



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ - ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ & ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

## ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ, ΤΗΣ ΑΣΑΦΕΙΑΣ ΚΑΙ  
ΣΥΓΚΡΟΥΣΗΣ ΡΟΛΩΝ ΣΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ  
ΚΡΗΤΗΣ

Ροβίθης Μιχαήλ

Νοσηλεύτης ΓΕ

Επιβλέπωντας: Α. Φιλαλήθης, Αναπληρωτής Καθηγητής,  
Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα  
Ιατρικής, Παν. Κρήτης

© 2005

Ροβίθης Μιχαήλ

ALL RIGHTS RESERVED

## Ευχαριστίες

Θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές ευχαριστίες μου στον επιβλέποντα καθηγητή κ. Α. Φιλαλήθη, ο οποίος με την αμέριστη συμπαράσταση και την καθοδήγηση του βοήθησε στην ολοκλήρωση της παρούσας μελέτης. Επίσης θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στην κ. Ξενικού Αθηνά, Λέκτορα στο τμήμα Ψυχολογίας, του Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, για την παραχώρηση του προσαρμοσμένου από την ίδια Ερωτηματολογίου Οργανωτικής Κουλτούρας (ΕΟΚ), όπως επίσης και στον κ. Κουστέλιο Αθανάσιο, Αναπληρωτή Καθηγητή του τμήματος Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, για την διάθεση του προσαρμοσμένου εργαλείου μέτρησης της σύγκρουσης και ασάφειας ρόλων, καθώς και την αποστολή ιδιαίτερα χρήσιμων άρθρων σχετικά με το θέμα.

Δεν θα μπορούσα βέβαια να παραλείψω να ευχαριστήσω και τον κ. Λιναρδάκη Εμμανουήλ, Στατιστικό, Msc, του Πανεπιστημίου, για την συμβολή του στο μεθοδολογικό μέρος της έρευνας, η οποία ήταν πολύτιμη και ουσιαστική. Όπως και την καθηγήτρια R.A. Cooke και τους συνεργάτες της, Eric Sanders, MA, MBA, Senior Account Manager Human Synergistics, Center for applied Research και την κυρία Cheryl Boglarsky Ph.D Human Synergistics, Center for applied Research για τις συμβουλές, την υποστήριξη και την βοήθεια, που μου προσέφεραν στην μελέτη της οργανωτικής κουλτούρας και της μέτρησής της.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους εργαζόμενους στα Κέντρα Υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα με την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων για τον χρόνο που διέθεσαν διακόποντας συχνά την εργασία τους καθώς και τους διευθυντές των Κέντρων Υγείας που με προθυμία δέχτηκαν να μου προσφέρουν κάθε δυνατή βοήθεια για την ολοκλήρωση της μελέτης.

Την παρούσα εργασία θα ήθελα να την αφιερώσω στους γονείς μου.

## Περιεχόμενα

<b>Περιεχόμενα.....</b>	<b>6</b>
<b>Περίληψη .....</b>	<b>1</b>
<b>Εισαγωγή .....</b>	<b>5</b>
Σκοπός της Μελέτης .....	8
<b>Βιβλιογραφική Ανασκόπηση .....</b>	<b>9</b>
Θεωρητικό Πλαίσιο – Η έννοια της Οργανωτικής Κουλτούρας.....	9
Λειτουργικός Ορισμός Οργανωτικής Κουλτούρας .....	12
Μελέτες μέτρησης της Οργανωτικής Κουλτούρας.....	13
Ποιοτικές - Ποσοτικές Μελέτες μέτρησης της Οργανωτικής Κουλτούρας .....	15
Ερευνητικά Εργαλεία Μέτρησης της Οργανωτικής Κουλτούρα και της Ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων μεταξύ του προσωπικού .....	17
Organizational Culture Inventory (EOK) – Θεωρητικό πλαίσιο .....	19
Θεωρητικό Πλαίσιο – Οι έννοιες της Ασάφειας και Σύγκρουσης ρόλων .....	24
Ελληνική Πραγματικότητα – Κέντρα Υγείας.....	25
Σημασία Μελέτης .....	28
<b>Μεθοδολογία.....</b>	<b>29</b>
Ερευνητικές Ερωτήσεις .....	29
Ερευνητικό πεδίο – Πληθυσμός – Δειγματοληπτικό πλαίσιο .....	30
Δημογραφικά χαρακτηριστικά Δείγματος .....	31
Περιγραφή του ερευνητικού εργαλείου .....	32
Πιλοτική μελέτη.....	33
Συγκέντρωση Δεδομένων .....	34
Στατιστική Ανάλυση.....	35

<b>Αποτελέσματα .....</b>	<b>37</b>
Μέτρηση της Οργανωτικής Κουλτούρας .....	37
Μέτρηση Σύγκρουσης και Ασάφειας ρόλων .....	40
<b>Συζήτηση .....</b>	<b>41</b>
Συζήτηση σχετικά με τη μεθοδολογία .....	41
Συζήτηση αποτελεσμάτων σχετικά με την μέτρηση της Οργανωτικής Κουλτούρας .....	46
Συζήτηση αποτελεσμάτων σχετικά με τον βαθμό Ασάφειας και Σύγκρουσης Ρόλων .....	58
Προεκτάσεις – προτάσεις για Μελλοντική Έρευνα.....	61
<b>Βιβλιογραφία .....</b>	<b>63</b>
Αγγλική.....	63
Ελληνική Βιβλιογραφία .....	78
<b>Παράρτημα 1 .....</b>	<b>80</b>
Πίνακας 1.....	81
Πίνακας 2.....	82
Πίνακας 3.....	83
Πίνακας 4.....	84
Πίνακας 5.....	85
Πίνακας 6.....	86
<b>Παράρτημα 2 .....</b>	<b>87</b>
<b>Παράρτημα 3 .....</b>	<b>98</b>

## Περίληψη

### Μέτρηση της Οργανωτικής Κουλτούρας, της Ασάφειας και Σύγκρουσης ρόλων στο προσωπικό των Κέντρων Υγείας της Κρήτης

Του: Ροβίθη Μιχαήλ

Υπό την επίβλεψη του Αναπληρωτή Καθηγητή κ. Α. Φιλαλήθη

Ιούνιος 2005

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

Στην παρούσα μελέτη επιλέχθηκαν κατ' αναλογία 5 Κέντρα Υγείας από τα 11 των Νομών Ηρακλείου και Ρεθύμνου, με τη χρήση τυχαίων αριθμών. Το δείγμα μελέτης αποτέλεσαν 98 εργαζόμενοι από 117 συνολικά εργαζομένους των Κέντρων Υγείας, εκ των οποίων ποσοστό 44,8% (N=44) ήταν άνδρες και ποσοστό 55,1% (N=54) ήταν γυναίκες.

Για τη μέτρηση της Οργανωτικής Κουλτούρας, επιλέχθηκε ένα ερωτηματολόγιο αυτό-αναφοράς, που αποτελεί μετάφραση του Organizational Culture Inventory (OCI), και για την μέτρηση του βαθμού ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων δύο κλίμακες μεταφρασμένες στα Ελληνικά. Τα αποτελέσματα για την μέτρηση της συνολικής οργανωτικής κουλτούρα των 5 Κέντρων Υγείας της Κρήτης, αναδεικνύουν μία οργανωτική κουλτούρα που χαρακτηρίζεται από συνδυασμό της επιθετικής-παθητικής κουλτούρας και της παθητικής – αμυντικής κουλτούρας. Υψηλότερες δε εκατοστιαίες θέσεις στο συνολικό προφίλ των Κέντρων Υγείας, καταλαμβάνει η κουλτούρα αποφυγής, που βρίσκεται στην 78<sup>η</sup> εκατοστιαία θέση, και η κουλτούρα εξουσίας που βρίσκεται στην 73<sup>η</sup> εκατοστιαία θέση, και ακολουθούν η κουλτούρα αποδοχής και η ανταγωνιστική κουλτούρα στην 70<sup>η</sup> εκατοστιαία θέση. Τα συμπεριφοριστικά πρότυπα που συνθέτουν την εποικοδομητική κουλτούρα και χαρακτηρίζουν ένα υγιή οργανισμό, καταγράφονται στις μέσες εκατοστιαίες θέσεις, ενώ παρουσιάζονται διαφοροποιήσεις στο βαθμό των συμπεριφοριστικών προτύπων ανά Κέντρο Υγείας. Η μέση βαθμολογία για την ασάφεια και σύγκρουση ρόλων μεταξύ των εργαζομένων ήταν 2,9 και 4,4 αντίστοιχα, ενώ σημαντική συσχέτιση διαπιστώθηκε μεταξύ της συνολικής μέσης βαθμολογία της επιθετική – αμυντικής και της παθητικής - αμυντικής κουλτούρας των 5 Κέντρων Υγείας με τον βαθμό σύγκρουση ρόλων ( $p=0.001$  και  $p=0.020$  αντίστοιχα).

Η παρούσα μελέτη, είναι η πρώτη που κατέγραψε την οργανωτική κουλτούρα και τον βαθμό ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων των εργαζομένων σε οργανισμούς υγείας στην Ελλάδα. Θα πρέπει όμως, να υπάρξει καταγραφή της οργανωτικής κουλτούρας σε μεγαλύτερο αριθμό Κέντρων Υγείας και ίσως ένας συνδυασμός ποιοτικών και ποσοτικών μελετών που θα επιτρέψουν μια πιο ευρεία και αναλυτική διερεύνηση της οργανωτικής κουλτούρας στους οργανισμούς αυτούς.

**Λέξεις κλειδιά :** Οργανωτική Κουλτούρα, Κέντρα Υγείας, Ασάφεια ρόλων, Σύγκρουση ρόλων

## **Abstract**

### **Measurement of Organizational Culture, role conflict and role ambiguity of personnel of the Health Centers in the island of Crete**

**by Michael Rovithis**

**Under the supervision of Associate Professor Anastasios Philalithis**

**June 2005**

The purpose of this survey is the measurement of the Organizational Culture which defines Health Centers of Crete Island as well as to measure the role conflict and role ambiguity among personnel of the Health Centers of Crete.

Five Health Centers were randomly selected out of a total of 11 Health Centers which are located in the prefectures of Heraklion and Rethimnon. The sample consisted of 98 employees out of a total of 117 employees. A percentage of 44.8 (N= 44) were men and 55.1% (N= 54) were women. For the measurement of organizational culture a self – administered questionnaire was chosen which is a translated edition of the organizational culture inventory (OCI). Additionally, two scales translated into Greek were used for the measurement of role conflict and role ambiguity among personnel of Health Centers.

The findings reveal that the main cultural type of the 5 Health Centers is a combination of both aggressive – defensive and pathetic – defensive organizational culture. The highest percentile scores to the overall profile of Health Centers was found to avoidance culture (78<sup>th</sup> percentile), and to power culture (73<sup>th</sup> percentile). While the approval culture as well as the competitive culture are ranked at 70<sup>th</sup> percentile. The behavioral norms that constitute the constructive culture and define a healthy organization are ranked in medium percentile scores. Differences are also found in the degree of behavioral norms at each Health Center.

In regard to the measurement of role ambiguity and role conflict the findings reveal an average score among personnel of 2.9 and 4.4 for the role ambiguity and role conflict respectfully.



Moreover, a statistically significant positive correlation was found among the total average scores of aggressive - defensive and pathetic - defensive culture of all five Centers and a total average score of role conflict ( $p = 0.001$  &  $p = 0.020$ ).

The current research is the first that has measured the organizational culture and the degree of role conflict and role ambiguity of health personnel in health organizations in Greece. However, further research of the measurement of organizational culture should be conducted in a larger scale and perhaps a combination of qualitative and quantitative analysis that will permit a profound measurement of organizational culture in health organizations.

**Key Words :** Organizational Culture, Health Centers, role conflict, role Ambiguity

## Εισαγωγή

*"Just as the unexamined personal life is not worth living, the unexamined work life is not worth working." (Petrick & Quinn, 1997, p. xi)*

Την τελευταία δεκαετία, μελέτες στη διεθνή βιβλιογραφία, επισημαίνουν ότι οι όποιες διαρθρωτικές αλλαγές σε ένα οργανισμό, δεν αποτελούν από μόνες τους ικανά στοιχεία βελτίωσης της ποιότητας και της αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας. (Le Grand et al 1998; Shortell et al 1998). Τα αποτελέσματα αυτών των μελετών, προβλημάτισαν ερευνητές και ακαδημαϊκούς, που άρχισαν να επικεντρώνουν το ερευνητικό τους ενδιαφέρον, στην καταγραφή και αποτύπωση των οργανισμών. Οι μελετητές προσέγγισαν τους οργανισμούς ερμηνευτικά και θεωρητικά ως σύνολα, στα οποία εμπλέκονται άνθρωποι και τα οποία διέπονται από γραπτούς και άγραφους κανόνες.

Οι άγραφοι κανόνες, δρουν κάτω από την επιφάνεια των γραπτών κανόνων και διαδικασιών χωρίς να δημιουργούν κανένα πρόβλημα έως την στιγμή που η λογική τους, έρχεται σε σύγκρουση με τις προθέσεις και τις στρατηγικές της διοίκησης του οργανισμού. Στην περίπτωση αυτή, οι κανόνες λειτουργούν ως τροχοπέδη και ως ανασταλτικός παράγοντας κάθε προσπάθειας αλλαγής, μέσα στον ίδιο τον οργανισμό. Η ανάλυση των άγραφων κανόνων ενός οργανισμού, βασίζεται στην κατανόηση των αξιών, των απόψεων, των συμπεριφορών και των κινήτρων των ατόμων που εργάζονται σε αυτόν και είναι απαραίτητη προϋπόθεση, για να επιτευχθεί η οποιαδήποτε αλλαγή.

Η ανάλυση των γραπτών κανόνων επιτρέπει, στους εργαζόμενους να έχουν απόλυτα οριοθετημένους στόχους και υποδεικνύει τα προσόντα, τις δεξιότητες και τις συμπεριφορές που απαιτούνται, για την επιτυχή επιτέλεση της εργασίας τους (Management thinking 1999).

Η σημασία της αποτύπωσης αλλά και της επίδρασης, που μπορεί να έχει η οργανωτική κουλτούρα στην λειτουργία ενός οργανισμού, διαφαίνεται πολύ χαρακτηριστικά σε μία μελέτη διάρκειας εννέα ετών, που διενεργήθηκε στην NASA και αφορούσε τις λειτουργικές διαδικασίες, σχετικά με την λήψη αποφάσεων με υψηλό κίνδυνο. (Columbia Accident Investigation Board 2003).

Στη NASA όπως έδειξαν τα αποτελέσματα της μελέτης, τεχνικές δυσλειτουργίες συχνά αναφέρονταν ως αποδεκτές, γεγονός που υποδήλωνε ότι η οργανωτική κουλτούρα της NASA είχε δημιουργήσει ένα πλαίσιο, στο οποίο η συμμόρφωση με τους κανόνες οδήγησε σε μοιραία λάθη. Οι αιτίες της καταστροφής του Columbia και του Challenger, δεν ήταν αποτέλεσμα κακής διοικητικής διαχείρισης, ούτε αποτέλεσμα συνομοσίας ή καταστρατήγησης των κανονισμών ασφαλείας. Στην πραγματικότητα, η ίδια η οργανωτική δομή της NASA, ήταν τέτοια ώστε οι αποφάσεις να απογειωθεί το Challenger και να προσγειωθεί το Columbia ήταν λανθασμένες. Η οργανωτική κουλτούρα της NASA, και τα συστήματα που σχεδίαζε και εφάρμοζε, επέτρεπαν διαδικασίες μετατροπής ενδείξεων πιθανών κινδύνων σε φυσιολογικές ενδείξεις. Το γεγονός αυτό, είχε ως αποτέλεσμα, γνωστά τεχνικά προβλήματα να μετατραπούν σε αποδεκτά φυσιολογικά πρότυπα και να μην εμποδίσουν τους διευθυντές της NASA από το να δώσουν την συγκατάθεσή τους για τις δύο αυτές επιχειρήσεις με την τραγική κατάληξη {Vaughn,1996; Kauffman 2005}.

Η γνώση λοιπόν των γραπτών και άγραφων κανόνων σε ένα οργανισμό, είτε πρόκειται για μία επιχείρηση είτε πρόκειται για ένα οργανισμό όπως οι υπηρεσίες υγείας, είναι ο ακρογωνιαίος λίθος για να μπορέσουν να σχεδιαστούν οι παρεμβάσεις εκείνες, που θα βελτιώσουν παραμέτρους του οργανισμού που χρειάζονται αλλαγή με στόχο την μείωση των αδυναμιών αλλά και την αύξηση της παραγωγικότητας και αποδοτικότητας του οργανισμού.

Στη διεθνή βιβλιογραφία, η μελέτη της οργανωτικής κουλτούρας (organizational culture), του συνόλου δηλαδή των γραπτών και άγραφων κανόνων των αξιών και των συμπεριφορών των μελών ενός οργανισμού, έχει αναγνωριστεί ως ουσιαστικός παράγοντας που σχετίζεται με την απόδοση των οργανισμών (Cameron et al 1991; Hoffman et al 2000; Jones et al 2000; Corbett et al 2000; Mallak et al 2003; Scholl, 2003).

Οι μελέτες που αφορούν στην οργανωτική κουλτούρα, επικεντρώνονται κυρίως στην αποτύπωση, ανάλογα με τις παραμέτρους που εξετάζουν, τύπων κουλτούρας που ευνοούν ή δυσχεραίνουν την λειτουργικότητα και κατ' επέκταση, την απόδοση και την ποιότητα των υπηρεσιών, που ένας οργανισμός παρέχει. (Wilkins et al 1983; Shortell et al 1996; Meterko et al 2004). Στην πραγματικότητα όμως, η ακριβής συσχέτιση της απόδοσης, με τον τύπο κουλτούρας που διέπει ένα οργανισμό και της επιτυχίας ή αποτυχίας στην επίτευξη των στόχων του δεν είναι ιδιαίτερα απλή ερευνητική διαδικασία (Marcoulides et al 1993).

Έχει επίσης υποστηριχτεί, ότι η οργανωτική κουλτούρα, μπορεί να μελετηθεί είτε προσεγγίζοντας ένα οργανισμό ως σύνολο (Marcoulides et al 1993), είτε προσεγγίζοντας την κουλτούρα ανά ιεραρχικό επίπεδο ή ανά επαγγελματική ομάδα (Cooke & Rousseau 1988), στα πλαίσια του οργανισμού. Σύμφωνα με την Cooke & Rousseau (1988), οι υποομάδες, αναπτύσσουν τους δικούς τους τύπους κουλτούρας και επιδρούν θετικά ή αρνητικά, στην απόδοση ενός οργανισμού. Οι ομάδες αυτές είναι ιδιαίτερα ευκρινείς στους οργανισμούς υγείας, στους οποίους υπάρχουν πολλές και διαφορετικές κατηγορίες επαγγελματικών ομάδων. Επομένως, το να προσπαθήσει κάποιος όπως διαπιστώνει ο Seel (2001), να φέρει στην επιφάνεια, να περιγράψει, να μελετήσει και να αποτυπώσει την κουλτούρα που διέπει ένα οργανισμό: *“είναι το πρώτο βήμα μίας λογικής διαδικασίας αλλαγής, που οδηγεί στην ανάπτυξη ενός οργανισμού από ένα δεδομένο σημείο σε ένα νέο. Είναι η αρχή των διαπραγματεύσεων που μπορεί να οδηγήσουν σε αλλαγή της ίδιας της κουλτούρας του οργανισμού”*. (Seel 2001, p.10)(μετάφραση από τον συγγραφέα).

## **Σκοπός της Μελέτης**

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι, η καταγραφή της οργανωτικής κουλτούρας που χαρακτηρίζει τα Κέντρα Υγείας της Κρήτης και η μέτρηση του βαθμού της ασάφειας και της σύγκρουσης ρόλων του ιατρικού, υγειονομικού και διοικητικού προσωπικού που εργάζεται σε αυτά. Επίσης η διερεύνηση της ύπαρξης ή μη, συσχέτισης μεταξύ του τύπου οργανωτικής κουλτούρας των Κέντρων Υγείας της Κρήτης και του βαθμού ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων των εργαζομένων σε αυτά.

## Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

### Θεωρητικό Πλαίσιο – Η έννοια της Οργανωτικής Κουλτούρας

Η έννοια της οργανωτικής κουλτούρας, απέκτησε ερευνητικό ενδιαφέρον στο τέλος της δεκαετίας του 1970, για τους επιστήμονες που προέρχονταν από τον χώρο της κοινωνιολογίας, της οργανωτικής ψυχολογίας, της ανθρωπολογίας, και τους ειδικούς στη διοίκηση και στη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού. Αρκετοί δε ερευνητές και ακαδημαϊκοί (Peters et al 1982; Bercovici et al 2001), υποστηρίζουν, ότι το αυξημένο ερευνητικό ενδιαφέρον που εκδηλώθηκε στα τέλη της δεκαετίας του 1970, προέκυψε από την ανάγκη να αποκαλυφθούν και να καταγραφούν τα χαρακτηριστικά εκείνα που έκαναν τις ιαπωνικές εταιρίες πιο ανταγωνιστικές και σε μεγαλύτερο βαθμό αποδοτικές από τις αντίστοιχες δυτικές εταιρίες (Ouchi et al 1985). Η ανάγκη αυτή, αποτέλεσε το έναυσμα για τη δημιουργία ενός μεγάλου αριθμού βιβλιογραφικού υλικού, που ποικίλει, και παρουσιάζει σημαντικές διαφοροποιήσεις, στις απόψεις που διατυπώνουν επιστήμονες και ακαδημαϊκοί σχετικά με την οργανωτική κουλτούρα. (Cooke & Lafferty 1987; Glaser et al 1987; Hofstede et al 1990; Cameron et al 1991; Cooke & Szumal 1991; Fletcher & Jones 1992; Feldman & Rafaeli 2002; Garsten 2003; Chan et al 2004). Σύμφωνα λοιπόν με το επιστημονικό υπόβαθρο του κάθε ερευνητή, η οργανωτική κουλτούρα αναλύεται, περιγράφεται και μετριέται με όρους και αξίες ανάλογες της προσέγγισης, που καθορίζουν τα πλαίσια της επιστήμης, που χρησιμοποιεί ο ερευνητής για να την ερμηνεύσει. Η μέτρηση της, η συσχέτισή της με τις δομές και η επίδραση της στην ανάπτυξη ενός οργανισμού μελετήθηκαν διεξοδικά (Cooke et al 1988 ; Frusti et al 2003 ; Chan et al 2004; Gershon et al 2004).

Παρόλα αυτά, δεν έχει υπάρξει ένας σαφής και ακριβής ορισμός που να είναι κοινά αποδεκτός από τους μελετητές. Ο Schein το 1990, δήλωνε, ότι δεν υπάρχει συμφωνία μεταξύ των μελετητών, σχετικά με το τι σημαίνει ή τι πρέπει να σημαίνει οργανωτική κουλτούρα, με ποια μέθοδο θα πρέπει να καταγράφεται και να μετριέται, πως συσχετίζεται με περισσότερο παραδοσιακές βιομηχανικές και οργανωσιακές θεωρίες και με ποιους τρόπους θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί στις προσπάθειες μας να βοηθήσουμε τους οργανισμούς (Schein 1990).

Η αδυναμία αυτή του ακριβή ορισμού της οργανωτικής κουλτούρας, αντανακλάται στον αριθμό των ορισμών που έχουν δοθεί και στις θεωρίες που έχουν αναπτυχθεί, οι οποίες υιοθετούν διαφορετικές ερμηνευτικές προσεγγίσεις για την έννοια της. Ο Goffman το 1959, καθώς και ο Van Maanen το 1979, θεώρησαν την οργανωτική κουλτούρα, ως ένα σύνολο συμπεριφοριστικών ρυθμίσεων. Το ίδιο έτος, ο Pettigrew διατυπώνει την άποψη ότι τα σύμβολα, οι ιδέες, οι τελετουργίες και οι μύθοι αποτελούν την κουλτούρα ενός οργανισμού (Petigrew 1979). Ο Weick αντίθετα, ερμηνεύει την κουλτούρα ως πρότυπο γνωστικών διαδικασιών (Weick 1979). Για τους Ouchi και Pascale, η οργανωτική κουλτούρα, ορίζεται ως η φιλοσοφία που οδηγεί την πολιτική ενός οργανισμού. (Ouchi 1981; Pascale et al 1981). Ενώ για τον Peters και τους συνεργάτες του (1982), η κουλτούρα δεν είναι τίποτε άλλο από μία πίστη και μία δέσμευση για μία εξαιρετική επίδοση του οργανισμού. Ο Wilkins (1983a), αναφέρεται σε αυτήν ως ιστορίες που ελέγχουν ένα οργανισμό.

Στην πραγματικότητα, η διαφοροποίηση αυτή των ορισμών, οφείλεται στα χαρακτηριστικά που συνθέτουν την κουλτούρα ενός οργανισμού και τα οποία καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα κοινωνικών φαινομένων. Η γλώσσα, η συμπεριφορά, οι απόψεις, οι αξίες, οι υποθέσεις, τα σύμβολα, τα επίπεδα διοίκησης και οι διαδικασίες, αποτελούν επιμέρους χαρακτηριστικά ενός οργανισμού και συνθέτουν την συνολική εικόνα του. Ο Schein, (1985a; 1990), όμως ήταν αυτός που η εργασία του επηρέασε τους μελετητές της οργανωτικής κουλτούρας, καθορίζοντας ένα θεωρητικό πλαίσιο – μοντέλο για την ερμηνευτική προσέγγιση, της έννοιας της οργανωτικής κουλτούρας.

Σύμφωνα με τον Schein (1985a), η οργανωτική κουλτούρα υπάρχει εξίσου σε τρία επίπεδα: στο επιφανειακό επίπεδο, υπάρχουν τα ορατά αποτελέσματα της δραστηριότητας και της συμπεριφοράς των μελών ενός οργανισμού, στο δεύτερο επίπεδο, υπάρχουν οι αξίες που διέπουν τον οργανισμό και στο τρίτο επίπεδο, υπάρχουν οι βασικές υποθέσεις, που όπως υποστηρίζει, αποτελούν και την ουσία της κουλτούρας ενός οργανισμού. Ο ίδιος, όρισε την οργανωτική κουλτούρα ως το σχέδιο (πρότυπο), βασικών υποθέσεων που μία συγκεκριμένη ομάδα ατόμων έχει εφεύρει, ανακαλύψει, ή αναπτύξει για να μπορεί να αντιμετωπίζει τα προβλήματα της.

Τα προβλήματα αυτά, μπορεί να είναι προβλήματα εξωτερικής προσαρμογής ή προβλήματα εσωτερικής αφομοίωσης και η ομάδα έχει επεξεργαστεί το σχέδιο τόσο καλά, ώστε να το θεωρεί πολύτιμο και για το λόγο αυτό, να το διδάσκει στα νέα μέλη του οργανισμού, ως τη σωστή μέθοδο αντίληψης, σκέψης και αίσθησης για την επίλυση όλων των προβλημάτων (Schein 1985a).

Χαρακτηριστική είναι η παρατήρηση του Pacanowsky και συν. (1983), για την δυσκολία ερμηνευτικής της έννοιας της οργανωτικής κουλτούρας όπως αναφέρει:

*“ η οργανωτική κουλτούρα δεν είναι ένα ακόμη κομμάτι του παζλ αλλά το ίδιο το παζλ....δεν είναι κάτι που έχει ένας οργανισμός αλλά κάτι που ένας οργανισμός είναι ”.*  
(Pacanowsky et al. 1983; p. 126) (μετάφραση από τον συγγραφέα).

Παραμένουν δε αναπάντητα ερωτηματικά, σχετικά με το νόημα της κουλτούρας (Martin & Siehl 1983, Louis et al. 1983), τις μεθόδους με τις οποίες αυτή πρέπει να μετρηθεί (Schein 1984, Sashkin & Fulmer 1985, Gershon et al. 2004), και κυρίως με την δυνατότητα αλλαγής της κουλτούρας ενός οργανισμού και της κατεύθυνσης που αυτή η αλλαγή θα πρέπει να πάρει (Jones et al.2000; Lok & Crawford 2004). Εύστοχα οι ερευνητές Ouchi & Wilkins A., L. (1985), διατύπωσαν την άποψη ότι:

*“το να ασχολείται κανείς με την οργανωτική κουλτούρα και να συλλέγει βιβλιογραφικό υλικό σχετικά με αυτή, είναι ευχαρίστηση, γιατί σε μεγάλο βαθμό οι σχετικές μελέτες φέρνουν στο φως, τη μεγαλοπρέπεια και την ζωτικότητα των ατόμων που ζούνε και εργάζονται μαζί., αυτές οι μελέτες ανακαλούν τον ενθουσιασμό, το πάθος και το δράμα της κοινωνικής ζωής, η οποία συνεχίζει να είναι σημείο αναφοράς και αιτία για τη μελέτη των οργανισμών”* (Ouchi & Wilkins 1985, p. 459) (μετάφραση από συγγραφέα). Ενώ ο Ott, (1989), αναλύοντας σε μεγαλύτερο βαθμό την δυσκολία που παρουσιάζει η ερμηνευτική προσέγγιση της κουλτούρας, δήλωσε ότι αποτελεί μία έννοια που σε μεγάλο βαθμό καθορίζεται από τον τρόπο που κάποιος την αντιλαμβάνεται.



*“Το πρώτο βήμα, (σύμφωνα με τον Ott), για την κατανόηση της οργανωτικής κουλτούρας είναι να υπάρχει η εκτίμηση ότι αποτελεί μία έννοια και όχι ένα αντικείμενο. Ένα αντικείμενο, μπορεί να ανακαλυφθεί και να καθοριστούν αλήθειες, παραδείγματος χάριν μέσα από εμπειρικές μελέτες που το διέπουν. Αντίθετα μία έννοια, είναι δημιούργημα της ανθρώπινης σκέψης, δημιούργημα το οποίο θα πρέπει ο ερευνητής, να το φέρει στην επιφάνεια, να το ορίσει και να το βελτιώσει”.*  
( Ott, 1989, p.50-51)

### **Λειτουργικός Ορισμός Οργανωτικής Κουλτούρας**

Ακολουθώντας λοιπόν την αιτιολογική ερμηνεία του Ott (1989), και θεωρώντας την έννοια της οργανωτικής κουλτούρας ως μετρήσιμη ερευνητική οντότητα, η παρούσα μελέτη υιοθετεί τον ορισμό της Cooke & Rousseau (1988), ο οποίος δίνει στον ερευνητή την δυνατότητα, να αποδώσει και να καταγράψει μορφές κουλτούρας, που το σύνολό τους σκιαγραφεί το προφίλ ενός οργανισμού. Σύμφωνα με την Cooke και συν.(1988), ως οργανωτική κουλτούρα (organizational culture), ορίζεται ένα σύνολο συγκεκριμένων συμπεριφορών, που καλούνται συμπεριφερικά πρότυπα (behavioral norms), κανόνες ή νόρμες, τις οποίες τα μέλη ενός οργανισμού θεωρούν ότι πρέπει να έχουν, ώστε να ταιριάζουν και να επιβιώνουν εργασιακά, μέσα στον οργανισμό αυτό. Αυτά τα συμπεριφερικά πρότυπα, μπορεί να είναι παραγωγικά ή μη και οδηγούν σε συμπεριφορές και στάσεις, οι οποίες καθορίζουν τον τρόπο με τον οποίο τα μέλη, προσεγγίζουν την εργασία τους και αλληλεπιδρούν μεταξύ τους.

