

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΗ ΣΧΟΛΗ - ΤΜΗΜΑ ΝΗΠΙΑΓΩΓΩΝ**



**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΕΣ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ :ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ
ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ – ΔΙΟΜΑΔΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΩΣ ΜΕΛΕΤΗ
ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΦΛΩΡΙΝΑΣ**

**Της
ΚΗΠΟΥΡΟΠΟΥΛΟΥ ΠΕΡΙΚ. ΜΑΡΙΑΣ**

A.E.M:955

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: κ. Κωτσαλίδου Ευδοξία

Εξεταστές: κ. Τριαντάρη Σωτηρία

κ. Λαζαρίδης Θεμιστοκλής

Φλώρινα, Μάρτιος 2019

Copyright ©KipouropoulouMaria, 2017.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα. Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τον συγγραφέα και μόνο.

Αφιερωμένη σε όλους όσους στάθηκαν δίπλα μου
με το δικό τους μοναδικό τρόπο σε αυτή τη διαδρομή, αλλά και τις μέρες τις
αποκαλυπτικά πολύτιμες.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ευχαριστίες

Για την εκπόνηση της διπλωματικής εργασίας μου θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια κ. Κωτσαλίδου Ευδοξία για την συμπαράσταση και καθοδήγηση, καθώς και τον κ. Λαζαρίδη Θεμιστοκλή. Ιδιαίτερα θα ήθελα να ευχαριστήσω την κ. Τριαντάρη Σωτηρία διευθύντρια του μεταπτυχιακού προγράμματος για τις πολύτιμες γνώσεις που μας πρόσφερε.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η συγκεκριμένη έρευνα έχει διττό χαρακτήρα. Το ένα σκέλος αφορά την επικοινωνία των εργαζομένων σε διαπροσωπικό επίπεδο και το άλλο σκέλος ασχολείται με την παροχή υπηρεσιών υγείας σε όσους πολίτες επισκέφθηκαν το Νοσοκομείο Φλώρινας. Ο καθένας που επισκέπτεται ένα δημόσιο χώρο υγειονομικής περίθαλψης, δηλώνει σιωπηρά την εμπιστοσύνη του στις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται. Η έννοια της επικοινωνίας είναι αναπόσπαστο κομμάτι των πολυποίκιλων νοσοκομειακών εργασιών, καθώς είναι μια έννοια πολυσύνθετη και πολυδιάστατη για όλους τους τομείς της κοινωνίας.

Στον τομέα της υγείας η επικοινωνία συμβάλλει ιδιαίτερα στην αποτελεσματική λειτουργία των οργανισμών - νοσοκομείων με βάση τα διαφορετικά κριτήρια που πραγματεύεται, ανάλογα με το είδος των υπηρεσιών. Είναι μια διαδικασία που εξελίσσεται και αντανακλά τον τρόπο δράσης ενός υγειονομικού σχηματισμού, καθώς αποτελεί την ταυτότητα για όλα τα μέλη των τμημάτων.

Στο πρώτο μέρος της μελέτης γίνεται αναφορά στα μοντέλα επικοινωνίας επειδή τα μοντέλα, διαθέτουν μια οργανωσιακή λειτουργία και αποτελούν μια συνειδητά απλουστευμένη περιγραφή της πραγματικότητας. Μέσω της περιγραφής τα επικοινωνιακά μοντέλα παρουσιάζουν τη δραστηριότητα των δυνάμεων, των κατευθύνσεων, αλλά και των σχέσεων μεταξύ των τμημάτων.

Αντίστοιχα, στις επόμενες θεματικές ενότητες γίνεται αναφορά στην οργανωσιακή κουλτούρα ως γνωστικού πλαισίου το οποίο αποτελείται από κανόνες συμπεριφοράς, στάσεις, αξίες και προσδοκίες που αποδέχονται τα μέλη του οργανισμού. Επίσης γίνεται αναφορά στην εσωτερική οργανωσιακή δομή του νοσοκομείου, όπως αναφέρεται στην επίσημη διάταξη μεταξύ των ατόμων και των ομάδων προς την ανάθεση καθηκόντων.

Σκοπός αυτής της διατριβής είναι η διερεύνηση και ανάδειξη των επικοινωνιακών σχέσεων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες. Διερευνήθηκαν οι προσλαμβάνουσες των ασθενών από τους υγειονομικούς σχηματισμούς αναφορικά με την επικοινωνία και την ποιότητα περίθαλψης προς τον ασθενή – χρήστη. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη χρήση ερωτηματολογίων σε δείγμα προσωπικού και ασθενών.

Τα αποτελέσματα της έρευνας από τη στατιστική ανάλυση ανέδειξαν μια μέτρια προς θετική στάση και ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας στο επίπεδο των διαπροσωπικών σχέσεων. Από τη στατιστική επεξεργασία του σκέλους που αναφέρεται στα συμπεράσματα η μελέτη καταλήγει ότι το υψηλό επίπεδο πληροφόρησης, ικανοποίησης και αναγνώρισης, αλλά και η συνεχής βελτίωση των προσπαθειών των εργαζομένων προς τον ασθενή-λήπτη των υπηρεσιών υγείας, είναι επιτακτική ανάγκη και χρειάζεται συνεχή προσπάθεια.

ABSTRACT

This research has a dual character. One strand concerns the interpersonal communication of the employees and the other part deals with the provision of health services to those citizens who visited the Florina Hospital. Everyone who visits a public healthcare area implicitly declares his trust in the health services provided. The concept of communication is an integral part of the diverse hospital work, as it is a complex and multidimensional concept for all sectors of society.

In the health sector, communication particularly contributes to the efficient functioning of hospital-based hospitals based on the different criteria they deal with, depending on the type of service. It is a process that evolves and reflects the way in which a health formation forms, as it is the identity of all members of the departments.

In the first part of the study reference is made to communication models because the models have an organizational function and constitute a consciously simplified description of reality. Through the description, the communication models present the activity of the forces, directions, and relations between the departments.

Accordingly, the following thematic units refer to the organizational culture as a cognitive framework, which consists of behavioral rules, attitudes, values and expectations accepted by the members of the organization. Reference is also made to the internal organizational structure of the hospital, as stated in the formal provision between the individuals and the groups for the assignment of duties.

The purpose of this dissertation is to investigate and highlight the communication relationships between health professionals and health services provided to citizens. Patient engagement of healthcare teams was investigated with regard to communication and quality of care towards the patient-user. Data collection was made using questionnaires in a sample of staff and patients.

The results of the survey from the statistical analysis have shown a moderate to positive attitude and satisfaction of health professionals at the level of interpersonal relationships. From the statistical processing of the part mentioned in the conclusions, the study concludes that the high level of information, satisfaction and recognition, as well as the continuous improvement of the efforts of the employees towards the patient receiving the health services, is imperative and requires a constant effort.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	4
ABSTRACT.....	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο : Θεωρητική ανασκόπηση της Επικοινωνίας.....	12
1.1 Η Ρητορική και η Τέχνη της επικοινωνίας:	12
1.2 Σύγχρονα Μοντέλα Επικοινωνίας	13
1.2.1 Το μοντέλο C. Shannon & W. Weaver.....	13
1.2.2 Η Φόρμουλα του D. Lasswell	14
1.2.3 Το μοντέλο των Osgood & Schramm.....	15
1.2.4 Το γενικό μοντέλο του G. Gerbner	15
1.2.5 Το ABX μοντέλο του Newcomb.....	16
1.2.6 Το μοντέλο του συν-προσανατολισμού.....	17
1.2.7 Το μοντέλο της συμφωνίας και διαφωνίας.....	18
1.2.8 Το μοντέλο της σύγκλισης	19
1.2.9 Το εννοιολογικό μοντέλο των WESTLEY & MACLEAN.....	19
1.2.10 Το μοντέλο του Maletze.....	20
1.2.11 Το Τελετουργικό Μοντέλο.....	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο	23
2.1 Ο ρόλος της οργανωσιακής κουλτούρας στην οργανωσιακή λειτουργία σε σχέση με την επικοινωνία.....	23
2.2 Η επικοινωνία και η οργανωσιακή δομή της στο χώρο του Νοσοκομείου.....	24
2.3 Η ηλεκτρονική επικοινωνία – Ιατρικός φάκελος υγείας.....	25

2.4 Ο παραδοσιακός ιατρικός φάκελος.....	26
2.5 Η εφαρμογή του Γραμμικού μοντέλου επικοινωνίας στον χώρο του Νοσοκομείου Φλώρινας, σε συνδυασμό με το Ελικοειδές μοντέλο.....	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο	29
3.1 Η επικοινωνία σε σχέση με την Οργανωσιακή δομή του Νοσοκομείου.....	29
3.2 Ο οργανωτικός σχεδιασμός και οι βασικές του διαστάσεις.....	31
3.3 ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ–ΕΠΩΝΥΜΙΑ–ΕΔΡΑ–ΣΦΡΑΓΙΔΑ 1. Το Γ.Ν. Φλώρινας..	33
3.4 ΟΡΓΑΝΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ.....	35
3.5 ΔΥΝΑΜΗ ΚΛΙΝΩΝ	35
3.6 ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	36
3.7 ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ	36
3.8 ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ.....	36
3.9 ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ.....	36
3.10 Περιγραφή κτιρίων	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο	41
4.1 Η φύση της Οργανωσιακής Συμπεριφοράς στις οργανώσεις.....	43
4.2 Τι είναι ομάδα και ποια είναι τα χαρακτηριστικά της.....	43
4.3 Οι συγκρούσεις.....	45
4.4 Οι επιπτώσεις των συγκρούσεων στην αποτελεσματικότητα των ομάδων.....	46
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο	47
5.1 Διεξαγωγή της έρευνας.....	49
5.2 Πληθυσμός Μελέτης	49
5.3 Σκοπός της έρευνας.....	49

5.4 Μεθοδολογικός σχεδιασμός.....	50
5.5 Σχεδιασμός ερωτηματολογίου.....	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο.....	54
6.1 Στατιστική ανάλυση.....	54
6.2 Ανάλυση δεδομένων πληθυσμιακών ομάδων-ποσοτική ανάλυση	54
6.3 Αποτελέσματα της στατιστικής έρευνας.....	55
6.4 Τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος της έρευνας.....	56
6.5 Ανάλυση της αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας (reliability internal consistency) των τεσσάρων κατηγοριών.....	60
6.6 Ανάλυση εγκυρότητας εννοιολογικής κατασκευής (Construct Validity) των τεσσάρων κατηγοριών	70
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	80
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ–ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ.....	83
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ-ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ	85
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ	87
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ-ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	88

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι οργανισμοί ως δομημένα κοινωνικά συστήματα συγκροτούνται από ομάδες και άτομα ώστε να ανταποκριθούν σε κοινούς στόχους. Ανεξάρτητα από τους σκοπούς των κοινωνικών μονάδων, όλα τα οργανωσιακά περιβάλλοντα υπόκεινται σε μια ιεραρχική κατάταξη, αλληλεξάρτησης και διαπερατότητας υπό το πρίσμα της οργανωσιακής συμπεριφοράς, που μελετά τις ατομικές και ομαδικές διεργασίες εντός των οργανισμών (Ιορδάνογλου, 2013).

Οι επιχειρήσεις απομακρύνονται, πλέον, από τη δομή του παραδοσιακού λειτουργικού μοντέλου. Το νοσοκομείο ως οργανισμός εισέρχεται σε μία περίοδο μετασχηματισμού της λειτουργίας του. Στο πλαίσιο μιας νέας πραγματικότητας εκσυγχρονισμού και ανάπτυξης των υπηρεσιών υγείας, απαιτείται να λειτουργήσει ως μια επιχείρηση ιδιότυπης ή παράδοξης φύσεως. Είναι αναγκασμένο να δανείζεται στοιχεία από τις επιχειρήσεις των ελεύθερων αγορών και να ισορροπεί ανάμεσα σε δύο πυλώνες: α) το θεραπευτικό που πρεσβεύει πως η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό και β) στον επιχειρησιακό που στηρίζεται αναλογικά, πως η υγεία είναι οικονομικό αγαθό. (Επιθεώρηση οικονομικών επιστημών Τεύχος 3 «2003»). Μέσα στα όρια διαμόρφωσης αυτών των αλλαγών, προβλήματα που αφορούν τη διάρθρωση των λειτουργικών δομών, της οργάνωσης της εργασίας, αλλά και ζητήματα κατανομής ισχύος και ρόλων, επιλύονται πολύ πιο εύκολα, μέσω της οργανωσιακής κουλτούρας, ως ένα γνωστικό πλαίσιο που αποτελείται από στάσεις, αξίες, κανόνες συμπεριφοράς που αποδέχονται τα άτομα ενός οργανισμού.

Σκοπός της εργασίας είναι να αναδείξει με τρόπο σαφή και περιεκτικό τη σπουδαιότητα της αποτελεσματικής επικοινωνίας η οποία είναι απαραίτητη για την ποιότητα, την παραγωγικότητα και την ανταγωνιστικότητα ενός σύγχρονου οργανισμού. Απαραίτητο στοιχείο για την επίτευξη αυτού του στόχου, είναι η μελέτη των βασικών μοντέλων επικοινωνίας καθώς και των διαφορετικών δικτύων, των συστημάτων και των διαδικασιών της επικοινωνίας, τα οποία παρουσιάζουν αρκετά βασικά χαρακτηριστικά.

Είναι αναγκαίο να τονιστεί στο σημείο αυτό ο ρόλος της επικοινωνίας που διαδραματίζει στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών, στην εύρυθμη λειτουργία των οργανισμών, ως μια διαδικασία αμφίδρομη μεταξύ των ατόμων ή των ομάδων. Με το εύρος του φάσματος των απαιτήσεων μέσω των νέων τεχνολογιών, η επικοινωνία μπορεί να λάβει πολλές μορφές, ώστε να επανεξεταστούν και να επανακαθοριστούν κατευθύνσεις που

χαρακτηρίζονται από στοιχεία καινοτομίας και νεωτερικότητας (Nelson και Economy, 1996).

Δεν πρέπει να παραγνωριστεί ο σημαντικός ρόλος των Πληροφοριακών Συστημάτων και τα μεγάλα οφέλη που έχουν αποκομιστεί, από το συντονισμό μεγάλου αριθμού πληροφοριών και υπηρεσιών. Είναι εξίσου σημαντικό πως η σαφήνεια και το πρόδηλο των αξιόλογων μηνυμάτων αλλά και παροχών, κατέστησαν τους οργανισμούς ικανούς, ώστε να διαχειρίζονται με συνεχή επαγρύπνηση θέματα και να παρέχουν εξαιρετική εξυπηρέτηση στους αποδέκτες.

Οι στόχοι του συστήματος εντολών, αναφορών ή πληροφοριών σ' έναν οργανισμό μπορούν να πραγματοποιηθούν μόνο εάν η όλη δομή μιας οργάνωσης καταστεί εύπλαστη κι έχει τη δυνατότητα να κατανέμεται και να ανασυντίθεται ανάλογα με τις ανάγκες της ομάδας ή ανάλογα με τις επικοινωνιακές σχέσεις μεταξύ των ομάδων.

Η προσπάθεια σύλληψης αυτής της υφής της ανθρώπινης επικοινωνίας οδηγεί σε μια μεθοδολογία που στηρίζεται στη στρατηγική που έχει αναπτυχθεί μέσω των συστημάτων που χρησιμοποιεί ως πρότυπο. Ποιο μπορεί να είναι το μέλλον αυτής της αμοιβαίας επενέργειας μεταξύ των ατόμων ή των ομάδων, ο κατακερματισμός και η ανασύνθεση του μελλοντικού κόσμου, δυσκολεύουν κάθε πρόβλεψη. Τα νέα πρότυπα αποκτούν ευελιξία και διαρκή ικανότητα αναπροσαρμογής (Παναγιωτοπούλου, 1997).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: Θεωρητική ανασκόπηση της Επικοινωνίας.

Επικοινωνία είναι η διαδικασία μέσω της οποίας ένα άτομο, μια ομάδα ή ένας οργανισμός (ο αποστολέας) μεταβιβάζει κάποιου είδους πληροφορία (μήνυμα) σε ένα άλλο άτομο, μια ομάδα ή έναν οργανισμό (αποδέκτη) (Greenberg and Baron, 2013). Ορίζοντας την επικοινωνία ως κοινωνική διαδικασία είναι απαραίτητη για την μεταβίβαση μηνυμάτων μεταξύ των ανθρώπων, πέρα από την απλή πληροφόρηση, αφού σε αυτή εμπεριέχονται ψυχολογικές διεργασίες που εξαρτώνται από τις συνθήκες και τα μέσα μετάδοσης. Ως κοινωνική διαδικασία συμβάλλει ιδιαίτερα στην αποτελεσματική λειτουργία των οργανισμών διότι εφάπτεται σε κάθε κοινωνική δομή.

Η έννοια της επικοινωνίας είναι πολυσύνθετη και πολυδιάστατη για όλους τους τομείς της κοινωνίας. Δύσκολα μπορεί ο άνθρωπος να αποφύγει την επικοινωνία στην καθημερινότητά του. Η λεκτική δε επικοινωνία καθορίζει τις συντεταγμένες του ανθρώπινου πολιτισμού. Αποτελεί μια από τις βασικότερες έννοιες, η οποία συμπεριλαμβάνει, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, τους επιστημονικούς κλάδους, τις πανεπιστημιακές ειδικότητες, τα επαγγέλματα, τη διαχείριση ανθρωπίνων πόρων, και κάθε μορφής κοινωνικές αλληλεπιδράσεις. Η επικοινωνία δε θεωρείται ένα ουδέτερο μέσο μεταφοράς ανεξάρτητων πληροφοριών, αλλά μια κοινωνική λειτουργία και συμβαδίζει με την απαρχή της ανθρώπινης κοινωνίας (Graig, 1999)

Η αποτελεσματική επικοινωνία βασίζεται σε επιτυχημένες διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ διαφορετικών ανθρώπων που αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της προσωπικής μας ζωής, του εργασιακού μας χώρου και της δημόσιας ζωής μας γενικότερα. Στους χώρους εργασίας, ένα από τα βασικότερα προβλήματα που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι εκάστοτε διοικήσεις είναι η εργασιακή επικοινωνία και κατ' επέκταση η καλλιέργεια συνεργασίας για το σύνολο των εργαζομένων του οργανισμού (Andrew και Durbin 1998).

1.1 Η Ρητορική και η Τέχνη της επικοινωνίας:

Η ρητορική είναι η τέχνη της αποτελεσματικής χρήσης της γλώσσας στον γραπτό ή προφορικό λόγο με τη χρησιμοποίηση τεχνικών επικοινωνίας και πειθούς, καθώς και κατάλληλων σχημάτων του λόγου, ώστε να εξασφαλιστεί η αποδοχή των θέσεων του ομιλητή / συγγραφέα / αρθρογράφου από τον ακροατή / αναγνώστη (Μπαμπινιώτης 2008:1544).

Οι απαρχές της ρητορικής τέχνης εντοπίζονται σε έργα των Ελλήνων σοφιστών και των συνεχιστών τους στην αρχαία Ελλάδα. Γεννήθηκε στις πόλεις του υπερπόντιου Ελληνισμού ενώ συνδέεται άμεσα με την κατάργηση της Τυραννίας στις πόλεις των Ελλήνων αποίκων. Η ανάπτυξη όμως της ρητορικής ως διανοητικής τέχνης χρειάζεται ελευθερία χωρίς περιορισμούς από το κράτος, τη θρησκεία τις παραδόσεις της εκάστοτε κοινωνίας. Αυτού του είδους η ελευθερία συναντάται κυρίως στην Αθηναϊκή δημοκρατία. Η αρχική προσπάθεια της εμπειρικής ρητορικής αναπτύχθηκε στα δικαστήρια, στην προσπάθεια επικράτησης των πολιτών στον κοινωνικό στίβο, στο θέατρο με τις αρχαίες τραγωδίες και κωμωδίες, αλλά και στα συμπόσια, όπου αναλύονταν σπουδαία φιλοσοφικά θέματα και πολιτικά ζητήματα. Ο λόγος αποτέλεσε το κυριότερο μέσο εξουσίας (Τριαντάρη, 2016).

