3.3 Παράγοντες που επιδρούν στην ποιότητα ζωής και στις εργασιακές σχέσεις

Ο Flanagan είναι ένας από τους πρώτους ερευνητές που ασχολήθηκαν με τον προσδιορισμό των παραγόντων που επιδρούν στην ποιότητα ζωής. Ο Flanagan (1978, 1982) προσδιόρισε και ταξινόμησε σε πέντε συνολικά κατηγορίες, οι οποίες είναι απόλυτα συνδεδεμένοι με τις ανθρώπινες ανάγκες, όπως είναι:

- η σωματική και η υλική ευημερία,
- οι διαπροσωπικές σχέσεις με τους άλλους ανθρώπους,
- οι κοινωνικές ή/και συλλογικές δράσεις,
- η προσωπική ανάπτυξη και καταξίωση και
- ο ελεύθερος χρόνος

Επίσης, υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που επηρεάζουν είτε θετικά ή είτε αρνητικά τις εργασιακές σχέσεις. (Χαράλαμπος Κοροτζίδης και συν, 2020)

Οι παράγοντες αυτοί μπορούν να χωριστούν σε δύο κατηγορίες:

(α) εκείνους που αφορούν τον εργαζόμενο και

(β) εκείνους που αφορούν την επιχείρηση.

Ο πιο σημαντικός παράγοντας όλων είναι ο ίδιος ο εργαζόμενος να έχει όρεξη και να αγαπάει αυτό που κάνει. Σύμφωνα με το μοντέλο των χαρακτηριστικών της εργασίας των Hackman και Oldham (1975), ο εργαζόμενος προκειμένου να έχει θέληση για δουλειά θα πρέπει αρχικά να βρίσκει «νόημα και αξία» σε αυτό που κάνει.

Ένας εργαζόμενος που έχει όρεξη και αγάπη για αυτό που κάνει είναι διατεθειμένος να επενδύσει στις σχέσεις με τους συναδέλφους του. Εξίσου σημαντικό ρόλο σε όλο αυτό είναι το κλίμα εργασίας ανάμεσα στο προσωπικό αλλά και μεταξύ του προσωπικού και της διοίκησης. Συγκεκριμένα, κάθε εργαζόμενος επιδιώκει μέσα στον οργανισμό, ένα κλίμα συνεργασίας βασισμένο στην φιλία, την υπευθυνότητα, την αξιοκρατία και την ίση αντιμετώπιση (Κοϊνης & Σαρίδη, 2014; Κοροτζίδης και συν, 2020).

Με βάση τα παραπάνω, ένας εργαζόμενος μπορεί να λειτουργεί και ως ηγέτης. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί χρησιμοποιώντας την συναισθηματική νοημοσύνη ως μέσο αλληλεπίδρασης. Για να το επιτύχει, χρειάζεται να γνωρίζει κάποια στοιχεία των συναδέλφων του, όπως είναι η οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο και η εργασιακή εμπειρία. Όλα αυτά μαζί επιδρούν στον τρόπο με τον οποίο τα άτομα λειτουργούν και συμπεριφέρονται.

Με αυτό τον τρόπο (Κοϊνης και Σαρίδη, 2014; Καζαμία, 2015; Κοροτζίδης και συν, 2020):

- πετυχαίνει βέλτιστες επιδόσεις (απόδοση, παραγωγικότητα), σε σχέση με όσους λειτουργούν με την λογική,
- κατανοεί καλύτερα τα συναισθήματα και τις ανάγκες των υπολοίπων,
- μειώνει το έντονο στρες, που προέρχεται από το εργασιακό περιβάλλον και το φόρτο εργασίας και

- δημιουργεί ασφάλεια.

Από την πλευρά της επιχείρησης, σημαντικός παράγοντας είναι το περιβάλλον εργασίας. Το εργασιακό περιβάλλον αποτελείται από επιπλέον στοιχεία που το καθορίζουν όπως:

- α) το φυσικό περιβάλλον (ο φωτισμός, ο θόρυβος, κ.α),
- β) το υλικό περιβάλλον (το κτήριο, η αρχιτεκτονική και η εργονομία του, η επίπλωση του χώρου και ο εξοπλισμός) και
- γ) τον τρόπο οργάνωσης και διοίκησης (αμοιβή και ευκαιρίες ανέλιξης).

Το τελευταίο στοιχείο αποτελεί ταυτόχρονα ένα από τα πιο σημαντικότερα κίνητρα του προσωπικού. Η απουσία του μπορεί να επιφέρει μειωμένη απόδοση και αφοσίωση στην εργασία λόγω έλλειψης ενδιαφέροντος (Καζαμιά, 2015; Κοροτζίδης και συν, 2020).

3.4 Παράγοντες παρακίνησης για την καλύτερη απόδοση του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού στις υπηρεσίες υγείας

Όπως γνωρίζουμε, η εργασιακή απόδοση, η παρακίνηση, η εξουθένωση, η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής αποτελούν επιμέρους παράμετροι της εργασιακής ευημερίας. Η παρακίνηση του προσωπικού συνδέεται άμεσα με την αποδοτικότητα και τη συμπεριφορά τους μέσα στον εργασιακό χώρο. Επίσης, προσδιορίζουν τη στάση και τη δέσμευση παραγωγικότητας του εργαζόμενου ως προς το αντικείμενο της εργασίας του. (Γκικόκα και συν, 2018; Locke EA et al., 1990)

Είναι γνωστό πως η αποδοτικότητα του προσωπικού δεν εξαρτάται μόνο από τις τεχνικές ικανότητες στην εκτέλεση της εργασίας του αλλά και από τη διάθεσή του για να αποδώσει στην εργασία που του έχει ανατεθεί να φέρει εις πέρας. (Μπουραντάς Δ. 2002) Η διάθεση αυτή αναφέρεται στην αναγκαιότητα που υπάρχει μεταξύ εργοδότη και εργαζομένου από την αρχική φάση του «νομικού συμβολαίου» (σύμβαση εργασίας) και μέχρι του «ψυχοκοινωνικού συμβολαίου». (Γκικόκα και συν, 2018; Kolb D et al., 1995; Garratt B., 1994)

Η παρακίνηση (motivation) είναι μια ψυχοκοινωνική διαδικασία που έχει ως σκοπό να επηρεάσει και να διαμορφώσει την συμπεριφορά του ατόμου στο εργασιακό

του περιβάλλον. «*Η παρακίνηση ενεργοποιεί, κατευθύνει και συντηρεί την ανθρώπινη συμπεριφορά προς όφελος του εργαζόμενου και της υπηρεσίας*».(Γκικόκα και συν, 2018)

Βασικός παράγοντας παρακίνησης ενός εργαζομένου είναι το κίνητρο, που ενεργοποιεί και κατευθύνει τη συμπεριφορά του εργαζόμενου προς την επίτευξη των στόχων του. Η παρακίνηση είναι μια εσωτερική διαδικασία διαμόρφωσης της συμπεριφοράς του εργαζόμενου προς την επίτευξη των στόχων εργασίας, έχοντας ως συνέπεια την ικανοποίηση των αναγκών του ατόμου, είτε είναι πρωτογενούς μορφής (τροφή, ύπνος, στέγαση κ.ά.) είτε δευτερογενούς (σεβασμός, κύρος, αναγνώριση κ.ά.)

Η αλληλεπίδραση των βασικών στοιχείων παρακίνησης που είναι οι ανάγκες, τα κίνητρα και οι στόχοι, οδηγούν στη διαμορφωσής ενός πλαισίου ανάπτυξης της διαδικασίας της παρακίνησης. Η ολοκλήρωση της διαδικασίας της παρακίνησης έρχεται με την επίτευξη των στόχων του εργαζομένου με την ικανοποίηση των αναγκών του στον χώρο εργασίας του. (Μπουραντάς, 2002)

Η ικανοποίηση των αναγκών του ανθρώπου προσδιορίζονται από διάφορους εσωτερικούς και εξωτερικούς παράγοντες που αλλάζουν στον χρόνο και στον χώρο. (Σαρής Μ. 2001; Β. Γκικόκα και συν, 2018; Walster E. et al.,1978; Deci EL, Ryan RM. A, 1990)

Η παρακίνηση διακρίνεται σε δύο κατηγορίες: στην εξωτερική και στην εσωτερική.(Μπουραντάς, 2002) Η εξωτερική παρακίνηση αναφέρεται στην ικανοποίηση των αναγκών όπως είναι οι αποδοχές, η ασφάλεια, η συνέχεια στην απασχόληση, οι άδειες, τα επιδόματα παραγωγικότητας, οι υποδομές, ο εξοπλισμός, οι χώροι εργασίας. Ενώ η εσωτερική παρακίνηση αναφέρεται στα συναισθήματα αναγνωσιμότητας και εκτίμησης από τους συναδέλφους, τους συνεργάτες και από τους εξυπηρετούμενους πελάτες, καθώς και από την ικανοποίηση την οποία αισθάνεται ο ίδιος ο εργαζόμενος με την ενασχόλησή του με το αντικείμενο της εργασίας του. Η εξωτερική παρακίνηση δεν πρέπει να υπερτερεί της εσωτερικής, καθώς παρατηρείται στους πλέον σύγχρονους χώρους εργασίας να έχει κλίση προς των υλικών ανταμοιβών με αποτέλεσμα της μειωμένης σημασίας στην εσωτερική παρακίνηση, η οποία αποτελεί τη βάση ανάπτυξης για την εξωτερική παρακίνηση. (Γκικόκα και συν, 2018)

Επίσης, η παρακίνηση χωρίζεται σε μικρο- και σε μακρο-παρακίνηση.⁹ Η μικρο-παρακίνηση αναφέρεται στην παρακίνηση που επηρεάζεται από το εσωτερικό περιβάλλον της εργασίας του ατόμου ενώ η μακρο-παρακίνηση αναφέρεται στην

παρακίνηση που επηρεάζεται από εξωτερικούς παράγοντες του γενικότερου κοινωνικοοικονομικού περιβάλλοντος. Η σύνδεση της παρακίνησης με την ικανοποίηση των αναγκών βασίζεται στη θεωρία της ιεράρχησης των αναγκών¹¹ και στη θεωρία των δύο παραγόντων. (Herzberg F., 1987; Γκικόκα και συν, 2018)

3.5 Εκτίμηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγείας

Η ποιότητα ζωής είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο, που επιδρούν στην διαμόρφωση της τόσο εξωτερικοί και εσωτερικοί παράγοντες όσο αντικειμενικοί και υποκειμενικοί παράγοντες. (Gill, Feinstein, 1994; Dew, Simmons, 1990)

Στη διεθνή βιβλιογραφία η έννοια της έχει μελετηθεί σε μια διάσταση, όπως της ικανοποίησης από τη ζωή ή της ικανοποίησης των αναγκών του ατόμου ή τον προσδιορισμό της χρησιμότητας ή της ψυχικής ευεξίας του ατόμου. (Μ. Σαρρής και συν, 2018; Gill Tm., Feinstein Ar., 1994; Torrance Gw., 1987; Torrance Gw., 1986)

(Μ. Σαρρής και συν, 2018)

Οι σημαντικότεροι αντικειμενικοί παράγοντες που προσδιορίζουν την έννοια της ποιότητας ζωής είναι το εισόδημα, ο τόπος διαμονής, οι κλιματολογικές συνθήκες, η διατροφή, η εκπαίδευση, το μορφωτικό και το πολιτιστικό επίπεδο, ο τρόπος ζωής, το επίπεδο της κοινωνικοοικονομικής και της ανθρώπινης ανάπτυξης, οι κοινωνικές σχέσεις, το επίπεδο διαταραχής της οικολογικής ισορροπίας, οι συνθήκες εργασίας, η ποιότητα κατοικίας, η ποιότητα ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης. (Σαρρής και συν, 2018; Σούλης, 2015; Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης, 2001)

Η ποιότητα ζωής δεν αναφέρεται συγκεκριμένα σε κάποιο ή σε κάποια συγκεκριμένα αντικειμενικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα, αλλά δηλώνει επίσης μια υπαρξιακή κατάσταση του ατόμου (Σαρρής, Σούλης, Υφαντόπουλος, 2001; Υφαντόπουλος, Σαρρής, 2001; Brief Ap. et al., 1993)

Είναι γνωστό πως οι περισσότεροι ερευνητές έχουν παραδεχτεί πλέον ότι οι εκτιμήσεις και οι αξιολογήσεις των αντικειμενικών παραμέτρων πρέπει να συσχετίζονται με τις εκτιμήσεις των υποκειμενικών παραμέτρων. (Σαρρής, 2001; Wilson Ib, Cleary Pd, 1995) Έτσι λοιπόν έχει παρατηρηθεί πως όταν η ψυχοκοινωνική υγεία και η ευεξία, μαζί και με άλλους προσδιοριστές της ποιότητας ζωής (κοινωνικοί, οικονομικοί, πολιτισμικοί παράγοντες) είναι επαρκείς, είναι περισσότερο αποδοτική

και καλύτερα αποτελεσματική η διαμόρφωση μηχανισμών διαχείρισης των κινδύνων υγείας, διότι οι επιβλαβείς επιπτώσεις είναι μειωμένες. (Ormell J. et al., 1997; Barofski I., 1996; Σαρρής και συν, 2018)

Η ποιότητα ζωής του ανθρώπινου δυναμικού του τομέα υγείας επηρεάζει άμεσα την ποιότητα της φροντίδας υγείας που παρέχεται στους ασθενείς αλλά και ταυτόχρονα διασφαλίζει τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Μέσω της ποιότητας της ζωής του ανθρώπινου δυναμικού του τομέα της υγείας κατορθώνεται η ικανοποίηση των ασθενών, υποκειμενικά και αντικειμενικά μέσω της θεραπευτικής μεθόδου που λαμβάνει ατομικά ο κάθε ασθενής ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες και τις προσωπικές του ανάγκες. (Σαρρής και συν, 2018; Torrance, 1987; Torrance, 1986; Fallowfield, 1992; Spilker, 1990)

3.6 Επαγγελματική ικανοποίηση και ψυχική υγεία των εργαζομένων σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και κοινωνικής πρόνοιας

Όπως γνωρίζουμε, η εργασία είναι μια σημαντική παράμετρος στην ζωή του κάθε ανθρώπου διότι εκτός από το βιοποριστικό κομμάτι και την πηγή εσόδων αποτελεί και μέσο αρκετών συναισθημάτων όπως της ικανοποίησης, της αυτοεκτίμησης, του αυτοελέγχου είτε από την συνεργασία με τους συναδέλφους είτε από το αντικείμενο εργασίας που απασχολείται ο άνθρωπος. Έχει παρατηρηθεί πως οι συνθήκες, το περιβάλλον και οι σχέσεις που δημιουργούνται στο χώρο εργασίας αποτελούν βασικές παράμετροι της επαγγελματικής ικανοποίησης και μπορεί να επηρεάσουν τόσο τη σωματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων, όσο και την απόδοσή τους στην εργασία. (Τσάρας και συν, 2018)

Η ικανοποίηση από την εργασία είναι απόλυτα συνδεδεμένη με το εργασιακό περιβάλλον, τις συνθήκες εργασίας, τις συναδελφικές σχέσεις, καθώς και με τις λειτουργίες που επικρατούν στον εργασιακό περιβάλλον. Η επαγγελματική ικανοποίηση είναι μια έννοια πολύπλευρη και αναφέρεται στην συνολική εικόνα του ανθρώπου απέναντι στο αντικείμενο της εργασίας του. Σύμφωνα με τον Locke (1976), η εργασιακή ικανοποίηση είναι μια θετική συναισθηματική κατάσταση που βγαίνει από τα θετικά ή αρνητικά συναισθήματα που νιώθει κάποιος για την εργασία του αξιολογώντας την.

Η επαγγελματική ικανοποίηση αποτελεί δείκτη ικανοποίησης και ευημερίας (ευμάρειας) του κάθε ατόμου αλλά και της ψυχικής υγείας του, καθώς η συμμετοχή στην εργασία είναι βασική ένδειξη του ψυχικού επιπέδου του ατόμου (Spector 1997). Σύμφωνα με πιο πρόσφατες απόψεις αναφέρουν πως η έννοια της επαγγελματικής ικανοποίησης περιλαμβάνει πολυδιάστατες ψυχολογικές απαντήσεις στην εργασία του ατόμου. (Τσάρας και συν, 2018)

Είναι ολοφάνερο πως η ικανοποίηση που νιώθει κάποιος από την εργασία του έχει θετική επίδραση στην υγεία του τόσο σωματικά όσο και ψυχικά αλλά ταυτόχρονα και στην κοινωνική του ευημερία (Τσάρας και συν, 2018; Van der Klink et al., 2001; Grant et al., 2007; Rothman 2008; Barnay 2016).

Με βάση έρευνες που έγιναν, τα αποτελέσματα έδειξαν πως η ικανοποίηση των εργαζομένων από τις συνθήκες εργασίας τους, αποδείχθηκε πως έχουν καλές σχέσεις με τους συναδέλφους τους και αισθάνονται ότι αναγνωρίζεται από τους ανωτέρους τους η εργασία που προσφέρουν. Επίσης, έχουν χαμηλότερο εργασιακό άγχος και λιγότερη επαγγελματική εξουθένωση. Αντίθετα, οι εργαζόμενοι που έχουν χαμηλή επαγγελματική ικανοποίηση, τείνουν να έχουν μικρότερη εργασιακή δέσμευση. Είναι πολύ πιθανόν να εμφανίσουν σωματικά, πνευματική και συναισθηματική εξουθένωση με εκδήλωση διάφορων ψυχοσωματικών διαταραχών το οποίο έχει ως αποτέλεσμα να απουσιάζει από την εργασία του και να έχει χαμηλή εργασιακή απόδοση (Τσάρας και συν, 2018; Milliken et al., 2007; Healy & McKay 2008; West et al., 2014; Khamisa et al., 2015; Labrague et al., 2017; Papathanasiou et al., 2017; Berta et al., 2018).

3.7 Οι επαγγελματίες υγείας στην πανδημία της COVID-19

Το 2020 αποτέλεσε ένα έτος δύσκολο για ολόκληρη την ανθρωπότητα. Η Γενική Συνέλευση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας(ΠΟΥ) αποφάσισε το έτος 2020 θα ονομαστεί «Διεθνές Έτος των Νοσηλευτών και Μαιευτών (ΔΕΝΜ)». Οι επαγγελματίες υγείας έγιναν καθημερινά το επίκεντρο της δημοσιότητας αλλά όχι για κάποιο επιστημονικό ή τεχνολογικό επιτεύγμα, αλλά γιατί θα έδιναν μια μάχη με μια παγκόσμια πανδημία, τον COVID-19. Το 2020 εκλείσαν 200 χρόνια από τη γέννηση της Florence Nightingale, για αυτό αποφασίστηκε το 2020 να αποτελέσει το ΔΕΝΜ, αυτής της ξεχωριστής και μοναδικής νοσηλεύτριας που όρισε τις βάσεις για τη σύγχρονη νοσηλευτική επιστήμη. (Καυκιά, 2020).

Όπως γνωρίζουμε το βασικό σκέλος του συστήματος υγείας, το αποτελούν οι νοσηλευτές παγκοσμίως. Τα συστήματα υγείας δοκιμάστηκαν τόσο σε εθνικό όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο λόγω των αυξημένων υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού εν μέσω αυτής της πανδημίας που πρωτοεμφανίστηκε το Δεκέμβριο του 2019 στη Wuhan της Κίνας και εξαπλώθηκε πολύ γρήγορα σε όλο τον κόσμο (Hu et al., 2020). Παρατηρήθηκε αυξημένος αριθμός νοσούντων από τον COVID-19 όπου πολλαπλασιαζόταν αλλά και συνεχίζει να πολλαπλασιάζεται, με ταχύτατο ρυθμό. Έτσι ο φόρτος εργασίας των υπηρεσιών υγείας διογκώθηκε, προκαλώντας ιδιαίτερα προβλήματα σε χώρες με εμφανή υποστελέχωση αυτών των υπηρεσιών (Wu et al 2020). Αρκετές χώρες που οδηγήθηκαν σε απαγόρευση ή ανάκληση αδειών του υγειονομικού προσωπικού, πρόσκληση επιστροφής στην εργασία των συνταξιούχων επαγγελματιών υγείας και σε νέες προσλήψεις μόνιμου ή επικουρικού προσωπικού (Iserson 2020). Στην πρώτη γραμμή μάχης, οι ιατροί και οι νοσηλευτές, βρισκόμενοι σε συνεχή επαφή με τους ασθενείς κατά την διάρκεια παροχής φροντίδας, έβαζαν τις περισσότερες φορές τον εαυτό τους σε κίνδυνο είτε λόγω έλλειψης κατάλληλων ατομικών μέτρων προστασίας είτε λόγω μη καλής γνώσης των πρωτοκόλλων διαχείρισης των ασθενών είτε λόγω χαλάρωσης των μέτρων. (Καυκιά, 2020)

Για διασφαλιστούν, κάτω από αυτές τις αντίξοες συνθήκες, τα δικαιώματα και η ευημερία των επαγγελματιών υγείας, οι κυβερνήσεις, οι φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας, οι επιστημονικοί και συνδικαλιστικοί φορείς, οι ίδιοι οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να συνεργαστούν μεταξύ τους για να μπορέσουν να διαχειριστούν επιτυχώς τον ιό. (Καυκιά, 2020)

Όπως αναφέρει η Annette Kennedy, πρόεδρος του ICN: «Ο κόσμος αναμένει από τους νοσηλευτές να τον φροντίσουν, και αυτό μπορεί να πραγματοποιηθεί με την αυτονόητη αγάπη της κάθε τοπικής κοινωνίας και την έμπρακτη στήριξη των κυβερνήσεων. Αυτή η πανδημία έχει εξαντλήσει τα διαθέσιμα μέσα, ενώ φαίνεται ότι έχουμε εμπλακεί σε μια μεγάλη και συνεχή μάχη εναντίον του ιού. Είναι απαραίτητο οι κυβερνήσεις των χωρών να κάνουν ένα γενναίο βήμα μπροστά, ακριβώς όπως οι νοσηλευτές, και να υιοθετήσουν μέτρα για τη φροντίδα των ατόμων που προσπαθούν καθημερινά να δώσουν μια ευκαιρία επιβίωσης για τα άτομα που νοσούν από COVID-19». (International Council of Nurses (ICN), (2020).

Παρόλο τη σοβαρή υποστελέχωση των υγειονομικών υπηρεσιών που επικρατούσε η Ελλάδα, πάρθηκαν άμεσα γρήγορες αποφάσεις για την αντιμετώπιση του ιού στις δομές υπηρεσιών υγείας. Από διεθνείς και εθνικούς οργανισμούς (WHO, ΕΟΔΥ), δόθηκαν και εφαρμόστηκαν πρωτόκολλα και διαδικασίες. Έγινε ανακατανομή και εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού, δόθηκε εντολή για άμεση πρόσληψη νέου προσωπικού για στελέχωση των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) και δημιουργία νέων κλινών ΜΕΘ αποκλειστικά για COVID-19 περιστατικά. Απαιτήθηκε τήρηση των αποστάσεων και των μέτρων προστασίας, απαγόρευση επισκεπτηρίου στους συγγενείς του κάθε ασθενούς, αλλά και απαγόρευση, με την μορφή lockdown, συναθροίσεων και άσκοπων μετακινήσεων του γενικού πληθυσμού. (Καυκία, 2020 ; WHO, 2020)

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Με την ολοκλήρωση του προηγούμενου κεφαλαίου έχει δοθεί μια σφαιρική εικόνα σχετικά με την εργασιακή ευημερία και την οργανωσιακή κουλτούρα στις υπηρεσίες υγείας αλλά και για την ποιότητα ζωής του ανθρώπινου δυναμικού στις υπηρεσίες υγείας. Αρχικά έχει ολοκληρωθεί η διασαφήνιση των παραπάνω εννοιών όπου μας δίνει το έναυσμα για να συνεχίσουμε τη μελέτη.

Συγκεκριμένα θα εξεταστεί η εργασιακή ευημερία και η οργανωσιακή κουλτούρα των επαγγελματιών υγείας στις υπηρεσίες υγείας. Η μεθοδολογία της παρακάτω έρευνας πραγματοποιήθηκε μέσω μιας πλήρους έρευνας διεθνούς και ελληνικής βιβλιογραφίας που επικεντρώνεται σε έρευνες σχετικά με το εν λόγω θέμα. Η βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε βασίζεται τόσο σε ελληνικά όσο και σε διεθνή άρθρα. Το παρόν κεφάλαιο φέρει ως σκοπό την βιβλιογραφική ανασκόπηση στη διερεύνηση της επίδρασης της επαγγελματικής ικανοποίησης στην ψυχική υγεία των εργαζομένων σε μονάδες υγείας και πρόνοιας.

Σε αυτό το κεφάλαιο θα αναφερθούμε σε όλες τις διαθέσιμες έρευνες που αφορούν το υπό μελέτη θέμα. Συγκεκριμένα, μετά από μια λεπτομερείς αναφορά στη μελέτη της κάθε έρευνας, ακολουθεί η μεθοδολογία και τα χαρακτηριστικά συγκεκριμένα, τα δεδομένα- το δείγμα που επιλέχθηκε για να διεξαχθεί η έρευνα. Με την ολοκλήρωση αυτής της αναφοράς, ακολουθεί η παρουσίαση των αποτελέσματα της έρευνας και στη συνέχεια πραγματοποιείται μια μικρή συζήτηση περί αυτής καταλήγοντας σε κάποια συμπεράσματα. Στο τέλος της κάθε αναφοράς κάποιες φορές αναφέρονται κάποιοι περιορισμοί και κάποιες μελλοντικές προτάσεις της έρευνας. Ο λόγος για τον οποίο δεν αναφερόμαστε κατευθείαν στα αποτελέσματα της έρευνας είναι γιατί θέλουμε ο αναγνώστης να έχει μια ολοκληρωμένη εικόνα του σχεδιασμού αλλά και των προϋποθέσεων της έρευνας. Έτσι θα έχει την δυνατότητα να εξετάσει πιο σφαιρικά τα αποτελέσματά της. Παρακάτω, μπορεί να διαπιστώσει κανείς, πως οι περισσότερες έρευνες συμφωνούν μεταξύ τους και καταλήγουν σε παρόμοια αποτελέσματα.

Το συγκεκριμένο κεφάλαιο είναι χωρισμένο σε δύο μέρη, όπου στο καθένα θα υπάρχει ξεχωριστό κεφάλαιο για την λεπτομερή αναφορά της κάθε μελέτης. Κατά το πρώτο μέρος αναφέρονται οι μελέτες που είναι σχετικές με την εργασιακή ευημερία σε οργανισμούς υγείας, τόσο σε ιδιωτικούς όσο και σε δημόσιους φορείς. Το δεύτερο

μέρος είναι αφιερωμένο στην εξέταση ερευνών σχετικών με την οργανωσιακή κουλτούρα στις υπηρεσίες υγείας. Η συζήτηση και τα συμπεράσματα όλων των ερευνών θα πραγματοποιηθεί στο τελευταίο κεφάλαιο, έτσι ώστε να υπάρχει μια σφαιρική άποψη αλλά και να γίνουν προτάσεις για νέες μελλοντικές προοπτικές και ιδέες για το εν μελέτη θέμα.

Οι συμπερασματικές προσδοκίες και η αναμενόμενη προστιθέμενη επιστημονική αξία της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης θα αναδείξει την σημασία της εργασιακής ευημερίας και της οργανωσιακής κουλτούρας των επαγγελματιών υγείας μέσα στους οργανισμούς των υπηρεσιών υγείας είτε δημοσίου είτε ιδιωτικού τομέα.

Επιπλέον, θα δούμε τον ρόλο που παίζει η διοίκηση των μονάδων υγείας και η οργανωσιακή κουλτούρα μέσα στις υπηρεσίες υγείας για την ύπαρξη εργασιακής ευημερίας καθώς επίσης και η ποιότητα ζωής των εργαζομένων μέσα σε αυτή.

Τέλος, θα έχουμε την δυνατότητα να αναφερθούμε και σε ένα φλέγον θέμα που έχει μεγάλη επιστημονική αξία, στην πανδημία της COVID-19 όπου εδώ και σχεδόν 2 χρόνια έχει επηρεάσει την εργασιακή ευημερία στον χώρο της υγείας.

Ερευνητικές ερωτήσεις

Από την βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε, τα κύρια ερευνητικά ερωτήματα που προκύπτουν για το υπό διερεύνηση θέμα είναι τα εξής:

1. Η εργασιακή ευημερία ενισχύεται όταν ικανοποιούνται οι επαγγελματικές ανάγκες των ατόμων/εργαζομένων στον οργανισμό (δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα) όπως είναι η ολοκλήρωση, η επιβεβαίωση, η συνοχή, η συντροφικότητα, η ευχαρίστηση και η ανανέωση;
2. Αποτελούν βασικούς παραμέτρους της εργασιακής ευημερίας οι συνθήκες, το περιβάλλον, οι σχέσεις που αναπτύσσονται στο χώρο της εργασίας; Μπορούν να επηρεάσουν σωματικά αλλά και ψυχικά την υγεία των ατόμων αλλά εξίσου και στην απόδοσή τους στην εργασία μέσα ένα οργανισμό (στον δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα);
3. Οι διοικήσεις των μονάδων υγείας θα πρέπει μέσα από την σωστή διαχείριση και παρακίνηση του προσωπικού να ενισχύουν την ικανοποίηση των εργαζομένων;

4. Από ποιους παράγοντες μπορεί να επηρεαστεί η ποιότητα ζωής των εργαζομένων στις υπηρεσίες υγείας και πως μπορεί να επιτευχθεί η εργασιακή ευημερία;

5. Η πανδημία της COVID-19 επηρέασε την εργασιακή ευημερία και την οργανωσιακή κουλτούρα στις υπηρεσίες υγείας;

Μεθοδολογία: Αναζήτηση βάσεων δεδομένων

Οι βάσεις δεδομένων που επιλέχθηκαν για την εκτέλεση της έρευνας επιλέχθηκαν σύμφωνα με τις Βασικές Αρχές και Μεθοδολογία της Συστηματικής Ανασκόπησης Ποσοτικών Μελετών (Μπελλάλη, 2011)

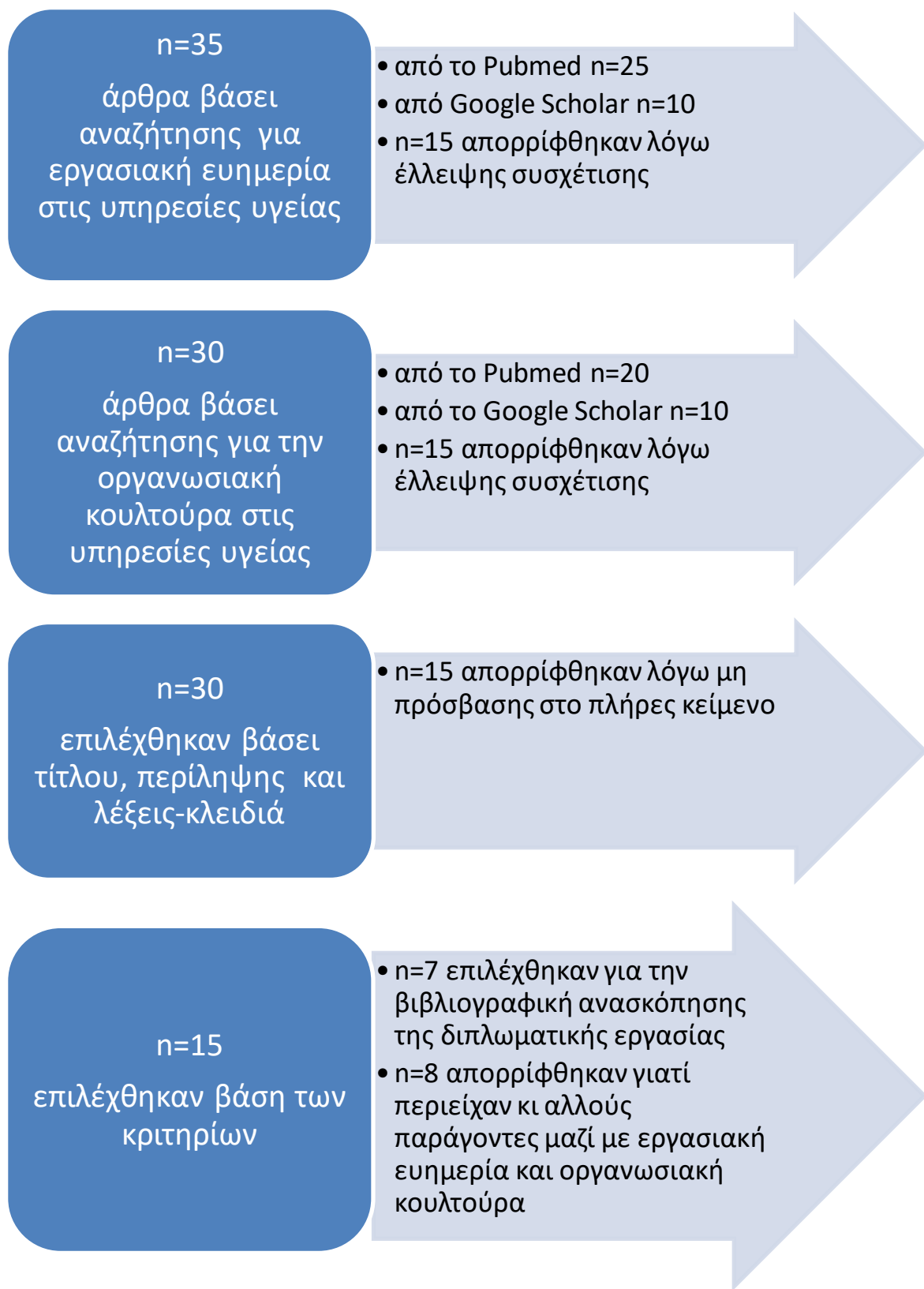
Μια γενική έρευνα πραγματοποιήθηκε στη βάση δεδομένων Pubmed, Google Scholar χρησιμοποιώντας λέξεις-κλειδιά όπως: επαγγελματική υγεία, ικανοποίηση εργασίας, πανδημία, ευημερία στην εργασία, ψυχολογική ευημερία οργανωσιακή κουλτούρα, ποιότητα ζωής νοσηλευτών.

Οι κατάλογοι αναφοράς και οι βιβλιογραφίες από δημοσιευμένες μελέτες χρησιμοποιήθηκαν για την εύρεση πρόσθετων άρθρων προς αναθεώρηση. Η αναζήτηση περιορίστηκε σε άρθρα γραμμένα στα αγγλικά αλλά και σε ελληνικά άρθρα που προήλθαν από αναζήτηση σε ελληνικές βάσεις δεδομένων όπως είναι η βάση αναζήτησης τα Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. Επίσης η αναζήτηση περιορίστηκε στην τελευταία πενταετία όσον αφορά τα άρθρα που επιλέχθηκαν για να γίνει η ανασκόπηση. Αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα την ανάδειξη των πιο πρόσφατων μελετών που έχουν διενεργηθεί την τελευταία πενταετία συμπεριλαμβάνοντας και τα πιο κρίσιμα χρόνια της πανδημίας της COVID-19 που επηρέασε παγκοσμίως όλο το κόσμο και συγκεκριμένα τον τομέα της Υγείας. Οι τίτλοι και οι περιλήψεις των άρθρων που προσδιορίστηκαν μέσω της αναζήτησης, αξιολογήθηκαν και επιλέχθηκαν χρησιμοποιώντας τα ακόλουθα κριτήρια συμπερίληψης και αποκλεισμού:

Κριτήρια ένταξης: 1) σαφής εστίαση στην εργασιακή ευημερία των επαγγελματιών υγείας στις υπηρεσίες υγείας και 2) στην οργανωσιακή κουλτούρα που επικρατεί στις υπηρεσίες υγείας.

Κριτήρια αποκλεισμού: 1) γενικές αναθεωρήσεις και μετα-αναλύσεις, συντακτικά άρθρα, περιπτωσιολογικές μελέτες και μη ανθρώπινες μελέτες 2) μελέτες που δεν επικεντρώνονται στην εργασιακή ευημερία και οργανωσιακή κουλτούρα ή 3) μελέτες χωρίς δεδομένα.

Παρακάτω ακολουθεί ένα διάγραμμα ροής μέσα από το οποίο γίνεται σαφής η διαδικασία που ακολουθήθηκε για την αναζήτηση, την απόρριψη και την επιλογή των κατάλληλων άρθρων που πληρούν τα κριτήρια για να μπορέσουν να χρησιμοποιηθούν στην βιβλιογραφική ανασκόπηση αυτής της διπλωματικής εργασίας.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1 Ικανοποίηση των εργαζομένων στον τομέα της υγείας της αστικής κοινότητας μετά τη μεταρρύθμιση της υγειονομικής περίθαλψης το 2009 στην Κίνα: μια συστηματική ανασκόπηση

Το κινεζικό σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης έχει αντιμετωπίσει σοβαρούς κλυδωνισμούς από τις μεταρρυθμίσεις της αγοράς της δεκαετία του 1980. Το 1997, η κεντρική κυβέρνηση της Κίνας ανταποκρίθηκε στην αυξανόμενη κρίση ιδρύοντας κοινοτικές υπηρεσίες υγείας (CHS) για την ανάπτυξη ενός δικτύου πρωτοβάθμιας περίθαλψης. (Mingji et al., 2016)

Το 2009, η Κίνα ξεκίνησε έναν νέο γύρο μεταρρύθμισης της υγειονομικής περίθαλψης που χαρακτηρίζεται από νέα έμφαση στην ισότητα. Η καθολική υγειονομική κάλυψη επρόκειτο να οικοδομηθεί πάνω σε μια στέρεη βάση προσιτής, προσβάσιμης, υψηλότερης ποιότητας πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Για την επίτευξη αυτών των στόχων, η Κίνα επανέφερε τον ρόλο της κυβέρνησης στη χρηματοδότηση, με προτεραιότητα στην κατανομή των πόρων, συμπεριλαμβανομένου του εργατικού δυναμικού, που παρέχεται στην πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη. Οι μεταρρυθμίσεις για τη βελτίωση της πρόσβασης, όπως το Πρόγραμμα Βασικών Φαρμάκων, οι Βασικές Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας (BPHS) συνδέθηκαν επίσης με μια νέα έμφαση στην CHS. (Yip et al., 2012)

Αυτή η μετατόπιση των προτεραιοτήτων ενίσχυσε το CHS, αλλά με ορισμένες αρνητικές συνέπειες για το εργατικό δυναμικό του. Μια εθνική έρευνα το 2012 διαπίστωσε ότι σχεδόν το 39% των κοινοτικών εργαζομένων στον τομέα της υγείας (CHW) είχαν εξετάσει το ενδεχόμενο να εγκαταλείψουν τις θέσεις εργασίας τους. Οι νεοπροσληφθέντες στο CHS είχαν χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης και επαγγελματική κατάταξη από εκείνους που αναχωρούσαν για άλλες θέσεις εργασίας.