## Μελέτες μέτρησης της Οργανωτικής Κουλτούρας

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

Συνέπεια της διαφορετικής εννοιολογικής προσέγγισης της οργανωτικής κουλτούρας, αποτελεί και η προσπάθεια μέτρησης της από κάποιους ερευνητές, με όρους συγκεκριμένων και μετρήσιμων μεταβλητών, χαρακτηριστικών ή διαδικασιών. Αντίθετα, κάποιοι άλλοι ερευνητές, θεωρούν πρόκληση να μπορέσουν να συλλάβουν την έννοια της κουλτούρας, ως εσωτερική ποιότητα του κοινωνικού περιβάλλοντος, το οποίο διαμορφώνει την ανάγκη των ατόμων για σύσταση οργανισμών ή επιχειρήσεων. Τέλος, μία άλλη μερίδα ερευνητών, προσεγγίζει την έννοια της οργανωτικής κουλτούρας, ως μία ανθρωπολογική αλληγορία ή παράδειγμα, μελετώντας τους οργανισμούς ως μικρο-κοινωνικά συστήματα και αναλύοντας τους ανάλογα. (Burrell 1996; Smircich 1983).

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

Παρόλα αυτά, δεν υπάρχουν αρκετά επιστημονικά στοιχεία, που να αποδεικνύουν την συσχέτιση μεταξύ του κλίματος που επικρατεί σε ένα οργανισμό και της κουλτούρας που τον χαρακτηρίζει, αν και ως έννοιες παρουσιάζουν πολλά κοινά στοιχεία και ομοιότητες (Rentsch, 1990; Wanous, & Austin 1997).

Η έννοια όμως του κλίματος (climate), αποτελεί ένα δάνειο από την επιστήμη της μετεωρολογίας, όπως και η έννοια της κουλτούρας αποτελεί δάνειο, κυρίως από την επιστήμη της ανθρωπολογίας. Η κάθε μία από αυτές τις δύο έννοιες, περιλαμβάνει διαφορετικές εικόνες και ιδέες, οι οποίες συσχετιζόμενες διαμορφώνουν στη νέα τους χρήση, μία κοινή γλώσσα που συχνά καταλήγει περισσότερο δυσνόητη από ότι αρχικά κάποιος μελετητής αντιλαμβάνεται. Από τους μελετητές της οργανωτικής ανάλυσης, αναγνωρίζεται, ότι συχνά η χρήση εννοιολογικών μεταφορών από άλλες επιστήμες, λειτουργεί αποπροσανατολιστικά για την οποιαδήποτε προσπάθεια ανάλυσης και μέτρησης εννοιών ή φαινομένων. Η προσπάθεια επιβολής κοινής επιστημονικής γλώσσας, συχνά καταστρατηγεί την αναλυτική διαδικασία, που η οργανωτική ανάλυση εφαρμόζει και που ως στόχο έχει την γενίκευση πολλών επιμέρους φαινομένων του ίδιου οργανισμού, σε ένα νοηματικά ενιαίο σύνολο. Στην μελέτη ενός δυναμικού και συνεχώς μεταβαλλόμενου φαινομένου, όπως είναι ένας οργανισμός με πολυεπίπεδες κάθετες και οριζόντιες δομές, τόσο ποσοτικές όσο και ποιοτικές έρευνες, μπορούν να χρησιμοποιηθούν, ώστε να προσφέρουν μία εις βάθος κατανόηση, όλων των επιπέδων κουλτούρας που υπάρχουν σε ένα οργανισμό. ( Scott et al. 2003). Η Cooke and Rousseau (1988), επισημαίνουν διαχωρίζοντας τις δύο αυτές έννοιες, ότι το κλίμα που επικρατεί σε ένα οργανισμό ως έννοια, αντανακλά αντιλήψεις οργανωτικών δομών και πώς κάποιος αισθάνεται, ως μέλος ενός οργανισμού. Αντίθετα, σύμφωνα με τους ίδιους ερευνητές, η οργανωτική κουλτούρα, αναφέρεται στην άποψη που έχουν τα μέλη ενός οργανισμού, για το πώς θα πρέπει να συμπεριφέρονται μέσα στα πλαίσια που ο ίδιος οργανισμός ορίζει. Βέβαια, στη σχετική βιβλιογραφία, οι ενστάσεις δεν αφορούν μόνο το θεωρητικό και ερμηνευτικό υπόβαθρο, από το οποίο απορρέουν οι μελέτες μέτρησης σε ένα οργανισμό, αλλά υπάρχουν ενστάσεις και διαφορετικές διατυπωμένες απόψεις για τις διαστάσεις ή τις ποιότητες, τις οποίες οι ερευνητές εκλαμβάνουν ως χαρακτηριστικά ή επιμέρους στοιχεία, ενός συνόλου, το οποίο καθορίζουν οι ίδιοι ως οργανωτική κουλτούρα (Schneider et al 1996; Verbecke 1998; Hale 2000).

## Ποιοτικές - Ποσοτικές Μελέτες μέτρησης της Οργανωτικής Κουλτούρας

Ανάλογα λοιπόν με την θεώρηση του, ο κάθε ερευνητής επιλέγει και το είδος της μελέτης που είτε αναφέρεται σε εσωτερικές ποιότητες των μελών ενός οργανισμού, είτε σε μετρήσιμα αριθμητικά μεγέθη και αντίστοιχα χαρακτηρίζεται ως ποιοτική ή ποσοτική.

Οι **ποιοτικές μελέτες** μέτρησης της οργανωτικής κουλτούρας, εφαρμόζονται κυρίως ως αρχικές μελέτες, που προσεγγίζουν την κουλτούρα μέσα από καθορισμένες μοναδικές διαστάσεις της, αντανακλώντας και καταγράφοντας τις εσώτερες απόψεις των μελών του οργανισμού. Το πλεονέκτημα αυτών των μελετών, έγκειται στο πλούσιο λεπτομερειακό υλικό που συγκεντρώνουν. Υπάρχουν όμως και επικρίσεις για αυτού του είδους τις μελέτες και αφορούν δύο αδυναμίες που αυτές παρουσιάζουν. Πρώτον, ότι οι διαστάσεις που μελετούν, καθορίζουν και καταγράφουν, είναι ιδιότυπες και αφορούν στο συγκεκριμένο προς μελέτη οργανωτικό πλαίσιο, άρα δεν μπορούν να γενικευτούν και να αναχθούν σε ένα γενικότερο πλαίσιο, που θα μπορούσε να χαρακτηρίσει ή να περιγράψει την κουλτούρα και άλλων οργανισμών. Και δεύτερον, ότι αυτού του είδους οι ποιοτικές προσεγγίσεις, δεν μπορούν να παράγουν τέτοιες πληροφορίες σχετικά με την κουλτούρα, που να αποτελούν ασφαλή σύνδεση μεταξύ της κουλτούρας και των αποτελεσμάτων της, σε ένα οργανισμό όπως για παράδειγμα είναι η απόδοση του οργανισμού ή οι συμπεριφορές των μελών του (Koberg & Chusmir 1987; Cameron & Freeman 1991).

Οι **ποσοτικές μελέτες** μέτρησης της οργανωτικής κουλτούρας από την άλλη πλευρά, που αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία, στηρίζονται σε συγκεκριμένες υποθέσεις των ερευνητών. Πρώτον, ότι οι οργανισμοί χαρακτηρίζονται από ευδιάκριτους τύπους κουλτούρας, οι οποίοι επηρεάζουν την ποιότητα και την αποδοτικότητα των υπηρεσιών που προσφέρουν. Δεύτερον, ότι παρόλο που οι κουλτούρες αυτές εμφανίζουν αντίσταση στην αλλαγή, σε κάποιο βαθμό μπορεί να ελεγχθούν και να υπάρξει διαχείρισή τους. Τρίτον, είναι εφικτό να εντοπιστούν συγκεκριμένες συμπεριφορές κουλτούρας, που διευκολύνουν ή εμποδίζουν την ποιοτική και αποδοτική λειτουργία ενός οργανισμού, γεγονός που δίνει τη δυνατότητα στους διευθυντές να σχεδιάσουν στρατηγικές αλλαγών της κουλτούρας ενός οργανισμού.

Τέλος, πολλοί ερευνητές υποθέτουν ότι όποια οφέλη προκύψουν από την αλλαγή της κουλτούρας που διέπει ένα οργανισμό, θα υπερτερούν, έναντι οποιονδήποτε δυσλειτουργικών συνεπειών που αυτές οι αλλαγές ίσως επιφέρουν (Scott et al. 2003). Βέβαια, παρόλο που εμπειρικά υπάρχουν λίγα στοιχεία που να υποστηρίζουν αυτές τις υποθέσεις, εμφανίζεται ένα ιδιαίτερα αυξημένο ενδιαφέρον, από την πλευρά κυρίως των διευθυντών των οργανισμών και των ερευνητών, στην ποσοτική μέτρηση της οργανωτικής κουλτούρας, με σκοπό να καθοριστούν οι πιθανές συσχετίσεις που αυτή μπορεί να έχει με την ποιότητα και την αποδοτικότητα των υπηρεσιών, που ένας οργανισμός καλείται να προσφέρει. (Lewis 1994; Lim 1995; Davies et al. 2000; Shortell et al. 2000; Shortell et al. 2001). Οι ποσοτικές μελέτες επίσης, επιτρέπουν την σύγκριση μεταξύ οργανισμών και τη μελέτη συσχετίσεων μεταξύ της οργανωτικής κουλτούρας και άλλων εννοιολογικών παραμέτρων. Οι μελέτες αυτές, συλλαμβάνουν την έννοια της κουλτούρας μέσα από ορισμένες, εκ των προτέρων καθορισμένες από τον ερευνητή, διαστάσεις, που διευκολύνουν, στον βαθμό που είναι επαρκώς σχετικές και εύκολα γενικεύσιμες (Delobbe et al 2005). Στον αντίποδα αυτών των ερευνητικών προσπαθειών, άλλοι ερευνητές, υποστηρίζουν ότι οι αλλαγές στη δομή των οργανισμών υγείας, δεν αποτελούν από μόνες τους ικανά στοιχεία βελτίωσης της ποιότητας και της απόδοσης των οργανισμών υγείας. (Le Grand et al 1998; Shortell et al. 1998).

Στην σχετική βιβλιογραφία επισημαίνεται από πολλούς ερευνητές, ότι δεν είναι πάντα ευδιάκριτη, ή πιθανή, η σύνδεση της κουλτούρας ενός οργανισμού και της επιτυχίας ή της αποτυχίας που αυτός ο οργανισμός θα έχει στην υλοποίηση των στόχων του. (Marcoulides & Heck 1993). Σύμφωνα με τον Schein (1990), η ακριβής σύνδεση όμως ανάμεσα σε αυτές τις δύο έννοιες, της απόδοσης και της κουλτούρας δηλαδή, υπάρχει και εξαρτάται κυρίως από τον ορισμό και την ερμηνευτική προσέγγιση των μελετητών

## **Ερευνητικά Εργαλεία Μέτρησης της Οργανωτικής Κουλτούρα και της Ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων μεταξύ του προσωπικού**

Σύμφωνα με τον Scott και συν. (2003), τα περισσότερα εργαλεία μέτρησης της οργανωτικής κουλτούρας, υιοθετούν είτε μία τυπολογική προσέγγιση με αποτελέσματα που αναφέρονται σε ένα ή περισσότερους τύπους οργανωτικής κουλτούρας, είτε μία προσέγγιση διαστάσεων, η οποία περιγράφει μία κουλτούρα ανάλογα με τη θέση της, σε σχέση με ένα αριθμό συνεχών μεταβλητών. (Fletcher and Jones 1992). Οι περισσότερες από τις μελέτες που υιοθετούν μία προσέγγιση μέτρησης των διαστάσεων της κουλτούρας, χρησιμοποιούν μία απλή Likert κλίμακα, όπου οι αποκρινόμενοι σημειώνουν τον βαθμό συμφωνίας τους, για προκαθορισμένες από τους μελετητές δηλώσεις. Μία δεύτερη διαπίστωση των ίδιων ερευνητών, αφορά στην ισχυρή σύνδεση ορισμένων εργαλείων, με θεωρίες και εννοιολογικές προσεγγίσεις της οργανωτικής κουλτούρας, ενώ κάποια άλλα έχουν αναπτυχθεί ανεξάρτητα, με ένα πιο πραγματιστικό και ασύνδετο από θεωρίες τρόπο. Οι ίδιοι οι ερευνητές επίσης, διαπίστωσαν ένα διαφορετικό και ανάλογο με το εργαλείο μέτρησης, ερευνητικό σκοπό. Ορισμένα εργαλεία, επικεντρώνονται στη μέτρηση μίας η περισσότερων συγκεκριμένων διαστάσεων της οργανωτικής κουλτούρας, ενώ άλλα, προσεγγίζουν με πιο συστηματικό τρόπο ένα ευρύτερο φάσμα παραμέτρων της οργανωτικής κουλτούρας. Γεγονός, που αναδεικνύει τη διαφορά στη δυναμική και μερικές φορές ίσως την αδυναμία των εργαλείων μέτρησης, να διερευνήσουν τις βαθύτερες εκδηλώσεις της οργανωτικής κουλτούρας (Seel 2001).

Είναι χαρακτηριστική η μελέτη της Xenikou και Furnham (1996), στην οποία εξετάστηκαν εμπειρικές αλληλοκαλύψεις, μεταξύ θεωρητικά παρόμοιων κλιμάκων που πάρθηκαν από διαφορετικά εργαλεία μέτρησης. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν, ότι διαφορετικές διαστάσεις της κουλτούρας από ένα εργαλείο ήταν πιο σχετικές η μία με την άλλη, από ότι σε συσχέτισμό με αυτές άλλου εργαλείου μέτρησης. Ο Seel (2001) θεωρεί επίσης, ότι η χρήση διαφόρων ερωτηματολογίων για την μέτρηση της οργανωτικής κουλτούρας, υποδηλώνει μία κουλτούρα που είναι στατική και αγνοεί την δυναμική, που οι ανθρωπολόγοι θεωρούν ως την ουσία της έννοιας της κουλτούρας.

Ενώ ερευνητικά εργαλεία, όπως είναι τα ερωτηματολόγια, που σχετίζονται με αριθμούς και στατιστικές αναλύσεις, δεν προσφέρουν τίποτε άλλο στην μέτρηση της οργανωτικής κουλτούρας, παρά μία πλαστή αίσθηση ακριβούς «εξωγενούς» διάγνωσής της. Βέβαια, εάν υποθετικά, θα έπρεπε να υποδείξει κάποιος ερευνητής το καταλληλότερο εργαλείο μέτρησης της κουλτούρας ενός οργανισμού, δεν θα διακινδύνευε να δώσει μία απόλυτη απάντηση στο ερώτημα αυτό. Η απάντηση σε αυτό το ερώτημα, μπορεί και είναι διαφορετική, διότι εξαρτάται από το πως ορίζει ο κάθε ερευνητής την έννοια της κουλτούρας, τι είδους μέτρηση εφαρμόζει και ποιος είναι ο ερευνητικός σκοπός που έχει θέσει.

Τα περισσότερα ερωτηματολόγια που αφορούν στην μέτρηση της κουλτούρας ενός οργανισμού, σχεδιάστηκαν μέσα από τον καθορισμό της κουλτούρας ως ένα σύνολο γνωρισμάτων, που είναι κοινά για τα μέλη μίας κοινωνικής μονάδας (O'Reilly et al.1991), ή πιο αναλυτικά:

*"ως ένα σύστημα κοινών αξιών και πιστεύω, που παράγει κανόνες και συμπεριφορές, οι οποίες διαμορφώνουν και ορίζουν ένα τρόπο ζωής μέσα στα πλαίσια του οργανισμού". (Koberg & Chusmir 1987, p.397) (μετάφραση από τον συγγραφέα).*

Αυτή η διατύπωση είναι σημαντική, διότι υποδηλώνει ότι η κουλτούρα μπορεί να είναι διαφορετικά κατανοητή, ανάλογη, είτε με τα πιστεύω και τις αξίες που επικρατούν (Goll & Zeitz 1991) είτε εναλλακτικά, με τα πρότυπα συμπεριφοράς που υπάρχουν (Gundry & Rousseau 1994).

Τα περισσότερα ερωτηματολόγια μέτρησης της οργανωτικής κουλτούρας, μπορούν να ταξινομηθούν, σε εκείνα που μετράνε την οργανωτική κουλτούρα από την προοπτική των αξιών που έχουν τα μέλη του οργανισμού και σε εκείνα, που προσεγγίζουν τους κανόνες και τις συμπεριφορές, που τα μέλη θεωρούν ως ενδεδειγμένα, για να λειτουργούν ικανοποιητικά μέσα στα πλαίσια του οργανισμού (Cameron and Freeman 1991).

## **Organizational Culture Inventory (EOK) – Θεωρητικό πλαίσιο**

Ένα από τα πιο διαδεδομένα εργαλεία, που ανήκει στην κατηγορία μέτρησης της οργανωτικής κουλτούρας προσεγγίζοντας τα πρότυπα συμπεριφοράς των μελών ενός οργανισμού, είναι το Organizational Culture Inventory (Cook & Lafferty 1987). Το OCI, δημιουργήθηκε ως αποτέλεσμα παραγοντικής ανάλυσης της Cook & Lafferty (1987), και είναι ένα αρκετά διαδεδομένο ερευνητικό εργαλείο. Αρχικά είχε δημιουργηθεί για την μέτρηση συμπεριφορικών κανόνων σε οργανισμούς της Βόρειας Αμερικής, έως σήμερα όμως, έχει διαδοθεί και εφαρμοστεί στην Αγγλία, Αυστραλία, Νέα Ζηλανδία, Ενωμένες Πολιτείες Αμερικής, Καναδά, Γαλλία, Γερμανία κ.ο.κ. Ενώ έχει μεταφραστεί στην Γαλλική, στην Ισπανική, στην Γερμανική, και στην Ιαπωνική γλώσσα και έχει συμπληρωθεί από περίπου τρία εκατομμύρια αποκρινόμενους, που εργάζονταν σε κυβερνητικούς οργανισμούς (Cooke & Fischer 1985; Cremona 1991), σε εταιρίες (Readership Institute 2000), σε οργανισμούς Υγείας (Thomas et al 1990), καθώς και σε εκπαιδευτικούς οργανισμούς (Cocchiola 1990). Επίσης έχει χρησιμοποιηθεί, για πολλούς και διαφορετικούς σκοπούς. Όπως στο να κατευθύνει, να αξιολογήσει και να ελέγξει την αλλαγή ενός οργανισμού (Gaucher et al 1993). Να καθορίσει και να μεταφέρει κουλτούρες από οργανισμούς υψηλής απόδοσης (Human Synergistics 1986). Να καταγράψει και να ενσωματώσει συστήματα αξιοπιστίας και ασφάλειας (Haber et al. 1991). Να διευκολύνει στρατηγικές συμμαχίες μεταξύ οργανισμών (Slowinski, 1992). Να εξετάσει υποθέσεις συσχετισμού μεταξύ τύπων οργανωτικής κουλτούρας και διαφόρων μεταβλητών (Klein et al. 1995). Το OCI είναι παράδειγμα ερωτηματολογίου, το οποίο είναι δομημένο με τέτοιο τρόπο ώστε να μετράει τους συμπεριφορικούς κανόνες που επικρατούν μέσα σε ένα οργανισμό και αποτελούν ένα τρόπο εκδήλωσης της κουλτούρας του.



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

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

From *Organizational Culture Inventory* by R.A. Cooke and J.C. Lafferty, 1983, 1986, 1987, 1989, Plymouth, MI: Human Synergistics. Copyright 1989 by Human Synergistics, Inc. Adapted by permission.

Οι 12 αυτές ομάδες, τοποθετούνται θεωρητικά γύρω από μία δομή απεικόνισης που ονομάζεται circumplex. Αυτού του τύπου το σχεδιαστικό μοντέλο (Guttman 1954), χαρακτηρίζεται από μία κυκλική διάταξη των ομάδων, στις οποίες η απόσταση μεταξύ τους, δείχνει και τον βαθμό ομοιότητας και συσχετισμού τους. Οι συμπεριφορικοί κανόνες που μετράει το ΕΟΚ, καθορίζονται και τοποθετούνται στην ανάλογη θέση στο κυκλικό υπόδειγμα απεικόνισης, σύμφωνα με την θεωρία interpersonal personality που διατύπωσε ο Leary (1957) και με βάση μελέτες για την προσωπικότητα (McClelland et al, 1953; Horney 1954; Rogers 1961).

Η ανάπτυξη της κυκλικής γραφικής απεικόνισης της οργανωτικής κουλτούρας, επηρεάστηκε επίσης από την θεωρία των ανθρώπινων αναγκών (Maslow, 1959) και από μελέτες για την διακυβέρνηση (leadership), που αναφέρονταν στην διεθνή βιβλιογραφία. (Cooke et al.2004). Ομάδες που είναι θεωρητικά παρόμοιες, τοποθετούνται η μία δίπλα στην άλλη, ενώ ομάδες που παρουσιάζουν διακριτές διαφορές ή είναι ανεξάρτητες η μία από την άλλη, τοποθετούνται σε απόσταση. Οι ομάδες που βρίσκονται στην δεξιά πλευρά του circumplex, αντανακλούν τον ενδιαφέρον για τα άτομα, οι ομάδες που βρίσκονται στην αριστερή πλευρά αντανακλούν το ενδιαφέρον για τα καθήκοντα. Οι ομάδες που βρίσκονται στην άνω πλευρά της κατασκευής, ευνοούν την εκπλήρωση υψηλών ιεραρχικά αναγκών ικανοποίησης, ενώ οι ομάδες που βρίσκονται στην κάτω πλευρά, δείχνουν την τάση για την εκπλήρωση χαμηλών ιεραρχικά αναγκών για εργασιακή ασφάλεια. Σε σχέση με τις κατηγοριοποιήσεις, ικανοποίηση – ασφάλεια και καθήκοντα – άτομα, οι 12 ομάδες κανονιστικών “πιστεύω” (normative beliefs) και συμπεριφοριστικών προσδοκιών (behavioral expectations), κατηγοριοποιούνται σε τρεις γενικούς τύπους οργανωτικής κουλτούρας:

Την **εποικοδομητική κουλτούρα (constructive culture)**, η οποία συντίθεται από την κουλτούρα επίτευξης, την κουλτούρα αυτοπραγμάτωσης, την κουλτούρα παροχής βοήθειας και την κουλτούρα διαπροσωπικών σχέσεων.

Την **παθητική- αμυντική κουλτούρα (passive-defensive culture)**, η οποία συντίθεται από την κουλτούρα αποδοχής, την συμβατική κουλτούρα, την κουλτούρα εξάρτησης και την κουλτούρα αποφυγής.

Και τέλος, την **επιθετική- αμυντική κουλτούρα (aggressive-defensive culture)**, η οποία αποτελείται από την αντιδραστική κουλτούρα, από την κουλτούρα εξουσίας, την ανταγωνιστική κουλτούρα και την κουλτούρα τελειομανίας. (From *Organizational Culture Inventory* by R.A. Cooke and J.C. Lafferty, 1983, 1986, 1987, 1989, Plymouth, MI: Human Synergistics. Copyright 1989 by Human Synergistics, Inc. Adapted by permission).

Οι στατιστικές αναλύσεις των δεδομένων, που συγκεντρώθηκαν με το Organizational Culture Inventory (OCI), υποστηρίζουν την διάταξη των συμπεριφοριστικών νορμών σε αυτές την τρεις κατηγορίες (τύπους κουλτούρας). (Cooke & Fischer 1985; Cooke & Rousseau 1988, van der Velde & Class 1995).

Στην εποικοδομητική κουλτούρα, τα άτομα που εργάζονται σε ένα οργανισμό, ενθαρρύνονται να αλληλεπιδρούν με άλλα άτομα και να προσεγγίζουν τα καθήκοντα τους με τέτοιους τρόπους, ώστε να επιτυγχάνουν την κάλυψη των αναγκών τους για επίτευξη υψηλών στόχων, αντλώντας ικανοποίηση από την συνεργασία για την επίτευξη κοινών στόχων. (Cooke & Lafferty, 1989)

Στην παθητική – αμυντική κουλτούρα, τα μέλη ενός οργανισμού, πιστεύουν ότι θα πρέπει να αλληλεπιδρούν μεταξύ τους με τέτοιους τρόπους ώστε να μην απειλείται η εργασιακή τους ασφάλεια. Τα άτομα κάνουν ότι πρέπει για να ευχαριστούν τους άλλους και αποφεύγουν τις συγκρούσεις στο εργασιακό περιβάλλον. Κανόνες, διαδικασίες και εντολές, εκτελούνται χωρίς αμφισβήτηση. Σε ένα τέτοιο αυστηρά ελεγχόμενο περιβάλλον εργασίας τα καθήκοντα καθορίζονται με μεγάλη ακρίβεια και υπάρχει συνεχής και εντατική επιτήρηση για την εκτέλεσή τους. Οι διευθυντές συχνά, συλλαμβάνουν τα μέλη του οργανισμού να κάνουν κάποια εργασία με λάθος τρόπο, αλλά σπάνια επαινούν κάθε θετική και αποδοτική προσπάθεια στο εργασιακό περιβάλλον. (Cooke & Lafferty 1989; Readership Institute 2003).

Ενώ στην επιθετική – αμυντική κουλτούρα, αναμένεται τα μέλη ενός οργανισμού, να προσεγγίζουν τα καθήκοντα τους με δυναμικές μεθόδους, ώστε να διασφαλίσουν την εργασιακή τους θέση μέσα στον οργανισμό και την εργασιακή τους ασφάλεια. Και σε αυτό το είδος οργανωτικής κουλτούρας, η ανάγκη για εργασιακή ασφάλεια είναι ισχυρή, αλλά ενώ στην παθητική – αμυντική κουλτούρα η δυναμική επικεντρώνεται κυρίως στα άτομα, στην κουλτούρα αυτή η δυναμική επικεντρώνεται κυρίως γύρω από τα καθήκοντα. Τα άτομα προσεγγίζουν τα καθήκοντα με ένα δυναμικό τρόπο, όχι τόσο για την επίτευξη των στόχων του οργανισμού, όσο κυρίως, για την διαφύλαξη της δικής τους θέσης και των κεκτημένων μέσα στον οργανισμό. (Cooke & Lafferty 1989; Ain 2003).

Σύμφωνα με την Cooke & Lafferty (1994), η εποικοδομητική όμως κουλτούρα σε ένα οργανισμό, είναι εκείνη που παρουσιάζει θετική συσχέτιση με την αποδοτικότητα των μελών ενός οργανισμού και κατ' επέκταση με την αποδοτικότητα του ίδιου του οργανισμού. Σε άλλη μελέτη (Cooke & Rousseau 1988), αναφέρεται, ότι σε ένα οργανισμό που χαρακτηρίζεται από εποικοδομητική κουλτούρα, αναπτύσσεται και η ικανοποίηση των μελών του οργανισμού από την εργασία. Βέβαια, δεν είναι μόνο ο τύπος της κουλτούρας που επηρεάζει θετικά ή αρνητικά την αποδοτικότητα ενός οργανισμού.

Ειδικοί στην οργανωτική ψυχολογία, θεωρούν ότι δύο παράγοντες – παράμετροι, η σύγκρουση ρόλων (role conflict) και η ασάφεια ρόλων (role ambiguity), από τις πιο μελετημένες έννοιες για την συσχέτιση τους με το εργασιακό άγχος (work stress) (Jackson & Schuler 1985), όταν συνυπάρχουν και οι δύο σε υψηλά επίπεδα, συσχετίζονται με μειωμένη απόδοση των εργαζομένων και κατ' επέκταση με μειωμένη απόδοση του οργανισμού (Fried et al. 1998).

## Θεωρητικό Πλαίσιο – Οι έννοιες της Ασάφειας και Σύγκρουσης ρόλων

Η σύγκρουση ρόλων (role conflict), αναπτύσσεται μεταξύ ατόμων ή ομάδων που εμφανίζουν αντίθετες προσδοκίες σχετικά με την συμπεριφορά που τα άλλα άτομα ή οι ομάδες υιοθετούν . (Rizzo et al 1970).

Η ασάφεια ρόλων (role ambiguity), αναπτύσσεται όταν τα άτομα δεν έχουν μία ξεκάθαρη εικόνα σχετικά με τους στόχους τους, με το τι ακριβώς αναμένουν από αυτούς οι συνεργάτες τους, με τον σκοπό και με τις ευθύνες που πηγάζουν από την εργασία τους. (Arnold et al 1993). Σε μελέτη των Conley & Woosley (2000), σε δασκάλους πρωτοβάθμιας και σε καθηγητές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, διαπιστώθηκε ότι η σύγκρουση και η ασάφεια ρόλων επηρεάζει τόσο την απόδοση των ατόμων, όσο και την απόδοση του οργανισμού ως σύνολο. Ιδιαίτερα δε όσον αφορά στη σύγκρουση ρόλων, οι Mitchell & Larson (1987), επισημαίνουν ότι όσο μεγαλύτερη είναι η σύγκρουση ρόλων μεταξύ των μελών ενός οργανισμού, τόσο λιγότερο αποτελεσματικός είναι ο οργανισμός και τόσο λιγότερη ικανοποιημένοι είναι οι εργαζόμενοι σε αυτόν. Έχει δε διαπιστωθεί από αρκετούς ερευνητές, ότι συγκεκριμένοι τύποι οργανωτικής κουλτούρας σχετίζονται είτε με θετικά, είτε με αρνητικά αποτελέσματα, σε σχέση με την αποτελεσματικότητα (effectiveness) ενός οργανισμού ως σύνολο, αλλά και με τους εργαζομένους σε αυτόν ως μονάδες. [(Schein 1996).

Σε τύπους οργανωτικής κουλτούρας, σύμφωνα με το μοντέλο κατηγοριοποίησης των Cooke and Lafferty (1994), υψηλού βαθμού σύγκρουση ρόλων αναπτύσσεται σε οργανισμούς που χαρακτηρίζονται από επιθετική-αμυντική κουλτούρα, ενώ αντίθετα μειώνεται σε οργανισμούς που διέπονται από την κουλτούρα που χαρακτηρίζουν οι ίδιοι ως παθητική – αμυντική.

Θετικά αποτελέσματα ανάλογα με τον τύπο κουλτούρας που διέπει ένα οργανισμό αναφέρονται σε σχετικές μελέτες η ύπαρξη κινήτρων (motivations) και η ύπαρξη υψηλού βαθμού ικανοποίησης (satisfaction), από τους εργαζόμενους (O'Reilly 1989; Cooke& Szurnal 1993), ενώ ως αρνητικά καταγράφονται σε σχετικές μελέτες, η ανασφάλεια στον εργασιακό χώρο και η ανάπτυξη εργασιακού άγχους λόγω της ύπαρξης σύγκρουσης και ασάφειας εργασιακών ρόλων (Kahn et al 1964; van der Velde et al. 1995).