Η συμβολή των αρχαίων ελλήνων φιλοσόφων, στην επιστημονική διεύρυνση της ρητορικής του Πλάτωνα και πολύ περισσότερο του Αριστοτέλη, ανέδειξαν τη σημασία της ρητορικής μέσα από τη σχέση του ομιλητή και του ομιλούντος, του πομπού και του δέκτη στο πεδίο των ανθρώπινων σχέσεων. Η συνάφεια ανάμεσα στον ορισμό της ρητορικής και στη λειτουργική της διάσταση ως ψυχο-συναισθηματικό εργαλείο οδηγούν στην πεποίθηση ότι η σύγχρονη εκδοχή της είναι η επικοινωνία, η οποία ως διαδικασία, κατά πρώτον, μεταδίδει μηνύματα και επιχειρήματα, και κατά δεύτερον, προκαλεί ιδέες και επηρεάζει συναισθήματα. Η ρητορική είναι τεχνική πειθούς, η επικοινωνία είναι μέσο αλληλεπίδρασης (Τριαντάρη 2016:184-185).

1.2 Σύγχρονα Μοντέλα Επικοινωνίας:

Οι προσπάθειες που έχουν γίνει από σύγχρονους μελετητές, περιέγραψαν τα διάφορα μοντέλα ανάλογα με την ιστορική τους συγκυρία σε συνδυασμό με την επιστημονική τους βάση. Η επιστημονική προσέγγιση της επικοινωνίας από διάφορες σχολές είναι η ακόλουθη:

1.2.1 Το μοντέλο C. Shannon & W. Weaver:

Είναι ένα από τα πιο σημαντικά μοντέλα. Εφαρμόστηκε σε ένα ιδιαίτερο πεδίο της επικοινωνίας όπου συμπεριελάμβανε ερωτήσεις του τύπου: μέσω ποιού είδους επικοινωνιακού καναλιού μπορεί να μεταφερθεί ο μεγαλύτερος αριθμός σημάτων ή ένα μεταδιδόμενο σήμα, σε ποιο βαθμό μπορεί να καταστραφεί από θόρυβο κατά την πορεία του από τον αποστολέα στον δέκτη.

Αυτά τα ερωτήματα απευθύνονται κυρίως στον τομέα της πληροφόρησης. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, το άτομο που επιθυμεί να στείλει μια πληροφορία πρώτα αρχίζει να σχηματίζει την ιδέα στο μυαλό του και στη συνέχεια κωδικοποιεί την ιδέα αυτή υπό τη μορφή σταθερών συμβόλων για να μπορεί να τη μεταβιβάσει σε κάποιο άλλο πρόσωπο.

Το μαθηματικό μοντέλο των Shannon & Weaver περιγράφεται ως μια γραμμική, μονόδρομη διαδικασία πέντε λειτουργιών: Πηγή πληροφόρηση – Αναμεταδότης – Θόρυβος – Δέκτης - Προορισμός. Υπάρχει διάκριση ανάμεσα στον αποστολέα και στο δέκτη από τον προορισμό. Οι δύο λειτουργίες αυτές πληρούνται στο τελικό σημείο της αναμετάδοσης. Η αποστολή των μηνυμάτων αλλά και η ερμηνεία τους δεν είναι εύκολη υπόθεση. Σημαντικό μέρος του προβλήματος είναι ότι η επικοινωνία εξαρτάται από την αντιληπτική ικανότητα του παραλήπτη. Τα άτομα αντιλαμβάνονται τα σύμβολα διαφορετικά, ανάλογα με τα ενδιαφέροντά τους και υπάρχουν μεταξύ των σχέσεων των ανθρώπων. (Ζαβλανός, 2000).

Ο De Fleur (1966) ανέπτυξε μοντέλο του Shannon & Weaver και μελέτησε το αποτέλεσμα της επικοινωνίας, εστιάζοντας στην έλλειψη της ανάδρασης. Κανείς δεν μπορεί να είναι βέβαιος ότι έλαβε χώρα η επικοινωνία αν δεν υπάρχει κάποιο είδος ανατροφοδότησης. Εάν το μήνυμα που παραλήφθηκε, κατανοήθηκε αποτελεσματικά. Τα βήματα της ανατροφοδότησης επίσης περιλαμβάνουν τις δραστηριότητες του παραλήπτη. Το μήνυμα παραλήφθηκε ικανοποιητικά, εάν ο παραλήπτης δράσει, όπως σκόπευε ο αποστολέας. Στο σημείο αυτό αναφέρεται ότι στην περίπτωση της μαζικής επικοινωνίας οι πηγές λαμβάνουν μόνο περιορισμένη ή έμμεση ανάδραση από το ακροατήριο.

1.2.2 Η Φόρμουλα του D. Lasswell:

Σύμφωνα με την επικοινωνιακή έρευνα του πολιτικού επιστήμονα D. Lasswell για να περιγραφεί η διαδικασία της επικοινωνία πρέπει να απαντηθούν τα παρακάτω ερωτήματα:

- Ποιος
- Λέει
- Από ποιο κανάλι
- Σε ποιόν
- Με ποιο αποτέλεσμα

Το τυπικό χαρακτηριστικό της Φόρμουλας αυτής είναι ότι ο επικοινωνητής έχει την πρόθεση να επηρεάσει το δέκτη ώστε η επικοινωνία να θεωρείται μια διαδικασία πειθούς. Το μοντέλο αυτό αν και απλό, θεωρήθηκε χρήσιμο γιατί αποτελεί έναν προσιτό και κατανοητό τρόπο μελέτης της επικοινωνίας (Braddock, 1958).

1.2.3 Το μοντέλο των Osgood & Schramm:

Πρόκειται για ένα κατά βάση κυκλικό μοντέλο που επικεντρώνεται στη συμπεριφορά των ατόμων που συμμετέχουν κατά τη διαδικασία της επικοινωνίας.

Ως μοντέλο είναι ιδιαίτερα χρήσιμο για την περιγραφή της διαπροσωπικής επικοινωνίας, συγχρόνως όμως λιγότερο κατάλληλο για τις περιπτώσεις με ή λιγότερη ανάδραση, ενώ αποδίδεται ένα νόημα ισότητας στην επικοινωνία. Αντίθετα η επικοινωνία είναι άνιση σχετικά με τις πηγές της, την εξουσία και το συγκεκριμένο χρόνο που πραγματοποιείται (Schramm, 1954).

Το ελικοειδές μοντέλο του Dance: Είναι μια ενδιαφέρουσα ανάπτυξη του κυκλικού μοντέλου, αφού η κυκλική προσέγγιση είναι αποπροσανατολιστική και είναι σίγουρα λάθος, επειδή η επικοινωνία επανέρχεται σε πλήρη κύκλο στο ίδιο ακριβώς σημείο. Με την ελικοειδή όμως πορεία της επικοινωνίας, όλη η διαδικασία κινείται προς τα εμπρός, ενώ το μήνυμα θα επηρεάσει τη δομή και το περιεχόμενο της όλης διαδικασίας. Ο έλικας περιγράφει την δυναμική πορεία της επικοινωνίας από διαφορετικές πλευρές, μέσα από διαφορετικές διαδικασίες που μεταβάλλονται με το πέρασμα του χρόνου. Το ελικοειδές μοντέλο υπενθυμίζει τη δυναμική φύση της επικοινωνίας, πράγμα που λησμονείται πολύ εύκολα (Dance, 1967).

1.2.4 Το γενικό μοντέλο του G. Gerbner:

Το κύριο χαρακτηριστικό αυτού του μοντέλου είναι ότι μπορεί να αποδοθεί με εναλλακτικά σχήματα ανάλογα με το είδος της επικοινωνίας που περιγράφει. Είναι έτσι δομημένο που μπορεί να χρησιμοποιηθεί ώστε να περιγράψει τη μείξη της ανθρώπινης και της μηχανικής επικοινωνίας. Τα μέρη του μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως κατασκευαστικά τμήματα, έτσι ώστε να είναι δυνατή η περιγραφή απλών αλλά και σύνθετων επικοινωνιακών διαδικασιών. Ο ιδιαίτερος δυναμικός του χαρακτήρας το καθιστά χρήσιμο σε διαφορετικά επίπεδα ανάλυσης, αποσαφήνισης και αντίληψης των προβλημάτων της επικοινωνίας. Το συγκεκριμένο μοντέλο επιτρέπει να προταθούν

ερωτήματα που σχετίζονται με τη φύση και την αλληλεπίδραση ανάμεσα στην αντίληψη και την παραγωγή του μηνύματος. Το είδος της επικοινωνίας που προτείνεται από τον Gerbner έχει δύο πόλους: ο πρώτος αφορά την ανθρώπινη επικοινωνιακή διαδικασία που μπορεί να θεωρηθεί υποκειμενική, επιλεκτική μεταβλητή και απρόβλεπτη, ενώ ο δεύτερος πόλος αφορά τα συστήματα της επικοινωνίας του ανθρώπου τα οποία είναι ανοιχτά. (Gerbner, 1964).

1.2.5 Το ABX μοντέλο του Newcomb:

Το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό αυτού του μοντέλου είναι ότι αποτελεί μια απλή αναπαράσταση της δυναμικής αλληλεπίδρασης των σχέσεων ανάμεσα σε δύο άτομα, συγχρόνως όμως βασίζεται στον πυρήνα ενός ευρύτερου πεδίου γνώσεων για την αλλαγή της στάσης, τη διαμόρφωση της κοινής γνώμης, αλλά και την συστηματική διάδοση κατευθυνόμενων ιδεών. Πρόκειται για μελέτη του ψυχολόγου HeideI (1946) που την εξέλιξε και την αναδιαμόρφωσε ο Newcomb. Ο HeideI είχε ασχοληθεί με το βαθμό σταθερότητας ή με την έλλειψη σταθερότητας που θα μπορούσε να υπάρχει ανάμεσα σε δύο πρόσωπα σε σχέση με ένα τρίτο πρόσωπο ή αντικείμενο. Η θεωρία του υποστηρίζει ότι όταν δύο άνθρωποι έχουν μια στάση συμπάθειας ή αντιπάθειας ο ένας προς τον άλλο και συνάμα προς ένα εξωτερικό αντικείμενο. Τότε μερικά σχήματα της σχέσης θα εξισορροπηθούν και μερικά θα παραμείνουν χωρίς ισορροπία.

Ο Newcomb επεσήμανε πως το μεταβλητό κομμάτι της επικοινωνίας μπορεί να ενεργοποιηθεί υπό ορισμένες συνθήκες: α) όπου υπάρχει έντονη έλξη ανάμεσα σε άτομα, β) όπου το αντικείμενο είναι τουλάχιστον σημαντικό για τον έναν από τους συμμετέχοντες, και γ) όταν το αντικείμενο είναι σημαντικό και για τα δύο πρόσωπα. Επιπλέον όπου υπάρχει ισορροπία, κάθε συμμετέχων θα αντισταθεί στην αλλαγή και όπου υπάρχει ανισορροπία θα γίνουν προσπάθειες για να αποκατασταθεί η «γνωστική» ισορροπία (Μακ Κουεϊλ 2001:55).

Ο Newcomb ασχολήθηκε με την εφαρμογή της θεώρησης του HeideI στα όρια της διαπροσωπικής ή της ομαδικής επικοινωνίας και επεσήμανε πως αυξάνεται η επικοινωνιακή δραστηριότητα με την παροχή, την αναζήτηση, και την ανταλλαγή της πληροφόρησης η οποία είναι αποτέλεσμα της τάσης για μάθηση. Το μοντέλο του Newcomb ευθυγραμμίζεται και έχει προβλεφθεί από τη θεωρία της ισορροπίας. Υποστηρίζει πως οι άνθρωποι παρακολουθούν και συντάσσονται με τις πηγές

πληροφόρησης οι οποίες είναι σύμφωνες με τις ήδη διαμορφωμένες απόψεις τους και αναζητούν ενημέρωση που να επιβεβαιώνει τη συμπεριφορά τους. Σε ευρύτερο πλαίσιο είναι σημαντικό να αναφερθεί πως δεν μπορούν να εφαρμοστούν γενικεύσεις των αποτελεσμάτων της επικοινωνίας, που να συσχετίζουν τις ενδότερες διαδικασίες των ανθρώπων ή γενικεύσεις που αναφέρονται σε μικρές ομάδες που να έχουν άμεση σχέση με ευρύτερης σημασίας καταστάσεις. Οι κοινωνίες δεν έχουν τη ίδια «ανάγκη» για αποδοχή όπως οι ατομικές προσωπικότητες ή οι μικρές ομάδες. Αντίθετα έχουν «ανάγκη» τη σύγκρουση και τη διαφοροποίηση για την επίτευξη της εξέλιξής τους (Newcomb, 1959).

1.2.6 Το μοντέλο του συν-προσανατολισμού:

Η συγκεκριμένη σχολή έρευνας που μελετά την επικοινωνία προέρχεται από τις ιδέες της ισορροπίας, της αναλογίας και της αναζήτησης που αναφέρονται στην επικουρική πληροφόρηση. Η ονομασία της «συν-προσανατολιστική» προσέγγιση έχει δοθεί από τους (Mc-Leod και Chaffee το 1973). Έχει τις ρίζες της τόσο στη μελέτη του Newcomb όσο και στους πρώιμους κοινωνιολογικούς προβληματισμούς, που αναφέρονται στη συμβολική αλληλεπίδραση.

Τα βασικά χαρακτηριστικά της προσέγγισης αυτής είναι τα ακόλουθα: 1) επικεντρώνεται στη διαπροσωπική επικοινωνία ή στην επικοινωνία ανάμεσα σε ομάδες, 2) δίνει ιδιαίτερη έμφαση στον ταυτόχρονο συνυπολογισμό των κύριων στοιχείων της επικοινωνίας (πηγές πληροφόρησης, επικοινωνητές, παραλήπτες) και 3) ενδιαφέρεται για τη δυναμική των επικοινωνιακών αλληλεπιδράσεων, μέσα σε ένα κοινωνικό περιβάλλον.

Το μοντέλο του χαρταετού παρουσιάστηκε το 1980 στον πάγο της λίμνης Χάρλοβ στη Σουηδία και επιδείχνει τις σχέσεις ανάμεσα στην ηγεσία, τα MME, το κοινό και τα διάφορα ζητήματα.

Σ' αυτό το μοντέλο παρουσιάζεται ένα γνωστό πόρισμα της έρευνας, ότι η πληροφόρηση για ένα θέμα ή ένα γεγονός αποκτάται από το κοινό, με αναφορά στην προσωπική εμπειρία ή από πηγές της ηγεσίας ή από τα MME, αλλά και από το συνδυασμό όλων αυτών. Ένταση μπορεί να προκληθεί όταν υπάρχει ασυμφωνία ανάμεσα στην ηγεσία και στο κοινό όσον αφορά την αντίληψη των θεμάτων. Η διάκριση των θεμάτων γίνεται ανάλογα με τη σοβαρότητα, τη νεωτερικότητα και την αμφισημία τους.

Ο Tichenor με τους συνεργάτες του σε μια μελέτη το 1973 επιβεβαίωσαν πως η αποσαφήνιση ενός αμφιλεγόμενου θέματος οδηγεί στην απόκτηση περισσότερων γνώσεων επί του θέματος, διαμέσου των ΜΜΕ. Η ροή της πληροφόρησης αυξάνεται σε ένα κοινωνικό σύστημα επειδή τα άτομα που έχουν υψηλότερη κοινωνικοοικονομική θέση και οι περισσότερο μορφωμένοι μπορούν να απορροφήσουν την πληροφόρηση καλύτερα από ότι οι λιγότερο μορφωμένοι, που βρίσκονται σε χαμηλότερη κοινωνική θέση. Συνεπώς ο αυξανόμενος όγκος της πληροφόρησης έχει ως αποτέλεσμα τη διεύρυνση του κενού της γνώσης παρά την μείωσή του (Tichenor, 1973).

1.2.7 Το μοντέλο της συμφωνίας και διαφωνίας:

Στο πλαίσιο της θεωρίας της ισορροπίας και του συν-προσανατολισμού έχει βρεθεί στην προέκτασή τους, ότι στη μελέτη της κοινής γνώμης δύο αντίθετες τάσεις συνυπάρχουν. Η πρώτη οδηγεί στη συναίνεση (σύγκλιση αντιτιθέμενων απόψεων), ενώ η δεύτερη οδηγεί στην απόκλιση. Είναι πιθανό να εκδηλωθεί η μία ή η άλλη τάση σε καταστάσεις όπου οι άνθρωποι αποστασιοποιούνται από την ενημέρωση που τους προσφέρουν τα ΜΜΕ (διαφωνία) ή να υιοθετούν τις απόψεις τους, οπότε υπάρχει (συμφωνία).

Τα κύρια χαρακτηριστικά και οι παράγοντες που επηρεάζουν τη διαδικασία της συμφωνίας και διαφωνίας είναι:

- Η επιλεκτική αντίληψη των μηνυμάτων από τους δέκτες, η οποία προκαλεί τον εντοπισμό και την αρχική εξέταση τους, ώστε να μειώνεται η πιθανότητα διαφωνίας, και να διατηρείται η συμφωνία με το περιβάλλον.
- Οι νόρμες της ομάδας οι οποίες συνδέονται με την επιβεβαίωση και την υποστήριξη της ισχύουσας άποψης. Η διαφωνία ενεργοποιεί τις κοινωνικές και ψυχολογικές διαδικασίες που με τη σειρά τους διαμορφώνουν δύο νέες πιθανότητες για την επαναφορά της ισορροπίας. Η πρώτη εστιάζει στην αλλαγή αντίληψης για την πηγή (να τη θεωρεί λιγότερο αξιόπιστη) και η δεύτερη αναφέρεται στην αλλαγή της άποψης ή συμπεριφοράς, για ένα αμφιλεγόμενο θέμα.
- Η εμπλοκή του εγώ. Μια γνώμη αντιπροσωπεύει μια βαθιά προσωπική δέσμευση ή αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας. Επομένως όσο πιο σημαντική είναι η δέσμευση, τόσο λιγότερο πιθανό είναι γνώμη να αλλάξει.
- Ο βαθμός διαφωνίας των απόψεων. Μικρές αλλαγές ανάμεσα στα μηνύματα και στην υπάρχουσα κατάσταση δεν οδηγούν ούτε σε αλλαγή συμπεριφοράς, αλλά

ούτε και σε αλλαγές για την αντίληψη της πηγής των μηνυμάτων. Οι μεσαίου μεγέθους διαφονίες συνήθως απαιτούν επανατοποθέτηση για τον εντοπισμό και την επανεξέταση μιας κατάστασης. Τέλος οι μεγάλες διαφορές εμπλέκουν τις νόρμες των ομάδων σε σχέση με το εγώ και μπορεί να προκαλέσουν απόρριψη του μηνύματος και της πηγής, σε σχέση με την αρχική άποψη (Guilenburg, 1984).

1.2.8 Το μοντέλο της σύγκλισης:

Το μοντέλο της σύγκλισης απεικονίζει τη σχέση ανάμεσα στους επικοινωνητές και είναι ιδιαίτερα κατάλληλο για καταστάσεις πιθανής αλλαγής που συνδέονται με την εκδήλωση διαφονιών και σύγκρουσης.

Ακολουθεί μια εμπρόσθια κυκλική διαδικασία, προς μία αύξουσα συμφωνία συναίνεσης, που βασίζεται στην παροχή και πρόσληψη πληροφοριών. Ο ένας επικοινωνητής μοιράζεται πληροφορίες με τον άλλο επικοινωνητή, ο οποίος αντιλαμβάνεται, ερμηνεύει και ανταποκρίνεται σε αυτές. Σ' αυτό το μοντέλο μελετώνται διαφορές, ομοιότητες και αλλαγές στις διαπροσωπικές σχέσεις κατά τη διάρκεια του χρόνου (Rogers, 1986).