Μελέτες σχετικά με τη σταθερότητα του εργατικού δυναμικού των υπηρεσιών υγείας στην Κίνα και αλλού έχουν δείξει ότι η ικανοποίηση από την εργασία διαδραματίζει κεντρικό ρόλο στη φθορά της πρόθεσης παραμονής και του ανθρώπινου δυναμικού. Η μέτρηση επικεντρώνεται τόσο στη συνολική ικανοποίηση από την εργασία όσο και στην ικανοποίηση από ιδιαίτερα χαρακτηριστικά εργασίας —όπως ο μισθός, οι ώρες και άλλες προϋποθέσεις— στις «διαστάσεις ικανοποίησης από την εργασία». (Lawler, 1970) Οι πολιτικές μεταρρύθμισης της υγειονομικής περίθαλψης

αποτελούν βασικούς παράγοντες ικανοποίησης από την εργασία, καθώς μπορούν να επηρεάσουν διάφορα εργασιακά χαρακτηριστικά, όπως οι μισθοί, το περιεχόμενο της εργασίας και η εξέλιξη της σταδιοδρομίας. (Franco et al., 2002)

Τέλος, το Υπουργείο Υγείας ανέπτυξε το BPHS ως τρόπο αξιοποίησης της CHS για την καταπολέμηση της αύξησης των μη μεταδοτικών ασθενειών (NCD). (Yip et al., 2012) Η BPHS αποτελείται από περίπου έντεκα υπηρεσίες δημόσιας υγείας με λεπτομερή κατευθυντήρια γραμμή, οι περισσότερες από τις οποίες είναι νέες υπηρεσίες προς την CHS, στοχεύοντας μεταξύ άλλων έγκυες γυναίκες, παιδιά, ηλικιωμένους και ασθενείς με NCD. Κατά συνέπεια, ενισχύθηκε η λειτουργία της CHS στον χώρο της δημόσιας υγείας. (Mingji et al., 2016)

4.2 Σκοπός

Οι μεταρρυθμίσεις αυτές έχουν προκαλέσει σημαντικές αλλαγές στο εργασιακό περιβάλλον των CHW. Ως εκ τούτου, έχουν διεξαχθεί πολυάριθμες μελέτες σχετικά με τις επιπτώσεις των αλλαγών στις διάφορες διαστάσεις της ικανοποίησης από την εργασία στο πλαίσιο του CHS. Μελέτες από το 2009 έχουν διαπιστώσει ότι το ποσοστό των CHW που δηλώνουν ικανοποίηση για την εργασία τους είναι μεταξύ 40% και 70%. Λαμβάνοντας υπόψη την απεραντοσύνη της Κίνας, οι μέθοδοι συστηματικής επανεξέτασης παρέχουν έναν τρόπο συγκέντρωσης τοπικών αποτελεσμάτων για τη μέτρηση του βαθμού της συνολικής ικανοποίησης και ικανοποίησης της εργασίας, καθώς και για την ανάλυση των κοινών παραγόντων που διαμορφώνουν την ικανοποίηση των εργαζομένων στον τομέα της υγείας της αστικής κοινότητας στην Κίνα. (Yang et al., 2013)

4.3 Μεθόδους

Αναθεωρήθηκαν τα άρθρα που παρέχουν πρωτότυπη έρευνα σχετικά με την ικανοποίηση των CHW που δημοσιεύθηκαν μετά το 2009. Ένα πρωτόκολλο συστηματικής αναθεώρησης αναπτύχθηκε εκ των προτέρων. Οι πρωτογενείς μελέτες χρησιμοποίησαν διάφορες μεθόδους και ερωτηματολόγια, γεγονός που κατέστησε δύσκολη τη μετα-ανάλυση, οπότε αναπτύχθηκε μια αφηγηματική σύνθεση με τη χρήση του προγράμματος μεθόδων ESRC. (Popay et al., 2005)

4.3.1 Προεργές δεδομένων και στρατηγική αναζήτησης

Μια αναζήτηση βιβλιογραφίας διεξήχθη τον Μάρτιο του 2014 και επαναλήφθηκε χρησιμοποιώντας την ίδια στρατηγική αναζήτησης τον Ιούλιο για την ενημέρωση της νέας βιβλιογραφίας. Ο Ιστός της Επιστήμης, το Pubmed και το Google Scholar χρησιμοποιήθηκαν για την αναζήτηση εκδόσεων αγγλικής γλώσσας. Αναζητήθηκαν λέξεις-κλειδιά και τα συνώνυμα και οι συνδυασμοί τους: «Κίνα», «κοινωνική υγεία» ή «πρωτοβάθμια υγεία», «ικανοποίηση από την εργασία» ή «ικανοποίηση από την εργασία» ή «ικανοποίηση από την καριέρα». Οι δημοσιεύσεις στα κινεζικά ερευνήθηκαν χρησιμοποιώντας το Wanfangdata και το CNKI, δύο μεγάλες μηχανές αναζήτησης που καλύπτουν την κινεζική ακαδημαϊκή λογοτεχνία. Παρόμοιες λέξεις-κλειδιά στα κινεζικά υιοθετήθηκαν. (Mingji et al., 2016)

4.3.2 Επιλογή μελέτης

Τα κριτήρια ένταξης ήταν τα εξής: (1) πρωτότυπη έρευνα, (2) με επίκεντρο την ικανοποίηση των θέσεων εργασίας των CHWs ή/και τους προγνωστικούς της δείκτες, (3) μελέτες αστικών περιοχών της ηπειρωτικής Κίνας και (4) της κινεζικής ή της αγγλικής γλώσσας. (Mingji et al., 2016)

4.3.3 Αξιολόγηση ποιότητας

Όλες οι μελέτες είναι διατομεακές, και καμία μελέτη δεν βρέθηκε με σαφή ποιοτικό σχεδιασμό. Κατά συνέπεια, εγκρίναμε το όργανο κριτικής αξιολόγησης του Ινστιτούτου Joanna Briggs (JBI) (MAStARI για περιγραφικές μελέτες) ως μέσο αξιολόγησης της ποιότητας. Αξιολογήθηκαν επίσης ποιοτικά στοιχεία με το μέσο αξιολόγησης ποιοτικής μελέτης του μέσου ποιοτικής αξιολόγησης και επανεξέτασης JBI (QARI). (Mingji et al., 2016)

4.3.4 Εξαγωγή δεδομένων

Οι διαστάσεις ικανοποίησης ήταν ποικίλες σε διαφορετικές μελέτες, οπότε ομαδοποιήσαμε τις διαστάσεις με εννοιολογική συγγένεια. Οι στενά συνδεδεμένες διαστάσεις κατηγοριοποιήθηκαν ως ένα θέμα. Με τα ποιοτικά δεδομένα, ταξινομήσαμε κειμενικά τμήματα σε κάθε θέμα και τα ταξινομήσαμε ως αμοιβαία (υποστηρίζοντας ή συμπληρώνοντας το ένα το άλλο) ή αντικρούοντας (διαφωνούσα) επιχειρήματα. Για τα ποσοτικά δεδομένα, μετατρέψαμε διαφορετικούς υπολογισμούς της συνολικής ικανοποίησης από την εργασία σε ένα κοινό rubric των βαθμολογιών πέντε σημείων.

Μια μελέτη με κλίμακα Likert τεσσάρων σημείων μετατράπηκε σε κλίμακα πέντε σημείων προσθέτοντας μια μηδενική επιλογή "δεν είναι σίγουρη", ως ουδέτερο μέσο σημείο. Επιπλέον, ορίσαμε διαστήματα για τις συνολικές βαθμολογίες ικανοποίησης. Αυτός ο καθορισμός των επιπέδων ικανοποίησης είναι η προσέγγιση των αρχικών αξιολογήσεων ικανοποίησης. (Mingji et al., 2016)

4.4 Αποτελέσματα της σύνθεσης δεδομένων

4.4.1 Χαρακτηριστικά των αναθεωρημένων μελετών

Συνολικά 33 αγγλικά άρθρα και 144 κινεζικά άρθρα εντοπίστηκαν μετά την αναζήτηση. Μετά την εφαρμογή των κριτηρίων ένταξης, παρέμειναν μόνο 18 κινεζικές και 4 αγγλικές μελέτες. Εκτός από δύο πανεθνικές έρευνες, οι μελέτες διεξήχθησαν τοπικά ή περιφερειακά, έξι σε επίπεδο περιφέρειας, εννέα σε επίπεδο πόλης και πέντε σε επίπεδο επαρχίας. Δέκα μελέτες συνέλεξαν δεδομένα πριν από το 2009 (συμπεριλαμβανομένων), έντεκα μελέτες μετά το 2009 και μία μελέτη ως επαναλαμβανόμενη διατομεακή μελέτη στην επαρχία Anhui που διεξήχθη το 2009 και το 2011. (Ding, 2013)

4.4.2 Συνολικές βαθμολογίες ικανοποίησης από την εργασία

Οι συνολικές βαθμολογίες ικανοποίησης από 13 άρθρα αποτελούνταν από 14 δείγματα έρευνας, καθώς μια μελέτη παρείχε ξεχωριστά δεδομένα δύο πόλεων (Shenyang και Benxi). Οι συνολικές βαθμολογίες ικανοποίησης κυμαίνονταν από 3,0 έως 3,8 βαθμούς και οι βαθμολογίες των 10 δειγμάτων ήταν στο επίπεδο του «δεν είναι βέβαιο», 4 δείγματα ήταν στο επίπεδο «ικανοποιημένοι». Οι μετα-αναλυτικές μέθοδοι συνδυασμού των αποτελεσμάτων έδειξαν ότι, είτε σταθμίζεται με το μέγεθος του δείγματος είτε με αντίστροφη διακύμανση, ο συνολικός μέσος όρος ικανοποίησης της φάσης μετά το 2009 ανήκε στο επίπεδο του «δεν είναι βέβαιο». Σταθμισμένος με αντίστροφη διακύμανση, ο συνολικός μέσος όρος ικανοποίησης της φάσης πριν από το 2009 μόλις έφθασε στο επίπεδο του «ικανοποιημένου». (Mingji et al., 2016)

4.4.3 Θέματα ικανοποίησης από την εργασία

Δεκαέξι άρθρα απεικόνιζαν διάφορες διαστάσεις ικανοποίησης από την εργασία με δεδομένα απόκρισης. Οι διαπροσωπικές σχέσεις έφεραν τα πιο θετικά αποτελέσματα ικανοποίησης, ενώ τα ερωτήματα που αφορούσαν το σεβασμό και τις υποδομές σημείωσαν επίσης θετικά αποτελέσματα. Αντίθετα, οι CHWs δεν ήταν

ικανοποιημένοι με τις οικονομικές ανταμοιβές, τη διακυβέρνηση και την εξέλιξη της σταδιοδρομίας. (Mingji et al., 2016)

Θέμα 1ο: οικονομικές ανταμοιβές

Οι διαστάσεις που ομαδοποιήθηκαν με θέμα τις οικονομικές ανταμοιβές κάλυπταν το εισόδημα/μισθό, τις παροχές και τους τρόπους κατανομής των πληρωμών. Σε 13 από τις 16 μελέτες, οι οικονομικές ανταμοιβές κατατάσσονται χαμηλότερα στις διαστάσεις ικανοποίησης από την εργασία. Σε τρεις άλλες μελέτες, οι ερωτηθέντες ήταν «δυσανεστημένοι» με τις οικονομικές ανταμοιβές. Σε μία μελέτη μόνο το 20%-30% των συμμετεχόντων ανέφεραν ικανοποίηση με τις οικονομικές ανταμοιβές τους. (Lu et al., 2014) Συνολικά, τα στοιχεία αποκάλυψαν έντονη δυσαρέσκεια για τις οικονομικές ανταμοιβές. (Mingji et al., 2016)

Οι πολιτικές μεταρρύθμισης της υγειονομικής περίθαλψης θεωρούνταν συχνά ως οι ένοχοι αυτής της δυσαρέσκειας. Μελέτες στο Πεκίνο και την Τσιαντζίν κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η εφαρμογή του BPHS πρόσθεσε δυσανάλογα μεγάλο φόρτο εργασίας στο προσωπικό της CHS, ενώ το εισόδημα εξακολουθούσε να υστερεί σε αυτό των εργαζομένων στα νοσοκομεία. Στο Πεκίνο, το αυτοδημιούργητο εισόδημα των προηγούμενων πιο ανύπαρκτων CHS μειώθηκε, ενώ το CHS με φτωχότερες ροές εσόδων είδε το εισόδημά τους να αυξάνεται μέσω του SREB. Κατά συνέπεια, εκείνοι των οποίων το εισόδημα μειώθηκε ήταν δυσανεστημένοι, ενώ οι δικαιούχοι του SREB έμειναν πιο ικανοποιημένοι και παρακινήσιμοι. (Sun et al., 2011)

Θέμα 2ο: διακυβέρνηση

Το CHS στερείται διαχειριστικής ανεξαρτησίας. Έχει προκύψει ένα μοντέλο κοινής διακυβέρνησης, συμπεριλαμβανομένης της εσωτερικής διαχείρισης της CHS, και εξωτερικός έλεγχος από τον ιδιοκτήτη και τον κυβερνητικό κανονισμό. Οι βαθμολογίες για την ικανοποίηση της διακυβέρνησης από 13 μελέτες κυμάνθηκαν μεταξύ 2,3 και 4,0. Τέσσερις μελέτες αξιολόγησαν «ικανοποιημένους» ή «πολύ ικανοποιημένους», τέσσερις χαρακτηρίστηκαν «δυσανεστημένοι» και πέντε άλλες μελέτες αξιολόγησαν «δεν είναι βέβαιο». (Mingji et al., 2016)

Θέμα 3ο: εξέλιξη της σταδιοδρομίας

Η εξέλιξη της σταδιοδρομίας περιελάμβανε θέματα όπως η προώθηση της επαγγελματικής κατάταξης και η επαγγελματική κατάρτιση. Οι βαθμολογίες από 13

μελέτες κυμαίνονταν μεταξύ 2,7 και 4,2. Σχεδόν οι μισές (έξι μελέτες) επέστρεψαν αξιολογήσεις «δυσανεστημένων», ενώ τέσσερα άρθρα έδωσαν αξιολογήσεις «ικανοποιημένες» ή «πολύ ικανοποιημένες». Οι άλλες τρεις μελέτες «δεν ήταν σύμφωνες».

Το επαγγελματικό σύστημα προαγωγής της τάξης χαρακτηρίστηκε «άδικο». Η μελέτη στο Anhui υποστήριξε ότι η υπάρχουσα προώθηση της επαγγελματικής βαθμίδας έδωσε υπερβολική έμφαση στα ακαδημαϊκά επιτεύγματα, τα οποία έθεσαν δύσκολες προκλήσεις για τους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας. (Ding, 2013)

Οι ερευνητικές απαιτήσεις για τα CHW ήταν οι ίδιες όπως και για τους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας στα τριτοβάθμια νοσοκομεία, παρά τις σημαντικές διαφορές στις περιγραφές θέσεων εργασίας και τους διαθέσιμους πόρους. Στη Σαγκάη, η ποσόστωση των επαγγελματικών βαθμών καθορίστηκε με κανονισμό που θεσπίστηκε το 1999 και θεωρήθηκε ξεπερασμένη από τους σημερινούς εργαζομένους. (Wang et al., 2011)

Θέμα 4: Διαπροσωπική σχέση

Το θέμα των διαπροσωπικών σχέσεων περιλάμβανε σχέσεις μεταξύ συναδέλφων, σχέσεις με τους επόπτες, το πολιτιστικό κλίμα του θεσμού και τη συνεργασία μεταξύ των τμημάτων. Δεκαέξι μελέτες περιλάμβαναν διαπροσωπικές σχέσεις, 15 χρησιμοποιημένες βαθμολογίες αξιολόγησης. Οκτώ μελέτες ανέφεραν ότι οι ερωτηθέντες ήταν «ικανοποιημένοι», έξι έδωσαν αξιολογήσεις «πολύ ικανοποιημένες» μόνο μία μελέτη είχε την αξιολόγηση «δεν είναι σίγουρη».

Μια εξήγηση ήταν ότι το CHS έχει υψηλή αξία στη συνεργασία, καθώς το BPHS παρέχεται από την ομάδα του CHS GP. Οι εργαζόμενοι εντός των ομάδων συνεργάζονται στενά και είναι πιο πιθανό να καλλιεργήσουν αρμονικές προσωπικές σχέσεις. Οι καλές διαπροσωπικές σχέσεις μπορούν επίσης να εξηγήσουν γιατί οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας στη βάση συνέχισαν να εργάζονται στην CHS παρά τα παράπονά τους για χαμηλές αμοιβές και βαρύτερους φόρτους εργασίας. (Shi et al., 2014)

Θέμα 5ο: σεβασμός

Αυτό το θέμα περιελάμβανε επαγγελματική αναγνώριση, κοινωνική αναγνώριση και σεβασμό από τους ασθενείς. Επτά από τις έντεκα μελέτες κατέγραψαν

«ικανοποιημένους» ή «πολύ ικανοποιημένους» για αυτό το θέμα, τρία άρθρα ανέφεραν ότι οι ερωτηθέντες «δεν ήταν σίγουροι», ενώ ένα άρθρο έδωσε μια βαθμολογία «δυσανεστημένη». Και οι τέσσερις μελέτες που ανέφεραν τη δυσανεσκεια των CHWs για το σεβασμό προήλθαν από την Ανατολική Κίνα. Αντίθετα, όλες οι μελέτες της Δυτικής Κίνας αξιολογούν το θέμα του σεβασμού ως «ικανοποιημένο» ή «πολύ ικανοποιημένο». Αυτό μπορεί να υποδηλώνει ότι οι κοινωνίες στη Δυτική Κίνα εκτιμούν το CHS περισσότερο από τις κοινωνίες στην Ανατολική Κίνα (Δοκιμή Mann-Whitney U , sig = 0,007).

Θέμα 6ο: υποδομές

Οι υποδομές περιλάμβαναν τα κτίρια και τον εξοπλισμό που είχε στη διάθεσή της η CHS. Δώδεκα μελέτες αξιολόγησαν την ικανοποίηση των CHWs από τις υποδομές. Τα αποτελέσματα ήταν ανάμεικτα, με βαθμολογίες που κυμαίνονταν από 2,9 έως 4,6. Έξι μελέτες ανέφεραν αξιολογήσεις «ικανοποιημένες» ή «πολύ ικανοποιημένες», μία μελέτη διαπίστωσε ότι οι ερωτηθέντες ήταν «δυσανεστημένοι», ενώ οι άλλες πέντε είχαν αξιολογήσεις «μη σίγουρης».

Η υψηλότερη βαθμολογία για τις υποδομές (4.6) βρέθηκε στην πόλη Chengdu της Δυτικής Κίνας, η οποία αποδόθηκε στην ολοκλήρωση του τυποποιημένου προγράμματος κατασκευής για CHS στα τέλη του 2007. Οι μελέτες της πόλης Taizhou, Tianjin και Chongqing υποστηρίζουν μια παρόμοια ερμηνεία.

Θέμα 7ο: ίδια η εργασία

Η ίδια η εργασία υποδεικνύει εγγενείς πτυχές μιας εργασίας, π.χ. περιεχόμενο εργασίας, αυτονομία και εμπλουτισμό θέσεων εργασίας, σε αντίθεση με τα εξωγενή χαρακτηριστικά, π.χ. τον μισθό, το σεβασμό και την κοινωνική κατάσταση που είναι αποτέλεσμα της θέσης. Δέκα άρθρα είχαν βαθμολογίες που κυμαίνονταν από 2,2 έως 4,5, εκ των οποίων τα μισά έδιναν αξιολογήσεις «ικανοποιημένες» ή «πολύ ικανοποιημένες», ενώ τρία άρθρα έδωσαν αξιολογήσεις «δυσανεστημένων». Οι άλλες δύο μελέτες ανέφεραν ότι οι ερωτηθέντες «δεν ήταν σίγουροι». Η πολιτική BPHS ενθάρρυνε την άποψη ορισμένων CHW ότι οι εργασίες chs ήταν κουραστικές και χωρίς αίσθηση επιτεύγματος. Πολλοί που είχαν προηγουμένως εργαστεί σε νοσοκομειακές ρυθμίσεις αντιμετώπισαν «αδιαθεσία μετάβασης» κατά τη μετακόμιση στη ρύθμιση CHS όπου οι εργαζόμενοι υποχρεούνται να διαθέτουν διαφορετικό σύνολο δεξιοτήτων προκειμένου να παρέχουν BPHS καθώς και ιατρικές υπηρεσίες. (Qiao et al., 2012)

Θέμα 8ο: εργασιακό άγχος

Το φόρτο εργασίας, ο χρόνος εργασίας (δηλαδή οι ώρες εργασίας) και η πίεση εργασίας ταξινομήθηκαν ως «εργασιακό στρες». Οκτώ μελέτες είχαν βαθμολογίες για αυτό το θέμα από 2,1 έως 4,0. Τρεις μελέτες επέστρεψαν μια βαθμολογία «δυσανεστημένη», δύο μελέτες ήταν «ικανοποιημένες» ή «πολύ ικανοποιημένες» και οι άλλες τρεις ήταν στο επίπεδο του «δεν είμαι σίγουρος». Μια κριτική ήταν ότι η μεταρρύθμιση είχε διευρύνει το πεδίο εφαρμογής της BPHS και αύξησε τον φόρτο εργασίας χωρίς αντίστοιχη αύξηση του προσωπικού.(Ge et al., 2011)

Θέμα 9ο: Ασφάλεια εργασίας

Η ασφάλεια των θέσεων εργασίας περιελάμβανε ζητήματα που αφορούν τη σταθερότητα της απασχόλησης και την πιθανότητα αναγκαστικής αλλαγής σταδιοδρομίας. Τρεις μελέτες διερεύνησαν αυτή την πτυχή της ικανοποίησης από την εργασία και τα αποτελέσματα ήταν αποκλίνοντα: δύο σε επίπεδο πόλης επέστρεψαν μια βαθμολογία «δυσανεστημένη», μία σε εθνικό επίπεδο ήταν «ικανοποιημένη».

4.5 Προγνωστικοί παράγοντες της συνολικής ικανοποίησης από την εργασία

Από τα 22 συμπεριλαμβανόμενα άρθρα, 8 άρθρα εφάρμοσαν την υλικοτεχνική ή γραμμική παλινδρόμηση χρησιμοποιώντας μια αυτόνομη συνολική βαθμολογία ικανοποίησης εργασίας ως εξαρτώμενη μεταβλητή. Πέντε μελέτες εξέτασαν τη σχέση της συνολικής ικανοποίησης με τα κοινωνικοδημοτεχνικά χαρακτηριστικά στην ανάλυση παλινδρόμησης. Τρεις από αυτές δεν βρήκαν στατιστική σημασία.(Shi et al.,2014) Ωστόσο, η ηλικία και το έτος εργασίας αναφέρθηκαν ως προγνωστικά της συνολικής ικανοποίησης από την εργασία στο Anhui. (Ding, 2013) Το επάγγελμα και η ηλικία αναφέρθηκαν ως προγνωστικοί παράγοντες στο Heilongjiang.(Li et al., 2014)

Οι διαστάσεις ικανοποίησης από την εργασία αποτελούν δείκτες συναισθηματικής αξιολόγησης των χαρακτηριστικών της εργασίας από τους εργαζομένους και αντιμετωπίστηκαν ως προγνωστικοί παράγοντες για τη συνολική ικανοποίηση από την εργασία. Και στις οκτώ μελέτες, η οικονομική ανταμοιβή ήταν ο πιο συχνά αναφερόμενος προγνωστικός παράγοντας (από επτά μελέτες). Η εξέλιξη της σταδιοδρομίας ήταν δεύτερη σε αυτό, που αναφέρθηκαν από έξι μελέτες ως προγνωστικοί παράγοντες, διακυβέρνηση και υποδομή από τέσσερις μελέτες,

σεβασμός από τρεις μελέτες, διαπροσωπική σχέση και εργασία από δύο μελέτες. (Mingji et al., 2016)

4.6 Συζήτηση

Υπήρξε ισχυρή συναίνεση ότι οι CHWs δεν ήταν ικανοποιημένοι με τις οικονομικές τους ανταμοιβές. Τα φτωχά κίνητρα αποδοχών και η έλλειψη κατάλληλου συστήματος επαγγελματικής προώθησης ήταν οι πιο συνηθισμένοι λόγοι για τη δυσαρέσκεια των κοινοτικών εργαζομένων στον τομέα της υγείας στην αστική Κίνα.

Οι οικονομικές ανταμοιβές και η εξέλιξη της σταδιοδρομίας ήταν προβληματικές για χρόνια. Οι CHWs αντιλήφθηκαν τους μισθούς τους ως σημαντικά χαμηλότερους από τους συναδέλφους τους στα δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια νοσοκομεία. Οι αυξανόμενες προσδοκίες ως αποτέλεσμα της ακμάζουσας οικονομίας της Κίνας έχουν επίσης επιδεινώσει αυτό το αίσθημα ανισότητας.

Τα ευρήματα αυτά είναι παρόμοια με τις μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε ορισμένες χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος. Μελέτες στην Γκάνα και το Μαλάουι έδειξαν ότι οι χαμηλοί μισθοί, οι καθυστερημένες προαγωγές και η ανεπαρκής κατάρτιση ήταν οι συνηθέστεροι λόγοι για τη δυσαρέσκεια για την εργασία. Ωστόσο, ορισμένες μελέτες εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης στην Ινδία διαπίστωσαν ότι οι ιατροί είχαν εγγενή κίνητρα να δεχτούν θέσεις στον τομέα της δημόσιας υγείας και ότι η κακή οικονομική ανταμοιβή δεν συνέβαλε απαραίτητα στη δυσαρέσκεια. (Purohit & Bandyopadhyay, 2014)

Μια άλλη συναίνεση ήταν ότι οι CHW ήταν ικανοποιημένοι με τις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Ωστόσο, η διαπροσωπική σχέση σπάνια αναγνωρίστηκε ως προγνωστικός παράγοντας της συνολικής ικανοποίησης από την εργασία, γεγονός που υποδηλώνει ότι η διαπροσωπική σχέση μπορεί να μην είναι τόσο σημαντική για την ικανοποίηση από την εργασία όσο η οικονομική ανταμοιβή στην Κίνα. Εν τω μεταξύ, η καλή διαπροσωπική σχέση και το θετικό πολιτιστικό κλίμα ήταν πιο σημαντικά για την ικανοποίηση από την εργασία μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα της υγείας της κοινότητας στις δυτικές χώρες από ό,τι η οικονομική ανταμοιβή.

Είναι ενδιαφέρον να σημειωθεί ότι τα χαρακτηριστικά της απασχόλησης που επηρέασαν την ικανοποίηση από την εργασία επηρεάστηκαν από τις πολιτικές των υπηρεσιών υγείας και τη ρύθμιση του προσωπικού. Μολονότι η πρόθεση της πολιτικής

της SREB ήταν να κάνει τους εργαζομένους να επικεντρωθούν στην παροχή υπηρεσιών και όχι στην κερδοσκοπία, φαίνεται ότι προκάλεσε ακούσιες συνέπειες: η έλλειψη οικονομικής διαχειριστικής εξουσίας για το CHS και η συνέχιση των ισότιμων μισθών έχει προκαλέσει δυσαρέσκεια για τις οικονομικές ανταμοιβές. (Lu & Feng, 2011) Παρωχημένοι κανονισμοί προσωπικού, όπως το σύστημα προαγωγής του επαγγέλματος και η πολιτική ποσοτώσεων προσωπικού κατηγορήθηκαν επίσης συχνά ως πηγές δυσαρέσκειας για την εργασία.

Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής, ιδίως η κεντρική κυβέρνηση (επειδή η μεταρρύθμιση της υγείας ακολουθεί βασικά ένα συγκεντρωτικό πρότυπο στην Κίνα), πρέπει να αξιολογήσουν τις πολιτικές που αφορούν την κοινοτική υγεία για πιθανές επιπτώσεις στην ικανοποίηση από την εργασία. Η προσοχή στη βελτίωση των οικονομικών αποδοχών των εργαζομένων κατά τρόπο που θα εκληφθεί ως δίκαιος και παρακινητικός, καθώς και η προσοχή σε ένα κατάλληλο σύστημα επαγγελματικής προώθησής τους, θα συμβάλουν στη μείωση της τρέχουσας δυσαρέσκειας και στην ενίσχυση των δικτύων πρωτοβάθμιας περίθαλψης. (Mingji et al., 2016)

4.7 Περιορισμούς

Η ποιότητα αυτής της ανασκόπησης περιορίζεται από αυτά τα γεγονότα: πρώτον, η ερμηνεία και τα αποσπάσματα συνεντεύξεων των αρχικών μελετών ήταν κυρίως προβλήματα και οι επικριτές, οι θετικές σκέψεις της CHS ήταν ελάχιστες· δεύτερον, η ποικιλία των ερωτηματολογίων περιόρισε τη σύγκριση των μελετών και την ενσωμάτωση των αποτελεσμάτων της βιβλιογραφίας ικανοποίησης από την εργασία· Τέλος, δεν βρέθηκε ποιοτική έρευνα που να εξηγεί τη συμπεριφορά και την κουλτούρα των CHWs. (Mingji et al., 2016)

4.8 Συμπέρασμα

Οι CHWs — το κύριο επαγγελματικό εργατικό δυναμικό που συντηρεί τα δίκτυα πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης στην Κίνα — δεν ήταν ούτε ικανοποιημένοι ούτε δυσαρεστημένοι με τη δουλειά τους, ενώ ήταν δυσαρεστημένοι με τις οικονομικές ανταμοιβές. Αυτό εξισορροπήθηκε από τις αντιλήψεις για τη διαπροσωπική σχέση ως πιο πιθανό να είναι «ικανοποιητικές». Οι απόψεις σχετικά με τις οικονομικές ανταμοιβές και την εξέλιξη της σταδιοδρομίας ήταν σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες για τη συνολική ικανοποίηση από την εργασία. Η

ικανοποίηση από την εργασία επηρεάστηκε από πολιτικές υγείας όπως η BPHS, ο διαχωρισμός των προϋπολογισμών εσόδων και δαπανών, το σύστημα επαγγελματικής πρόωθσης και το σύστημα ποσοστώσεων προσωπικού. (Mingji et al., 2016)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5.1 Βάρη, πόροι, υγεία και ευημερία των νοσηλευτών που εργάζονται γενικά και εξειδικευμένη παρηγορητική φροντίδα στη Γερμανία – αποτελέσματα μιας πανεθνικής διατομεακής μελέτης έρευνας

Λόγω των δημογραφικών αλλαγών, οι δυτικοευρωπαϊκές κοινωνίες αντιμετωπίζουν πολυάριθμες προκλήσεις και αλλαγές. Το υψηλότερο προσδόκιμο ζωής, ιδίως σε μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες, σχετίζεται με περισσότερους ασθενείς με ανίατες και απειλητικές για τη ζωή ασθένειες. Η ανακουφιστική φροντίδα θα γίνει πιο σημαντική στον τομέα της φροντίδας. (Diehl et al., 2021)

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ορίζει την παρηγορητική φροντίδα ως «μια προσέγγιση που βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους που αντιμετωπίζουν το πρόβλημα που σχετίζεται με απειλητικές για τη ζωή ασθένειες, μέσω της πρόληψης και της ανακούφισης του πόνου μέσω της έγκαιρης αναγνώρισης και άψογης αξιολόγησης και θεραπείας του πόνου και άλλων προβλημάτων, σωματικών, ψυχοκοινωνικών και πνευματικών». (WHO,2020) Στη Γερμανία, η ανακουφιστική φροντίδα χωρίζεται σε γενική παρηγορητική φροντίδα (GPC), μερικές φορές ονομάζεται επίσης γενική παρηγορητική φροντίδα εξωτερικών ασθενών και εξειδικευμένη παρηγορητική φροντίδα (SPC). Η πλειονότητα των ασθενών νοσηλεύεται στο πλαίσιο της GPC σε εξωτερικά ιατρεία, σε γηροκομεία ή σε νοσοκομεία εντός του συμβατικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Σύμφωνα με τη Γερμανική Εταιρεία Ανακουφιστικής Ιατρικής (DGP), περίπου το 90% περίπου 850.000 ετοιμοθάνατων στη Γερμανία χρειάζονται παρηγορητική φροντίδα, αλλά μόνο το 10% από αυτούς χρειάζονται SPC. Η SPC προορίζεται για ετοιμοθάνατους ανθρώπους που χρειάζονται μια ιδιαίτερα πολύπλοκη θεραπεία και η ιατρική υποστήριξη τους είναι πιο απαιτητική, όπως η πολύπλοκη διαχείριση του πόνου. Η SPC περιλαμβάνει την εξειδικευμένη εξωνοσοκομειακή ανακουφιστική φροντίδα (SAPV), τους ενδονοσοκομειακούς ξενώνες ή τις μονάδες παρηγορητικής φροντίδας στα νοσοκομεία και διεξάγεται μέσω διεπιστημονικών ομάδων. Η ανακουφιστική φροντίδα θα πρέπει να παρέχεται σε διαφορετικά επίπεδα, έτσι ώστε οι στόχοι όλων των θεσμικών οργάνων να είναι διαφορετικοί. Οι μονάδες παρηγορητικής φροντίδας, για παράδειγμα, θα πρέπει να βελτιώνουν ή να σταθεροποιούν την κατάσταση μεμονωμένων ασθενών προκειμένου να τους απολύουν, ει δυνατόν, στα σπίτια τους.

Οι ομάδες SAPV αντίθετα θα πρέπει να επιτρέπουν έναν αξιοπρεπή θάνατο σε οικείο περιβάλλον.

Σύμφωνα με προηγούμενες μελέτες, οι νοσοκόμες παρηγορητικής φροντίδας φαίνεται να έχουν ένα ευρύ φάσμα πόρων. Για παράδειγμα, οι οργανωτικοί πόροι, όπως η σημασία της εργασίας ή η εποπτεία καθώς και οι κοινωνικοί πόροι, όπως η ομάδα, αναφέρθηκαν ως πολύ σημαντικοί πόροι. Επιπλέον, προσωπικοί πόροι όπως η ανθεκτικότητα, το χιούμορ, η αυτοφροντίδα, τα χόμπι, η σωματική δραστηριότητα, η πνευματικότητα ή η ενσυναίσθηση, μια ειδική προσωπικότητα και κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες όπως η ηλικία και η επαγγελματική εμπειρία μπορούν να συμβάλουν στην αντιμετώπιση των εργασιακών απαιτήσεων και στην προαγωγή της υγείας των νοσηλευτών. Συνολικά, φαίνεται ότι οι νοσοκόμες παρηγορητικής φροντίδας είναι ικανοποιημένες με την εργασία τους και αναφέρουν χαμηλά επίπεδα εξουθένωσης. Αντίθετα, μελέτες εκτός του περιβάλλοντος ανακουφιστικής φροντίδας ανέφεραν σταθερά αυξανόμενο φόρτο εργασίας με υψηλά βάρη και υψηλή πρόθεση να εγκαταλείψουν το επάγγελμα των νοσηλευτών. Επιπλέον, μια πρόσφατη βιβλιογραφική ανασκόπηση δείχνει επίσης ότι οι επαγγελματίες υγείας στο GPC βιώνουν περισσότερα συμπτώματα εξουθένωσης από εκείνα στις ρυθμίσεις SPC. (Dijxhoorn et al., 2021)

Οι υγιείς και ικανοποιημένοι νοσηλευτές έχουν τεράστια σημασία παγκοσμίως, διότι η υγεία τους μπορεί να έχει επιπτώσεις στην ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρει το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης.

Στόχος της παρούσας μελέτης ήταν να αντιμετωπιστεί αυτό το χάσμα εντοπίζοντας και συγκρίνοντας τα βάρη, τους πόρους, την υγεία και την ευημερία των νοσηλευτών στη GPC και την SPC στη Γερμανία. Οι πληροφορίες αυτές μπορεί να είναι σχετικές και θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για την ανάπτυξη ειδικών προγραμμάτων πρόληψης ομάδων-στόχων, προκειμένου να μειωθούν τα βάρη και να ενισχυθούν οι πόροι των νοσηλευτών στην ανακουφιστική φροντίδα. Επιπλέον, η σύγκριση της κατάστασης εργασίας των νοσηλευτών GPC και SPC μπορεί να συμβάλει σε νέα ευρήματα, τα οποία θα μπορούσαν να έχουν σημαντικές επιπτώσεις στην ανάπτυξη επεμβατικές μελέτες, με στόχο τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας των νοσηλευτών και την ενίσχυση της ικανοποίησης από την εργασία. (Diehl et al., 2021)

5.2 Μεθόδους

5.2.1 Σχεδιασμός μελέτης

Το 2017 διεξήχθη μια πανεθνική διατομεακή εμπειρική μελέτη. Τα στοιχεία μεταξύ των νοσηλευτών της GPC συλλέχθηκαν από δείγμα 10% (3278: 1190 γηροκομεία, 1961 εξωτερικά ιατρεία, 127 νοσοκομεία) της βάσης δεδομένων του Ιδρύματος Νόμιμης Ασφάλισης και Πρόληψης Ατυχημάτων στις Υπηρεσίες Υγείας και Πρόνοιας στη Γερμανία.

Όπως περιγράφεται, η παρούσα μελέτη επικεντρώθηκε αρχικά σε ιατρικές εγκαταστάσεις. Οι συμμετέχουσες εγκαταστάσεις υγείας της GPC και της SPC ενημέρωσαν την ομάδα μελέτης σχετικά με τον αριθμό των νοσηλευτών (νοσοκόμα, γηριατρική νοσοκόμα, βοηθός νοσηλεύτη ή νοσοκόμα στην εκπαίδευση και τη μεταφορά για τους ασθενείς) και εάν προτιμούσαν να απαντήσουν σε χαρτί και μολύβι (με σφραγισμένο φάκελο επιστροφής) ή σε ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο (με κωδικό πρόσβασης). Η συμμετοχή ήταν εθελοντική και ανώνυμη. (Diehl et al., 2021)

5.2.2 Ερωτηματολόγιο

Το ερωτηματολόγιο εξέτασε τέσσερα σημαντικά ζητήματα. I) Βασικά κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία κ.λπ.) και χαρακτηριστικά στο τρέχον επάγγελμα. II) Ερωτήσεις σχετικά με την επαγγελματική επιβάρυνση, III) ερωτήσεις σχετικά με οργανωτικούς, κοινωνικούς και προσωπικούς πόρους και IV) θέματα που αφορούν την υγεία και την ευημερία. Δεδομένου ότι οι ειδικές συνθήκες που σχετίζονται με την απασχόληση μεταξύ της GPC και της SPC είναι κάπως διαφορετικές, ορισμένες ερωτήσεις προσαρμόστηκαν ελαφρώς. Το ερωτηματολόγιο περιείχε ερωτήσεις από τυποποιημένα, αξιόπιστα και έγκυρα μέσα:

- Ψυχοκοινωνικό Ερωτηματολόγιο Κοπεγχάγης (COPSOQ)

Χρησιμοποιήθηκαν μέρη της γερμανικής τυποποιημένης έκδοσης της έκδοσης COPSOQ II. Το COPSOQ είναι ένα έγκυρο και αξιόπιστο ερωτηματολόγιο για την αξιολόγηση των ψυχοκοινωνικών περιβαλλοντικών παραγόντων και της υγείας στον χώρο εργασίας. Τα υποκλίμακα που χρησιμοποιήθηκαν για την παρούσα μελέτη ήταν οι «ποσοτικές απαιτήσεις», οι «συναισθηματικές απαιτήσεις», οι «απαιτήσεις για απόκρυψη συναισθημάτων», η «έννοια της εργασίας», η «δέσμευση στον χώρο

εργασίας», η «ικανοποίηση από τη ζωή», η «αυτο-βαθμολογημένη υγεία», η «εξουθένωση» και η «πρόθεση αποχώρησης από το επάγγελμα».(Nübling et al., 2006)

- Ερωτηματολόγιο Υγείας Ασθενούς-2 (PHQ-2)

Το PHQ-2 είναι η σύντομη έκδοση του Ερωτηματολογίου Υγείας Ασθενών-9 (PHQ-9), το οποίο είναι ένα έγκυρο και αξιόπιστο όργανο για τη μέτρηση της κατάθλιψης. Η παρούσα μελέτη χρησιμοποίησε τη γερμανική έκδοση του ερωτηματολογίου PHQ-2 για να συλλέξει πληροφορίες σχετικά με τη συχνότητα της ανηδονίας και της καταθλιπτικής διάθεσης κατά τις τελευταίες 2 εβδομάδες.(Kroenke et al.,2003)

- Ερωτηματολόγιο κλίμακας ανθεκτικότητας (RS-13)

Το ερωτηματολόγιο RS-13 είναι η σύντομη έκδοση 13 στοιχείων της αρχικής κλίμακας ανθεκτικότητας 25 στοιχείων που αναπτύχθηκε από τους Wagnild και Young (1993). Η γερμανική έκδοση του RS-13 αναπτύχθηκε από τον Leppert και τους συναδέλφους του (2008) και μετρά την ανθεκτικότητα, δηλαδή την ικανότητα να προσαρμόζεται με επιτυχία σε κρίσιμες καταστάσεις ζωής.(Leppert et al.,2008)

- Ερώτηση σχετικά με τον πόνο στην πλάτη από την έρευνα για την υγεία που διεξήχθη από το Ινστιτούτο Robert Koch

Η ερώτηση σχετικά με τον πόνο στην πλάτη επιλέχθηκε από την έρευνα για την υγεία που διεξήχθη από το Ινστιτούτο Robert Koch.(Raspe,2012)

- Άλλες παράμετροι

Για την αξιολόγηση των ειδικών συνθηκών εργασίας για την ανακουφιστική φροντίδα, το ερωτηματολόγιο επεκτάθηκε με περαιτέρω ερωτήσεις, οι οποίες βασίστηκαν σε ποιοτικές συνεντεύξεις με εμπειρογνώμονες από την ανακουφιστική φροντίδα και σε μια διατομεακή πιλοτική μελέτη που διεξήχθη στην εξειδικευμένη ανακουφιστική φροντίδα στη Ρηνανία-Παλατινάτο της Γερμανίας. Οι ερωτήσεις σχετικά με την «επιβάρυνση λόγω οργανωτικών συνθηκών πλαισίου», το «συναισθηματικό φορτίο λόγω θανάτου», το «βάρος που οφείλεται στη φροντίδα των ασθενών», το «βάρος που οφείλεται στη νοσηλευτική περίθαλψη», το «βάρος που οφείλεται στη φροντίδα των συγγενών» καθώς και ερωτήματα σχετικά με τον πόρο «καλή ομάδα εργασίας» συνοψίστηκαν σε κλίμακες. Επιπλέον, προστέθηκαν μεμονωμένα κατηγορηματικά

ερωτήματα σχετικά με τους πόρους, τα οποία έδειξαν ότι είναι ζωτικής σημασίας στο πλαίσιο της πιλοτικής μελέτης. (Diehl et al, 2019; Diehl et al., 2018)

5.2.3 Στατιστική ανάλυση

Όλες οι κλίμακες (COPSOQ και αυτοανάπτυκτες) προετοιμάστηκαν σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές του COPSOQ. Οι τιμές κλίμακας υπολογίστηκαν ως ο μέσος όρος των τιμών των μεμονωμένων στοιχείων ενός ατόμου, εάν απαντήθηκαν τουλάχιστον τα μισά από τα μεμονωμένα στοιχεία. Το ποσοστό των ελλειπόντων τιμών για τα μεμονωμένα στοιχεία της ζυγαριάς ήταν κάτω από 2% στην SPC και κάτω από 3% στο GPC. Οι τιμές κλίμακας παρουσιάζονται ως μέσες τιμές. Για την αξιολόγηση της εσωτερικής συνέπειας της ζυγαριάς, χρησιμοποιήθηκε ο Άλφα του Κρόνμπαχ. Οι τιμές $> 0,7$ θεωρήθηκαν αποδεκτές. Για την περιγραφή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν περιγραφικά στατιστικά στοιχεία (απόλυτες και σχετικές συχνότητες, μέσα, τυπικές αποκλίσεις (SD)). Τα ανεξάρτητα δείγματα t-test χρησιμοποιήθηκαν για τη σύγκριση των τιμών μέσης κλίμακας των νοσοκόμων GPC και SPC. Επιπλέον, μια διαφορά τουλάχιστον 5 μονάδων στη μέση τιμή μιας κλίμακας καταδεικνύει μια σχετική διαφορά μεταξύ των ομάδων, επομένως συγκρίθηκαν οι μέσες τιμές των κλιματικών κλιματομετρών των νοσηλευτών που εργάζονται σε GPC και SPC. Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται τακτικά σε μελέτες COPSOQ, επειδή μια διαφορά 5 μονάδων στη μέση τιμή αντιπροσωπεύει ένα μικρό έως ενδιάμεσο μέγεθος αποτελέσματος [Cohen's d] 0,2-0,35. (Nübling et al., 2010) Μόνο τα αποτελέσματα που είναι στατιστικά σημαντικά και πληρούν τη διαφορά τουλάχιστον 5 μονάδων στη μέση τιμή ερμηνεύτηκαν ως σχετικές διαφορές. Για συγκρίσεις μεταξύ κατηγορηματικών μεταβλητών, χρησιμοποιήθηκε η δοκιμή ομοιογένειας chi-square για να προσδιοριστεί εάν οι παρατηρούμενες συχνότητες δείγματος σε GPC και SPC διέφεραν σημαντικά από τις αναμενόμενες συχνότητες. Υπολογίστηκαν τα μεγέθη εφέ (Phi για 2×2 πίνακες έκτακτης ανάγκης και το V του Cramer για μεγαλύτερους πίνακες), όπου οι τιμές μεταξύ 0,10 και 0,30 αντιπροσωπεύουν μικρό έως μεσαίο μέγεθος εφέ και οι τιμές του 0,50 αντιπροσωπεύουν μεγάλο μέγεθος επίδρασης. Το επίπεδο σπουδαιότητας καθορίστηκε σε $p < 0,05$ (διπλή ουρά). (Kotrlík et al., 2011)

Οι στατιστικές αναλύσεις και η γραφική αναπαράσταση πραγματοποιήθηκαν χρησιμοποιώντας το SPSS έκδοση 23.5 και το Microsoft Excel 2016, αντίστοιχα.