Κατά συνέπεια, ένα σύστημα ‘καλής’ οργανωτικής κουλτούρας θα ήταν καθοριστικής σημασίας για ένα οργανισμό όπως είναι οι οργανισμοί Υγείας, οι οποίοι καλούνται να αντιμετωπίσουν όλο και περισσότερες προκλήσεις σε ένα πολύπλοκο και ανταγωνιστικό σύστημα, που στόχος έχει την επίτευξη υψηλών δεικτών ικανοποίησης των ατόμων – χρηστών (Wooten & Crane 2003).

Αντίθετα, η ύπαρξη ενός οργανωτικού συστήματος του οποίου το ανθρώπινο δυναμικό που το στελεχώνει, εμφανίζεται να προσπαθεί να εκπληρώσει απαιτήσεις, υιοθετώντας ρόλους που πολλές φορές έρχονται σε σύγκρουση ή ασυμφωνία μεταξύ τους, ή που οι προσδοκίες των προϊσταμένων είναι ασαφείς, οδηγεί σε εργασιακό άγχος και σε μείωση της απόδοσης του εργαζομένου με συνέπεια την μειωμένη ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας( Deluga 1989; Fried et al.1998; Cox 2003; Κανδρή και συν. 2004).

### **Ελληνική Πραγματικότητα – Κέντρα Υγείας**

Ιδιαίτερη συζήτηση γίνεται σήμερα στην Ευρωπαϊκή Ένωση και διεθνώς (WHO 2000; Evans et al 2003; Schoen 2004) για τον εκσυγχρονισμό των συστημάτων υγείας με ευρεία αναφορά στην πρωτοβάθμια υγεία. Όροι όπως ποιότητα φροντίδας (health care quality) και κλινική αποτελεσματικότητα (clinical effectiveness), χρησιμοποιούνται συχνά, τόσο σε νομοθετικά πλαίσια όσο και στη διεθνή βιβλιογραφία.

Στην Ελλάδα, η Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας παρέχεται κυρίως από τα Κέντρα Υγείας και οργανώνεται με βάση ένα τομεοποιημένο γεωγραφικά σύστημα μέσα στα όρια 17 υγειονομικών περιφερειών. Στην έδρα κάθε υγειονομικής περιφέρειας, συνιστάται περιφερειακό συμβούλιο υγείας και πρόνοιας (ΠΕ.Σ.Υ.Π). Το συμβούλιο αυτό, ασκεί εποπτεία επί των φορέων περίθαλψης και συντονίζει το έργο τους, ενώ εισηγείται στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ρυθμίσεις κατάλληλες για την πληρέστερη και αποδοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας στους κατοίκους της περιφέρειας.

Ιδιαίτερα ευθύνη των Κέντρων Υγείας αποτελεί, η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας, στο σύνολο του πληθυσμού της περιοχής ευθύνης τους και σε όσους προσωρινά διαμένουν σε αυτήν, η εφαρμογή των προγραμμάτων αγωγής υγείας και πρόληψης, η νοσηλεία και παρακολούθηση των αρρώστων που βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης, ή μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο στο σπίτι, η παροχή πρώτων βοηθειών και η νοσηλεία σε έκτακτες περιπτώσεις έως τη διακομιδή των αρρώστων στο νοσοκομείο, η διακομιδή αρρώστων με ασθενοφόρο αυτοκίνητο ή με οποιοδήποτε άλλο μέσο μεταφοράς, σε έκτακτες περιπτώσεις στο νοσοκομείο, η παροχή υπηρεσιών οδοντιατρικής φροντίδας, η άσκηση προληπτικής ιατρικής ή οδοντιατρικής. Επίσης, η ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα, η ιατρική της εργασίας, η παροχή υπηρεσιών σχολικής υγείας, η ενημέρωση και διαφώτιση για θέματα οικογενειακού προγραμματισμού, με διαλέξεις και επιστημονικές συναντήσεις, η εκπαίδευση των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού, η παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας, καθώς και η συνεργασία με την τοπική αυτοδιοίκηση για αποδοτικότερη προσφορά υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και πρόληψης (Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας & Κοινωνικών Ασφαλίσεων Ν 2889/2001).

Αρκετοί όμως Έλληνες ερευνητές, εκφράζουν σοβαρές επιφυλάξεις, ως προς τον βαθμό στον οποίο τα Κέντρα Υγείας στη χώρα μας, έχουν αναπτύξει επαρκώς δραστηριότητες δημόσιας υγείας (Ζηλίδης 1995), ενώ διαπιστώνεται η μικρή συμμετοχή των Κέντρων Υγείας, σε προγράμματα αγωγής υγείας και σε προγράμματα πρόληψης (Γεωργούση και συν. 2002). Επίσης, όσον αφορά στο ανθρώπινο δυναμικό, η εμπλοκή των γενικών ιατρών που εργάζονται σε αυτά ενώ είναι σημαντική όσον αφορά στη δυνατότητα ανάπτυξης και εφαρμογής ιατρικών τεχνικών, υστερεί στη διαχείριση της ασθένειας, με την έννοια της υποστήριξης και της συνέχειας της φροντίδας στα πλαίσια της κοινότητας (Κυριόπουλος και συν. 1996). Ανάλογα, το προσωπικό (νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, μαίες, επισκέπτριες υγείας), παρά την σημαντική συνεισφορά τους, δεν έχει εμπλακεί ενεργά στην κοινότητα, θέτοντας συγκεκριμένους στόχους παρέμβασης και πρόληψης, ενώ αδυνατεί να καλύψει ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων, που νομοθετικά τα Κέντρα Υγείας καλούνται να επιτελέσουν (Μαρκάκη 2003).

Ειδικότερα, όσον αφορά στα Κέντρα Υγείας της Κρήτης, έχουν διαπιστωθεί ότι: “οι ιατρικές επισκέψεις γίνονται χωρίς πρόγραμμα και με κύρια ενασχόληση την συνταγογραφία, ότι υπάρχει σχεδόν παντελής απουσία καταγραφής επισκέψεων και σε ένα βαθμό μη τήρηση ή μη έγκαιρη ενημέρωση των ιατρικών φακέλων, η δε απουσία οργάνωσης που παρατηρείται, οδηγεί σε δυσαρέσκεια των χρηστών υπηρεσιών φροντίδας” (Λιονής 2002, σελ.13). Παράλληλα, διαπιστώνεται, “η μη ύπαρξη οδηγιών για τη διαχείριση των συχνών νοσημάτων στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, η χωρίς οδηγίες συνταγογράφηση, η ύπαρξη του φαινομένου της πολυφαρμακίας και η ανεπαρκής ρύθμιση ασθενών με χρόνια νοσήματα” (Λιονής 2002, σελ. 14). Έως σήμερα οι μελέτες που έχουν γίνει, είναι για την εκτίμηση κυρίως των αναγκών των Κέντρων Υγείας σε υποδομές, βιοιατρικό εξοπλισμό και ανθρώπινο δυναμικό, μελέτες παραμέτρων που επηρεάζουν την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και μελέτες αξιολόγησης των αλλαγών και της αποτελεσματικότητας του συστήματος (Λιονής, 2002).

Όσον αφορά στο νοσηλευτικό προσωπικό των Κέντρων Υγείας, έχει αναπτυχθεί και εφαρμοστεί ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς για την εκτίμηση των αναγκών του νοσηλευτικού προσωπικού, το οποίο ανέδειξε εκτός των άλλων το μειωμένο εύρος εφαρμογής κλινικών νοσηλευτικών πράξεων. Επίσης έχει εκτιμηθεί ερευνητικά η παρούσα κατάσταση των κοινωνικών υπηρεσιών στην Π.Φ.Υ. (Λιονής 2002, Μαρκάκη 2003). Δεν έχει μελετηθεί όμως και δεν έχει προσεγγιστεί ερευνητικά έως σήμερα, το είδος της οργανωτικής κουλτούρας, που διέπει τα Κέντρα Υγείας και ο βαθμός της ασάφειας ή της σύγκρουσης ρόλων του προσωπικού (εάν υπάρχει), σε αυτά. Όπως πολλοί ερευνητές αναφέρουν, δεν μπορεί κάποιος να ασκήσει επιτυχή διοίκηση σε μία επιχείρηση ή σε ένα οργανισμό υγείας, όπως είναι ένα Νοσοκομείο ή ένα Κέντρο Υγείας, εάν δεν καταγραφεί αρχικά, ο τύπος της κουλτούρας που διέπει τον οργανισμό και εάν δεν αναλυθεί, η συνολική αυτή πολιτισμική υπόσταση του οργανισμού, μέσα από την διερεύνηση των επιδράσεων που ασκούν οι επαγγελματικές ομάδες, των σχέσεων που αυτές αναπτύσσουν μεταξύ τους, της αποτύπωσης του ρόλου (καθορισμένου ή μη) που αυτές έχουν και της ύπαρξης ή μη σύγκρουσης μεταξύ αυτών των ομάδων. (Fried et al 1998; Koustelios et al. 1998; Ingersoll et al. 2000; Koustelios et al 2004).



## Σημασία Μελέτης

Όπως επισημαίνουν οι Wooten & Crane (2003), είναι κρίσιμης σημασίας, η ύπαρξη ή η ανάπτυξη (εάν δεν υπάρχει), ενός τύπου αποδοτικής κουλτούρας, στους οργανισμούς υγείας που αντιμετωπίζουν πολύπλοκες δομές διαχειριζόμενης φροντίδας υγείας, σε ένα ιδιαίτερα ανταγωνιστικό και μεταβαλλόμενο περιβάλλον, που απαιτεί υψηλού επιπέδου υπηρεσίες για την ικανοποίηση των διαρκώς αυξανόμενων αναγκών των ασθενών. Η μελέτη των παραμέτρων αυτών, δηλαδή της οργανωτικής κουλτούρα που διέπει τα Κέντρα Υγείας της Κρήτης και η καταγραφή του βαθμού ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων μεταξύ του προσωπικού που εργάζεται σε αυτά, θα μπορούσε να δώσει μία επιστημονικά τεκμηριωμένη ερμηνεία για τις δυσλειτουργίες των Κέντρων Υγείας της Κρήτης, που προηγούμενες μελέτες έχουν διαπιστώσει. ( Θεοδώρου και συν. 1995, Λιονής 2002, Μαρκάκη 2003).

Επιπρόσθετα, μία καταγραφή της παρούσας οργανωτικής κουλτούρας που διέπει τα Κέντρα Υγείας, θα μπορούσε να αποτελέσει το εφαλτήριο για παρεμβάσεις στην κατεύθυνση αλλαγής των οργανισμών αυτών και υιοθέτησης διοικητικών δομών και πρακτικών, που λειτουργούν με βάση τον σκοπό των οργανισμών, δηλαδή την προαγωγή, την πρόληψη και την προσφορά υψηλής ποιότητας και απόδοσης υπηρεσιών υγείας στην κοινότητα.

## **Μεθοδολογία**

### **Ερευνητικές Ερωτήσεις**

Ποια είναι τα συμπεριφοριστικά πρότυπα που ενδεχομένως αναμένονται ή απαιτούνται από τα μέλη των Κέντρων Υγείας της Κρήτης, και σε ποιο βαθμό υπάρχουν, καθορίζοντας την οργανωτική κουλτούρα, που διέπει τις μονάδες αυτές, της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας;

Ποιο είναι το επίπεδο σύγκρουσης και ασάφειας ρόλων που επικρατεί μεταξύ του ιατρικού, υγειονομικού και λοιπού προσωπικού των Κέντρων Υγείας στην Κρήτη;

Ποιος είναι ο βαθμός συσχέτισης, μεταξύ της ασάφειας και τη σύγκρουσης ρόλων και του τύπου οργανωτικής κουλτούρας, που χαρακτηρίζει τα Κέντρα Υγείας της Κρήτης;

## Ερευνητικό πεδίο – Πληθυσμός – Δειγματοληπτικό πλαίσιο

Η Κρήτη με συνολικό πραγματικό πληθυσμό 601131 κατοίκους, διαθέτει 14 Κέντρα Υγείας εκ των οποίων 7 (50%) βρίσκονται στο Νομό Ηρακλείου και 4 (29%) στο Νομό Ρεθύμνου, στους οποίους Νομούς διαμένουν 374425 κάτοικοι ή 62% του πληθυσμού (ΕΣΥΕ, 2001).

Στην παρούσα μελέτη επιλέχθηκαν κατ' αναλογία 5 Κέντρα Υγείας από τα 11 των Νομών Ηρακλείου και Ρεθύμνου, με τη χρήση τυχαίων αριθμών (πρόγραμμα SPSS 12.0). Τα 5 Κέντρα Υγείας (36% του συνόλου), επιλέχθηκαν από τους δύο νομούς διότι καλύπτουν το 62% του πληθυσμού της Κρήτης και μορφολογικά περιλαμβάνουν στο υψόμετρό τους και τις τρεις ζώνες, όπως: χαμηλή, μέση και υψηλή ή ορεινή της νήσου Κρήτης.

Πληθυσμό (population) της έρευνας, αποτέλεσαν όλοι οι εργαζόμενοι στα 14 Κέντρα Υγείας της Κρήτης από τους Νομούς Ηρακλείου και Ρεθύμνου που ανήκουν στην υγειονομική περιφέρεια του ΠΕ.ΣΥΠ Κρήτης. Πληθυσμό υπό μελέτη (study population) αποτέλεσαν όλοι οι εργαζόμενοι οι οποίοι εργάζονται στα 5 Κέντρα Υγείας, που επιλέχθηκαν τυχαία με ποσόστωση από τα 11 Κέντρα Υγείας (Νομού Ηρακλείου, Ρεθύμνου), της Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης. Στην παρούσα μελέτη, ο υπό μελέτη πληθυσμός συμπίπτει με το δείγμα της μελέτης. Στα Κέντρα Υγείας που επιλέχθηκαν προσδόθηκαν για λόγους διασφάλισης της ανωνυμίας τους, τα εξής ονόματα: Κέντρο Υγείας Λαχανοχωρίου, Κέντρο Υγείας Κορυφής, Κέντρο Υγείας Λαδοχωρίου, Κέντρο Υγείας Νεροχωρίου και Κέντρο Υγείας Καμποχωρίου.

## Δημογραφικά χαρακτηριστικά Δείγματος

Το δείγμα μελέτης αποτέλεσαν 98 άτομα, εκ των οποίων 44 (44,8%) ήταν άνδρες και 54 γυναίκες (55,1%). Όσον αφορά στον επαγγελματικό τίτλο, οι εργαζόμενοι ομαδοποιήθηκαν σε τρεις επαγγελματικές ομάδες: Α. Ιατρούς, Β. Υγειονομικό Προσωπικό, όπου περιλάμβανε νοσηλεύτριες, μαίες, φυσιοθεραπευτές, διαιτολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς και ψυχολόγους, και Γ. Διοικητικό Προσωπικό, το οποίο περιλάμβανε διοικητικούς υπαλλήλους, μαγείρισσες, οδηγούς ασθενοφόρων, καθαρίστριες, μεταφορείς και τεχνικό προσωπικό. Οι ιατροί που συμμετείχαν στην έρευνα, ήταν 26 άτομα (26,5%), το υγειονομικό προσωπικό 33 άτομα (33,6%) και το διοικητικό προσωπικό 39 άτομα (39,7%). Χρόνο επαγγελματικής προϋπηρεσίας λιγότερο από 5 έτη είχαν 28 άτομα (28,5%), 6 έως 15 έτη είχαν 36 άτομα (36,7%) και 16 έως 35 έτη είχαν 34 άτομα (34,6%). Όλοι οι συμμετέχοντες ήταν ελληνικής υπηκοότητας.

(βλέπε Παράρτημα 1, Πίνακα 1, παράρτημα 2: 1<sup>η</sup>, 2<sup>η</sup>, 3<sup>η</sup> Διαγραμματική Απεικόνιση).

## Περιγραφή του ερευνητικού εργαλείου

Η παρούσα μελέτη χρησιμοποιεί για την μέτρηση της Οργανωτικής κουλτούρας, που διέπει τα Κέντρα Υγείας και της ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων μεταξύ του προσωπικού, ένα ερωτηματολόγιο που δομείται σε τρία μέρη.

Το πρώτο μέρος, περιλαμβάνει το ΕΟΚ ένα προσαρμοσμένο ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, που αποτελεί μετάφραση και προσαρμογή στην Ελλάδα (Ξενικού 2005), του Organizational Culture Inventory (OCI), (Cooke & Rousseau 1988), (το ερευνητικό εργαλείο δεν παρατίθεται στο Παράρτημα 2. διότι η εταιρία που το ερευνητικό εργαλείο αποτελεί πνευματικής της ιδιοκτησία, δεν επιθυμεί να παρατίθεται). Εισαγωγικά, υπάρχει μία συνοπτική αναφορά για την κατανόηση της έννοιας της οργανωτικής κουλτούρας, καθώς και οδηγίες συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, ενώ αναφέρεται ότι θα διασφαλιστεί η ανωνυμία προσώπων και οργανισμών. Το ερωτηματολόγιο περιέχει 120 προτάσεις που βαθμολογούνται σε μία κλίμακα Likert 5 διαβαθμίσεων (καθόλου, σε μικρό βαθμό, σε μέτριο βαθμό, σε μεγάλο βαθμό, σε πολύ μεγάλο βαθμό). Οι προτάσεις αυτές, περιγράφουν κάποιες συμπεριφορές, που ενδεχομένως αναμένονται ή απαιτούνται από τα μέλη των οργανισμών (συμπεριφορικά πρότυπα). (From *Organizational Culture Inventory* by R.A. Cooke and J.C. Lafferty, 1983, 1986, 1987, 1989, Plymouth, MI: Human Synergistics. Copyright 1989 by Human Synergistics, Inc. Adapted by permission).

Το δεύτερο μέρος, περιλαμβάνει 2 κλίμακες των Rizzo et al. (1970), προσαρμοσμένες στην Ελλάδα από τον Koustelios et al. (2004), οι οποίες μετράνε τον βαθμό σύγκρουσης και ασάφειας ρόλων (role conflict & role ambiguity). Η πρώτη κλίμακα, μετράει την ασάφεια ρόλων (role ambiguity) και αποτελείται από 6 προτάσεις. Οι απαντήσεις σε αυτή, δίνονται σε μία κλίμακα επτά διαβαθμίσεων (από 7 αναληθές έως 1 αληθές). Η δεύτερη κλίμακα, μετράει τη σύγκρουση ρόλων (role conflict), και αποτελείται από οκτώ προτάσεις. Οι απαντήσεις σε αυτή, δίνονται επίσης σε μία κλίμακα επτά διαβαθμίσεων από (7 αναληθές έως 1 αληθές).

Τέλος, το τρίτο μέρος του ερευνητικού εργαλείου, περιλαμβάνει ερωτήσεις τύπου λίστας για την συγκέντρωση δημογραφικών στοιχείων που αφορούν στο φύλο, στο επάγγελμα και στην προϋπηρεσία των μελών του οργανισμού.

## Πιλοτική μελέτη

Το ερωτηματολόγιο δοκιμάστηκε σε αριθμό 20 ατόμων που ανήκαν στο υγειονομικό, ιατρικό και διοικητικό προσωπικό Κέντρων Υγείας. Οι ερωτώμενοι, είχαν ενημερωθεί για τον σκοπό της μελέτης και ζητήθηκε από αυτούς η γνώμη τους σχετικά με την τελική μορφοποίηση (διάταξη, μορφοποίηση γραμματοσειρών, εμφάνιση) του ερευνητικού εργαλείου (Burns 1995; Oppenheim 1998).

Δεν ζητήθηκε από τον ερευνητή να εκφράσουν την κρίση τους, σχετικά με την σαφήνεια, την μονοσήμαντη έννοια, την διατύπωση και τη συντακτική διάρθρωση των ερωτήσεων, διότι και τα δύο εργαλεία μέτρησης, είχαν ήδη ελεγχθεί για την εγκυρότητα και την αξιοπιστία τους από τους κατασκευαστές τους και είχαν ήδη προσαρμοστεί στα Ελληνικά δεδομένα οπότε και δεν υπήρχε δυνατότητα παρέμβασης και αλλαγής σε σχέση με την διάρθρωση των ερωτήσεων και την διατύπωσή τους.

Η πιλοτική μελέτη διήρκεσε 2 μήνες (Νοέμβριο και Ιανουάριο 2005) και αναλυτικά εξετάστηκε:

α) εάν η ενημέρωση για τον σκοπό της μελέτης ήταν διατυπωμένη με σαφήνεια

β) εάν οι οδηγίες ήταν κατανοητές από όλους και είχαν μονοσήμαντη έννοια.

γ) εάν στις δημογραφικές ερωτήσεις υπήρχε η κατάλληλη διαθέσιμη απάντηση για κάθε ερωτώμενο (π.χ επάγγελμα)

δ) εάν ειδικά για τις κλειστές ερωτήσεις συλλογής δημογραφικών στοιχείων, περιλαμβάνονταν οι απαιτούμενες επιλογές ή απαντήσεις.

## Συγκέντρωση Δεδομένων

Για την διεξαγωγή της μελέτης στα επιλεγμένα Κέντρα Υγείας της Κρήτης, προηγήθηκε γραπτή έγκριση (αρ. πρωτ. 11061/27-10-04, βλέπε παράρτημα 3), από το Επιστημονικό Συμβούλιο του ΠΕΣΥΠ Κρήτης, στο οποίο υπάγονται διοικητικά τα Κέντρα Υγείας. Το ΠΕΣΥΠ, ενημέρωσε εγγράφως τους διευθυντές των Κέντρων Υγείας, για τον σκοπό της μελέτης. Ο ερευνητής, επισκέφτηκε τα Κέντρα Υγείας στο διάστημα δύο μηνών (Μάρτιος–Απρίλιος 2005). Κατά την επίσκεψη σε κάθε Κέντρο Υγείας, ο ερευνητής ενημέρωνε προφορικά τον υπεύθυνο κάθε Κέντρου διευθυντή για τον σκοπό της μελέτης και τον διαβεβαίωνε ότι θα διασφαλιστεί η ανωνυμία τόσο του οργανισμού όσο και των εργαζομένων σε αυτόν. Μετά την ενημέρωση και την προφορική συγκατάθεση του διευθυντή για τη διεξαγωγή της έρευνας, ακολουθούσε ενημέρωση του προσωπικού για τον σκοπό της έρευνας και διαβεβαίωση για την τήρηση της ανωνυμίας των ατόμων, που θα δεχόταν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο. Ο ερευνητής αφιέρωνε όσο χρόνο χρειαζόταν για διευκρινιστικές ερωτήσεις, στα άτομα που επιθυμούσαν να συμμετέχουν στην έρευνα και να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο και στη συνέχεια, απομακρυνόταν ώστε να μην υπάρχει επηρεασμός της κρίσεως τους λόγω παρουσίας του στον ίδιο χώρο. Σε κάθε κέντρο Υγείας πραγματοποιήθηκαν 3 – 5 επισκέψεις από τον ερευνητή.

## Στατιστική Ανάλυση

Για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων της μελέτης, χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα SPSS 12.0. Με τη μέθοδο Kolmogorov-Smirnov, ελέγχθηκε η κανονικότητα των 12 κατηγοριών της οργανωτικής κουλτούρας καθώς και εκείνων που καθορίζουν την ασάφεια και σύγκρουση ρόλων (Bland 2000). Με το συντελεστή αξιοπιστίας Cronbach Alpha (Intraclass Correlation Coefficient), υπολογίστηκε η συνέπεια (consistency) των δεδομένων τόσο στις 12 μετρήσεις της οργανωτικής κουλτούρας (Alpha = 0,68), όσο και σε αυτές της ασάφειας (Alpha = 0,88) και της σύγκρουσης ρόλων (Alpha = 0,82).

Από τα δεδομένα που προέκυψαν από το ΕΟΚ, εκτιμήθηκαν οι μέσες τιμές και σταθερές αποκλίσεις των 12 συμπεριφοριστικών προτύπων των 98 εργαζομένων στα 5 Κέντρα Υγείας (βλέπε παράρτημα 1. Πίνακα 2), καθώς και οι εκατοστιαίες τους θέσεις 10, 25, 50, 75 και 90%. Αυτές, παρουσιάστηκαν γραφικά σε πολυμεταβλητά κυκλικά υποδείγματα απεικόνισης (Circumplexes), απεικονίζοντας το συνολικό προφίλ των 5 Κέντρων υγείας και το προφίλ κουλτούρας του κάθε Κέντρου Υγείας χωριστά. (βλέπε Παράρτημα 2: Διαγραμματική απεικόνιση 4, κυκλικά υποδείγματα 7 – 12, Researched & Developed by: Robert A. Cooke, Ph.D. & J. Clayton Lafferty, Ph.D.©1989 Human Synergistics, Inc.All rights reserved ).

Τα πολυμεταβλητά κυκλικά υποδείγματα, είναι μία ειδική κυκλική παρουσίαση αποτελεσμάτων, η οποία αναπτύχθηκε από τον Guttman (1954), βασισμένη στην θεωρία της πολυδιάστατης κλίμακας και της παραγοντικής ανάλυσης. (multidimensional scaling and factor analysis). Η δομή αυτή, υποδηλώνει κυκλική διάταξη των μεταβλητών. Οι μεταβλητές που σχετίζονται θετικά μεταξύ τους, είναι κοντά και στην ίδια πλευρά της κατασκευής, ενώ αντίθετα, οι μεταβλητές που συσχετίζονται μεταξύ τους αρνητικά, τοποθετούνται στην αντίθετη πλευρά της κυκλικής κατασκευής.

Ειδικότερα, οι ομόκεντροι κύκλοι των κυκλικών υποδειγμάτων απεικόνισης (circumplexes), που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα μελέτη, παρουσιάζουν από το κέντρο του κύκλου προς τα έξω τις προαναφερθείσες εκατοστιαίες θέσεις ως εξής: ο πρώτος κύκλος από το κέντρο προς την εξωτερική επιφάνεια του κύκλου καθορίζει την 10<sup>η</sup> εκατοστιαία θέση, ο δεύτερος ομόκεντρος κύκλος καθορίζει την 25<sup>η</sup>, ο τρίτος (ο πιο έντονος) καθορίζει την 50<sup>η</sup>.



Ακολουθεί ο 4<sup>ος</sup> ομόκεντρος κύκλος που καθορίζει την 75<sup>η</sup> εκατοστιαία θέση, ο 5<sup>ος</sup> ομόκεντρος κύκλος που καθορίζει την 90<sup>η</sup> και τέλος ο 6<sup>ος</sup> κύκλος που καθορίζει την 99<sup>η</sup> (*From Organizational Culture Inventory by R.A. Cooke and J.C. Lafferty, 1983, 1986, 1987, 1989, Plymouth, MI: Human Synergistics. Copyright 1989 by Human Synergistics, Inc. Adapted by permission*).

Για την μέτρηση του βαθμού ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων, ενοποιήθηκαν σε αθροίσματα οι μεταβλητές της σύγκρουσης (βλέπε παράρτημα 1: Πίνακα 3, Ερωτήσεις 1Α-6Ζ) και της ασάφειας (βλέπε παράρτημα 1: Πίνακα 3, Ερωτήσεις 1Η-8Ξ). Ενώ η μέση βαθμολογία της ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων, μετρήθηκε ανά Κέντρο Υγείας (βλέπε παράρτημα 2: 5η Διαγραμματική Απεικόνιση) και ανά φύλο, επαγγελματική ομάδα και χρόνο προϋπηρεσίας των εργαζομένων στα Κέντρα Υγείας.(βλέπε παράρτημα1: Πίνακα 4, παράρτημα 2: 6η Διαγραμματική απεικόνιση). Τέλος, εκτιμήθηκαν οι συντελεστές συσχέτισης κατά Pearson, για τον έλεγχο συσχέτισης μεταξύ των 12 συμπεριφορικών προτύπων και των τριών συνολικά τύπων κουλτούρας με το βαθμό ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων των 98 εργαζομένων των πέντε Κέντρων Υγείας (βλέπε παράρτημα1: Πίνακα 5). Επίσης υπολογίστηκαν οι συντελεστές συσχέτισης κατά Spearman, για τον έλεγχο της συσχέτισης μεταξύ των τύπων κουλτούρας κάθε Κέντρου Υγείας και του βαθμού ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων αντίστοιχα (βλέπε παράρτημα1: Πίνακα 6).

## **Αποτελέσματα**

### **Μέτρηση της Οργανωτικής Κουλτούρας**

Τα αποτελέσματα για την μέτρηση της συνολικής οργανωτικής κουλτούρα των 5 Κέντρων Υγείας της Κρήτης, αναδεικνύουν μία οργανωτική κουλτούρα που χαρακτηρίζεται από συνδυασμό της επιθετικής-παθητικής κουλτούρας και της παθητικής – αμυντικής κουλτούρας. (βλέπε παράρτημα 2: 7η Διαγραμματική Απεικόνιση). Υψηλότερες δε εκατοστιαίες θέσεις στο συνολικό προφίλ των Κέντρων Υγείας, καταλαμβάνει η κουλτούρα Αποφυγής (avoidance), που βρίσκεται στην 78<sup>η</sup> εκατοστιαία θέση, και η κουλτούρα εξουσίας (power) που βρίσκεται στην 73<sup>η</sup> εκατοστιαία θέση, και ακολουθούν η κουλτούρα αποδοχής (approval) και η ανταγωνιστική κουλτούρα (competitive) στην 70<sup>η</sup> εκατοστιαία θέση, η συμβατική (conventional) κουλτούρα στην 68<sup>η</sup> εκατοστιαία θέση, ενώ η κουλτούρα τελειομανίας (perfectionistic), βρίσκεται στην 65<sup>η</sup> εκατοστιαία θέση. Οι κουλτούρες διαπροσωπικών σχέσεων (affiliative), ανθρωπιστική (humanistic), αυτοπραγμάτωσης (self-actualizing) και επίτευξης (achievement), που αποτελούν την επικοινωνιακή κουλτούρα και χαρακτηρίζουν ένα υγιή οργανισμό βρίσκονται στην 63<sup>η</sup>, 53<sup>η</sup>, 50<sup>η</sup> και 38<sup>η</sup> εκατοστιαία θέση αντίστοιχα.

Ειδικότερα, η ανάλυση των αποτελεσμάτων για το Κέντρο Υγείας Λαχανοχωρίου, ανέδειξε μία οργανωτική κουλτούρα που χαρακτηρίζεται από συνδυασμό παθητικής αμυντικής, επιθετικής-αμυντικής αλλά και επικοινωνιακής κουλτούρας.(βλέπε παράρτημα 2: 8η Διαγραμματική Απεικόνιση). Στις υψηλότερες εκατοστιαίες θέσεις, βρίσκονται η κουλτούρα διαπροσωπικών σχέσεων 73<sup>η</sup> εκατοστιαία θέση, ακολουθούν η κουλτούρα τελειομανίας (70<sup>η</sup> θέση), η κουλτούρα αποδοχής (70<sup>η</sup> θέση) και η κουλτούρα αποφυγής (70<sup>η</sup> θέση). Η συμβατική κουλτούρα, τοποθετείται στην 65<sup>η</sup> εκατοστιαία θέση και ακολουθούν, η ανταγωνιστική κουλτούρα, η κουλτούρα εξουσίας και η ανθρωπιστική κουλτούρα στην 63<sup>η</sup> εκατοστιαία θέση.