Το μοντέλο σύγκλισης υποστηρίζεται από τους μελετητές ότι έχει πολλά πλεονεκτήματα σε σχέση με το γραμμικό. Κάποια από αυτά είναι: δίνει έμφαση στην αμοιβαία κατανόηση και συναίνεση μεταξύ των συμμετεχόντων, αλλά και στις σχέσεις εντός των δικτύων, τα οποία αποτελούνται από άτομα που συνδέονται μεταξύ τους με μια διαρκή ροή πληροφοριών που παρέχεται μέσα από μια διαρκή ανάδραση (Rogers, 1986). Επίσης το συγκεκριμένο μοντέλο θεωρείται κατάλληλο για την αντιμετώπιση πολλών καταστάσεων στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου υπάρχουν χάσματα ανάμεσα στους πομπούς και τους δέκτες, αλλά και σε επίπεδο πολιτισμού και εξουσίας.

1.2.9 Το εννοιολογικό μοντέλο των WESTLEY & MACLEAN:

Η φόρμουλα του μοντέλου αυτού αναφέρεται στην επικοινωνιακή έρευνα. Αναπτύχθηκε με σκοπό να διαμορφώσει τα υπάρχοντα πορίσματα της έρευνας και να προσφέρει μια συστηματική επεξεργασία η οποία να είναι ιδιαίτερα κατάλληλη για την έρευνα της μαζικής επικοινωνίας. Η προέλευση του μοντέλου έχει σχέση με τις θεωρίες της ισορροπίας της κοινωνικής ψυχολογίας και του συν-προσανατολισμού (Festinger, 1957).

Η διαμόρφωση του μοντέλου από τους Westley και MacLean απεικονίζει την ιδιαίτερα πολύπλοκη κατάσταση της μαζικής επικοινωνίας, ενώ συγχρόνως διατηρεί τον αλληλοεξαρτώμενο χαρακτήρα της απλής θεώρησης του συν-προσανατολισμού μεταξύ δύο ατόμων σε σχέση με τα εξωτερικά αντικείμενα. Οι συγγραφείς του εννοιολογικού μοντέλου προσάρμοσαν το πρότυπο σύμφωνα με την αντίληψη των βασικών διαφορών ανάμεσα στην μαζική επικοινωνία και τη διαπροσωπική. Οι διαφορές αυτές είναι:

- Στην μαζική επικοινωνία οι πιθανότητες για ανάδραση ελαχιστοποιούνται ή καθυστερούν να εμφανιστούν.
- Ένα δεδομένο άτομο (μέλος του κοινού) πρέπει να προσανατολίζεται ανάμεσα, στην πηγή πληροφόρησης και τα αντικείμενα του περιβάλλοντος, ώστε να κάνει την επιλογή του.

Η χρήση του μοντέλου κυρίως συμβάλλει στο να τεθούν κάποια ερωτήματα πάνω στις πραγματικές καταστάσεις της μαζικής επικοινωνίας στο μέρος που αφορά τον μαζικό επικοινωνητή ή τον επικοινωνιακό οργανισμό. Τα ερωτήματα αυτά είναι του τύπου: Ποια είναι τα χαρακτηριστικά αυτών που αντιπροσωπεύουν το (διαυλικό ρόλο); Πόσο εξαρτώμενοι ή ανεξάρτητοι είναι μεταξύ τους οι μαζικοί επικοινωνητές; Ποια είναι τα κριτήρια που εφαρμόζονται από τους διακινητές των πληροφοριών, ώστε να παρέχεται πληροφόρηση τόσο στους επικοινωνητές όσο και στα εξωτερικά αντικείμενα του περιβάλλοντος; Με ποιους τρόπους τα μηνύματα τροποποιούνται κατά τη διαδικασία της επικοινωνίας; Πόσο καλά ερμηνεύονται οι ανάγκες του ακροατηρίου; Όλα αυτά τα ερωτήματα είναι θεμελιώδη και έχουν ως σκοπό να αποσαφηνίσουν και να επιστήσουν την προσοχή σε έναν αριθμό σημαντικών και ευδιάκριτων πλευρών της διαδικασίας της μαζικής επικοινωνίας. Σε διάφορες μελέτες αναφέρεται (Gieber, 1960) ως η λειτουργία του πυλωρού και χρησιμοποιήθηκε σε έναν αριθμό εμπειρικών και εννοιολογικών μελετών. Το μοντέλο ουσιαστικά εκπονήθηκε για τη μαζική επικοινωνία ωστόσο είναι σχετικό με τον επικοινωνιακό σχεδιασμό.

1.2.10 Το μοντέλο του Maletze:

Είναι ένα ολοκληρωμένο και εννοιολογικό μοντέλο που παρουσιάζει τη μαζική επικοινωνία ως μια κοινωνικοψυχολογική διαδικασία περίπλοκη όπου οι διάφορες ερμηνείες αποβλέπουν σε μια σειρά παραγόντων. Η δομή του μοντέλου στηρίζεται πάνω στα βασικά στοιχεία: επικοινωνητής-μήνυμα-μέσο και δέκτης.

Ανάμεσα στα παραδοσιακά στοιχεία, στο μέσο και στο δέκτη ο Maletze προσθέτει δύο επιπλέον την «πίεση ή τον εξαναγκασμό» από το μέσο, καθώς και την εικόνα που έχει ο δέκτης για το μέσο. Ως μέσο σύμφωνα με τον McLuhan (1964) ορίζεται το μήνυμα. Η εικόνα του συγγραφέα για τον επικοινωνητή ή δέκτη της μαζικής επικοινωνίας, αφορά τη συμπεριφορά τους ως μια περίπλοκη διαδικασία η οποία συνδέεται με πολλούς παράγοντες.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν τη μαζική επικοινωνία σύμφωνα με τον Maletze, εκτός από την πίεση ή τον περιορισμό του μέσου, είναι η εικόνα που έχει ο δέκτης για το μέσο, η εικόνα που έχει ο δέκτης για τον εαυτό του, η δομή της προσωπικότητας του δέκτη, αλλά και το κοινωνικό πλαίσιο που τον περιβάλλει. Το μοντέλο θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί αν κάποιος επιθυμεί να αναλύσει τους σχετικούς παράγοντες της μαζικής επικοινωνίας που γίνονται αντιληπτοί υπό την έννοια της κοινωνικο-ψυχολογικής προοπτικής (Βίνταλ, Σίγνιτζερ και Όλσον, 1999).

1.2.11 Το Τελετουργικό Μοντέλο:

Ο James Carey το 1975 προσέγγισε την επικοινωνία με ένα πιο ριζοσπαστικό τρόπο. Αμφισβήτησε την επικοινωνία ως μια γραμμική και ευθύγραμμη διαδικασία «μετάδοσης» ή «διαβίβασης» του μηνύματος. Το κύριο χαρακτηριστικό αυτού του μοντέλου είναι η μετάδοση των συμβόλων από απόσταση με στόχο τον έλεγχο. Αυτός ο τρόπος προϋποθέτει μια διαμεσολάβηση ανάμεσα στο αίτιο και το αποτέλεσμα σε μια ευθύγραμμη πορεία. Ο Carey πρότεινε μια εναλλακτική «τελετουργική» εκδοχή της επικοινωνίας κατά την οποία τα δεδομένα της, όπως η συμμετοχή, η σύμπραξη, η αμοιβαιότητα η συντροφικότητα και η υιοθέτηση μιας κοινής πεποίθησης συνδέονται μεταξύ τους. Αυτή η τελετουργική θεώρηση αποβλέπει στη διατήρηση της κοινωνίας στο χρόνο και όχι στη διάδοση των μηνυμάτων στο χώρο.

Η διαδραστική ή τελετουργική επικοινωνία, είναι μια μορφή επικοινωνίας εορταστική, συμπληρωματική και συγχρόνως διακοσμητική, που δεν έχει υλιστικούς στόχους, ενώ εμπεριέχει κάποιο στοιχείο «παράστασης». Τα μηνύματά της έχουν λανθάνουσα μορφή και επιδέχονται διάφορες ερμηνείες. Βασίζεται σε σύμβολα και συσχετισμούς, τα οποία δεν εμπλέκονται από τους συμμετέχοντες, αλλά είναι μέρος της κουλτούρας και του πολιτισμού τους (Elliott, 1972).

Σε φυσιολογικές συνθήκες όμως η τελετουργική επικοινωνία δεν είναι διαμεσολαβητική. Μπορεί όμως να προκαλέσει διάφορα φαινόμενα, όπως αυτό της ενσωμάτωσης. Κάποιες όμως εκστρατείες οι οποίες είχαν πολιτικό ή θρησκευτικό περιεχόμενο και χρησιμοποίησαν ισχυρά σύμβολα με υποβόσκουσες εκκλήσεις σε πολιτισμικές αξίες, αποτελούν αντικείμενο εκμετάλλευσης από τους σχεδιαστές τους. Στο επόμενο κεφάλαιο που ακολουθεί γίνεται μια προσπάθεια προσέγγισης της οργανωσιακής κουλτούρας και του τρόπου που αυτή προσδιορίζεται και αξιολογείται εντός του υγειονομικού σχεδιασμού, δια μέσου της επικοινωνίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2⁰

2.1: Ο ρόλος της οργανωσιακής κουλτούρας στην οργανωσιακή λειτουργία σε σχέση με την επικοινωνία.

Αναμφίβολα ακόμη και οι οργανισμοί που παράγουν τις ίδιες υπηρεσίες ή ασχολούνται με τις ίδιες δραστηριότητες αποτελούν πολύ διαφορετικούς χώρους εργασίας. Αυτό συμβαίνει επειδή τα άτομα του οργανισμού έχουν υιοθετήσει διαφορετικές προσεγγίσεις ως προς τον τρόπο που συνεργάζονται αλλά και ως προς την εξυπηρέτηση των πελατών (Martin, 2005).

Οι κοινές πεποιθήσεις, προσδοκίες, αλλά και οι κεντρικές αξίες των ανθρώπων αυτών, δίνουν μια σαφή εικόνα για την οργανωσιακή κουλτούρα του εκάστοτε οργανισμού. Όταν αυτές οι αξίες εδραιωθούν και είναι σχετικά σταθερές, τότε ασκούν έντονες επιδράσεις στους εργαζόμενους. Σε ένα μέρος αυτών των επιδράσεων εδράζει η τάση ατόμων να υιοθετούν καινοτόμες, ευρηματικές και έξυπνες ιδέες, ώστε να αντιμετωπίζουν τα προβλήματά τους.

Ως οργανωσιακή κουλτούρα (organizational culture) ορίζεται ένα γνωστικό πλαίσιο που αποτελείται από στάσεις, αξίες, κανόνες συμπεριφοράς και προσδοκίες που συμμερίζονται τα μέλη ενός οργανισμού (Schein, 1992). Ουσιαστικά, η οργανωσιακή κουλτούρα είναι αυτή που υποστηρίζει και συντηρεί όλα όσα συμβαίνουν σε έναν οργανισμό. Τα κύρια χαρακτηριστικά στοιχεία της κουλτούρας μιας οργάνωσης είναι:

- Το επιχειρηματικό περιβάλλον
- Οι οργανωσιακές αξίες
- Τα μοντέλα συμπεριφοράς και ηγεσίας
- Οι οργανωσιακές τελετές-ευχάριστο και φιλικό περιβάλλον
- Οι μεταφορείς της κουλτούρας και η ελευθερία επιλογής της επικοινωνίας.

Το εργασιακό περιβάλλον στις μέρες μας συνεχώς αλλάζει και κατά συνέπεια οι οργανισμοί δραστηριοποιούνται σε ένα υψηλά ανταγωνιστικό κλίμα. Εκ των πραγμάτων θα πρέπει να αναπτύξουν μια κουλτούρα προσανατολισμένη στις αλλαγές. Οι οργανωσιακές αξίες αναπαριστούν τι είναι σημαντικό για μια οργάνωση. Πολλές φορές η προσκόλληση σε αυτές τις αξίες είναι συνώνυμο της επιτυχίας.

Ο τρόπος συνομιλίας, ο τρόπος εκτέλεσης μιας εργασίας, ο κώδικας ένδυσης, οι τελετές, είναι μερικά από τα στοιχεία που καθορίζουν την οργανωσιακή κουλτούρα. Ωστόσο σήμερα έχει καθιερωθεί μια νέα αντιμετώπιση για την εξυπηρέτηση και ικανοποίηση των πελατών. Δίδεται υψηλή αξία προς αυτήν την κατεύθυνση με ένα πνεύμα ευαισθησίας προς τους άλλους. Οι οργανισμοί στους οποίους οι υπάλληλοι αισθάνονται ότι τα διοικητικά στελέχη τους συμπεριφέρονται με ακεραιότητα και σεβασμό, διαθέτουν υγιείς οργανωσιακές κουλτούρες (healthy organizational cultures). Σε αντίθετη περίπτωση όταν οι άνθρωποι δεν εισπράττουν ότι τους εκτιμούν ή τους συμπεριφέρονται με λιγότερο σεβασμό, τότε είναι πιθανό να συμπεριφερθούν με ανάλογο τρόπο. Αυτοί οι οργανισμοί έχουν τοξικές κουλτούρες (toxic organizational cultures) και συνήθως χάνουν τους καλούς τους υπαλλήλους (Rosen, 1992).

Και στις δύο όμως περιπτώσεις, αν δεν γίνουν αλλαγές, η κάθε νοοτροπία θα γίνει παράδοση και θα συνεχιστεί μέσω της συμπεριφοράς των εργαζομένων, στους νέους εργαζόμενους. Σ' αυτό το σημείο είναι πολύ σημαντικό να εδραιωθεί μια κουλτούρα ποιότητας, ώστε να αναπτυχθούν οι απαραίτητοι θύλακες συνεργασιών, υποστήριξης και ομαδικής εργασίας, με απώτερο σκοπό την βελτίωση της απόδοσης και της ποιότητας.

2.2 Η επικοινωνία και η οργανωσιακή δομή της στο χώρο του Νοσοκομείου.

Εν προκειμένω ο χώρος ενός νοσοκομείου είναι καθαρά δυναμικός. Αυτή η δυναμική έχει να κάνει με την ιατρική και νοσηλευτική επιστήμη που συνεχώς εξελίσσεται και προσαρμόζεται στις ανάγκες της κοινωνίας. Η εξέλιξη της κοινωνίας σε συνδυασμό με την έρευνα και την τεχνολογία, οδήγησαν την ιατρική επιστήμη σε κατακτήσεις και σε τέτοιο σημείο ανάπτυξης, ώστε να είναι η επίδρασή της καθοριστική στην εξέλιξη του ανθρώπου.

Η ποιοτική παροχή ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας εξαρτάται από την καλή επικοινωνία σε όλα τα επίπεδα. Η σαφής και έγκυρη διάθεση της πληροφορίας, η οποία σχετίζεται με τον ασθενή και τους φροντιστές, βοηθά στην αύξηση της αποδοτικότητας ενώ ταυτόχρονα διευκολύνει τη συνεργασία των πληροφοριακών συστημάτων. Η κλινική πληροφορία, καθώς και η ιατρική γνώση για κάποιο νοσηλευόμενο μπορεί να υπάρξει σε πολλές και διαφορετικές μορφές όπως: κωδικοποιημένες τιμές, κείμενο, εικόνες, πολυμέσα κ.α. (Βαγγελάτος, 2001).

2.3 Η ηλεκτρονική επικοινωνία – Ιατρικός φάκελος υγείας

Η ηλεκτρονική επικοινωνία έχει καταστεί ένα μέσο, γρήγορο και έντονο, στην εποχή της υψηλής τεχνολογίας. Η έκρηξη της πληροφορικής δημιούργησε πολυάριθμους νέους τρόπους επικοινωνίας που κανένας οργανισμός δεν μπορεί να τους αγνοήσει και να μείνει πίσω. Η ανάπτυξη αυτών των εργαλείων βρήκε εφαρμογή και στην ιατρική πληροφορία και είναι σήμερα ένας από τους σημαντικότερους πόρους της ιατρικής επιστήμης.

Η διαχείριση όμως της υγείας και του νέου τρόπου ζωής των ανθρώπων, καλύπτεται σήμερα από τον χώρο της «Ηλεκτρονικής Υγείας», που αφορά ένα φάσμα εργαλείων, το οποίο βασίζεται στις Τεχνολογίες Πληροφοριών και Επικοινωνιών που στοχεύουν σε ένα σύνολο υπηρεσιών διευκόλυνσης της ιατρικής πράξης με ηλεκτρονικά μέσα. Η συνεχής ανάγκη εξέλιξης και εμπλουτισμού των εφαρμογών της «Ηλεκτρονικής Υγείας» δημιούργησε νέες εξειδικευμένες εφαρμογές που τοποθετούνται στα νοσοκομεία ως νέα υποσυστήματα, και βοηθούν στην βελτίωση της πρόληψης, της διάγνωσης, της θεραπείας και γενικότερα την καλύτερη διαχείριση της υγείας και του τρόπου ζωής των ανθρώπων (Αγγελίδης,2011).

Στα πλαίσια των Υπηρεσιών Ηλεκτρονικής Υγείας (eHealth) περιλαμβάνονται:

- Η Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση
- Η Ηλεκτρονική Αποπληρωμή Υπηρεσιών
- Οι Ηλεκτρονικές Προμήθειες
- Οι Υπηρεσίες Τηλεϊατρικής
- Ο Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας
- Οι Εφαρμογές Έξυπνων Καρτών

Μελέτες που έχουν γίνει από το Dorenfest Associates, Chicago, μας πληροφορούν πως τα νοσοκομεία στην Αμερική αυξάνουν τα κονδύλια στις επενδύσεις αυτών των πληροφοριακών συστημάτων. Είναι φανερό πως οι οργανισμοί παροχών υγείας έχουν αντιληφθεί την σπουδαιότητα της Ηλεκτρονικής Υγείας. Όμως κανένα αυτόνομο σύστημα δεν μπορεί να καλύψει όλες τις ανάγκες ενός Νοσοκομείου. Το όφελος από την εφαρμογή ενός πληροφοριακού συστήματος δεν είναι μετρήσιμο, το κόστος όμως είναι συγκεκριμένο. Αυτή η παράμετρος αποτέλεσε σημείο διαμάχης ενάντια στη μηχανογράφηση των πληροφοριών φροντίδας του ασθενή και των νοσηλευτικών λειτουργιών. Η ανάπτυξη και η εφαρμογή της νέας τεχνολογίας όπως τα ασύρματα

τερματικά και οι φορητοί υπολογιστές καταγραφής στα κέντρα νοσηλείας κοστίζουν. (Andeson, 1997).

Είναι προφανές πως τα σύγχρονα Νοσοκομειακά Πληροφορικά Συστήματα συντελούν στην μείωση των γραφειοκρατικών διαδικασιών, στην γρηγορότερη ανταπόκριση στις ανάγκες των ασθενών, στην παροχή ακριβέστερων και βελτιωμένων πληροφοριών, στην σαφή και γρήγορη κοστολόγηση του θεραπευτικού πακέτου, στην καλύτερη ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ της Διοικητικής, της Ιατρικής, της Νοσηλευτικής και της Τεχνικής υπηρεσίας. Γενικότερα συμβάλλει στη μείωση του χρόνου της περιττής και χρονοβόρας γραφειοκρατίας και αυξάνει τον χρόνο που διαθέτει το προσωπικό στην παροχή των υπηρεσιών υγείας.

2.4 Ο παραδοσιακός ιατρικός φάκελος που αποτελεί ένα ιδιαίτερα δυναμικό κομμάτι της ηλεκτρονικής υγείας αντικαταστάθηκε από τον ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας.

«Ο ιατρικός φάκελος (paper-based) είναι η αποθήκη όλων των πληροφοριών στο ιστορικό του ασθενούς. Αποτελεί επομένως τη βάση της διάγνωσης και της θεραπευτικής αντιμετώπισης του πάσχοντος αλλά και τη βάση επιδημιολογικών ερευνών» (Μούτρου, 2006). Εντός του ιατρικού φακέλου αποθηκεύονται πληροφορίες που αφορούν την πορεία του ασθενούς, την προέλευση και την κατάληξη της νόσου, παραπεμπτικά εργαστηριακών εξετάσεων, διαγνώσεις και οτιδήποτε θεωρείται σημαντικό για την κλινική του εικόνα.