5.3 Αποτελέσματα

5.3.1 Περιγραφικές αναλύσεις

Για την GPC, εστάλησαν 2982 ερωτηματολόγια και επιστράφηκαν 497 (16,7%). Για την SPC, εστάλησαν 3539 ερωτηματολόγια και επιστράφηκαν 1371 (38,7%). Λόγω της χαμηλής συμμετοχής της GPC στα νοσοκομεία, αυτές εξαιρέθηκαν από την ανάλυση. Μετά τον καθαρισμό των δεδομένων, $n = 437$ νοσηλευτές σχηματίζουν το GPC και $n = 1316$ νοσηλευτές από την GPC συμπεριλήφθηκαν σε περαιτέρω αναλύσεις.

5.3.2 Χαρακτηριστικά του δείγματος της μελέτης

Οι νοσοκόμες στην SPC ήταν λίγο μεγαλύτερες από τις νοσοκόμες στο GPC (μέσος όρος 46,1 έναντι 42,8 ετών, $p \leq 0,001$). Επιπλέον, οι νοσοκόμες GPC και SPC διέφεραν ως προς την ηλικιακή δομή, ιδίως στις χαμηλότερες και υψηλότερες ηλικιακές ομάδες. Περισσότερες νοσοκόμες στο SPC ανέφεραν υψηλότερα ποσοστά αποφοίτησης και επιπέδων εκπαίδευσης από ό, τι οι νοσοκόμες στο GPC.

Το 78,7% των νοσηλευτών στο GPC εργάζονταν σε γηροκομεία και το 21,3% στα εξωτερικά ιατρεία. Το 40,9% των νοσηλευτών στην SPC εργάζονταν σε ξενώνες, το 33,5% σε μονάδες παρηγορητικής φροντίδας και το 25,6% στα ιδρύματα SAPV. Οι νοσοκόμες SPC είχαν περισσότερη επαγγελματική εμπειρία. Περισσότερες νοσοκόμες SPC ανέφεραν ένα πρόσθετο προσόν στην παρηγορητική φροντίδα από τις νοσοκόμες GPC. Κατά μέσο όρο (διάμεση τιμή), οι νοσοκόμες GPC ανέφεραν ότι δαπανούν το 20% του χρόνου τους στη φροντίδα παρηγορητικών ασθενών. Οι νοσοκόμες SPC βίωσαν περισσότερους θανάτους ασθενών τον τελευταίο μήνα από ό, τι οι νοσοκόμες GPC. Το 17,9% των νοσηλευτών SPC υπηρέτησαν μόνο σε συμβουλευτική λειτουργία, πράγμα που σημαίνει ότι δεν συμμετείχαν σε πρακτικές νοσηλευτικές δραστηριότητες. Περισσότερες νοσοκόμες SPC ανέφεραν μερική απασχόληση από τις νοσοκόμες GPC και περισσότερες νοσοκόμες SPC που εργάζονταν σε εγκαταστάσεις υγείας με διαφημιστικό ή ανεξάρτητο ταμείο. (Diehl et al., 2021)

5.3.3 Ζυγαριές και μονά στοιχεία

Όλες οι κλίμακες πέτυχαν ικανοποιητικές τιμές εσωτερικής συνέπειας. Μόνο η κλίμακα «δέσμευση στο χώρο εργασίας» στον τομέα της SPC είχε άλφα Cronbach

0,677. Επιπλέον, διευκρινίζεται κατά πόσον υπάρχει διαφορά στη μέση τιμή των κλιματομετρημάτων μεταξύ GPC και SPC.

5.3.4 Επιβαρύνσεις

Οι νοσηλεύτριες GPC ανέφεραν υψηλότερες τιμές στην κλίμακα ποσοτικών απαιτήσεων από ό,τι οι νοσοκόμες SPC, ενώ οι νοσοκόμες SPC ανέφεραν υψηλότερες τιμές στην κλίμακα συναισθηματικών απαιτήσεων, υψηλότερες τιμές στο βάρος λόγω της κλίμακας φροντίδας των συγγενών. Η μεγαλύτερη διαφορά στις μέσες τιμές αφορούσε την ποσοτική κλίμακα απαιτήσεων. Η χαμηλότερη διαφορά αξιολογήθηκε όσον αφορά τη συναισθηματική επιβάρυνση λόγω της κλίμακας θανάτου, όπου οι νοσοκόμες GPC και SPC έδωσαν σχεδόν τα ίδια αποτελέσματα. (Diehl et al., 2021)

5.3.5 Πόροι

Οι νοσοκόμες SPC ανέφεραν υψηλότερες τιμές σχετικά με την έννοια της κλίμακας εργασίας και την καλή κλίμακα ομάδας εργασίας από ό,τι οι νοσοκόμες GPC. Επιπλέον, το 27,5% των νοσηλευτών GPC είχαν χαμηλή ανθεκτικότητα, το 17,2% είχε μέτρια ανθεκτικότητα και το 55,3% είχε υψηλή ανθεκτικότητα. Στην SPC, το 28,8% των νοσηλευτών είχαν χαμηλή ανθεκτικότητα, το 21,3% είχε μέτρια και το 49,9% είχε υψηλή ανθεκτικότητα. Όσον αφορά το τελευταίο, δεν υπήρχε σημαντική διαφορά μεταξύ των νοσηλευτών GPC και SPC. (Diehl et al., 2021)

Οι νοσοκόμες SPC ανέφεραν σημαντικά συχνότερα θρησκευτικότητα και πνευματικότητα, νόημα της εργασίας, αυτο-προβληματισμό, αθλητισμό, αυτοφροντίδα, χόμπι, επαγγελματική στάση / διαχωρισμό, ευγνωμοσύνη των συγγενών και θετική σκέψη ως χρήσιμη για την αντιμετώπιση των απαιτήσεων της εργασίας τους από ό,τι οι νοσοκόμες GPC. Οι νοσοκόμες SPC ανέφεραν ότι κέρδισαν σημαντικά συχνότερα αναγνώριση από κοινωνικά πλαίσια, από επόπτες, από συναδέλφους και από ασθενείς / συγγενείς από τους νοσηλευτές GPC. (Diehl et al., 2021)

5.3.6 Υγεία και ευημερία

Όσον αφορά την υγεία, κατά μέσο όρο οι νοσοκόμες στο GPC σημείωσαν χαμηλότερη βαθμολογία στην αυτο-βαθμολογημένη κλίμακα υγείας και υψηλότερη στην κλίμακα εξουθένωσης από ό,τι οι νοσοκόμες SPC. Το 52,1% των νοσηλευτών GPC και το 38,3% των νοσηλευτών SPC ανέφεραν χρόνιο πόνο στην πλάτη. Το 3,2% των νοσηλευτών SPC και το 11,5% των νοσηλευτών GPC υπερέβησαν την τιμή

αποκοπής των 3, όπου είναι πιθανή μια σημαντική καταθλιπτική διαταραχή. Και τα δύο, χρόνιος πόνος στην πλάτη καθώς και μια μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, αναφέρθηκαν συχνότερα από νοσηλευτές του GPC. Επιπλέον, οι νοσηλεύτριες της GPC ανέφεραν υψηλότερη αξία όσον αφορά την πρόθεση αποχώρησης από την κλίμακα του επαγγέλματος. (Diehl et al., 2021)

5.4 Συζήτηση

Στόχος της παρούσας μελέτης ήταν ο εντοπισμός και η σύγκριση των επιβαρύνσεων, των πόρων, της υγείας και της ευημερίας των νοσηλευτών που εργάζονται σε GPC και ΠΧΠ στη Γερμανία. Τα βασικά σημεία αυτής της σύγκρισης μπορούν να συνοψιστούν ως εξής: Καταρχάς, οι νοσοκόμες που εργάζονται σε GPC και SPC παρουσίασαν διαφορές στα κοινωνικοδημογραφικά δεδομένα καθώς και στις επαγγελματικές πτυχές. Δεύτερον, οι νοσηλεύτριες SPC ανέφεραν υψηλότερες συναισθηματικές απαιτήσεις καθώς και υψηλότερα βάρη λόγω της νοσηλευτικής φροντίδας και της φροντίδας των συγγενών, ενώ οι νοσηλευτές της GPC δήλωσαν υψηλότερες ποσοτικές απαιτήσεις. Τρίτον, οι νοσοκόμες SPC ανέφεραν συχνότερα πόρους που ήταν χρήσιμοι για την αντιμετώπιση των απαιτήσεων της εργασίας τους και τέταρτον, οι νοσοκόμες SPC δήλωσαν καλύτερη κατάσταση υγείας και χαμηλότερη πρόθεση να εγκαταλείψουν το επάγγελμα από ό, τι οι νοσοκόμες GPC. (Diehl et al., 2021)

- **Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά**

Οι νοσοκόμες SPC ήταν συγκριτικά παλαιότερες από τις νοσοκόμες GPC και ανέφεραν υψηλότερη επαγγελματική εμπειρία. Ωστόσο, η σχέση μεταξύ ηλικίας, επαγγελματικής εμπειρίας και παραγόντων που σχετίζονται με την εργασία και της υγείας δεν είναι σαφής στην επιστημονική συζήτηση. (Adriaenssens et al., 2015) Υπήρξαν μελέτες που αποκάλυψαν ότι η υψηλή ηλικία έχει αρνητική επίδραση στην κατάσταση της υγείας ή στην ικανότητα εργασίας των νοσοκόμων. Μια μελέτη που διεξήχθη στον τομέα της φροντίδας στο τέλος της ζωής βρήκε υψηλότερες βαθμολογίες εξουθένωσης σε νεότερες νοσοκόμες με λιγότερη επαγγελματική εμπειρία. Οι συντάκτες αυτής της μελέτης υπέθεσαν ότι η υποχρέωση να είναι ενσυναίσθητα διαθέσιμη για τους ασθενείς και τις οικογένειες καθώς επίσης και η έλλειψη προετοιμασίας στην επικοινωνία και την υπερφόρτωση εργασίας μπορούν να κάνουν τις νεότερες νοσοκόμες ή νοσοκόμες με τη λιγότερο επαγγελματική εμπειρία πιο

ανήσυχοι, ανήσυχοι και φοβισμένοι να κάνουν τα λάθη. Μια ανάλυση που βασίστηκε σε δεδομένα της μελέτης πρόωρης εξόδου των νοσηλευτών (NEXT study) έδειξε ότι οι ηλικιωμένες νοσοκόμες είχαν χειρότερη κατάσταση υγείας από τις νεότερες νοσοκόμες και ότι για τις νεότερες νοσοκόμες, η ποιότητα της ηγεσίας φαινόταν να είναι ένα σημαντικό συστατικό για τη διατήρηση μιας καλής κατάστασης υγείας. Για τις παλαιότερες νοσοκόμες, μια καλή συνεργασία με τον επόπτη ήταν σημαντική.

Σε σχέση με την επαγγελματική πείρα, πρέπει να εξεταστεί μια περαιτέρω πτυχή. Στην παρούσα μελέτη οι νοσοκόμες SPC ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα αποφοίτησης και πτυχία εκπαίδευσης και πρόσθετα προσόντα στην παρηγορητική φροντίδα από ό, τι οι νοσοκόμες GPC. Στη Γερμανία, αυτό το πρόσθετο προσόν, το οποίο καλύπτει ένα μάθημα 160 ωρών στην παρηγορητική φροντίδα, δεν είναι υποχρεωτικό για όλες τις νοσοκόμες SPC. Οι εμπειρογνώμονες παρηγορητικής φροντίδας από όλο τον κόσμο θεώρησαν απαραίτητη την εκπαίδευση και την κατάρτιση όλου του προσωπικού στις βασικές αρχές της παρηγορητικής φροντίδας. Μια μελέτη που διεξήχθη στην Ιταλία αποκάλυψε ότι η επαγγελματική ικανότητα των νοσοκόμων ανακουφιστικής φροντίδας συνδέθηκε θετικά με την ικανοποίηση από την εργασία. (Biagioli et al., 2018)

Οι νοσοκόμες SPC ανέφεραν ότι έχουν εργασία πλήρους απασχόλησης αντίστοιχα σε ιδρύματα με ιδιωτικό ταμείο λιγότερο συχνά από τις νοσοκόμες GPC. Αυτό μπορεί να έχει αντίκτυπο στις συνθήκες εργασίας τους, στην υγεία και την ευημερία τους. Όσον αφορά τους οίκους ευγηρίας στη Γερμανία, μια μελέτη ανέφερε το υψηλότερο βάρος στους δημόσιους οίκους ευγηρίας και το χαμηλότερο σε ανεξάρτητους οίκους ευγηρίας. (Diehl et al., 2021)

- **Απαιτήσεις**

Οι νοσηλεύτριες SPC ανέφεραν υψηλότερες συναισθηματικές απαιτήσεις, μεγαλύτερα βάρη λόγω νοσηλευτικής φροντίδας και μεγαλύτερα βάρη λόγω της φροντίδας των συγγενών, ενώ οι νοσηλεύτριες της GPC ανέφεραν υψηλότερες ποσοτικές απαιτήσεις. Οι ποσοτικές απαιτήσεις είναι στοιχεία του εργασιακού περιβάλλοντος, που σχετίζονται με το ποσό και τις χρονικές συνθήκες εργασίας που πρέπει να γίνουν. Εδώ και χρόνια, συζητούνται ελάχιστα νομικά πρότυπα για την αναλογία νοσοκόμων προς ασθενή στη Γερμανία. Οι μεγαλύτερες συναισθηματικές απαιτήσεις και τα μεγαλύτερα βάρη που οφείλονται στη φροντίδα των συγγενών των

νοσηλευτών SPC μπορούν να εξηγηθούν από τις διάφορες δομές και στόχους των ιδρυμάτων υγείας και παρηγορητικής φροντίδας. Οι νοσοκόμες SPC φροντίζουν ασθενείς των οποίων η νοσηλευτική φροντίδα είναι πιο περίπλοκη. Επιπλέον, η SPC δεν επικεντρώνεται μόνο στον ασθενή αλλά και στις οικογένειες. Το βάρος λόγω της κλίμακας νοσηλευτικής φροντίδας που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη περιγράφει τις πιο αγχωτικές καταστάσεις νοσηλευτικής φροντίδας των νοσηλευτών SPC, οι οποίες αναφέρθηκαν στην πιλοτική μελέτη. Αυτό μπορεί να εξηγήσει γιατί το βάρος που οφείλεται στη νοσηλευτική φροντίδα σε αυτή τη μελέτη είναι υψηλότερο για τις νοσοκόμες στην SPC. Κατά συνέπεια, δεν συλλέχθηκαν διάφορες άλλες πιθανές απαιτήσεις των νοσοκόμων, ιδίως των νοσοκόμων που εργάζονται στην GPC. Προκειμένου να επιτευχθεί βαθύτερη κατανόηση σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο το επίπεδο νοσηλευτικής φροντίδας διαφέρει μεταξύ των νοσηλευτών GPC και SPC, απαιτείται περαιτέρω έρευνα.

Η χαμηλότερη διαφορά μεταξύ των νοσηλευτών σε GPC και SPC εντοπίστηκε σχετικά με συναισθηματική επιβάρυνση λόγω θανάτου. Αυτό ήταν εκπληκτικά, επειδή οι νοσοκόμες στο SPC ανέφεραν πολύ περισσότερους θανάτους ασθενών από ό, τι οι νοσοκόμες στο GPC. Ωστόσο, το έμπειρο βάρος ήταν σχεδόν το ίδιο. Υπάρχουν διαφορετικές πιθανές εξηγήσεις για αυτή την πτυχή. Πρώτον, οι νοσοκόμες SPC ήταν συγκριτικά μεγαλύτερες, είχαν περισσότερη επαγγελματική εμπειρία και ανέφεραν ένα πρόσθετο προσόν στην ανακουφιστική φροντίδα συχνότερα από ό, τι οι νοσοκόμες στο GPC, όπως έχει ήδη συζητηθεί. Δεύτερον, οι νοσοκόμες στην SPC δήλωσαν συχνότερα ότι διαθέτουν διάφορους πόρους που ήταν χρήσιμοι για την αντιμετώπιση των απαιτήσεων της εργασίας τους. Τρίτον, ο θάνατος και ο ετοιμοθάνατος είναι απαιτητικοί, αλλά άλλοι παράγοντες διαδραματίζουν σημαντικότερο ρόλο. Στην πιλοτική μελέτη, οι νοσοκόμες στην SPC ανέφεραν ότι ο θάνατος και ο ετοιμοθάνατος δεν είναι ζωτικής σημασίας για το αντιληπτό βάρος, αλλά μάλλον ο καιρός ο ασθενής έλαβε καλή φροντίδα ή όχι. (Diehl et al., 2019) Τέλος, η εργασία στην SPC είναι μια ενεργή επιλογή που γίνεται από κάθε νοσοκόμα. Οι νοσοκόμες γνωρίζουν την απαιτητική φροντίδα για τους ασθενείς με παρηγορητική φροντίδα και τις οικογένειές τους, αλλά αυτή η φροντίδα φαίνεται επίσης να είναι εξαιρετικά ικανοποιητική.

- **Πόροι**

Οι νοσοκόμες SPC ανέφεραν συχνότερα οργανωτικούς, κοινωνικούς και προσωπικούς πόρους από ό, τι οι νοσοκόμες GPC. Δεν διαπιστώθηκαν διαφορές ανάλογα με τη δέσμευση του χώρου εργασίας, την ευγνωμοσύνη των ασθενών, την αναγνώριση του μισθού, την οικογένεια, τους φίλους και την ικανοποίηση των προσωπικών πόρων από τη ζωή και την ανθεκτικότητα. Οι υψηλότερες διαφορές στις συχνότητες αξιολογήθηκαν σχετικά με την ουσιαστική εργασία, την αναγνώριση μέσω ασθενών και συγγενών, μια καλή ομάδα εργασίας, θρησκευτικότητα / πνευματικότητα, αυτο-προβληματισμό, αθλητισμό και αυτοφροντίδα. Η αυτοφροντίδα ορίζεται ευρέως ως αυτοκινούμενος συμπεριφορά που οι άνθρωποι επιλέγουν να ενσωματώσουν και να προωθήσουν την καλή υγεία και τη γενική ευημερία στην καθημερινή ζωή. Επιπλέον, πρόκειται για την υγεία, αλλά και για την ενσωμάτωση στρατηγικών αντιμετώπισης στη ζωή για την αντιμετώπιση των εργασιακών στρεσογόνων παραγόντων. Η αυτοφροντίδα μπορεί να διατηρήσει την ευημερία και την ανθεκτικότητα. Η σημασία της αυτοφροντίδας είναι βαθιά ριζωμένη στην SPC. Οι εκπαιδεύσεις αυτοφροντίδας ή τα σχέδια αυτοφροντίδας προσφέρονται στην SPC. Ιδιαίτερα όσον αφορά την πανδημία COVID-19, οι εκπαιδεύσεις αυτοφροντίδας και αυτοφροντίδας για τους εργαζόμενους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης καθίστανται σημαντικές. (Hofmeyer et al., 2020; Mills et al., 2020; Waris et al., 2020)

Διάφορες μελέτες προσδιόρισαν την ομάδα ως βασικό πόρο στον τομέα της ανακουφιστικής φροντίδας ή υποστήριξη από συναδέλφους και επόπτες στο πλαίσιο της νοσηλεύτριας. Η αναγνώριση μέσω ασθενών και συγγενών είχε ήδη περιγραφεί ως βασικό στοιχείο για τη δημιουργία και τη διατήρηση υγιών εργασιακών περιβαλλόντων . Μολονότι μια μελέτη που επικεντρώθηκε στα εργασιακά κίνητρα των νοσοκόμων αξιολόγησε ότι οι εξωγενείς ανταμοιβές, όπως οι αμοιβές, η προώθηση και οι περιθωριακές παροχές, ήταν οι βασικές πηγές κινήτρων και εγγενούς ανταμοιβής, όπως η αναγνώριση, φαινόταν να είναι λιγότερο σημαντικές. Αξιοσημείωτο σε αυτό το πλαίσιο είναι ότι η πλειοψηφία των νοσηλευτών τόσο στην GPC όσο και στην SPC δεν αισθάνονται να κερδίσουν αναγνώριση μέσω του μισθού τους. Στη Γερμανία, η ομοσπονδιακή κυβέρνηση υποσκάφτει τις τρέχουσες προσπάθειες με τον ήδη αναφερόμενο νόμο για την ενίσχυση του νοσηλευτικού εργατικού δυναμικού

(Pflegerpersonal-Stärkungs-Gesetz (PrPSG), ο οποίος επηρεάζει επίσης υψηλότερους μισθούς για τις νοσοκόμες. Οι μελλοντικές προσπάθειες θα πρέπει να επικεντρωθούν στην ισορροπία των εξωγενών και εγγενών ανταμοιβών στο περιβάλλον της νοσοκόμας, προκειμένου να επιτευχθεί η καλύτερη ισορροπία για την προώθηση της υγείας και της ικανοποίησης των νοσηλευτών. (Diehl et al., 2021)

- **Υγεία και ευημερία**

Οι νοσοκόμες GPC δήλωσαν σε όλες τις αυξημένες πτυχές χειρότερες τιμές από τις νοσοκόμες SPC. Ανέφεραν χειρότερη αυτο-βαθμολογημένη υγεία, υψηλότερα επίπεδα εξουθένωσης, συχνότερο χρόνιο πόνο στην πλάτη, συχνότερες μείζονες καταθλιπτικές διαταραχές και μεγαλύτερη πρόθεση να εγκαταλείψουν το επάγγελμα. Τα αποτελέσματα που σχετίζονται με την εξουθένωση ταιριάζουν με τα αποτελέσματα μιας πρόσφατης δημοσιευμένης ανασκόπησης, όπου οι επαγγελματίες υγείας στο GPC βιώνουν περισσότερα συμπτώματα εξουθένωσης από εκείνα που βρίσκονται σε εξειδικευμένες ρυθμίσεις παρηγορητικής φροντίδας.(Dijkhoorn et al., 2021)

Υπό το φως των δημογραφικών εξελίξεων, απαιτείται μελλοντική ανάλυση των δεδομένων για να διαπιστωθεί γιατί οι νοσοκόμες SPC φαίνεται να είναι πιο ικανοποιημένοι με το έργο τους από ό, τι οι νοσοκόμες GPC και οι οποίες επηρεάζουν τα ενιαία βάρη και τους πόρους, όχι μόνο στην ικανοποίηση από την εργασία αλλά και στην υγεία.

5.5 Περιορισμούς

Τα αποτελέσματα της σύγκρισης της κατάστασης εργασίας των νοσηλευτών που εργάζονται σε GPC και SPC στη Γερμανία πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή λόγω των διαφόρων δομών και στόχων των ιδρυμάτων υγείας και ανακουφιστικής φροντίδας. Επιπλέον, η παρούσα μελέτη συνέκρινε τα δεδομένα των νοσηλευτών της GPC, τα οποία αντιπροσωπεύουν τα συγχωνευμένα δεδομένα των νοσηλευτών που εργάζονται σε γηροκομεία και εξωτερικά ιατρεία, με τα στοιχεία των νοσηλευτών SPC, τα οποία αντιπροσωπεύουν τα συγχωνευμένα δεδομένα των νοσηλευτών που εργάζονται σε ιδρύματα SAPV, ξενώνες και μονάδες παρηγορητικής φροντίδας. Πολλές πληροφορίες χάνονται έτσι επειδή η σύγκριση βασίζεται σε μακροοικονομικό επίπεδο, στις κοινωνικές δομές φροντίδας. Επιπλέον, το όργανο έρευνας περιλάμβανε πρόσθετες αυτοανάπτυχτες ερωτήσεις. Τα τελευταία δεν επικυρώθηκαν, αλλά ήταν πολύτιμα για τη μελέτη μας, καθώς απάντησαν σε ορισμένες ερωτήσεις που τα

τυποποιημένα ερωτηματολόγια δεν μπορούσαν. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι αυτό-ανάπτυχτες κλίμακες αναπτύχθηκαν για την αντιμετώπιση των ειδικών συνθηκών εργασίας των νοσηλευτών που επικεντρώνονται στις συνθήκες εργασίας στην SPC. Κατά συνέπεια, δεν συλλέχθηκαν διάφορες άλλες πιθανές απαιτήσεις νοσηλευτών που εργάζονται στην GPC. Επιπλέον, η παρούσα μελέτη επικεντρώθηκε καταρχάς σε ιατρικές εγκαταστάσεις. Μόνο οι συμμετέχουσες εγκαταστάσεις ανέφεραν τον αριθμό των μελών του προσωπικού. Το χαμηλό ποσοστό συμμετοχής και ανταπόκρισης των νοσηλευτών του GPC αυξάνει την πιθανότητα προκατάληψης επιλογής. Αν και λήφθηκε τυχαίο δείγμα, το δείγμα αυτό δεν ήταν αντιπροσωπευτικό της GPC λόγω διαφορετικών συμπεριφορών ανταπόκρισης και αποκλεισμού των νοσοκομείων. Το χαμηλότερο ποσοστό ανταπόκρισης της GPC θα μπορούσε να είναι υπεύθυνο για τις διαφορές μεταξύ των επιβαρύνσεων, των πόρων και της κατάστασης της υγείας μεταξύ της GPC και της SPC. Μια σύγκριση με τους συμμετέχοντες και κανέναν συμμετέχοντες σε αυτή την έρευνα ήταν κατά πόσον η GPC ούτε η SPC ήταν εφικτές. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι είναι πιθανό οι νοσοκόμες που αντιμετωπίζουν μεγαλύτερα βάρη να είχαν λιγότερα κίνητρα για να ανταποκριθούν σε μια χρονοβόρα έρευνα. Επιπλέον, λόγω των δύο δειγμάτων, ήταν δυνατή μόνο διερευνητική και δεν ήταν δυνατή η ανάλυση επιβεβαιωτικών δεδομένων και τα αποτελέσματα που παρουσιάστηκαν βασίζονται σε συγκρίσεις μέσων και συχνοτήτων δείγματος. Ο διατομεακή μελέτη της μελέτης δεν μπορεί να αποδείξει την αιτιώδη συνάφεια μεταξύ των βαρών, των πόρων, της υγείας και της ευημερίας. Ως εκ τούτου, απαιτούνται επεμβατικές και διαμήκεις μελέτες σε μικροεπίπεδο στην νοσηλευτική πρακτική για την υποστήριξη της αιτιότητας στις σχέσεις των βαρών, των πόρων, της υγείας και της ευημερίας. (Diehl et al., 2021)

5.6 Συμπεράσματα

Αυτή είναι η πρώτη πανεθνική μελέτη στη Γερμανία που συγκρίνει τις εργασιακές καταστάσεις των νοσηλευτών GPC και SPC σε διάφορες ρυθμίσεις παρέχοντας μεγάλο όγκο πληροφοριών. Συνολικά, η κατάσταση εργασίας των νοσηλευτών GPC και SPC ήταν διαφορετική και οι νοσοκόμες ανέφεραν βάρη σε διάφορους τομείς εργασίας. Ωστόσο, η μελέτη κατέδειξε ότι, αν και οι νοσοκόμες στην SPC ανέφεραν συνολικά υψηλότερο επίπεδο επιβάρυνσης από εκείνους της GPC, οι νοσοκόμες SPC δήλωσαν ότι είχαν καλύτερη κατάσταση υγείας και χαμηλότερη πρόθεση να εγκαταλείψουν το επάγγελμα από ό, τι οι νοσοκόμες GPC. Επιπλέον, οι

νοσοκόμες SPC διαφορές στη συχνότητα των αναφερόμενων πόρων, οι οποίοι ήταν χρήσιμοι για την αντιμετώπιση των απαιτήσεων της εργασίας τους σε νοσοκόμες GPC. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την ανάπτυξη μεμονωμένων εννοιών για τη βελτίωση της υγείας και της ευημερίας των νοσηλευτών, λαμβάνοντας υπόψη τις διαφορές μεταξύ GPC και SPC. Ενώ οι νοσοκόμες SPC, για παράδειγμα, ανέφεραν συχνά την αυτοφροντίδα ως πόρο, οι μελλοντικές παρεμβάσεις στον τομέα της SPC θα μπορούσαν να λάβουν υπόψη την αυτοφροντίδα ως θέμα συζήτησης. (Adams et al., 2020)

Στο μέλλον, οι δημογραφικές διαφορές, τα περαιτέρω χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, καθώς και οι διαφορές στα βάρη και τους πόρους θα πρέπει να αναλυθούν περαιτέρω προκειμένου να εξεταστούν οι μεγαλύτερες επιπτώσεις στην κατάσταση της υγείας και στις προθέσεις αποχώρησης από το επάγγελμα. Επιπλέον, μελλοντικές μελέτες θα πρέπει να επανεξετάσουν την SPC ως το καλύτερο παράδειγμα πρακτικής για τη νοσηλευτική περίθαλψη στη Γερμανία.

Η εφαρμογή της ανακουφιστικής φροντίδας διαφέρει έντονα σε όλη την Ευρώπη και σε όλο τον κόσμο. Απαιτείται μελλοντική έρευνα προκειμένου να διαπιστωθεί σε ποιο βαθμό τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται μπορούν να μεταφερθούν σε άλλες χώρες. Ωστόσο, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης θα μπορούσαν να έχουν σημαντικές επιπτώσεις στην ανάπτυξη παρεμβατικής μελέτης, με στόχο τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας των νοσηλευτών και την ενίσχυση της ικανοποίησης από την εργασία. Αυτό περιλαμβάνει καταρχάς τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας, όπως οι προσωπικές απαιτήσεις, αλλά ταυτόχρονα την ενίσχυση των οργανωτικών, κοινωνικών και προσωπικών πόρων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6°

6.1 Ευημερία και ικανοποίηση των νοσηλευτών στα νοσοκομεία της Σλοβενίας: Μια διατομεακή μελέτη

Στο πλαίσιο του χώρου εργασίας, η έννοια της ευημερίας έχει διαφορετικές έννοιες μεταξύ οργανισμών και χωρών. Ενώ υπάρχουν πολλοί ορισμοί της ευημερίας, υπάρχουν δύο βασικές έννοιες, όπως μετρούνται από την υποκειμενική και ψυχολογική ευημερία. Δεν υπάρχει σημαντικός βαθμός διαφοροποίησης μεταξύ των ορισμών των δύο εννοιών, με αμφότερες να μοιράζονται παρόμοια εννοιολογική δομή. Η υποκειμενική ευεξία είναι η υποκειμενική αξιολόγηση της ικανοποίησης από τη ζωή και είναι ένας συνδυασμός των θετικών και αρνητικών διαθέσεων και συναισθημάτων του ατόμου. Παράλληλα, ορισμένοι συγγραφείς σημείωσαν ότι η υποκειμενική ευημερία είναι πολυδιάστατη, ότι υπόκειται σε πολιτισμικές διαφορές και ότι έχει ευεργετικές επιπτώσεις στην υγεία και τις κοινωνικές σχέσεις. Η ψυχολογική ευημερία εξομοιώνεται με τη θετική ανθρώπινη λειτουργία και ορίζεται από έξι παράγοντες: αποδοχή του εαυτού μας, γνώση του περιβάλλοντος, θετικές σχέσεις, προσωπική ανάπτυξη, σκοπός στη ζωή και αυτονομία. Το μοντέλο ψυχολογικής ευεξίας έχει χρησιμοποιηθεί για τη μελέτη σχέσεων μεταξύ ευημερίας και χαρακτηριστικών προσωπικότητας, ψυχικής και σωματικής υγείας, υγιούς γήρανσης, οικογενειακών και επαγγελματικών εμπειριών και νευρολογικών διαδικασιών. (Ryff, 2017)

Η ευημερία είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες για το αν οι νοσοκόμες αποφασίζουν να παραμείνουν στο επάγγελμα, καθώς και για την εμπλοκή των νοσηλευτών στην εργασία και στην εξάντληση πέρα από τις επιπτώσεις των ποσοτικών απαιτήσεων και του ελέγχου της εργασία. (Santos et al., 2020) Οι εργαζόμενοι χαρακτηρίζονται ότι απολαμβάνουν καλής ευημερίας όταν είναι ικανοποιημένοι με την εργασία και την οργάνωσή τους και είναι πιο αφοσιωμένοι και συνδεδεμένοι. Οι άνθρωποι με καλή ευημερία είναι πιο αισιόδοξοι, πιο ανθεκτικοί στα προβλήματα και έχουν ισχυρότερη πίστη στην ικανότητά τους να χειρίζονται τα πράγματα. Ορισμένες μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι η ψυχολογική δυσφορία και η ευημερία των νοσηλευτών θα μπορούσαν να επηρεάσουν την ποιότητα της φροντίδας και την ασφάλεια των ασθενών. (Lorber et al., 2020)

Η ικανοποίηση από τη ζωή είναι μια γενική αξιολόγηση των συναισθημάτων και των στάσεων για τη ζωή ενός ατόμου σε κάποιο σημείο. Αποτελεί την κρίση που

κάνει ένα άτομο για τη ζωή του και είναι το πιο εκτεταμένο κατασκεύασμα για την αξιολόγηση της υποκειμενικής ευημερίας. Η βασική προϋπόθεση για την επιτυχή διαχείριση των εργαζομένων σε έναν οργανισμό αντικατοπτρίζεται στην υποστήριξη των υψηλών κινήτρων και της ικανοποίησης των εργαζομένων σε διαφορετικές ηλικίες. Έρευνες έχουν δείξει ότι η ικανοποίηση από την εργασία συνδέεται με την παραγωγικότητα, την ποιότητα της φροντίδας των ασθενών και τη μείωση του κύκλου εργασιών του προσωπικού. (Lu et al., 2016)

Στόχο της παρούσας μελέτης να εξετάσει την ευημερία και την ικανοποίηση των νοσηλευτών στα νοσοκομεία της Σλοβενίας και να εντοπίσει τους σχετικούς δημογραφικούς παράγοντες. Ενώ ορισμένες μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε διάφορους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης εξέτασαν την ικανοποίηση των νοσηλευτών από την εργασία, δεν έχει ακόμη μελετηθεί ο παράγοντας που καθορίζουν την ψυχολογική και υποκειμενική ευημερία των νοσηλευτών στη Σλοβενία. (Lorber et al., 2020)

6.2 Μέθοδοι

6.2.1 Μελέτη και συλλογή δεδομένων

Χρησιμοποιήθηκε μια περιγραφική διατομεακή μελέτη. Όλα τα δημόσια νοσοκομεία της Σλοβενίας με εσωτερικά ιατρεία και χειρουργικά τμήματα κλήθηκαν να συμμετάσχουν στη μελέτη (N=12). Οκτώ νοσοκομεία επιβεβαίωσαν τη συμμετοχή τους. Η μελέτη περιλάμβανε ένα δείγμα ευκολίας: νοσοκόμες που είχαν ολοκληρώσει τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση ή την τριτοβάθμια εκπαίδευση και οι οποίες εργάζονταν σε εσωτερικά ή χειρουργικά τμήματα σε οκτώ νοσοκομεία της Σλοβενίας. Για να εξασφαλίσουμε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα που να αντικατοπτρίζει με ακρίβεια τα χαρακτηριστικά της ομάδας μελέτης, αποφασίσαμε να συμπεριλάβουμε το 30% όλων των νοσηλευτών από τα συμμετέχοντα νοσοκομεία. Συνολικά διανεμήθηκαν 1.100 (32%), ερωτηματολόγια: 85 εστάλησαν σε νοσοκόμες μεσαίου και μοναδιαίου επιπέδου και 1.015 εστάλησαν σε άλλο νοσηλευτικό προσωπικό. Ερωτηματολόγια για τις επικεφαλής νοσοκόμες εστάλησαν μόνο σε εκείνους που κατείχαν ηγετική θέση σε τμήμα ή μονάδα, δηλαδή χρησιμοποιήθηκε δειγματοληψία. Συνολικά 1.100 νοσηλεύτριες του νοσοκομείου έλαβαν πρόσκληση συμμετοχής, οδηγίες, εγγύηση ανωνυμίας και φάκελο με σφραγίδα και διεύθυνση επιστροφής (αυτή του ερευνητή). Το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 58% (640), το οποίο αντιπροσωπεύει το 18,8% των

νοσηλευτών που εργάζονται στα νοσοκομεία που περιλαμβάνονται στη μελέτη. (Lorber et al., 2020)

6.2.2 Μέτρα

Το δομημένο ερωτηματολόγιο περιελάμβανε δημογραφικά ερωτήματα (φύλο, επίπεδο εκπαίδευσης (δευτεροβάθμια, υψηλό, πανεπιστημιακό/μεταπτυχιακό επίπεδο), θέση εργασίας (ηγέτης, άλλοι εργαζόμενοι) και 115 ερωτήσεις που σχετίζονται με την ικανοποίηση από την εργασία και τη ζωή, τη βασική ικανοποίηση ανάγκης και την ψυχολογική και υποκειμενική ευημερία. Η ικανοποίηση από την εργασία καθορίστηκε από 15 στοιχεία και αφορούσαν διαφορετικές διαστάσεις του εργασιακού περιβάλλοντος και τα χαρακτηριστικά της εργασίας. Η ικανοποίηση των βασικών αναγκών των συμμετεχόντων αξιολογήθηκε με βάση το ερωτηματολόγιο Deci και Ryan Basic Need Satisfaction. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 21 στοιχεία που σχετίζονται με τρεις διαστάσεις υποκειμενικής ευημερίας: ικανότητα, αυτονομία και συγγένεια. Η υποκειμενική ευημερία αξιολογήθηκε με τη χρήση δεικτών υποκειμενικής ευημερίας: το πρόγραμμα θετικών αρνητικών επιπτώσεων (PANAS) και η κλίμακα ικανοποίησης από τη ζωή. Το PANAS σχεδιάστηκε για να αξιολογήσει την συναισθηματική διάσταση της υποκειμενικής ευημερίας και αποτελείται από δέκα θετικές και δέκα αρνητικές διαθέσεις τον περασμένο μήνα. Οι συμμετέχοντες αξιολόγησαν την ικανοποίησή τους για τη ζωή χρησιμοποιώντας τα στοιχεία Satisfaction with Life Scale Five αξιολογήθηκαν σε κλίμακα Likert έξι σημείων. Η υποκειμενική ευημερία μετρείται ως «*άθροισμα ικανοποίησης από τη ζωή συν θετική επίδραση μείον αρνητική επίδραση*». (Linley & Joseph, 2004) Η ψυχολογική ευεξία αξιολογήθηκε με βάση την Κλίμακα Ψυχολογικής Ευημερίας. (Ryff & Keyes, 1995) Το ερωτηματολόγιο περιέχει 54 στοιχεία. Εννέα δηλώσεις αφορούν κάθε μία από τις έξι διαστάσεις της ψυχολογικής ευημερίας: αποδοχή του εαυτού του, θετικές σχέσεις με άλλους, αυτονομία περιβαλλοντική διαχείριση, σημασία της ζωής και προσωπική ανάπτυξη. Για καλύτερη κατανόηση των μέσων τιμών μετατράπηκε η μεταβλητή αναλογίας σε κατηγορηματική. Έξι πιθανές αξιολογήσεις μετατράπηκαν σε δύο κατηγορίες. Στην πρώτη κατηγορία οι συνδυασμένες αξιολογήσεις 1, 2 και 3 αφορούσαν τη δυσαρέσκεια/διαφωνία, ενώ στη δεύτερη κατηγορία συνδυάστηκαν 4, 5 και 6, οι οποίες αφορούσαν ικανοποίηση/συμφωνία. (Lorber et al., 2020)

6.2.3 Στατιστική ανάλυση

Χρησιμοποιήθηκαν μη ιριδίζοντες και διπολικές αναλύσεις. Οι επιμέρους και τελικές βαθμολογίες συγκρίθηκαν με τη συνολική βαθμολογία κάθε ερωτηματολογίου. Μια δοκιμή Kolmogorov-Smirnov επιβεβαίωσε την εντύπωση από μια οπτική επιθεώρηση ότι οι βαθμολογίες για όλες τις μελετηθείσα μεταβλητές κανονικά δεν διανεμήθηκαν ($\sigma < 0.001$). Τα αποτελέσματα παρουσιάστηκαν μέσω της διάμεσης (Med) και της διατομεακής σειράς (IQR). Οι διαφορές μεταξύ μεμονωμένων μεταβλητών αναλύθηκαν με τη χρήση των δοκιμών Mann-Whitney και Kruskal-Wallis. Μια τιμή $p < 0,05$ θεωρήθηκε στατιστικά σημαντική. Όλες οι αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με τη χρήση του SPSS (Πρόγραμμα Στατιστικής Δέσμης Κοινωνικών Επιστημών), έκδοση 24.0. (Lorber et al., 2020)

6.3 Αποτελέσματα

Στη μελέτη συμμετείχαν συνολικά 640 νοσηλευτές: 346 (54%) Συνολικά 153 νοσηλευτές (24%) Η μέση ηλικία ήταν 40,6 έτη. Σαράντα νοσηλευτές (7%) είχαν λιγότερο από 5 χρόνια εμπειρίας στη νοσηλευτική, 134 (21%) είχαν 5-10 χρόνια εμπειρίας, 218 (33%) Είκοσι έξι τοις εκατό (163) είχαν μία ή περισσότερες χρόνιες μη μεταδοτικές ασθένειες, 18% (110) μερικές φορές εκτέθηκαν στο άγχος, 52% (334) συχνά εκτέθηκαν στο άγχος, 30% (194) εκτέθηκαν πάντα στο άγχος στο χώρο εργασίας, και 82% (525) αυτοαξιολογήθηκε ότι διαχειρίζονται το άγχος. Οι νοσοκόμες αξιολόγησαν την ικανοποίηση από την εργασία τους και ικανοποίηση από τη ζωή ως μέτρια. Ψυχολογικά τους και υποκειμενική ευημερία ήταν επίσης μέτρια. Το 47% των νοσοκόμων ήταν ικανοποιημένοι με τη δουλειά τους, το 51% ήταν ικανοποιημένοι με τη ζωή τους, το 49% αξιολόγησε την ψυχολογική τους ευημερία ως καλή και το 47% αξιολόγησε την υποκειμενική ευημερία τους ως καλή.