Ενώ μόνο η κουλτούρα εξάρτησης και η αντιδραστική πέφτουν κάτω από την 50<sup>η</sup> εκατοστιαία θέση (40<sup>η</sup> και 45<sup>η</sup> εκατοστιαία θέση αντίστοιχα). Οι ομάδες που υποδηλώνουν εποικοδομητική κουλτούρα, κυμαίνονται μεταξύ 73<sup>ης</sup> και 51<sup>ης</sup> εκατοστιαίας θέσης.

Το Κέντρο Υγείας Κορυφής, παρουσιάζει ένα συνδυασμό επιθετικής-παθητικής και παθητικής-αμυντικής κουλτούρας.(βλέπε παράρτημα 2: 9<sup>η</sup> Διαγραμματική Απεικόνιση). Στις υψηλότερες εκατοστιαίες θέσεις, βρίσκονται η κουλτούρα αποφυγής (78<sup>η</sup> θέση), η κουλτούρα εξουσίας (77<sup>η</sup> θέση), ενώ ακολουθούν η ανταγωνιστική κουλτούρα και η συμβατική κουλτούρα στην 73η εκατοστιαία θέση. Σε εκατοστιαίες θέσεις που κυμαίνονται από την 68<sup>η</sup> έως την 30<sup>η</sup> εκατοστιαία θέση με φθίνουσα σειρά, βρίσκονται, η κουλτούρα τελειομανίας (68<sup>η</sup> θέση), αποδοχής (66<sup>η</sup> θέση), αντιδραστική (63<sup>η</sup> θέση), διαπροσωπικών σχέσεων (55<sup>η</sup> θέση), ανθρωπιστική (50<sup>η</sup> θέση),αυτοπραγμάτωσης (48<sup>η</sup> θέση), εξάρτησης (45<sup>η</sup> θέση) και επίτευξης (30<sup>η</sup> θέση). Οι ομάδες που υποδηλώνουν εποικοδομητική κουλτούρα, κυμαίνονται μεταξύ 55<sup>ης</sup> και 30<sup>ης</sup> θέσης.

Το Κέντρο Υγείας Λαδοχωρίου, παρουσιάζει ένα συνδυασμό επιθετικής-αμυντικής και παθητικής-αμυντικής κουλτούρας. (βλέπε παράρτημα 2: 10η Διαγραμματική Απεικόνιση). Με τις κουλτούρες εξουσίας και αποφυγής να βρίσκονται στην υψηλότερη εκατοστιαία θέση (76<sup>η</sup>), ενώ ακολουθούν κατά φθίνουσα σειρά η ανταγωνιστική (70<sup>η</sup> θέση), η αντιδραστική (68<sup>η</sup> θέση), η συμβατική και η κουλτούρα τελειομανίας (65<sup>η</sup> θέση), η κουλτούρα αποδοχής (60<sup>η</sup> θέση), η διαπροσωπικών σχέσεων (58<sup>η</sup> θέση) και η ανθρωπιστική κουλτούρα (53<sup>η</sup> θέση).

Ενώ κάτω της 50<sup>ης</sup> εκατοστιαίας θέσης, βρίσκονται η κουλτούρα αυτοπραγμάτωσης, η κουλτούρα εξάρτησης και η κουλτούρα επίτευξης.(45<sup>η</sup>,43<sup>η</sup> και 30<sup>η</sup> θέση αντίστοιχα). Όσον αφορά τις κουλτούρες που χαρακτηρίζουν το εποικοδομητικό προφίλ ενός οργανισμού, μόνο η κουλτούρα διαπροσωπικών σχέσεων (58<sup>η</sup> εκατοστιαία θέση) και η ανθρωπιστική κουλτούρα (53η εκατοστιαία θέση) ξεπερνούν την 50<sup>η</sup> εκατοστιαία θέση, ενώ η κουλτούρα αυτοπραγμάτωσης και επίτευξης βρίσκονται σε πολύ χαμηλή εκατοστιαία θέση (45<sup>η</sup> και 30<sup>η</sup> εκατοστιαία θέση αντίστοιχα).

Το Κέντρο Υγείας Νεροχωρίου, παρουσιάζει κουλτούρες, που αποτυπώνουν ένα συνδυασμό της παθητικής-αμυντικής και της επιθετικής-αμυντικής κουλτούρας.(βλέπε παράρτημα 1: 11<sup>η</sup> Διαγραμματική Απεικόνιση). Η κουλτούρα αποφυγής, παρουσιάζει την υψηλότερη εκατοστιαία θέση (83<sup>η</sup> θέση), ενώ η κουλτούρα εξουσίας έρχεται δεύτερη καταλαμβάνοντας την 75<sup>η</sup> εκατοστιαία θέση. Με φθίνουσα σειρά, ακολουθούν η αντιδραστική (74<sup>η</sup> εκατοστιαία θέση), η συμβατική (73<sup>η</sup> θέση) και η αποδοχής (68<sup>η</sup> θέση). Οι κουλτούρες που χαρακτηρίζουν το εποικοδομητικό προφίλ ενός οργανισμού βρίσκονται μεταξύ 45<sup>ης</sup> και 33<sup>ης</sup> εκατοστιαίας θέσης.

Το Κέντρο Υγείας Καμποχωρίου, χαρακτηρίζεται από ένα συνδυασμό επιθετικής-αμυντικής και παθητικής-αμυντικής κουλτούρας. (βλέπε παράρτημα2: 12η Διαγραμματική απεικόνιση). Οι κουλτούρες που παρουσιάζουν τις υψηλότερες εκατοστιαίες θέσεις, είναι η κουλτούρα αποφυγής (80<sup>η</sup> εκατοστιαία θέση), η κουλτούρα εξουσίας η κουλτούρα τελειομανίας και η κουλτούρα αποδοχής (73<sup>η</sup> εκατοστιαία θέση), ενώ ακολουθούν, η ανταγωνιστική και η κουλτούρα διαπροσωπικών σχέσεων (70<sup>η</sup> θέση). Η συμβατική κουλτούρα, καταλαμβάνει την 68<sup>η</sup> θέση, η ανθρωπιστική και αντιδραστική την 58<sup>η</sup> θέση και με φθίνουσα σειρά ακολουθούν η κουλτούρα αυτοπραγμάτωσης (53<sup>η</sup> θέση), η κουλτούρα εξάρτησης (51<sup>η</sup> θέση) και τέλος η κουλτούρα επίτευξης (38<sup>η</sup> εκατοστιαία θέση). Οι ομάδες που χαρακτηρίζουν την εποικοδομητική κουλτούρα, κυμαίνονται μεταξύ της 70<sup>ης</sup> και 38<sup>ης</sup> εκατοστιαίας θέσης. (Researched & Developed by:Robert A. Cooke, Ph.D. & J. Clayton Lafferty, Ph.D.©1989 Human Synergistics, Inc.All rights reserved).

## Μέτρηση Σύγκρουσης και Ασάφειας ρόλων

Η στατιστική ανάλυση για την μέτρηση του βαθμού ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων έδωσε μέση βαθμολογία της ασάφειας ρόλων στους άνδρες 16,5 μονάδες έναντι 18,2 των γυναικών ( $p>0,05$ ) και της σύγκρουσης ρόλων 36,2 και 33,9 μονάδες ( $p>0,05$ ), αντίστοιχα.

Όσον αφορά στον χρόνο προϋπηρεσίας βρέθηκε σημαντική διαφορά στη βαθμολογία της ασάφειας ρόλων μεταξύ εκείνων που είχαν χρόνο προϋπηρεσίας 1 έως 5 έτη και εκείνων με 16 έως 35 έτη (19,0 έναντι 14,9,  $p=0,042$ , αντίστοιχα).

Παρόμοια, σχετικά με την επαγγελματική θέση, σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία ασάφειας ρόλων είχαν οι διοικητικοί υπάλληλοι, σε σχέση με τους Ιατρούς (13,8 έναντι 18,6,  $p<0,05$ , αντίστοιχα) και με την επαγγελματική ομάδα που περιλαμβάνει τους νοσηλευτές έως και τους φυσιοθεραπευτές (13,8 έναντι 20,8,  $p<0,05$ , αντίστοιχα). Γενικά, διαπιστώνεται σημαντική διαφοροποίηση της βαθμολογίας ασάφειας ρόλων μεταξύ των επαγγελματικών ομάδων ( $p=0,002$ ).

Αντίθετα, σχετικά με την σύγκρουση ρόλων, αν και δε βρέθηκε σημαντική διαφοροποίηση ( $p>0,05$ ) στη βαθμολογία μεταξύ των ομάδων με τα χρόνια προϋπηρεσίας, οι υπάλληλοι με 16 έως 35 έτη είχαν την υψηλότερη μέση βαθμολογία (36,7 μονάδες). Μη σημαντική διαφοροποίηση ( $p>0,05$ ), βρέθηκε και στις επαγγελματικές ομάδες, με τους Ιατρούς ωστόσο να συγκεντρώνουν την υψηλότερη βαθμολογία (35,7 μονάδες). Επίσης βρέθηκε θετική συσχέτιση της σύγκρουσης ρόλων, με την επιθετική κουλτούρα στο Κέντρο Υγείας Κορυφής ( $r = 0.531$ ,  $p = 0.013$ ), στο Κέντρο Υγείας Νεροχωρίου ( $r = 0.663$ ,  $p = 0,005$ ) και στο Κέντρο Υγείας Καμποχωρίου ( $r = 0.444$ ,  $p = 0.050$ ). Σχετικά με τον βαθμό ασάφειας βρέθηκε θετική συσχέτιση της επιθετικής κουλτούρας του Κέντρου Υγείας Καμποχωρίου ( $r = 0.517$ ,  $p = 0.020$ ).

Όσον αφορά τον συνολικό τύπο κουλτούρας (των 5 Κέντρων Υγείας), βρέθηκε θετική συσχέτιση της μέσης βαθμολογίας σύγκρουσης ρόλων με την επιθετική – αμυντική κουλτούρα ( $r = 0.321$ ,  $p = 0.001$ ), και με την παθητική – αμυντική κουλτούρα ( $r = 0.234$ ,  $p = 0.020$ ). Τονίζεται επίσης (αποτελέσματα δεν παρουσιάζονται σε πίνακα), ότι δε βρέθηκε γραμμική συσχέτιση μεταξύ της μέσης βαθμολογίας ασάφειας και της μέσης βαθμολογίας σύγκρουσης ρόλων ( $r = 0,142$ ,  $p>0,05$ ).

## Συζήτηση

### Συζήτηση σχετικά με τη μεθοδολογία

Η παρούσα μελέτη, βασίζεται στη ποσοτική προσέγγιση μέτρησης (ποιοτικών χαρακτηριστικών), των κοινών κανόνων (norms) και προσδοκιών (expectations), καθώς και την σύγκρουση και ασάφεια ρόλων που καθορίζουν την συμπεριφορά του ιατρικού, υγειονομικού και διοικητικού προσωπικού των Κέντρων Υγείας.

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης για την μέτρηση τόσο της οργανωτικής κουλτούρας, όσο και του βαθμού σύγκρουσης και ασάφειας ρόλων μεταξύ του προσωπικού, επέβαλε την τυχαία επιλογή με ποσόστωση των 5 Κέντρων Υγείας που επιλέχτηκαν από 11 Κέντρα Υγείας της Κρήτης (Νομοί Ηρακλείου, Ρεθύμνου) και το σύνολο των εργαζομένων σε αυτά, για τη συλλογή των δεδομένων. Οι λόγοι που οδήγησαν σε αυτή την επιλογή, ήταν όχι μόνο ο μικρός αριθμός εργαζομένων ανά Κέντρο Υγείας ή και ανά επαγγελματική ομάδα, αλλά και η φιλοσοφία της ίδιας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που λειτουργεί με διεπιστημονικές ομάδες παρέμβασης (team working assessment) και καθορίζει τη λειτουργική διάρθρωση στην οποία απαιτείται η συνεργασία όλων, για να υπάρξει προσφορά αποτελεσματικών υπηρεσιών υγείας, στον πληθυσμό ευθύνης. Θα ήταν λοιπόν αντίθετο με τους σκοπούς της μελέτης, η ύπαρξη κριτηρίων αποκλεισμού ή η επιλογή μιας άλλης δειγματοληπτικής μεθόδου.

Το μέγεθος του δείγματος, δεν μπορεί να θεωρηθεί μικρό. Η σχέση μεταβλητών ανάλυσης (items) προς τα άτομα μελέτης (subjects) ορίζεται στην Διερευνητική Παραγοντική Ανάλυση (Exploratory Factor Analysis) και στην Ανάλυση Κυρίων Συνιστωσών (Principal Component Analysis), ως βασική μέθοδος καθορισμού του μεγέθους του δείγματος μελέτης. Το 40,5% των δημοσιευμένων μελετών που αφορούν την Επαγγελματική και Οργανωτική Ψυχολογία (Industrial & Organizational Psychology), αναφέρουν χρήση δείγματος μελέτης μικρότερο εκείνου που καθορίζεται από τη σχέση 1:5 (μεταβλητές:άτομα) και το 63,2% χρήση δείγματος μικρότερο εκείνου που καθορίζει η σχέση 1:10 (Osborne & Costello, 2004). Ωστόσο ο Stevens (2002), αναφέρει ότι ένας παράγοντας (factor) είναι αξιόπιστος (reliable), εάν αντιστοιχεί σε 4 ή περισσότερες μεταβλητές, με οποιοδήποτε μέγεθος δείγματος (N), αλλά με επιβαρύνσεις (loadings) μεγαλύτερες του 0,6.

Το ερωτηματολόγιο (EOK) επίσης, που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη αφορούσε την εξαγωγή 12 μεταβλητών κουλτούρας, από σύνολο 120 προτάσεων - ερωτήσεων που περιλάμβαναν διαβαθμισμένες απαντήσεις για το βαθμό ικανοποίησης. Οι διαβαθμίσεις άρχιζαν με το επίπεδο “καθόλου” και έφταναν έως και “σε πολύ μεγάλο βαθμό” ενώ αντιστοιχούσαν σε βαθμολογία από 1 έως και 5. Κάθε μια από τις δώδεκα μεταβλητές καθορίζεται από ένα υποσύνολο 10 προτάσεων (statements), των οποίων το άθροισμα της βαθμολογίας, καθορίζει τη συγκεκριμένη μεταβλητή. Ορίζεται δε από τους δημιουργούς του εργαλείου, ως αναγκαία συνθήκη για την χρήση του, η επιλογή του συνόλου των ατόμων σε ένα οργανισμό. (Cooke & Rousseau 1988; Cooke & Szumal 1991). Υπάρχουν βέβαια και σχετικές μελέτες που έχουν συμπεριλάβει μόνο τους διευθυντές σε ένα οργανισμό (Gerowitz et al. 1996). Οι διευθυντές αποτελούν μία σημαντική επαγγελματική ομάδα μέσα σε ένα οργανισμό, κυρίως λόγω του διαχειριστικού ρόλου που ασκούν στον οργανισμό, αλλά μία τέτοιου είδους ερευνητική προσέγγιση είναι μονομερής. Θα μπορούσε επίσης κάποιος μελετητής, να χρησιμοποιήσει σε αυτού του είδους τις μελέτες μέτρησης της οργανωτικής κουλτούρας μία μέθοδο διαστρωματικής δειγματοληψίας (stratified sampling methods), (Bowling, 2002). Ο μελετητής όμως σε αυτή την περίπτωση, θα εξασφάλιζε την ίδια αντιπροσωπευτικότητα μεταξύ των επαγγελματικών ομάδων, αλλά στην πραγματικότητα δεν θα ελάμβανε υπόψη του την διαφορετική επιρροή, που αυτές οι επαγγελματικές ομάδες ασκούν, είτε λόγω της θέσης που κατέχουν στον οργανισμό, είτε λόγω της αναλογίας τους προς τις άλλες επαγγελματικές ομάδες του οργανισμού. Όπως δε αναφέρει ο Scott et al (2001), όταν διεξάγεται έρευνα με τη χρήση ερωτηματολογίων, που δίνονται στο προσωπικό ενός οργανισμού υγείας, συχνά η ανταπόκριση συμπλήρωσης είναι χαμηλή. Επίσης οι οργανισμοί υγείας, παρουσιάζουν για τους ερευνητές, μία επιπλέον δυσκολία σε σχέση με τους άλλους οργανισμούς και ο λόγος είναι η ύπαρξη ισχυρών υποκουλτούρων (subcultures), που οφείλονται στις κουλτούρες, που διέπουν τις διάφορες επαγγελματικές ομάδες που αποτελούν τον οργανισμό (Hofstede 1980; Degeling et al. 1998). Είναι λοιπόν απαραίτητο να επιλεγεί ικανό δείγμα ατόμων από όλες τις επαγγελματικές ομάδες, ή αν είναι δυνατόν, να συμπεριληφθούν όλα τα άτομα του οργανισμού, ώστε να μπορεί

να μελετηθεί η οργανωτική κουλτούρα τόσο σε επίπεδο επαγγελματικών ομάδων όσο και στο σύνολο του οργανισμού.

Με βάση το οργανόγραμμα των Κέντρων Υγείας κατά μέσο όρο αντιστοιχούν 25 εργαζόμενοι σε κάθε ένα από αυτά. Αρχικά λοιπόν επιλέχθηκαν τυχαία με τη χρήση στατιστικού προγράμματος (SPSS 12.0) 5 Κέντρα Υγείας, από το σύνολο των 11 (Νομοί Ηρακλείου & Ρεθύμνου), της Κρήτης, όπου εκτιμήθηκε ότι συγκεντρώνουν 120 εργαζόμενους, δείγμα το οποίο ανταποκρίνεται ικανοποιητικά στη συνθήκη 1:10 της σχέσης μεταβλητές προς άτομα. Οι παραπάνω λόγοι, οδήγησαν την κρίση του μελετητή στην τυχαία επιλογή με ποσόστωση των 5 Κέντρων Υγείας, που συμπεριλήφθηκαν στην μελέτη και στην επιλογή όλων των εργαζομένων (ταυτοποίηση πληθυσμού πρόσβασης – δειγματοληπτικού πλαισίου), που εργάζονται σε αυτά.

Όσον αφορά την δεοντολογία της παρούσας μελέτης, εφαρμόστηκαν οι αρχές δεοντολογίας που ορίζονται από την αναφορά του Belmont (1976), για τα δικαιώματα των υποκειμένων μίας έρευνας. Αναλυτικότερα, ελήφθησαν υπόψη σε όλα τα στάδια της μελέτης, η αρχή του οφέλους και μη βλάβης, η αρχή του σεβασμού για την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και η αρχή της δικαιοσύνης.

Για τη συλλογή δεδομένων της μελέτης, χρησιμοποιήθηκε ως εργαλείο ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς δομημένο σε τρία μέρη. Η δύναμη των εργαλείων αυτών, έγκειται στην δυναμική που έχουν να ξεπεράσουν τους περιορισμούς που οι ποιοτικές μελέτες έχουν. Επίσης καλύπτουν μεγαλύτερου μεγέθους δείγμα με μικρότερο οικονομικό κόστος, ενώ υπάρχει η δυνατότητα σύγκρισης μεταξύ των μελετών και η αντικειμενικότητα που χαρακτηρίζει τέτοια εργαλεία είναι συνήθως υψηλή. (Lim 1995)

Για την μέτρηση της οργανωτικής κουλτούρας των Κέντρων Υγείας, επιλέχτηκε το Ερωτηματολόγιο για την μέτρηση της Οργανωτικής κουλτούρας που αποτελεί την ελληνική προσαρμοσμένη έκδοση (Ξενικού, 2005), του Organizational Culture Inventory, το οποίο βασίζεται στην παραγοντική ανάλυση και έχει ελεγχθεί για τρεις τύπους αξιοπιστίας και δύο τύπους εγκυρότητας. (Cooke & Szumal 1993; Xenikou, & Furnham 1996). Ειδικότερα, σύμφωνα με τον συντελεστή αξιοπιστίας (Alpha Cronbach) η εσωτερική συνέπεια (internal consistency) για κάθε μία από τις 12 κλίμακες του OCI, κυμαίνεται από 0,67 έως 0,92 (Cooke & Rousseau 1988; Cooke & Szumal 1993).



Όσον αφορά την εγκυρότητα του ερωτηματολογίου, η ανάλυση παραγόντων σε διαφορετικά δείγματα έχει δείξει ότι το ερωτηματολόγιο διαθέτει σταθερή παραγοντική δομή και επομένως εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής (Cooke & Rousseau 1988). Αντίστοιχα, η ελληνική προσαρμοσμένη έκδοσή του, έχει αξιολογηθεί για τις ψυχομετρικές ιδιότητές του (αξιοπιστία & εγκυρότητα). Σχετικά με την εγκυρότητά του, εξετάστηκε η παραγοντική δομή του ΕΟΚ και η εγκυρότητα ως προς το κριτήριο (ικανοποίηση από την εργασία). Οι συντελεστές αξιοπιστίας Cronbach alpha για την ελληνική έκδοση, κυμαίνονται από μέτρια έως πολύ υψηλά επίπεδα (από  $\alpha = 0.60$  έως  $\alpha = 0.90$ ), εκτός από τον συντελεστή αξιοπιστίας Cronbach alpha για την υποκλίμακα της Αντιδραστικότητας, που είναι χαμηλός ( $\alpha = 0.47$ ). Ενώ, ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα εσωτερικής συνέπειας (internal consistency), παρουσιάζουν οι ανώτερης τάξης κλίμακες «Ανάγκες Ικανοποίησης - Επικέντρωση προς τα άτομα» και «Ανάγκες Ασφάλειας», ( $\alpha = 0.90$  και  $\alpha = 0.84$  αντίστοιχα). (Ξενικού 2005).

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο επιλέχτηκε επίσης, και για τη δυνατότητα που έχει, να αποτυπώνει τις περιοχές στις οποίες χρειάζεται παρέμβαση για αλλαγή ή βελτίωση της κουλτούρας που διέπει ένα οργανισμό (Cooke & Szumal 1993).

Ένας ακόμη λόγος, είναι ότι το ίδιο το ερευνητικό εργαλείο με τη χρήση του, δημιουργεί τις συνθήκες (Hawthorne effect) για την ανάπτυξη ενός οράματος αλλαγής κουλτούρας, σε ένα οργανισμό και ενεργοποιεί είτε σε ατομικό είτε σε συλλογικό επίπεδο, σχεδιασμούς και δράσεις σε επόμενο στάδιο, για την ανάπτυξη οργανισμών με κουλτούρα ανάλογη που να θέσει τις προϋποθέσεις για βελτίωση της απόδοσης και της προσφοράς ποιοτικών υπηρεσιών υγείας. (Adair 1984)

Ένα αδύνατο σημείο του εργαλείου, όπως υποστηρίζουν η Cooke & Szumal (1993), αναφορικά με την αξιοπιστία διάκρισης (discriminant validity), έχει βρεθεί σε συγκεκριμένες κλίμακες (π.χ Κουλτούρα Αποφυγής, Αντιδραστικής και Συμβατικής κουλτούρας), στις οποίες η ανάλυση παρουσιάζει διπλές επιβαρύνσεις, σε μία η περισσότερες τύπους κουλτούρας. Οι διπλές επιβαρύνσεις, αναφέρονται στην αλληλοκάλυψη ενός είδους από τις 12 υποκατηγορίες σε δύο ή και στους τρεις τύπους κουλτούρας.

Οι ερευνητές υποστηρίζουν, ότι αυτό οφείλεται είτε σε αδυναμία του ίδιου του εργαλείου, είτε στο ότι δυνητικά οι συμπεριφοριστικές νόρμες που χαρακτηρίζουν τις 12 υποομάδες κουλτούρας, δεν συσχετίζονται μεταξύ τους σε ικανοποιητικό βαθμό σε ορισμένα πεδία μελέτης (Cooke & Szumal, 1993).

Οι κλίμακες σύγκρουσης και ασάφειας ρόλων, επιλέχθηκαν διότι έχουν χρησιμοποιηθεί επίσης ευρέως όπως αναφέρεται στη διεθνή βιβλιογραφία. (Fisher & Gitelson, 1983; Jackson & Schuler, 1985; Fried et al.1998; Koustelios et al. 2004). Ενώ έχουν προσαρμοστεί και μεταφραστεί στα Ελληνικά (Koustelios et al. 2004). Η αξιοπιστία (reliability), στην κλίμακα μέτρησης της ασάφειας και στην κλίμακα μέτρησης της σύγκρουσης ρόλων έχει επιβεβαιωθεί από τον Schuler et al.(1977). Οι συντελεστές αξιοπιστίας Cronbach alpha στην παρούσα μελέτη, κυμαίνονται σε υψηλά επίπεδα ( $\alpha = 0.877$ ), για την ασάφεια ρόλων και ( $\alpha = 0.816$ ) για την σύγκρουση ρόλων. Οι τιμές συντελεστών αξιοπιστίας Cronbach alpha σε μελέτη μέτρησης της ασάφειας και της σύγκρουσης ρόλων με χρήση της ελληνικής έκδοσης των κλιμάκων, ήταν αντίστοιχα  $\alpha = 0.85$  και  $\alpha = 0.86$  (Koustelios et al.2004). Ενώ για την πρωτότυπη έκδοση στην αγγλική, οι τιμές συντελεστών αξιοπιστίας Cronbach alpha κυμαίνονταν για την ασάφεια ρόλων μεταξύ  $\alpha = 0.63$  έως  $\alpha = 0.90$  και  $\alpha = 0.56$  έως  $\alpha = 0.94$  για την σύγκρουση ρόλων. (Cook et al 1981; Koustelios 2001). Για τις κλίμακες αυτές, οι ενστάσεις που έχουν διατυπωθεί σε διάφορες μελέτες αφορούν κυρίως στην λεκτική διατύπωση τους στο πρωτότυπο εργαλείο.. (Tracy & Johnson, 1980; Shepherd & Fine, 1994).

## Συζήτηση αποτελεσμάτων σχετικά με την μέτρηση της Οργανωτικής Κουλτούρας

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

Κέντρα Υγείας	Επικοινωνιακή κουλτούρα	Παθητική/ Αμυντική κουλτούρα	Επιθετική/ Αμυντική κουλτούρα
Λαχανοχωρίου	😊😊😊	😐😐	😡
Κορυφής	😊	😐😐	😡😡😡
Λαδοχωρίου	😊	😐😐	😡😡😡
Νεροχωρίου	😊	😐😐😐	😡😡
Καμποχωρίου	😊	😐😐	😡😡😡
<b>Σύνολο:</b>	😊	😐😐	😡😡😡

Σχήμα 1. Σχηματική αναπαράσταση τύπου κουλτούρας ανά Κέντρο Υγείας Κρήτης

Οι συμπεριφορές που αφορούν την επικοινωνιακή κουλτούρα, καταγράφονται στις μέσες εκατοστιαίες θέσεις, με το συμπεριφοριστικό πρότυπο των διαπροσωπικών σχέσεων να αποτυπώνεται πιο ισχυρό σε σχέση με τα άλλα συμπεριφοριστικά πρότυπα, που συνθέτουν τον τύπο της επικοινωνιακής κουλτούρας. Σύμφωνα με την θεωρία της Cooke & Lafferty (1989), σε οργανισμούς με επιθετική – αμυντική κουλτούρα, τα άτομα προσεγγίζουν τα καθήκοντα τους με δυναμικές μεθόδους, ώστε να διασφαλίσουν την εργασιακή τους θέση μέσα στον οργανισμό και την εργασιακή τους ασφάλεια. Η δυναμική όμως για την διατήρηση του status quo στα πλαίσια των οργανισμών αυτών, επικεντρώνεται στη διατήρηση των καθηκόντων τους.

Οι εργαζόμενοι σε αυτούς τους οργανισμούς, προσεγγίζουν τα καθήκοντα τους, με ένα δυναμικό τρόπο όχι τόσο για την επίτευξη των στόχων του οργανισμού, όσο κυρίως, για την διαφύλαξη της δικής τους θέσης και των κεκτημένων τους, μέσα στον οργανισμό(Readership Institute, 2003).

Ενώ σε οργανισμούς που χαρακτηρίζονται από παθητική – αμυντική κουλτούρα, τα καθήκοντα των μελών του οργανισμού, καθορίζονται με μεγάλη ακρίβεια και υπάρχει συνεχής και εντατική επιτήρηση για την εκτέλεσή τους. Παράλληλα, οι εργαζόμενοι κατά την εκτέλεση των εργασιακών καθηκόντων τους, στοχεύουν στην αποφυγή των συγκρούσεων και στην ικανοποίηση των άλλων, ενώ εκτελούν εντολές και συμμετέχουν στις διαδικασίες του οργανισμού, χωρίς αμφισβήτηση. Οι διευθυντές επίσης, συχνά συλλαμβάνουν τα μέλη του οργανισμού να κάνουν κάποια εργασία με λάθος τρόπο, αλλά σπάνια επαινούν κάθε θετική και αποδοτική προσπάθεια στο εργασιακό περιβάλλον.

Ειδικότερα, η ανάλυση των συμπεριφοριστικών προτύπων αναδεικνύει κυρίαρχη την τάση του προσωπικού των Κέντρων Υγείας, να μεταθέτουν τις ευθύνες σε άλλους και να αποφεύγουν οποιαδήποτε πιθανότητα να τους καταλογιστεί ευθύνη για κάποιο λάθος κατά την επιτέλεση των καθηκόντων τους (κουλτούρα αποφυγής 78<sup>η</sup> θέση). Διοικητικά, διατηρείται μία κάθετη ιεραρχική δομή (κουλτούρα εξουσίας 73<sup>η</sup> θέση), στα πλαίσια της οποίας όμως, τα άτομα ελέγχονται και υπακούουν στους ανώτερους τους, όχι μόνο λόγω της αυστηρής ιεραρχικής διάρθρωσης, αλλά και υποκινούμενοι από την επιθυμία τους να κερδίζουν την αποδοχή των ατόμων, που εργάζονται μαζί τους (κουλτούρα αποδοχής 70<sup>η</sup> θέση). Παρόλα αυτά, η επιθυμία για αποδοχή από τα υπόλοιπα μέλη του Κέντρου Υγείας δεν αυξάνει την συνεργασία μεταξύ των μελών του Κέντρου Υγείας, αλλά την ανταγωνιστικότητά τους, που εκδηλώνεται μέσα στην ίδια επαγγελματική ομάδα (ανταγωνιστική κουλτούρα).