Ο ιατρικός φάκελος αντικαταστάθηκε από τον Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας (ΗΦΥ) ο οποίος περιέχει όλα τα ιατρικά δεδομένα του ασθενούς, είναι εύκολα προσβάσιμος καθώς και εξαιρετικά χρήσιμος. Είναι ένα σύστημα ειδικά σχεδιασμένο για την υποστήριξη της απόλυτης διαθεσιμότητας και ακρίβειας όλων των πληροφοριών που αφορούν τον ασθενή και στοχεύει στη βελτίωση της παροχής υγειονομικής περίθαλψης (Ινστιτούτο Ιατρικής των ΗΠΑ «IOM»).

Ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος είναι ιδιαίτερα σημαντικός γιατί είναι ουσιαστικά ο αποδέκτης όλων των εξειδικευμένων εφαρμογών των νοσοκομειακών υποσυστημάτων. Αποτέλεσε ένα σημαντικό βήμα στον τρόπο άσκησης της ιατρικής επιστήμης και βοήθησε στην επίλυση πρακτικών προβλημάτων, όπως η καταγραφή, η ανάκτηση και η διαχείριση πληροφοριών που διευκόλυνε τον χώρο της υγείας σε εθνικό επίπεδο. Πρόκειται για αποθηκευμένες πληροφορίες ψηφιακής μορφής που στοχεύουν στην περίθαλψη, την

έρευνα, την εκπαίδευση, αλλά και την εξασφάλιση της εμπιστευτικότητας (Iakovidis, 1998).

Προβλήματα που σχετίζονται με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής επικοινωνίας αφορούν: την υστέρηση στον τομέα της ασφάλειας εξαιτίας των επιθέσεων και των παρεμβολών, στην υπερφόρτωση των καναλιών από ασύρματες συχνότητες, τη χρηματοδότηση και τη διαλειτουργικότητα καθώς πολλοί γιατροί υποστηρίζουν πως η ηλεκτρονική καταχώρηση δεν αποτελεί ιατρικό έργο αλλά πάρεργο. Η εξέλιξη όμως της τεχνολογίας βοηθά να ξεπεραστούν πολλές δυσλειτουργίες.

Είναι σημαντικό η διάθεση της εκάστοτε πληροφορίας να είναι κατανοητή σε ομοιογενή πληροφοριακά συστήματα και αρχιτεκτονικές επεξεργασίας δεδομένων, ώστε να μην υπάρχει ασυμβατότητα στην διάθεση της πληροφορίας αλλά και της επικοινωνίας.

2.5 Η εφαρμογή του Γραμμικού μοντέλου επικοινωνίας στον χώρο του Νοσοκομείου Φλώρινας, σε συνδυασμό με το Ελικοειδές μοντέλο.

Η επικοινωνία είναι μια διαδικασία θεμελιώδους σημασίας για την επίλυση των προβλημάτων, τη λήψη αποφάσεων, την ομαδική εργασία, την ενδυνάμωση των διαπροσωπικών σχέσεων και γενικά αφορά όλους τους τομείς που απασχολούν τους σύγχρονους οργανισμούς. Είναι προφανές πως τα μοντέλα είναι ατελή εμπεριέχουν υπεραπλουστευμένες και μη έκδηλες υποθέσεις. Δεν υπάρχει κάποιο μοντέλο που είναι απόλυτα κατάλληλο και εφαρμόσιμο για όλους τους σκοπούς και τους στόχους.

Το γραμμικό μοντέλο του Shannon και Weaver είναι το μοντέλο που μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην επικοινωνιακή έρευνα του συγκεκριμένου εργασιακού χώρου, σε συνδυασμό με το ελικοειδές μοντέλο του Dance. Το πρώτο μεν επειδή αναφέρεται στο θόρυβο έναν εξαιρετικά δυσλειτουργικό παράγοντα και το δεύτερο επειδή είναι ένα μοντέλο που κατά βάσει υπενθυμίζει τη δυναμική φύση της επικοινωνίας και της γνώσης.

Στάδιο πρώτο του γραμμικού μοντέλου: Ο συντονισμός των μηνυμάτων, από τους ενδιαφερόμενους δεδομένου ότι ένα άτομο, μια ομάδα ή ένας οργανισμός (αποστολέας) παράγει ένα μήνυμα ή μια αλυσίδα μηνυμάτων και τα μεταβιβάζει στους αντίστοιχους (αποδέκτες). Το μήνυμα θα πρέπει να είναι έτσι διαμορφωμένο ούτως ώστε όταν σταλεί στον αποδέκτη να μπορεί να κατανοηθεί. Αυτή η διαδικασία μετάφρασης του μηνύματος ονομάζεται *κωδικοποίηση* (encoding). Η αποστολή των μηνυμάτων αλλά και η ερμηνεία

τους είναι αποφασιστικής σημασίας. Σημαντικό μέρος του προβλήματος είναι ότι η επικοινωνία εξαρτάται από την αντιληπτική ικανότητα του παραλήπτη. Τα άτομα αντιλαμβάνονται τα σύμβολα διαφορετικά, ανάλογα με τα ενδιαφέροντά τους (Ζαβλανός, 2000).

Στο επόμενο στάδιο της *μετάβασης*: ο αποστολέας διαμορφώνει το μήνυμα και το διαβιβάζει, μέσω ενός ή περισσότερων διαύλων επικοινωνίας (channels of communication). Το μήνυμα θα πρέπει να προσαρμοστεί στο κανάλι, ώστε να φτάσει στον επιθυμητό αποδέκτη. Όποιο κανάλι κι αν ακολουθηθεί, ο στόχος είναι ο ίδιος: το κωδικοποιημένο μήνυμα πρέπει να παραληφθεί από τον αποδέκτη με ακρίβεια.

Στη συνέχεια, μόλις παραληφθεί το μήνυμα, αρχίζει η διαδικασία μετατροπής, *αποκωδικοποίησης* (decoding) στις αρχικές ιδέες του αποστολέα. Η διαδικασία της αποκωδικοποίησης περιλαμβάνει διαφορετικές επί μέρους διαδικασίες που αφορούν την κατανόηση του παραληφθέντος μηνύματος. Ο βαθμός και η ακρίβεια κατανόησης της πληροφορίας είναι οι παράγοντες που καθορίζουν την επιτυχία της επικοινωνίας.

Αναπτύσσοντας το μοντέλο του Shannon και Weaver ο DeFoul συμπλήρωσε τη γραμμικότητά του με ένα ακόμη συστατικό στοιχείο, αυτό της ανάδρασης. Πολύ σημαντική θέση στο μοντέλο του Shannon, κατέχει η *ανατροφοδότηση* (feedback). Κανείς δεν μπορεί να είναι βέβαιος ότι έλαβε χώρα η επικοινωνία αν δεν υπάρχει κάποιο είδος ανατροφοδότησης. Εάν το μήνυμα που παραλήφθηκε, κατανοήθηκε. Τα βήματα της ανατροφοδότησης επίσης περιλαμβάνουν τις δραστηριότητες του παραλήπτη. Το μήνυμα παραλήφθηκε ικανοποιητικά, εάν ο παραλήπτης δράσει, όπως σκόπευε ο αποστολέας.

Τα σύμβολα υπάρχουν μεταξύ των σχέσεων των ανθρώπων. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο μπορούν να χρησιμοποιηθούν και να γίνουν αποτελεσματικές ανταλλαγές μηνυμάτων μεταξύ των δύο πλευρών. Στη διαδικασία μεταφοράς των ιδεών των απόψεων, οι χειρονομίες και οι λέξεις είναι κάτι που επιδέχεται εξάσκηση. Τα άτομα μπορούν να ασκηθούν και να αποκτήσουν δεξιότητες, όπως στη χρήση της γλώσσας. Όσο πιο εύστοχο και σαφές είναι ένα μήνυμα, τόσο καλύτερος είναι ο συντονισμός ανάμεσα σε στελέχη ομάδων ή οργανισμών.

Το μοντέλο της διπλής κατεύθυνσης επικοινωνίας περιλαμβάνει σημαντικά βήματα και το κάθε βήμα υπόκειται σε κάποια παρέμβαση ή *θόρυβο* (noise). Αν και φαίνεται απλή η διαδικασία της επικοινωνίας σπάνια λειτουργεί άψογα. Υπάρχουν πολλοί φραγμοί που

επηρεάζουν την αποτελεσματικότητά της και διαστρεβλώνουν την σαφήνεια ενός μηνύματος. Κάθε σήμα μπορεί να είναι ευπρόσβλητο σε τέτοιο βαθμό που ενδέχεται να καταστραφεί η επικοινωνία. Η έννοια του θορύβου όμως, είναι κάτι προβλέψιμο, που με την αφαίρεση του ή την αφαίρεση του προβλήματος που προκαλεί θόρυβο, επιτυγχάνεται καλή επικοινωνία (GREENBERG και BARON 2013).

Ο σημαντικότερος λόγος που αποτυγχάνει η επικοινωνία είναι η αδυναμία των επικοινωνητών να αντιληφθούν ότι το αποστελλόμενο και το παραλαμβανόμενο σήμα δεν είναι πάντα ταυτόσημα.

Το ελικοειδές μοντέλο του Dance παρουσιάζει ενδιαφέρον επειδή τονίζει τη δυναμική φύση της επικοινωνίας καθώς κινείται προς τα εμπρός και είναι συνεχής. Ο έλικας αναπαριστά τον τρόπο κατά τον οποίο μεταβάλλονται διαφορετικές πλευρές της επικοινωνιακής διαδικασίας με το πέρασμα του χρόνου. Το σχήμα του έλικα μεταβάλλεται ανάλογα με τις καταστάσεις και τα άτομα, ή με το εύρος του επιπέδου των γνώσεων των ατόμων. Ο έλικας διευρύνεται πάρα πολύ λόγω της προηγούμενης γνώσης που κατέχουν κάποια άτομα, ενώ για άλλους που έχουν περιορισμένη γνώση ο έλικας αναπτύσσεται λίγο. Επίσης το ελικοειδές μοντέλο μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να αποσαφηνίσει τα κενά της πληροφόρησης και της γνώσης.

Ο Tichenor το 1970 υποστηρίζει ότι όταν η ροή της πληροφόρησης σε ένα κοινωνικό σύστημα αυξάνεται, οι περισσότερο μορφωμένοι που έχουν υψηλότερη κοινωνικοοικονομική θέση θα μπορούν να απορροφήσουν την πληροφόρηση καλύτερα από ότι οι λιγότερο μορφωμένοι οι οποίοι βρίσκονται σε χαμηλότερη κοινωνική θέση. Επομένως ο αυξανόμενος όγκος της πληροφόρησης έχει ως αποτέλεσμα τη διεύρυνση του κενού γνώσης αντί τη μείωσή του (Κουέλ 2001,σελ 163).

Οι Οργανισμοί και στην συγκεκριμένη περίπτωση το Νοσοκομείο δεν είναι ή δεν θα πρέπει να είναι μια τυχαία συλλογή ανθρώπων, αλλά ένας με νόημα συνδυασμός ατόμων και ομάδων που συνεργάζονται μεταξύ τους. Σκοπός αυτής της συνεργασίας είναι ανάπτυξη μιας θεραπευτικής σχέσης των επαγγελματιών υγείας με τον ασθενή. Η πραγμάτωση αυτού του στόχου απαιτεί μια κουλτούρα εργασιακού πλαισίου, η οποία ενθαρρύνει τον κάθε εργαζόμενο ώστε να είναι δημιουργικός, ενεργός και ικανός να μοιράζεται κοινές αξίες και στόχους για την επίτευξη των οργανωτικών απαιτήσεων. Δεν μπορεί σ' αυτό το σημείο να παραγνωριστεί η βαρύτητα και ο ρόλος της οργανωσιακής

δομής, ως μεθόδου σύμφωνα με την οποία τα άτομα και οι ομάδες διευθετούνται σύμφωνα με τα καθήκοντα που ασκούν. Στο κεφάλαιο που ακολουθεί γίνεται αναφορά στην οργανωσιακή δομή και στην αναπαράσταση της εσωτερικής δομής του Γ.Ν Φλώρινας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3⁰

3.1 Η επικοινωνία σε σχέση με την Οργανωσιακή δομή του Νοσοκομείου:

Ένας πολύ σημαντικός παράγοντας που παίζει ιδιαίτερο ρόλο στην επικοινωνία μεταξύ των εργαζομένων, είναι το μέγεθος ενός οργανισμού. Η τιμή του μεγέθους, προσδιορίζεται ως προς την έκταση που καταλαμβάνει και ως προς το εργατικό δυναμικό που απασχολεί ο οργανισμός. Είναι φανερό ότι το μέγεθος αυτού προσδιορίζει την επικοινωνία μεταξύ των εργαζομένων, τη διαίρεση των τμημάτων, αλλά και την εξειδίκευση της εργασίας. Κάθε αρχιτεκτονικό οικοδόμημα αποτελείται από διάφορα τμήματα τα οποία είναι συνδεδεμένα μεταξύ τους ως μια ολότητα για την υλοποίηση κοινών στόχων και σκοπών. Η αποτελεσματικότητα όμως ενός οργανισμού δεν εξασφαλίζεται μόνο από τη διάρθρωση των μερών που τον συνθέτουν, αλλά είναι αναγκαίος ο σαφής καθορισμός των ρόλων μεταξύ των διαφόρων συμπλεγμάτων και των μεταξύ τους συνδέσεων (Miller, 1987)

Ωστόσο ο σχεδιασμός των λειτουργιών από τις οποίες αποτελείται ένας οργανισμός εκφράζει τη διαδικασία διαμόρφωσης των οργανωτικών και επικοινωνιακών του δομών, που μπορεί να αναπαρασταθεί με το σχήμα ενός διαγράμματος, που έχει καταχωρηθεί ως οργανωσιακό διάγραμμα (organization chart). Ουσιαστικά ένα οργανωσιακό διάγραμμα μπορεί να θεωρηθεί η αναπαράσταση της εσωτερικής δομής ενός οργανισμού. Η χρήση των οργανωσιακών διαγραμμάτων αποσκοπούν στην αποφυγή συγχυτικών φαινομένων που αφορούν τις σχέσεις μεταξύ των τμημάτων, τον καθορισμό καθηκόντων και γενικότερα τις διάφορες λειτουργίες (Μπουραντάς, 1998).

3.2 Ο οργανωτικός σχεδιασμός και οι βασικές του διαστάσεις.

Οι βασικές διαστάσεις του οργανωτικού σχεδιασμού είναι δύο: η πρώτη αφορά τη *δομική* διάσταση και η δεύτερη τη *λειτουργική* διάσταση. Η προσέγγιση ενός οργανωσιακού διαγράμματος ουσιαστικά μας παρέχει πληροφορίες για τις υποχρεωτικές εργασίες που εκτελούνται εντός του οργανισμού και τις μεταξύ τους επίσημες γραμμές εξουσίας. Η προσέγγιση της οργάνωσης (δομική διάσταση) περιλαμβάνει πέντε παραμέτρους:

- *Ιεραρχία της εξουσίας*: Το οργανωσιακό διάγραμμα απεικονίζει τον σχεδιασμό των θέσεων εργασίας και δίνει πληροφορίες που εκφράζουν ένα σύνολο καθηκόντων ή ρόλων, που ουσιαστικά αφορά την διαίρεση του συνολικού έργου σε επιμέρους έργα. Δίνει μια σαφή εικόνα για τα επίπεδα ιεράρχησης της εξουσίας και για το

ποιος δίνει αναφορά σε ποιόν. Αυτή η διαδικασία ονομάζεται ιεραρχία της εξουσίας (hierarchy of authority). Η ανοδική οργανωσιακή ιεραρχία θεωρείται *κάθετη* όταν διαθέτει πολλά επίπεδα ενώ η δομή θεωρείται *οριζόντια* όταν τα επίπεδα είναι λίγα. Πολλοί είναι οι οργανισμοί που προχωρούν στην αναδιάρθρωση του προσωπικού και προτιμούν την οριζόντια δομή για να μειώσουν τα έξοδα που έχει η κάθετη ιεραρχία (Hendricks, 1992).

- Τμηματοποίηση εργασίας: Ο επιμερισμός των καθηκόντων και η ομαδοποίηση των θέσεων εργασίας σε τμήματα, έχουν ως στόχο την ενιαία διοίκηση του εργατικού δυναμικού, αλλά και το συντονισμό των τμημάτων όπου ασκούνται εξειδικευμένες εργασίες. Η διαδικασία αυτή είναι γνωστή ως *κατάτμηση εργασίας*
- Το οργανωσιακό διάγραμμα καθορίζει το εύρος της διοίκησης. Υπάρχει διάκριση μεταξύ των θέσεων γραμμής (line positions) που καταλαμβάνονται από άτομα τα οποία παίρνουν αποφάσεις και κατέχουν διοικητικές θέσεις και των υφισταμένων θέσεων (staff positions). Σαφώς γίνεται και ο καθορισμός και των ιεραρχικών επιπέδων του οργανισμού.
- Καθοδική ανάθεση εξουσίας. Οι αποφάσεις που αφορούν την καθημερινή λειτουργία ενός οργανισμού προωθούν την οργανωσιακή ιεραρχία στα κατώτερα επίπεδα, δίνοντας έτσι την δυνατότητα σε εργαζόμενους που επηρεάζονται περισσότερο να συμμετέχουν στη λήψη τους. Αυτή η διαδικασία της ανάθεσης εξουσίας από τα ιεραρχικά υψηλότερα επίπεδα στα πιο χαμηλά είναι γνωστή ως *αποκέντρωση* (decentralization). Και βέβαια είναι αντίθετη της *συγκεντρωτικής* τάσης των λίγων και ισχυρών ατόμων της εξουσίας (Chandler, 1950).
- Βασικοί μηχανισμοί διάρθρωσης του οργανισμού: Ανάλογα με τις λειτουργίες που επιτελούνται σε έναν οργανισμό γίνεται η διαμόρφωση και ο συντονισμός των τμημάτων (τμηματοποίηση) όχι μόνο ως προς τη λειτουργία αλλά και ως προς τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Η τμηματοποίηση περιλαμβάνει τις διάφορες θέσεις εργασίας, τα ιεραρχικά επίπεδα, αλλά και τη διάσπαση του οργανισμού σε διάφορα μέρη με συνοχή, ώστε να εξασφαλίζεται ένας λειτουργικός οργανισμός.

Αυτά είναι τα πέντε κύρια στοιχεία που αφορούν την οργανωσιακή δομή. Η δεύτερη παράμετρος αναφέρεται στην *λειτουργική διάσταση* που περιλαμβάνει τον καθορισμό των διαδικασιών και των κανονισμών που ρυθμίζουν τη λειτουργία του οργανισμού, αλλά αφορά και τη συμπεριφορά των ατόμων, την έκβαση των εργασιών, τη ροή των πληροφοριών και γενικά την πορεία των προς αποπεράτωση εργασιών. Ουσιαστικά ο

λειτουργικός οργανισμός (functional organization) διαχωρίζει τους εργαζόμενους σε τμήματα, ανάλογα με τη φύση των εργασιών που ασκούν. Αποτέλεσμα αυτής της τμηματοποίησης και εξειδίκευσης του προσωπικού είναι ότι ενθαρρύνονται οι ξεχωριστές ομάδες ώστε να αναπτύξουν τις δικές τους περιορισμένες προοπτικές, αγνοώντας τους γενικούς οργανωσιακούς στόχους. Έτσι καθώς οι ατομικές προσπάθειες διοχετεύονται σε στενούς λειτουργικούς τομείς, αποθαρρύνεται η ανταλλαγή ιδεών και ο συντονισμός μεταξύ των τμημάτων. Σημαντικό είναι να αναφερθεί σ' αυτό το σημείο πως οι οργανισμοί λειτουργούν μέσα σε ένα συνεχώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον. Επομένως οι σχεδιασμοί τους θα πρέπει να μεταβάλλονται κι αυτοί, ανάλογα με το κλίμα που επικρατεί. Ένας ανεπαρκής και μη ευέλικτος οργανισμός δεν είναι βιώσιμος (Μπουραντάς, 1998).

Στην υφιστάμενη μελέτη περίπτωσης για να γίνει πιο κατανοητή η επικοινωνιακή διαδικασία, παραθέτω τα στοιχεία του ισχύοντος οργανισμού του εν λόγω νοσοκομείου, καθώς και το συγκρότημα των κτιριακών εγκαταστάσεων.