Το ποσοστό εκείνων που ήταν πάντα εκτεθειμένοι σε αγχωτικές καταστάσεις αυξήθηκε με το επίπεδο εκπαίδευσης από 37,9% σε 47,1%, όπως και η ικανοποίηση από την εργασία ικανοποίηση από τη ζωή βασική ικανοποίηση ανάγκης ψυχολογική ευημερία και υποκειμενική ευημερία. Τα επίπεδα έκθεσης στο στρες ($\sigma < 0.001$), στην ικανοποίηση από την εργασία ($p=0,031$), στην ψυχολογική ευεξία ($p=0,023$) και στην υποκειμενική ευημερία ($p=0,014$) διαπιστώθηκε ότι διαφέρουν σημαντικά ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης.

Το ποσοστό εκείνων που υπολόγισαν ότι η εργασία τους ήταν πάντα αγχωτική αυξήθηκε σύμφωνα με τα έτη νοσηλευτικής υπηρεσίας από 11,1% σε 39,4%, ενώ το ποσοστό εκείνων που διαχειρίστηκαν το άγχος μειώθηκε από 85,5% σε 76%. Ικανοποίηση από τη ζωή, ικανοποίηση από την εργασία, ψυχολογική ευημερία, υποκειμενική ευημερία και βασική ικανοποίηση ανάγκης όλα μειώθηκαν με χρόνια υπηρεσίας. Βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στα επίπεδα έκθεσης στο στρες ($p=0,003$), στην ικανοποίηση από τη ζωή ($\sigma<0,001$), στην ικανοποίηση από την εργασία ($p=0,005$), στην ψυχολογική ευεξία ($\sigma<0,001$) και στην υποκειμενική ευημερία ($\sigma<0,001$) σε σχέση με τα έτη υπηρεσίας ($\sigma<0,001$)

Ενώ οι γυναίκες βαθμολόγησαν την ικανοποίηση της ζωής τους, ικανοποίηση από την εργασία, βασική ικανοποίηση ανάγκης, ψυχολογική ευημερία και υποκειμενική ευημερία υψηλότερες από τους άνδρες, οι διαφορές δεν ήταν σημαντικές. Σημαντικές διαφορές όσον αφορά το φύλο διαπιστώθηκαν μόνο στη διαχείριση των αγχωτικές καταστάσεις ($Z=-1.955$, $p=0,048$).

Οι επικεφαλής νοσηλευτές εκτίμησαν ότι η εργασία τους ήταν πάντα αγχωτική στο 37,3% των περιπτώσεων (άλλες νοσοκόμες στο 29,4% των περιπτώσεων), ενώ το 84% των επικεφαλής νοσηλευτών και το 78% των άλλων νοσηλευτών αξιολόγησαν ότι διαχειρίζονταν αγχωτικές καταστάσεις. Οι επικεφαλής νοσοκόμες αξιολόγησαν την ικανοποίηση από την εργασία τους, ικανοποίηση από τη ζωή, βασική ικανοποίηση ανάγκης, ψυχολογική ευημερία και υποκειμενική ευημερία υψηλότερο από άλλες νοσοκόμες. Σημαντικές διαφορές σε σχέση με τη θέση εργασίας εντοπίστηκαν μόνο στην ικανοποίηση από την εργασία ($\sigma<0,001$) και στην υποκειμενική ευημερία ($p=0,003$).

Οι νοσοκόμες με χρόνια μη μεταδοτική νόσο αξιολόγησαν την εργασία τους ως αγχωτική στο 41% των περιπτώσεων (26% των περιπτώσεων για άτομα χωρίς χρόνια μη μεταδοτική ασθένεια). Οι νοσοκόμες με χρόνια μη μεταδοτική ασθένεια αξιολόγησαν την ικανοποίησή τους για τη ζωή, ικανοποίηση από την εργασία, βασική ικανοποίηση ανάγκης, ψυχολογική ευημερία και υποκειμενική ευημερία χαμηλότερο από εκείνους που δεν έχουν μεταδοτική χρόνια νόσο. Σημαντικές διαφορές μεταξύ των νοσηλευτών με και χωρίς χρόνια μη μεταδοτική νόσο διαπιστώθηκαν σε σχέση με την έκθεση στο στρες ($p=0,002$), την ικανοποίηση από την εργασία ($p=0,029$), την

ικανοποίηση από τη ζωή ($p=0,001$), την ψυχολογική ευεξία ($p=0,049$), την ικανοποίηση βασικής ανάγκης ($p=0,019$) και την υποκειμενική ευεξία ($p=0,003$).

Το ποσοστό των εργαζομένων που αυτοαξιολογούνταν ότι ήταν πάντα εκτεθειμένοι στο άγχος και ότι διαχειρίζονταν τις αγχωτικές τους καταστάσεις διέφεραν από νοσοκομείο σε νοσοκομείο (μεταξύ 9% και 53% και μεταξύ 70 και 92% αντίστοιχα). Και πάλι ποικίλλει από νοσοκομείο σε νοσοκομείο, η εκτίμηση των νοσηλευτών για την ικανοποίηση από τη ζωή, αξιολόγηση της υποκειμενικής ευημερίας, αξιολόγηση της ικανοποίησης από την εργασία, αξιολόγηση της ικανοποίησης βασικής ανάγκης και αξιολόγηση της ψυχολογικής ευημερίας. Σημαντικές διαφορές διαπιστώθηκαν μεταξύ των νοσοκομείων σε σχέση με την έκθεση στο στρες ($\sigma<0.001$), την ικανοποίηση από την εργασία ($\sigma<0.001$), την ικανοποίηση από τη ζωή ($\sigma<0.001$), την ψυχολογική ευεξία ($\sigma<0.001$), την ικανοποίηση βασικών ανάγκης ($\sigma<0.001$) και την υποκειμενική ευημερία ($\sigma<0.001$). (Lorber et al., 2020)

6.4 Συζήτηση

Το βασικό εύρημα αυτής της μελέτης είναι ότι οι νοσοκόμες στα νοσοκομεία της Σλοβενίας είναι μέτρια ικανοποιημένοι με την εργασία και τη ζωή τους και εμφανίζουν επίσης μέτρια επίπεδα ψυχολογικής και υποκειμενικής ευημερίας. Ενώ άλλες μελέτες έχουν επίσης διαπιστώσει ότι η ψυχολογική ευημερία των νοσοκόμων είναι μέτρια, η Bourgault et al., διαπίστωσε χαμηλή ευημερία μεταξύ των νοσοκόμων έκτακτης ανάγκης, όπως και οι Atanes et al., μεταξύ των νοσοκόμων σε πρωτοβάθμιο επίπεδο και ο Oates et al., μεταξύ των νοσηλευτών ψυχικής υγείας. Σε αντίθεση με τα αποτελέσματά μας, εντοπίστηκε υψηλή ευημερία μεταξύ των εργαζομένων ψυχικής υγείας και επίσης των μη εργαζομένων στον τομέα της υγείας στην Αυστραλία. (Bourgault et al. 2015; Atanes et al. 2015; Oates et al., 2017)

Οι γυναίκες νοσηλεύτριες εμφάνισαν υψηλότερη ψυχολογική και υποκειμενική ευημερία, η οποία είναι συγκρίσιμη με τη μελέτη. (Van der Heijden et al., 2017) Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι νοσοκόμες ήταν συχνά εκτεθειμένες στο άγχος, το οποίο είναι σύμφωνο με άλλες μελέτες. Η Karimi et al. σημείωσε ότι η προβλεπόμενη ευημερία των νοσηλευτών ήταν ένας σημαντικός παράγοντας στην παρουσίαση που σχετίζεται με το άγχος. (Karimi et al., 2015)

Οι νοσοκόμες με λιγότερο από πέντε χρόνια νοσηλευτικής εμπειρίας είχαν τα υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από την εργασία και τη ζωή (αυτό-αξιολόγηση),

καθώς και την υψηλότερη ψυχολογική και υποκειμενική ευημερία, σε σύγκριση με τις νοσοκόμες με περισσότερα χρόνια νοσηλευτικής εμπειρίας.

Σε άλλες μελέτες διαπιστώθηκε ότι οι νοσοκόμες και οι επικεφαλής νοσοκόμες ήταν πιο ικανοποιημένοι με τη δουλειά τους από άλλες νοσοκόμες και ότι η ικανοποίηση από την εργασία μειώθηκε με τα έτη υπηρεσίας. Ορισμένες μελέτες έχουν επίσης διαπιστώσει ότι οι νοσοκόμες έχουν μέτρια επίπεδα ικανοποίησης από την εργασία. (Chien et al., 2016; Lorber et al., 2012) Τα πορίσματά μας σχετικά με τις διαφορές στην ευημερία που συνδέονται με τη θέση εργασίας και τα έτη υπηρεσίας συνάδουν με άλλες μελέτες. (Bourgault et al., 2015; Atanes et al., 2015)

Επίσης, σε μελέτες διαπιστώθηκε ότι οι διαφορές στην ικανοποίηση από την εργασία, την ψυχολογική και υποκειμενική ευημερία εξαρτώνται από το επίπεδο εκπαίδευσης, δηλαδή οι νοσοκόμες με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης ήταν πιο ικανοποιημένες με τη δουλειά τους. (Rosta et al., 2019; Lee et al., 2015)

Επιπλέον, η ικανοποίηση από την εργασία συνδέεται θετικά με μεγαλύτερη αυτο-αποτελεσματικότητα, δέσμευση με την εργασία, την επαγγελματική υγεία και τις επιδόσεις στην εργασία εκ μέρους των νοσοκόμων. Υπάρχουν επίσης ενδείξεις συσχέτισης μεταξύ της ικανοποίησης των νοσηλευτών από την εργασία και της ικανοποίησης των ασθενών. Εκτός από το άγχος, η ικανοποίηση από την εργασία συνδέεται επίσης έντονα με τη γενική υγεία. Οι νοσοκόμες που υπέφεραν από χρόνια μη μεταδοτική ασθένεια αξιολόγησαν την ικανοποίηση από την εργασία τους, την ικανοποίηση από τη ζωή, την ψυχολογική ευεξία και την υποκειμενική ευημερία χαμηλότερα από τις νοσοκόμες που δεν υπέφεραν από τέτοιες ασθένειες. Η μελέτη διαπίστωσε ότι η ικανοποίηση από τη ζωή και την υγεία εξαρτάται από την παρουσία χρόνιων ασθενειών, με τα χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή να συνδέονται με ανεπιθύμητα αποτελέσματα για την υγεία, συμπεριλαμβανομένου του αυξημένου κινδύνου χρόνιας νόσου και θανάτου. (Karyani et al., 2019; Rosella et al., 2019)

Οι διαφορές στο επίπεδο ικανοποίησης και ευημερίας των νοσηλευτών από νοσοκομείο σε νοσοκομείο μπορούν να εξηγηθούν από τα αποτελέσματα άλλων μελετών, οι οποίες ανέδειξαν τις διαφορές στην οργανωτική κουλτούρα, την οργανωτική υποστήριξη και το στυλ ηγεσίας. Είναι σημαντικό για τη διοίκηση να συνειδητοποιήσει ότι η ευημερία έχει μεγάλη σημασία όχι μόνο για τους εργαζόμενους, καθώς προωθεί καλύτερη υγεία, θετική αυτοεκτίμηση, καλύτερες σχέσεις με άλλους

ανθρώπους και ανθεκτικότητα, αλλά και για τον οργανισμό. Ορισμένες μελέτες έχουν διαπιστώσει μια σημαντική σχέση μεταξύ της ευημερίας των νοσηλευτών και της ποιότητας της φροντίδας των ασθενών - για παράδειγμα, Hall et al., διαπίστωσε ότι 16 από τις 27 μελέτες καθιέρωσαν μια σημαντική συσχέτιση μεταξύ της κακής ευημερίας και της μειωμένης ασφάλειας των ασθενών.(Hall et al., 2016) Δεδομένου ότι έχουν σοβαρό αντίκτυπο στην παραγωγικότητα της εργασίας, την περίθαλψη των ασθενών, την αποτελεσματικότητα του προσωπικού και τα ποσοστά κύκλου εργασιών, πρέπει να γίνουν καλύτερα κατανοητές οι σχέσεις μεταξύ του εργασιακού άγχους, της ικανοποίησης από την εργασία, της ευημερίας και της γενικής υγείας των νοσοκόμων .(Khamisa, 2015)

Η ευημερία είναι σημαντική για τις νοσοκόμες, οι οποίες αντιμετωπίζουν την πρόκληση της εξισορρόπησης του εργασιακού άγχους και των αποτελεσμάτων φροντίδας των ασθενών χωρίς να υποκύπτουν στη συναισθηματική εξάντληση. Τα αποτελέσματα παρουσιάστηκαν στη διοίκηση κάθε συμμετέχοντος νοσοκομείου σύμφωνα με το ενδιαφέρον που εξέφρασαν, με τα αποτελέσματα του συγκεκριμένου νοσοκομείου να παρουσιάζονται και σε σχέση με τα συνολικά αποτελέσματα. Με αυτό, η διοίκηση του νοσοκομείου είναι σε θέση να εντοπίσει την «πραγματική» κατάσταση και να προσπαθήσει να αναγνωρίσει τη σημασία της παρακολούθησης της ικανοποίησης και της ευημερίας των εργαζομένων για καλύτερη υγεία των εργαζομένων και την επίτευξη καλύτερων αποτελεσμάτων. Οι πρακτικές επιπτώσεις των αποτελεσμάτων υποδηλώνουν ότι οι παρεμβάσεις που αποσκοπούν στην προώθηση της θετικής ευημερίας μπορούν να συμβάλουν στη βελτίωση του νοσηλευτικού περιβάλλοντος, το οποίο με τη σειρά του μπορεί να οδηγήσει σε βελτιωμένες προσεγγίσεις για την ασφάλεια και την ποιότητα και βελτιωμένα αποτελέσματα νοσηλευτικής.

Αν και τα ευρήματα αυτά είναι αξιοσημείωτα, θα πρέπει να αναγνωριστούν διάφοροι περιορισμοί. Αξίζει να σημειωθεί ότι η μελέτη ήταν διατομή και όχι διαμήκης. Ενώ το δείγμα δεν είναι ισορροπημένο όσον αφορά τα εκπαιδευτικά επιτεύγματα και το φύλο των νοσηλευτών, αυτό αντικατοπτρίζει την πραγματική δομή της νοσηλευτικής στα νοσοκομεία της Σλοβενίας. Ο ερευνητής δεν ήταν διαθέσιμος κατά τη διάρκεια της ερευνητικής διαδικασίας στα συμμετέχοντα νοσοκομεία, πράγμα που σήμαινε ότι οι ερωτηθέντες δεν έλαβαν βοήθεια εάν δεν καταλάβαιναν ένα στοιχείο και δεν ήταν σε θέση να λάβουν πρόσθετες εξηγήσεις. Είναι πιθανό οι

ερωτηθέντες να ήταν υπερβολικά θετικοί ή αρνητικοί όσον αφορά την ικανοποίηση και την ευημερία. Ως εκ τούτου, πρέπει να είμαστε προσεκτικοί κατά τη γενίκευση των ευρημάτων. Η μελλοντική έρευνα θα πρέπει να εξετάζει κατά μήκος την πιθανή αλληλεπίδραση μεταξύ της ευημερίας, του περιβάλλοντος της νοσηλευτικής πρακτικής και των αποτελεσμάτων για την ασφάλεια των ασθενών. (Lorber et al., 2020)

6.5 Συμπέρασμα

Το βασικό εύρημα αυτής της μελέτης είναι ότι οι νοσοκόμες στα νοσοκομεία της Σλοβενίας είναι μέτρια ικανοποιημένες με την εργασία και τη ζωή τους και εμφανίζουν μέτρια επίπεδα ψυχολογικής και υποκειμενικής ευημερίας και ότι οι διαφορές εξαρτώνται από το επίπεδο εκπαίδευσης, τα έτη υπηρεσίας, την παρουσία ή όχι χρόνιων ασθενειών και την οργάνωση στην οποία εργάζονται. Σε ένα συνεχώς μεταβαλλόμενο σύστημα υγείας, η διοίκηση των νοσοκομείων πρέπει να αναγνωρίζει τη σημασία των ικανοποιημένων και υγιών εργαζομένων. Τα νοσοκομεία μπορούν να επιτύχουν και να επιτύχουν τους στόχους των οργανισμών τους εάν οι εργαζόμενοι είναι ικανοποιημένοι με το έργο τους και απολαμβάνουν θετική ευημερία. Οι πολιτικές και οι πρακτικές διαχείρισης που αποσκοπούν στην εφαρμογή αλλαγών για τη βελτίωση της ευημερίας των εργαζομένων πρέπει να επικεντρωθούν στην ενίσχυση της ευημερίας των νοσηλευτών, έτσι ώστε οι νοσοκόμες να παραμείνουν στο επάγγελμα σε μεγαλύτερο αριθμό. Οι εργοδότες πρέπει να παρακολουθούν την ικανοποίηση από την εργασία και να λαμβάνουν περιοδικά μέτρα για να διασφαλίσουν την ευημερία και την υγεία - πράγματι, αυτός είναι ο μόνος τρόπος με τον οποίο οι οργανισμοί μπορούν να προσαρμοστούν στο άτομο και να επιτύχουν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα και καλύτερη ποιότητα.

Η κακή ευημερία που συνδέεται με τη φτωχότερη ασφάλεια των ασθενών έχει σημαντικές επιπτώσεις για τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής και τη διαχείριση σε χώρους υγειονομικής περίθαλψης. Οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να παρέχουν ένα εργασιακό περιβάλλον που προωθεί την ευημερία των νοσηλευτών και διασφαλίζει την προστασία από την εξουθένωση, διασφαλίζοντας έτσι ότι οι ασθενείς παρέχονται ασφαλείς υπηρεσίες.

Η θετική οργανωτική ψυχολογία υποδηλώνει ότι η υγεία των εργαζομένων είναι ένας σημαντικός στόχος από μόνος του και αυτός που η διοίκηση θα πρέπει να συμπεριλάβει στην οργανωτική πολιτική της. Κατά τον καθορισμό του επιπέδου

ικανοποίησης από την εργασία, της ευημερίας και της υγείας, πρέπει να επικεντρωθούμε στον τρόπο με τον οποίο οι εργαζόμενοι αισθάνονται για την εργασία τους και για τις προσωπικές τους σχέσεις στον χώρο εργασίας, καθώς και στον τρόπο με τον οποίο η διοίκηση έχει αντίκτυπο στους εργαζομένους. (Lorber et al., 2020)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

7.1 Οι αντιλήψεις των νοσηλευτών για την κοινωνική απόρριψη, ανθεκτικότητα και ευημερία κατά τη διάρκεια του COVID-19: Μια εθνική συγκριτική μελέτη

Ο ιός SARS-CoV-2 (COVID-19/Corona) έχει μολύνει εκατομμύρια ανθρώπους σε όλο τον κόσμο, συμπεριλαμβανομένων των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης (Bandyopadhyay et al., 2020). Οι νοσοκόμες αποτελούν το μεγαλύτερο ποσοστό εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και είναι εκείνοι που είναι πιο παρόντες γύρω από το κρεβάτι του ασθενούς, με αποτέλεσμα οι νοσοκόμες να είναι ο πληθυσμός των παροχών που κινδυνεύει περισσότερο να μολυνθεί από τον ιό. Αρκετές πηγές ανέφεραν ότι οι νοσοκόμες αρρώστησαν και μάλιστα πέθαναν από τον ιό (Bandyopadhyay et al., 2020; Ερντέμ - Λούκι, 2021; Παπουτσή κ.ά., 2020).

Τα αποτελέσματα αυτά οδήγησαν ενδεχομένως το ευρύ κοινό να φοβάται, να αποφεύγει, να αποφεύγει ή να εξοστρακίζει τους εργαζόμενους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης (HCWs) ως πιθανές πηγές μετάδοσης της λοίμωξης (Bagcchi, 2020). Ο φόβος της μετάδοσης έχει επίσης οδηγήσει σε διακρίσεις εις βάρος των HCWs.

- **Ιστορικό**

Μια канаδική μελέτη με βάση τον πληθυσμό διαπίστωσε ότι το 30% του ευρέος κοινού ($n = 623$) πίστευε ότι η HCW ήταν φορέας του SARS-CoV-2 (Taylor et al., 2020). Ταυτόχρονα, πολλοί HCW που εργάζονται με ασθενείς με COVID-19 πιστεύουν ότι μπορούν να μολύνουν τις οικογένειές τους και, ως εκ τούτου, λαμβάνουν εθελοντικά ακραίες διασφαλίσεις, όπως η εγκατάλειψη των σπιτιών και των οικογενειών τους και η εφαρμογή άκαμπτης αυτοπροκαλούμενης κοινωνικής απομόνωσης (Rose, 2020). Αυτή η σύγκρουση συμφερόντων είναι παρόμοια με προηγούμενες επιδημίες, όπου οι HCW αναγκάστηκαν να σταθμίσουν σοβαρούς και επικείμενους κινδύνους για την υγεία για τους ίδιους και τις οικογένειές τους έναντι του καθήκοντός τους να φροντίζουν τους αρρώστους (Singer et al., 2003).

Διάφοροι άλλοι παράγοντες θα μπορούσαν να συσχετιστούν με την αντιληπτή ευημερία. Το πρώτο είναι ο θαυμασμός ή η υποστήριξη από φίλους και συγγενείς και το κοινό για την αφοσίωση των νοσηλευτών που εργάζονται με ασθενείς με COVID-

19. Τα HCWs που θεραπεύουν ασθενείς με COVID-19 έχουν τιμηθεί ως «ήρωες μυθιστορήματος» όχι μόνο λόγω της αφοσίωσής τους υπό συνθήκες που αποτελούσαν πολύ πραγματικό κίνδυνο για την υγεία τους, αλλά και λόγω αυτών των δύσκολων προσωπικών θυσιών (Lipworth, 2020).

Ένας άλλος παράγοντας είναι η ανθεκτικότητα. Η ανθεκτικότητα έχει οριστεί ως θετική προσαρμογή απέναντι στις αντιξοότητες. τη διαδικασία προσδιορισμού ή ανάπτυξης πόρων και δυνατών σημείων για την ευέλικτη διαχείριση των στρεσογόνων παραγόντων για την επίτευξη θετικού αποτελέσματος, την αίσθηση εμπιστοσύνης/μαεστρίας, την αυτοπεριοχή και την αυτοεκτίμηση ή την ικανότητα ανάκαμψης από το άγχος (Smith et al., 2008).

Λίγες μελέτες που περιέγραψαν διαφορές στις αντιλήψεις της κοινωνικής απόρριψης, της ανθεκτικότητας, της δημόσιας στήριξης / θαυμασμού και της γενικής ευημερίας σε νοσηλευτές που εργάζονται σε θαλάμους COVID-19 σε σύγκριση με εκείνους που δεν απασχολούνται εκεί. Επιπλέον, δεν διαπιστώσαμε προηγούμενες μελέτες που να καθορίζουν εάν η ανθεκτικότητα ή η δημόσια στήριξη /θαυμασμός χρησιμεύει ως δικλείδα ασφαλείας μεταξύ των αντιλήψεων απόρριψης και της γενικής ευημερίας για όσους εργάζονται ή δεν εργάζονται σε θαλάμους COVID-19.

Επί του παρόντος, δεν υπάρχουν πληροφορίες σχετικά με τον νοσηλευτικό πληθυσμό και την αίσθηση κοινωνικής/οικογενειακής απομόνωσης κατά τη διάρκεια της επιδημίας COVID-19. Ως εκ τούτου, η μελέτη αυτή είχε ως στόχο να συγκρίνει τις νοσοκόμες που εργάζονται σε θαλάμους COVID-19 έναντι εκείνων που δεν εργάζονται σε τέτοιους θαλάμους και να καθορίσει εάν η ανθεκτικότητα έχει οποιαδήποτε σχέση στη διαμεσολάβηση της κοινωνικής απόρριψης και της γενικής ευημερίας. (Benbenishty et al.,2021)

7.2 Μέθοδοι

7.2.1 Σχεδιασμός μελέτης

Αυτή η μελέτη ήταν μια διατομεακή διαδικτυακή έρευνα.

7.2.2 Ρύθμιση

Η έρευνα διανεμήθηκε μέσω κοινωνικών δικτύων νοσηλευτών που ζουν σε όλο το Ισραήλ.. "Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε με δειγματοληψία

χιονόμπαλας, μεταξύ Οκτωβρίου- Δεκεμβρίου 2020 κατά την κορύφωση του τρίτου κύματος. Το ψηφιακό ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε μέσω των μέσων κοινωνικής δικτύωσης, του Facebook, του LinkedIn και του WHATSAPP.

7.2.3 Συμμετέχοντες

Οι συμμετέχοντες ήταν εγγεγραμμένες νοσοκόμες που ζούσαν και εργάζονταν στο Ισραήλ κατά τη διάρκεια της πανδημίας.

7.2.4 Όργανα

Η διαδικτυακή έρευνα αποτελούνταν από τέσσερις ενότητες: Ένα ερωτηματολόγιο κοινωνικής απόρριψης, τη σύντομη κλίμακα ανθεκτικότητας (Smith et al., 2008), το Γενικό Πρόγραμμα Ευημερίας (McDowell & Newell, 1996), καθώς και ένα εργασιακό και προσωπικό δημογραφικό ερωτηματολόγιο.

7.2.5 Κοινωνική απόρριψη

Το ερωτηματολόγιο αποτελούνταν από ερωτήσεις τύπου 14, πέντε σημείων, τύπου Likert. Έντεκα ερωτήσεις αφορούσαν την αντίληψη του συμμετέχοντα για την κοινωνική απόρριψη από άλλα HCWs, συντρόφους, μέλη της οικογένειας, γείτονες και το ευρύ κοινό κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 (Cronbach Alpha για 11 στοιχεία κοινωνικής απόρριψης = 0,86). Οι υψηλότερες βαθμολογίες αντικατοπτρίζουν υψηλότερα επίπεδα αντίληψης της κοινωνικής απόρριψης. Άλλες τρεις ερωτήσεις περιέγραψαν τις αντιλήψεις των συμμετεχόντων για θαυμασμό και υποστήριξη από το κοινό και άλλα HCWs (Cronbach Alpha = 0,72). Αυτά τα στοιχεία κωδικοποιήθηκαν αρνητικά κατά το συνδυασμό όλων των στοιχείων για τη συνολική βαθμολογία κοινωνικής απόρριψης. Το Cronbach Alpha για ολόκληρη την κλίμακα ήταν $\alpha = 0,80$.

Πρόσθετες ερωτήσεις περιλάμβαναν δύο ερωτήσεις ναι/όχι σχετικά με το αν ο συμμετέχων εργάστηκε σε μονάδα COVID-19 και αν προσφέρθηκε να εργαστεί εκεί. Μια τρίτη ερώτηση, σε κλίμακα VAS 10 σημείων, ρώτησε σε ποιο βαθμό οι ερωτηθέντες θα ήταν πρόθυμοι να επιστρέψουν εθελοντικά στην εργασία τους σε θάλαμο COVID-19. Τρεις ερωτήσεις ναι/όχι σχετικά με το αν ο εναγόμενος εργάστηκε σε θάλαμο ή μονάδα COVID-19. εάν προσφέρθηκε να εργαστεί εκεί, μεταφέρθηκε ή του ζητήθηκε από τη διοίκηση να εργαστεί σε θάλαμο COVID-19. (Benbenishty et al., 2021)

7.2.6 Ερωτηματολόγιο ανθεκτικότητας

Η σύντομη κλίμακα ανθεκτικότητας είναι μια κλίμακα έξι στοιχείων, πέντε σημείων, Likert που μετρά την ικανότητα να ανακάμψει ή να ανακάμψει από το άγχος. Οι υψηλότερες βαθμολογίες αντικατοπτρίζουν υψηλότερα επίπεδα ανθεκτικότητας. Η εσωτερική συνέπεια και η αξιοπιστία των δοκιμών βρέθηκαν αποδεκτές, καθώς και η ταυτόχρονη και διακριτική προγνωστική ισχύς της (Smith et al., 2008).

7.2.7 Γενικό πρόγραμμα ευημερίας

Το ερωτηματολόγιο αυτό σχεδιάστηκε αρχικά από τον Dupuy και αναφέρθηκε από τους McDowell και Newell (1996). Το μέσο περιέχει 14 στοιχεία σε κλίμακα Likert έξι σημείων, καθώς και τέσσερις ερωτήσεις σε κλίμακα από το 0 έως το 10. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει τόσο θετικές όσο και αρνητικές ερωτήσεις και μια υψηλότερη βαθμολογία αντικατοπτρίζει μια πιο θετική αίσθηση γενικής ευημερίας. Το όργανο χωρίζεται σε έξι διαστάσεις, συμπεριλαμβανομένου του άγχους, της κατάθλιψης, της γενικής υγείας, της θετικής ευημερίας, του αυτοελέγχου και της ζωτικότητας. Οι συγγραφείς περιγράφουν σημεία αποκοπής: όπου οι βαθμολογίες 0-60 περιγράφουν σοβαρή δυσφορία, το 61-72 είναι μέτρια αγωνία και το 73-110 αντικατοπτρίζει τη θετική ευημερία.

7.2.8 Εργασία και προσωπικά χαρακτηριστικά

Το ερωτηματολόγιο εργασίας και προσωπικών χαρακτηριστικών περιελάμβανε ερωτήσεις σχετικά με την ηλικία, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, τη θρησκεία (μέτρο εθνικότητας στο Ισραήλ), τον αριθμό των παιδιών, την πολυετή εμπειρία ως εγγεγραμμένη νοσοκόμα, τον τακτικό θάλαμο απασχόλησης, το ποσοστό απασχόλησης, το επίπεδο νοσηλευτικής εκπαίδευσης και το είδος της μετα-βασικής πιστοποίησης, κατά περίπτωση. (Benbenishty et al., 2021)

7.2.9 Ανάλυση δεδομένων

Αναλύθηκαν περιγραφικά στατιστικά στοιχεία (μέσα, διάμεση τιμή, τυπικές αποκλίσεις και συχνότητες) για να περιγραφούν το δείγμα, καθώς και οι απαντήσεις στα όργανα της μελέτης. Για τον προσδιορισμό των διαφορών μεταξύ των ομάδων χρησιμοποιήθηκαν ανεξάρτητες δειγματοληπτικές δοκιμές και αναλύσεις της διακύμανσης. Οι συσχετίσεις ροπής προϊόντος Pearson ανέλυσαν συσχετισμούς μεταξύ δεδομένων επιπέδου διαστήματος. Ένα μοντέλο παλινδρόμησης κατασκευάστηκε για

να καθορίσει εάν η ανθεκτικότητα χρησίμευσε ως μεσολαβητής μεταβλητή μεταξύ κοινωνικής απομόνωσης και γενικής ευημερίας. Αυτή η έρευνα έλαβε την δέουσα δεοντολογική έγκριση.

7.3 Αποτελέσματα

Συνολικά 247 νοσηλευτές συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο. Η πλειοψηφία ήταν γυναίκες ($n = 207, 83,8\%$), με μέση ηλικία 43,6 ($SD = 10,2$). Οι περισσότεροι ήταν παντρεμένοι ($n = 184, 78,0\%$). Οι μισοί από τους συμμετέχοντες ($n = 125, 54,4\%$). Οι ερωτηθέντες εργάστηκαν κατά μέσο όρο 18,1 ($SD = 11,4$) έτη ως νοσηλευτής με τη συντριπτική πλειοψηφία να έχει ολοκληρώσει τη μετα-βασική πιστοποίηση ($n = 192, 80,7\%$). Η μετα-βασική πιστοποίηση λαμβάνεται όταν μια εγγεγραμμένη νοσηλεύτρια ολοκληρώνει κύκλο μαθημάτων 1-2 ετών που περιλαμβάνει θεωρητικό και κλινικό περιεχόμενο σε εξειδικευμένο κλινικό τομέα όπως Εντατικής Θεραπείας, Μαιευτικής ή Ογκολογίας, το πρόγραμμα σπουδών του οποίου ορίζεται από το Υπουργείο Υγείας.

Όλοι οι συμμετέχοντες ήταν απόφοιτοι ακαδημαϊκού πτυχίου. Σχεδόν το ήμισυ του δείγματος ανέφερε ότι εργάζονταν σε μονάδα COVID-19 ($n = 110, 45,6\%$). Μόνο 64 από αυτούς (26,9% του συνολικού δείγματος) ανέφεραν ότι προσφέρθηκαν εθελοντικά να εργαστούν εκεί περίπου οι μισοί ($n = 104, 42,7\%$), συμφώνησαν έντονα (βαθμολογίες 7-10 σε κλίμακα 10 σημείων, $M = 5,99, SD = 3,3$), ότι θα επέστρεφαν εθελοντικά στην εργασία τους σε θάλαμο COVID-19 εάν τους ζητηθεί.

Όσον αφορά την κοινωνική απόρριψη, οι βαθμολογίες κυμαίνονταν από 1 έως 5, με υψηλότερες βαθμολογίες που αντικατοπτρίζουν υψηλότερες αντιλήψεις απόρριψης από τον ερωτώμενο. Περίπου το ένα τρίτο των ερωτηθέντων ανέφεραν ότι ανησυχούν για τη μόλυνση των μελών της οικογένειάς τους ($n = 95, 38,4\%, M = 2,98$ από 5, $SD = 1,4$) και πολλές νοσοκόμες συμφώνησαν ότι η οικογένειά τους φοβάται ότι η νοσοκόμα θα τους μολύνει ($n = 104, 43,3\%, M = 3,11$ από 5, $SD = 1,5$). Οι νοσοκόμες ανέφεραν ότι ο σύντροφός τους ($n = 13, 5,3\%, M = 1,19$ στα 5, $SD = 1,1$) μέλη της οικογένειας ($n = 27, 11,0\%, M = 1,8$ στα 5, $SD = 1,3$), γείτονες ($n = 50, 20,4\%, M = 2,09$ από 5, $SD = 1,4$) και το κοινό ($n = 81, 32,9\%$) Περίπου το ένα τέταρτο ανέφερε ότι αισθάνεται μοναξιά ($n = 45, 22,6\%$). Από την άλλη, ορισμένες νοσοκόμες αισθάνθηκαν θαυμασμό για το κοινό ($n = 60, 24,4\%$), και προσέλαβαν δύναμη από αυτούς ($n = 49, 20,2\%$).

Οι βαθμολογίες ανθεκτικότητας έχουν πιθανό εύρος 6-30, με υψηλότερες βαθμολογίες που αντανακλούν υψηλότερα επίπεδα ανθεκτικότητας. Η μέση βαθμολογία ανθεκτικότητας ήταν 17,9 (Διάμεση = 18,0, SD = 3,2), με μέση βαθμολογία 3,0 (SD = 0,53) από πιθανή 5 μονάδες. Οι περισσότεροι ανέφεραν ότι έπρεπε να αφιερώσουν χρόνο για να ξεπεράσουν δύσκολα γεγονότα ($n = 129$, 53,1%), ενώ ταυτόχρονα ανέφεραν ότι ήταν σε θέση να επιστρέψουν γρήγορα στον εαυτό τους ($n = 142$, 68,4%).

Οι συνολικές γενικές βαθμολογίες ευημερίας έχουν πιθανό εύρος 0-110. Η μέση συνολική βαθμολογία γενικής ευημερίας ήταν 56,2 (SD = 6,1). Περίπου κατά το ήμισυ αναφέρθηκαν ότι βρίσκονται σε πολύ χαμηλά ή χαμηλά πνεύματα ή αισθάνονται «πάνω και κάτω» ($n = 112$, 45,7%). Οι περισσότεροι ανέφεραν ότι ήταν εξαιρετικά, πολύ ή αρκετά καταθλιπτικοί ($n = 174$, 71,0%), φθαρμένα ($n = 133$, 54,2%), ενώ ταυτόχρονα ήταν σε θέση να ζήσουν πλήρως τη ζωή τους ($n = 159$, 65,5%).

Βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ εκείνων που εργάστηκαν σε μια μονάδα COVID-19 σε σύγκριση με εκείνες που δεν, σχετικά με τη γενική ευημερία και κοινωνική απόρριψη.

Δεν διαπιστώθηκαν διαφορές στις βαθμολογίες ανθεκτικότητας. Κατά τη σύγκριση εκείνων που προσφέρθηκαν εθελοντικά με εκείνους που δεν προσφέρθηκαν εθελοντικά, δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά τη γενική ευημερία, την κοινωνική απόρριψη ή τις βαθμολογίες ανθεκτικότητας. Ασθενείς στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις βρέθηκαν μεταξύ γενικής ευημερίας και ανθεκτικότητας και μεταξύ κοινωνικής απόρριψης και ανθεκτικότητας. Η ανθεκτικότητα δεν διαπιστώθηκε ότι είναι μια στατιστικά μετριοπαθής μεταβλητή μεταξύ της κοινωνικής απόρριψης και της γενικής ευημερίας. (Benbenishty et al.,2021)

7.4 Συζήτηση

Κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, οι HCWs ήταν οι κυρίαρχοι «στρατιώτες» που πολεμούσαν στην πρώτη γραμμή αυτής της πανδημίας. Αν και το κοινό τους επαινέσε και τους αναγνώρισε, αυτή η μελέτη απέδειξε ότι τα HCWs αισθάνθηκαν φυσική απόρριψη από το κοινό. Η μελέτη έδειξε μια αντίστροφη σχέση μεταξύ της εγγύτητας της σχέσης με τη νοσοκόμα και της αίσθησης της κοινωνικής απόρριψης, όπως φαίνεται από μια σχεδόν τριπλάσια αύξηση των συναισθημάτων κοινωνικής απόρριψης μεταξύ των μελών της οικογένειας και του κοινού. Οι

νοσοκόμες σε όλο τον κόσμο αναφέρθηκαν ότι βιώνουν παρόμοια αρνητικά συναισθήματα κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 (Bagcchi,2020). Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν στην Ταϊβάν κατά τη διάρκεια της επιδημίας SARS, όπου το 32% των νοσηλευτών αισθάνθηκε ότι οι άνθρωποι τους αποφεύγουν. Αυτός ήταν ένας από τους λόγους για τους οποίους εξέτασαν το ενδεχόμενο να εγκαταλείψουν τη δουλειά τους (Shiao et al.,2007).

Αν και οι νοσοκόμες ένιωθαν λιγότερη κοινωνική απόρριψη από τις οικογένειές τους, ανησυχούσαν ότι θα μπορούσαν να τις μολύνουν και πίστευαν ότι οι οικογένειές τους φοβόντουσαν να μολυνθούν. Η ιεραρχία των αναγκών του Maslow υποστηρίζει αυτό το εύρημα. Θεωρητικά, η ασφάλεια είναι το δεύτερο στάδιο και είναι βασικό για την ανθρώπινη επιβίωση. Σε αυτό το επίπεδο, η ασφάλεια του οργανισμού, η απασχόληση, η υγεία και η οικογενειακή ασφάλεια είναι ουσιαστικής σημασίας για να επιτύχει ένα άτομο το πλήρες δυναμικό του (Maslow,1943).

Η κοινωνική απόρριψη αποδείχθηκε επίσης από τα ευρήματά μας ότι σχεδόν το ένα τέταρτο των νοσηλευτών αισθάνθηκε μοναξιά κατά τη διάρκεια της πανδημίας και περίπου οι μισοί δεν αισθάνθηκαν ότι το κοινό και οι φίλοι εκτίμησαν τη δουλειά τους. Επιπλέον, ένα υψηλότερο επίπεδο κοινωνικής απόρριψης βρέθηκε μεταξύ των νοσηλευτών που εργάζονται σε θαλάμους COVID-19 σε αντίθεση με εκείνους που δεν το έκαναν. Το εύρημα αυτό υποστηρίζεται από μια πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση από το 2002 έως το 2020 των ψυχολογικών επιπτώσεων της πανδημίας στα HCWs, όπου η κοινωνική απομόνωση ή απόρριψη αποδείχθηκε κατά τη διάρκεια της επιδημίας SARS, όπου οι HCWs αισθάνθηκαν αποστασιοποίηση από τις οικογένειές τους και διακρίσεις από το κοινό. (Cabarkapa et al., 2020).

Διαπιστώθηκε ότι η γενική ευημερία ήταν εξαιρετικά χαμηλή κατά τη διάρκεια του COVID-19. Το επίπεδο της γενικής ευημερίας των νοσοκόμων που βρέθηκαν σε αυτή τη μελέτη ήταν χαμηλό και έδειξε σοβαρή δυσφορία. Η γενική ευημερία ήταν σημαντικά χαμηλότερη για τις νοσοκόμες που εργάζονταν σε θάλαμο COVID-19 από εκείνους που δεν το έκαναν. Η διαφορά αυτή διαπιστώθηκε παρά το γεγονός ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται σε θαλάμους COVID-19 προστατεύονται περισσότερο από τη λοίμωξη και ασφαρίζονται περισσότερο με τη χρήση του ειδικού εξοπλισμού ατομικής προστασίας (ΜΑΠ) σε σύγκριση με εκείνους που εργάζονται εκτός αυτών των μονάδων COVID-19 (Shreffler et al., 2020). Άλλοι έχουν περιγράψει τις

ψυχολογικές επιπτώσεις της πανδημίας στην ευημερία, ειδικά μεταξύ των HCWs. Το άγχος, το άγχος και τα καταθλιπτικά συμπτώματα έχουν αναφερθεί με συνέπεια και έχουν βρεθεί να επηρεάζουν την ευημερία (Marton et al., 2020; Vizheh et al., 2020). Άλλοι έχουν επίσης διαπιστώσει ότι οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης στην πρώτη γραμμή παρουσίασαν πιο σοβαρά ψυχολογικά συμπτώματα από άλλα HCWs (Vizheh et al., 2020). Οι βαθμολογίες ευημερίας των HCWs σε αυτή τη μελέτη ήταν χαμηλότερες από αυτές που βρέθηκαν στον γενικό δανικό πληθυσμό (μέσος όρος 62 έναντι 56 σε αυτή τη μελέτη) (Sønderskov et al., 2020).

Δεν βρέθηκε ανθεκτικότητα ως μεσολαβητής της ευημερίας ακόμη και όταν έγινε η σύγκριση εκείνους που προσφέρθηκαν εθελοντικά με εκείνους που δεν προσφέρθηκαν εθελοντικά. Ωστόσο, άλλοι βρήκαν μεγαλύτερη ανθεκτικότητα ως στρατηγική για την προστασία των προσωπικών στρεσογόνων παραγόντων στην πανδημία. Η υψηλότερη ανθεκτικότητα σχετίζεται με χαμηλότερο ύπνο άγχους και διαταραχή και κόπωση για όλα τα HCWs (Huffman et al., 2020; Λαμπράγκ και Ντε Λος Σάντος, 2020).

7.5 Συμπεράσματα

Η πλειοψηφία των νοσοκόμων πίστευε ότι οι οικογένειές τους φοβόντουσαν ότι η νοσοκόμα θα τους μολύνει. Όχι μόνο οι νοσοκόμες αισθάνονται μόνες και δεν υποστηρίζονται ενώ εργάζονται με ασθενείς με COVID-19, αντιλαμβάνονται ότι το κύριο σύστημα υποστήριξής τους, η οικογένειά τους, φοβάται να είναι κοντά τους. Οι νοσοκόμες αντιλήφθηκαν επίσης ότι η εργασία με ασθενείς με COVID-19, τους απομακρύνει από τους συντρόφους τους, τα μέλη της οικογένειας και το κοινό. Η αίσθηση της κοινωνικής απόρριψης που εργάζονται με ασθενείς με COVID-19 αφήνει τις νοσοκόμες να αισθάνονται μοναξιά και να μην υποστηρίζονται, ένα βαρύ τίμημα για να είναι επαγγελματίες. Δεν είναι περίεργο ότι οι νοσοκόμες σε αυτό το δείγμα αισθάνθηκαν πολύ χαμηλές, εξαιρετικά καταθλιπτικές και είχαν χαμηλά επίπεδα γενικής ευημερίας. (Benbenishty et al., 2021)

7.6 Περιορισμοί

Οι ερευνητές είχαν πολύ μικρό έλεγχο στην πρόσληψη συμμετεχόντων στη μελέτη χρησιμοποιώντας μια μεθοδολογία δειγματοληψίας χιονόμπαλας. Ως εκ τούτου, είναι δύσκολο να γίνει γενίκευση των αποτελεσμάτων σε ολόκληρο τον πληθυσμό των ισραηλινών νοσοκόμων. Η χρονική περίοδος κατά την οποία

πραγματοποιήθηκε η μελέτη ήταν στο αποκορύφωμα του τρίτου κύματος. Αυτό μπορεί επίσης να έχει κάποια επίδραση στα αποτελέσματα της μελέτης. Οι νοσοκόμες μπορεί να ήταν πολύ κουρασμένες για να συμμετάσχουν στη μελέτη και υπήρχαν πολλές παράλληλες μελέτες σε εξέλιξη ταυτόχρονα, μειώνοντας έτσι τον δυνητικό αριθμό συμμετεχόντων και επηρεάζοντας τη γενικότητα των ευρημάτων. Κατά τη διάρκεια του πρώτου κύματος, τα συναισθήματα μοναξιάς, απόρριψης και χαμηλής γενικής ευημερίας μπορεί να ήταν διαφορετικά. (Benbenishty et al.,2021)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

8.1 Οργανωσιακή κουλτούρα και αντίσταση στην αλλαγή στο Γενικό Νοσοκομείο Χανίων. Αναβάθμιση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών

Το 2021 μελετήθηκε η οργανωσιακή κουλτούρα και αντίσταση στην αλλαγή στο Γενικό Νοσοκομείο Χανίων και η αναβάθμιση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών. Σκοπός της έρευνας ήταν η διερεύνηση της περίπτωσης εφαρμογής ενός νέου μοντέλου διοίκησης (Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, ΔΟΠ) στο Γενικό Νοσοκομείο Χανίων, με στόχο την αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. (Ζερβέα και συν, 2021)

Για την επιτυχία της εφαρμογής ενός προγράμματος βελτίωσης ποιότητας έπαιξαν ρόλο κάποιοι σημαντικοί παράγοντες οι οποίοι είναι οι εξής: α) η ηγεσία και η δέσμευσή της στους στόχους ποιότητας β) ύπαρξη σχέδιο δράσης επικεντρωμένο στους καταναλωτές των υπηρεσιών και στους προμηθευτές και γ) οι εργαζόμενοι του οργανισμού, οι οποίοι αποτελούν και τους εσωτερικούς πελάτες. Είναι σημαντικό να επισημανθεί πως η επένδυση της ηγεσίας στο ανθρώπινο δυναμικό μέσα από την αναγνώριση των αναγκών, την προώθηση της ομαδικής εργασίας και τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και κατάρτιση οδηγεί στην δημιουργία ενός πρόσφορου έδαφους για την ολοκλήρωση των επιδιωκόμενων στόχων. (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς, 2012)

Ως αποτελεσματικότερο μοντέλο διοίκησης την τελευταία δεκαετία για την επίτευξη στόχων ποιότητας μέσα από την αξιοποίηση των ανθρώπινων και υλικοτεχνικών πόρων, είναι η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ). (Μαλάμου, 2016)

Σκοπός της ΔΟΠ, είναι η βελτίωση της ποιότητας μέσα από τη συμμετοχή και την ανάληψη πρωτοβουλιών όλων των εργαζομένων, τη συνεχή βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών και την ικανοποίηση όλων των εσωτερικών και εξωτερικών πελατών, όπου εσωτερικοί πελάτες είναι ο κάθε εργαζόμενος ο οποίος συμμετέχει στη διαδικασία. (Γώγος, 2011)

Η οργανωσιακή κουλτούρα σε έναν οργανισμό μπορεί να επηρεάσει είτε θετικά είτε αρνητικά τη λειτουργία του, τόσο σε επίπεδο σταθερότητας όσο και σε επίπεδο αποδοτικότητας. (Κουλούρη, 2019)

Έρευνες δείχνουν ότι μόλις στο ένα τρίτο των περιπτώσεων οι οργανωσιακές αλλαγές που έγιναν σε οργανισμούς αποδείχτηκαν επιτυχείς. Αυτό οφείλεται στην

αντίσταση στην αλλαγή από τους εργαζόμενους, γεγονός που αυξάνει το κόστος και δημιουργεί καθυστερήσεις στη διαδικασία της οργανωσιακής αλλαγής.(Pieterse et al.,2014)

Η έρευνα που θα παρουσιαστεί παρακάτω διεξήχθη το 2021 στο Γενικό Νοσοκομείο Χανίων (ΓΝΧ) και αφορά τη μέτρηση των οργανωσιακών χαρακτηριστικών των εργαζομένων του νοσοκομείου.

Συγκεκριμένα, μετρήθηκε:

1.η οργανωσιακή κουλτούρα που επικρατεί τη δεδομένη χρονική στιγμή αλλά και η κουλτούρα που θα επιθυμούσαν οι συμμετέχοντες εργαζόμενοι να χαρακτηρίζει το νοσοκομείο τους στο μέλλον.

2.η αντίσταση των συμμετεχόντων στην αλλαγή, καθώς και οι υπο-κλίμακες αντίστασης.

Στόχος της παρούσας έρευνας είναι η ανάδειξη των πεποιθήσεων και των αξιών στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, η επιθυμία αλλαγής στο μέλλον, καθώς και η πρακτική διαθεσιμότητα για αλλαγή στο πλαίσιο τροποποίησης του τρόπου διοίκησης και την εφαρμογή της ΔΟΠ με σκοπό την αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. (Ζερβέα και συν, 2021)

8.2 Υλικό και μέθοδος

8.2.1 Μελετώμενος πληθυσμός

Στη παρούσα έρευνα μελετήθηκε η οργανωσιακή κουλτούρα που επικρατεί στο νοσοκομείο, η κουλτούρα την οποία θα επιθυμούσε το υγειονομικό προσωπικό να έχει για τα επόμενα 5 έτη, καθώς και τα επίπεδα αντίστασης αλλαγής κουλτούρας του προσωπικού. Για τη μέτρηση της οργανωσιακής κουλτούρας διανεμήθηκαν ερωτηματολόγια- συμπληρώθηκαν ανώνυμα- σε κάθε εργαζόμενο του ΓΝΧ καθώς και σε αυτούς που εργάζονται στις αποκεντρωμένες μονάδες του πρώην Θεραπευτηρίου Ψυχικών Παθήσεων Χανίων, που ανήκουν πλέον στο νοσοκομείο (π.χ. το Κέντρο Ψυχικής Υγείας και ξενώνες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης). Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο που περιλαμβάνει την κλίμακα OCAI (Organizational Culture Assessment Instrument), και για την αντίσταση στην αλλαγή χρησιμοποιήθηκε η

κλίμακα RTC Scale (Resistance to Change Scale) καθώς και μια σειρά από δημογραφικά στοιχεία. (Ζερβέα και συν,2021; Cameron & Quinn, 2006)

Στην έρευνα συμμετείχαν 160 εργαζόμενοι του νοσοκομείου, επιλέγοντας τους συμμετέχοντες με μέθοδο μη τυχαίας δειγματοληψίας βάσει ποσόστωσης ανά υπηρεσία ιατροί, ιατρική υπηρεσία εκτός ιατρών (παραϊατρικά επαγγέλματα, κοινωνικοί λειτουργοί), νοσηλευτική υπηρεσία (νοσηλευτές, μαίες, επισκέπτες υγείας), στην τεχνική υπηρεσία, στη διοικητική υπηρεσία και στις υπόλοιπες επιστημονικές ειδικότητες (ψυχολόγοι, διατροφολόγοι, φαρμακοποιοί, ακτινοφυσικοί, βιοχημικοί).

Το ερωτηματολόγιο OCAI εξετάζει τέσσερις τύπους κουλτούρας (συμμετοχική/οικογενειακή κουλτούρα (clan), προσαρμοστική κουλτούρα (adhocracy), προσανατολισμένη στην αγορά κουλτούρα (market), ιεραρχική κουλτούρα(hierarchy)).

Αποτελείται από έξι ομάδες δηλώσεων που αναφέρονται σε κάθε μία από τις τέσσερις προς μελέτη κουλτούρες και αναφέρονται στα «κυρίαρχα χαρακτηριστικά», στην «οργανωτική ηγεσία», στη «διαχείριση εργαζομένων», στην «ενότητα του οργανισμού», στις «στρατηγικές επισημάνσεις» και στα «κριτήρια της επιτυχίας».

Το ερωτηματολόγιο με την κλίμακα RTC Scale περιλαμβάνει 17 δηλώσεις σε εξάβαθμη κλίμακα Likert, το 6 δηλώνει μεγάλη αντίσταση και το 1 μικρή έως καθόλου αντίσταση, στις οποίες οι συμμετέχοντες καλούνται να συμπληρώσουν τον βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας τους. *Οι υπο-κλίμακες στις οποίες χωρίζονται οι 17 δηλώσεις αφορούν στην «αναζήτηση της ρουτίνας», στη «συναισθηματική αντίδραση» απέναντι στην αλλαγή, στη «βραχυπρόθεσμη εστίαση» μιας αλλαγής και στη «γνωστική ακαμψία» του ατόμου απέναντι στις αλλαγές.* (Ζερβέα, 2021)

Όσον αφορά την στατιστική ανάλυση, τα δεδομένα αναλύθηκαν με το λογισμικό πρόγραμμα Statistical Package for Social Sciences (SPSS), έκδοση 22.0.

8.3 Αποτελέσματα

Έγινε διαμοιρασμός και συμπλήρωση 160 ερωτηματολογίων, που αφορούν το 19,2% του πληθυσμού μελέτης, ενώ το προσωπικό που είναι ενεργό του ΓΝΧ ανέρχεται στα 833 άτομα. Πρέπει να τονιστεί πως πριν την χορήγηση των ερωτηματολογίων στους συμμετέχοντες, διανεμήθηκε πιλοτικά το ερωτηματολόγιο

αντίστασης στην αλλαγή σε ένα μικρό αριθμό συμμετεχόντων, περίπου σε 30 άτομα, για να διαπιστωθεί η αξιοπιστία και η εγκυρότητά του. (Ζερβέα και συν,2021)

Οι μέσοι όροι της αντίστασης στην αλλαγή με την κλίμακα RTC Scale και την μέτρηση της οργανωσιακής κουλτούρας με το ερωτηματολόγιο OCAI, προέκυψαν ότι η σημερινή κυρίαρχη κουλτούρα του προσωπικού είναι η ιεραρχική η οποία βασίζεται στον έλεγχο (32,49%) και η επιθυμητή για τα επόμενα 5 έτη είναι η συμμετοχική/οικογενειακή που βασίζεται στη συνεργασία (32,67%). Οι κουλτούρες που αναδείχτηκαν με τα χαμηλότερα ποσοστά για το παρόν ήταν η προσαρμοστική κουλτούρα που βασίζεται στη δημιουργία (18,69%) και για το επιθυμητό η κουλτούρα η προσανατολισμένη στην αγορά η οποία βασίζεται στον ανταγωνισμό (18,73%). Στη βαθμολογία στην αντίσταση στην αλλαγή και τις υποκλίμακες της, το 6 δηλώνει μεγάλη αντίσταση και το 1 μικρή έως καθόλου αντίσταση. Ωστόσο, η στάση του προσωπικού στις αλλαγές, τα αποτελέσματα έδειξαν οριακά μεσαίες τιμές συνολικής αντίστασης στην αλλαγή (3,01 σε κλίμακα από 1–6), με μικρή άνοδο στην υπο-κλίμακα της γνωστικής ακαμψίας (3,75) που εκφράζει τη γνωστική επεξεργασία της αλλαγής. Εφαρμόστηκαν μη παραμετρικές δοκιμασίες για την ανάλυση διαφορών μεταξύ των ευρημάτων και των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος στα οποία δεν σημειώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p < 0,05$). Οι συσχετίσεις μέσω Spearman παρουσίασαν ισχυρές σχέσεις μεταξύ κουλτούρας και αντίστασης στην αλλαγή, θετικές συσχετίσεις, στατιστικά σημαντικές ($p < 0,01$), εκτός της σχέσης μεταξύ τωρινής προσαρμοστικής κουλτούρας και γνωστικής ακαμψίας ($p = 0,00$) και μεταξύ τωρινής ιεραρχικής κουλτούρας και γενικότερης αντίστασης ($p = 0,002$). (Ζερβέα και συν,2021)

8.4 Συζήτηση-Συμπεράσματα

Το ΓΝΧ δεν χαρακτηρίζεται από ισχυρή κουλτούρα, τόσο ως προς την τωρινή όσο και ως προς την επιθυμητή για τα επόμενα 5 έτη. Είναι γεγονός πως παρατηρείται και σε έρευνα που έγινε η οποία μελέτησε την οργανωσιακή κουλτούρα 20 ελληνικών νοσοκομείων.(Bellou, 2008)

Παρ' όλο που στην υπό σύγκριση μελέτη βρέθηκε χαμηλή τιμή στην κουλτούρα με «προσανατολισμό στην ομάδα», βασικό στοιχείο για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, στην παρούσα έρευνα παρατηρήθηκε πως η επιθυμία

του προσωπικού για μελλοντική επικρατούσα κουλτούρα η συμμετοχική/οικογενειακή. (Ζερβέα και συν,2021)

Σε έρευνα που διενεργήθηκε σε 188 νοσοκομεία 7 χωρών της Ευρώπης και σε ορθοπαιδική κλινική πανεπιστημιακού νοσοκομείου της Σουηδίας η κουλτούρα που βρέθηκε να επικρατεί ήταν η οικογενειακή και λιγότερο η ιεραρχική, ευρήματα αντίθετα από εκείνα της παρούσας έρευνας. Αντιθέτως, σε έρευνα που διενεργήθηκε σε 4 μεγάλα δημόσια νοσοκομεία της Ιορδανίας, βρέθηκε ότι όλες οι κουλτούρες εμφάνιζαν θετική συσχέτιση με όλες τις πρακτικές διαχείρισης ποιότητας, (Ζερβέα και συν,2021; Wagner et al.,2014; Ababaneh, 2010; Carlstrom &Olsson, 2014)

Επίσης, σε έρευνα που διενεργήθηκε σε οργανισμό κοινωνικής εργασίας της Ρουμανίας ,σε δημόσιο νοσοκομείο της Βραζιλίας και σε 87 δημόσια νοσοκομεία της Κίνας για τη μέτρηση της οργανωσιακής κουλτούρας έδειξαν ως επικρατούσα την ιεραρχική κουλτούρα, όπως και στο ΓΝΧ. Αυτό σημαίνει ότι στον οργανισμό της Ρουμανίας επιδιώκεται μελλοντική επικράτηση μιας κουλτούρας βασισμένη στον αυστηρό έλεγχο και στην στόχευση σταθερότητας και ασφάλειας, γεγονός που δεν παρατηρήθηκε στο ΓΝΧ, όπου επιδιώκεται η αλλαγή της κουλτούρας σε μια περισσότερο συνεργατική μορφή (συμμετοχική/οικογενειακή). Στα νοσοκομεία της Κίνας τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά της παρούσας έρευνας, όπου η τωρινή κουλτούρα στο ΓΝΧ βασίζεται στον έλεγχο και η χαμηλότερη τιμή εμφανίζεται στην προσαρμοστική κουλτούρα που βασίζεται στη δημιουργία. (Vlaicu et al., 2019; Rocha et al.,2014; Zhou et al., 2011)

Σχετικά με την αντίσταση στην αλλαγή, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας έδωσαν τιμή 3,01 στην εξάβαθμη κλίμακα μέτρησης της αντίστασης, που υποδηλώνει μια τιμή λίγο πιο κάτω από τη μέση στη στάση του προσωπικού του ΓΝΧ. Οι αντίστοιχες υπο κλίμακες έδειξαν μια ελαφρώς μικρότερη τιμή ως προς την «αναζήτηση ρουτίνας» και τη «βραχυπρόθεσμη εστίαση», ελαφρώς μεγαλύτερη τιμή από τη μέση στη «συναισθηματική αντίδραση» και λίγο πιο υψηλή τιμή 3,75 στη «γνωστική ακαμψία». (Ζερβέα και συν,2021)

Στο ΓΝΧ η συσχέτιση των κουλτούρων με την αντίσταση στην αλλαγή και τις υποκλίμακές της έδειξε ότι τα άτομα που είχαν μεγαλύτερες τιμές στην ιεραρχική κουλτούρα ως τωρινή, εμφάνιζαν χαμηλότερες τιμές στην αντίσταση στην αλλαγή όπως και στις υποκουλτούρες της συναισθηματικής αντίδρασης και της γνωστικής

ακαμψίας. Αντίθετα, η παρούσα προσαρμοστική κουλτούρα έδειξε να σχετίζεται θετικά με την υπο κλίμακα της γνωστικής ακαμψίας και η συνεργατική επιθυμητή έδειξε να σχετίζεται θετικά με τη συναισθηματική αντίδραση και την αντίσταση στην αλλαγή ως σύνολο.

Σε σχετική έρευνα που διενεργήθηκε σε 8 νοσοκομεία της Κωνσταντινούπολης (4 ιδιωτικά και 4 δημόσια) ο μέσος όρος για την αντίσταση στην αλλαγή όλων των νοσοκομείων βρέθηκε λίγο πάνω από τη μέση τιμή, δηλώνοντας μια θετική στάση. (Seren & Baykal, 2007) Παρόλα αυτά, οι εργαζόμενοι στα δημόσια νοσοκομεία συγκέντρωσαν χαμηλότερη τιμή από τους συναδέλφους τους στα ιδιωτικά. Ως κυρίαρχη κουλτούρα, τα δημόσια νοσοκομεία χαρακτηρίστηκαν από κουλτούρα δυναμικού τύπου, με χαμηλότερη τιμή στην κουλτούρα συνεργατικού τύπου, ενώ στα ιδιωτικά νοσοκομεία παρατηρήθηκε ακριβώς το αντίθετο. Τα ευρήματα αυτής της έρευνας ταιριάζουν με αυτά της παρούσας έρευνας του ΓNX, όπου η αντίσταση στην αλλαγή είναι οριακά θετική και η κουλτούρα που βασίζεται στη συνεργασία δεν βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα. (Ζερβέα και συν,2021)

Ένα μεγάλο ποσοστό των προσπαθειών που γίνονται για την εφαρμογή της ΔΟΠ αποτυγχάνει είτε λόγω το ότι η ποιότητα δεν βελτιώνεται είτε γιατί οι πρωτοβουλίες που παίρνονται εγκαταλείπονται μετά από ένα σύντομο χρονικό διάστημα. Αυτό συμβαίνει για δύο από τους βασικούς λόγους που είναι η μερική ανάπτυξη της μεθόδου με την εφαρμογή κάποιων πλευρών της και η αδυναμία ενσωμάτωσης της ΔΟΠ στην οργανωσιακή αλλαγή. (Cameron & Quinn, 2006)

Για ένα επιτυχημένο εγχείρημα ΔΟΠ είναι απαραίτητο ο εκάστοτε οργανισμός να διαθέτει αρκετά στοιχεία και από τις τέσσερις κουλτούρες, τα οποία αποτελούν τις στρατηγικές ποιότητας. (Cameron & Quinn, 2006) Συγκεκριμένα, από την οικογενειακή/συμμετοχική κουλτούρα σημαντικές παράμετροι είναι η ενδυνάμωση, το χτίσιμο ομάδων και η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού. Στην προσαρμοστική κουλτούρα είναι η συνεχής βελτίωση, η εύρεση δημιουργικών λύσεων και η ανάπτυξη νέων προτύπων. Από την προσανατολισμένη κουλτούρα στην αγορά σημαντικές παράμετροι είναι η αύξηση της παραγωγικότητας, η ενίσχυση της ανταγωνιστικότητας και η δημιουργία εξωτερικών συνεργατών, ενώ στην ιεραρχική κουλτούρα είναι η διαδικασία ελέγχου, η συστηματική επίλυση προβλήματος και ο εντοπισμός σφαλμάτων. (Ζερβέα και συν,2021)

Από τη μέτρηση των οργανωσιακών χαρακτηριστικών του ΓΝΧ θα μπορούσε να αναφερθεί ότι υπάρχει πρόσφορο έδαφος για προσπάθεια εφαρμογής της ΔΟΠ διότι καμιά από τις κουλτούρες (τωρινή και επιθυμητή) δεν είναι ισχυρά κυρίαρχη. Επιπροσθέτως, οι τιμές αντίστασης στην αλλαγή κινούνται σε οριακό επίπεδο, γεγονός που το κάνει ούτε ενισχυτικό αλλά ούτε αποτρεπτικό για αλλαγές. Αυτό δίνει θετικά μηνύματα για μια προσπάθεια σταδιακών παρεμβάσεων προς την επιθυμητή κατεύθυνση. (Ζερβέα και συν,2021)

8.5 Προτάσεις

Οι ερευνητές αναφέρθηκαν στο σχεδιασμό ενός πρωτοκόλλου ποιότητας για όλα τα υγειονομικά νοσοκομεία. Το συγκεκριμένο πρωτόκολλο μπορεί να περιλαμβάνει οδηγίες τόσο για το κομμάτι της προετοιμασίας όσο και το κομμάτι της παρέμβασης, με στόχο τη σταδιακή αλλαγή του τρόπου λειτουργίας των νοσοκομείων της χώρας. Πρώτα από όλα, το πρωτόκολλο προετοιμασίας μπορεί να περιλαμβάνει τη μέτρηση των οργανωσιακών χαρακτηριστικών του εκάστοτε νοσοκομείου (οργανωσιακή κουλτούρα, υποκουλτούρες, αντίσταση στην οργανωσιακή αλλαγή). Στη συνέχεια, μέσα από το πρωτόκολλο παρέμβασης μπορεί να εφαρμόζονται σταδιακά προγράμματα προσέγγισης της επιθυμητής κουλτούρας με επίκεντρο σε οργανωσιακές αλλαγές που να ταιριάζουν με την αποδοχή του εκάστοτε προσωπικού. Η παραπάνω διαδικασία θα μπορούσε να αποτελέσει μια εξαιρετικά σημαντική προϋπόθεση επιτυχίας στο εγγύς μέλλον για την εφαρμογή νέων μεθόδων διοίκησης στον υγειονομικό τομέα, με σκοπό την αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Περιορισμοί: Εξίσου σημαντικό είναι να αναφερθούμε στο γεγονός πως η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε την περίοδο της πανδημίας της Covid-19 και πάνω στην αλλαγή της διοίκησης του νοσοκομείου. Η διανομή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε την περίοδο της καραντίνας (lockdown). Ως αποτέλεσμα, οι απαντήσεις των εργαζομένων να είναι επηρεασμένες τόσο στην κλίμακα οργανωσιακής κουλτούρας όσο και στην αντίσταση για την αλλαγή.

Επίσης, πρέπει να σημειωθεί ότι στη συγκεκριμένη έρευνα μετρήθηκαν τα οργανωσιακά χαρακτηριστικά των εργαζομένων του νοσοκομείου ως σύνολο. Δεν έχουν ληφθεί υπ' όψιν οι πιθανές υποκουλτούρες που ενδέχεται να συνυπάρχουν σε αποκεντρωμένες μονάδες του νοσοκομείου όπως είναι το Κέντρο Ψυχικής Υγείας κ.ά. Οι υποκουλτούρες είναι περισσότερο ισχυρές από την κεντρική κουλτούρα σε έναν

οργανισμό και έχουν την δυνατότητα να επηρεάσουν τις αντιλήψεις, τις στάσεις και τις συμπεριφορές των εργαζομένων σε μεγαλύτερο βαθμό απ' ό,τι η βασική κουλτούρα. Σε περίπτωση που υπάρξουν αντικρουόμενες υποκουλτούρες ή συνύπαρξη υποκουλτούρων και κεντρικής κουλτούρας υπάρχει περίπτωση να δημιουργηθούν προβλήματα στην εφαρμογή στρατηγικών καθώς και στην αποτελεσματική διοίκηση του ανθρώπινου δυναμικού.

Συμπεραίνουμε ότι ο εντοπισμός τέτοιων διαφοροποιήσεων μέσα σε έναν οργανισμό μπορεί να δώσει εξηγήσεις για την κατάληξη των προσπαθειών οργανωσιακών αλλαγών.¹⁹ (Ζερβέα και συν,2021; Bellou, 2008)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

9.1 Οργανωσιακή κουλτούρα μεταξύ των επιπέδων υπηρεσιών υγείας στην Κρήτη (Ελλάδα)

Κατά την προσέγγιση των Cooke & Rousseau (Cooke & Rousseau, 1998), αυτή η ερευνητική εργασία που θα παρουσιαστεί στην συνέχεια, εξετάζει μια οργανωσιακή κουλτούρα, το σύνολο συγκεκριμένων συμπεριφορών, κανόνων ή συμπεριφορικών κανόνων, όπου τα μέλη πιστεύουν στην υιοθέτηση για να μπορέσουν να επιβιώσουν και να εργαστούν μέσα σε έναν τέτοιο οργανισμό. Αυτά τα πρότυπα συμπεριφοράς μπορεί να είναι είτε παραγωγικά ή είτε όχι τα οποία μπορούν να οδηγήσουν σε συμπεριφορές και στάσεις που καθορίζουν τον τρόπο με τον οποίο τα μέλη προσεγγίζουν την εργασία τους και αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. (Rovithis et al., 2017)

Το θεωρητικό μοντέλο υποστηρίζει ότι οι λειτουργικές κουλτούρες των οργανισμών δεν καθορίζονται άμεσα από τις αξίες τους ούτε επηρεάζονται άμεσα από τις αποστολές και τις φιλοσοφίες τους. Αντίθετα, οι κανόνες και οι προσδοκίες που προκύπτουν επηρεάζονται άμεσα από τις δομές και τα συστήματα του οργανισμού, καθώς και από τις δεξιότητες των εργαζομένων. Η ανάλυση της οργανωσιακής κουλτούρας σε έναν οργανισμό ή σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είναι απαραίτητη για να προσδιοριστεί ο κυρίαρχος τύπος κουλτούρας, ο αντίκτυπός του στους στόχους και τις επιδόσεις και να επισημανθούν πιθανές βελτιώσεις. Η γνώση της κουλτούρας και των συναφών συμπεριφορών μας επιτρέπουν να αξιολογήσουμε την ικανότητα, την δεκτικότητα και την ετοιμότητα για αλλαγή σε έναν οργανισμό που οδηγεί σε αλλαγές στους κανόνες (Mannion et al., 2008).

Στόχος της ήταν ο προσδιορισμός της συνολικής οργανωσιακής λειτουργικής κουλτούρας και των εντός επιπέδων των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης (HCO-health care organizations) στην Κρήτη, όπως ακριβώς την βιώνουν οι επαγγελματίες υγείας, και να συγκριθεί αυτό με τον Ιδανικό Πολιτισμό (IC- Ideal Culture) όπως παρέχεται από την Human Synergistics International (HSI, 2012).

Πιο συγκεκριμένα οι στόχοι της μελέτης ήταν η οριοθέτηση:

i) της κυρίαρχης κουλτούρας που περιγράφει καλύτερα το Κρητικό HCO συνολικά και ανά επίπεδο υγειονομικής περίθαλψης.

- ii) τις μορφές πρωτογενούς και δευτεροβάθμιας κουλτούρας που περιγράφουν καλύτερα τον (HCO) στην Κρήτη συνολικά και σε επίπεδο υγειονομικής περίθαλψης.
- iii) τη διαφορά μεταξύ της τρέχουσας λειτουργικής κουλτούρας και του IC, όπως παρέχεται από την Human Synergistic International (HSI). (Rovithis et al., 2017)

9.2 Μέθοδοι

9.2.1 Σχεδιασμός και ρύθμιση μελέτης

Η συγκριμένη μελέτη πραγματοποιήθηκε στην Κρήτη το 2008/9. Το νησί διαθέτει 14 κέντρα υγείας (HC-Health Centers) τα οποία είναι για παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης, 4 γενικά νοσοκομεία (GH- General Hospitals) και ένα τριτοβάθμιο πανεπιστημιακό νοσοκομείο (UH -University Hospital), που λειτουργούν εντός του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ). Ο συνολικός πληθυσμός εκτιμάται ότι ήταν 3609 εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας (1420 γιατροί, 1670 νοσηλευτές και 519 άλλοι επαγγελματίες υγείας).

Προκειμένου να επιτευχθεί ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα επαγγελματιών σχετικά με την υγειονομική κάλυψη των αστικών και αγροτικών πληθυσμών, η μελέτη πραγματοποιήθηκε με τυχαία επιλογή σε 7 από τα 14 δημόσια Κέντρα Υγείας, 4 γενικά νοσοκομεία (GH) και ένα τριτοβάθμιο πανεπιστημιακό νοσοκομείο (UH) στο νησί.

Μια πολυβάθμια τυχαία μέθοδος δειγματοληψίας εφαρμόστηκε με βάση την επαγγελματική κατάσταση κάθε συμμετέχοντα στη μελέτη (γιατροί, νοσηλευτές και άλλοι επαγγελματίες υγείας). Να σημειωθεί πως η μελέτη έλαβε την δέουσα Δεοντολογική έγκριση. Υπήρξε γραπτή συγκατάθεση κατόπιν πλήρους περιγραφής της μελέτης από όλους τους συμμετέχοντες. Διανεμήθηκαν 250 ανώνυμα ερωτηματολόγια στους υπαλλήλους των υπηρεσιών υγείας (γιατροί, νοσηλευτές, συμμαχικοί επαγγελματίες υγείας). Επιστράφηκαν 231 ερωτηματολόγια, ως αποτέλεσμα να έχει συμπληρωθεί ένα ικανοποιητικό ποσοστό ανταπόκρισης (92,4%).(Rovithis et al., 2017)

9.2.2 Μέσα και διαδικασίες

Ο Κατάλογος Οργανωτικού Πολιτισμού Greek Ed. (OCI) (Cooke & Szumal, 1993) χρησιμοποιήθηκε για τη μέτρηση της τρέχουσας λειτουργικής οργανωσιακής κουλτούρας στους συγκεκριμένους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης. Το OCI

αναγνωρίζεται ως μία από τις πιο ευρέως χρησιμοποιούμενες και διεξοδικά ερευνηθείς οργανωτικές έρευνες στον κόσμο. Έχει την δυνατότητα να μετρά 12 τύπους στυλ κουλτούρας (κανόνες συμπεριφοράς) που είναι οργανωμένοι σε τρεις γενικές ομάδες (Εποικοδομητικές, Παθητικές/Αμυντικές και Επιθετικές/Αμυντικές). Τα εποικοδομητικά στυλ είναι εξαιρετικά αποτελεσματικά και προωθούν την ατομική, ομαδική και οργανωτική απόδοση. Αντίθετα, τα επιθετικά/αμυντικά στυλ έχουν ασυνεπή και δυνητικά αρνητικό αντίκτυπο στην απόδοση και τα παθητικά/αμυντικά στυλ υποβαθμίζουν σταθερά τη συνολική αποτελεσματικότητα. Ο OCI περιέχει 120 στοιχεία που καθοδηγούν τους ερωτηθέντες να αξιολογήσουν: "Σε ποιο βαθμό οι άνθρωποι αναμένεται ή απαιτείται σιωπηρά να ..." με τις επιλογές απόκρισης σε μια βαθμολογία κλίμακας Likert 5 (1 = καθόλου· 2 = σε μικρό βαθμό· 3 = σε μέτριο βαθμό· 4 = σε μεγάλο βαθμό· 5 = σε πολύ μεγάλο βαθμό). Το όργανο OCI έχει δοκιμαστεί για την αξιοπιστία του και την εγκυρότητά του. Η ελληνική τροποποιημένη έκδοση έχει επίσης βρεθεί να έχει ικανοποιητική εσωτερική συνοχή. (Rovithis et al., 2017)

9.2.3 Στατιστική ανάλυση

Τα δεδομένα που συλλέγονται με το εργαλείο OCI, μας βοηθούν να εντοπίσουμε τους τομείς εντός του οργανισμού που αποτελούν τη μεγαλύτερη ευκαιρία βελτίωσης. Αυτό επιτυγχάνεται με τον εντοπισμό κενών μεταξύ των τωρινών και των μελλοντικών ιδανικών βαθμολογιών εκατοστημόριο (τρέχον εκατοστημόριο μείον ιδανικό εκατοστημόριο). Τα αρνητικά κενά για τα εποικοδομητικά στυλ και τα θετικά κενά για τα παθητικά/αμυντικά και επιθετικά/αμυντικά στυλ υποδεικνύουν τομείς στους οποίους ο οργανισμός αποδίδει καλύτερα από το ιδανικό.

Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν περιγραφικά στατιστικά στοιχεία. Οι συνδυασμένες βαθμολογίες μεταφέρονται σε ένα κυκλικό γράφημα που ονομάζεται *circumplex*. Αποτελεί ένα οπτικό προφίλ της κουλτούρας του οργανισμού, όσον αφορά τη σχετική κυριαρχία καθενός από τα 12 στυλ κανόνων συμπεριφοράς. Το *circumplex* δημιουργείται από τη σύγκριση με ένα κανονικό δείγμα, το οποίο περιλαμβάνει τα αποτελέσματα 921 οργανισμών που η Human Synergistics προσέγγισε ως μέρος της έρευνάς τους. Οι ακατέργαστες συνολικές βαθμολογίες μετατρέπονται σε βαθμολογίες εκατοστημόριου, οι οποίες δίνουν την δυνατότητα στον προσδιορισμό σχετικών δυνατών σημείων και ευκαιριών ανάπτυξης όσον αφορά 12 στυλ συμπεριφοράς.

Όλες οι μέθοδοι στατιστικής ανάλυσης πραγματοποιήθηκαν με τη χρήση λογισμικού IBM SPSS (IBM SPSS Statistics για Windows, έκδοση 22.0. Αρμόνκ, Νέα Υόρκη: IBM Corp). (Rovithis et al., 2017)

9.3 Αποτελέσματα

9.3.1 Περιγραφικά χαρακτηριστικά 231 συμμετεχόντων στην τρέχουσα μελέτη

Οι συμμετέχοντες, στην τρέχουσα μελέτη, είναι σύνολο 231 και συγκεκριμένα 71 άνδρες και 160 γυναίκες. Τα ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν ήταν στην πρωτοβάθμια το 33,3%, στη δευτεροβάθμια το 32,5%. Η πλειοψηφία των ανταποκριτών έφτασε το 44,6%, ήταν εντός του οργανισμού για περισσότερα από 10 χρόνια και το 77% των ερωτημάτων ήταν απόφοιτοι Πανεπιστημίων ή Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων. (Rovithis et al., 2017)

9.3.2 Λειτουργική οργανωτική κουλτούρα και πρωτογενές και δευτερογενές πολιτιστικό ύφος συνολικά

Το σύμπλεγμα που περιγράφει καλύτερα τη λειτουργική κουλτούρα των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης, τόσο συνολικά στην Κρήτη, όσο και από οργανισμούς επιπέδου υγειονομικής περίθαλψης είναι το επιθετικό/αμυντικό σύμπλεγμα. Αυτό συμβαίνει επειδή είναι αυτό που έχει την υψηλότερη μέση βαθμολογία εκατοστημόριο (89%ile) (δηλαδή την υψηλότερη βαθμολογία όταν οι βαθμολογίες εκατοστημόριο των τεσσάρων στυλ μέσα στο σύμπλεγμα είναι κατά μέσο όρο μαζί). Όσον αφορά τα συγκεκριμένα πολιτιστικά στυλ, το κύριο στυλ είναι η Δύναμη (95%ile) και η Αποφυγή (95%ile) και το δευτερεύον στυλ είναι Αντιπολιτευόμενο (94%ile). (Rovithis et al., 2017)

9.3.3 Οργανωσιακή κουλτούρα και πολιτιστικές μορφές σε επίπεδο υγειονομικής περίθαλψης

Όσον αφορά τη λειτουργική κουλτούρα για οργανισμούς σε κάθε επίπεδο υγειονομικής περίθαλψης, τα αποτελέσματα αποκάλυψαν ότι όλα τα επίπεδα (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια) διατηρούν επιθετική/αμυντική κουλτούρα (91% ile, 86,5% ile και 87,75% ile αντίστοιχα).

Σχετικά με την ανάλυση των 12 πολιτιστικών στυλ ανά επίπεδο υγειονομικής περίθαλψης στους οργανισμούς πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης, το

Oppositional(Αντιθετική) είναι το πρωταρχικό στυλ (98%ile) και η αποφυγή (95%ile) και η εξουσία (95%ile) είναι το δευτερεύον στυλ. Αυτό έχει ως συνέπεια η Power(Δύναμη) (95%ile) και η Competitive(Ανταγωνιστική) (91%ile), ως πρωταρχικό στυλ, χαρακτήρισαν το δευτερεύον επίπεδο HCO της Κρήτης.

Τέλος, το επίπεδο της οργάνωσης στην τριτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη, το Avoidance(Αποφυγή) (98%ile) είναι το πρωταρχικό στυλ που ακολουθείται από το Power(Δύναμη) (95%ile) ως δευτερεύον στυλ. (Rovithis et al., 2017)

9.3.4 Ανάλυση χάσματος, τρέχουσα κουλτούρα έναντι ιδανικής κουλτούρας

Η ανάλυση της διαφοράς χάσματος μεταξύ της τρέχουσας και της ιδανικής βαθμολογίας εκατοστημρίου αποκάλυψε χαμηλότερες βαθμολογίες εκατοστημρίου σχετικά με τα στυλ εποικοδομητικής κουλτούρας συνολικά και από το επίπεδο των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και υψηλότερες βαθμολογίες εκατοστημρίου για παθητικά / αμυντικά και επιθετικά / αμυντικά στυλ κουλτούρας.

Συνολικά, το κύριο χάσμα είναι στο στυλ κουλτούρας αποφυγής (85%ile) και το δευτερεύον χάσμα είναι στο συμβατικό στυλ (80%ile). Το σύμπλεγμα με τα μεγαλύτερα κενά, κατά μέσο όρο μεταξύ της τρέχουσας και της ιδανικής βαθμολογίας εκατοστημρίου είναι το παθητικό/αμυντικό σύμπλεγμα.

Σχετικά με τη διαφορά, ανάλογα με το επίπεδο υγειονομικής περίθαλψης, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι στους οργανισμούς πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης, το πρωταρχικό χάσμα είναι στο στυλ κουλτούρας αποφυγής (87%ile) και το δευτερεύον χάσμα είναι στα στυλ κουλτούρας συμβατικών και ισχύος (80%ile). Στους οργανισμούς δευτεροβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης, το κύριο χάσμα είναι στο συμβατικό στυλ κουλτούρας (80%ile) και το δευτερεύον χάσμα είναι στα στυλ κουλτούρας αποφυγής και ισχύος (78%ile). Στους οργανισμούς της τριτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης, το πρωταρχικό χάσμα είναι στο στυλ της κουλτούρας αποφυγής (98%ile) και το δευτερεύον χάσμα βρέθηκε στο ανθρωπιστικό στυλ (-84%ile).

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι βρέθηκαν σημαντικές διαφορές χάσματος μεταξύ ανθρωπιστικού και βοηθητικού στο δευτερογενές HCO (- 51%ile, - 26% ile αντίστοιχα) σε σύγκριση με πρωτοβάθμια (Ανθρωπιστικοί - 79%ile, Συσχετιστικοί - 62%ile) και οργανισμούς τριτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης (Ανθρωπιστικοί -

84%ile, Συσχετιστικοί – 62%ile) (αποτελέσματα που δεν εμφανίζονται σε πίνακες ή σε αριθμούς). Επιπλέον, υπήρχαν σημαντικές διαφορές χάσματος μεταξύ των επιπέδων υγειονομικής περίθαλψης με το στυλ εξαρτημένης κουλτούρας. Στους οργανισμούς της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης, η μεγαλύτερη διαφορά χάσματος εντοπίστηκε στο στυλ εξαρτημένης κουλτούρας (68%ile) σε σύγκριση με τους οργανισμούς δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης (37%ile και 49%ile αντίστοιχα). (Rovithis et al., 2017)

9.4 Συζήτηση

Τα αποτελέσματα της τρέχουσας μελέτης αποκάλυψαν ότι οι εργαζόμενοι στον ΗCO της Κρήτης, ανεξάρτητα από το επίπεδο υγειονομικής περίθαλψης, σχετίζονται άμεσα με την επιθετική/αμυντική κουλτούρα,

Ωστόσο, το πολιτικό και οικονομικό πλαίσιο του ελληνικού ΕΣΥ, φέρνουν σοβαρά και σημαντικά εμπόδια σε ένα σύστημα υγείας που βασίζεται σε απαρχαιωμένη και ανεπαρκή οργανωτική γραφειοκρατία. Μια επιθετική/αμυντική κουλτούρα ενθαρρύνει τον ανταγωνισμό μεταξύ των μελών και την απροθυμία να παραδεχθούν την άγνοια ή την έλλειψη δεξιοτήτων ή της εμπειρίας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να δώσουν προτεραιότητα στη δική τους ασφαλή θέση πάνω από την προσωπική βελτίωση. Σε οργανισμούς που διακατέχονται από αυτό το είδος κουλτούρας, τα μέλη δέχονται πιέσεις στο να επιδείξουν ατομική ικανότητα με αποτέλεσμα την κακή ομαδική εργασία και την έλλειψη κινήτρων. Η επιθετική/αμυντική κουλτούρα βασίζεται κυρίως στην ανακάλυψη σφαλμάτων. Η διόρθωσή τους γίνεται προωθώντας έναν εσωτερικό ανταγωνισμό μεταξύ των μελών του οργανισμού. Παρόλα αυτά, τα αρχικά αποτελέσματα στην επίτευξη στόχων στην επιθετική/αμυντική κουλτούρα μπορούν, να μειώσουν στην πορεία την ικανότητα ενός οργανισμού να επιτύχει στόχους ή να προσαρμοστεί σε ένα μεταβαλλόμενο περιβάλλον (HSI, 2012).

Επίσης, τα αποτελέσματα μιας μελέτης έδειξαν ότι τα δυσλειτουργικά αμυντικά στυλ έχουν αρνητικό αντίκτυπο. Γενικά, οι επιθετικές/αμυντικές κουλτούρες έχουν την δυνατότητα να ενθαρρύνουν τη σταθερή αξιοπιστία και όχι τα εξαιρετικά επίπεδα απόδοσης και καινοτομίας.

Σε μια άλλη μελέτη που επιχείρησε να εντοπίσει την οργανωσιακή κουλτούρα και τις υποκουλτούρες στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία (Bellou, 2008) χρησιμοποιώντας το Προφίλ Οργανωτικής Κουλτούρας (OCP), τα αποτελέσματα

έδειξαν ότι τα δύο πιο εμφανή χαρακτηριστικά ήταν η επιθετικότητα και η υποστήριξη, ενώ τα δύο λιγότερο εμφανή, ήταν η αποφασιστικότητα και ο ομαδικός προσανατολισμός. (Rovithis et al., 2017)

9.4.1 Οργανωσιακή κουλτούρα στην πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη

Αξίζει να σημειωθεί ότι στον κύριο ΗCO Κρήτης (δηλαδή στο ΧΑ), το κυρίαρχο πολιτισμικό ύφος των εργαζομένων είναι αντιπολιτευτικό (πρωτογενές ύφος) ακολουθούμενο από αποφυγή και εξουσία (δευτερεύον στυλ). Το στυλ της αντιπολιτευτικής κουλτούρας μπορεί να οδηγήσει σε περιττές συγκρούσεις. Η συνεχής κριτική και οι συγκρούσεις έχουν ως αποτέλεσμα της μη παρακίνησης των εργαζόμενων. Δίνουν ώθηση στο να ενθαρρύνουν συμπεριφορές αποφυγής καθώς απογοητεύονται όλο και περισσότερο από τον επικρατέστερο αρνητισμό που επικρατεί. Τα ΗCs είναι υποστελεχωμένα ενώ καλύπτουν μεγάλο αριθμό πληθυσμών και η εκπαίδευση των υπαλλήλων τους ασχολείται κυρίως με τη διαχείριση ασθενειών και όχι με την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας. Αυτό μπορεί να είναι η κύρια αιτία συγκρούσεων που ενθαρρύνουν μια κουλτούρα ανταγωνισμού και όχι μια συνεργασία.

9.4.2 Οργανωσιακή κουλτούρα σε δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο υγειονομικής περίθαλψης

Όσον αφορά το ΗCO στην Κρήτη που λειτουργεί σε επίπεδο δευτεροβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης το κυρίαρχο στυλ κουλτούρας (πρωτογενές στυλ) είναι η εξουσία ακολουθούμενη από το ανταγωνιστικό στυλ κουλτούρας. Επιπλέον, ο οργανισμός υγειονομικής περίθαλψης που λειτουργεί σε τριτοβάθμιο πανεπιστημιακό επίπεδο υγειονομικής περίθαλψης (UH) στην Κρήτη χαρακτηρίζεται από το στυλ της αποφυγής ακολουθούμενη από το στυλ κουλτούρας δύναμης. Τα στυλ κουλτούρας δύναμης και ανταγωνισμού περιλαμβάνονται σε επιθετικούς/αμυντικούς οργανισμούς λειτουργικής κουλτούρας. Οι οργανισμοί με επιθετική/αμυντική κουλτούρα τείνουν να έχουν σχετικά μικρή αξία για τους ανθρώπους και να προωθούν τον συνταγματικό ανταγωνισμό.

Έχει γίνει ξεκάθαρο μέσα από τις έρευνες πως τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία, συμπεριλαμβανομένων μέσα σε αυτά και των πανεπιστημιακών νοσοκομείων, πως δεν υπάρχει η διαδικασία αξιολόγησης προσωπικού και των συστημάτων κινήτρων και ανταμοιβής. Αυτά είναι κενά που μας δείχνουν τις σημαντικές οργανωσιακές αδυναμίες που παρουσιάζουν τα νοσοκομεία. Ως

αποτέλεσμα, το σύστημα ρίχνει την βαρύτητα του σε μεγάλο βαθμό στην προθυμία των εργαζομένων να συμβάλουν στην αποτελεσματική και ποιοτική απόδοση του νοσοκομείου (Bellou et al., 2005; Rovithis et al. 2016a; Rovithis et al., 2016b).

9.5 Συμπεράσματα

Όπως έχει προκύψει από τα αποτελέσματα της παραπάνω μελέτης, η μέτρηση της υπάρχουσας οργανωτικής κουλτούρας στις υπηρεσίες υγείας της Κρήτης είναι η επιθετική/αμυντική κουλτούρα η οποία κυριαρχεί και στα τρία επίπεδα των υπηρεσιών υγείας. Η τρέχουσα ανάλυση των στυλ οργανωτικής κουλτούρας θα μπορούσε ενδεχομένως να διευκολύνει την κατανόησή μας για εκείνους τους κανόνες συμπεριφοράς που έχουν άμεσο αντίκτυπο στην απόδοση και την αποτελεσματικότητα των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης. Η κατανόηση της οργανωσιακής κουλτούρας των δομών υγειονομικής περίθαλψης που προκύπτει από αυτή τη μελέτη και η καταγραφή μοντέλων συμπεριφοράς που χρήσουν αλλαγή είναι το πρώτο βήμα για να μπορέσουν οι διαχειριστές να σχεδιάσουν πιο στοχευμένες στρατηγικές. Με αυτό τον τρόπο θα μπορέσουν να επιτύχουν βιώσιμη επιθυμητή αλλαγή στην παροχή φροντίδας. (Rovithis et al., 2017)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο

10.1 Αξιολόγηση αρχέτυπων της οργανωσιακής κουλτούρας με βάση το Πλαίσιο Ανταγωνιστικών Αξιών: η πειραματική χρήση του πλαισίου σε ιαπωνικές μονάδες εντατικής θεραπείας νεογνών

Μελέτες έχουν δείξει ότι μια συνεργατική κουλτούρα συνδέεται με βελτιωμένα αποτελέσματα των ασθενών στη νεογνική εντατική φροντίδα, όπως η μείωση της θνησιμότητας των πρόωρων βρεφών και η υψηλότερη απόδοση ασφάλειας. (Nemnhard & Tucker, 2011; Proffit et al., 2012) Η μέτρηση της οργανωσιακής κουλτούρας είναι όλο και περισσότερο απαραίτητη για τους οργανισμούς για τον εντοπισμό βελτιώσεων και εμποδίων στην εφαρμογή της βελτίωσης της ποιότητας. (Hatoko et al., 2017)

Η Ιαπωνία είναι μια χώρα με ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας στον κόσμο. Ωστόσο, οι παραλλαγές πρακτικής και οι ανισότητες στη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα των πολύ χαμηλών βρεφών βάρους γέννησης έχουν βρεθεί μεταξύ των μονάδων εντατικής θεραπείας νεογνών (NICUs). (Kusuda, 2006) Οι διαφορές στην οργανωσιακή κουλτούρα στο πλαίσιο της βελτίωσης της ποιότητας των NICUs δεν έχουν ακόμη διερευνηθεί στην Ιαπωνία. Η ανασκόπηση σε αυτή την μελέτη, θα μας αναδείξει την ανάλυση ipsative δεδομένων με σκοπό την αξιολόγηση της οργανωσιακής κουλτούρας των NICUs στην Ιαπωνία. (Hatoko et al., 2017)

10.2 Μέθοδοι: Δείγμα και δεδομένα

Τα βασικά δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν ήταν από ένα αυτό-διαχειριζόμενο ερωτηματολόγιο για γιατρούς και νοσηλευτές σε 40 ΜΕΘ σε όλη την Ιαπωνία που συμμετείχαν στη βελτίωση της πρακτικής NICU και της ομάδας ομαδικής προσέγγισης τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή (INTACT). (Kusuda, 2006) Η INTACT αποσκοπούσε στη βελτίωση των αποτελεσμάτων των πολύ χαμηλών βρεφών βάρους γέννησης με τη διεξαγωγή μιας πολύπλευρης παρέμβασης, η οποία συνιστάται:

- (i) σε ολοκληρωμένη ανατροφοδότηση των προφίλ των εγκαταστάσεων,
 - (ii) στα επιτόπια εκπαιδευτικά εργαστήρια,
 - (iii) στη βοήθεια για την ανάπτυξη και την εφαρμογή σχεδίων δράσης και
 - iv) στους ελέγχους της κατάστασης των σχεδίων δράσης για την παροχή συμβουλών.
- Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν σε 345 ιατρούς και 1800 νοσηλευτές. Η ανώνυμη

έρευνα διενεργήθηκε από τον Δεκέμβριο του 2011 έως τον Μάρτιο του 2012. Επίσης η μελέτη έχει λάβει την ανάλογη Δεοντολογική έγκριση από την ανεξάρτητη επιτροπή αναθεώρησης της INTACT (UMIN000007064) του Τόκιο. (Hatoko et al., 2017)

10.2.1 Όργανο: Πλαίσιο Ανταγωνιστικών Αξιών

Το αρχικό όργανο CVF περιλάμβανε 16 στοιχεία επικυρωμένα από την Quinn και την Spreitzer. (Quinn & Spreitzer, 1991) Ωστόσο, έγινε χρήση μιας τροποποιημένης έκδοσης 20 στοιχείων από την έρευνα εφαρμογής βελτίωσης της ποιότητας που δημιουργήθηκε από την Shortell για χρήση στο νοσοκομειακό περιβάλλον. (Shortell et al., 1995) Συμπεριέλαβαν τις κλίμακες CVF προσαρμοσμένες από το Zammuto και το Krakowe. (Zammuto, 1991) Η έκδοση 20 στοιχείων του Shortell χωρίζεται σε τέσσερα αρχέτυπα οργανωσιακής κουλτούρας, μετρώντας πάνω από πέντε οργανωτικές διαστάσεις: χαρακτήρα εγκατάστασης, συνοχή, διευθυντές, έμφαση και ανταμοιβές εγκαταστάσεων. Τα τέσσερα αρχέτυπα του οργανωτικού πολιτισμού αναφέρονται ως Ομαδικά, Αναπτυξιακά, Ιεραρχικά και Λογικά. Η κουλτούρα του ομίλου επικεντρώνεται σε κανόνες και αξίες που σχετίζονται με τη συμμετοχή, την ομαδική εργασία και τη συμμετοχή. Αυτό το αρχέτυπο έχει εσωτερική εστίαση και δίνει έμφαση στην ευελιξία. Η αναπτυξιακή κουλτούρα επικεντρώνεται στην καινοτομία και την αλλαγή που αναλαμβάνει ο κίνδυνος. Αυτό έχει εξωτερική εστίαση και δίνει έμφαση στην ευελιξία. Η ιεραρχική κουλτούρα αντικατοπτρίζει τις αξίες και τους κανόνες που σχετίζονται με τη γραφειοκρατία. Αυτό έχει εσωτερική εστίαση και δίνει έμφαση στον έλεγχο. Ο λογικός πολιτισμός επικεντρώνεται στην αποτελεσματικότητα, την παραγωγικότητα και την επίτευξη. Αυτό το αρχέτυπο έχει εξωτερική εστίαση και δίνει έμφαση στον έλεγχο. Η Quinn και η Spreitzer διαπίστωσαν ότι και οι δύο εκδόσεις του οργάνου, ζυγαριές Likert και ipsative κλίμακες, ήταν σύμφωνες με το CVF και τα στοιχεία μεταξύ των τεσσάρων υποκλιμάκων συσχετίστηκαν όπως προβλεπόταν στο μοντέλο. (Quinn & Spreitzer, 1991) Cronbach Άλφα στις κλίμακες CVF Likert ήταν 0.76-0.90 για την κουλτούρα ομάδας 0.77-0.86 για τον πολιτισμό ανάπτυξης 0.62-0.70 για τον ιεραρχικό πολιτισμό. και 0.71-0.80 για τον λογικό πολιτισμό. (Henr, 2006; Helfrich et al., 2007; Heritage et al., 2014)

Στην παρούσα ανασκόπηση μελέτης, χρησιμοποιήθηκαν ipsative κλίμακες στις οποίες οι ερωτηθέντες κατανέμουν 100 σημεία μεταξύ τεσσάρων στοιχείων κάθε

πολιτιστικής διάστασης ανάλογα με το πόσο καλά κάθε στοιχείο περιέγραψε την οργάνωση σε σχέση με τα άλλα αντικείμενα.

10.2.2 Κλίμακα δέσμευσης εργασίας της Ουτρέχτης Ιαπωνία (UWES-J)

Η δέσμευση εργασίας μετρήθηκε χρησιμοποιώντας την ιαπωνική έκδοση 9 στοιχείων ($\alpha = 0,92$) της κλίμακας εμπλοκής εργασίας της Ουτρέχτης Ιαπωνία. (Shimazu et al., 2008) Οι ερωτηθέντες αξιολογούν πόσο συχνά βιώνουν αυτές τις θετικές καταστάσεις που σχετίζονται με την εργασία, χρησιμοποιώντας μια κλίμακα 7 σημείων από 1 = «ποτέ» έως 7 = «πάντα/ κάθε μέρα».

10.2.3 Ipsative κλίμακες

Τα ipsative στοιχεία είναι βαθμολογίες κλίμακας για τους ερωτηθέντες που πάντα προσθέτουν στο ίδιο σύνολο. (Baron, 1996) Επειδή η προσέγγιση μέτρησης απαιτεί από τους ερωτηθέντες να κατανέμουν έναν σταθερό αριθμό βαθμών μεταξύ τεσσάρων αρχέτυπων πολιτισμού, ο αριθμός των σημείων που εκχωρεί ένας ερωτώμενος σε έναν τύπο καλλιέργειας επηρεάζει τον αριθμό των σημείων που εκχωρεί στους άλλους τύπους πολιτισμού. Συνεπώς, οι ipsative κλίμακες είναι κατάλληλες για χρήση κατά τη συσχέτιση υποθέσεων και την ανάλυση παραγόντων Q. (Guilford, 1952)

10.2.4 Στατιστική ανάλυση

Η προτεινόμενη προσέγγιση πληροί τις βασικές στατιστικές απαιτήσεις για την ανάλυση των ipsative δεδομένων: μεταβλητότητας κλίμακας, διακύμανση μετάλλαξης και υποεπιτροπή συνοχής. (Van Eijnatten et al., 2015) Αυτή η προσέγγιση μπορεί να υπολογίσει σωστά και να συγκρίνει προφίλ οργανωσιακής κουλτούρας εντός του ίδιου οργανισμού. Από την άλλη, Βαν Αϊνατάν κ.ά. υποστήριξε ότι το πρόβλημα της σχεδίασης διατομεακών αντιθέσεων σε κλίμακα ipsative εξακολουθεί να παραμένει αβέβαιο. Έτσι, μπορούμε να ερμηνεύσουμε τα αποτελέσματά μας μόνο ως σχετική σύγκριση μεταξύ οργανισμών. Δεν εξετάσαμε την ψυχομετρική ιδιότητα της ζυγαριάς σε αυτή τη μελέτη, επειδή η ανάλυση βάσει συσχέτισης και η ανάλυση παραγόντων δεν είναι κατάλληλες για ipsative δεδομένα, όπως εξηγείται παραπάνω. Αν και υπάρχουν ορισμένοι στατιστικοί περιορισμοί στις ipsative κλίμακες, δώσαμε προτεραιότητα σε σχέση με τα πλεονεκτήματά της και εφαρμόσαμε αυτή τη μέθοδο για να αναλύσουμε τα δεδομένα μας σε αυτή τη μελέτη. (Hatoko et al., 2017)

Όλες οι στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν σε «συνθέσεις» πακέτων λογισμικού R και SPSS έκδοση 21.0 (IBM Corporation, ΗΠΑ). (van den Boogaart, 2015; van den Boogaart, 2013; van den Boogaart & Tolosana-Delgado, 2008)

Η σύνταξη του προγράμματος R αποκτήθηκε από τον Van Eijnattan. (Van Eijnattan, 2015)

10.3 Αποτελέσματα

10.3.1 Περιγραφή του δείγματος

Συνολικά 2006 ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από 316 ιατρούς (ποσοστό ανταπόκρισης = 92%) και 1690 νοσηλευτές (ποσοστό ανταπόκρισης = 94%). Το υψηλό ποσοστό ανταπόκρισης επιτεύχθηκε λόγω της παροχής αποτελεσμάτων ανατροφοδότησης σε κάθε NICU. Αφού εξαιρέθηκαν οι τιμές που έλειπαν με τους ίδιους αριθμούς, τα τελικά δεδομένα για ανάλυση ήταν 1758, συμπεριλαμβανομένων 289 ιατρών και 1469 νοσηλευτών. Οι 289 ιατροί αποτελούνταν από 56 (19,4%). Οι 1469 νοσηλεύτριες αποτελούνταν από 124 (8,4%). Ο μεγαλύτερος αριθμός ετών πρακτικής άσκησης στη μονάδα τους ήταν 1-2 έτη για τους νοσηλευτές και λιγότερο από 1 έτος για τους ιατρούς. (Hatoko et al., 2017)

10.3.2 Μέσα και CIs αρχέτυπων πολιτισμού

Τα νοσοκομεία αποτελούνταν από ένα νοσοκομείο του Ερυθρού Σταυρού, 10 πανεπιστημιακά νοσοκομεία, 13 ιδιωτικά νοσοκομεία, 10 δημόσια νοσοκομεία και 6 εθνικά νοσοκομεία. Μεταξύ των 40 ΜΕΘ, η Ιεραρχική κουλτούρα ήταν η κυρίαρχη κουλτούρα στις 35 μονάδες και η κουλτούρα του Ομίλου κυριαρχούσε στις 5 μονάδες. Η ιεραρχική ήταν ισχυρότερη από άλλους τύπους πολιτισμού. Όσον αφορά τον πολιτισμό των ιατρών ανά μονάδα, 23 μονάδες είχαν μεγαλύτερη έμφαση στην Ομάδα και την Ιεραρχική, 12 μονάδες είχαν μεγαλύτερη έμφαση στην Ομάδα, 4 μονάδες είχαν μεγαλύτερη έμφαση στην Ιεραρχική και 1 μονάδα είχε μεγαλύτερη έμφαση στην Ορθολογική και Ιεραρχική. Οι μικρότερες μονάδες με περισσότερους από 10 ερωτηθέντες είχαν ευρείες CIs. Ομάδα και ιεραρχικά αρχέτυπα ήταν και τα δύο υψηλότερα από τα αναπτυξιακά και rational. (Hatoko et al., 2017)

10.3.3 Συσχέτιση μεταξύ αρχέτυπων πολιτισμού και οργανωσιακών/ατομικών παραγόντων

Οι μονάδες με κυρίαρχη ιεραρχική κουλτούρα είχαν ελαφρώς υψηλότερο διάμεσο αριθμό ιατρών από την κυρίαρχη κουλτούρα της ομάδας μεταξύ των ιατρών. Οι μονάδες με κυρίαρχη κουλτούρα ομάδας είχαν υψηλότερο διάμεσο αριθμό κλινών από την κυρίαρχη ιεραρχική κουλτούρα. Δεν υπήρχαν διαφορές στις ώρες εργασίας ανά εβδομάδα και εργασιακή δέσμευση. Μεταξύ των μονάδων με κυρίαρχη ιεραρχική κουλτούρα μεταξύ των νοσηλευτών, τα δημόσια νοσοκομεία είχαν υψηλότερο αριθμό νοσηλευτικού προσωπικού από άλλα νοσοκομεία. Η επαγγελματική συμμετοχή των νοσηλευτών ήταν ελαφρώς υψηλότερη σε μονάδες με κυρίαρχη κουλτούρα ομάδας από μονάδες με κυρίαρχη ιεραρχική κουλτούρα. Δεν υπήρχε διαφορά στον αριθμό των κλινών ανάλογα με τα αρχέτυπα κυρίαρχου πολιτισμού. (Hatoko et al., 2017)

10.4 Συζήτηση

Αυτή είναι η πρώτη μελέτη που αξιολογεί τις οργανωτικές κουλτούρες σε μεγάλο αριθμό NICUs στην Ιαπωνία. Έγινε ανάλυση των ipsative δεδομένων του CVF λαμβάνοντας υπόψη τη φύση του. Τα ευρήματα αποκάλυψαν πως οι ομαδικές και ιεραρχικές κουλτούρες ήταν και οι δύο ισχυρές μεταξύ των ιατρών, ενώ η ιεραρχική κουλτούρα ήταν ισχυρότερη μεταξύ των νοσοκόμων. Οι υψηλές βαθμολογίες Ιεραρχικής κουλτούρας είχαν θετική συσχέτιση με τον αριθμό των ιατρών. Οι νοσοκόμες ήταν πιθανό να βιώσουν μεγαλύτερη εργασιακή δέσμευση όταν εργαζόνταν σε μονάδες που τόνιζαν τις αξίες του Ομίλου.

Οι γιατροί ταυτίστηκαν έντονα με τους πολιτισμούς δίνοντας έμφαση στη συνοχή (ομάδα) και τους κανόνες (ιεραρχικούς), κάτι που συνάδει εν μέρει με προηγούμενα ευρήματα που έδειξαν ότι οι Καναδοί γιατροί που εργάζονται σε ΜΕΘ έδωσαν στις μονάδες τους σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία ιεραρχικής κουλτούρας. Η ομαδική εργασία είναι επίσης εξαιρετικά σημαντική σε απειλητικές για τη ζωή και χρονικά κρίσιμες καταστάσεις, όπως είναι η NICU, όπου μια ομάδα απαιτεί σαφή επικοινωνία και συνεργατικές δράσεις για την αποφυγή άσκοπης νοσηρότητας και θνησιμότητας. (Clarke & Aiken, 2003; Richardson et al., 2010) Αυτό το χαρακτηριστικό σχετίζεται σαφώς με την άλλη κυρίαρχη κουλτούρα (Ομάδα) των ιατρών.

Σε μια έρευνα σχετικά με το νοσηλευτικό προσωπικό 11 μονάδων άνοιας σε 11 ολλανδικούς οίκους ευγηρίας, το 56% του νοσηλευτικού προσωπικού σημείωσε την υψηλότερη βαθμολογία στην κουλτούρα του Ομίλου, το 28% σημείωσε υψηλότερη βαθμολογία στην Ιεραρχική, το 9% σημείωσε υψηλότερη βαθμολογία στην Αναπτυξιακή και το 7% σημείωσε την υψηλότερη βαθμολογία στην Ορθολογική κουλτούρα. (Van Beek & Gerritsen, 2010) Τα νοσηλευτικά τμήματα, ιδίως στην Ιαπωνία, αναμένουν από τις νοσοκόμες να ασκούν διάφορους διευθυντικούς ρόλους, οι οποίοι διαφέρουν από άλλα τμήματα όπου πραγματοποιούνται νοσηλευτικές δραστηριότητες. (Ryuko et al., 2010) Επιπλέον, το μέγεθος της ομάδας μπορεί να επηρεάσει την κουλτούρα. Μια έκθεση έδειξε ότι τα μεγάλα νοσοκομεία με υπηρεσίες υποειδικότητας τείνουν να είναι πιο ιεραρχικά από τα μικρότερα νοσοκομεία. (Carman et al., 2010)

Σε αυτή τη μελέτη, η Ιεραρχική κουλτούρα ήταν κυρίαρχη στις περισσότερες μονάδες συνολικά. Το αποτέλεσμα αυτό μπορεί να επηρεαστεί από την υψηλή αξία που δίνουν οι νοσοκόμες σε αυτό το αρχέτυπο πολιτισμού, ωστόσο αυτό δεν συνάδει με καναδικές έρευνες στις οποίες 34 NICUs έδωσαν μεγαλύτερη έμφαση στην αναπτυξιακή κουλτούρα. (Baker et al., 2003) Όσον αφορά τη σύνδεση μεταξύ της κουλτούρας του Ομίλου και της εργασιακής συμμετοχής στις νοσοκόμες, ένα συνεργατικό εργασιακό περιβάλλον εμπιστοσύνης και ενότητας μπορεί να επηρεάσει τα κίνητρά τους. Αυτό ταιριάζει με προηγούμενα ευρήματα σύμφωνα με τα οποία οι αξίες της ομαδικής κουλτούρας σχετίζονται θετικά με τη συμμετοχή στην εργασία και την ικανοποίηση από την εργασία. Από την άλλη, σύμφωνα με τον Shimazu, η δέσμευση και η εξουθένωση της εργασίας μπορεί να θεωρηθεί αντίθετη με την έννοια, ότι αντιπροσωπεύουν μια θετική (εργασιακή δέσμευση) και μια αρνητική (εξουθένωση) πτυχή της ευημερίας που σχετίζεται με την υγεία. Εάν η εργασιακή δέσμευση θεωρείται ότι σχετίζεται αρνητικά με την εξουθένωση, οι νοσοκόμες που εργάζονται σε μονάδες με κυρίαρχη την ιεραρχική κουλτούρα μπορεί να είναι πιο πιθανό να εξουθενωθούν. Είναι σημαντικό να ληφθούν υπόψη μεμονωμένοι παράγοντες τόσο από θετικές όσο και από αρνητικές πτυχές για τη διερεύνηση της εφαρμογής της διαχείρισης της ποιότητας και των δραστηριοτήτων σε διάφορους τύπους πολιτισμού.

Υπάρχουν λίγοι περιορισμοί σε αυτή τη μελέτη. Η γενικότητα των ευρημάτων μας είναι άγνωστη, καθώς μελετήσαμε μόνο τις NICUs που συμμετείχαν στην τυχαιοποιημένη

ελεγχόμενη δοκιμή. Επιπλέον, αν και το μέσο έχει υιοθετηθεί για τη μέτρηση της κουλτούρας στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης, δεν έχει επιβεβαιωθεί εάν οι διαστάσεις είναι σχετικές με το ιαπωνικό πλαίσιο μέχρι να εξεταστεί ποιοτικά ο τρόπος με τον οποίο οι επαγγελματίες υγείας αντιλαμβάνονται την οργάνωσή τους.

Ωστόσο, τα αποτελέσματά μας έδειξαν μια διακύμανση των αντιληπτών αξιών σε διαφορετικές μονάδες και επαγγέλματα. Ο εντοπισμός των δυνατών σημείων και των αδυναμιών της οργανωσιακής κουλτούρας πριν από την έναρξη της ποιότητας της φροντίδας στην πράξη είναι ιδιαίτερα χρήσιμος για τους διευθυντές που αγωνίζονται να βελτιώσουν τα αποτελέσματα των ασθενών. Διαφορετικά, οι υλοποιήσεις ενδέχεται να καταστούν αντιπαραγωγικές. Η εφαρμογή στρατηγικής για τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας πρέπει να διαφέρει ανάλογα με το είδος της οργανωσιακής κουλτούρας. (Hatoko et al., 2017)

10.5 Συμπέρασμα

Τα ευρήματα απέδειξαν ότι η οργανωσιακή κουλτούρα στις NICUs ποικίλλει ανάλογα με το μέγεθος της επαγγελματικής ομάδας και της ομάδας. Οι Ομαδικές και Ιεραρχικές κουλτούρες κυριαρχούν μεταξύ των ιατρών, ενώ η Ιεραρχική κουλτούρα κυριαρχεί στις νοσοκόμες. Οι μονάδες με ισχυρή συνοχή και συμμετοχικό περιβάλλον φαίνεται να επιτυγχάνουν μεγαλύτερη εργασιακή δέσμευση μεταξύ των νοσηλευτών. Η αξιολόγηση της οργανωσιακής κουλτούρας θα παρέχει πληροφορίες σχετικά με τις στρατηγικές βελτίωσης της ποιότητας στην υγειονομική περίθαλψη. (Hatoko et al., 2017)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11^ο:

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΩΝ

Στα προηγούμενα κεφάλαια πραγματοποιήθηκε εκτενής και εξειδικευμένη αναφορά σε πολλές διαθέσιμες διεθνείς έρευνες αλλά και σε ελληνικές σχετικές με το θέμα της εργασιακής ευημερίας και της οργανωσιακής κουλτούρας στις υπηρεσίες υγείας. Πραγματοποιήθηκε μια εξέταση πολλών διαθέσιμων ερευνών για να καταλήξουμε στις σημαντικότερες. Η ανάλυσή τους περιελάβανε το σκοπό, την μέθοδο, τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα των ερευνητών.

Στο κεφάλαιο αυτό θα συζητηθούν τα αποτελέσματα των ερευνών και θα καταλήξουμε σε συμπεράσματα και μελλοντικές προτάσεις. Για αυτό το λόγο, σε αυτό το κεφάλαιο δημιουργήθηκε ένας πίνακας, ο οποίος περιλαμβάνει συνοπτικά τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά των ερευνών κάνοντας εστίαση στα αποτελέσματα και στα συμπεράσματά τους.

Στη συνέχεια, θα ακολουθήσει η συζήτηση σχετικά με τα συμπεράσματα και τα αποτελέσματα όλων των ερευνών. Με αυτό το τρόπο θα μπορούσαμε να δούμε συνολικά τα στοιχεία και συγκεκριμένα το ποσοστό της εργασιακής ευημερίας και ποιο είδος οργανωσιακής κουλτούρας επικρατεί μέσα στον εκάστοτε οργανισμό.

Τέλος, θα εξεταστούν οι τρόποι για το πως μπορεί να υπάρξει υψηλότερη εργασιακή ευημερία και ποια είναι η ιδανική οργανωσιακή κουλτούρα στις υπηρεσίες υγείας.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΕΡΕΥΝΩΝ

Ο παρακάτω πίνακας περιλαμβάνει τις σημαντικότερες εκ των ερευνών που έχουν διεξαχθεί διεθνώς με θέμα την εργασιακή ευημερία και οργανωσιακή κουλτούρα στις υπηρεσίες υγείας. Ο πίνακας σχεδιάστηκε έτσι ώστε να περιλαμβάνει τα σημαντικότερα στοιχεία των ερευνών και να γίνεται πιο εύκολη η μελέτη, εστιάζοντας στα καίρια σημεία που έχουν σημασία.

Ειδικότερα, ο πίνακας περιλαμβάνει αρχικά τους ερευνητές, τη χώρα και τη χρονολογία διεξαγωγής. Έπειτα, αναφέρεται ο τίτλος της έρευνας, όπως ακριβώς αυτός αναγράφεται στο άρθρο από το οποίο πάρθηκε η κάθε έρευνα. Στη συνέχεια ακολουθεί ο σκοπός της έρευνας. Η αναφορά στο σκοπό είναι πολύ σημαντική καθώς μας βοηθάει να εστιάσουμε στο πραγματικό στόχο της έρευνας. Αμέσως μετά ακολουθεί η μεθοδολογία της έρευνας, δηλαδή ο τρόπος με τον οποίο αυτή διεξήχθη και

συγκεκριμένα στα ερωτηματολόγια και στον τρόπο που αυτά δόθηκαν στο δείγμα. Επίσης, στο πίνακα γίνεται αναφορά στο δείγμα της έρευνας που μας αναφέρει το ποια και πόσα άτομα έλαβαν μέρος στην έρευνα.