Την ίδια κατάσταση αποτυπώνει μελέτη, που διαπιστώνει έλλειψη πνεύματος συνεργασίας, συλλογικότητας και μη λειτουργίας των διεπιστημονικών ομάδων Υγείας (Μαρκάκη, 2003)

Πολλές φορές, αυτή η ανταγωνιστικότητα των εργαζομένων, έγκειται (εκτός από την προσπάθεια τους να αποφύγουν τα λάθη κατά την επιτέλεση της εργασίας τους), στην επιμονή τους στην λεπτομέρεια, στην αφιέρωση περισσότερων ωρών στην εργασία τους και στην επικέντρωσή τους σε στόχους στενά οριοθετημένους, που η επίτευξή τους έχει ως αποτέλεσμα την βελτίωση της προσωπικής τους απόδοσης αλλά που δεν συμβάλλει στον γενικό σκοπό των Κέντρων Υγείας (συμβατική – τελειομανίας). Επικρατεί δηλαδή, όπως αποτυπώνεται στα αποτελέσματα, μία τάση για εκπλήρωση αναγκών, που σχετίζονται με το ενδιαφέρον για τα άτομα (για τους συνεργάτες), για την διατήρηση της εργασιακής ασφάλειας και την επικέντρωση στα καθήκοντα της κάθε ομάδας. Ενώ αποτυπώνεται σε μέτριο βαθμό, η κάλυψη αναγκών ικανοποίησης που πηγάζει από την εργασία τους. Το γεγονός αυτό δεν αναιρεί την ύπαρξη στοιχείων εποικοδομητικής κουλτούρας στο προσωπικό, αλλά καταγράφει κυρίως την ανάγκη για αλλαγή, προς την κατεύθυνση της ενδυνάμωσης και της βελτίωσης των στοιχείων αυτών της εποικοδομητικής κουλτούρας, που θα επιτρέψουν τη βελτίωση, στην απόδοση και στην ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών των Κέντρων Υγείας. Οι συμπεριφορές που καθορίζουν την εποικοδομητική κουλτούρα με βαθμολογία πάνω από το μέσο όρο στους εργαζόμενους των 5 Κέντρων Υγείας, είναι εξίσου σημαντικές, όπως είναι η κουλτούρα διαπροσωπικών σχέσεων, η ανθρωπιστική κουλτούρα και η κουλτούρα αυτοπραγμάτωσης. Το προσωπικό των Κέντρων Υγείας παραμένει φιλικό, συνεργάσιμο και ευαισθητοποιημένο, όσον αφορά την ικανοποίηση που λαμβάνουν από τους συναδέλφους τους, υπάρχει υποστήριξη και αλληλεπίδραση μεταξύ των εργαζομένων και βρίσκουν ικανοποίηση από την εργασία τους, αλλά όχι στον βαθμό που θα εξασφάλιζε μία δυναμική ανάπτυξη των Κέντρων Υγείας, προσανατολισμένη στην κοινότητα και στις ανάγκες του κάθε τοπικού πληθυσμού.

Όσον αφορά την εικόνα της οργανωτικής κουλτούρας που καταγράφεται ανά Κέντρο Υγείας, παρουσιάζει διαφοροποιήσεις από Κέντρο σε Κέντρο, ενώ παρουσιάζονται επίσης διαφοροποιήσεις, στα συμπεριφοριστικά πρότυπα που κυριαρχούν σε κάθε Κέντρο Υγείας. Σε κάθε οργανισμό βέβαια, συνυπάρχουν όλα τα συμπεριφορικά πρότυπα. Αυτό που είναι όμως ιδιαίτερα σημαντικό, είναι ο βαθμός ύπαρξης της κάθε συμπεριφοράς και ο βαθμός, που τα μέλη του οργανισμού συμφωνούν ότι οι συμπεριφορές αυτές, αναμένονται από αυτούς μέσα στον οργανισμό. Ιδεατά, αυτό που θα επιθυμούσε κάποιος για να έχουμε “υγιή” Κέντρα Υγείας, θα ήταν η ύπαρξη ισχυρών συμπεριφοριστικών πρότυπων, που σχετίζονται με την εποικοδομητική κουλτούρα, και η ύπαρξη σε μικρότερο βαθμό προτύπων, που σχετίζονται με την επιθετική – αμυντική κουλτούρα και σε ακόμα μικρότερο βαθμό συμπεριφοριστικών πρότυπων που σχετίζονται με την παθητική – αμυντική κουλτούρα

Από τα αποτελέσματα φάνηκε, ότι η εικόνα της οργανωτικής κουλτούρας που καταγράφεται ανά Κέντρο Υγείας, παρουσιάζει σημαντικές διαφοροποιήσεις σε σχέση με το βαθμό (εκατοστιαία θέση) του τύπου κουλτούρας, που παρουσιάζουν αυτά, αλλά και σε σχέση με το βαθμό που τα υπό εξέταση συμπεριφοριστικά πρότυπα, συμμετέχουν στη διαμόρφωση της συνολικής εικόνας του κάθε Κέντρου Υγείας.

Αναλυτικότερα, το Κέντρο Υγείας Λαχανοχωρίου παρουσιάζει ένα συνδυασμό εποικοδομητικής κουλτούρας, παθητικής αμυντικής και επιθετικής – αμυντικής κουλτούρας, οι οποίες κυμαίνονται σε μέτριο βαθμό. Αξίζει να επισημανθεί, ότι το συγκεκριμένο Κέντρο παρουσιάζει την υψηλότερη θέση σε συμπεριφοριστικά πρότυπα που χαρακτηρίζουν την εποικοδομητική κουλτούρα σε σχέση με τα άλλα Κέντρα υγείας της μελέτης. Σε αυτό το Κέντρο Υγείας, αναδεικνύεται η φιλική διάθεση του προσωπικού και η διάθεση για συνεργασία (κουλτούρα διαπροσωπικών σχέσεων), καθώς και η εμμονή του προσωπικού για αποφυγή λαθών, με την επικέντρωσή τους σε στόχους που βελτιώνουν την προσωπική τους κυρίως απόδοση, αλλά δεν συνεισφέρουν απαραίτητα στον κοινό στόχο βελτίωσης του Κέντρου Υγείας (κουλτούρα τελειομανίας).

Παράλληλα, οι εργαζόμενοι σε αυτό, προσπαθούν να διατηρήσουν ισορροπίες, κερδίζοντας την αποδοχή των συναδέλφων τους, υπακούοντας στους κανόνες και αποφεύγοντας μετωπικές συγκρούσεις (κουλτούρα αποδοχής – αποφυγής), ενώ ταυτόχρονα, διατηρούν μία ανταγωνιστική τάση σε ένα πλαίσιο « νικητή – ηττημένου» ακόμα και μέσα στην ίδια την επαγγελματική τους ομάδα (ανταγωνιστική κουλτούρα).

Αντίθετα, στο Κέντρο Υγείας Νεροχωρίου, καταγράφεται ως κυρίαρχη κουλτούρα, ένας συνδυασμός της παθητικής αμυντικής κουλτούρας και της επιθετικής αμυντικής, οι οποίες κυμαίνονται σε μέτριο βαθμό (μεταξύ 63<sup>ης</sup> και 62<sup>ης</sup> θέσης), ενώ η εποικοδομητική κουλτούρα κυμαίνεται σε πολύ χαμηλό βαθμό (41<sup>ης</sup> θέσης). Αναλυτικότερα, επισημαίνοντας ότι στο συγκεκριμένο Κέντρο Υγείας δεν εκπροσωπείται η επαγγελματική κατηγορία, που ορίστηκε ως διοικητική, αποτυπώνεται η εικόνα ενός εργασιακού περιβάλλοντος, στο οποίο οι εργαζόμενοι μετακινούν τις ευθύνες τους σε άλλους και αποφεύγουν να αναλάβουν ευθύνες, για να μην κατηγορηθούν για λάθη (κουλτούρα αποφυγής). Οι εργαζόμενοι, αναλαμβάνουν πρωτοβουλίες, που υποδηλώνουν άσκηση εξουσίας και ελέγχου σε αυτούς που βρίσκονται ιεραρχικά χαμηλότερα και συμμορφώνονται με τις απαιτήσεις των ανωτέρων τους. Παράλληλα, φαίνονται να επικρίνουν τους συναδέλφους τους, να αντιτίθενται στις ιδέες των άλλων και να λαμβάνουν όποτε απαιτείται, αποφάσεις που δεν εμπεριέχουν κίνδυνο αποτυχίας για τους ίδιους, προσπαθώντας ταυτόχρονα να συμμορφωθούν με τους ισχύοντες κανόνες, για να προβάλλουν μια καλή επαγγελματική εικόνα για τον εαυτό τους.

Τα αποτελέσματα για το Κέντρο Υγείας Κορυφής αποτύπωσαν ένα συνδυασμό επιθετικής – αμυντικής και παθητικής – αμυντικής κουλτούρας. Η ανάλυση των συμπεριφοριστικών προτύπων, αναδεικνύει την τάση των εργαζομένων για αποφυγή ανάληψης ευθυνών και μετάθεσης ευθυνών σε άλλους. Ενώ ισχυρή, παρουσιάζεται και η τάση των εργαζομένων, για έλεγχο σε αυτούς που βρίσκονται ιεραρχικά χαμηλότερα και για συμμόρφωση με τις απαιτήσεις των ανωτέρων τους. Παρατηρείται επίσης, αυξημένος ανταγωνισμός μεταξύ τους, αν και ακολουθούν τους κανόνες (γραπτούς και άγραφους), που διέπουν το Κέντρο Υγείας.

Παράλληλα, προσπαθούν να μην κάνουν λάθη, κατά την επιτέλεση των καθηκόντων τους, αφιερώνουν αρκετές ώρες για αυτά και επιδιώκουν την επίτευξη στενά οριοθετημένων στόχων, που κυρίως αφορούν την δική τους προσωπική απόδοση και βελτίωση και όχι την επίτευξη των στόχων του ίδιου του οργανισμού. Ενώ, παρουσιάζονται επικριτικοί σε κάποιο βαθμό, αντικρούοντας τις ιδέες των συναδέλφων τους και συχνά κατά τη λήψη αποφάσεων για την αντιμετώπιση ενός δεδομένου προβλήματος, επιλέγουν την πλέον ασφαλή λύση. Τα αποτελέσματα αυτά πρέπει να ερμηνευτούν με προσοχή. Οι συμπεριφορές που καταγράφηκαν, υπογραμμίζουν την συνύπαρξη της συνεργατικότητας και της φιλικής διάθεσης μεταξύ των εργαζομένων με την ανταγωνιστικότητα, σε διαφορετικό βαθμό η καθεμιά, καθώς οι εργαζόμενοι υποστηρίζουν ο ένας τον άλλο και πολλές φορές, επηρεάζουν θετικά ο ένας τη στάση του άλλου, μέσα στο εργασιακό περιβάλλον. Οι συμπεριφορές όμως που σχετίζονται με την τάση των εργαζομένων να θέτουν στόχους, που αποτελούν πρόκληση για αυτούς αλλά παραμένουν ρεαλιστικοί και να καθορίζουν σχέδια για να τους επιτύχουν με ενθουσιώδη διάθεση είναι ιδιαίτερα χαμηλές, όπως άλλωστε αποτυπώνεται και σε όλα τα Κέντρα Υγείας που συμπεριλήφθηκαν στην μελέτη.

Αντίστοιχα στο Κέντρο Υγείας Λαδοχωρίου, καταγράφεται ένας συνδυασμός επιθετικής – αμυντικής κουλτούρας και παθητικής αμυντικής κουλτούρας και επομένως, εμφανίζονται όλες εκείνες οι συμπεριφορές που χαρακτηρίζουν αυτού του είδους τις οργανωτικές κουλτούρες. Παρόλα αυτά, παρατηρείται διαφοροποίηση σε σχέση με τα άλλα Κέντρα Υγείας στο βαθμό που εμφανίζονται συμπεριφορές, που συνδέονται με την κουλτούρα εξουσίας (76<sup>η</sup> θέση). Οι εργαζόμενοι, παρουσιάζουν εντονότερη τάση για έλεγχο των υφισταμένων τους και συμμόρφωση με τις απαιτήσεις των ανωτέρων τους, ενώ παράλληλα, παραμένει και σε αυτούς κυρίαρχη η τάση, να μην αναλαμβάνουν ευθύνες. Επίσης, παρουσιάζονται αντιδραστικοί στις ιδέες των άλλων, κάτι που παρατηρείται σε κάποιο βαθμό σε όλους τους εργαζόμενους των Κέντρων Υγείας (68<sup>η</sup> θέση), αν και υψηλότερες θέσεις ,καταγράφονται στους εργαζόμενους του Κέντρου Υγείας Νεροχωρίου και του Κέντρου Υγείας Κορυφής.



Παρόλα αυτά, ακολουθούν τους κανόνες λειτουργίας του Κέντρου Υγείας και προσπαθούν να βελτιώσουν παραμέτρους της εργασίας τους, αποφεύγοντας να κάνουν λάθη και θέτοντας στόχους που αφορούν την δική τους προσωπική απόδοση. Βέβαια και σε αυτό το Κέντρο Υγείας, αποτυπώνεται ιδιαίτερα αδύναμη η τάση των εργαζομένων, να θέτουν ρεαλιστικούς στόχους, που θα αποτελέσουν πρόκληση για αυτούς και που αν τους επιτύχουν μέσα από τον σχεδιασμό στρατηγικών επίτευξης, θα νοιώσουν υψηλού βαθμού ικανοποίηση.

Όσον αφορά στο Κέντρο Υγείας Καμποχωρίου, καταγράφεται ως κυρίαρχη κουλτούρα, ένας σχεδόν ισοδύναμος συνδυασμός επιθετικής αμυντικής και παθητικής αμυντικής κουλτούρας, ενώ μετά το Κέντρο Υγείας Λαχανοχωρίου, εμφανίζει την δεύτερη υψηλότερη θέση σε συμπεριφοριστικά πρότυπα που χαρακτηρίζουν την εποικοδομητική κουλτούρα. Και σε αυτό το Κέντρο Υγείας, εμφανίζεται κυρίαρχη η τάση αποφυγής εργασιών και μετάθεσης ευθυνών σε άλλους, για να αποφύγουν την πιθανότητα να κατηγορηθούν για λάθη. Τηρείται κάθετη ιεραρχική δομή, αλλά τα άτομα συμμορφώνονται στους κανόνες για να προβάλλουν ένα καλό επαγγελματικό προφίλ. Παράλληλα, παρουσιάζονται φιλικόι, συνεργάσιμοι και συνειδητοποιούν την ικανοποίηση που μπορεί να αντλήσει κάποιος από εργασίες διεπιστημονικών ομάδων, ενώ προσπαθούν να βελτιωθούν οι ίδιοι στην εργασία τους, χωρίς να τη συνδέουν με στόχους του οργανισμού, αλλά περισσότερο στην προσωπική τους προβολή. Τα αποτελέσματα και η εικόνα που παρουσιάζουν τα Κέντρα Υγείας της Κρήτης, αναδεικνύουν και την μεγάλη σημασία της οργανωτικής κουλτούρας ως κινητήριας δύναμης ή ως αξεπέραστο εμπόδιο για την επίτευξη των στόχων των οργανισμών αυτών.

Η παρούσα μελέτη, αποτελεί την πρώτη μελέτη για την αποτύπωση της οργανωτικής κουλτούρας σε Οργανισμούς Υγείας στην Ελλάδα,. Το γεγονός της μη ύπαρξης προηγούμενης αντίστοιχης ελληνικής μελέτης, που θα επέτρεπε την άμεση σύγκριση των αποτελεσμάτων, δεν μειώνει την αξία της αναφοράς στα αποτελέσματα σημαντικών ερευνών του εξωτερικού, είτε σε οργανισμούς υγείας, είτε σε άλλους οργανισμούς και επιχειρήσεις, διατηρώντας όμως την δικαιολογημένη επιφύλαξη, ότι δεν υπάρχει αντιστοιχία μεταξύ των διαφορετικών οργανισμών και επιχειρήσεων που δραστηριοποιούνται σε άλλα κράτη, με τα Κέντρα Υγείας της Κρήτης που αποτέλεσαν και το πεδίο έρευνας αυτής της μελέτης.

Η μέτρηση της οργανωτικής κουλτούρας του Ιατρικού Κέντρου του Πανεπιστημίου του Οχάιο (The Ohio State University Medical Center), για παράδειγμα, αποτύπωσε το 2001 ένα συνδυασμό παθητικής αμυντικής (66<sup>η</sup> θέση) και επιθετικής – αμυντικής κουλτούρας (64,3<sup>ης</sup> θέσης), ενώ η εποικοδομητική του κουλτούρα καταλάμβανε μόλις την 28,8<sup>η</sup> εκατοστιαία θέση. Στη συνέχεια και μετά τις παρεμβάσεις που έγιναν για την αλλαγή της κουλτούρας του οργανισμού, το Ιατρικό Κέντρο το 2004, παρουσίαζε επιθετική αμυντική κουλτούρα ,αλλά ανέβασε τα συμπεριφοριστικά πρότυπα που χαρακτηρίζουν την εποικοδομητική κουλτούρα, στην 46<sup>η</sup> περίπου εκατοστιαία θέση. Η αλλαγή της οργανωτικής του κουλτούρας, είχε ως αποτέλεσμα να καταφέρει να αυξήσει. την ερευνητική του δραστηριότητα, να παρουσιάσει αύξηση στην προσέλκυση μεταπτυχιακών φοιτητών και να εμφανίσει ποιοτική και παραγωγική αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας του. Το γεγονός αυτό, ενίσχυσε τη δυναμική εξέλιξης του Ιατρικού Κέντρου, έναντι άλλων παρόμοιων οργανισμών, επιτυγχάνοντας να πλησιάσει ακόμα περισσότερο τους στόχους που είχε θέσει. (*Fred Sanfilippo 2000; kind permission for use by Pr. Cooke*).

Ανάλογη μελέτη στην εταιρία Acme Corporation (2002), η οποία ειδικεύεται στην παροχή εκπαίδευσης στα μέσα μαζικής ενημέρωσης, κατέγραψε ως υπάρχουσα κουλτούρα ένα συνδυασμό της παθητικής – αμυντικής και της επιθετικής – αμυντικής κουλτούρας. Οι υψηλότερες βαθμολογίες καταγράφηκαν στην συμβατική κουλτούρα (86<sup>η</sup> θέση), στην κουλτούρα αποδοχής (80<sup>η</sup> θέση) και στην κουλτούρα αποφυγής (79<sup>η</sup> θέση). Η εταιρία, εντοπίζοντας τις διαφορές ανάμεσα στην υπάρχουσα οργανωτική της κουλτούρα και στην ιδεατή κουλτούρα, κατάφερε να συλλέξει τις πληροφορίες εκείνες, που τις επέτρεψαν να ακολουθήσει μία λογική διαδικασίας αλλαγής για την ανάπτυξή της, μέσα από την αλλαγή της ίδιας της κουλτούρας της εταιρίας (ACME Corporation, 2003)

Στους οργανισμούς υγείας, η οργανωτική κουλτούρα έχει συσχετιστεί με παραμέτρους, όπως η επίδραση της στην απόδοση του οργανισμού, στην παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα, στην ικανοποίηση των ασθενών όσο και των εργαζομένων και στην ασφάλεια των ασθενών. Οι Glisson & Hemmelgam (1998), διαπίστωσαν ότι η βελτίωση του εργασιακού περιβάλλοντος, επέδρασε σημαντικά στην ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών σε ένα οργανισμό υγείας. Αντίστοιχα πολλές μελέτες συσχετίζουν την νοσηλευτική φροντίδα, με την οργανωτικής κουλτούρα και την ποιότητα σε οργανισμούς υγείας (Aiken et al 1994).

Ενώ το υποστηρικτικό περιβάλλον για τα μέλη ενός οργανισμού, επηρεάζει την ικανοποίηση που αντλούν από την εργασία τους, μειώνει την πιθανότητα επαγγελματικής εξουθένωσης και επιδρά θετικά στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας. (Aiken et al 2002; Clarke et al 2002).

Βέβαια οι συμπεριφορές που καταγράφονται στα Κέντρα Υγείας που συμμετείχαν στην μελέτη δεν είναι απόρροια ενός και μοναδικού παράγοντα. Η νομική υπόσταση των Κέντρων Υγείας, ως μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί και η διοικητική τους διάρθρωση, με βάση το γραφειοκρατικό μοντέλο διοίκησης ενδυναμώνουν συμπεριφοριστικά πρότυπα, όπως αυτά που καταγράφονται στα συγκεκριμένα Κέντρα Υγείας. Ο Caiden (1971), αναγνωρίζει την γραφειοκρατική παθολογία σε ένα μη υγιή οργανισμού, στις διαδικασίες, οι οποίες είναι σημαντικότερες από τον σκοπό, στην άσκηση εξουσίας, η οποία είναι σημαντικότερη από την προσφορά υπηρεσιών, στη διάρθρωση, η οποία είναι πιο σημαντική από την πραγματικότητα, και στην τάση ανταγωνισμού, η οποία είναι πιο σημαντική από την ικανότητα προσαρμογής.

Σύμφωνα, με τον Πολύζο και συν. (2000), το μοντέλο που επικρατεί στον χώρο της Υγείας είναι ιατροκεντρικό, ενώ η απογοήτευση και η πτώση των ηθικών αξιών είναι σύνηθες φαινόμενο, ιδιαίτερα στους νέους επαγγελματίες υγείας, με έμφαση στους ιατρούς. Η έλλειψη κινήτρων, ιδιαίτερα στις απομακρυσμένες περιοχές, προκαλούν τη μη αποδοτική χρησιμοποίηση των υπηρεσιών. Ενώ η σύγχυση ρόλων και αρμοδιοτήτων, μαζί με την έλλειψη, στελέχωσης και συνεχιζόμενης κατάρτισης, μειώνουν την ικανοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού. (Υφαντόπουλος και συν. 1993, Ρούπας και συν. 1994, Ανδριώτη, 1994). Παρόμοιες διαπιστώσεις υπήρχαν και στην αναφορά του Abel-Smith και των συνεργατών του (1994), που αναφέρθηκαν σε εξαιρετικά αδύναμη διαχείριση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα.

Μία άλλη παράμετρος που επηρεάζει την συνολική οργανωτική κουλτούρα και αναφέρεται σε σχετικές μελέτες, είναι οι διαφορετικές επαγγελματικές υποομάδες στα πλαίσια ενός οργανισμού, οι οποίες μπορεί να παρουσιάζουν κοινή οργανωτική κουλτούρα, αλλά επίσης μπορεί τα άτομα που ανήκουν σε αυτές τις ομάδες να βιώνουν μία μοναδική, στα πλαίσια της ομάδας, κουλτούρα (Cooke & Rousseau, 1988; Trice, 1993).

Οι αξίες και οι προσδοκίες ανάμεσα στα μέλη τέτοιων υποομάδων, εξασκούν πιέσεις για τη δημιουργία μίας διαφορετικής κουλτούρας στα πλαίσια της ομάδας, γεγονός που έχει επίπτωση στην κουλτούρα του οργανισμού ως σύνολο. Οι ομάδες αυτές, σύμφωνα με την Cooke & Rousseau (1988), είναι ιδιαίτερα ευκρινείς στους οργανισμούς υγείας στους οποίους, υπάρχουν πολλές και διαφορετικές κατηγορίες επαγγελματιών. Ανάλογο εργασιακό περιβάλλον παρουσιάζεται στα Κέντρα Υγείας, που εκτός από την κάθετη και αυστηρά οριοθετημένη ιεραρχική δομή, υπάρχουν διαφορετικές επαγγελματικές ομάδες, με κυρίαρχη ομάδα την ιατρική, που υποθετικά θα μπορούσε να είναι η ομάδα αυτή που επιβάλλει την δική της κουλτούρα στο σύνολο του οργανισμού. Η διερεύνηση των αιτιών όμως που οδήγησαν τα Κέντρα Υγείας της Κρήτης να χαρακτηρίζονται από τους συγκεκριμένους τύπους κουλτούρας δεν αποτελούσε ερευνητικό ερώτημα της παρούσας μελέτης.

Η καταγραφή των τύπων κουλτούρας των Κέντρων Υγείας στην παρούσα μελέτη ανέδειξε κυρίως, την ανάγκη για αλλαγή στους οργανισμούς αυτούς. Ερευνητικά τεκμηριώνεται, ότι η ύπαρξη συγκεκριμένων τύπων κουλτούρας ή συγκεκριμένων συμπεριφοριστικών κανόνων, σχετίζεται θετικά ή αρνητικά με την αποτελεσματικότητα, τόσο σε ατομικό επίπεδο όσο και στο σύνολο ενός οργανισμού (Deal, 1982; Schein, 1996; Corbett et al. 2000).

Θετικά αποτελέσματα που σχετίζονται με τον τύπο κουλτούρας σε ατομικό επίπεδο περιλαμβάνουν, την ύπαρξη κινήτρου για τον εργαζόμενο και την ικανοποίηση του από την εργασία (O'Reilly, 1989; Cooke & Szurnal, 1993), ενώ αρνητικά, περιλαμβάνουν αυξημένο άγχος και εργασιακή ανασφάλεια. (Kahn 1964; van der Velde, 1995).

Σε μελέτη του Haley (1998), σε Νοσοκομεία, τα αποτελέσματα έδειξαν θετική συσχέτιση της επικοινωνιακής κουλτούρας με την αφοσίωση των εργαζομένων, που βασίζεται σε συναισθηματική σύνδεση με τον οργανισμό. Η μελέτη του Haley (1998), περιλάμβανε επίσης παραμέτρους όπως, η ικανοποίηση των ασθενών και άλλους δείκτες ποιότητας, όπως συχνότητα ιατρικών λαθών, πτώσεις ασθενών κ.οκ. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν, ότι η ικανοποίηση των ασθενών, σχετίζεται με την ανθρωπιστική κουλτούρα, ενώ υπήρχε αρνητική συσχέτιση της ικανοποίησης ασθενών με την κουλτούρα εξάρτησης.

Αντίθετα, η συχνότητα ιατρικών λαθών και η συχνότητα πτώσης των ασθενών, εμφανίστηκαν αυξημένες σε μονάδες με εποικοδομητική κουλτούρα και παρουσίασαν μείωση σε μονάδες που χαρακτηρίζοντας από τύπους αμυντικής κουλτούρας. Η ανάλυση όμως δεδομένων από ποιοτική μελέτη που ακολούθησε και προηγούμενες μελέτες στα ίδια τμήματα, σχετικά με τον βαθμό διαφάνειας στην καταγραφή γεγονότων σε χώρους Νοσοκομείων, αποκάλυψε ότι η αύξηση της συχνότητας των ιατρικών λαθών και της πτώσης των ασθενών στα Νοσοκομεία με εποικοδομητική κουλτούρα, οφειλόταν στο εργασιακό περιβάλλον, που επέτρεπε την καταγραφή συμβάντων και την αναφορά προβλημάτων από το νοσηλευτικό προσωπικό, σε αντίθεση με τα Νοσοκομεία που χαρακτηρίζονταν από αμυντικά συμπεριφοριστικά πρότυπα, που εμπόδιζαν την διαφάνεια, ασκώντας πίεση στα μέλη τους να εμφανίζονται ως καλοί επαγγελματίες και να ευχαριστούν αυτούς που βρίσκονταν σε θέσεις εξουσίας. Ανάλογα, ο Weidner (1997), ανέφερε θετική συσχέτιση ανάμεσα στην εποικοδομητική κουλτούρα και στην εμπιστοσύνη που δείχνει το προσωπικό των Νοσοκομείων προς τους διευθυντές του και τον οργανισμό. Ενώ, αντίθετα, ο Lahiry (1994), τεκμηρίωσε ερευνητικά την θετική συσχέτιση των αμυντικών συμπεριφοριστικών προτύπων (ιδιαίτερα αυτών που χαρακτηρίζουν την παθητική-αμυντική κουλτούρα) με την συνεχιζόμενη αφοσίωση (*continuance commitment*) δηλαδή, με την παραμονή των ατόμων στον οργανισμό, επειδή πιστεύουν ότι το να φύγουν από τον οργανισμό έχει μεγαλύτερο για αυτούς κόστος. Σχετική επίσης μελέτη σε 43 επιχειρήσεις του Καναδά της Balthazard & Cooke (2004), επιβεβαίωσε την ερευνητική υπόθεση των μελετητών, ότι υπάρχει θετική συσχέτιση, ανάμεσα στα συμπεριφοριστικά πρότυπα, που χαρακτηρίζουν την εποικοδομητική κουλτούρα και την ποιότητα των προϊόντων και των υπηρεσιών που παράγει ένας οργανισμός, όπως επίσης και με την ποιότητα στην εξυπηρέτηση του πελάτη-χρήστη, την ικανότητα προσαρμογής του οργανισμού και την ποιότητα του εργασιακού περιβάλλοντος του οργανισμού. Ενώ αντίθετα, οι προσδοκίες για αμυντικά συμπεριφοριστικά πρότυπα, παρουσιάζουν αρνητική συσχέτιση με την ποιότητα των προϊόντων και των υπηρεσιών που παράγει ένας οργανισμός, όπως επίσης με την ποιότητα στην εξυπηρέτηση του πελάτη-χρήστη, με την ικανότητα προσαρμογής του οργανισμού και τέλος με την ποιότητα του εργασιακού περιβάλλοντος του οργανισμού.

Η εποικοδομητική κουλτούρα σε ένα οργανισμό υγείας, όπως είναι τα Κέντρα Υγείας αντίστοιχα, είναι ισοδύναμη με τις κουλτούρες που έχουν ως επίκεντρο τον ασθενή. Το να προσπαθήσει βέβαια κάποιος, να αλλάξει την κουλτούρα ενός οργανισμού και να την μετατρέψει σε εποικοδομητική, δεν είναι εύκολη υπόθεση και ιδιαίτερα σε οργανισμούς υγείας. (Wooten & Crane, 2003). Απαιτεί μία ισχυρή δήλωση της αποστολής του οργανισμού (strong mission statement) και ένα σαφή διατυπωμένο σκοπό, που να κατευθύνει τις συμπεριφορές των μελών του οργανισμού. Η δήλωση της αποστολής του οργανισμού, θα πρέπει να αντανακλά μία αίσθηση συνεργασίας των μελών του οργανισμού, που θα μετατρέπει τα άτομα από μονάδες σε ομάδες, με στόχους κοινούς με αυτούς του οργανισμού. (Sackman 1991). Η ανάπτυξη της συνεργασίας μεταξύ των μελών ενός οργανισμού, αποτελεί και τον θεμέλιο λίθο της εποικοδομητικής κουλτούρας, ενώ αντίθετα δεν ευνοείται η ανάπτυξη της σε εργασιακά περιβάλλοντα με κυρίαρχες παθητικές και επιθετικές αμυντικές κουλτούρες. Η εργασία σε ομάδες (teamwork), όπως ορίζεται νομικά για τα Κέντρα Υγείας, διευκολύνει την ανάπτυξη συνεργασίας μεταξύ των μελών της ομάδας. Παράλληλα, σε ομάδες που απαρτίζονται από μέλη με ισχυρό προσανατολισμό προς την ομάδα, τα άτομα προτίθενται να εργαστούν σκληρά, για να βοηθήσουν τους συναδέλφους τους, ώστε η ομάδα να εμφανίζεται ισχυρή και επιτυχημένη (Goffee & Jones 1996). Επίσης οι ομάδες εργασίας, δημιουργούν το ιδανικό εργασιακό περιβάλλον για την ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των μελών τους και λόγω των συχνών επαφών τα μέλη είναι σε θέση να γνωρίζουν, ποιος καταθέτει την γνώση του για την επίλυση ποιων προβλημάτων. Στους οργανισμούς με εποικοδομητική κουλτούρα, η εργασία σε ομάδες αποτελεί τον θεμέλιο λίθο, δεν είναι όμως ο μοναδικός μηχανισμός που υιοθετείται, για να δοθεί έμφαση στο ανθρώπινο δυναμικό και στις αξίες του. Σε τέτοιου είδους κουλτούρες, η διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού, αποτελεί την υψηλότερη προτεραιότητα και την μεγαλύτερη επένδυση, διότι μέσα από την εκπαίδευση και την κοινωνικοποίηση των μελών του οργανισμού, ενδυναμώνονται οι αξίες της κουλτούρας του οργανισμού. (Bamberger & Meshulam 2000). Παράλληλα, όπως τονίζεται από τον κ. Λιονή (2002b), δεν είναι μόνο η αριθμητική πληρότητα του προσωπικού, η μοναδική συνισταμένη στελέχωσης των Κέντρων Υγείας και των περιφερειακών ιατρείων.