3.3 ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ – ΕΠΩΝΥΜΙΑ – ΕΔΡΑ – ΣΦΡΑΓΙΔΑ 1. Το Γ.Ν. Φλώρινας «ΕΛΕΝΗ Θ. ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ» που υπάγεται στις διατάξεις του Ν.Δ. 2592/1953 «Περί οργανώσεως της Ιατρικής Αντίληψης» (ΦΕΚ 254/Α'), σύμφωνα με το άρθρο 7 του Ν. 3329/2005 (ΦΕΚ 81/Α'), όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει, αποτελεί Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ) το οποίο υπόκειται στον έλεγχο και την εποπτεία του Διοικητή της 3ης Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας διέπεται από τις διατάξεις του εν λόγω νόμου και φέρει την επωνυμία Γ.Ν. Φλώρινας «ΕΛΕΝΗ Θ. ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ». 2. Έδρα του Νοσοκομείου είναι η πόλη της Φλώρινας. 3. Το Νοσοκομείο έχει δική του σφραγίδα στρογγυλή, η οποία αποτελείται από τρεις επάλληλους ομόκεντρους κύκλους, ως εξής: εσωτ. κύκλος: Έμβλημα της Ελληνικής Δημοκρατίας, ενδιάμεσος κύκλος: Διοίκηση 3ης Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας – Γενικό Νοσοκομείο Φλώρινας «ΕΛΕΝΗ Θ. ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ», Εξωτ. κύκλος: ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ. 4. Έδρα του Κέντρου Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης είναι το Αμύνταιο του Ν. Φλώρινας. 5. Το ΚΕΦΙΑΠ βρίσκεται σε άμεση επιστημονική, νοσηλευτική, εκπαιδευτική και λειτουργική σύνδεση με το Γ.Ν. Φλώρινας στο οποίο υπάγεται οργανικά και διοικητικά. Επίσης βρίσκεται σε άμεση επιστημονική και εκπαιδευτική διασύνδεση με όλα τα Κέντρα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης της χώρας, καθώς και με το

Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης, **ΣΚΟΠΟΣ 1.** Σκοπός του Νοσοκομείου είναι: α. Η παροχή Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας στο πληθυσμό ευθύνης της Διοίκησης 3ης Υ.ΠΕ. Μακεδονίας, καθώς και σε ασθενείς που παραπέμπονται από άλλες Υ.ΠΕ. Η φροντίδα υγείας παρέχεται ισότιμα σε κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, σύμφωνα με τους κανόνες του Εθνικού Συστήματος Υγείας και της Κοινωνικής Ασφάλισης. β. Η ειδίκευση, η συνεχής εκπαίδευση και η επιμόρφωση ιατρών, νοσηλευτών και άλλων επαγγελματιών υγείας, με την ανάπτυξη και εφαρμογή ανάλογων εκπαιδευτικών προγραμμάτων. γ. Η ανάπτυξη και προαγωγή της έρευνας στον τομέα της υγείας. Στην κατεύθυνση αυτή εφαρμόζει και αναπτύσσει ερευνητικά προγράμματα και συνεργάζεται με άλλους συναφείς φορείς, καθώς και διεθνείς οργανισμούς, επιστημονικά και ερευνητικά κέντρα. δ. Η συνεργασία με τα νοσηλευτικά ιδρύματα και άλλες μονάδες υγείας της υγειονομικής περιφέρειας για την ανάπτυξη και αναβάθμιση συνολικά της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και ειδικότερα σε ότι αφορά την εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων, καθώς και ειδικών προγραμμάτων μελέτης και αξιολόγησης θεμάτων, που αφορούν το χώρο της υγείας στη Διοίκηση της 3ης Υ.ΠΕ. Μακεδονίας. ε. Η εφαρμογή νέων μεθόδων και μορφών περίθαλψης, με στόχο την αποτελεσματική προώθηση της υγείας των πολιτών. στ. Η ανάπτυξη διαδικασιών που διευκολύνουν τους στρατηγικούς στόχους που τίθενται από το Υπουργείο Υγείας, τη Διοίκηση της 3ης Υ.ΠΕ. Μακεδονίας και το Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου.

2. Σκοπός του ΚΕΦΙΑΠ είναι: Σκοπός του Κέντρου Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης είναι η παροχή υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό ευθύνης της 3ης ΥΠΕ Μακεδονίας, καθώς και σε ασθενείς που παραπέμπονται από άλλες ΥΠΕ και συγκεκριμένα σε Άτομα με σωματική αναπηρία, οι οποίοι πάσχουν από παθήσεις του μυϊκού, νευρικού, κυκλοφορικού, ερειστικού, αναπνευστικού συστήματος και άτομα όλων των ηλικιών με κινητικά ή νοητικά προβλήματα, αυτισμό, αισθητηριακές ή και πολλαπλές αναπηρίες. Η πρόωμη διάγνωση, αξιολόγηση και θεραπεία αποκατάστασης, η ψυχολογική, κοινωνική και συμβουλευτική υποστήριξη, η ενημέρωση των Ατόμων με Αναπηρία και των οικογενειών τους, η προεπαγγελματική και επαγγελματική κατάρτιση των Ατόμων με Αναπηρίες, η λειτουργική τους αποκατάσταση, η υποστήριξη για ένταξή τους στον κοινωνικό ιστό, η συνεργασία με τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας σε τοπικό επίπεδο για το συντονισμό της δράσης τους, ιδίως: α. Η παροχή υπηρεσιών αποκατάστασης με την εφαρμογή των πλέον σύγχρονων

παροχών σε επίπεδο ποιότητας νοσηλείας, διαγνωστικών και θεραπευτικών τεχνικών, νέων τεχνολογιών, έρευνας και εκπαίδευσης στον τομέα της Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης και Κοινωνικής Αποκατάστασης. β. Η εξυπηρέτηση ασθενών με οργανικό και λειτουργικό έλλειμμα μετά από πάθηση συγγενή ή επίκτητο ή τραυματισμό του νευρικού, μυοσκελετικού, καρδιοαναπνευστικού, ουρογεννητικού συστήματος ή πολυσυστηματική βλάβη και εφαρμογή διαγνωστικών και θεραπευτικών τεχνικών από την πρόωπη και υποξεία φάση μέχρι την αποθεραπεία και την κοινωνική επανένταξη. γ. Η παροχή όλων των απαραίτητων ιατρικών και κοινωνικών υπηρεσιών στον πάσχοντα πολίτη που χρήζει αποκατάστασης ώστε να κατευθύνει τη διαδικασία ανάρρωσής του, να ενισχύσει τις λειτουργικές ικανότητές του, να υποκαταστήσει τις χαμένες λειτουργίες του και με τη βοήθεια της κατάλληλης υποστηρικτικής τεχνολογίας, να προάγει τη λειτουργική αυτονομία και να συνδράμει στην οικογενειακή και επαγγελματική επανένταξη του πολίτη με αναπηρία παρεμβαίνοντας κατάλληλα στη διαμόρφωση των συνθηκών του περιβάλλοντος του. δ. Η προώθηση των ενεργειών για την εκπαίδευση του ιατρικού και λοιπού προσωπικού και ενέργειες για την ανάπτυξη της έρευνας, καθώς και καινοτόμων πρωτοποριακών εφαρμογών. Η ενημέρωση και εκπαίδευση του πληθυσμού της περιοχής για θέματα πρόληψης αναπνευστικών, μυοσκελετικών και νευρολογικών διαταραχών

3.4 ΟΡΓΑΝΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

Τα όργανα διοίκησης του Νοσοκομείου είναι: 1. Το Διοικητικό Συμβούλιο. 2. Ο Διοικητής του Νοσοκομείου. Τα ανωτέρω όργανα διέπονται από τις διατάξεις του άρθρου 7 του Ν. 3329/2005, όπως ισχύει. 3. Ο Υποδιοικητής του άρθρου 15 του Ν. 4025/11.

3.5 ΔΥΝΑΜΗ ΚΛΙΝΩΝ

Η συνολική δύναμη του Γ.Ν. Φλώρινας «ΕΛΕΝΗ Θ. ΔΗ- ΜΗΤΡΙΟΥ» ορίζεται σε εκατόν σαράντα (140) οργανικές κλίνες, εκ των οποίων οι τριάντα (30) ανήκουν στο ΚΕΦΙΑΠ.

3.6 ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

1. Το Νοσοκομείο απαρτίζεται από τις ακόλουθες Υπηρεσίες, Αυτοτελές Τμήμα και Ειδικό Γραφείο: Α. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ α. Ιατρική β. Νοσηλευτική γ. Διοικητική – Οικονομική

B. ΑΥΤΟΤΕΛΕΣ ΤΜΗΜΑ Οργάνωσης και Πληροφορικής **Γ. ΕΙΔΙΚΟ ΓΡΑΦΕΙΟ** Υποστήριξης Πολίτη 2. Κάθε Υπηρεσία, Αυτοτελές Τμήμα και Ειδικό Γραφείο έχει τη δική του ιεραρχική διάρθρωση και συγκρότηση. Το Αυτοτελές Τμήμα και το Ειδικό Γραφείο υπάγονται απευθείας στο Διοικητή του Νοσοκομείου.

3.7 ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ 1. Η Ιατρική Υπηρεσία του Γ.Ν. Φλώρινας «ΕΛΕΝΗ Θ. ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ» αποτελεί Διεύθυνση και διαρθρώνεται σε Τομείς, στους οποίους λειτουργούν Τμήματα κατά ειδικότητα, Μονάδες καθώς και Διατομεακά και λοιπά Τμήματα, ως εξής: Α. ΤΟΜΕΙΣ α) Παθολογικός Τομέας με δυναμικότητα 51 κλινών β) Χειρουργικός Τομέας με δυναμικότητα 51 κλινών γ) Εργαστηριακός Τομέας. Κάθε Τομέας διαρθρώνεται σε Τμήματα και Μονάδες ως εξής: α) Παθολογικός Τομέας Η ανωτέρω Ειδική Μονάδα δεν είναι αυτόνομη και λειτουργεί στα πλαίσια του αντίστοιχου Ιατρικού Τμήματος. β) Χειρουργικός Τομέας

Β.ΔΙΑΤΟΜΕΑΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ με δυναμικότητα 38 κλινών 1. Βραχείας Νοσηλείας 2. Επειγόντων Περιστατικών 3. Κέντρο Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης (ΚΕ- ΦΙΑΠ) Δ.

ΛΟΙΠΑ ΤΜΗΜΑΤΑ • Παραϊατρικού Προσωπικού • Κοινωνικής Εργασίας • Διαιτολογίας – Διατροφής 2. Οι κενές κλίνες των Τμημάτων του κάθε Τομέα χρησιμοποιούνται για την εξυπηρέτηση ασθενών και άλλων Τμημάτων άλλου Τομέα, μετά από εισηγήσεις του Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας και την τελική απόφαση του Διοικητή. 3. Στους Τομείς λειτουργούν τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία αντίστοιχων ειδικοτήτων με τις ειδικότητες των γιατρών που υπηρετούν. Ο αριθμός των εξωτερικών ιατρείων για κάθε ειδικότητα καθορίζεται με αποφάσεις του Διοικητή, ύστερα από εισήγηση του Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας.

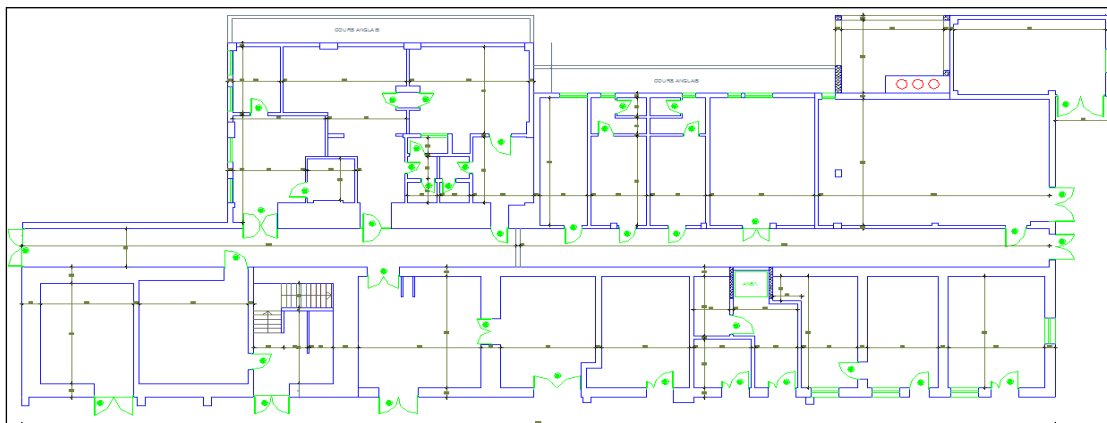
3.8 ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ 1. Η Νοσηλευτική Υπηρεσία αποτελεί Διεύθυνση και διαρθρώνεται σε (6) Τμήματα που καλύπτουν τα Τμήματα, όλων των Τομέων της Ιατρικής Υπηρεσίας, τα Διατομεακά Τμήματα καθώς και τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία. 2. Στο Νοσοκομείο συνιστάται Νοσηλευτική Επιτροπή κατά τα οριζόμενα στις διατάξεις του άρθρου 115 του Ν. 2071/92 όπως ισχύει η οποία αποτελείται από: Α. Τον/ην Προϊστάμενο/η της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, ως Πρόεδρο. Β. Ένα (1) Προϊστάμενο Τμήματος. Γ. Ένα (1) νοσηλευτή τμήματος.

3.9 ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ – ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

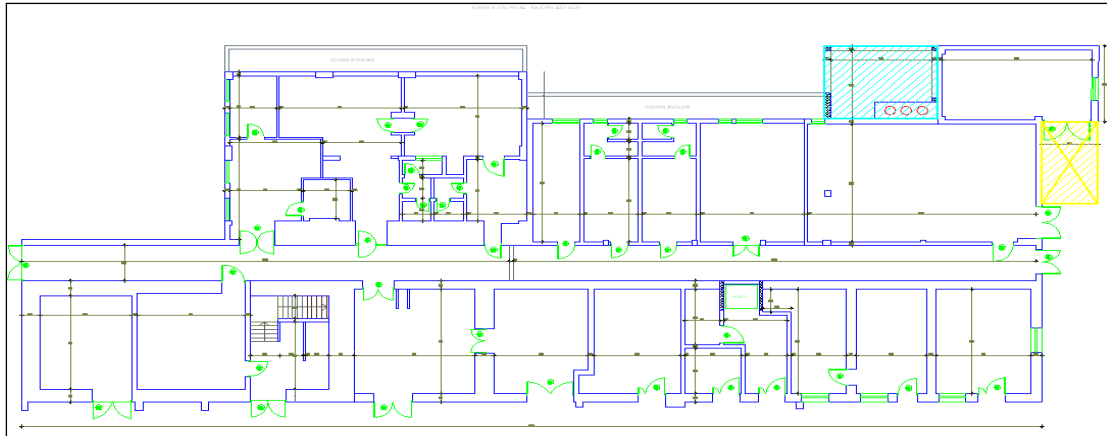
1. Η Διοικητική – Οικονομική Υπηρεσία αποτελεί Διεύθυνση και διαρθρώνεται σε δύο (2) Υποδιευθύνσεις ως ακολούθως: α) Υποδιεύθυνση Διοικητικού – Οικονομικού β) Υποδιεύθυνση Τεχνικού 2. Κάθε Υποδιεύθυνση διαρθρώνεται σε Τμήματα ως ακολούθως: α) Υποδιεύθυνση Διοικητικού – Οικονομικού Τμήματα: 1. Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού 2. Γραμματείας 3. Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρείων, Επειγόντων Περιστατικών και ΚΕΦΙΑΠ 4. Κίνησης Ασθενών 5. Οικονομικού 6. Επιστασίας Ιματισμού β) Υποδιεύθυνση Τεχνικού Τμήματα: 1. Βιοϊατρικής Τεχνολογίας 2. Τεχνικού. (Εφημ. της Κυβερνήσεως, Τεύχος δεύτερο, 2012)

3.10 Περιγραφή κτιρίων

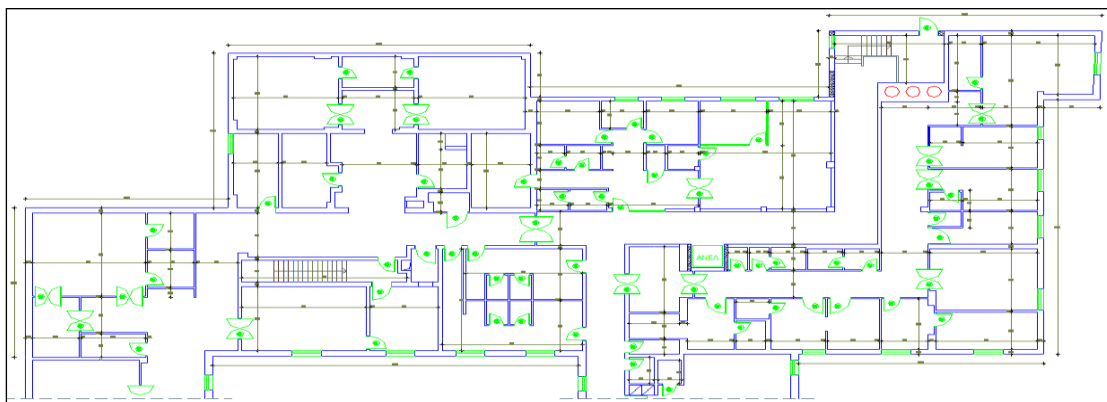
Το κεντρικό κτιριακό συγκρότημα του νοσοκομείου αποτελείται από πέντε δομικά ανεξάρτητα κτίρια. Αυτά έχουν κατασκευασθεί σε διαφορετικές χρονικές περιόδους με ανεξάρτητους φέροντες οργανισμούς, όμως σε συγκεκριμένα σημεία έχουν συνδεθεί εσωτερικά με διαδρόμους και έτσι αποτελούν το ενιαίο λειτουργικά κεντρικό κτιριακό συγκρότημα του νοσοκομείου. Για τη διευκόλυνση της καταγραφής των κατασκευών, το ενιαίο κεντρικό κτιριακό συγκρότημα χωρίστηκε στις παρακάτω πτέρυγες:



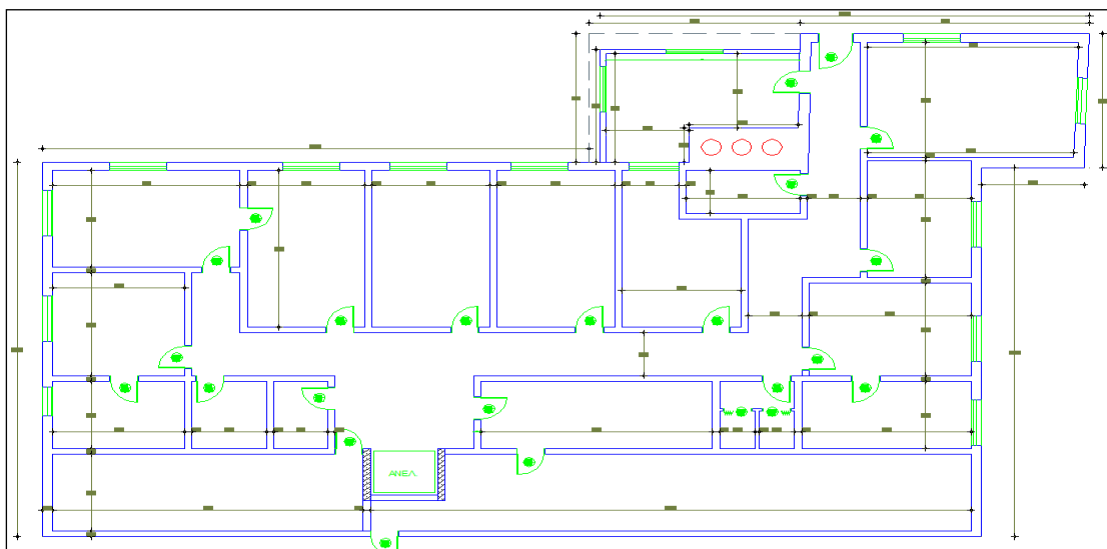
Εικόνα 1:Κάτοψη Ισογείου Πτέρυγας Α



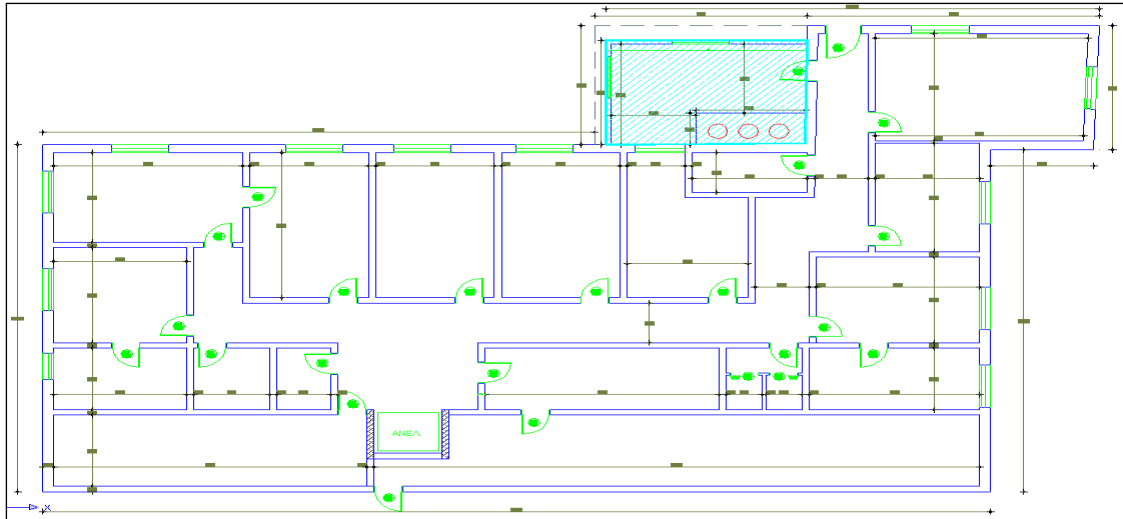
Εικόνα 1.1:Κάτοψη Ισογείου Πτέρυγας Α (Σκιαγραφημένες οι αυθαίρετες κατασκευές)



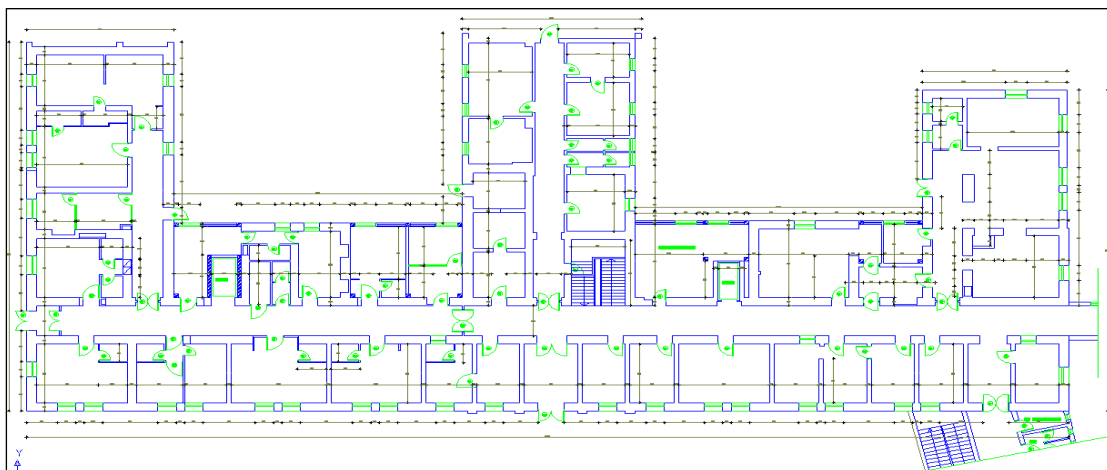
Εικόνα 2:Κάτοψη α' ορόφου Πτέρυγας Α



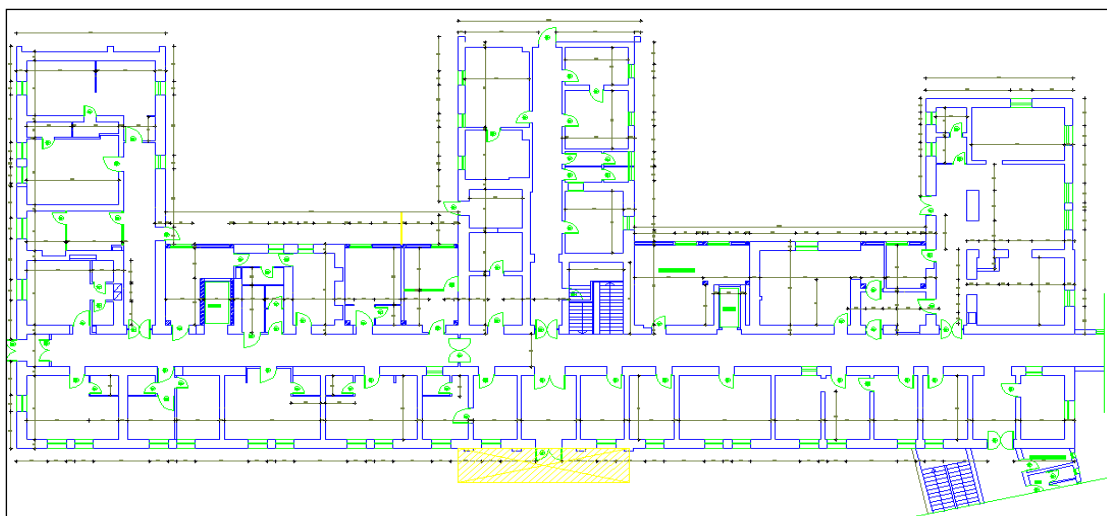
Εικόνα 3:Κάτοψη β' ορόφου Πτέρυγας Α



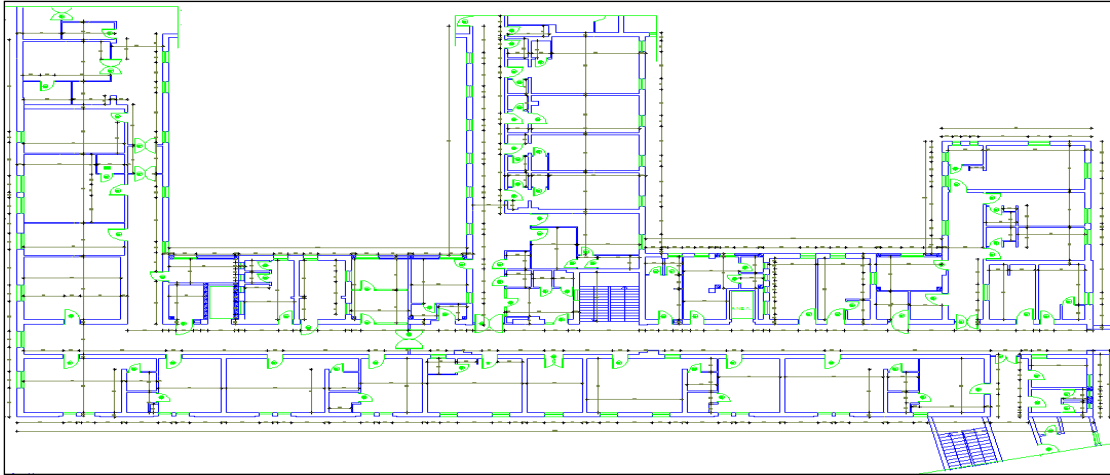
Εικόνα 3.1:Κάτοψη β' ορόφου Πτέρυγας Α (Σκιαγραφημένες οι αυθαίρετες κατασκευές)



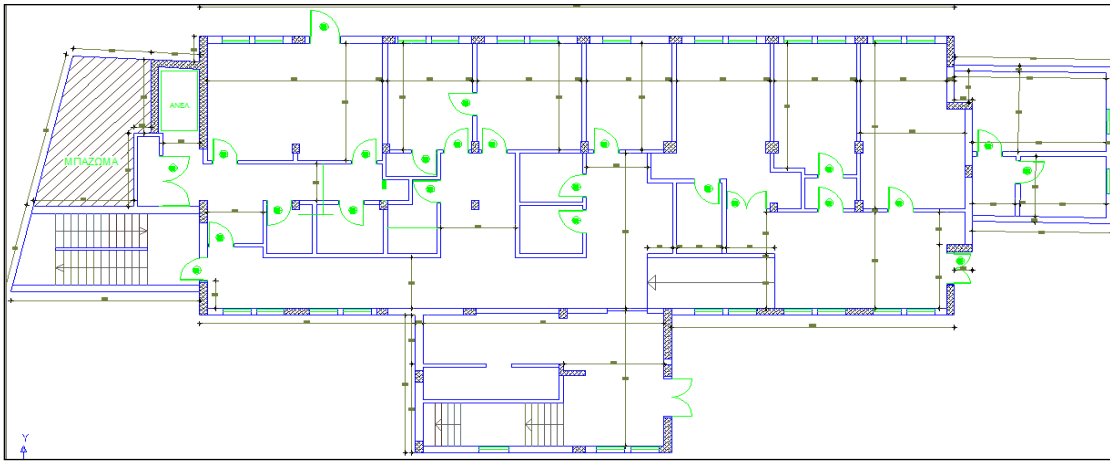
Εικόνα 4:Κάτοψη Ισογείου Πτέρυγας Β



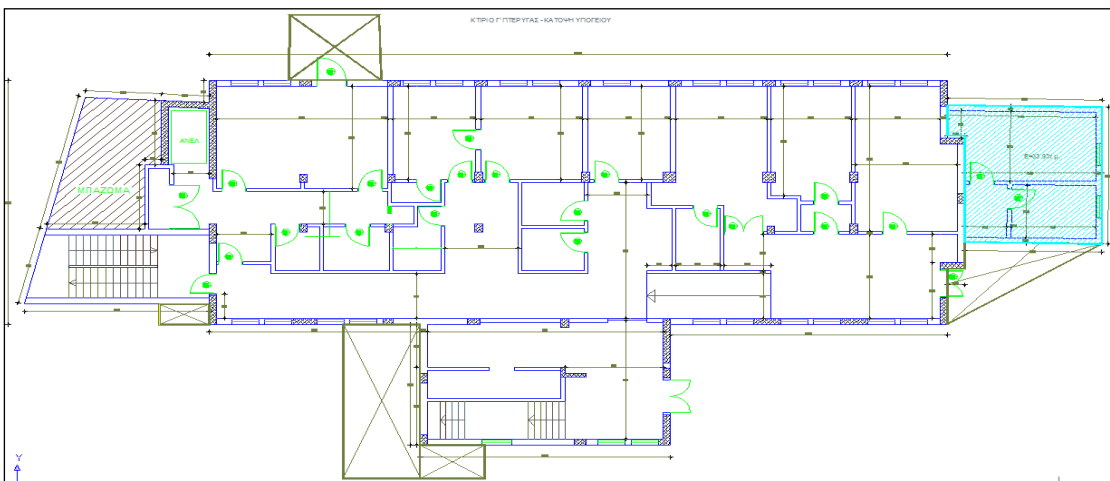
Εικόνα 4.1:Κάτοψη Ισογείου Πτέρυγας Β (Σκιαγραφημένες οι αυθαίρετες κατασκευές)



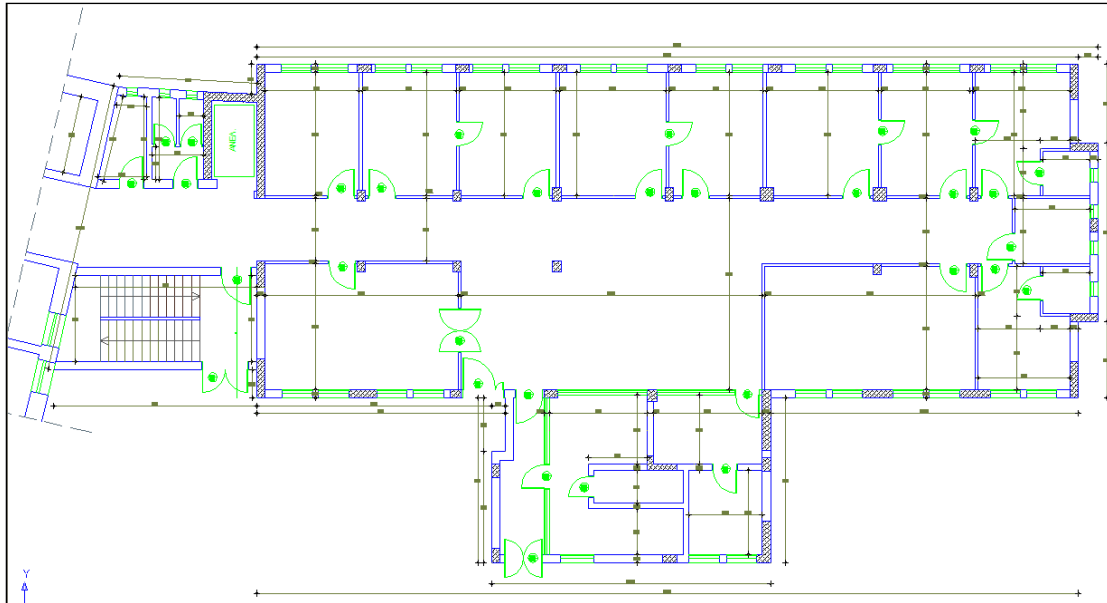
Εικόνα 5: Κάτοψη α΄ ορόφου Πτέρυγας Β



Εικόνα 6: Κάτοψη Υπογείου Πτέρυγας Γ



Εικόνα 6.1: Κάτοψη Υπογείου Πτέρυγας Γ (Σκιαγραφημένες οι αυθαίρετες κατασκευές)



Εικόνα 7: Κάτοψη Ισογείου Πτέρυγας Γ

Κατά τη διάρκεια 2000-2002, πραγματοποιήθηκε έλεγχος για την σύνταξη τοπογραφικού διαγράμματος, όπου εντοπιστήκαν αυθαίρετες κατασκευές. Η αναγκαιότητα των κατασκευών αυτών είναι καθαρά λειτουργικής φύσεως, αφού η χρήση τους κρίνεται απαραίτητη για την επικοινωνία μεταξύ των τμημάτων του νοσοκομείου, και πιο συγκεκριμένα σε περιπτώσεις αντιμετώπισης επειγόντων περιστατικών όπως έμφραγμα του μυοκαρδίου, αιμορραγία, έκτακτα περιστατικά (π.χ. τροχαίο ατύχημα). Στην προσπάθεια να δημιουργηθεί ένα δίκτυο διασύνδεσης των ανεξάρτητων κτιρίων του νοσοκομείου Φλώρινας, οι πτέρυγες ενωθήκαν με εσωτερικούς διαδρόμους σε διάφορες χρονικές περιόδους. Απώτερος σκοπός αυτής της προσπάθειας ήταν να δημιουργηθεί ένα ενιαίο οικοδόμημα, το οποίο συγχρόνως όμως τα διάφορα τμήματα που το αποτελούν να είναι ανεξάρτητα, αυτοτελή και αυτόνομα υπό την καθοδήγηση μιας ενιαίας επιστημονικής και διοικητικής εποπτείας. Οι λόγοι αυτής της προσπάθειας ήταν πολλοί. Κυριότερος όλων όμως, είναι η αποφυγή των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων, αλλά και των ατυχημάτων σε περίπτωση εκτάκτων αναγκών όπως πυρκαγιάς, να μπορεί να απομονωθεί μια πτέρυγα.

Ο απώτερος σκοπός κάθε οργανισμού ή επιχείρησης είναι ότι το παραγόμενο αγαθό και εν προκειμένω η παροχή υπηρεσιών υγείας πρέπει να ανταποκρίνεται στις προσδοκίες και απαιτήσεις των καταναλωτών – ασθενών. Η επίτευξη αυτού του στόχου είναι μείζονος σημασίας για τη βιωσιμότητα, τον εκσυγχρονισμό και την ανταγωνιστικότητα σε ένα

σύγχρονο περιβάλλον ποιότητας. Η δημιουργία βέβαια ενός περιβάλλοντος ποιότητας αποσκοπεί αφενός στην αύξηση της παραγωγικότητας και αφετέρου στη βελτίωση της ποιότητας των παραγόμενων αγαθών μέσω της υποκίνησης και της αξιοποίησης της δημιουργικότητας των εργαζομένων (Στετακάκης και Κωφίδης, 2016).

Σαφώς καθοριστικός παράγων για την πραγμάτωση όλων αυτών των στόχων είναι η καλή επικοινωνία που συντελεί στην αύξηση της ταχύτητας και της ακρίβειας των διακινούμενων πληροφοριών. Σε κάθε περίπτωση η ποιότητα επηρεάζει την ανταγωνιστικότητα η οποία είναι μια πολυδιάστατη έννοια που συμπεριλαμβάνει μεταξύ άλλων, ποικίλους συντελεστές που σχετίζονται με την επιστήμη, την τεχνολογία, την οικονομία, ακόμη και με την εκάστοτε κυβερνητική πολιτική.

Συμπερασματικά, εκτός από τις επικοινωνιακές ικανότητες που θα πρέπει να διαθέτουν οι εργαζόμενοι σε έναν τόσο ευαίσθητο χώρο, και οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να διαθέτουν υψηλές γνωστικές δεξιότητες και ικανότητες όπως αντοχή, δύναμη, ταχύτητα, διαύγεια. Τέλος, θα πρέπει να τονιστεί ότι, η αλληλοεπίδραση των τμημάτων στο χώρο του νοσοκομείου, εξαρτάται άμεσα και καθορίζεται από τις ιατρικές και νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση του εκάστοτε επείγοντος περιστατικού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1 Η φύση της Οργανωσιακής Συμπεριφοράς στις οργανώσεις:

Ως δομημένα κοινωνικά συστήματα οι οργανισμοί αποτελούνται από άτομα και ομάδες που εργάζονται από κοινού για την επίτευξη προσυμφωνημένων κοινών στόχων. Η οργανωσιακή συμπεριφορά εξετάζει την ανθρώπινη συμπεριφορά στους οργανισμούς με τη μελέτη των οργανωσιακών διεργασιών, σε ατομικό και ομαδικό επίπεδο. Ο κοινωνικός ιστός που δημιουργείται εντός των οργανωσιακών πλαισίων έχει να κάνει με τις σχέσεις μεταξύ των ομάδων αλλά και με τις σχέσεις μεταξύ των ατόμων. Αυτού του είδους οι σχέσεις προσφέρουν σαφή ένδειξη, πως για να κατανοηθεί και να ερμηνευτεί, ως σύγχρονος επιστημονικός κλάδος η οργανωσιακή συμπεριφορά, απαραίτητη προϋπόθεση είναι η σύνδεσή της με τις διάφορες κοινωνικοπολιτικές, οικονομικές τάσεις και επιρροές που διαμορφώνουν ένα ποιοτικό περιβάλλον (Παπαστάμου 1999).

Οι παράμετροι που οδήγησαν στην διαμόρφωση και τις απαιτήσεις της σημερινής οργανωσιακής συμπεριφοράς σχετίζονται με τις οικονομικές, πολιτισμικές και κοινωνικές επιρροές, Αυτές είναι: α) η αλλαγή του χαρακτήρα των επιχειρήσεων και η αύξηση της πολιτισμικής ανομοιογένειας του εργατικού δυναμικού, β) η ταχύτητα των επιτευγμάτων στο πεδίο της τεχνολογίας αλλά και της έρευνας γ) οι αυξανόμενες απαιτήσεις και προσδοκίες των ανθρώπων, που δημιουργούν νέες μορφές σχέσεων και συνεργασίας μεταξύ των εργαζομένων και εξελίσσουν τη δυναμική των κοινωνικών σχέσεων.