Επιπλέον, το σημαντικότερο κομμάτι του πίνακα είναι τα αποτελέσματα της εκάστοτε έρευνας. Έγιναν σημαντικές προσπάθειες, ώστε τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα της έρευνας να είναι συνοπτικά, χωρίς να μείνουν έξω σημαντικά στοιχεία. Τόσο ο πίνακας όσο και η συζήτηση που πρόκειται να ακολουθήσει, πραγματοποιούνται με απώτερο σκοπό να υπάρξει μεγαλύτερο ποσοστό ευημερίας αλλά και η υιοθέτηση της κατάλληλης οργανωσιακής κουλτούρας των επαγγελματιών υγείας στους οργανισμούς τους. Τέλος, είναι γεγονός πως το έργο των επαγγελματιών υγείας φέρει μεγάλη ευθύνη και οι έρευνες που πραγματοποιούνται έχουν στόχο να κάνουν το έργο τους πιο εύκολο.

Ερευνητές-Χώρα	Τίτλος	Σκοπός	Μεθοδολογία	Δείγμα	Αποτελέσματα
<p>Mingji Zhang, Rongrong Yang, Wei Wang, James Gillespie, Susan Clarke, Fei Yan</p> <p><i>International Journal for Quality in Health Care, Volume 28, Issue 1, Pages 14–21</i></p> <p>Κίνα 2016</p>	<p>Job satisfaction of urban community health workers after the 2009 healthcare reform in China: a systematic review</p>	<p>Μέτρηση του βαθμού συνολικής ικανοποίησης από την εργασία, καθώς και των διαστάσεων ικανοποίησης και στη συνέχεια στην εξεύρεση κοινών αιτιών δυσαρέσκειας μεταξύ των κοινοτικών εργαζομένων στον τομέα της υγείας (CHWs) στην αστική Κίνα, διεξάγοντας συστηματική ή ανασκόπηση των σχετικών μελετών σχετικά με την ικανοποίηση των θέσεων</p>	<p>Τα ποσοτικά και ποιοτικά στοιχεία εξήχθησαν για 9 θέματα που αφορούν την ικανοποίηση από την εργασία. Η αφηγηματική σύνθεση χρησιμοποιήθηκε για την ανάλυση των δεδομένων με τη χρήση του προγράμματος μεθόδων ESRC.</p>	<p>Συμπεριλήφθηκαν 18 κινεζικά άρθρα και 4 αγγλικά άρθρα.</p>	<p>Οι CHWs γενικά δεν ήταν ικανοποιημένοι ούτε δυσαρεστημένοι με το έργο τους μετά το 2009. Οι οικονομικές ανταμοιβές και οι ευκαιρίες επαγγελματικής ανάπτυξης ήταν οι σημαντικότεροι καθοριστικοί παράγοντες της δυσαρέσκειας για την εργασία. Οι εργαζόμενοι ήταν γενικά ικανοποιημένοι με τις διαπροσωπικές σχέσεις στον χώρο εργασίας. Η διευρυμένη δέσμη μέτρων για τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας και οι κανονισμοί που σχετίζονται με τους ανθρώπινους πόρους και ο ελεγχόμενος</p>

		εργασίας των CHWs.			από την κυβέρνηση δημοσιονομικός σχεδιασμός ήταν πολιτικές που είχαν επίδραση στην ικανοποίηση από την εργασία.
Diehl, E., Rieger, S., Letzel, S. et al. <i>BMC Nurs</i> 20, 162 Γερμανία 2021	Burdens, resources, health and wellbeing of nurses working in general and specialised palliative care in Germany – results of a nationwide cross-sectional survey study.	Ο εντοπισμός και η σύγκριση των βάρη, των πόρων, της υγείας και της ευημερίας των νοσηλευτών που εργάζονται σε GPC και SPC. Οι πληροφορίες αυτές θα είναι χρήσιμες για την ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης, προκειμένου να μειωθούν τα βάρη και να ενισχυθούν οι πόροι των νοσηλευτών.	Ποσοτική, Ερωτηματολόγια για το οποία περιλάμβαναν τμήματα του Ψυχοκοινωνικού Ερωτηματολογίου της Κοπεγχάγης (COPSOQ), το Ερωτηματολόγιο Υγείας Ασθενών (RHQ-2), το Ερωτηματολόγιο Κλίμακας Ανθεκτικότητας (RS-13), ένα μόνο ερώτημα σχετικά με τον πόνο στην πλάτη από την έρευνα για την υγεία που διεξήχθη από το Ινστιτούτο Robert Koch καθώς και αυτοανάπτυκτες ερωτήσεις. Οι	437 νοσηλευτές στο GPC και 1316 νοσηλευτές στην SPC	Οι νοσηλεύτριες SPC ανέφεραν υψηλότερες συναισθηματικές απαιτήσεις καθώς και υψηλότερα βάρη λόγω της νοσηλευτικής φροντίδας και της φροντίδας των συγγενών, ενώ οι νοσηλευτές της GPC δήλωσαν υψηλότερες ποσοτικές απαιτήσεις, δηλαδή υψηλότερο φόρτο εργασίας. Οι νοσοκόμες SPC ανέφεραν συχνότερα οργανωτικούς και κοινωνικούς πόρους που ήταν χρήσιμοι για την αντιμετώπιση των απαιτήσεων της εργασίας τους. Όσον

			διαφορές στις μεταβλητές μεταξύ των νοσοκόμων GPC και SPC συγκρίθηκαν.		αφορά την υγεία, οι νοσοκόμες GPC δήλωσαν φτωχότερη κατάσταση υγείας και ανέφεραν χρόνιο πόνο στην πλάτη, καθώς και μια σημαντική καταθλιπτική διαταραχή συχνότερα από ό,τι οι νοσοκόμες SPC. Επιπλέον, οι νοσηλεύτριες της GPC ανέφεραν υψηλότερη πρόθεση να εγκαταλείψουν το επάγγελμα σε σύγκριση με τις νοσοκόμες της SPC.
Lorber, M., Treven, S., & Mumel, D. <i>Zdravstveno varstvo, 59(3), 180–188</i> Σλοβενία 2020	Well-Being and Satisfaction of Nurses in Slovenian Hospitals: A Cross-Sectional Study.	Εξέταση της ευημερίας και της ικανοποίησης μεταξύ των νοσηλευτών που εργάζονται σε νοσοκομεία της Σλοβενίας και ο προσδιορισμός των	Ποσοτική Ερωτηματολόγια Αυτή η περιγραφική διατομεακή μελέτη χρησιμοποίησε τυποποιημένα όργανα. Η διαφορά μεταξύ των επιμέρους μεταβλητών	8 νοσοκομεία επιβεβαίωσαν τη συμμετοχή τους, 1.100 νοσηλεύτριες του νοσοκομείου έλαβαν πρόσκληση συμμετοχής από τις	Οι νοσοκόμες αυτό-αξιολόγησαν την ικανοποίηση και την ευημερία τους ως μέτριες. Το 47% των νοσηλευτών ήταν ικανοποιημένοι με τη δουλειά τους, το 49% αξιολόγησε την ψυχολογική τους ευημερία

		<p>σχετικών δημογραφικών παραγόντων.</p>	<p>αναλύθηκε με τη χρήση των δοκιμών Mann-Whitney και Kruskal-Wallis. Όλες οι αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με τη χρήση του SPSS (Πρόγραμμα Στατιστικής Δέσμης Κοινωνικών Επιστημών), έκδοση 24.0</p>	<p>οποίες το 58% ανταποκρίθηκε (640 νοσοκόμες) που εργάζονται σε νοσοκομεία της Σλοβενίας.</p>	<p>ως καλή, το 52% συχνά εκτέθηκε σε άγχος στον χώρο εργασίας και το 30% ήταν πάντα εκτεθειμένο σε άγχος στον χώρο εργασίας. Διαπιστώθηκε ότι τα επίπεδα ικανοποίησης από την εργασία ($p=0,031$), ψυχολογικής ευημερίας ($p=0,029$) και υποκειμενικής ευημερίας ($p=0,014$) διαφέρουν σημαντικά ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης, ενώ τα επίπεδα ικανοποίησης από την εργασία ($p=0,005$), η ικανοποίηση από τη ζωή ($\sigma<0,001$), η ψυχολογική ευεξία ($\sigma<0,001$) και η υποκειμενική ευημερία ($\sigma<0,001$) διαπιστώθηκε επίσης ότι διαφέρουν ανάλογα με τα έτη</p>
--	--	------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

					νοσηλευτικής υπηρεσίας και από νοσοκομείο σε νοσοκομείο ($\sigma < 0,001$)
Benbenishty, J., Ashkenazy, S., Lev dov Avital, I., Jakobson, L., Kolpak, O., & DeKeyser Ganz, F.	Nurses' perceptions of social rejection, resilience and well-being during COVID-19: A national comparative study.	Να προσδιοριστεί το επίπεδο κοινωνικής απόρριψης και ευημερίας των νοσοκόμων, κατά πόσον η ανθεκτικότητα είναι μεσολαβητής μεταξύ τους και για τη σύγκριση των νοσοκόμων που εργάστηκαν έναντι των θαλάμων COVID-19	Ποσοτική Ερωτηματολόγια για Διαδικτυακή έρευνα εστάλη σε νοσηλευτικές ομάδες μέσω κοινωνικής δικτύωσης στο Ισραήλ. Ένα ερωτηματολόγιο κοινωνικής απόρριψης, τη σύντομη κλίμακα ανθεκτικότητας, το Γενικό Πρόγραμμα Ευημερίας καθώς και ένα εργασιακό και προσωπικό δημογραφικό ερωτηματολόγιο. Οι συσχετίσεις ροπής προϊόντος Pearson ανέλυσαν συσχετισμούς μεταξύ	247 νοσηλευτές, πλειοψηφία ήταν γυναίκες $n = 207$, 83,8%	Περίπου το ένα τρίτο ανησυχούσε για τη μόλυνση των μελών της οικογένειάς τους και πολλοί συμφώνησαν ότι η οικογένειά τους φοβάται ότι η νοσοκόμα θα τους μολύνει. Οι νοσοκόμες ανέφεραν ότι ο σύντροφός τους, τα μέλη της οικογένειας, οι γείτονες και το κοινό απομακρύνθηκαν σωματικά από αυτούς. Περίπου το ένα τέταρτο ανέφερε ότι ένιωθε μοναξιά. Οι νοσοκόμες που δεν εργάζονται σε θαλάμους COVID-19 βρέθηκαν με υψηλότερα επίπεδα ευημερίας και
<i>Journal of clinical nursing</i> , 10.1111/jocn.16034. Advance online publication.					
Ισραήλ 2021					

			δεδομένων επιπέδου διαστήματος.		λιγότερη κοινωνική απόρριψη σε σύγκριση με τις νοσοκόμες που εργάζονταν σε αυτούς τους θαλάμους. Δεν διαπιστώθηκαν διαφορές στις βαθμολογίες ανθεκτικότητας.
E. Ζερβέα, I. Αποστολάκης, , M. Μαλλιάρου, Π. Σαράφης <i>Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 38(5):624-634</i> Κρήτη 2021	Οργανωσιακή κουλτούρα και αντίσταση στην αλλαγή στο Γενικό Νοσοκομείο Χανίων Αναβάθμιση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών	Διερεύνηση του ενδεχόμενου εφαρμογής ενός νέου μοντέλου διοίκησης (Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, ΔΟΠ) στο Γενικό Νοσοκομείο Χανίων, με στόχο την αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.	Ποσοτική, Ερωτηματολόγια για OCAI (για μέτρηση της οργανωσιακής κουλτούρας) και για την αντίσταση στην αλλαγή η κλίμακα RTC Scale (μέθοδο μη τυχαίας δειγματοληψίας βάσει ποσόστωσης ανά υπηρεσία)	160 εργαζόμενοι του Γενικού νοσοκομείου Χανίων	Κυρίαρχη κουλτούρα του προσωπικού είναι η ιεραρχική που βασίζεται στον έλεγχο (32,49%) και η επιθυμητή για τα επόμενα 5 έτη είναι η συμμετοχική/οικογενειακή που βασίζεται στη συνεργασία (32,67%). Η στάση του προσωπικού στις αλλαγές, τα αποτελέσματα έδωσαν οριακά μεσαίες τιμές συνολικής αντίστασης στην αλλαγή (3,01 σε κλίμακα από 1-6), με μικρή

					<p>άνοδο στην υπο κλίμακα της γνωστικής ακαμψίας (3,75). Οι συσχετίσεις μέσω Spearman παρουσίασαν ισχυρές σχέσεις μεταξύ κουλτούρας και αντίστασης στην αλλαγή, εκτός της σχέσης μεταξύ τωρινής προσαρμοστικής κουλτούρας και γνωστικής ακαμψίας ($p=0,00$) και μεταξύ τωρινής ιεραρχικής κουλτούρας και γενικότερης αντίστασης ($p=0,002$).</p> <p>Το ΓΝΧ δεν χαρακτηρίζεται από ισχυρή κουλτούρα, τόσο ως προς την τωρινή όσο και ως προς την επιθυμητή.</p>
Rovithis, M., Linardakis, M., Merkouris, A.,	Organizational culture among levels of health care services	Ο προσδιορισμός της οργανωτικής κουλτούρας λειτουργία	Ποσοτική, Ερωτηματολόγια, Ο Κατάλογος Οργανωτικού Πολιτισμού Greek Ed.	250 ανώνυμα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν στους υπαλλήλο	Η μέτρηση της υπάρχουσας οργανωσιακής κουλτούρας στις υπηρεσίες υγείας της Κρήτης αποκάλυψε ότι

<p>Patiraki, E., Vassilaki, M., & Philalithis, A.</p> <p><i>Applied nursing research: ANR, 36, 9– 18.</i></p> <p>Κρήτη 2017</p>	<p>in Crete (Greece).</p>	<p>ς συνολικά και εντός των επιπέδων των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης (HCO) στην Κρήτη, όπως την βιώνουν οι επαγγελματίες υγείας, και να συγκριθεί αυτό με τον Ιδανικό Πολιτισμό (IC) όπως παρέχεται από την Human Synergistics International</p>	<p>(OCI®) χρησιμοποιήθηκε για τη μέτρηση της τρέχουσας λειτουργικής οργανωσιακής κουλτούρας στους συγκεκριμένους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης. Το OCI® αναγνωρίζεται ως μία από τις πιο ευρέως χρησιμοποιούμενες και διεξοδικά ερευνηθείσες οργανωσιακές έρευνες στον κόσμο. Χρήση λογισμικού στατιστικής ανάλυσης IBM SPSS.</p>	<p>ς των υπηρεσιών υγείας (γιατροί, νοσηλεύτες, συμμαχικοί επαγγελματίες υγείας), 231 επιστράφηκαν, με αποτέλεσμα να έχει συμπληρωθεί ένα ικανοποιητικό ποσοστό ανταπόκρισης (92,4%).</p>	<p>η επιθετική/αμυντική κουλτούρα κυριαρχεί στα τρία επίπεδα των υπηρεσιών υγείας (91% ile στην α' β' βαθμια, 86,5% ile στην β' β' βαθμια, 87,75% ile στην γ' β' βαθμια). Η ανάλυση των 12 πολιτιστικών στυλ ανά επίπεδο υγειονομικής περίθαλψης στους οργανισμούς πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης, το Oppositional είναι το πρωταρχικό στυλ (98%ile) και η αποφυγή (95%ile) και η εξουσία (95%ile) είναι το δευτερεύον στυλ Κατά συνέπεια, η Power (95%ile) και η Competitive (91%ile), ως πρωταρχικό στυλ, χαρακτήρισαν το δευτερεύον</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

					επίπεδο ΗCO Κρήτης. Το κύριο χάσμα είναι στο στυλ κουλτούρας αποφυγής (85%ile) και το δευτερεύον χάσμα είναι στο συμβατικό στυλ (80%ile). Μεταξύ της τρέχουσας και της ιδανικής βαθμολογίας εκατοστημόριο είναι το παθητικό/αμυντικό σύμπλεγμα.
Sasaki, H., Yonemoto, N., Mori, R., Nishida, T., Kusuda, S., & Nakayama, T. <i>International journal for quality in health care: journal of the International Society for Quality in Health</i>	Assessing archetypes of organizational culture based on the Competing Values Framework: the experimental use of the framework in Japanese neonatal intensive care units.	Η αξιολόγηση της οργανωσιακής κουλτούρας στις μονάδες εντατικής θεραπείας νεογνών (NICUs) στην Ιαπωνία.	Ποσοτική Ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν σε 345 ιατρούς και 1800 νοσηλευτές. Η ανώνυμη έρευνα διενεργήθηκε από τον Δεκέμβριο του 2011 έως τον Μάρτιο του 2012. 40 NICUs σε όλη την Ιαπωνία. Όργανο CVF20 Στατιστικές αναλύσεις με το λογισμικό	Ιατροί και νοσηλευτές που εργάζονται σε NICUs (n = 2006).	Οι ομαδικές και ιεραρχικές κουλτούρες επικρατούν στις ιαπωνικές ΜΕΘ. Οι Ομαδικές και Ιεραρχικές κουλτούρες κυριαρχούν μεταξύ των ιατρών, ενώ η Ιεραρχική κουλτούρα κυριαρχεί στις νοσοκόμες. Οι μονάδες με κυρίαρχη ιεραρχική κουλτούρα είχαν ελαφρώς υψηλότερο αριθμό ιατρών (διάμεσο = 7) από την κυρίαρχη

<p><i>Care</i>, 29(3), 384–391</p> <p>Ιαπωνία</p> <p>2017</p>			<p>R και SPSS έκδοση 21.0</p>	<p>κοιτούρα της ομάδας (διάμεση = 6). Οι μονάδες με κυρίαρχη κοιτούρα ομάδας είχαν μεγαλύτερο αριθμό κλινών (διάμεση = 12) από την κυρίαρχη ιεραρχική κοιτούρα (διάμεση = 9) μεταξύ των ιατρών. Οι νοσοκόμες από μονάδες με κυρίαρχη κοιτούρα ομάδας (διάμεση = 2,8) είχαν ελαφρώς υψηλότερη εργασιακή δέσμευση σε σύγκριση με εκείνες σε μονάδες με κυρίαρχη ιεραρχική κοιτούρα (διάμεση = 2,6).</p>
-------------------------------------------------------------------	--	--	-----------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΩΝ ΚΑΙ ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στο σημείο αυτό θα γίνει μια σύνοψη των αποτελεσμάτων από τις έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί για το συγκεκριμένο θέμα. Οι έρευνες που έχουν αποτελέσει αντικείμενο μελέτης εστιάζουν στους επαγγελματίες υγείας και κυρίως στους εργαζόμενους νοσηλευτές. Αξίζει να σημειωθεί πως οι έρευνες αυτές καλύπτουν οργανισμούς υγείας ανά τον κόσμο και τα δείγματα είναι άνδρες και γυναίκες όλων των ηλικιών. Η μεθοδολογία της πλειοψηφίας των ερευνών σχετίζεται με τη διανομή ερωτηματολογίων.

Σχετικά με την πρώτη μελέτη η οποία έχει να κάνει με τη μέτρηση του βαθμού συνολικής ικανοποίησης από την εργασία, καθώς και των διαστάσεων ικανοποίησης και στη συνέχεια στην εξεύρεση κοινών αιτιών δυσαρέσκειας μεταξύ των κοινοτικών εργαζομένων στον τομέα της υγείας (CHWs) στην αστική Κίνα, έδειξε πως οι CHWs γενικά δεν ήταν ικανοποιημένοι ούτε δυσαρεστημένοι με τη δουλειά τους, ενώ ήταν δυσαρεστημένοι με τις οικονομικές ανταμοιβές και με τις ευκαιρίες επαγγελματικής ανάπτυξης. Οι εργαζόμενοι ήταν γενικά ικανοποιημένοι με τις διαπροσωπικές σχέσεις στον χώρο εργασίας. Η διευρυμένη δέσμη μέτρων για τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας και οι κανονισμοί που σχετίζονται με τους ανθρώπινους πόρους, π.χ. το σύστημα προώθησης της επαγγελματικής κατάταξης, η ελεγχόμενη από την κυβέρνηση πολιτική στελέχωσης (δηλαδή το σύστημα ποσοστώσεων προσωπικού) και ο ελεγχόμενος από την κυβέρνηση δημοσιονομικός σχεδιασμός (π.χ. διαχωρισμός εσόδων και δαπανών), ήταν πολιτικές που είχαν επίδραση στην ικανοποίηση από την εργασία. Τα ευρήματα αυτά είναι παρόμοια και με άλλες μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε ορισμένες χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος. Κατέληξαν πως οι οικονομικές ανταμοιβές και η επαγγελματική εξέλιξη ήταν οι δύο κύριοι προγνωστικοί παράγοντες για την ικανοποίηση από την εργασία. Για να βελτιώσουν το CHS στην Κίνα, οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής (ιδίως η κεντρική κυβέρνηση) πρέπει να εξετάσουν τον αντίκτυπο των σημερινών πολιτικών στην ικανοποίηση από την εργασία, προκειμένου να μειώσουν τη δυσαρέσκεια για την απασχόληση. Αυτά που θα συμβάλουν στη μείωση της τρέχουσας δυσαρέσκειας και στην ενίσχυση των δικτύων πρωτοβάθμιας περίθαλψης είναι η βελτίωση των οικονομικών αποδοχών των εργαζομένων κατά τρόπο που θα εκληφθεί ως δίκαιος και παρακινητικός, καθώς και η προσοχή σε ένα κατάλληλο σύστημα επαγγελματικής προώθησής τους.

Σε μια επόμενη μελέτη ο στόχος της είναι να εξετάσει την ευημερία και την ικανοποίηση μεταξύ των νοσηλευτών που εργάζονται σε νοσοκομεία της Σλοβενίας και να προσδιορίσει τους σχετικούς δημογραφικούς παράγοντες. Το βασικό εύρημα της μελέτης είναι ότι οι νοσοκόμες είναι μέτρια ικανοποιημένες με την εργασία και τη ζωή τους και ότι εμφανίζουν μέτρια επίπεδα ψυχολογικής και υποκειμενικής ευημερίας. Τα νοσοκομεία μπορούν να είναι επιτυχημένα και να επιτύχουν τους στόχους του οργανισμού εάν οι υπάλληλοί τους είναι ικανοποιημένοι με την εργασία και απολαμβάνουν καλά επίπεδα ευημερίας. Η διοίκηση του νοσοκομείου πρέπει να αναγνωρίσει τη σημασία της διασφάλισης ότι οι νοσοκόμες και άλλοι εργαζόμενοι είναι ικανοποιημένοι και υγιείς. Διαπιστώθηκε τόσο σε αυτή την μελέτη όσο και σε άλλες που έχουν διεξαχθεί πως, τα επίπεδα ικανοποίησης από την εργασία, ψυχολογικής ευημερίας και υποκειμενικής ευημερίας διαφέρουν σημαντικά ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης, ενώ τα επίπεδα ικανοποίησης από την εργασία, η ικανοποίηση από τη ζωή, η ψυχολογική ευεξία και η υποκειμενική ευημερία διαπιστώθηκε επίσης ότι διαφέρουν ανάλογα με τα έτη νοσηλευτικής υπηρεσίας και από νοσοκομείο σε νοσοκομείο.

Άλλη μια μελέτη αφορά την ανακουφιστική φροντίδα στη Γερμανία η οποία χωρίζεται σε γενική και εξειδικευμένη παρηγορητική φροντίδα. Στόχος αυτής της μελέτης, ο εντοπισμός και η σύγκριση στα βάρη, στους πόρους, στην υγεία και στην ευημερία των νοσηλευτών που εργάζονται σε αυτά. Η παρούσα μελέτη σύγκρινε τα δεδομένα των νοσηλευτών της GPC που εργάζονται σε γηροκομεία και εξωτερικά ιατρεία, με τα στοιχεία των νοσηλευτών SPC που εργάζονται σε ιδρύματα SAPV, ξενώνες και μονάδες παρηγορητικής φροντίδας. Οι νοσηλεύτριες SPC ανέφεραν υψηλότερες συναισθηματικές απαιτήσεις καθώς και υψηλότερα βάρη λόγω της νοσηλευτικής φροντίδας και της φροντίδας των συγγενών, ενώ οι νοσηλευτές της GPC δήλωσαν υψηλότερες ποσοτικές απαιτήσεις, δηλαδή υψηλότερο φόρτο εργασίας. Οι νοσοκόμες SPC ανέφεραν συχνότερα οργανωτικούς και κοινωνικούς πόρους που ήταν χρήσιμοι για την αντιμετώπιση των απαιτήσεων της εργασίας τους. Όσον αφορά την υγεία, οι νοσοκόμες GPC δήλωσαν φτωχότερη κατάσταση υγείας και ανέφεραν χρόνιο πόνο στην πλάτη, καθώς και μια σημαντική καταθλιπτική διαταραχή συχνότερα από ό, τι οι νοσοκόμες SPC. Επιπλέον, οι νοσηλεύτριες της GPC ανέφεραν υψηλότερη πρόθεση να εγκαταλείψουν το επάγγελμα σε σύγκριση με τις νοσοκόμες της SPC. Όσο αφορά στην υγεία και στην ευημερία, οι νοσοκόμες SPC φαίνεται να είναι πιο

ικανοποιημένες με το έργο τους από ό, τι οι νοσοκόμες GPC και οι οποίες επηρεάζουν τα ενιαία βάρη και τους πόρους, όχι μόνο στην ικανοποίηση από την εργασία αλλά και στην υγεία. Οι νοσοκόμες SPC ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα αποφοίτησης και πτυχία εκπαίδευσης και πρόσθετα προσόντα στην παρηγορητική φροντίδα από ό, τι οι νοσοκόμες GPC. Στη Γερμανία, αυτό το πρόσθετο προσόν, δεν είναι υποχρεωτικό για όλες τις νοσοκόμες SPC . Ωστόσο, όλες οι νοσοκόμες SPC που εργάζονταν στα ιδρύματα SAPV έχουν πρόσθετο τίτλο τιμολόγησης για υπηρεσίες παρηγορητικής φροντίδας από εταιρείες ασφάλισης υγείας. Σε αυτή την άποψη κατέληξαν και εμπειρογνώμονες παρηγορητικής φροντίδας από όλο τον κόσμο οι οποίοι θεώρησαν απαραίτητη την εκπαίδευση και την κατάρτιση όλου του προσωπικού στις βασικές αρχές της παρηγορητικής φροντίδας, διότι τα ευρήματα της παρούσας μελέτης δείχνουν ότι η SPC θα μπορούσε να επανεξεταστεί ως το καλύτερο παράδειγμα πρακτικής για τη νοσηλευτική περίθαλψη στη Γερμανία.

Μια εξίσου εξαιρετική μελέτη αφορά τις αντιλήψεις των νοσηλευτών για την κοινωνική απόρριψη, ανθεκτικότητα και ευημερία κατά τη διάρκεια του COVID-19 που πραγματοποιήθηκε σε νοσηλευτικές ομάδες μέσω κοινωνικής δικτύωσης στο Ισραήλ. Η πλειοψηφία ήταν γυναίκες όπου το ένα τρίτο ανησυχούσε για τη μόλυνση των μελών της οικογένειάς τους και πολλοί συμφώνησαν ότι η οικογένειά τους φοβάται πως η νοσοκόμα θα τους μολύνει. Περίπου το ένα τέταρτο ανέφερε ότι ένιωθε μοναξιά κατά τη διάρκεια της πανδημίας και περίπου οι μισοί δεν αισθάνθηκαν ότι το κοινό και οι φίλοι εκτίμησαν τη δουλειά τους. Οι νοσοκόμες ανέφεραν ότι ο σύντροφός τους, τα μέλη της οικογένειας, οι γείτονες και το κοινό απομακρύνθηκε σωματικά από αυτές. Κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, οι νοσοκόμες HCWs ήταν αυτές που πολεμούσαν στην πρώτη γραμμή αυτής της πανδημίας. Αν και το κοινό τους το αναγνώρισε, αυτή η μελέτη απέδειξε ότι τα HCWs αισθάνθηκαν φυσική απόρριψη από το κοινό. Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Ταϊβάν, κατά τη διάρκεια της επιδημίας SARS, όπου το 32% των νοσηλευτών αισθάνθηκε ότι οι άνθρωποι τους αποφεύγουν. Αυτός ήταν ένας από τους λόγους για τους οποίους εξέτασαν το ενδεχόμενο να εγκαταλείψουν τη δουλειά τους.

Σημαντικές διαφορές παρουσιάστηκαν στατιστικά μεταξύ εκείνων που εργάστηκαν σε μια μονάδα COVID-19 έναντι αυτών που δεν εργάστηκαν, σχετικά με τη γενική ευημερία που ήταν εξαιρετικά χαμηλή και την κοινωνική απομόνωση ή απόρριψη που αισθάνθηκαν από τις οικογένειές τους και διακρίσεις από το κοινό ήταν αρκετά υψηλή

κατά την διάρκεια της πανδημίας. Το εύρημα αυτό υποστηρίζεται από μια πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση από το 2002 έως το 2020 των ψυχολογικών επιπτώσεων της πανδημίας στα HCWs. Άλλες μελέτες έχουν περιγράψει τις ψυχολογικές επιπτώσεις της πανδημίας στην ευημερία, ειδικά μεταξύ των HCWs. Η πίεση, το άγχος και τα καταθλιπτικά συμπτώματα έχουν αναφερθεί πως έχουν βρεθεί να επηρεάζουν την ευημερία. Οι βαθμολογίες ευημερίας των νοσοκόμων HCWs σε αυτή τη μελέτη ήταν χαμηλότερες από αυτές που βρέθηκαν στον γενικό Δανικό πληθυσμό (μέσος όρος 62 έναντι 56 σε αυτή τη μελέτη). Δεν βρέθηκαν διαφορές στις βαθμολογίες ανθεκτικότητας αλλά γενικά η υψηλότερη ανθεκτικότητα σχετίζεται με χαμηλότερη πίεση άγχους στον ύπνο, στη διαταραχή και στη κόπωση για όλες τις νοσοκόμες HCWs.

Όσον αφορά την οργανωσιακή κουλτούρα που επικρατεί στις υπηρεσίες υγείας, έχει αποδειχθεί πως μπορεί να επηρεάσει είτε θετικά είτε αρνητικά την λειτουργία του εκάστοτε οργανισμού. Σύμφωνα με την μελέτη που διεξήχθη στο ΓΝΧ της Κρήτης για την διερεύνηση της οργανωσιακής κουλτούρας που επικρατεί την συγκεκριμένη χρονική στιγμή αλλά και για την κουλτούρα που θα επιθυμούσαν να έχουν τα επόμενα 5 έτη, τα αποτελέσματα έδειξαν πως η κυρίαρχη κουλτούρα είναι η ιεραρχική που βασίζεται στον έλεγχο και η επιθυμητή για τα επόμενα 5 έτη είναι η συμμετοχική/οικογενειακή που βασίζεται στη συνεργασία. Η αντίσταση των συμμετεχόντων στην αλλαγή, καθώς και οι υπο-κλίμακες αντίστασης έδειξαν οριακά μεσαίες τιμές συνολικής αντίστασης στην αλλαγή και μικρή άνοδο στην υποκλίμακα της γνωστικής ακαμψίας που εκφράζει τη γνωστική επεξεργασία της αλλαγής. Το ΓΝΧ δεν χαρακτηρίζεται από ισχυρή κουλτούρα, τόσο ως προς την τωρινή όσο και ως προς την επιθυμητή. Τονίστηκε πως για ένα επιτυχημένο εγχείρημα ΔΟΠ είναι απαραίτητο ο εκάστοτε οργανισμός να διαθέτει αρκετά στοιχεία και από τις τέσσερις κουλτούρες (οικογενειακή/ συμμετοχική, προσαρμοστική, προσανατολισμένη και ιεραρχική), τα οποία αποτελούν τις στρατηγικές ποιότητας. Σε παρόμοια αποτελέσματα κατέληξαν και άλλες έρευνες ωστόσο κάποιες άλλες έδειξαν πως η κυρίαρχη κουλτούρα ήταν και αυτή που επιθυμούν να έχουν για τα επόμενα 5 έτη.

Σε ιεραρχική κουλτούρα κατέληξε και η μελέτη στην Ιαπωνία όπου έγινε η αξιολόγηση της οργανωτικής κουλτούρας στις μονάδες εντατικής θεραπείας νεογνών (NICUs). Τα αποτελέσματα έδειξαν να συνάδουν και με άλλες έρευνες που έχουν γίνει, πως οι ομαδικές και οι ιεραρχικές κουλτούρες επικρατούν στις ιαπωνικές ΜΕΘ. Οι

Ομαδικές και Ιεραρχικές κουλτούρες κυριαρχούν μεταξύ των ιατρών, ενώ η Ιεραρχική κουλτούρα κυριαρχεί στις νοσοκόμες. Επιπλέον, το μέγεθος της ομάδας μπορεί να επηρεάσει την κουλτούρα. Μια έκθεση έδειξε ότι τα μεγάλα νοσοκομεία με υπηρεσίες υποειδικότητας τείνουν να είναι πιο ιεραρχικά από τα μικρότερα νοσοκομεία. Έχει παρατηρηθεί μέσα από έρευνες σε νοσηλευτικά τμήματα στην Ιαπωνία να αναμένουν από τις νοσοκόμες να ασκούν διάφορους διευθυντικούς ρόλους. Η εφαρμογή στρατηγικής για τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας πρέπει να διαφέρει ανάλογα με το είδος της οργανωσιακής κουλτούρας.

Αντιθέτως, σε άλλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Κρήτη με στόχο την ανάδειξη της οργανωσιακής κουλτούρας μέσω των επιπέδων υπηρεσιών υγείας τα αποτελέσματα έδειξαν πως κυριαρχεί η επιθετική/αμυντική κουλτούρα στα τρία επίπεδα των υπηρεσιών υγείας. Μέσα από άλλες μελέτες φάνηκε πως οι επιθετικές/αμυντικές κουλτούρες γενικά ενθαρρύνουν τη σταθερή αξιοπιστία και όχι τα εξαιρετικά επίπεδα απόδοσης και καινοτομίας. Η επιθετική/αμυντική κουλτούρα βασίζεται κυρίως στην ανακάλυψη σφαλμάτων και τα διορθώνει προωθώντας έναν εσωτερικό ανταγωνισμό μεταξύ των μελών του οργανισμού. Σε οργανισμούς που διακατέχονται από αυτό το είδος κουλτούρας, τα μέλη δέχονται πιέσεις για να επιδείξουν ατομική ικανότητα, με αποτέλεσμα την κακή ομαδική εργασία και την έλλειψη κινήτρων.

Ωστόσο, τα αρχικά αποτελέσματα στην επίτευξη στόχων στην επιθετική/αμυντική κουλτούρα μπορούν, μακροπρόθεσμα, να μειώσουν την ικανότητα ενός οργανισμού να επιτύχει στόχους ή να προσαρμοστεί σε ένα μεταβαλλόμενο περιβάλλον. Τα στυλ κουλτούρας δύναμης και ανταγωνισμού περιλαμβάνονται σε επιθετικούς/αμυντικούς οργανισμούς λειτουργικής κουλτούρας. Σχετικά με τις μελέτες οργανωτικής αλλαγής τονίζουν ότι το πρώτο βήμα πρέπει να είναι ένα όραμα για αλλαγή, το οποίο θα διαδίδεται σε όλους τους εργαζόμενους μέσω αφισών, ενημερωτικών επιστολών, ενημερωτικών δελτίων, φυλλαδίων, σεμιναρίων διδασκαλίας και ενημέρωσης που αναδεικνύουν τη σημασία των νέων συμπεριφορών για βιώσιμη αλλαγή κουλτούρας σε συνδυασμό με επαγγελματική καθοδήγηση και εργαστήρια.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η παραπάνω βιβλιογραφική μελέτη παρέχει στην επιστημονική κοινότητα μια σφαιρική και αναλυτική εικόνα σχετικά με την εργασιακή ευημερία και την οργανωσιακή κουλτούρα στις υπηρεσίες υγείας διεθνώς.

Διαβάζοντας κανείς την παραπάνω ανασκόπηση, μπορεί εύκολα να αντιληφθεί τη σημαντικότητα ύπαρξης ευημερίας των επαγγελματιών υγείας αλλά και της ιδανικής οργανωσιακής κουλτούρας τα οποία μπορούν να αποτελέσουν το κλειδί της επιτυχίας του εκάστοτε οργανισμού. Μέσα από αυτές τις μελέτες έγινε κατανοητό πως τα επίπεδα ικανοποίησης από την εργασία, ψυχολογικής ευημερίας και υποκειμενικής ευημερίας διαφέρουν σημαντικά ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης, ενώ τα επίπεδα ικανοποίησης από την εργασία, η ικανοποίηση από τη ζωή, η ψυχολογική ευεξία και η υποκειμενική ευημερία διαπιστώθηκε επίσης ότι διαφέρουν ανάλογα με τα έτη νοσηλευτικής υπηρεσίας και από νοσοκομείο σε νοσοκομείο. Αντιθέτως, υπάρχουν κι άλλοι παράγοντες που δρουν αρνητικά στην ύπαρξη ευημερίας στον εκάστοτε οργανισμό. Η πίεση, το άγχος, τα καταθλιπτικά συμπτώματα και τα θέματα υγείας έχουν αναφερθεί πως επηρεάζουν την ευημερία των επαγγελματιών υγείας. Επιπροσθέτως, οι πολιτικές μεταρρύθμισης της υγειονομικής περίθαλψης αποτελούν βασικούς παράγοντες ικανοποίησης από την εργασία, καθώς μπορούν να επηρεάσουν διάφορα εργασιακά χαρακτηριστικά, όπως οι μισθοί, το περιεχόμενο της εργασίας και η εξέλιξη της σταδιοδρομίας. Οι οικονομικές ανταμοιβές και η εξέλιξη της σταδιοδρομίας είναι σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες για τη συνολική ικανοποίηση από την εργασία.

Είναι σαφές πως όταν οι εργαζόμενοι χαρακτηρίζονται από καλή ευημερία, είναι ικανοποιημένοι με την εργασία και την οργάνωσή τους και είναι πιο αφοσιωμένοι και συνδεδεμένοι. Έχουν καλές διαπροσωπικές σχέσεις τόσο μέσα στην εργασία τους όσο και στην προσωπική τους ζωή. Οι άνθρωποι με καλή ευημερία είναι πιο αισιόδοξοι, πιο ανθεκτικοί στα προβλήματα και έχουν ισχυρότερη πίστη στην ικανότητά τους να χειρίζονται τα πράγματα.

Λόγω της πανδημίας COVID-19 όλοι οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης δέχτηκαν τεράστιο πλήγμα λόγω της ραγδαίας αύξησης των κρουσμάτων. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να επηρεαστεί η ευημερία των εργαζομένων. Οι νοσοκόμες δέχτηκαν κοινωνική απόρριψη ή απομάκρυνση από τις οικογένειες τους, τους συντρόφους τους,

από τα μέλη της οικογένειας τους και από το κοινό λόγω της εργασίας τους έχοντας χαμηλά επίπεδα γενικής ευημερίας.

Σε ένα διαρκώς μεταβαλλόμενο σύστημα υγείας, η διοίκηση των νοσοκομείων πρέπει να αναγνωρίζει τη σημασία των ικανοποιημένων και υγιών εργαζομένων. Οι εργοδότες πρέπει να παρακολουθούν την ικανοποίηση από την εργασία και να λαμβάνουν κατά διαστήματα μέτρα για να διασφαλίσουν την ευημερία και την υγεία των εργαζομένων για να επιτύχουν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα και καλύτερη ποιότητα.

Οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να παρέχουν ένα εργασιακό περιβάλλον που προωθεί την ευημερία των νοσηλευτών και διασφαλίζει την προστασία από την εξουθένωση, διασφαλίζοντας έτσι ότι στους ασθενείς παρέχονται ασφαλείς υπηρεσίες. Πρέπει να επικεντρωθούν στον τρόπο με τον οποίο οι εργαζόμενοι θα αισθάνονται ικανοποιημένοι για την εργασία τους και για τις προσωπικές τους σχέσεις στον χώρο εργασίας, καθώς και στον τρόπο με τον οποίο η διοίκηση θα έχει αντίκτυπο στους εργαζομένους.