Σημαντική επίσης συνισταμένη αποτελεί η ειδίκευση του προσωπικού σε κατευθύνσεις που είναι αναγκαίες, προκειμένου οι πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας να επαναπροσδιορίσουν την εννοιολογική τους ταυτότητα και να παίξουν τον ρόλο που τους αναλογεί.

### **Συζήτηση αποτελεσμάτων σχετικά με τον βαθμό Ασάφειας και Σύγκρουσης Ρόλων**

Στην παρούσα μελέτη επίσης, ο μεγαλύτερος βαθμός ασάφειας ρόλων (20,9) καταγράφεται στο Κέντρο Υγείας Νεροχωρίου, το οποίο χαρακτηρίζεται από συνδυασμό της παθητικής αμυντικής κουλτούρας και της επιθετικής αμυντικής και σε πολύ χαμηλό βαθμό, από εποικοδομητική κουλτούρα. Ενώ στο ίδιο Κέντρο Υγείας, καταγράφεται και ο μεγαλύτερος βαθμός σύγκρουσης ρόλων (37,4). Αντίθετα, ο μικρότερος βαθμός ασάφειας ρόλων καταγράφεται στο Κέντρο Υγείας Καμποχωρίου (14,4) και ο μικρότερος βαθμός σύγκρουσης ρόλων στο Κέντρο Υγείας Λαδοχωρίου (33,1). Σχετικά με την σύγκρουση ρόλων, αν και δε βρέθηκε σημαντική διαφοροποίηση στη βαθμολογία μεταξύ των ομάδων εργαζομένων ανά χρόνια προϋπηρεσίας, οι υπάλληλοι με 16 έως 35 έτη, παρουσίασαν την υψηλότερη μέση βαθμολογία (36,7 μονάδες). Το γεγονός αυτό, θα μπορούσε ενδεχομένως να ερμηνευτεί, μέσα από τις αλλαγές που συμβαίνουν στην συμπεριφορά των εργαζομένων, με την αύξηση των ετών εμπειρίας και προϋπηρεσίας στον οργανισμό. Θα μπορούσε κανείς να υποθέσει, ότι η σύγκρουση ρόλων στην περίπτωση αυτή οφείλεται σε «αίσθημα κεκτημένης θέσης», και συσχετίζεται θετικά με συμπεριφοριστικά πρότυπα της αντιδραστικής κουλτούρας, της κουλτούρας εξουσίας και της ανταγωνιστικής κουλτούρας. Όσον αφορά τις επαγγελματικές ομάδες, τα υψηλότερα ποσοστά σύγκρουσης ρόλων έναντι των άλλων επαγγελματικών ομάδων, αν και δεν είναι στατιστικά σημαντική η διαφορά, εμφανίζει το ιατρικό προσωπικό.

Θα μπορούσε να υποθέσει κανείς, ότι η σύγκρουση ρόλων στην περίπτωση του ιατρικού προσωπικού σχετίζεται με την προσκόλληση των γιατρών στο ιατροκεντρικό μοντέλο οργάνωσης των κέντρων υγείας και με την ενδεχομένη δυσκολία προσαρμογής τους, στην εργασία των διεπιστημονικών ομάδων (Wiles & Robinson, 1994; Williams & Sibbald, 1997). Τα αποτελέσματα της μελέτης επίσης, δείχνουν ότι υπάρχει σημαντική στατιστικά θετική συσχέτιση, μεταξύ της επιθετικής - αμυντικής κουλτούρας και της παθητικής - αμυντικής κουλτούρας, που εμφανίζουν ως σύνολο τα Κέντρα Υγείας της Κρήτης, με τον βαθμό ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων των εργαζομένων σε αυτά. Αντίθετα, δεν παρουσιάζεται συσχέτιση της συνολικής εποικοδομητικής κουλτούρας, με τον βαθμό ασάφειας και με τον βαθμό σύγκρουσης.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης συμφωνούν με άλλες προηγούμενες μελέτες, που διαπιστώνουν ότι ο τύπος της οργανωτικής κουλτούρας που χαρακτηρίζει έναν οργανισμό, σχετίζεται και με τον βαθμό ασάφειας ρόλων και σύγκρουσης ρόλων μεταξύ του προσωπικού. Σε μελέτη των Balthazard & Cooke (2004), σε δείγμα 60.900 εργαζομένων, από διάφορες επιχειρήσεις της Αμερικής και του Καναδά που είχαν συμπληρώσει το OCI μεταξύ του 1999 και του δεύτερου μισού του 2002, η ανάλυση των δεδομένων έδειξε ότι τα συμπεριφοριστικά πρότυπα, που χαρακτηρίζουν την εποικοδομητική κουλτούρα, παρουσιάζουν θετική συσχέτιση με την σαφήνεια ρόλων, το ταίριασμα του εργαζόμενου στο εργασιακό περιβάλλον και την ικανοποίηση του εργαζόμενου από την εργασία του. Επιπρόσθετα, εμφανίζουν αρνητική συσχέτιση με τις αναφορές των εργαζομένων, για ασάφεια ρόλων και με την συμπεριφορική συμμόρφωση των εργαζομένων. Αντίθετα, οι προσδοκίες για αμυντικά συμπεριφοριστικά πρότυπα (παθητικά - αμυντικά), συσχετίζονται αρνητικά με την σαφήνεια των εργασιακών ρόλων, το ταίριασμα με το οργανωτικό περιβάλλον του εργαζόμενου και τον βαθμό ικανοποίησης του από την εργασία, ενώ σχετίζονται θετικά με την ασάφεια στην επικοινωνία και με την συμπεριφορική συμμόρφωση. Παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα μελέτης, στο νοσηλευτικό προσωπικό των Κέντρων Υγείας της Κρήτης, που διαπιστώνουν ασάφεια γύρω από τις νοσηλευτικές αρμοδιότητες στα Κέντρα Υγείας της Κρήτης (Μαρκάκη 2003).



Η μέτρηση του βαθμού ασάφειας κα σύγκρουσης ρόλων των εργαζομένων στα Κέντρα Υγείας, που διενεργήθηκε η μελέτη, θεωρήθηκε ως σημαντική παράμετρος και συμπληρωματική της μέτρησης της οργανωτικής τους κουλτούρας, διότι οι δύο αυτές έννοιες επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την ικανοποίηση από την εργασία. (Koustelios et al. 1998). Ενώ η σύγκρουση ρόλων, είναι σημαντικός παράγοντας, τόσο για τους εργαζόμενους, όσο και για τους διευθυντές ενός οργανισμού, διότι όπως υποστηρίζουν οι Mitchell & Larson (1987), όσο μεγαλύτερος είναι ο βαθμός σύγκρουσης, τόσο λιγότερο αποδοτικός είναι ένας οργανισμός και τόσο λιγότερο ικανοποιημένοι οι εργαζόμενοι σε αυτόν.

Η ύπαρξη ασάφειας ρόλων αντίστοιχα, σχετίζεται με εργαζόμενους που παρουσιάζουν χαμηλή αυτοπεποίθηση, χαμηλή ικανοποίηση από την ζωή, έχουν χαμηλά κίνητρα για εργασία και εκδηλώνουν πρόθεση να εγκαταλείψουν την εργασία τους (Thompson et al. 1993). Επιπρόσθετα, η ασάφεια και η σύγκρουση ρόλων, παρουσιάζουν θετική συσχέτιση με το άγχος και την ανασφάλεια που βιώνει ο εργαζόμενος. (Rizzo, House et al 1970; Brief & Aldag 1976 ; Brief et al 1979 ; Deluga, 1989; Anderson et al. 1996; Antoniou et al. 2003). Οι αρνητικές συνέπειες που ασκούν αυτές οι δύο έννοιες, στην εξέλιξη των εργαζομένων αλλά και των οργανισμών, δείχνει και την σημαντικότητα της καταγραφής τους στα Κέντρα Υγείας της Κρήτης, που αποτελούν την αιχμή του δόρατος στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, ώστε να αναγνωριστούν και να αντιμετωπιστούν από την διοίκηση αποτελεσματικά..

## Προεκτάσεις – προτάσεις για Μελλοντική Έρευνα

Σύμφωνα με δημοσίευση του τομέα Ιατρικής του Πανεπιστήμιου Ιωαννίνων, η ΠΦΥ, αποτελεί και σηματοδοτεί ένα ριζικά διαφορετικό εννοιολογικό πλαίσιο, άρα και μία διαφορετική οργανωτική κουλτούρα. Τροποποιεί την καθιερωμένη αντίληψη για την υγεία και την αρρώστια, την άσκηση αυτής καθ' εαυτής της ιατρικής, την οργάνωση και λειτουργία ολόκληρου του συστήματος υγείας με ευρύτερες πολιτισμικές και πολιτικές επιπτώσεις. (Τσομώκος 2001). Θα πρέπει λοιπόν να υπάρξει ένας σαφής εννοιολογικός προσδιορισμός του όρου ΠΦΥ, του περιεχομένου της και των λειτουργιών της και μία προσπάθεια εντοπισμού των αδυναμιών της οργανωτικής κουλτούρα που επικρατεί στις οργανωτικές τις μονάδες. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται από έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας WHO (2000), η Πρωτοβάθμια Φροντίδα είναι: *«Μια φιλοσοφία, βασισμένη στις αρχές της ισότητας, της κοινωνικής δικαιοσύνης και της αυτοδύναμης ανάπτυξης, μια στρατηγική, κεντρική ιδέα, της οποίας είναι ο συνολικός και διατομεακός σχεδιασμός για την υγεία, με την ενεργό συμμετοχή της κοινότητας και με βάση τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού»*.(WHO 1982). Για να μπορέσει λοιπόν να αναπτυχθεί αυτή η φιλοσοφία στην καθ' ημέρα πράξη, τα Κέντρα Υγείας, θα πρέπει να ξεφύγουν από την στενή νοσοκομειο- κεντρική και γραφειοκρατική αντίληψη που τα διακρίνει, με άλλα λόγια θα πρέπει να αλλάξουν την οργανωτική κουλτούρα που τα διέπει και να αποκτήσουν όραμα. Το όραμα αυτό, θα πρέπει να είναι κοινός τόπος για όλους τους εργαζόμενους και να επικεντρώνεται στον άνθρωπο και στην όσο το δυνατόν καλύτερη ποιοτική κάλυψη όλων εκείνων των αναγκών του που εμπεριέχει η έννοια της υγείας.

Η παρούσα μελέτη, είναι η πρώτη που κατέγραψε την οργανωτική κουλτούρα και τον βαθμό ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων των εργαζομένων σε οργανισμούς υγείας στην Ελλάδα και ευελπιστεί να αποτελέσει ένα ακόμα βήμα προς την κατεύθυνση της ποιοτικής και αποδοτικής αναβάθμισης των Κέντρων Υγείας. Θα πρέπει όμως, να υπάρξει καταγραφή της οργανωτικής κουλτούρας σε μεγαλύτερο αριθμό Κέντρων Υγείας και ίσως ένας συνδυασμός ποιοτικών και ποσοτικών μελετών που θα επιτρέψουν μια πιο ευρεία και αναλυτική διερεύνηση της οργανωτικής κουλτούρας.

Επίσης, σημαντικό είναι, να υπάρξουν μελέτες που να αναλύσουν την έννοια της κουλτούρας στο επίπεδο των επαγγελματικών ομάδων και να διερευνήσουν τον βαθμό που η κουλτούρα των επαγγελματικών ομάδων επηρεάζει την συνολική κουλτούρα των Κέντρων Υγείας.

Σύμφωνα με τον Balthazard & Cooke (2004), καταγράφοντας την πολύτιμη κρυμμένη γνώση των μελών ενός οργανισμού, ο ερευνητής είναι σε θέση να οργανώσει, να συστηματοποιήσει και κυρίως να μοιραστεί αυτή την γνώση με όλα τα μέλη του οργανισμού προετοιμάζοντας το έδαφος για αλλαγή. Ίσως ένα από τα σημαντικά ευρήματα αυτής της μελέτης, είναι η γνώση που αποκτήθηκε, ότι η οργανωτική κουλτούρα, μπορεί να μετρηθεί (παρόλο που κανείς δεν μπορεί να θεωρήσει μία και μόνο μέθοδο ως την καλύτερη) και η μέτρησή της, μπορεί να φέρει στην επιφάνεια και να εμπλουτίσει τις γνώσεις μας για τις αξίες, τις συμπεριφορές και τις προσδοκίες που τα μέλη ενός οργανισμού μοιράζονται μεταξύ τους με ένα σιωπηλό σχεδόν αδιόρατο τρόπο.

## Βιβλιογραφία

### Αγγλική

---

---

- Abel-Smith B., Calltrop J., Dixon M., Dunning A.,T., Evans R., Holland W., et al, (1994) Report on the Greek Health Services, Ministry of Health and Social Welfare, Athens
- Adair, J. G. (1984). The Hawthorne Effect: A Reconsideration of the Methodological Artifact. *Journal of Applied Psychology*, (69), 334-345.
- ACME Corporation (2003) OCI, Executive summary Sample Report. [online]. ACME, available from: [www.acumen.com/pdf/oci\\_sr.pdf](http://www.acumen.com/pdf/oci_sr.pdf) [accessed: 12 Feb 2005]
- Aiken, L.H., Smith, H.L., & Lake, E.,T. (1994) Lower Medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. *Med Care*, 32(8), 771-787.
- Aiken, L.H., Clarke, S.P., & Sloane, D.M. (2002) Hospital staffing, organization, and quality of care: Cross-national findings. *Nursing Outlook*, 50(5), 187-194.
- Ain M., Bailey D., Bromley P., Mark Kalyta M., Cooke R.,A (2003) "The Best of the Best" The role of leadership and culture in creating Canada's best organizations A report on nearly 60 leaders and their acclaimed organizations on their relationship of leadership and culture to performance. First Light PMV Inc. (Canada), Human Synergetics / Center for Applied Research Inc. (United States)
- Anderson, W.J., Cooper, C.L., and Willmott, M. (1996) Sources of stress in the National Health Service: a comparison of seven occupational groups, *Work and Stress*, 10(1), 88-95
- Antoniou A.,S., G., Davidson M.,J., & Cooper L. (2003) Occupational stress, job satisfaction and health state in male and female junior hospital doctors in Greece. *Journal of Managerial Psychology*.18 (6), 592-621
- Arnold J., Robertson, I., T., & Cooper C.,L., (1993) *Work psychology: understanding human behavior in the workplace*. 2<sup>nd</sup> ed. London: Pitman

- Balthazard P.,A., & Cooke R.,A., (2004) Organizational Culture and Knowledge Management Success: Assessing The Behavior–Performance Continuum. In: 37th International Conference on System Sciences Proceedings, Hawaii, 1 – 10.
- Bamberger P., & Meshoulam I. (2000) Human resource strategy, formulation, implementation, and impact. Thousand Oaks, CA: Sage Publications cited in: Wooten L.,P., Crane P., (2003) “Nurses as implementers of organizational culture” Nursing Economics, 21( 6), 23-29
- Belmont Report (1976) Ethical Principles and Guidelines for the protection of human subjects of research. Report of the National Commission for the Protection of human subjects of Biomedical and Behavioral Research. Department of Health, Education and Welfare Office of the Secretary.
- Bercovici D., Grandy G., & Mills A.,J, (2001) Organizational Culture as a Framework for Organizational analysis: Renewed fad or enduring heuristics? In:Annual Conference, University Halifax, Mount Allison.
- Bland M. (2000) An Introduction to Medical Statistics, 3<sup>rd</sup> Edition, Oxford, Oxford University Press.
- Bowling A. (2002). Research methods in health. Investigating health and health services, Maidenhead- Philadelphia, Open University Press.
- Brief A.,P., Aldag R.,J. (1976) Correlates of role indices. Journal of Applied Psychology, 61, 468-472.
- Brief A.,P., Aldag R.,J., Van Sell M.,& Melone N. (1979) Anticipatory socialization and role stress among registered nurses. Journal of Health and Social Behavior, 20, 161-166.
- Burns N., Grove S., K. (1995) Understanding nursing research. London, W.B. Saunders Company.
- Burrell, G. (1996) “Normal Science, Paradigms, Metaphors, Discourses and Genealogies of Analysis.” In: Clegg S., Hardy C., & Nord W.,(eds.) Handbook of Organization Studies. London: Sage, 642–658

- Cameron, K., and Freeman S. (1991) "Culture, Congruence, Strength and Type: Relationship to Effectiveness." *Research in Organizational Change and Development* 5, 23-58.
- Chan L.,L., M., Shaffer A., Snape E. (2004) In search of sustained competitive advantage: the impact of organizational culture, competitive strategy and human resource management practices on firm performance. *Int. J. Human Resources*, 15(1), 17-35.
- Clarke, S., Sloane, D., & Aiken, L. (2002). Effects of hospital staffing and organizational climate on needlestick injuries to nurses. *Journal of Public Health*, 92(7), 1115.
- Columbia Accident Investigation Board. (2003). *Columbia Accident Report*. Vol. 1. Burlington, Ontario: Apogee. Cong Democrats, House Committee on Science. (2003, February 6). Letter to President George W. Bush. Retrieved October 1, 2004, available from: <http://house.gov.science democrats/releases/shuttle letter.pdf>. [accessed: 8 Jun 2005]
- Cocchiola, F., A. (1990) The impact of grade organization on the organizational culture of junior-senior and senior high schools. Dissertation (Ed.D), NY: Fordham University
- Conley S., and Woosley S. (2000) Teacher role stress, higher order needs and work outcomes, *Journal of Educational Administration*, 38, 179-201.
- Cook S., Hepworth S., Wall T., & Warr P. (1981) The experience of work, Academic Press, London cited in: Koustelios A., Theodorakis N., & Goulimaris D. (2004) Role ambiguity, role conflict and job satisfaction among physical education teachers in Greece.
- Cooke R., and Lafferty J. (1983,1986,1987,1989,1994). *Organizational Culture Inventory (OCI)*., MI: Human Synergistics Plymouth
- Cooke R., & Fischer D., J. (1985) The organizational culture of the Federal Aviation Administration. Plymouth, MI: Human Synergistics
- Cooke, R. A., & Rousseau, D., M. (1988) "Behavioural Norms and Expectations: A quantitative approach to the assessment of organizational culture." *Group and Organization Studies*, 13, 245-273

- Cooke, R., and Szumal J. (1991) "The Reliability and Validity of the Organizational Culture Inventory." *Psychological Reports* 72, 1299-330.
- Corbett L., M., & Rastrick K.,N. (2000) Quality performance and organizational culture. A New Zealand study. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 17 (1), 14-26.
- Cox K., B. (2003) "The Effects of Intrapersonal, Intragroup, and Intergroup Conflict on Team performance Effectiveness and Work Satisfaction" *Nursing Administration Quarterly*, April-June, 27(2), 153-163.
- Cremona S.,M. (1991) Corporate culture at the Engineer Studies Center, U.S. Army Corps of Engineers. Unpublished master's thesis, Averett college In: Cooke R.,A., & Szumal J. (1993) Measuring normative beliefs and shared behavioural expectations in organizations: the reliability and validity of the organizational culture inventory. *Psychological Reports*, 72, 1299-1330.
- Davies, H. T. O., Nutley S., M., and Mannion R., (2000) "Organisational Culture and Quality of Health Care." *Quality in Health Care* 9, 111-9.
- Deal, T., E., & Kennedy, A., A. (1982) *Corporate Cultures: The Rites and Rituals of Corporate Life*. Reading, MA: Irwin.
- Degeling P., Kennedy, J., and Hill M. (1998) "Do Professional Subcultures Set the Limits of Hospital Reform?" *Clinician in Management* 7, 89-98.
- Delobbe N., Haccoun R.,R., Vandenberghe C. (2005) Measuring Core Dimensions of Organizational Culture: A review of Research Development of a New Instrument available from: [www.iag.ucl.ac.be/recherche/Papers/wp53.pdf](http://www.iag.ucl.ac.be/recherche/Papers/wp53.pdf), [accessed 18 Jun. 05].
- Deluga R., J. (1989) "Employee-Influence Strategies as Possible stress coping Mechanisms for Role Conflict and Role Ambiquity" *Basic and Applied social psychology*, 10(4), 329-335
- Evans (2003) The future for primary care: increased choice for patients. Editorial, *Qual Saf Health Care*, 1283-84.

- Feldman M.,S., Rafaeli A. (2002) Organizational routines as sources of connections and understandings. *Journal of Management Studies*, 39(3), 309-331.
- Fischer C.,D., & Gitelson R. (1983) A meta – analysis of the correlates of role conflict and role ambiguity. *Journal of Applied Psychology*, 68, 320-333
- Fletcher B., and F. Jones. (1992) "Measuring Organizational Culture: The Cultural Audit." *Managerial Auditing Journal* 7 (6), 30-6.
- Fred Sanfilippo (2005) "Realizing a Vision" OSU Medical Center, University Senate
- Fried Y., Haim Ailan B., D., Tieg R., B.(1998) The interactive effect of role conflict and role ambiguity on job performance. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*. 71, 19-27.
- Frusti D.,K., Niesen K.,M., Campion J.,K, (2003) Creating a culturally competent Organization. Use of the Diversity Competency Model. *JONA*, 33(1), 31-38
- Garsten C.(2003) The cosmopolitan organization-an essay on corporate accountability. *Global Networks*. 3(3), 355-370.
- Gaucher, E., & Kratochwill, E. (1993) "The leader's role in implementing total quality management." *Quality Management in Health Care*, 242-251.
- Glaser, S., Zamanou S., and Hacker K., (1987) "Measuring and Interpreting Organizational Culture." *Management Communication Quarterly* 1 (2), 173-98.
- Gerald E., Caiden G.,E. (1971) *The Dynamics of Public Administration*, New York, Holt, Reinhart, and Winston, Inc.
- Gerowitz, M., L. Lemieux-Charles,, Heginbothan, C., and. Johnson B. (1996) "Top Management Culture and Performance in Canadian, UK and US Hospitals." *Health Services Management Research* 6 (3), 69-78.
- Gershon R., M., Stone P., W., Bakken S., Larson E. (2004) Measurement of Organizational Culture and Climate in HealthCare. *JONA*, 34(1), 33-40



- Glisson, C., & Hemmelgarn, A. (1998) The effects of organizational climate and interorganizational coordination on the quality and outcomes of children's service systems. *Child Abuse & Neglect*, 22(5), 401-421.
- Goffee, R., & Jones, G. (1996) "What holds the modern company together?" *Harvard Business Review*, 74(6), 133-149
- Gofman J., W., (1959) CORONARY HEART DISEASE. In; Schein, E. H. (1990), *Organizational Culture*. *American Psychologist* , 45 ( 2), 109-119.
- Goll, I., & Zeitz, G. (1991) Conceptualizing and measuring corporate ideology. *Organization Studies*, 12, 191-207
- Gundry L.K., & Rousseau, D.M. (1994) Critical incidents in communicating culture to newcomers: The meaning is the message. *Human Relations*, 47, 1063-1088
- Guttman L. (1954) "A new approach to factor analysis: The radex." In P. Lazerfeld (Ed.), *Mathematical thinking in the social sciences*. Glencoe, IL: Free Press, 258-348.
- Haber, S. B., O'Brien, J. N., Metlay, D. S., & Crouch, D. A. (1991) Influence of organizational factors on performance reliability. (Report to the Division of Systems Research, U.S. Nuclear Regularly Commission). Upton NY: Brookhaven National Laboratory
- Hale A., R. (2000) Culture's confusions. *Safety Sci.*, 34, 1-14.
- Haley, B. R., (1998) The relationship of unit culture and RN and client outcomes. Unpublished Ph.D. Dissertation: University of Illinois. In: Balthazard P.,A., & Cooke R.,A., (2004) *Organizational Culture and Knowledge Management Success: Assessing The Behavior-Performance Continuum*. 37th International Conference on System Sciences Proceedings, Hawaii, 1 – 10.
- Hoffman, N., & Klepper, R. (2000) "Assimilating New Technologies: The Role of Organizational Culture." *Information Systems Management*, 17(3), 36-42
- Hofstede, G. (1980) *Culture's Consequences: International Differences in Work-Related Values*. Beverly, Hills, CA: Sage.

- Hofstede, G., Neuijen B., Ohayv D., & Sanders G., (1990) "Measuring Organizational Cultures: A Qualitative and Quantitative Study across Twenty Cases." *Administrative Science Quarterly* 35, 286-316.
- Horney, K. (1954) *Our Inner Conflicts*. New York, Norton, In: Balthazard P., A., & Cooke R.,A. (2004) *Organizational Culture and Knowledge Management Success: Assessing The Behavior–Performance Continuum*. 37th International Conference on System Sciences Proceedings, Hawaii, 1 – 10.
- Human Synergistics (1986) *Improving store management effectiveness*. Atlanta GA: Coca--Cola Retailing Research Council.
- Ingersoll G., L., Kirsch J., C., Merk S.,E., Lightfoot J. (2000) *Relationship of Organizational Culture and Readiness for Change to Employee Commitment to the Organization*. *Journal of Nursing Administration*, 30(1), 11-20.
- Jackson, S., E., & Schuler, R., S. (1985) *A meta-analysis and conceptual critique of research on role ambiguity and role conflict in work settings*. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 36,16-78
- Jones K., Redman R.,W. (2000) *Organizational Culture and Work Redesign: Experiences in Three Organizations*. *Journal of Nursing Administration*, 30(12), 604-610.
- Kahn, R. L., Wolfe, D. M., Quinn, R. P., Snoek. J.D., & Rosenthal, R. A. (1964) *Organizational Stress: Studies in Role Conflict and Ambiguity*. New York: Wiley
- Kauffman J. (2005) *Lost in space: A critique of NASA’s crisis communications in the Columbia disaster* *Public Relations Review* 31, 263–275
- Klein, A., S., Masi, R., J., & Weidner, C., K. (1995) “Organizational culture, distribution and amount of control, and perceptions of quality.” *Group & Organization Management*, 20, 122-148.

- Koberg, C.,S., & Chusmir, L.,H. (1987) Organizational culture relationships with creativity and other job-related variables. *Journal of Business Research*, 15, 397-409.
- Koustelios A., Kousteliou I. (1998) Relations among measures of job satisfaction, role conflict and role ambiguity for a sample of greek teacher's. *Psychological Reports*, 82, 131-136.
- koustelios A. (2001) Organizational factors as predictors of teachers' burnout. *Psychological reports*, 627-634
- Koustelios A., Theodorakis N., Goulimaris D. (2004) Role ambiguity, role conflict and job satisfaction among physical education teachers in Greece. *The international journal of Educational Management*. 18(2), 87-92
- Lahiry, S. (1994) "Building commitment through organizational culture." *Training and Development Journal*, 48, 50-52.
- Leary, T. (1957) *Interpersonal diagnosis of personality*. New York: Ronald In: Balthazard P., A., & Cooke R.,A. (2004) *Organizational Culture and Knowledge Management Success: Assessing The Behavior-Performance Continuum*. 37th International Conference on System Sciences Proceedings, Hawaii, 1 – 10.
- Le Grand J., N., Mays, and Mulligan J. (1998) *Learning from the NHS Internal Market*. London: King's Fund.
- Lewis, D., S. (1994) "Organizational change: relationship between reactions, behaviour and organizational performance", *Journal of Organizational Change Management*, 7 (5), 41-55.
- Lim B., (1995) Examining the organizational culture and organizational performance link. A critical review of the methodologies and findings of recent researchers into the presumed link between culture and performance. *Leadership & Organization Development Journal*, 16(5),16-21
- Lok P., Crawford J. (2004) The effect of organisational culture and leadership style on job satisfaction and organisational commitment. A cross-national comparison. *Journal of Management Development*. 23(4), 321-338
- Louis, M.R., Posner, B.,Z., and Powell G.,N.(1983) The availability of socialization practices. *Personnel Psychology* 36(4), 857-866.

- Mallak L., A., Lyth D., M., Olson S., D., Ulshafer S., M., Sardone F.(2003) Culture, the built environment and healthcare organizational performance. *Managing Service Quality*. 13(1), 27-38
- Management thinking (1999) Organizational Culture I. The Organization as unwritten rules. Formal guidelines and systems seldom work as intended if they do not take account of the organization's unwritten rules. *Management thinking*, 19.
- Marcoulides G.,A., and Heck R., H., (1993) Organizational Culture and Performance: Proposing and Testing a Model. *Organizational Science*. 4(2), 209-225.
- Martin, J., and Siehl. C. (1983) Organizational culture and counterculture: an uneasy symbiosis. *Organizational Dynamics* 12 ( 2), 52-64.
- Martin, J., & Frost, P. (1996) The Organizational Culture War Games: a Struggle for Intellectual Dominance. In: S.R. Clegg, S.,R. Hardy, C., & Nord W.,R., (Eds.), *Handbook of Organization Studies*. London: Sage, 599-621
- Maslow, A.,H. (1959) *New Knowledge in Human Values* (Ed.) New York: Harper & Bros, South Bend.
- McClelland, D., C., Atkinson, J., W., Clark, R., A. & Lowell, E., L. (1953) The Achievement Motive. New York: Appleton-Century Crofts, In: Balthazard P., A. & Cooke R.,A. (2004) Organizational Culture and Knowledge Management Success: Assessing The Behavior-Performance Continuum. In: 37th International Conference on System Sciences Proceedings, Hawaii, 1 – 10.
- Meterko M., Mohr D.,C., Young G., J. (2004) Teamwork Culture and Patient satisfaction in Hospitals. *Medical care*, 42(5), 492-498.
- Mitchell T., & Larson J. (1987) People in Organizations: an introduction to organizational behavior. New York. McGraw-Hill In: Koustelios A., & Kousteliou I., (1998) Relations among measures of job satisfaction, role conflict and role ambiguity for a sample of Greek teachers. *Psychological Reports*, 82, 131-136.

- Oppenheim A.,N. (1998) Questionnaire Design, Interviewing and attitude measurement. Cassell, London.
- O'Reilly C., Chatham C., and Caldwell R. (1988) "People, jobs and organizational culture", working paper, University of California, In: Lim B, (1995), Examining the organizational culture and organizational performance link. A critical review of the methodologies and findings of recent researchers into the presumed link between culture and performance. *Leadership & Organization Development Journal*, 16(5), 16-21
- O'Reilly, C. (1989) "Corporations, culture, and commitment: Motivation and social control in organizations." *California Management Review*, 31, 9-25
- Osborne, J., W. & Costello A., B. (2004) Sample size and subject to item ratio in principal components analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 9(11), available from: <http://PAREonline.net/getvn.asp?v=9&n=11>, [accessed: 15-March-05].
- Ott, J. Steven. (1989) *Organizational Culture: Concepts, Definitions, and a Typology*. Chicago Dorsey Press.
- Ouchi W. (1981) *Theory Z: How American business can meet the Japanese challenge*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Ouchi W., G., Wilkins A., L. (1985) *Organizational Culture*. *Annual Review of Sociology*. 11, 457-483.
- Pacanowsky, M.E. and O'Donnel-Trujillo, N. (1983) *Organizational Communication as Cultural Performance*, *Communication Monographs*, 50, 126-147.
- Pascale, R., Athos, A. (1981) "The Art of Japanese Management", London, Penguin Books
- Peters, T., & Waterman, R. (1982) *In Search of Excellence - Lessons from America's Best Run Companies*. New York, Warner Communications.
- Pettigrew, T. (1979) The ultimate attribution error: Extending Allports' cognitive analysis. *Personality and Social Psychology Bulletin* 5, 461-476.