Ο επιστημονικός κλάδος της οργανωσιακής συμπεριφοράς είναι αναπόσπαστο κομμάτι όλων των οργανισμών μικρών ή μεγάλων, δημόσιων ή ιδιωτικών και εκείνων που δεν αποσκοπούν μόνο στην απόκτηση κερδών αλλά αποβλέπουν στο κοινό όφελος. Μέσα στο κοινωνικό σύστημα του κάθε οργανισμού η επίτευξη των στρατηγικών στόχων είναι αποτέλεσμα της διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού, της διαχείρισης των κοινωνικών δομών, αλλά και της κουλτούρας που θα αναπτύξει ώστε να προσαρμοστεί αποτελεσματικά στις σύγχρονες απαιτήσεις.

4.2 Τι είναι ομάδα και ποια είναι τα χαρακτηριστικά της.

Ο τρόπος που θα ενεργήσουν οι εργαζόμενοι ανταποκρίνεται σε μεγάλο βαθμό στο εργασιακό τους περιβάλλον. Αναντίρρητα οι οργανισμοί στο σύνολό τους δομούνται και λειτουργούν ως δυναμικές και συνεχόμενα μεταβαλλόμενες οντότητες στα περιβάλλοντά

τους. Οι άνθρωποι που τους στελεχώνουν δεν ενεργούν μεμονωμένα, αλλά εργάζονται σε ομάδες, επηρεάζουν και επηρεάζονται. Προσλαμβάνοντας τους ανθρώπους ως ομάδα, ο απλούστερος ορισμός μπορεί να είναι ο εξής: είναι κατηγορίες προσώπων, οι οποίες υπόκεινται στις ίδιες αρχές οργάνωσης και συνεπαγωγής που αποδίδονται σε οποιαδήποτε κατηγορία. (Rosch,1977, 1998).

Τα κύρια χαρακτηριστικά των ομάδων είναι:

1) Η κοινωνική αλληλεπίδραση. Τουλάχιστον δύο ή περισσότεροι άνθρωποι αλληλεπιδρούν με σταθερή μορφή σχέσεων μεταξύ τους. Η μορφή της αλληλεπίδρασης μπορεί να είναι λεκτική (με την διαδικασία της χρήσης των λέξεων για τη μεταφορά των ιδεών, μέσω κοινών στρατηγικών) ή μη λεκτική (όπως είναι οι εκφράσεις του προσώπου και η γλώσσα του σώματος).

2) Η σταθερότητα. Για να διατηρηθεί μια ομάδα θα πρέπει να έχει μια σχετικά σταθερή δομή. Συμβαίνει συχνά οι ομάδες να αλλάζουν, ωστόσο θα πρέπει να υπάρχουν ορισμένες σταθερές σχέσεις ώστε να κρατούν τα μέλη και να λειτουργεί η ομάδα. Η χρησιμότητα της συνεκτικότητας εξαρτάται από την ύπαρξη ομοιοτήτων και διαφορών μεταξύ των μελών, επειδή οι οργανωμένες ομάδες έχουν μεγαλύτερη συνοχή, αλλά ταυτόχρονα και μεγαλύτερη ευελιξία.

3) Κοινά ενδιαφέροντα ή στόχοι. Κάποιες ομάδες συγκροτούνται επειδή τα άτομα που τις αποτελούν μοιράζονται κοινά ενδιαφέροντα, καλούνται να εκπληρώσουν κοινούς στόχους και συμμετέχουν σε κοινές δραστηριότητες ενώνοντας τις προσπάθειές τους.

4) Η αναγνώριση ότι είναι ομάδα. Οι ομάδες εμφανίζονται ως αποτέλεσμα της αίσθησης ότι τα άτομα αντιλαμβάνονται και αναγνωρίζουν τον εαυτό τους ως ομάδα. Η κατηγοριοποίηση των ανθρώπων σε ομάδες, ο τρόπος που ένα άτομο αναγνωρίζει ομοιότητες ή διαφορές στο εργασιακό και κατ' επέκταση στο κοινωνικό του περιβάλλον, είναι το θεμέλιο στο οποίο βασίζεται η καθημερινή κοινωνική επαφή. Συνεπώς η κατηγοριοποίηση είναι κάτι περισσότερο από ένα γνωστικό καθήκον (GREENBERG και BARON 2013).

Ως το επίκεντρο του εργασιακού περιβάλλοντος οι ομάδες εφόσον έχουν αυτή τη θέση υπόκεινται σε πιέσεις και διαστρεβλώσεις στα πλαίσια του χώρου που εμφανίζονται και δρουν. Η ανάπτυξή τους μέσα στο κοινωνικό σύστημα του οργανισμού σε συνθήκες εργασιακού περιβάλλοντος, οργανωσιακής κουλτούρας, και υπευθυνότητας, συνδέονται

έντονα με την βελτίωση της ποιότητας της εργασιακής ζωής. Υπάρχει όμως και η σκοτεινή πλευρά αυτού του περιβάλλοντος, όπως τα παιχνίδια εξουσίας, οι συνομοσίες σιωπής που απειλούν την ευημερία του οργανισμού και την ευζωία των εργαζομένων (Βακόλα,2003).

Τα άτομα στις οργανώσεις έχουν καθορισμένους ρόλους να εκτελέσουν. Ρόλος είναι η χαρακτηριστική συμπεριφορά που εκδηλώνεται σ' ένα άτομο που βρίσκεται μέσα σε μια ομάδα (Good 1983). Στις ομάδες ατόμων μιας επιχείρησης οι μεταβολές του τρόπου που τα άτομα συμπεριφέρονται δεν είναι τυχαία. Η αλληλεπίδραση της συμπεριφοράς, των μελών παρέχει στοιχεία στο τι ο καθένας περιμένει από τη συμπεριφορά του άλλου. Υπάρχουν καταστάσεις όπου οι άνθρωποι αλληλοβοηθούνται άρα συνεργάζονται, προσφέροντας βοήθεια ο ένας στον άλλο. Σε άλλες περιπτώσεις όμως ανταγωνίζονται μεταξύ τους και έτσι ανακύπτουν οι συγκρούσεις, οι οποίες είναι το αποτέλεσμα των ασύμβατων συμφερόντων.

4.3 Οι συγκρούσεις.

Οι συγκρούσεις συνήθως συμβαίνουν από ποικίλες αιτίες που είναι οι οργανωσιακοί παράγοντες όπως ο τρόπος επικοινωνίας, η κουλτούρα, το αίσθημα της δικαιοσύνης, οι αμοιβές και οι ατομικοί παράγοντες που έχουν να κάνουν με την προσωπικότητα του ατόμου, τις αξίες, τις ικανότητες και τις αντιλήψεις. «Διαχείριση Συγκρούσεων Νίκη Ρουμπάνη:(<http://openeclass.panttrion.gr>).

Ακολουθούν οι πιο σημαντικές πηγές οργανωσιακής σύγκρουσης:

- Εξαιτίας διαφορετικών προτεραιοτήτων
- Μνησικακίες
- Ανταγωνισμός για ανεπαρκείς πόρους όπως: χρημάτων, χώρου, χρόνου, προσωπικού ή αντικειμένων
- Εξαιτίας παρανοήσεων φημών (κακόβουλες αποδόσεις αιτιών)
- Εξαιτίας ανταγωνιστικών συναισθημάτων (αποδομιστική κριτική)

Όταν οι άνθρωποι είναι μέρος μιας ομάδας, είναι και μέρος του αναπόφευκτου αποτελέσματος των ασύμβατων συμφερόντων. Έχει γίνει διάκριση μεταξύ τριών κύριων ειδών σύγκρουσης που υπάρχουν:

- Πραγματική σύγκρουση: είναι σύνηθες οι άνθρωποι να έχουν διαφορετικές απόψεις και θέσεις για μια απόφαση που λαμβάνουν με άλλους. Αυτή η σύγκρουση είναι η πραγματική σύγκρουση (substantive conflict). Πολλές φορές η πραγματική

σύγκρουση μπορεί να είναι ευεργετική και να βοηθήσει τις ομάδες να λάβουν σωστές αποφάσεις.

- **Συναισθηματική σύγκρουση:** Ως κύρια ένδειξη συναισθηματικής σύγκρουσης είναι η συναισθηματική κατάσταση όταν οι άνθρωποι βιώνουν ενσυνείδητα προσωπικές ή διαπροσωπικές εντάσεις.
- **Σύγκρουση διεργασίας:** Είναι η κατάσταση κατά την οποία ανακύπτουν διαμάχες εντός της ομάδας που σχετίζονται με τον τρόπο λειτουργίας του οργανισμού όπως η διανομή πόρων και καθηκόντων ή η απόδοση ευθυνών.

4.4 Οι επιπτώσεις των συγκρούσεων στην αποτελεσματικότητα των ομάδων.

Οι συνέπειες μιας διαμάχης στον εργασιακό χώρο: Η σύγκρουση είναι μια πηγή άγχους. Είναι μέρος της ζωής μας μπορεί όμως να δημιουργεί ευκαιρίες για πρόοδο. Το σωστό ποσό διαμάχης μπορεί να αυξήσει την εργασιακή αποδοτικότητα, αλλά το υπερβολικό ή το ελάχιστο άγχος μειώνει την αποδοτικότητα (Andrew J. Durbin, 1999). Εάν η Διοίκηση διαπιστώσει ότι η εργασιακή αποδοτικότητα υποφέρει λόγω της μεγάλης διαμάχης, θα πρέπει να τη μειώσει. Εάν η αποδοτικότητα είναι χαμηλή επειδή οι εργαζόμενοι είναι πολύ ήρεμοι, ο διευθυντής θα μπορούσε να αυξήσει τη διαμάχη επικερδώς.

Η διαμάχη μπορεί να είναι λειτουργική ή δυσλειτουργική και αυτό συνεπάγεται ότι έχει θετικές και αρνητικές συνέπειες.

Οι θετικές συνέπειες της σύγκρουσης είναι: Όταν λαμβάνει χώρα το κατάλληλο ποσό διαμάχης στον χώρο εργασίας, τότε αναμένονται ένα ή περισσότερα αποτελέσματα.

- *Αυξημένη παραγωγικότητα.* Τα ταλέντα και οι ικανότητες ξεχωρίζουν σε ανταπόκριση προς τη διαμάχη. Τα άτομα γίνονται πιο εφευρετικά όταν βρίσκονται σε ανταγωνισμό με τους άλλους.
- *Αυξημένη προσπάθεια.* Τα άτομα αποκτούν τόσες πολλές αφορμές για να κερδίσουν τη διαμάχη που εκπλήσσουν τους προϊσταμένους τους, αλλά και τους εαυτούς τους.
- *Αυξημένες πληροφορίες.* Μια σύγκρουση μπορεί να παρέχει σημαντικές πληροφορίες για τις προβληματικές περιοχές της εταιρείας. Όταν οι υπεύθυνοι μαθαίνουν για τη διαμάχη, μπορούν να κάνουν έρευνα που θα οδηγήσει στην πρόληψη παρόμοιων διενέξεων.

- *Αυξημένη συνοχή στην ομάδα.* Όταν δύο ομάδες βρίσκονται σε διένεξη μεταξύ τους, τότε τα μέλη της κάθε ομάδας αποκτούν μεγαλύτερη συνοχή μεταξύ τους, επειδή έχουν την αίσθηση ότι αντιμετωπίζουν έναν κοινό εχθρό.

Οι αρνητικές συνέπειες της σύγκρουσης: Όταν υπάρχει λανθασμένο ποσό διαμάχης, η εργασιακή αποδοτικότητα μπορεί να υποφέρει. Κάποια στυλ σύγκρουσης έχουν χειρότερες συνέπειες απ' ό,τι κάποια άλλα. Μια ιδιαίτερα άσχημη μορφή διαμάχης είναι αυτή που πιέζει έναν εργαζόμενο να επιλέξει ανάμεσα σε δύο ανεπιθύμητες λύσεις. Η κακοήθης αυτή συμπεριφορά προκαλεί πολλά προβλήματα στους εργαζομένους και κατά συνέπεια έχει κόστος για την επιχείρηση στην οποία συμβαίνει (Mullins, 2014).

Οι αρνητικές συνέπειες μιας σύγκρουσης περιλαμβάνουν τα ακόλουθα συμπτώματα:

- *Άσχημη φυσική και πνευματική υγεία.* Το κακό εργασιακό κλίμα είναι πηγή άγχους. Ένα άτομο κάτω από παρατεταμένη και έντονη διαμάχη μπορεί να υποφέρει από σχετικές με το άγχος διαταραχές όπως: αδυναμία συγκέντρωσης, έλλειψη κινήτρων στην εργασία, πτώση της αποδοτικότητας, μείωση της καλής λειτουργίας του ανοσοποιητικού συστήματος, αϋπνία κατάθλιψη, μειωμένη αυτοσυγκέντρωση.
- *Δαπανημένοι πόροι.* Τα άτομα και οι ομάδες σε διαμάχη, συχνά δαπανούν χρόνο, χρήμα και άλλους πόρους κατά την διάρκεια της διένεξης.
- *Δευτερεύοντες στόχοι.* Σε ακραίες μορφές φιλονικίας τα εμπλεκόμενα μέρη μπορεί να παραμελήσουν την επιδίωξη σημαντικών στόχων, επειδή είναι απορροφημένοι στο ποιος θα βγει νικητής.
- *Αυξημένο προσωπικό συμφέρον.* Η σύγκρουση συχνά καταλήγει σε ακραίες επιδείξεις προσωπικού συμφέροντος, εις βάρος του οργανισμού. Σε αυτή την περίπτωση κυριαρχεί το προσωπικό συμφέρον αντί του συμφέροντος της επιχείρησης. Συνήθως οι διευθυντές χρησιμοποιούν αυτήν την τακτική όταν θέλουν να αυξήσουν το μέγεθος των οργανωτικών τους μονάδων. Η επέκταση αυτή μπορεί να μην εξυπηρετεί το συμφέρον της επιχείρησης.

Τα παρεπόμενα προβλήματα σε μια σύγκρουση είναι ότι αποφέρει έντονα αρνητικά συναισθήματα. Αυτές οι συναισθηματικές καταστάσεις αποτελούν μόνο την αρχή μιας αλυσίδας αντιδράσεων που μπορεί να έχουν επιβλαβή αποτελέσματα για τους οργανισμούς.

Υπό το καθεστώς των αρνητικών αντιδράσεων εκτός του ότι είναι στρεσογόνες διότι πυροδοτούν αρνητικά συναισθήματα, αποσπούν και την προσοχή των εργαζομένων από το καθήκον τους. Τα άτομα που επιδιώκουν να εκδικηθούν έναν συνεργάτη και προσπαθούν να τον κάνουν να πέσει στα μάτια των συναδέλφων του είναι απίθανο να ασχολούνται με την εργασία τους. Η επικοινωνία μεταξύ των ατόμων ή των ομάδων είναι τόσο κακή ώστε μπορεί να διακυβεύεται η οργανωσιακή επίδοση, η λειτουργία της ομάδας και ενισχύεται η τάση εγκατάλειψης της εργασίας (Hirigoyen, 2013).

Συμπερασματικά οι συγκρούσεις που προκύπτουν σε έναν οργανισμό είναι αποτέλεσμα των διαφορών που υπάρχουν στις προσωπικότητες των εργαζομένων, αλλά και στις αξίες που έχουν υιοθετήσει. Το θέμα των συγκρούσεων και της επικοινωνίας στους οργανισμούς έχει αναπτυχθεί αρκετά από τη διεθνή βιβλιογραφία. Όμως τι ισχύει με τις συγκρούσεις και τις συμμαχίες που ανακύπτουν στους οργανισμούς υγείας και ειδικότερα στο Γ.Ν Φλώρινας;

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5.1 Διεξαγωγή της έρευνας:

Στο θεωρητικό μέρος της εργασίας γίνεται αναφορά σε βασικά ζητήματα που αφορούν την επικοινωνία, το ρόλο της οργανωσιακής κουλτούρας στην οργανωσιακή λειτουργία των οργανισμών, την οργανωσιακή δομή, τον οργανωτικό σχεδιασμό με τις βασικές του διαστάσεις και τη φύση της οργανωσιακής συμπεριφοράς.

Για όλα τα παραπάνω έγινε επισκόπηση της σχετικής ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας, ώστε να παρουσιαστούν χρήσιμες έννοιες και θεωρίες για την ολοκλήρωση της παρούσας μελέτης. Συγκεκριμένα στους επιμέρους στόχους γίνεται ανάλυση του ορισμού και των μοντέλων της επικοινωνίας, της διαδικασίας και των χαρακτηριστικών της σε ατομικό και ομαδικό επίπεδο, τα οποία εξυπηρετούν τη σύμφυτη ανάγκη του ανθρώπου για αναγνώριση.

Στο κεφάλαιο αυτό ακολουθεί μια αναλυτική παρουσίαση του σκοπού της έρευνας, των στόχων και επιπλέον παρουσιάζεται η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε.

5.2 Πληθυσμός Μελέτης

Ο πληθυσμός μελέτης που έλαβε μέρος στην συγκεκριμένη έρευνα αποτελείται από επαγγελματίες υγείας οι οποίοι εργάζονται στο Γενικό Νοσοκομείο Φλώρινας και οι απόψεις τους αποτυπώθηκαν ως εργαζόμενων αλλά και ως εν δυνάμει ασθενών ή που έχουν λάβει νοσοκομειακή περίθαλψη. Η δεύτερη πληθυσμιακή ομάδα από την οποία αντλήθηκαν πληροφορίες για την ερευνητική εργασία απαρτίζεται από νοσηλευόμενους ασθενείς του νοσοκομείου.

5.3 Σκοπός της έρευνας

Στα πλαίσια της συγκεκριμένης έρευνας έγινε μια προσπάθεια να αναδειχθούν και να κατανοηθούν τα προβλήματα που προκύπτουν κατά κύριο λόγο από τις σχέσεις των επαγγελματιών υγείας σε διαπροσωπικό και διομαδικό επίπεδο, αλλά και μεταξύ των αιτουμένων παροχή υπηρεσιών υγείας. Συνήθως οι αποτελεσματικές συνεργασίες, αλλά και οι διαφωνίες που προκύπτουν έχουν την ίδια μορφή και πρέπει να αντιμετωπίζονται με τον ίδιο τρόπο που αντιμετωπίζονται σε οποιοδήποτε οργανισμό. Η διαφορά των

οργανισμών υγείας σε σχέση με τους άλλους οργανισμούς είναι η παροχή φροντίδας αλλά και η ίαση του ασθενή.

Με βάση τα παραπάνω είναι φανερό ότι το πρώτο βήμα στην προσπάθεια κατανόησης της επικοινωνίας ενός ανθρωποκεντρικού προτύπου περίθαλψης, είναι η καταγραφή των αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας σε επικοινωνιακό επίπεδο και των προσδοκιών των ασθενών σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας.

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η καταγραφή των αντιλήψεων σε δείγμα επαγγελματιών υγείας μεταξύ τους και ασθενών με τους επαγγελματίες υγείας όσον αφορά στη σχέση της επικοινωνίας, καθώς και οι παράμετροι που την επηρεάζουν. Αναζητήθηκαν οι παράγοντες που διαμορφώνουν το είδος της επικοινωνίας, καθώς και παράμετροι που εμπλέκονται για το σχηματισμό του τελικού προϊόντος που αφορά την περίθαλψη του ανθρώπου υπό το καθεστώς της ασθένειας. Επιπλέον, αναζητήθηκαν μέσω της παρούσας ερευνητικής προσπάθειας η ανάδειξη των αναγκών εκπαίδευσης του προσωπικού σε θέματα επικοινωνίας, αλλά και ενημέρωσης των ασθενών.

Οι επιμέρους στόχοι της έρευνας είναι:

- Ο βαθμός επικοινωνίας σε ατομικό και διομαδικό επίπεδο μεταξύ των επαγγελματιών υγείας
- Η επαρκής κάλυψη των αναγκών των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες
- Ο βαθμός απόκρισης του νοσοκομείου στις προσδοκίες των νοσηλευόμενων ασθενών αλλά και της πληθυσμιακής ομάδας που αναζητά πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Η χρησιμότητα αυτής της έρευνας αποσκοπεί στην ανάδειξη τυχόν εμποδίων επικοινωνίας που μπορεί να παρουσιάζονται στην εργασιακή καθημερινότητα. Αποσκοπεί με τρόπο σαφή στην προβολή της επάρκειας ή μη των παρεχόμενων υπηρεσιών σε επικοινωνιακό επίπεδο αλλά και σε επίπεδο κτηριακών υποδομών.