Όσο αφορά την οργανωσιακή κουλτούρα στις υπηρεσίες υγείας παρατηρήθηκε πως κυριαρχεί η ιεραρχική κουλτούρα που βασίζεται στον έλεγχο και η επιθυμητή για τα επόμενα 5 έτη να είναι η συμμετοχική/ οικογενειακή που βασίζεται στη συνεργασία. Με βάση την μελέτη, για ένα επιτυχημένο εγχείρημα ΔΟΠ είναι απαραίτητο ο εκάστοτε οργανισμός να διαθέτει αρκετά στοιχεία και από τις τέσσερις κουλτούρες (οικογενειακή/ συμμετοχική, προσαρμοστική, προσανατολισμένη και ιεραρχική), τα οποία αποτελούν τις στρατηγικές ποιότητας. Σύμφωνα με τους ερευνητές πιστεύω και εγώ πως ο σχεδιασμός πρωτοκόλλου ποιότητας και η διατήρηση της χρήσης του στο χρόνο, θα αποτελέσει ένα «όπλο» που θα βοηθήσει τόσο στην προετοιμασία όσο και στην παρέμβαση με στόχο τη σταδιακή αλλαγή του τρόπου λειτουργίας των νοσοκομείων της χώρας αλλά και του εξωτερικού. Η ανάλυση των στυλ οργανωσιακής κουλτούρας μπορεί να διευκολύνει την κατανόησή μας για εκείνους τους κανόνες συμπεριφοράς που έχουν άμεσο αντίκτυπο στην απόδοση και την αποτελεσματικότητα των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης. Όταν υπάρχει έλλειψη κεφαλαίων, η αλλαγή είναι αναπόφευκτη προκειμένου να καταστεί αποτελεσματική και να επιτευχθούν οι επιθυμητές αλλαγές στην οργανωτική κουλτούρα. Για αυτό η

χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να αποτελέσει κίνητρο για αλλαγή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση

Αλαμάνου Ι. (2017) «Ενισχύοντας τους δεσμούς μεταξύ της ευημερίας και της απόδοσης των εργαζομένων στο χώρο εργασίας» Περίπτωση Εθνικής Τράπεζας της Ελλάδος. Διπλωματική Εργασία. Π.Μ.Σ. Διεθνής Διοικητική των Επιχειρήσεων, Αθήνα.

Γούλα Α. (2014) Οργανωσιακή Κουλτούρα Υπηρεσιών Υγείας Σειρά: Κοινωνικές Επιστήμες και Υγεία. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα

Γούλα Α, Κέφης Β, Δημάκου Σ, Πιερράκος Γ, Σαρρής Μ. (2014) Οργανωσιακή αλλαγή στο δημόσιο νοσοκομείο: Από το γραφειοκρατικό στο συμμετοχικό μοντέλο διοίκησης. Αρχ. Ελλ. Ιατρ., 31:583–590

Γώγος Β. (2011) Άσκηση διοίκησης στο δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομείο στην Ελλάδα. Το Βήμα του Ασκληπιού, 10:10–21

Γκιόκα Β., Πετράκος Α., Σαρρής Μ., Γούλα Α., Νικολαδός Ι., Σπέης Κ.(2018) Εκτίμηση των παραγόντων παρακίνησης για την καλύτερη απόδοση του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού στις υπηρεσίες υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 35(2):230-240

Ζερβέα Ε., Αποστολάκης Ι., Μαλλιάρου Μ., Σαράφης Π. (2021) Οργανωσιακή κουλτούρα και αντίσταση στην αλλαγή στο Γενικό Νοσοκομείο Χανίων Αναβάθμιση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 38(5):624-634 624.pdf (mednet.gr)

Ζυγά, Σ. (2013) Οργανωσιακή δέσμευση και ικανοποίηση από την εργασία. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, 6(3)

Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ, Σούλης Σ.(2001) Συστήματα υγείας. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2001

Θεοφίλου, Π. (2011). Ποιότητα ζωής και χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου: μία ποιοτική ανάλυση. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, 3(2), 70-80.

Καυκιά Θ. (2020). COVID-19 και επαγγελματίες υγείας. ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ 13(2) <https://doi.org/10.24283/hjns.202021>

Κάργας, Α. (2014) Οργανωσιακή Δομή, Επιχειρησιακή Στόχευση, Δείκτες και Προβλέψεις στην Τηλεπικοινωνιακή Αγορά. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Διδακτορική διατριβή

Κουλούρη Α. (2019) Οργανωσιακή Κουλτούρα στις Υπηρεσίες Υγείας: χαρακτηριστικά, πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης 12 (1) :5-12 [organwsiaki-koultoura-ipesies-igeias.pdf](http://www.organwsiaki-koultoura-ipesies-igeias.pdf) (journal-ene.gr)

Κουλούρη Α. (2018) Ποιότητα και Οργανωσιακή Κουλτούρα στις Υπηρεσίες Υγείας. Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας, Πειραιά <http://oceanis.lib2.uniwa.gr/xmlui/handle/123456789/4577>

Κοροτζίδης Χ., Μεραμβελιωτάκης Η., Συμεού Β., Χριστοφάκη Ε. (2020) Η επίδραση των διαπροσωπικών σχέσεων στην ικανοποίηση από την εργασία και την ποιότητα ζωής των επαγγελματιών σε υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας στην Κρήτη. Πτυχιακή Εργασία. Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο, Σχολή Επιστημών Υγείας. Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας.

Κοΐνης, Α., Σαρίδη, Μ. (2015). Εργασιακό στρες και η επίδρασή του στην επαγγελματική και προσωπική ζωή των Επαγγελματιών Υγείας. Το βήμα του Ασκληπιού, 13(3), 300-315.

Καζαμία, Α. (2015). Η επίδραση της συναισθηματικής νοημοσύνης των διευθυντών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης στην εργασιακή εμπειρία των εκπαιδευτικών και στη διαμόρφωση σχολικού κλίματος. Δημοσίευτη εργασία. Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας. Βόλος.

Κώστα Γ. (2010) Επιχειρηματικότητα και Οργανωσιακή Κουλτούρα των Ελληνικών Οργανισμών. Μεταπτυχιακό πρόγραμμα Σπουδών στη Λογιστική και Χρηματοοικονομική. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας <http://dspace.lib.uom.gr/handle/2159/1416>

Μπουραντάς, Δ. (2002) Μάνατζμεντ , θεωρητικό υπόβαθρο, σύγχρονες πρακτικές, Εκδόσεις Μπένου, Αθήνα, σελ. 25, 544

Μυκονιάτη, Α. (2008). Μία ανάλυση της ποιότητας ζωής και της ποιότητας στην εργασία. Δημοσίευτη εργασία. Πολυτεχνείο Κρήτης. Χανιά.

Μαλάμου Θ. (2016) Η μεθοδολογία υλοποίησης της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, ως βέλτιστη πρακτική λειτουργία. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, 9:6–15

Μπελλάλη Θ. (2011). Βασικές Αρχές και Μεθοδολογία της Συστηματικής Ανασκόπησης Ποσοτικών Μελετών. Νοσηλευτική 2011, 50(1): 10–22

Νασιουτζίκη Δ. (2018) Εργασιακή ευημερία και θετικός κοινωνικός αντίκτυπος στους πολιτιστικούς οργανισμούς. Διπλωματική Εργασία. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκη

Νικολός Σ. (2020) Διερεύνηση της οργανωσιακής-οργανωτικής κουλτούρας των δημοσίων υπηρεσιών υγείας. Οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις στο χώρο της υγείας. Η περίπτωση του γενικού νοσοκομείου Πρέβεζας. Μ.Π.Σ., Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Διοίκηση Μονάδων Υγείας (ΔΜΥ

Παπατριανταφύλλου Ο. (2014) ΑΝΘΡΩΠΟΣ & ΕΡΓΑΣΙΑ, Τεύχος 40, Αφιέρωμα: HR Software Interview: Chrysalis LEAP Coaching σε δύσκολους καιρούς Mystery Shopping in HR, Ευημερία και δέσμευση: Απαραίτητα για την παρακίνηση των εργαζομένων, Επιμορφωτικές Δράσεις του ΚυΣυΔΑΔ 17/9 - 16/12/2014

Παπακωστίδη Α, Τσουκαλάς Ν.(2012) Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της. Αρχ Ελλ Ιατρ, 29:480–488

Παπαγεωργίου Α. και Χονδροκούκης, Γ. (2010) Ποσοτική Προσέγγιση της Οργανωσιακής Κουλτούρας στο χώρο των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων , Επιθεώρηση Κλινικής Φαρμακολογίας και Φαρμακοκινητικής, 28: 269- 278

Πάπυρους Λάριος Μπριτάνια (1989) Εγκυκλοπαίδεια, Εκδόσεις Πάπυρος, Τόμος 35^{ος}

Παρδάλης, Δ. (2005) Η κουλτούρα της οργάνωσης και η αποτελεσματικότητα στα ελληνικά νοσοκομεία, ποια είναι η επίδραση των παραμέτρων της κουλτούρας στην αποτελεσματική λειτουργία των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων και στις ετήσιες οικονομικές καταστάσεις τους, Διδακτορική Διατριβή, ΕΚΠΑ σελ. 37
[10.12681/eadd/20888](https://doi.org/10.12681/eadd/20888)

Σαρρής Μ., Σούλης Σ., Πιερράκος Γ., Γούλα Α., Πετράκος Α., Γκικόκα Β., Νικολαδός Ι., Σπέης Κ. , Λατσού Δ. (2018) Μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας

ζωής του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2018, 35(5):472-480

Σαρρής Μ, Σούλης Σ, Υφαντόπουλος Γ. (2001) Η θεωρία της κοινωνικής παραγωγής λειτουργιών. Αρχ. Ελλ. Ιατρ., 18:230–238

Σαρρής Μ.(2001) Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα

Σούλης Σ.(2015) Εφαρμοσμένη κοινωνική πολιτική: Σχεδιασμός υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής προστασίας. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα

Σκορδή, Α.(1997) Διοίκηση ολικής ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Πανεπιστήμιο

Τζινιέρη - Κοκκώση, Μ. (2010, Φεβρουάριος). Η ποιότητα ζωής στον αντίποδα της ψυχικής νόσου. Παρουσίαση στο Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών, Αθήνα, Ελλάδα.

Τσιότρας, Ν. (2002). Βελτίωση Ποιότητας. Εκδόσεις Μπένου Χυτήρης Λ. (1986) Κύκλοι Ποιότητας και Δυνατότητα Εφαρμογής τους στην Ελλάδα, Σπουδαί, 36(1):365-381.

Τσιαμάντα Μαρία (2012) Ο προσδιορισμός της οργανωσιακής κουλτούρας του «Αχιλλοπουλείου» Γενικού Νοσοκομείου Βόλου. Μεταπτυχιακό πρόγραμμα Σπουδών- Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων, Σπάρτη <http://amitos.library.uop.gr/xmlui/handle/123456789/672>

Τσάρας Κ., Παπαγιάννη Μ., Παραλίκας Θ., Φραδέλος Ε., Λαχανά Ε. & Παπαθανασίου Ι. (2018). Σχέση επαγγελματικής ικανοποίησης και ψυχικής υγείας των εργαζομένων σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και κοινωνικής πρόνοιας. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης 11(4): 38-47

Υφαντόπουλος Γ, Σαρρής Μ.(2001) Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής: Μεθοδολογία μέτρησης. Αρχ. Ελλ. Ιατρ., 18:218–229

Χυτήρης,Σ.Α. (1996) Οργανωσιακή Συμπεριφορά: Η ανθρώπινη Συμπεριφορά Σε Οργανισμούς Και Επιχειρήσεις. Αθήνα: Interbooks.

Ξενόγλωσση

Ababaneh R. (2010) The role of organizational culture on practicing quality improvement in Jordanian public hospitals. *Leadersh Health Serv*, 23:244–259

Achor, S. (2011). *The happiness advantage: The seven principles of positive psychology that fuel success and performance at work*. Random House.

Adams M, Chase J, Doyle C, Mills J. Self-care planning supports clinical care: putting total care into practice. *Progress Palliative Care*. 2020;28(5):305–7. <https://0-doi-org.brum.beds.ac.uk/10.1080/09699260.2020.1799815>

Adriaenssens J, de Gucht V, Maes S. Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: a systematic review of 25 years of research. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(2):649–61. <https://0-doi-org.brum.beds.ac.uk/10.1016/j.ijnurstu.2014.11.004>

Anttonen, H., & Räsänen, T. (2009). Well-being at work: new innovations and good practices

Atanes ACM, Andreoni S, Hirayama MS, Montero-Marin J, Barros VV, Ronzani TM. et al. Mindfulness, perceived stress, and subjective well-being: a correlational study in primary care health professionals. *BMC Complement Altern Med*. 2015;2: 303. doi: 10.1186/s12906-015-0823-0.

Baard, P. P., Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2004). Intrinsic need satisfaction: A motivational basis of performance and well-being in two work settings. *Journal of applied social psychology*, 34(10), 2045-2068.

Bagcchi, S. (2020). Stigma during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Infectious Diseases*, 20(7), 782. 10.1016/S1473-3099(20)30498-9

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman

Bandyopadhyay, S., Baticulon, R. E., Kadhum, M., Alser, M., Ojuka, D. K., Badereddin, Y., Kamath, A., Parepalli, S. A., Brown, G., Iharchane, S., Gandino, S., Markovic-Obiago, Z., Scott, S., Manirambona, E., Machhada, A., Aggarwal, A., Benazaize, L., Ibrahim, M., Kim, D., Tol, I., ... & Khundkar, R. (2020). Infection and mortality of healthcare workers worldwide from COVID-19: a systematic review. *BMJ global health*, 5(12), e003097. 10.1136/bmjgh-2020-003097

Barnay T. (2016). Health, work and working conditions: a review of the European economic literature. *The European Journal of Health Economics* 17: 693-709.

Barofski I. Cognitive aspects of quality-of-life assessment. In: Spilker B (ed) *Quality of life and Pharmacoeconomics in clinical trials*. 2nded. Lippincott-Raven, Philadelphia, 1996:107–116

Bellou, V. (2008). Identifying organizational culture and subcultures within Greek public hospitals. *Journal of Health, Organization and Management*, 22, 496–509. <http://dx.doi.org/10.1108/14777260810898714>.

Bellou, V., Chitiris, L., & Bellou, A. (2005). The impact of organizational identification and self-esteem on organizational citizenship behavior: The case of Greek public hospitals. *Operations Research*, 5, 305–318. <http://dx.doi.org/10.1007/BF02944315>.

Benbenishty, J., Ashkenazy, S., Lev Dov Avital, I., Jakobson, L., Kolpak, O., & DeKeyser Ganz, F. (2021). Nurses' perceptions of social rejection, resilience and well-being during COVID-19: A national comparative study. *Journal of clinical nursing*, 10.1111/jocn.16034. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/jocn.16034>

Berta W., Laporte A., Perreira T., Ginsburg L., Dass A.R., Deber R., Baumann A., Cranley L., Bourgeault I., Lum J., Gamble B., Pilkington K., Haroun V. & Neves P. (2018). Relationships between work outcomes, work attitudes and work environments of health support workers in Ontario long-term care and home and community care settings. *Human Resources for Health* 16: 15.

Bhatnagar, Jyotsna. (2007). Talent Management Strategy of Employee Engagement in Indian ITES Employees: Key to Retention. *Employee Relations*. 29. 640-663. [10.1108/01425450710826122](https://doi.org/10.1108/01425450710826122).

Biagioli V, Prandi C, Nyatanga B, Fida R. The role of professional competency in influencing job satisfaction and organizational citizenship behavior among palliative care nurses. *J Hosp Palliat Nurs*. 2018;20(4):377–84. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000454>

Bourgault P, Lavoie S, Paul-Savoie E, Grégoire M, Michaud C, Gosselin E. et al. Relationship between empathy and well-being among emergency nurses. *J Emerg Nurs*. 2015; 41:323–8. doi: 10.1016/j.jen.2014.10.001.

Brief Ap, Butcher Ah, George Jm, Link Ke. Integrating bottom up and top-down theories of subjective well-being: The case of health. *J Person Soc Psychol* 1993, 64:646–653 17.

Butler, J., & Kern, M. L. (2016). The PERMA-Profil: A brief multidimensional measure of flourishing. *International Journal of Wellbeing*, 6(3)

Cameron KS, Quinn RE. (2006) Diagnosing and changing organizational culture: Based on the competing values framework. Revised edition. Jossey-Bass, San Francisco, CA

Carlstrom E, Olsson L. (2014) The association between subcultures and resistance to change – in a Swedish hospital clinic. *J Health Organ Manag* 2014, 28:458–476

Cartwright, S., & Cooper, C. L. (2014). Towards organizational health: Stress, positive organizational behavior, and employee well-being. In *Bridging occupational, organizational and public health* (pp. 29-42). Springer, Dordrecht.

Chien WT, Yick SY. An Investigation of Nurses' Job Satisfaction in a Private Hospital and Its Correlates. *Open Nurs J.* 2016; 10:99–112. doi: 10.2174/1874434601610010099.

Chung-Yan, G. A. (2010). The nonlinear effects of job complexity and autonomy on job satisfaction, turnover, and psychological well-being. *Journal of occupational health psychology*, 15(3), 237.

CIPD (2007) *The Changing HR Function: Transforming HR*. London, Chartered Institute of Personnel and Development (Reilly, P., Tamkin, P. and Broughton, A.) http://www.cipd.co.uk/subjects/hrpract/hrtrends/_chnghrfncn.htm

Collins, J. and Porras, J.I. (1994) *Built to Last: Successful Habits of Visionary Companies*. Harper Collins Publishing, New York

Cooke, R., & Rousseau, D. (1998). Behavioral norms and expectations: A quantitative approach to the assessment of organizational culture. *Group and Organization Studies*, 13, 245–273. <http://dx.doi.org/10.1177/105960118801300302>.

Cooke, R., & Szumal, J. (1993). Measuring normative beliefs and shared behavioral expectations in organizations: The reliability and validity of the organizational culture

inventory®. Psychological Reports, 72, 1299–1330.
<http://dx.doi.org/10.2466/pr0.1993.72.3c.1299>.

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

Csikszentmihalyi, M., & Larson, R. (2014). *Flow and the foundations of positive psychology* (Vol. 10, pp. 978-94). Dordrecht: Springer.

Daniels, K. (2000). Measures of five aspects of affective well-being at work. *Human Relations*, v.53, pp.275–294

Deci El, Ryan Rm. A (1990) Motivational approach to self: Integration in personality. *Nebr Symp Motiv*, 38:237–288

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

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

Dew Ma, Simmons Rg. The advantage of multiple measures of quality of life. *Scand J Urol Nephrol Suppl* 1990, 131:23–30

Diehl E, Rieger S, Letzel S, Nienhaus A, Escobar Pinzon LC. (2018) Arbeitssituation von Pflegekräften in der spezialisierten Palliativversorgung in Rheinland-Pfalz. *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin*. 2018; 53:33–8.

Diehl E, Rieger S, Letzel S, Nienhaus A, Escobar Pinzon LC. (2019) Belastungen und Ressourcen von Pflegekräften der spezialisierten Palliativversorgung. [Burdens and resources of nurses working in the specialist palliative care: an explorative cross-sectional study]. *Pflege*. 2019;32(4):209–23. <https://0-doi-org.brum.beds.ac.uk/10.1024/1012-5302/a000680>.

Diehl, E., Rieger, S., Letzel, S. et al. (2021) Burdens, resources, health and wellbeing of nurses working in general and specialised palliative care in Germany – results of a nationwide cross-sectional survey study. *BMC Nurs* 20, 162. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00687-z>

Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological bulletin*, 95(3), 542

Dijxhoorn A-FQ, Brom L, van der Linden YM, Leget C, Raijmakers NJ. Prevalence of burnout in healthcare professionals providing palliative care and the effect of interventions to reduce symptoms: a systematic literature review. *PalliatMed*.2021;35(1):626.<https://doi.org/10.1177/0269216320956825>

Ding H. (2013) Study on job Satisfaction of Community Health Workers in Anhui Province. Anhui: Anhui Medical University.

Drosos, D. Skordoulis, M., Chalikias, M., Kalantonis, P., Papagrigoriou, A. (2017) The Impact of ISO 9001 Quality Management System Implementation in Tourism SMEs. In book: Springer Proceedings in Business and Economics: Tourism, Culture and Heritage in a Smart Economy. Eds., Katsoni, V. et al. Springer, :145-157

Erikson, E. (1959). Identity and the life cycle. *Psychological Issues*, v.1, pp.18–124

Fallowfield L. (1992) The quality of life: The missing measurement in health care. Souvenir Press, London

Flanagan, J. C. (1978). A research approach to improving our quality of life. *American Psychologist*, 33(2), 138–147. DOI: 10.1037/0003-066X.33.2.138.

Flanagan, J.C. (1982). Measurement of quality of life: current state of the art. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 63(2), 56-59. DOI: 6460487.

Franco LM, Bennett S, Kanfer R. (2002) Health sector reform and public sector health worker motivation: a conceptual framework. *Soc Sci Med*. 2002; 54:1255–66.

Fredrickson, B. L. (1998). What Good Are Positive Emotions? *Review of General Psychology: Journal of Division 1, of the American Psychological Association*, 2(3), 300–319.

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

Garratt B. (1994) *The learning organization*. Harper Business.

Ge C, Fu J, Chang Y et al. (2011) Factors associated with job satisfaction among Chinese community health workers: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2011;11.

Gershon R.M., Stone P.W., Baken S, Larson E., (2004), Measurement of organizational Culture and climate in healthcare, *Jona*, Vol. 34, No 1, pp. 33 – 40

Gill Tm, Feinstein Ar. (1994) A critical appraisal of the quality-of-life measurements. *JAMA* 1994, 272:619–626

Goh, P. S., Goh, Y. W., Jeevanandam, L., Nyolczas, Z., Kun, A., Watanabe, Y., ... & Jiang, J. (2021). Be happy to be successful: a mediational model of PERMA variables. *Asia Pacific Journal of Human Resources*.

Grant A.M., Christianson M.K. & Price R.H. (2007). Happiness, Health, or Relationships? Managerial Practices and Employee Well-Being Tradeoffs. *Academy of Management Perspectives* 21: 51-63.

Hackman, J. R., & Oldham, G. R. (1975). Development of the Job Diagnostic Survey. *Journal of Applied Psychology*, 60(2), 159–170. DOI: 10.1037/h0076546.

Hall LH, Johnson J., Watt I, Tsipa A, O'Connor DB. (2016) Healthcare staff wellbeing, burnout, and patient safety: a systematic review. *PLoS One*. 2016;11(7): e0159015. doi: 10.1371/journal.pone.0159015.

Hatoko Sasaki, Naohiro Yonemoto, Rintaro Mori, Toshihiko Nishida, Satoshi Kusuda, Takeo Nakayama. (2017) Assessing archetypes of organizational culture based on the Competing Values Framework: the experimental use of the framework in Japanese neonatal intensive care units, *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 29, Issue 3, June 2017, Pages 384–391, <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx038>

Healy C.M. & McKay M.F. (2008). Nursing stress: the effects of coping strategies and job satisfaction in a sample of Australian nurses. *Journal of Advanced Nursing* 31: 681-688.

Herzberg F. (1987) One more time: How do you motivate employees? *Harvard Business Review*, 1987:109–117

Hewison, A. (1996), Organizational Culture: a useful concept for nurse management, *Journal of Nursing Management*, Vol. 4: pp. 3-9 <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.1996.tb00021.x>

Hofmeyer A, Taylor R, Kennedy K. (2020) Knowledge for nurses to better care for themselves so they can better care for others during the Covid-19 pandemic and beyond. *Nurse Educ Today*. 2020; 94:104503. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104503>

Holman, D., Johnson, S., & O'Connor, E. (2018). Stress management interventions: Improving subjective psychological well-being in the workplace. e-handbook of well-being. NobaScholar.

Hou P, Bundorf K, Chang JL, Huang JX, Xue D. (2011) Organizational culture and its relationship with hospital performance in public hospitals in China. *Health Serv Res*, 46:2139–2160

HSI (2012). Human Synergistics international: Organizational culture inventory® interpretation & development guide. Michigan: Human Synergistics.

Hu D., Kong Y., Li W., Han Q., Zhang X., Zhu I.X., Wan S.W., Liu Z., Shen Q., Yang J., He H.G. & Zhu J. (2020). Frontline nurses' burnout, anxiety, depression and fear statuses and their associated factors during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China: A large-scale cross-sectional study. *E Clinical Medicine* 24, 100424.

Huppert, F. A., & So, T. T. (2013). Flourishing across Europe: Application of a new conceptual framework for defining well-being. *Social indicators research*, 110(3), 837-861.

International Council of Nurses (ICN). (2020). More than 600 nurses die from COVID-19 worldwide. <https://www.icn.ch/news/more-600-nurses-die-covid-19-worldwide>

Jacques, E. (1952) *The changing culture of a factory*, Dryden Press, New York, pp. 251

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

Karimi L, Cheng C, Bartram T, Leggat SG, Sarheshik S. The effects of emotional intelligence and stress-related presenteeism on nurses' well-being. *Asia Pac J Hum Res.* 2015;53: 296–310. doi: 10.1111/1744-7941.1204

Karyani AK, Matin BK, Gebru AA, Dizai JY, Rezaei S. Life and health satisfaction and their association toward health-related quality of life, body mass index and chronic diseases in Iran. *J Educ Health Promot.* 2019;8: 1. doi: 10.4103/jehp.jehp_204_18.

Khamisa N., Oldenburg B., Peltzer K. & Ilic D. (2015). Work Related Stress, Burnout, Job Satisfaction and General Health of Nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 12: 652-666.

Koberg, S.C. and Chusmir, H.L. (1987) "Organizational Culture Relationships with Creativity and Other Job- Related Variables", *Journal of Business Research*, 15, pp. 397-409. [https://doi.org/10.1016/0148-2963\(87\)90009-9](https://doi.org/10.1016/0148-2963(87)90009-9)

Kotrlik J, Williams H, Jabor K. Reporting and interpreting effect size in quantitative agricultural education research. *JAE.* 2011;52(1):132–42. <https://doi.org/brum.beds.ac.uk/10.5032/jae.2011.01132>

Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The patient health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Med Care.* 2003;41(11):1284–92. <https://doi.org/brum.beds.ac.uk/10.1097/01.MLR.0000093487.78664.3C>.

Kubovy, M. (1999). On the pleasures of the mind. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 134–154). Russell Sage Foundation.

Labrague L.J., McEnroe-Petitte D.M., Gloe D., Tsaras K., Arteché D.L. & Mardia F. (2017). Organizational politics, nurses' stress, burnout levels, turnover intention and job satisfaction. *International Nursing Review* 64: 109-116.

Laschinger, H. K., Wong, C. A., & Greco, P. (2006). The impact of staff nurse empowerment on person-job fit and work engagement/burnout. *Nursing administration quarterly*, 30(4), 358–367. <https://doi.org/10.1097/00006216-200610000-00008>

Leppert K, Koch B, Brähler E, Strauß B. Die Resilienzskala (RS) - Überprüfung der Langform RS-25 und einer Kurzform RS-13. (2008) *Klinische Diagnostik und Evaluation.* 2008;1: 226–43.

Li L, Hu H, Zhou H et al. (2014) Work stress, work motivation and their effects on job satisfaction in community health workers: a cross-sectional survey in China. *BMJ Open*. 2014;4: e004897.

Linley PA, Joseph S. *Positive psychology in practice*. John Wiley & Sons Inc; 2004. *Applied positive psychology: a new perspective for professional practice*. Accessed September 29, 2019 at: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9780470939338.ch1>

Locke E.A. (1976). The nature and causes of job satisfaction. In: M.D. Dunnette (Eds), *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*. Chicago: Rand McNally.

Lorber, M., Treven, S., & Mumel, D. (2020). Well-Being and Satisfaction of Nurses in Slovenian Hospitals: A Cross-Sectional Study. *Zdravstveno varstvo*, 59(3), 180–188. <https://doi.org/10.2478/sjph-2020-0023>

Lu H, Feng C, Zhu W. (2014) Research on management system and job satisfaction of community health services held by different ownership. *Chin Gen Pract*. 2014:1534–7.

Lu L, Lu a, Gursoy D, Neale N. (2016) Work engagement, job satisfaction, and turnover intentions: A comparison between supervisors and line-level employees. *Int J Contemp Hosp Manag*. 2016;28(4):737–91. doi: 10.1108/IJCHM-07-2014-0360

Lu Y, Feng X. (2011) Study on ‘separation of revenue and expenditure’ in community health institutions of Pudong District Shanghai. *Chin Health Resources*.2011;14:435–7

Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The Benefits of Frequent Positive Affect: Does Happiness lead to Success? *Psychological Bulletin*, 131, 803-855. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.6.803>

Mannion, R., Konteh, F., McMurray, R., Davies, H., Scott, T., Jung, T., et al. (2008). Measuring and assessing organizational culture in the NHS (OC1). http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_FR_08-1501-091_V01.pdf (Accessed 17.10.2016).

Maslach, C. (1993). Burnout: A multi-dimensional perspective. In W. B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp.19–32). Washington, DC: Taylor and Francis

Maslow, A. H. (1959). *New knowledge in human values*. New York: Harper and Row

Maurya, K. K., & Agarwal, (2015). M. Factors Affecting Stress and Wellbeing of Women Employees

Maxwell, G., McDougall M., Blair S. (2000) Managing diversity in the hotel sector: the emergence of a service quality opportunity. *Managing Service Quality*, 10:367-373.

Meyer, J.P., & Topolnytsky, L. (2000), “Best practices: Employee retention”, chapter 9, Canada: Carswell. Διαθέσιμο στο http://www.uwo.ca/faculty_staff/img/documents/culture.pdf

Milliken T., Clements P. & Tillman H. (2007). The impact of stress management of nurse productivity and retention. *Nursing Economics* 25: 203-210.

Mills J, Ramachenderan J, Chapman M, Greenland R, Agar M. Prioritising workforce wellbeing and resilience: what COVID-19 is reminding us about self-care and staff support. *Palliat Med.* 2020;34(9):1137–9. <https://doi-org.brum.beds.ac.uk/10.1177/0269216320947966>

Mingji Zhang, Rongrong Yang, Wei Wang, James Gillespie, Susan Clarke, Fei Yan, (2016) Job satisfaction of urban community health workers after the 2009 healthcare reform in China: a systematic review, *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 28, Issue 1, February 2016, Pages 14–21, <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv111>

Moorehead G. and Griffin W.R., (1995), *Organizational Behavior: Managing people and organizations*, Houghton Mifflin Company, Geneva, pp.181

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

Nahum-Shani, I., Bamberger, P. A., & Bacharach, S. B. (2011). Social support and employee well-being: The conditioning effect of perceived patterns of supportive exchange. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(1), 123-139.

Nübling M, Vomstein M, Schmidt SG, Gregersen S, Dulon M, Nienhaus A. Psychosocial work load and stress in the geriatric care. *BMC Public Health*. 2010;10(1):428. <https://doi-org.brum.beds.ac.uk/10.1186/1471-2458-10-428>

- Oates J, Jones J, Drey N. (2017) Subjective well-being of mental health nurses in the United Kingdom: Results of an online survey. *Int J Ment Health Nurs*. 2017;26: 391–401. doi: 10.1111/inm.12263.
- Obenchain M., Johnson W.C., Dion P.A., (2004) Innovation in service organizations: The influence of organizational cultures and innovation in higher education institutions, Discussion Paper
- Oedes et al. (2011). Towards a positive university. *Journal of Positive Psychology*, 6(6), 432-439.
- Ouchi W., Wilkins A., (1985) Organizational Culture, Annual Reviews Inc, Vol. 11: pp. 457- 483 <https://doi.org/10.1146/annurev.so.11.080185.002325>
- Panayotopoulou L., Bourantas D., Papalexandris N. (2003) Strategic human resource management and its effects on firm performance: An implementation of the competing values framework, *The International Journal of Human Resource Management* 14(4):680-699 <https://doi.org/10.1080/0958519032000057781>
- Papathanasiou I.V., Tsaras K., Kleisiaris C.F., Fradelos E.C., Tsaloglidou A. & Damigos D. (2017). Anxiety and Depression in Staff of Mental Units: The Role of Burnout. *Advances in Experimental Medicine and Biology* 987: 185-197.
- Peter, M. (2001). Occupational stress: Toward a more integrated framework. *Handbook of Industrial, Work & Organizational Psychology: Volume 2: Organizational Psychology*, 93.
- Pettigrew A., (1979) On studying organizational cultures, *administrative science Quarterly*, 24: 570- 581 <https://doi.org/10.2307/2392363>
- Pisanti, R., van der Doef, M., Maes, S., Lombardo, C., Lazzari, D., & Violani, C. (2015). Occupational coping self-efficacy explains distress and well-being in nurses beyond psychosocial job characteristics. *Frontiers in psychology*, 6, 1143.
- Popay J, Roberts H, Sowden A, Petticrew M, Arai L, Rodgers M. (2005) *Guidance on the Conduct of Narrative Synthesis in Systematic Reviews*. Lancaster: Lancaster University
- Purohit B, Bandyopadhyay T. (2014) Beyond job security and money: driving factors of motivation for government doctors in India. *Human Resour Health*. 2014;12.

- Qiao H, Li Z, Ren B et al. (2012) Survey of job satisfaction of community health workers in Ningxia province. *J Ningxia Med U.* 2012;34: 906–9.
- Quinn R. and Cameron K., (2011) Diagnosing and changing organizational culture, Jossey - Bass WA, pp. 27- 41
- Quinn R.E. and Spreitzer G.M., (1991) The psychometrics of the competing values culture instrument and an analysis of the impact of organizational culture on quality of life, *Research in Organizational Change and Development*, Vol.5, pp. 115- 142
- Reeves, C.A., Bednar, D.A. (1994) Defining Quality: Alternatives and Implications. *Academy of Management Review*, 19:419-445.
- Rocha F, Marziale M, De Carvalho M, ID SFC, De Campos MCT. (2014) The organizational culture of a Brazilian public hospital. *Rev Esc Enferm USP*, 48:308–314
- Rosella LC, Fu L, Buajati E, Goel V. Death and chronic disease risk associated with poor life satisfaction: a population-based cohort study. *Am J Epidemiol.* 2019;188(2):323–31. doi: 10.1093/aje/kwy245.
- Rothman S. (2008). Job satisfaction, occupational stress, burnout and work engagement as components of work-related wellbeing. *SA Journal of Industrial Psychology* 34: 11-
- Rovithis, M., Linardakis, M., Merkouris, A., Patiraki, E., Vassilaki, M., & Philalithis, A. (2017). Organizational culture among levels of health care services in Crete (Greece). *Applied nursing research: ANR*, 36, 9–18. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.05.003>
- Ryff CD, Keyes CL. (1995) The structure of psychological well-being revised. *J Pers Soc Psychol.* 1995;69: 712–27.
- Ryff CD. (2017) Eudaimonic well-being, inequality, and health: recent findings and future directions. *Int Rev Econ.* 2017;64: 159–78. doi:10.1007/s12232-017-0277-4
- Ryff, C. D. (1989). Happiness Is Everything, or Is It? Explorations on the Meaning of Psychological Wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*, 69(4), 719.

- Sahoo, F. M. (2015). Flow experience and workplace well-being. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 41(2), 189.
- Santos A, Chambel MJ, Castanheira F. Wellbeing among hospital nurses: a cross-sectional study of the contributions of relational job characteristics. *Int J Nurs Stud*. 2020;105: 103438. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.103438
- Sasaki, H., Yonemoto, N., Mori, R., Nishida, T., Kusuda, S., & Nakayama, T. (2017). Assessing archetypes of organizational culture based on the Competing Values Framework: the experimental use of the framework in Japanese neonatal intensive care units. *International journal for quality in health care: journal of the International Society for Quality in Health Care*, 29(3), 384–391. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx038>
- Schein E., (1985) *Organizational culture and leadership*, Jossey Bass, San Francisco, CA, pp.6
- Schein E., (2004) *Organizational culture and leadership*, Jossey Bass p. 12-15
- Seligman, M. (2012). *Flourish: A Visionary New Understanding of Happiness and Well-being*. Atria books.
- Seligman, M. E. (2011). Flourish: a visionary new understanding of happiness and well-being. *Policy*, 27(3), 60-1.
- Seren S, Baykal U. (2007) Relationships between change and organizational culture in hospitals. *J Nurs Scholarch*, 39:191–197
- Shi L, Song K, Rane S et al. (2014) Factors associated with job satisfaction by Chinese primary care providers. *Primary Health Care Res Develop*.2014;15:46–57.
- Shreffler, J., Huecker, M., & Petrey, J. (2020). The impact of COVID-19 on healthcare worker wellness: a scoping review. *Western Journal of Emergency Medicine*, 21(5), 1059–1066. 10.5811/westjem.2020.7.48684
- Sinclair, J., Arthur, A., (1994) *Inhospitable Cultures and Continuous Improvement*. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 6(30).
- Slavin et al. (2012) PERMA: a model for institutional leadership and cultural change. *Academic Medicine*. 87, 1481.

- Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., & Bernard, J. (2008). The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15, 194–200. 10.1080/10705500802222972
- Sønderskov, K. M., Dinesen, P. T., Santini, Z. I., & Østergaard, S. D. (2020). The depressive state of Denmark during the COVID-19 pandemic. *Acta Neuropsychiatrica*, 32(4), 226–228. 10.1017/neu.2020.1
- Spector P.E. (1997) *Job Satisfaction: Application, Assessment, Causes, and Consequences*. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications.
- Spilker B. *Quality of life: Assessments in clinical trials*. Raven, New York, 1990
- Sun X, Liang X, Zhang D et al. (2011) Employee satisfaction survey in community health institutions of Chongwen district in Beijing. *Chin J Soc Med*.2011;28: 195–7
- Taris, T. W., & Schaufeli, W. (2015). Individual well-being and performance at work: A conceptual and theoretical overview.
- Taris, T. W., Van Beek, I. & Schaufeli, W. B. (2014). The beauty versus the beast: On the motives of workaholic and engaged employees. In I. Harpaz & R. Snir (Eds.), *Heavy work investment: Its nature, sources, outcomes, and future directions* (pp. 121– 139). New York: Routledge.
- Van der Klink J.J., Blonk R.W., Schene A.H. & Dijk F.J. (2001). The benefits of interventions for work-related stress. *American Journal of Public Health* 91: 270-276.
- Vizheh, M., Qorbani, M., Arzaghi, S. M., Muhidin, S., Javanmard, Z., & Esmaeili, M. (2020). The mental health of healthcare workers in the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 19(2), 1967–1978. 10.1007/s40200-020-00643-9
- Vlaicu Fl, Neagoe A, Țiru LG, Otovescou A. (2019) The organizational culture of a major social work institution in Romania: A sociological analysis. *Sustainability*, 3587; doi:10.3390/ su11133587
- Wagner C, Mannion R, Hammer A, Groene O, Arah OA, Dersarkissian M ET AL. (2014) The associations between organizational culture, organizational structure and quality management in European hospitals. *Int J Qual Health Care*, 26(Suppl 1):74–80

Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *J Nurs Meas.* 1993;1(2):165–78.

Waris Nawaz M, Imtiaz S, Kausar E. Self-care of Frontline Health Care Workers: During COVID-19 Pandemic. *Psychiatr Danub.* 2020; 32:557–62. [https://doi-org.brum.beds.ac.uk/10.24869/psyd.2020.557](https://doi.org/brum.beds.ac.uk/10.24869/psyd.2020.557)

Warr, P. (1987). *Work, unemployment, and mental health.* Oxford: Oxford University Press

Warr, P. (1994). A conceptual framework for the study of work and mental health. *Work and Stress*, v.8, pp.84–97

West C.P., Dyrbye L.N., Rabatin J.T., Call T.G., Davidson J.H., Multari A., Romanski S.A., Hellyer J.M., Sloan J.A. & Shanafelt T.D. (2014). Intervention to promote physician well-being, job satisfaction, and professionalism: a randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine* 174: 527-533.

WHO, (1946) International Health Conference, New York

WHO, (1993) Continuous Quality Development: A Proposal National Policy WHO Regional Office for Europe, Copenhagen?

Wood, A. M., Linley, P. A., Maltby, J., Kashdan, T. B., & Hurling, R. (2011). Using Personal and Psychological Strengths Leads to Increases in Well-Being over Time: A Longitudinal Study and the Development of the Strengths Use Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 50, 15-19. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.08.00>

Wright, T. A., & Cropanzano, R. (2000). Psychological well-being and job satisfaction as predictors of job performance. *Journal of occupational health psychology*, 5(1), 84.

Wu Y., Wang J., Luo C., Hu S., Lin X., Anderson A.E., Bruera E., Yang X., Wei S. & Qian Y. (2020). A comparison of burnout frequency among oncology physicians and nurses working on the frontline and usual wards during the COVID-19 epidemic in Wuhan, China. *Journal of Pain and Symptom Management* 60(1), e60-65.

Yang X, Zhang Y, Zhang M. (2013) Analysis of job satisfaction of community health workers in Guiyang city. *Soft SciHealth.* 2013:602–6.

Yip W, Hsiao WC, Chen W et al. (2012) Early appraisal of China's huge and complex health-care reforms. *Lancet*. 2012;379: 833–42.