- Petrick, J. A., & Quinn, J. F. (1997) *Management ethics: Integrity at work*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Readership Institute (2003) Impact Study. Culture Report: A profile of the impact Newspapers and their Departments. Human synergistics, Center for Applied Research, inc
- Rentsch, J., R. (1990) Climate and Culture: Interaction and Qualitative Differences in Organizational Meanings. *Journal of Applied Psychology*, 75 (6), 668-681
- Rogers, C., R. (1961). *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*. Boston: Houghton-Mifflin. In: Balthazard P., A., & Cooke R., A. (2004) Organizational Culture and Knowledge Management Success: Assessing The Behavior–Performance Continuum. 37th International Conference on System Sciences Proceedings, Hawaii, 1 – 10.
- Rizzo J., House R., & Lirtzman S. (1970) “Role conflict and ambiguity in complex organization”, *Administrative Science Quarterly*, 15, 150-163.
- Sackman S. (1991) Cultural Knowledge in organizations: Exploring the collective mind. Nwebury Park, CA, Sage Publications. In: Wooten L.,P., Crane P., (2003) “Nurses as implementers of organizational culture” *Nursing Economics*, 21( 6), 23-29
- Sashkin M., & Fulmer R. (1985) Measuring organizational excellence culture with a validated questionnaire. Paper presented at the annual meeting of the Academy of Management, San Diego, August.
- Schein, E., H. (1984). “Suppose we took culture seriously.” *Academy of Management, Newsletter*, Summer, 2-3.
- Schein, E. (1985a) *Organizational Culture and Leadership*. San Francisco, Jossey-Bass.
- Schein, E., H. (1990) Organizational Culture, *American Psychologist* , 4 5( 2), 109-119.
- Schein, E. H. (1996) “Culture: the missing concept in organization studies.” *Administrative Science Quarterly*, 41, 229-240
- Schneider B., Brief A.,P, Guzzo .,R., A. (1996) Creating a climate and culture for sustainable organizational change. *Organ Dynamics*,24, 9-11.

- Scholl R.,W. (2003) Organizational Culture- The Social Inducement System. Available from: [www.cba.uri.edu/scholl/Notes/Culture.htm](http://www.cba.uri.edu/scholl/Notes/Culture.htm) [accessed 16 May 05]
- Schoen (2004) Primary Care and Health Systems Performance: Adult's experiences in five countries. Health affairs. Project HOPE, available from: <http://content.healthaffairs.org/cgi/content/full/hlthaff.w4.487/DC1>, [accessed: 11 Jun. 05]
- Schuller R., Aldag R., Brief A.,P. (1977) "Role conflict and ambiguity a scale analysis". *Organizational Behavior and Human Performance*, 20,111-28.
- Scott, J., T., R., Mannion, H., Davies, and Marshall. M., I. (2001) *Organisational Culture and Health Care Performance: A Review of the Theory, Instruments and Evidence*. York: Centre for Health Economics, University of York.
- Scott T., Mannion R., Huw D., and Marshall M. (2003) The Quantitative measurement of Organizational culture in health care: A review of the available instruments. *HSR: Health Services Research* 38(3), 923-946
- Seel R. (2001) Describing Culture: from Diagnosis to inquiry , 1-12 available from: <http://www.new-paradigm.co.uk> [accessed 20 Dec 04].
- Shortell, S., M., Bennett, C., L., and Byck G., R., (1998) "Assessing the Impact of Continuous Quality Improvement on Clinical Practice: What It Will Take to Accelerate Progress." *Milbank Quarterly* 76 (4)593-624.
- Shortell, S., M., R., H., Jones, A., W., Rademaker, R., R., Gillies, D., S., Dranove, E., F. X., Hughes, P., P., Budetti, K., S., E., Reynolds, and C., Huanf. (2000) "Assessing the Impact of Total Quality Management and Organizational Culture on Multiple Outcomes of Care for Coronary Artery Bypass Graft Surgery Patients." *Medical Care* 38 (2), 207-17
- Shortell, S., M., J., L., Zazzali, L., R., Burns, J., A., Alexander, R., R., Gillies, P., P., Budetti, T., M., Waters, and H., S., Zuckerman. (2001) "Implementing Evidence-Based Medicine: The Role of Market Pressures, Compensation Incentives, and Culture in Physician Organizations." *Medical Care, Supplement I*, 39 (7), 62-78.

- Slowinski, G. (1992) "The human touch in successful strategic alliances." *Mergers & Acquisitions*, 27, 44-47.
- Smircich, L. (1983) "Concepts of Culture and Organizational Analysis." *Administrative Science Quarterly* 28, 339-58.
- Stevens J. (2002) *Applied Multivariate Statistics for the Social Sciences*. 4rd Edition.. Mahwah NJ: Lawrence Erlbaum Associates
- Thomas C., Ward M., Chorba C., & Kumiega A. (1990) Measuring and interpreting organizational culture. *Journal of Nursing Administration*, 20, 17-24.
- Thompson, M. S., Page, S. L., and Cooper, C. L. (1993) A test of Caver and Scheier's self-control model of stress in exploring burnout among mental health nurses. *Stress Medicine*, 9, 221-235.
- Tracy, L. & Johnson, T. W. (1980) What do the role conflict and role ambiguity scales measure? *Journal of Applied Psychology*, 66(4), 464-469
- Trice, H., M., (1993) *Occupational subcultures in the workplace*. Ithaca, N.Y.: ILR Press, In: Balthazard P.,A., & Cooke R.,A., (2004) *Organizational Culture and Knowledge Management Success: Assessing The Behavior-Performance Continuum*. 37th International Conference on System Sciences Proceedings, Hawaii, 1 – 10.
- Vaughn D. (1996) *The Challenger Launch Decision: Risky Technology, Culture, and Deviance at NASA*. University of Chicago, Press.
- Van Maanen, J., (1979) "Reclaiming Qualitative Methods for Organizational Research: A Preface," *Administrative Science Quarterly*, 24, 520-524.
- Verbeke W.,V., M.H.,M. (1998) Exploring the conceptual expansion within the field of organizational behavior: organizational climate and organizational culture. *J Manage Stud*, 35, 303-329.
- van der Velde, M., & Class M., D. (1995) "The relationship of role conflict and ambiguity to organizational culture. In S. L. Sauter, & L. R. Murphy (Eds.)," *Organizational risk factors for job stress*. Washington, DC: American Psychological Association, 53-59.



- Wanous, J., P., & Austin, J., T. (1997) Understanding and Managing Cynicism About Organizational Change. *Academy of Management Executive*, XI (1), 48-59
- Weick, K., E. (1979) The social psychology of organizing (2<sup>nd</sup> ed.). Reading, NJ: Addison-Wesley. In: Ouchi W.,G.,WilkinsA.,L, (1985). *Organizational Culture*. *Annual Review of Sociology*, 11, 457 – 483.
- Weidner, C. K. (1997). Trust and Distrust at work: Normative and dyad-exchange influences on individual and subunit performance. Unpublished Ph.D. Dissertation: University of Illinois at Chicago. In: Balthazard P.,A., & Cooke R.,A., (2004) *Organizational Culture and Knowledge Management Success: Assessing The Behavior–Performance Continuum*. 37th International Conference on System Sciences Proceedings, Hawaii, 1 – 10.
- Wiles R., & Robinson J., (1994) Teamwork in Primary Care: the views and experiences of nurses, midwives and health visitors. *Journal of Advanced Nursing* 20, 324-330
- Wilkins, A.,L., Ouchi W.,G., (1983) Efficient Cultures: Exploring the relationship between Culture and Organizational Performance. *Administrative Science Quarterly*, 28, 468-481
- Wilkins A. (1983a) Organizational as symbols which controls the organization In: Pondy, L. & Dandridge, T.C. (Eds.), *Monographs in organizational behavior and industrial lectures*. London, JAI Press.
- Williams A., Robins T., & Sibbald B.(1997). Cultural Differences between Medicine and Nursing: Implications for Primary Care. Summary Report. National Primary Care Research & Development Center, University of Manchester.
- Wooten L.,P., Crane P., (2003) “Nurses as implementers of organizational culture” *Nursing Economics*, 21( 6), 23-29
- World Health Organization (WHO), (1982) Primary health care--from theory to action : report on a WHO symposium, Kuopio (Finland), Regional Office for Europe, Copenhagen.

- World Health Organization WHO (2000) Introduction to quality assurance and accreditation of health care services. Department of Health Service Provision (OSD). Available from: <http://www.who.int/health-services-delivery/performance/accreditation/>. [Accessed: 11 Jun.05]
- Xenikou A., Furnham A.(1996) A correlational and factor analytic study of four questionnaire measures of organizational culture. *Human Relations*, 49, 349-371.

## Ελληνική Βιβλιογραφία

---

- Ανδριώτη Δ. (1994) *Οι Ανθρώπινοι Πόροι στον Υγειονομικό Τομέα*. Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα.
- Γεωργούση Ε., Οικονόμου Χ., Κυριόπουλος Γ. (2002) «Η Δημόσια Υγεία στην πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας. Η Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα. Εκδόσεις Θεμέλιο/Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα
- Ε.Σ.Υ.Ε. (2001) Ενημερωτικό Δελτίο Απογραφής Πληθυσμού. Διαθέσιμο από: [ww.kethi.gr/greek/statistika/Arasxolisi/APOGRAFI\\_01\\_files/sheet001.htm](http://ww.kethi.gr/greek/statistika/Arasxolisi/APOGRAFI_01_files/sheet001.htm) [προσπελάστηκε: 12 Ιαν.05]
- Ζηλίδης Χ., (1995) « Τα Κέντρα Υγείας στη Βόρεια Ελλάδα Προβλήματα και δυνατότητες ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας». University Studio Press, Θεσσαλονίκη.
- Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (1995) *Συστήματα Υγείας και Ελληνική πραγματικότητα*. Αθήνα Αυτοέκδοση.
- Κανδρή Θ., Καλέμη Γ., Μόσχος Ν., (2004) «Το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης “burnout syndrome” στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της Μονάδος Τραύματος του Γ.Ν. Νικαίας. Νοσηλευτική 43(1), 116-125.
- Κυριόπουλος, Γ., Ανδριώτη, Δ., Γεωργούση Ε., Boerma W., Μερκούρης Μ., Π., (1996) «Η εφαρμογή ιατρικών τεχνικών και η διαχείριση της ασθένειας από τους γενικούς γιατρούς» *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 8 (1), 31-41.
- Λιονής Χ., Μπαρδής Β. (2002) «Επιλέξιμοι Στόχοι στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας». Στο: Λιονής Χ. (επιμέλεια. έκδοσης) *Κάνοντας την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεσματική στην καθ' ημέρα πράξη: Ένα εγχειρίδιο για χρήση από τους υγειονομικούς των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων*. Ελληνική Δημοκρατία, Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, Περιφερειακό Σύστημα Υγείας & Πρόνοιας Κρήτης, 11-23.
- Λιονής Χ. (2002b) «Ο οικογενειακός Γιατρός ως παράγων Δημόσιας Υγείας». Στο: Δημολιάτης Γ., Κυριόπουλος Γ., Λάγγας Δ., Φιλαλήτης Γ., (2002). *Η δημόσια Υγεία στην Ελλάδα*. Εκδόσεις Θεμέλιο, 126-137

- Μαρκάκη Α. (2003) Νέες προσεγγίσεις στην πρωτοβάθμια νοσηλευτική φροντίδα: Διεθνής και Ελληνική εμπειρία. Στο: 1<sup>ο</sup> Περιφερειακό Συνέδριο Κρήτης «Καινοτομία & Υγεία στον 21<sup>ο</sup> αιώνα», 12-13 Δεκεμβρίου 2003. Ηράκλειο ΠΕ.ΣΥ.Π Κρήτης, 1 – 24.
- Ξενικού Α. (2005) Μετρώντας την έννοια της κουλτούρας των οργανισμών: Το Ερωτηματολόγιο Οργανωτικής Κουλτούρας. Ψυχολογία, 12(1), 102-113.
- Πολύζος Ν., Υφαντόπουλος Ι (2000) Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 11(7), 627-639.
- Ρούπας Θ, Πολύζος Ν., (1994) Ανθρώπινο Δυναμικό. Στο: Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας. Αθήνα. Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας & Κοινωνικών Ασφαλίσεων.
- Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων (2001) Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις. Ν (2889/2001) Κεφάλαιο Α΄. Περιφερειακή Συγκρότηση του Ε.Σ.Υ. Άρθρο 1 Αρ. Φύλλου 37.
- Υφαντόπουλος Γ, Σούλης Σ, Παπαηλίας Θ, Μανιαδάκης Ν. (1993) Οι ανάγκες σε ανθρώπινο δυναμικό στον τομέα Υγείας στην Ελλάδα: 1980–2000. Αθήνα. Έκθεση στη Διεύθυνση V της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

## **Παράρτημα 1**

---

---

**Πίνακας 1.** Περιγραφικά χαρακτηριστικά 5 Κέντρων Υγείας της Κρήτης και των 98 εργαζομένων της μελέτης.

		Λαχανοχώρι	Κορυφή	Λαδοχώρι	Νεροχώρι	Καμποχώρι	
		N [%]					
Συμμετέχοντες		<b>25 [25,5]</b>	<b>21 [21,4]</b>	<b>16 [16,3]</b>	16 [16,3]	20 [20,4]	<b>98</b>
							N [%]
Φύλο	Ανδρες *	15 [60,0]	10 [47,6]	12 [75,0]	3 [18,8]	4 [20,0]	<b>44 (44,9)</b>
	Γυναίκες	10 [40,0]	11 [52,4]	4 [25,0]	13 [81,3]	16 [80,0]	<b>54 (55,1)</b>
Χρόνια προϋπηρεσίας	1 – 5 *	3 [12,0]	9 [42,9]	7 [43,8]	5 [31,3]	4 [20,0]	<b>28 (28,6)</b>
	6 - 15	7 [28,0]	9 [42,9]	6 [37,5]	7 [43,8]	7 [35,0]	
	16 - 35	15 [60,0]	3 [14,3]	3 [18,8]	4 [25,0]	9 [45,0]	<b>36 (36,7)</b>
Επαγγελματική θέση	Ιατροί *	3 [12,0]	8 [38,1]	6 [37,5]	4 [25,0]	5 [25,0]	<b>26 (26,5)</b>
	Νοσηλεύτης έως και φυσιοθεραπευτής	8 [32,0]	4 [19,0]	3 [18,8]	11 [68,8]	7 [35,0]	<b>33 (33,7)</b>
	Διοικητικός	14 [56,0]	9 [42,9]	7 [43,8]	1 [6,3]	8 [40,0]	<b>39 (39,8)</b>

\* p < 0,05

**Πίνακας 2.** Περιγραφικά χαρακτηριστικά βαθμολογίας κουλτούρας 98 εργαζομένων  
5 Κέντρων Υγείας της Κρήτης.

ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ						
Συνιστώσες κουλτούρας	Ελάχιστη	Μέγιστη	Διάμεση	Μέση	Τυπική απόκλιση	
<b>1</b> Ανθρωπιστική κουλτούρα - Παροχής Βοήθειας ( <b>Humanistic-Helpful culture</b> )	10	50	36,50	35,95	8,18	
<b>2</b> Κουλτούρα Διαπροσωπικών Σχέσεων ( <b>Affiliative culture</b> )	10	50	41,00	39,07	8,69	
<b>3</b> Κουλτούρα Αποδοχής ( <b>Approval culture</b> )	18	44	31,00	30,53	5,58	
<b>4</b> Συμβατική κουλτούρα ( <b>Conventional culture</b> )	18	46	30,00	31,01	5,76	
<b>5</b> Κουλτούρα εξάρτησης ( <b>Dependent culture</b> )	18	41	29,00	29,32	5,12	
<b>6</b> Κουλτούρα Αποφυγής ( <b>Avoidance culture</b> )	10	46	25,00	25,87	7,77	
<b>7</b> Αντιδραστική κουλτούρα ( <b>Oppositional culture</b> )	10	50	23,00	23,51	8,48	
<b>8</b> Κουλτούρα Εξουσίας ( <b>Power culture</b> )	17	50	30,00	30,27	7,89	
<b>9</b> Ανταγωνιστική κουλτούρα ( <b>Competitive culture</b> )	13	48	28,00	28,09	6,90	
<b>10</b> Κουλτούρα Τελειομανίας ( <b>Perfectionistic culture</b> )	18	50	30,00	31,07	6,85	
<b>11</b> Κουλτούρα Επίτευξης ( <b>Achievement culture</b> )	13	48	35,00	34,52	7,49	
<b>12</b> Κουλτούρα Αυτο-πραγμάτωσης ( <b>Self-Actualising culture</b> )	16	47	34,00	33,86	6,89	

**Πίνακας 3.** Μέση βαθμολογία του βαθμού ασάφειας & σύγκρουσης ρόλων των 98 εργαζομένων στα 5 Κέντρα Υγείας της Κρήτης.

<b>ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΡΟΛΩΝ</b>			
<b>ΑΣΑΦΕΙΑΣ</b>		<b>ΣΥΓΚΡΟΥΣΗΣ</b>	
Γνωρίζω ακριβώς πόση εξουσία έχω στη δουλειά μου.	2,72 (1,78)	Στη δουλειά μου ασχολούμαι με πράγματα που το καθένα θέλει διαφορετική αντιμετώπιση.	5,89 (1,70)
Στη δουλειά μου υπάρχουν ξεκάθαροι και προγραμματισμένοι στόχοι.	3,32 (1,98)	Μου ανατίθενται εργασίες χωρίς να υπάρχει η ανθρώπινη βοήθεια που είναι απαραίτητη για να ολοκληρωθούν αυτές.	4,77 (2,06)
Γνωρίζω ότι μοιράζω σωστά το χρόνο μου.	2,90 (1,76)	Πρέπει να έρθω σε σύγκρουση με ορισμένες διαδικασίες ή κανόνες προκειμένου να τελειώσω κάποια εργασία.	4,49 (2,05)
Γνωρίζω ποιες είναι οι ευθύνες μου.	2,30 (1,82)	Εργάζομαι με δύο ή περισσότερες ομάδες ατόμων που λειτουργούν διαφορετικά.	4,65 (2,26)
Γνωρίζω επακριβώς τι περιμένουν οι άλλοι από εμένα.	2,77 (1,87)	Στη δουλειά μου ζητούν να κάνω αντιφατικά πράγματα.	3,53 (2,30)
Οι επεξηγήσεις που μου δίνονται στη δουλειά μου για το τι πρέπει να γίνει είναι ξεκάθαρες.	3,44 (2,02)	Στη δουλειά μου κάνω πράγματα τα οποία γίνονται αποδεκτά μόνο από ορισμένα άτομα.	4,42 (2,16)
		Μου αναθέτουν εργασίες χωρίς τους επαρκείς πόρους και υλικά για να τις εκτελέσω.	4,50 (2,16)
		Στη δουλειά μου ασχολούμαι με ανώφελα πράγματα.	2,72 (2,19)
<b>Σύνολο</b>	<b>2,9 (0,4)</b>		<b>4,4 (0,8)</b>
<b>Alpha (Cronbach)</b>	<b>0,877</b>		<b>0,816</b>

# Μέση βαθμολογία (τυπική απόκλιση)



**Πίνακας 4.** Μέση βαθμολογία του βαθμού ασάφειας & σύγκρουσης ρόλων ανά φύλο, χρόνο προϋπηρεσίας & επαγγελματική ομάδα των 98 εργαζομένων στα 5 Κέντρα Υγείας της Κρήτης

		ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	
		Ασάφεια Ρόλων	Σύγκρουση Ρόλων
		Μέση βαθμολογία ± ΤΑ	
Φύλο	Άνδρες (N=44)	16,5 ± 8,4	36,2 ± 10,6
	Γυναίκες (N=54)	18,2 ± 9,2	33,9 ± 11,7
	p-value <sup>1</sup>	0,369	0,327
Χρόνια προϋπηρεσίας	1 – 5 (N=28)	19,0 ± 7,4*	32,9 ± 13,8
	6 – 15 (N=36)	18,6 ± 9,2	34,9 ± 9,6
	16 – 35 (N=34)	14,9 ± 9,2*	36,7 ± 10,7
	p-value <sup>2</sup>	<b>0,042</b>	0,462
Επαγγελματική θέση	Ιατροί (N=26)	18,6 ± 9,2*	35,7 ± 10,6
	Νοσηλευτής έως και φυσιοθεραπευτής (N=33)	20,8 ± 9,0**	35,4 ± 11,6
	Διοικητικός (N=39)	13,8 ± 7,1* **	34,1 ± 11,5
	p-value <sup>2</sup>	<b>0,002</b>	0,870

1. Έλεγχος Student t (equal variances assumed)

2. Έλεγχος Kruskal Wallis (Mann-Whitney test μεταξύ των ομάδων)

\*, \*\* Σημαντική (p<0,05) διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων

**Πίνακας 5.** Συντελεστές συσχέτισης κατά Pearson των 12 συμπεριφοριστικών προτύπων και των τριών συνολικών τύπων κουλτούρας με το βαθμό ασάφειας & σύγκρουσης ρόλων των 98 εργαζομένων των 5 Κέντρων Υγείας της Κρήτης

Συνιστώσες κουλτούρας	Ασάφεια Ρόλων		Σύγκρουση Ρόλων	
	r-Pearson	p	r-Pearson	P
<b>1</b> Ανθρωπιστική κουλτούρα - Παροχής Βοήθειας ( <b>Humanistic-Helpful culture</b> )	-0,079		-0,104	
<b>2</b> Κουλτούρα Διαπροσωπικών Σχέσεων ( <b>Affiliative culture</b> )	-0,177		-0,106	
<b>3</b> Κουλτούρα Αποδοχής ( <b>Approval culture</b> )	0,073		<b>0,226</b>	<b>0,025</b>
<b>4</b> Συμβατική κουλτούρα ( <b>Conventional culture</b> )	-0,002		<b>0,304</b>	<b>0,002</b>
<b>5</b> Κουλτούρα εξάρτησης ( <b>Dependent culture</b> )	<b>-0,264</b>	<b>0,008</b>	0,030	
<b>6</b> Κουλτούρα Αποφυγής ( <b>Avoidance culture</b> )	0,145		<b>0,339</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>7</b> Αντιδραστική κουλτούρα ( <b>Oppositional culture</b> )	0,192		<b>0,220</b>	<b>0,029</b>
<b>8</b> Κουλτούρα Εξουσίας ( <b>Power culture</b> )	0,149		<b>0,324</b>	<b>0,001</b>
<b>9</b> Ανταγωνιστική κουλτούρα ( <b>Competitive culture</b> )	0,090		<b>0,266</b>	<b>0,008</b>
<b>10</b> Κουλτούρα Τελειομανίας ( <b>Perfectionistic culture</b> )	-0,114		0,127	
<b>11</b> Κουλτούρα Επίτευξης ( <b>Achievement culture</b> )	<b>-0,196</b>	<b>0,050</b>	-0,131	
<b>12</b> Κουλτούρα Αυτο-πραγμάτωσης ( <b>Self-Actualising culture</b> )	-0,179		-0,076	
<b>Τύποι κουλτούρας</b>				
<b>Επιθετική (5,6,7,8)</b>	0,165		<b>0,321</b>	<b>0,001</b>
<b>Εποικοδομητική (1,2,11,12)</b>	-0,170		-0,114	
<b>Παθητική (3,4,5,6)</b>	-0,101		<b>0,234</b>	<b>0,020</b>

**Πίνακας 6.** Συντελεστές συσχέτισης Spearman των 3 τύπων κουλτούρας των 98 Εργαζομένων των 5 Κέντρων Υγείας της Κρήτης ανά Κέντρο Υγείας με τον βαθμό ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων.

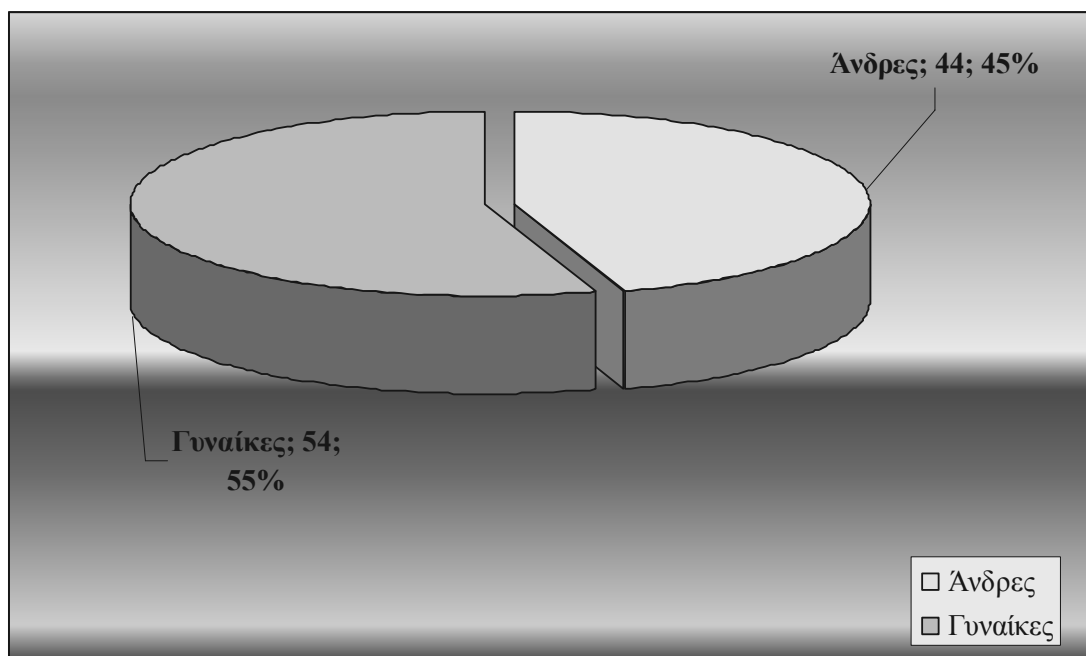
ΚΥ & Τύποι κουλτούρας	Ασάφεια Ρόλων		Σύγκρουση Ρόλων	
	r-Spearman	p	r-Spearman	P
<b>ΛΑΧΑΝΟΧΩΡΙ (N=25)</b>				
<b>Επιθετική (5,6,7,8)</b>	0,221		0,106	
<b>Εποικοδομητική (1,2,11,12)</b>	-0,151		-0,086	
<b>Παθητική (3,4,5,6)</b>	-0,148		-0,021	
<b>ΚΟΡΥΦΗΣ (N=21)</b>				
<b>Επιθετική (5,6,7,8)</b>	0,067		<b>0,531</b>	<b>0,013</b>
<b>Εποικοδομητική (1,2,11,12)</b>	-0,303		-0,296	
<b>Παθητική (3,4,5,6)</b>	-0,252		0,329	
<b>ΛΑΔΟΧΩΡΙ (N=16)</b>				
<b>Επιθετική (5,6,7,8)</b>	-0,078		-0,012	
<b>Εποικοδομητική (1,2,11,12)</b>	0,222		0,128	
<b>Παθητική (3,4,5,6)</b>	-0,115		0,082	
<b>ΝΕΡΟΧΩΡΙ (N=16)</b>				
<b>Επιθετική (5,6,7,8)</b>	-0,055		<b>0,663</b>	<b>0,005</b>
<b>Εποικοδομητική (1,2,11,12)</b>	-0,350		-0,299	
<b>Παθητική (3,4,5,6)</b>	-0,116		0,434	
<b>ΚΑΜΠΟΧΩΡΙ (N=20)</b>				
<b>Επιθετική (5,6,7,8)</b>	<b>0,517</b>	<b>0,020</b>	<b>0,444</b>	<b>0,050</b>
<b>Εποικοδομητική (1,2,11,12)</b>	-0,208		-0,191	
<b>Παθητική (3,4,5,6)</b>	0,170		0,273	

## Παράρτημα 2

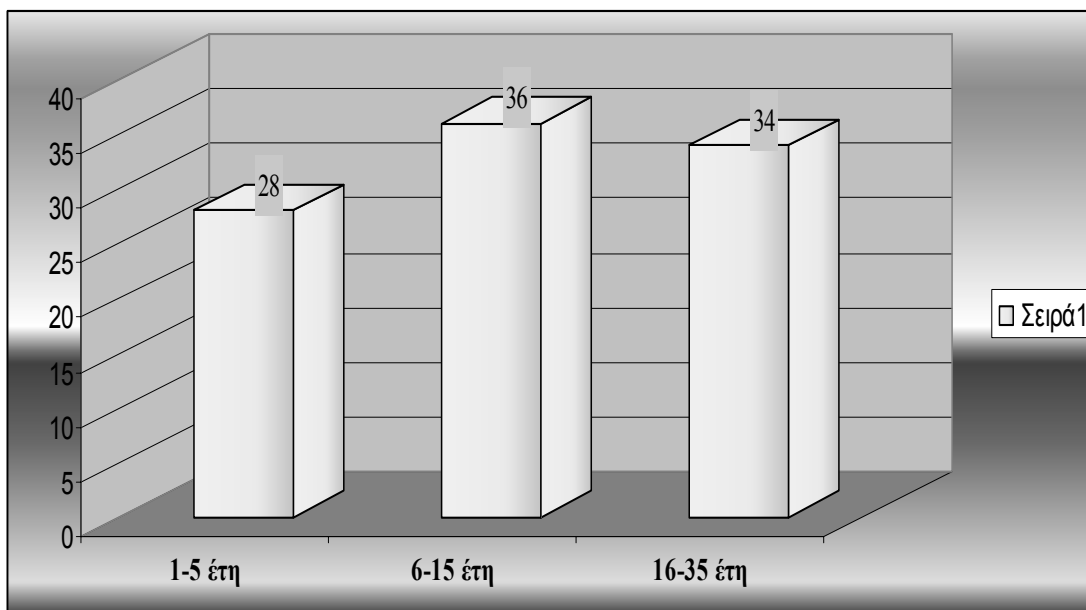
---

## Διαγραμματική Απεικόνιση Δημογραφικών χαρακτηριστικών Δείγματος

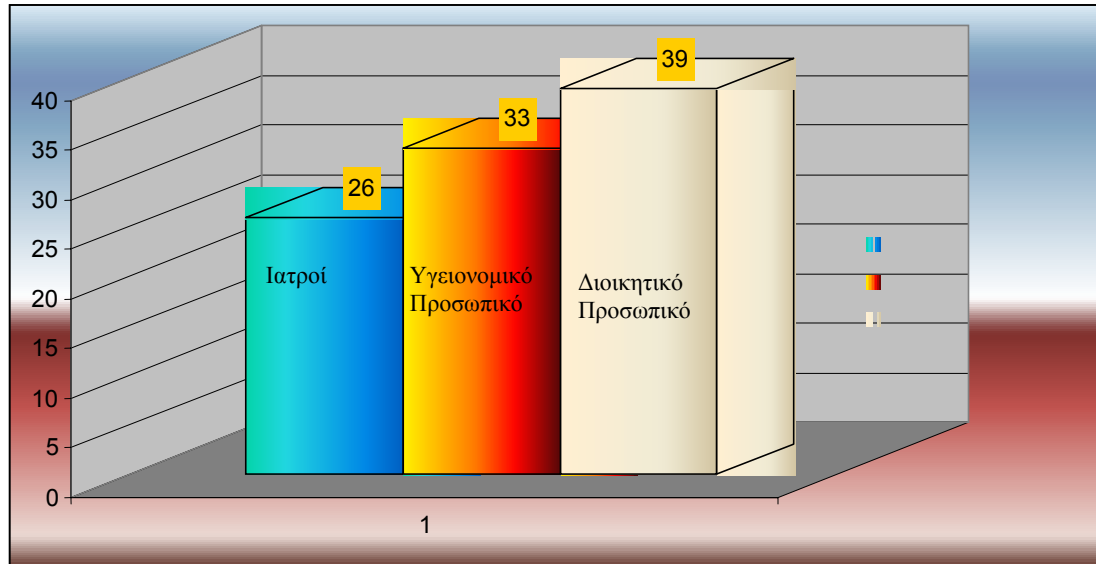
### 1. Κατανομή (%) ανά φύλο του δείγματος στο σύνολο των 5 Κέντρων Υγείας.



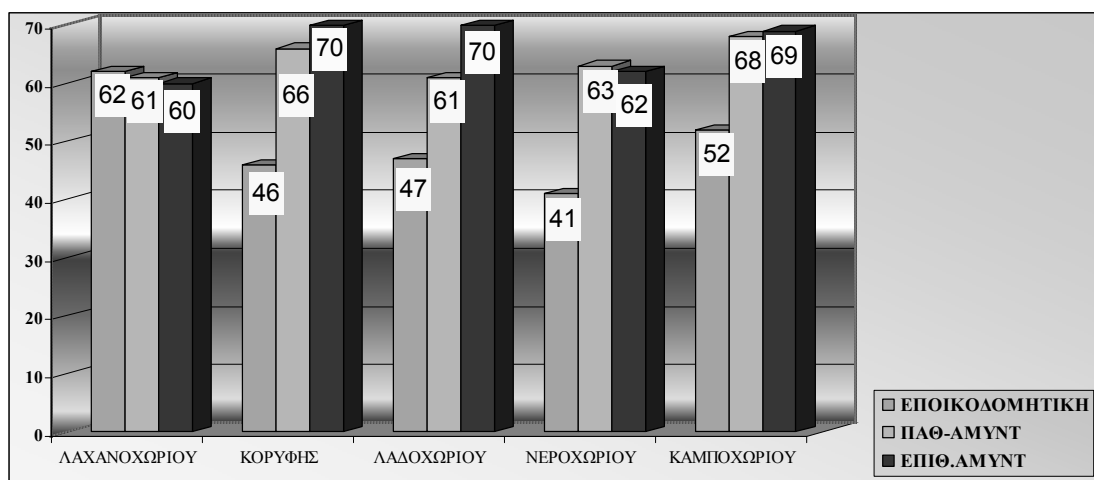
### 2. Κατανομή δείγματος (N), ανά έτη επαγγελματικής προϋπηρεσίας.



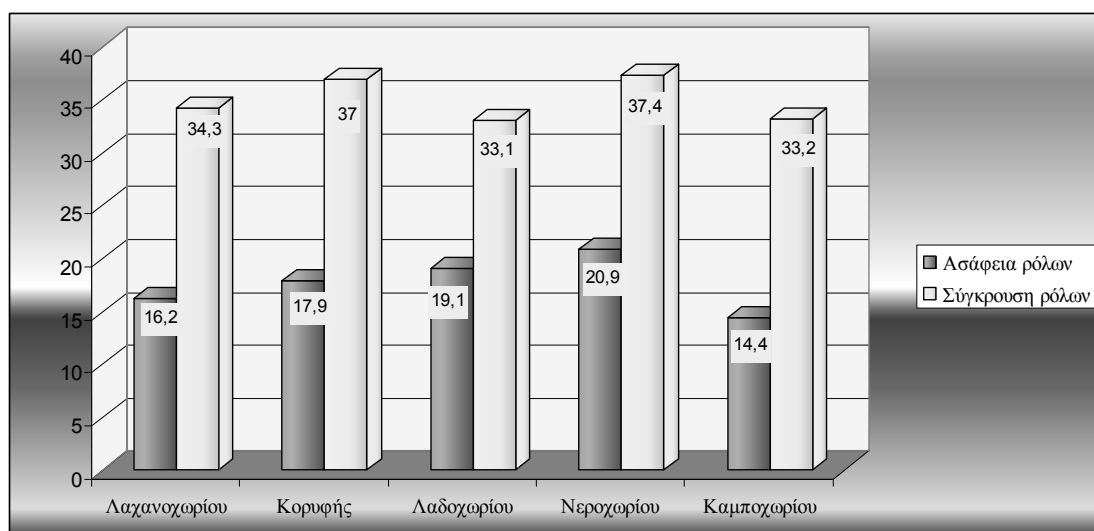
3. Κατανομή δείγματος ανά επαγγελματική ομάδα στο σύνολο των 5 Κέντρων Υγείας.



4. Διαγραμματική Απεικόνιση Οργανωτικής Κουλτούρας των 5 Κέντρων Υγείας της Κρήτης

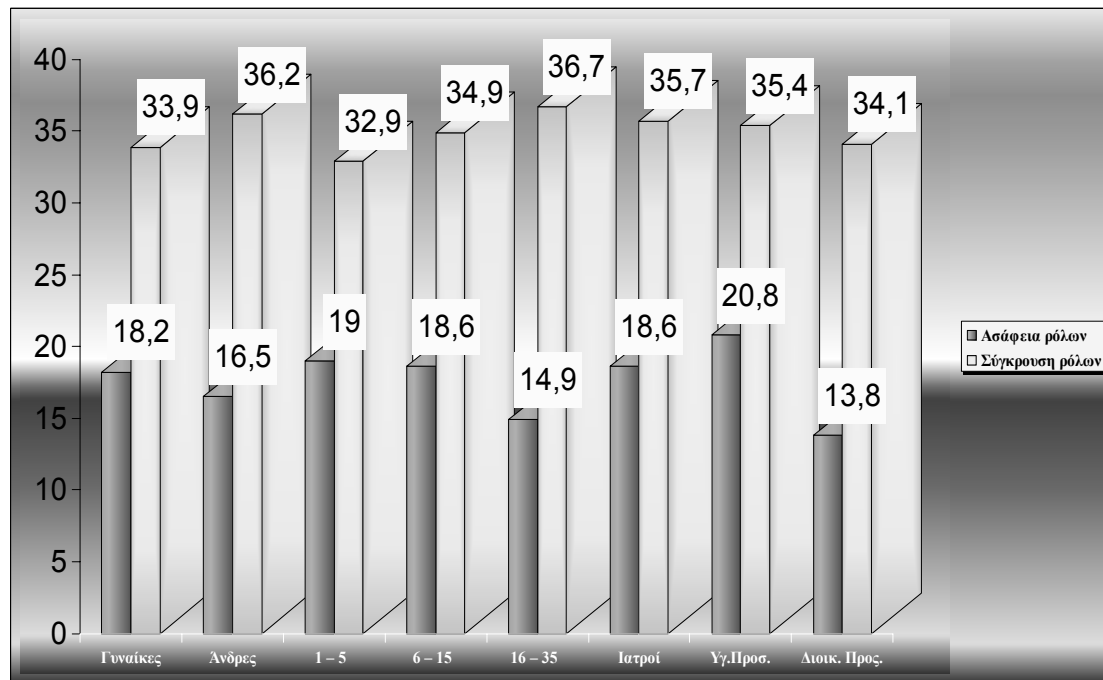


5. Διαγραμματική απεικόνιση βαθμού ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων του προσωπικού ανά Κέντρο Υγείας της Κρήτης.



\* υψηλή βαθμολογία σημαίνει υψηλή ασάφεια & σύγκρουση

6. Διαγραμματική απεικόνιση βαθμού ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων ανά φύλο, χρόνο προϋπηρεσίας και επαγγελματική ομάδα του προσωπικού των 5 Κέντρων Υγείας της Κρήτης

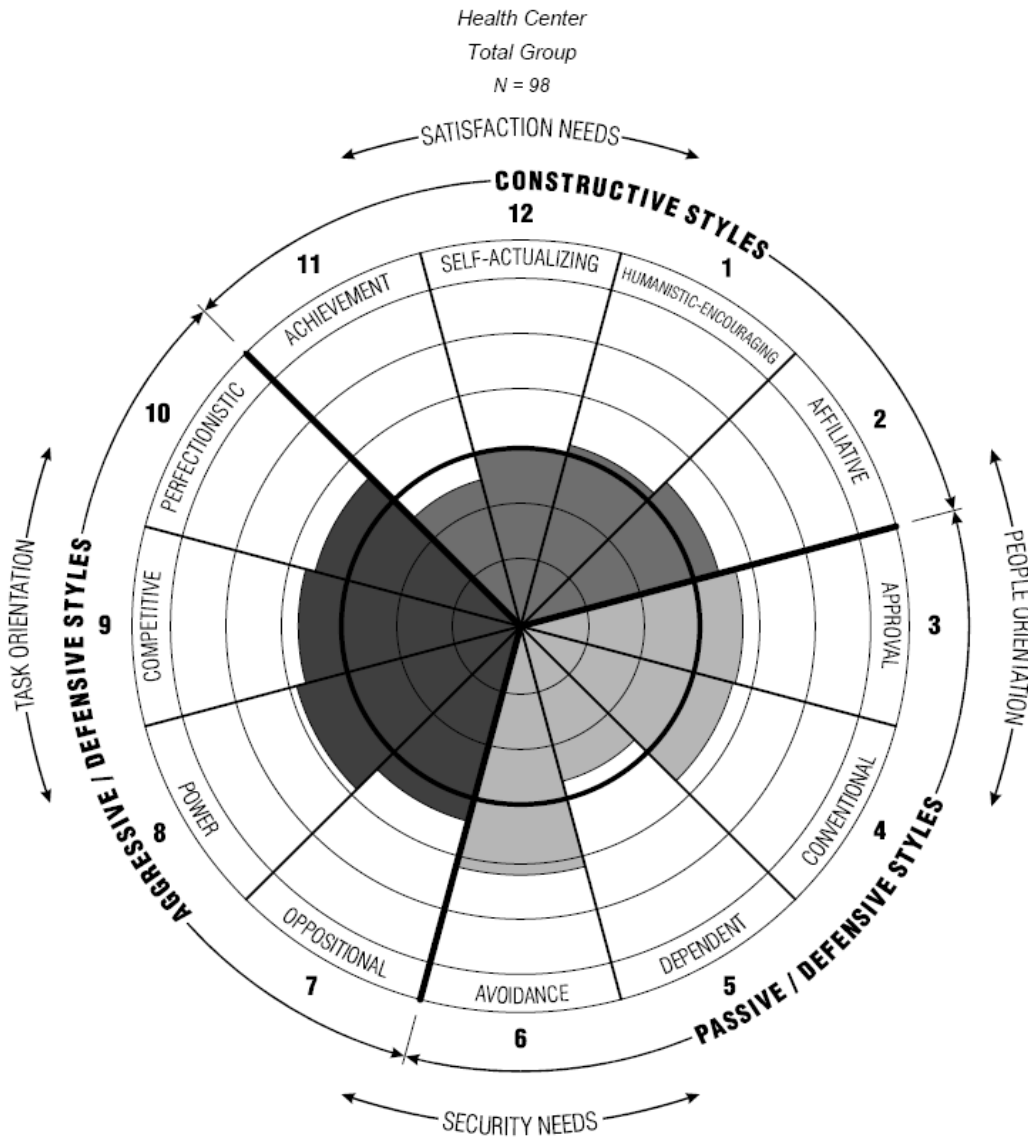


\* υψηλή βαθμολογία σημαίνει υψηλή ασάφεια & σύγκρουση



7. Πολυμεταβλητό Κυκλικό Υπόδειγμα Απεικόνισης (Circumplex), Οργανωτικής Κουλτούρας του Συνόλου των 5 Κέντρων Υγείας.

### Organizational Culture Inventory

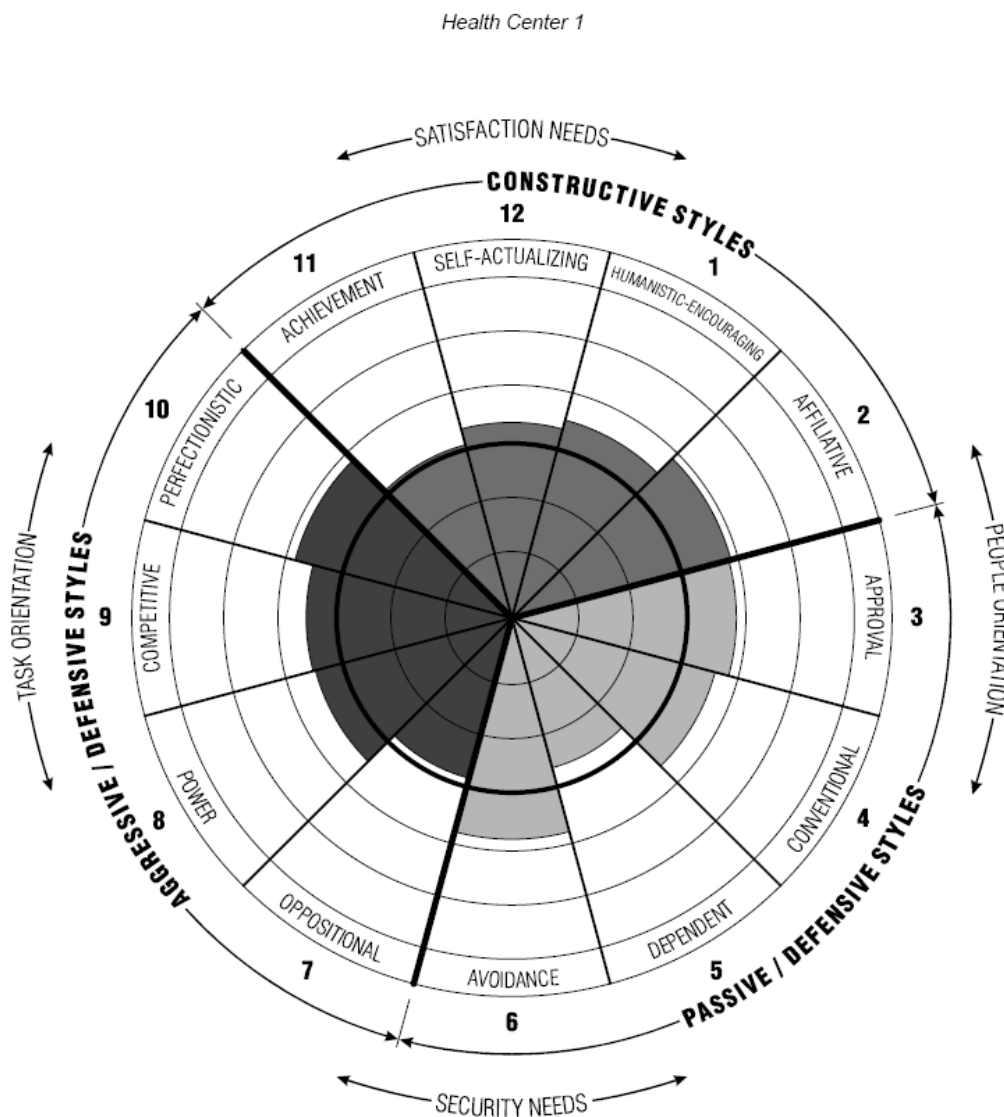


Researched & Developed by:  
Robert A. Cooke, Ph.D. & J. Clayton Lafferty, Ph.D.  
©1989 Human Synergistics, Inc.  
All rights reserved.



8. Πολυμεταβλητό Κυκλικό Υπόδειγμα Απεικόνισης (Circumplex), Οργανωτικής Κουλτούρας του Κέντρου Υγείας Λαχανοχωρίου.

**Organizational Culture Inventory**



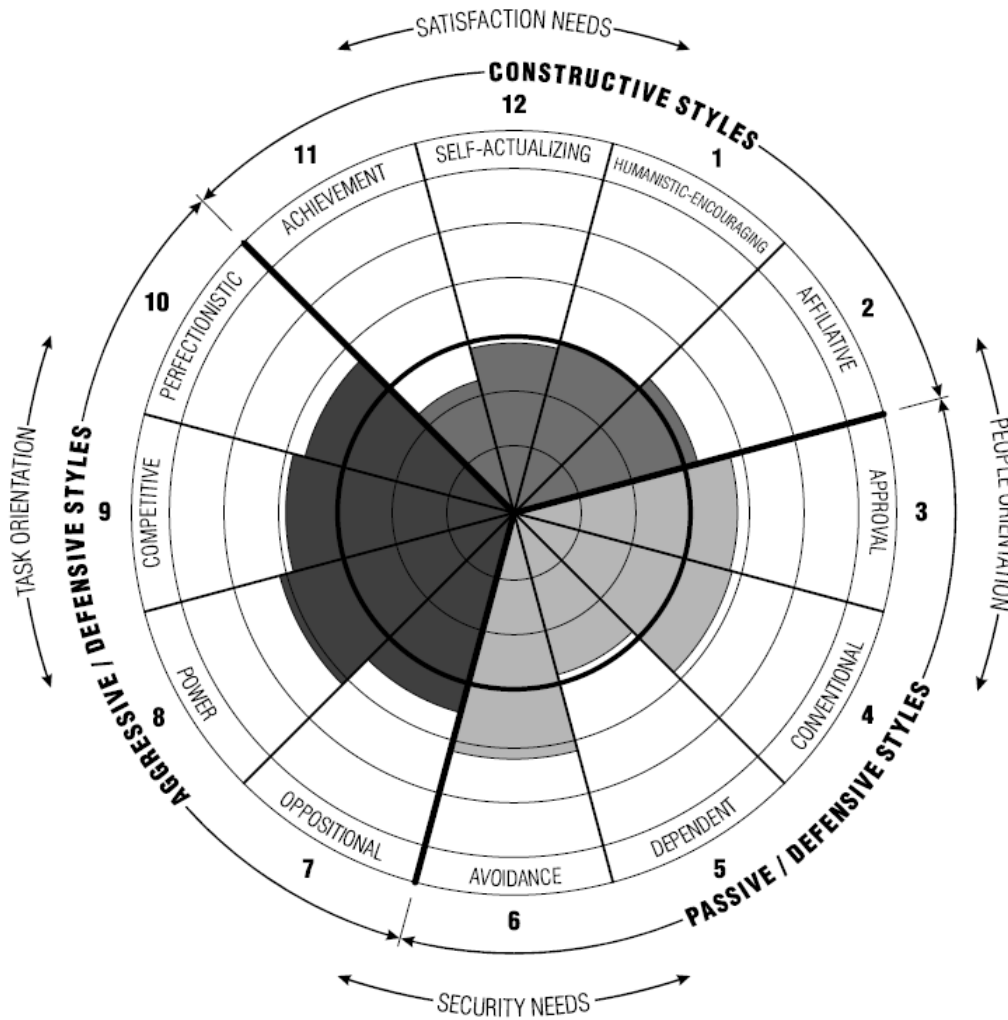
Researched & Developed by:  
 Robert A. Cooke, Ph.D. & J. Clayton Lafferty, Ph.D.  
 ©1989 Human Synergetics, Inc.  
 All rights reserved.



9. Πολυμεταβλητό Κυκλικό Υπόδειγμα Απεικόνισης (Circumplex), Οργανωτικής Κουλτούρας του Κέντρου Υγείας Κορυφής.

### Organizational Culture Inventory

Health Center 2

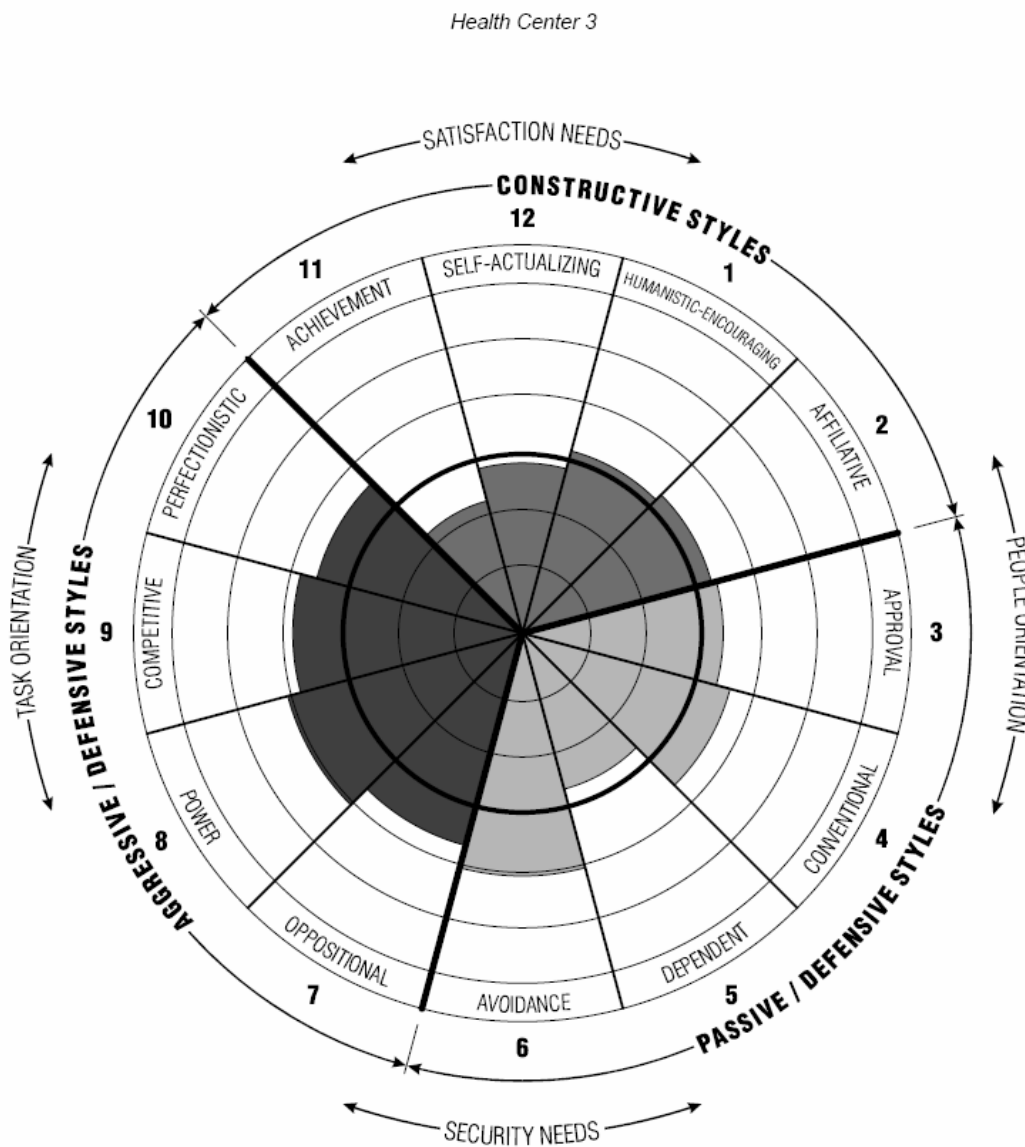


Researched & Developed by:  
 Robert A. Cooke, Ph.D. & J. Clayton Lafferty, Ph.D.  
 ©1989 Human Synergistics, Inc.  
 All rights reserved.



10. Πολυμεταβλητό Κυκλικό Υπόδειγμα Απεικόνισης (Circumplex), Οργανωτικής Κουλτούρας του Κέντρου Υγείας Λαδοχωρίου.

### Organizational Culture Inventory

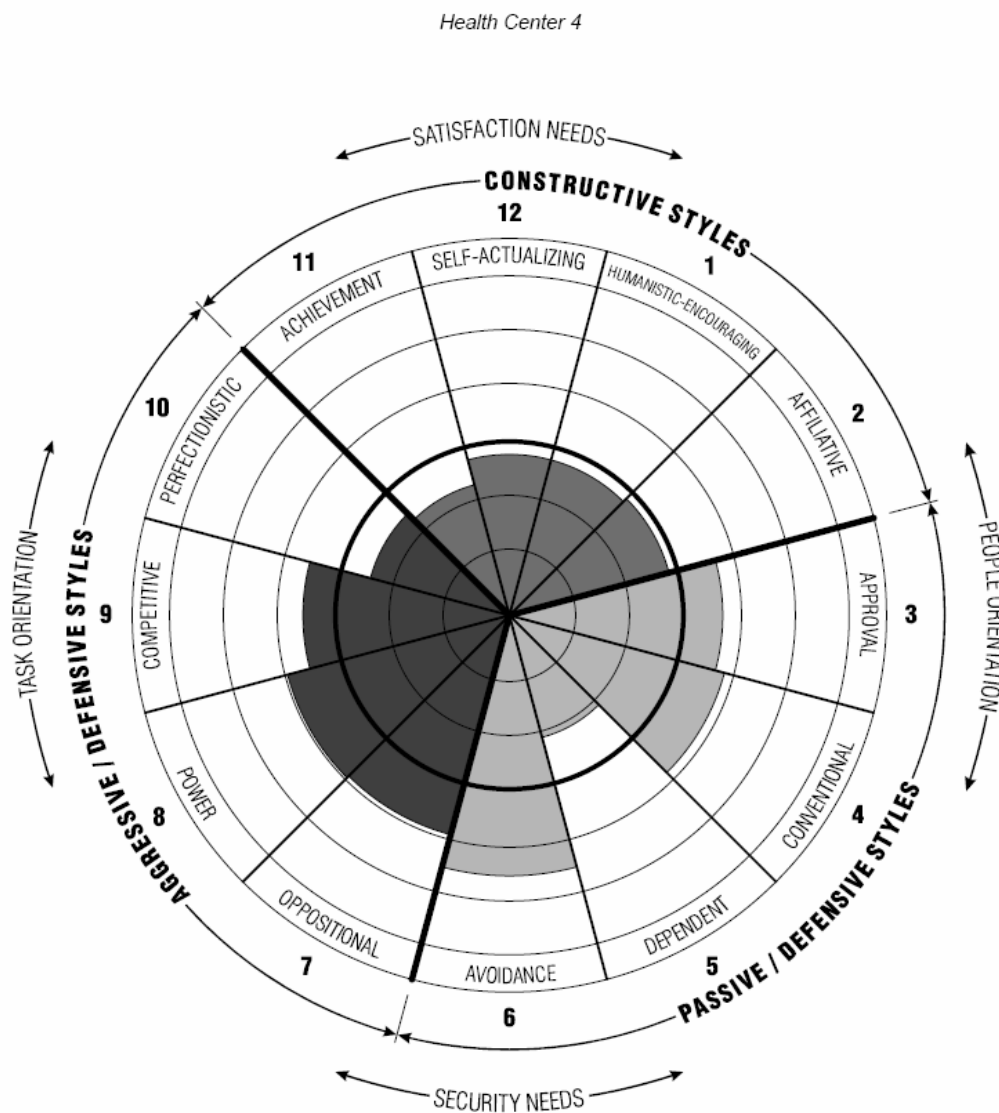


Researched & Developed by:  
 Robert A. Cooke, Ph.D. & J. Clayton Lafferty, Ph.D.  
 ©1989 Human Synergistics, Inc.  
 All rights reserved.



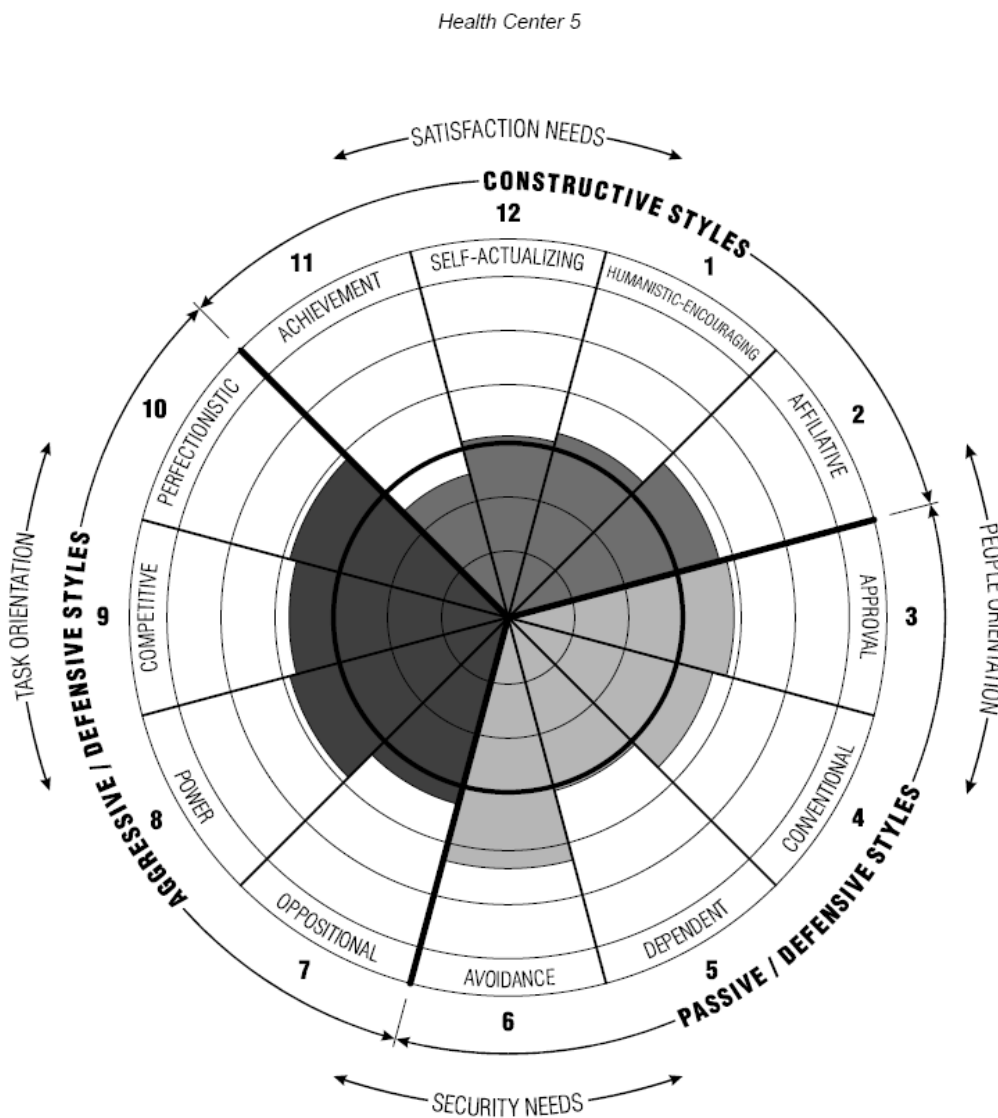
11. Πολυμεταβλητό Κυκλικό Υπόδειγμα Απεικόνισης (Circumplex), Οργανωτικής Κουλτούρας του Κέντρου Υγείας Νεροχωρίου.

### Organizational Culture Inventory



12. Πολυμεταβλητό Κυκλικό Υπόδειγμα Απεικόνισης (Circumplex), Οργανωτικής Κουλτούρας του Κέντρου Υγείας Καμποχωρίου.

### Organizational Culture Inventory



Researched & Developed by:  
 Robert A. Cooke, Ph.D. & J. Clayton Lafferty, Ph.D.  
 ©1989 Human Synergistics, Inc.  
 All rights reserved.



### **Παράρτημα 3**

---

---