5.4 Μεθοδολογικός σχεδιασμός

Η μέθοδος που επιλέχθηκε για την ικανοποίηση και την ολοκλήρωση αυτής της έρευνας, υλοποιήθηκε σταδιακά όπως περιγράφεται ακολουθώντας:

1. Δευτερογενής έρευνα: Πραγματοποιήθηκε αρχικά μια συστηματική εξέταση δεδομένων για τον εμπλουτισμό και τη συλλογή των απαραίτητων πληροφοριών, οι οποίες αντλήθηκαν από τη συλλογή ήδη υπαρκτών στοιχείων, που είχαν συγκεντρωθεί ώστε να εξυπηρετήσουν κάποιους άλλους σκοπούς. Οι πληροφορίες και τα στοιχεία πάρθηκαν από

την Ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία, καθώς και από επιστημονικά περιοδικά και άρθρα (Χρήστου, 1999).

2. Πρωτογενής ποσοτική έρευνα: Η συλλογή των πρωτογενών στοιχείων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ερωτηματολογίου (Chisnal, 1986). Η συγκέντρωση των ποσοτικών στοιχείων στηρίχτηκε σε δείγμα πληθυσμού – στόχου, με τη χρήση δομημένου ερωτηματολογίου για την εξαγωγή των στατιστικών συμπερασμάτων. Κρίθηκε κατάλληλη η «ποσοτική μεθοδολογία» με στατιστική ανάλυση.

Ο λόγος επιλογής της μεθόδου αυτής είναι ότι έχει χαρακτηριστεί ως η πιο κατάλληλη για τη μέτρηση των απόψεων των συμμετεχόντων (Muijs, 2010). Ένας δεύτερος λόγος είναι ότι τα αποτελέσματα που διεξάγονται με στατιστική ανάλυση μπορούν να ποσοτικοποιηθούν και να παρουσιαστούν με τη μορφή γραφημάτων και πινάκων, συμβάλλοντας στην ομαδοποίηση αυτών και την καλύτερη ερμηνεία τους (Tharepou, 2007). Επίσης η στατιστική ανάλυση επιτρέπει τη διερεύνηση συσχετίσεων μεταξύ των μεταβλητών, αλλά και τη διερεύνηση επιδράσεων ορισμένων μεταβλητών, όπως τη σύγκριση των δημογραφικών χαρακτηριστικών με τις αντιλήψεις των συμμετεχόντων (Blessing & Chakrabarti, 2009).

Η απεικόνιση της επικοινωνιακής ικανοποίησης των ασθενών από τους επαγγελματίες υγείας, αλλά και η επικοινωνιακή ικανοποίηση σε διομαδικό και διαπροσωπικό επίπεδο των επαγγελματιών υγείας, αποτελεί το κύριο χαρακτηριστικό γνώρισμα των παραμέτρων της που είναι κατά κύριο λόγο ο ποιοτικός χαρακτήρας, καθώς επιτυγχάνει να αναδείξει τις ποιοτικές πτυχές ενός οργανισμού να τις αναλύσει και να τις ομαδοποιήσει σε ξεχωριστές κατηγορίες μεταξύ και να καταλήξει σε συμπεράσματα ποιοτικής έρευνας (Denison, 1991).

Η ποιοτική έρευνα αποτελεί όχι μόνο μια ερευνητική μεθοδολογία που η χρήση της διαρκώς αποκτά όλο και μεγαλύτερη σπουδαιότητα, αλλά είναι και μια μεθοδολογία που είναι ιδιαίτερα σχετική με τη νοσηλευτική πράξη και χρήσιμη για τη διερεύνηση και διεύρυνση της νοσηλευτικής γνώσης (www.hin.gr) 11.32.

5.5 Σχεδιασμός ερωτηματολογίου

Ως μέσο συλλογής δεδομένων επιλέχθηκε το ερωτηματολόγιο. Διανεμήθηκε στις δύο υπό μελέτη πληθυσμιακές ομάδες και είχε ως στόχο τη συλλογή των ιδίων ακριβώς πληροφοριών για κάθε ερωτηθέντα. Οι ερωτήσεις ήταν κλειστού τύπου (closed – ended

questions). Αυτού του είδους οι ερωτήσεις περιορίζουν την ελευθερία των απαντήσεων, ωστόσο καθίσταται εφικτή με αυτό τον τρόπο η σύγκριση των απαντήσεων και η εξαγωγή συμπερασμάτων ποιότητας. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δημογραφικές ερωτήσεις που αφορούν την ηλικία, το φύλο και το μορφωτικό επίπεδο. Στη συνέχεια ακολουθήθηκε μια 5-βάθμια κλίμακα Likert καταγραφής των αντιλήψεων των ερωτηθέντων, η οποία αντιστοιχούσε από το 1 στο «καθόλου», το 2 στο «λίγο», το 3 στο «αρκετά», το 4 στο «πολύ», και το 5 στο «πέρα πολύ». Οι «κλίμακες Likert σύμφωνα με τον Opreenheim, αποδίδουν πολύ καλά και παρέχουν ακριβείς πληροφορίες για τον βαθμό που συμφωνούν ή διαφωνούν οι ερωτώμενοι. (Opreenheim, 1992 σελ.200)

Η επιλογή του ερωτηματολογίου ως πηγή συλλογής πληροφοριών προκύπτει από το ίδιο το πρόβλημα που ερευνάται και δεν πρέπει να καθορίζει το πρόβλημα (Ψαρρού & Ζαφειρόπουλος 2001). Αποτελεί την πλέον ενδεδειγμένη μέθοδο συλλογής πληροφοριών καθώς συγκεντρώνει πληροφορίες από ένα μεγάλο δείγμα. Είναι το μέσο που μετατρέπει τις πληροφορίες που δίνουν τα άτομα σε δεδομένα, τα οποία στη συνέχεια χρησιμοποιούνται για ανάλυση και εξαγωγή συμπερασμάτων (Αναστασιάδου, 2012). Το ερωτηματολόγιο αυτής της έρευνας βασίστηκε στην υπάρχουσα βιβλιογραφία και ιδιαίτερα στην κλασική πηγή «ικανοποίηση επικοινωνίας» των (Downs & Hazen,1977).

Στο δεύτερο θεματικό άξονα της επικοινωνιακής ικανοποίησης των ασθενών από τους επαγγελματίες υγείας, η έρευνα επικεντρώθηκε σε ερωτήματα όπως ο τρόπος που χειρίστηκαν την προσωπικότητα και την ατομικότητά τους, η ανταπόκριση των εργαζόμενων του Γενικού Νοσοκομείου Φλώρινας στις προσδοκίες τους σχετικά με το πρόβλημα υγείας τους καθώς και αν οι επαγγελματίες υγείας διέθεσαν τον απαιτούμενο κατά τη γνώμη τους χρόνο.

Εξετάστηκε ο βαθμός ικανοποίησης από τις απαντήσεις που δόθηκαν στις διάφορες απορίες των ασθενών, από το ρυθμό που επικρατεί στο Γενικό Νοσοκομείο Φλώρινας (εύρυθμη λειτουργία), από τη σαφήνεια των οδηγιών για την αντιμετώπιση του προβλήματός υγείας τους και κατά πόσο οι επαγγελματίες υγείας υπήρξαν προσεκτικοί και διακριτικοί κατά την εκτέλεση όλων των ενεργειών που απαιτήθηκαν και έδειξαν πραγματικό ενδιαφέρον. Τέθηκαν επίσης ερωτήματα που αφορούν την αντιμετώπιση των ασθενών με ή χωρίς διακρίσεις λόγω μόρφωσης, χαρακτηριστικών, θρησκείας, φυλής, εθνικότητας και το επίπεδο εκπαίδευσης και επαγγελματικής κατάρτισης του προσωπικού του Γενικού Νοσοκομείου Φλώρινας.

Προχωρώντας στην τρίτη θεματική ενότητα η οποία έχει ως επίκεντρο την επικοινωνιακή ικανοποίηση επαγγελματιών υγείας σε διαπροσωπικό και διομαδικό επίπεδο τα ερωτήματα που ακολουθούν βασίζονται σε θέματα όπως την ανάληψη και εκτέλεση καθηκόντων πέραν των αρμοδιοτήτων τους, την ικανοποίηση από το επίπεδο επικοινωνίας με τους συνεργάτες αλλά και από τη συμμετοχή τους στην ομάδα. Ακολουθούν ερωτήματα που επικεντρώνουν στην αυτοκριτική των επαγγελματιών υγείας, καθώς αυτοί καλούνται να καταγράψουν την αποδοτικότητα τους στις παρεχόμενες υπηρεσίες και τη συμμετοχή τους στη λήψη αποφάσεων που αφορούν την εξέλιξη του τμήματός τους.

Στη συνέχεια το ερωτηματολόγιο οδηγεί τους εργαζομένους να αναλογιστούν τις μεταξύ τους σχέσεις όπως την επίτευξη των κοινών στόχων της ομάδας στην οποία ανήκουν (προγραμματισμό - υλοποίηση), το συντονισμό μεταξύ των ομάδων των διαφορετικών τμημάτων, τις υπηρεσίες του τμήματος διοίκησης, την αντικειμενικότητα - ισότητα-αμεροληψία που ακολουθείται στον εργασιακό τους φορέα και τη συμπερίληψη της γνώμης τους από ανώτερο στέλεχος για κάποια καινοτόμα ιδέα- εφαρμογή.

Στην τέταρτη θεματική ομάδα εξετάζονται θέματα επικοινωνιακής ικανοποίησης από τη δομική κατασκευή και πιο συγκεκριμένα την ικανοποίηση από παράγοντες όπως το επίπεδο καθαριότητας του νοσοκομείου, το χρονικό προγραμματισμό των επισκεπτηρίων - διαγνωστικών εξετάσεων - ωρών ανάπαυσης, τις παροχές θέρμανσης και κλιματισμού του νοσοκομείου και την ποιότητα της παρεχόμενης σίτισης

Η πέμπτη και τελευταία ενότητα αφορά τη σφαιρική αξιολόγηση του νοσοκομειακού περιβάλλοντος και σχετίζεται με την ικανοποίηση των πληθυσμιακών ομάδων από τις συνολικές υπηρεσίες που τους παρασχέθηκαν κατά τη διάρκεια της διαμονής τους στο νοσοκομείο, το ενδεχόμενο να επιλέξουν μελλοντικά ξανά σε περίπτωση ανάγκης ή να το προτείνουν σε τρίτους και τέλος εάν επιλύθηκε το πρόβλημα υγείας για το οποίο προσήλθαν εξ' αρχής στο Γενικό Νοσοκομείο Φλώρινας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

6.1 Στατιστική ανάλυση

Στην καταγραφή των αντιλήψεων και τη διεξαγωγή του σκοπού της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν τα ακόλουθα ερευνητικά εργαλεία:

- Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ως ερευνητικό εργαλείο το πρόγραμμα SPSS IBM Statistics 24
- Για την πληθυσμιακή μελέτη διανεμήθηκε ερωτηματολόγιο το οποίο αποτελούνταν από τους ακόλουθους θεματικούς άξονες:
 1. Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων
 2. Επικοινωνιακή ικανοποίηση ασθενών από τους επαγγελματίες υγείας.
 3. Επικοινωνιακή ικανοποίηση επαγγελματιών υγείας σε διαπροσωπικό και διομαδικό επίπεδο.
 4. Επικοινωνιακή ικανοποίηση από τη δομική κατασκευή
 5. Σφαιρική αξιολόγηση του νοσοκομειακού περιβάλλοντος

6.2 Ανάλυση δεδομένων πληθυσμιακών ομάδων-ποσοτική ανάλυση

Στα πλαίσια της συγκεκριμένης ποσοτικής έρευνας διανεμήθηκαν στην κατηγορία των επαγγελματιών υγείας εκατό (100) ερωτηματολόγια, εκ των οποίων απαντήθηκαν τα ενενήντα δυο (92) σε ποσοστό 92%, ενώ στον πληθυσμό των ασθενών δόθηκαν εξήντα (60) ερωτηματολόγια και επεστράφησαν απαντημένα σαράντα οκτώ (48) σε ποσοστό 80%.

Η μελέτη των ασθενών έλαβε χώρα στα εξωτερικά ιατρεία. Συμπεριλήφθηκαν όμως και συνεχόμενοι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στο νοσοκομείο και δέχτηκαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο, σε ανώνυμη και προαιρετική βάση, σε διάστημα δύο μηνών. Σε αυτό το δείγμα έγινε η στάθμιση μιας κλίμακας αντιλήψεων για τη σχέση του ασθενή με τους εργαζόμενους του νοσοκομείου Φλώρινας.

Όλοι οι συμμετέχοντες ανήκουν στο ανώτατο, ανώτερο και μεσαίο στελεχιακό δυναμικό του νοσοκομείου. Το δείγμα των επαγγελματιών υγείας προέρχεται από τους συμμετέχοντες όλων των τμημάτων του νοσοκομείου και αφορά ιατρούς, νοσηλευτές, παρασκευαστές μικροβιολογικών και αιματολογικών εργαστηρίων, τεχνολόγους ακτινοβολίας-ακτινοθεραπείας, τραυματιοφορείς, βοηθητικό προσωπικό, κοινωνικούς λειτουργούς, φυσικοθεραπευτές, φοιτητές.

Όλοι οι ερωτηθέντες ενημερώθηκαν για τους σκοπούς της έρευνας. Συνολικά εξετάστηκαν τα δεδομένα μιας πληθυσμιακής ομάδας εκατόν σαράντα δύο (142) ατόμων. Στην πληθυσμιακή ομάδα των επαγγελματιών υγείας το 75% των ερωτηματολογίων απαντήθηκαν από γυναίκες, ενώ η ομάδα των ερωτηθέντων ασθενών με μικρή διαφορά αποτελείται από άνδρες με ποσοστό 54%. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων επαγγελματιών υγείας ήταν ηλικίας 40-50 ετών σε ποσοστό 42,4%, ενώ το ποσοστό των ασθενών κυμάνθηκε στις ηλικίες 50-70 και άνω σε ποσοστό 50%. Οι επαγγελματίες υγείας που έλαβαν μέρος στην έρευνα σε ποσοστό 72% ήταν τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και μόλις το ποσοστό των 25% δευτεροβάθμιας. Από την καταγραφή και επεξεργασία της συλλογής των πληροφοριών η έρευνα καταλήγει στα παρακάτω αποτελέσματα:

6.3 Αποτελέσματα της στατιστικής έρευνας

Την ευθύνη της στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων και της σύνταξης των αντίστοιχων αναφορών έχει ο ερευνητής. Ως εργαλείο συλλογής αντιπροσωπευτικών παρατηρήσεων, που αφορούν χαρακτηριστικά, συμπεριφορές ή εκδηλώσεις του ατόμου, ορίστηκε η ψυχομετρική κλίμακα. Οι μετρήσεις των επιστημών της συμπεριφοράς στοχεύουν στην αριθμητική έκφραση του ανθρώπινου ψυχισμού βάση κάποιων τυποποιημένων κανόνων.

Για τη μέτρηση της επικοινωνίας και των σχέσεων μεταξύ των ομάδων της συγκεκριμένης έρευνας από τα είδη των ψυχομετρικών κλιμάκων επιλέχτηκε το ερωτηματολόγιο για δυο βασικές ιδιότητες: την αξιοπιστία και την εγκυρότητα. Η μεν πρώτη εστιάζει στη συνέπεια ή τη σταθερότητα των απαντήσεων της κλίμακας και η δεύτερη αναφέρεται στην εξακρίβωση εάν και κατά πόσο η κλίμακα μετράει πράγματι αυτό για το οποίο έχει κατασκευαστεί (Litwin, 1995). Η εκτίμηση της αξιοπιστίας των μετρήσεων που αναφέρονται στην υψηλή συνοχή ή συσχέτιση υπολογίστηκε μέσω του δείκτη α του Cronbach. Οι τιμές μεγαλύτερες του 0,7 ή του 0,8 θεωρούνται ικανοποιητικές. Ο υπολογισμός του δείκτη αξιοπιστίας συμβαδίζει με τον υπολογισμό του βαθμού συσχέτισης κάθε ερώτησης-μεταβλητής με το συνολικό άθροισμα όλων των ερωτήσεων-μεταβλητών (Houser, 2008).

Η εγκυρότητα των δεδομένων εκτιμήθηκε με τη βοήθεια των στατιστικών μεθόδων οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν για την εξακρίβωση κατά πόσο οι ερωτήσεις-προτάσεις που ανήκουν στην ίδια κατηγορία συνιστούν έναν κοινό παράγοντα. Για το σκοπό αυτό

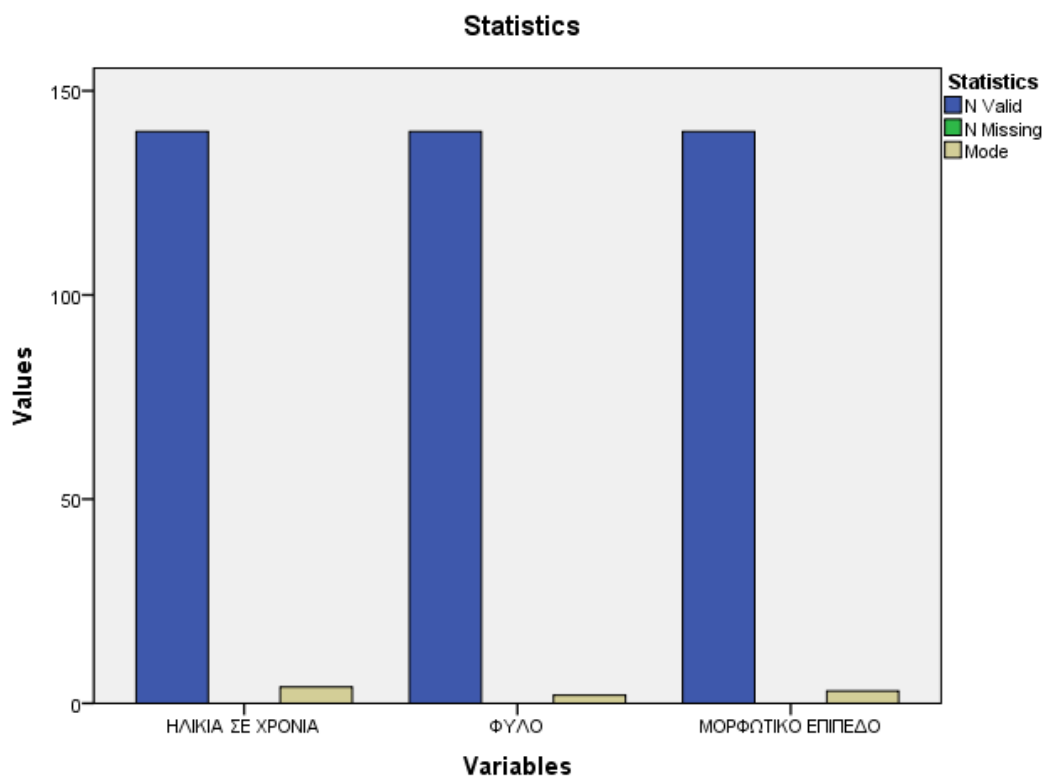
εφαρμόστηκε η μέθοδος της ανάλυσης παραγόντων, η οποία βασίζεται στην ανάλυση της δομής του πίνακα συσχετίσεων μεταξύ των ερωτήσεων-μεταβλητών.

6.4 Τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος της έρευνας

A. ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα στον πίνακα που ακολουθεί εμφανίζονται οι συχνότητες. Η ανάλυση των δημογραφικών στοιχείων έγινε με την περιγραφική μέθοδο. Το (mode) χρησιμοποιείται στην περίπτωση μη ομαδοποιημένων παρατηρήσεων. Είναι η παρατήρηση με τη μεγαλύτερη συχνότητα.

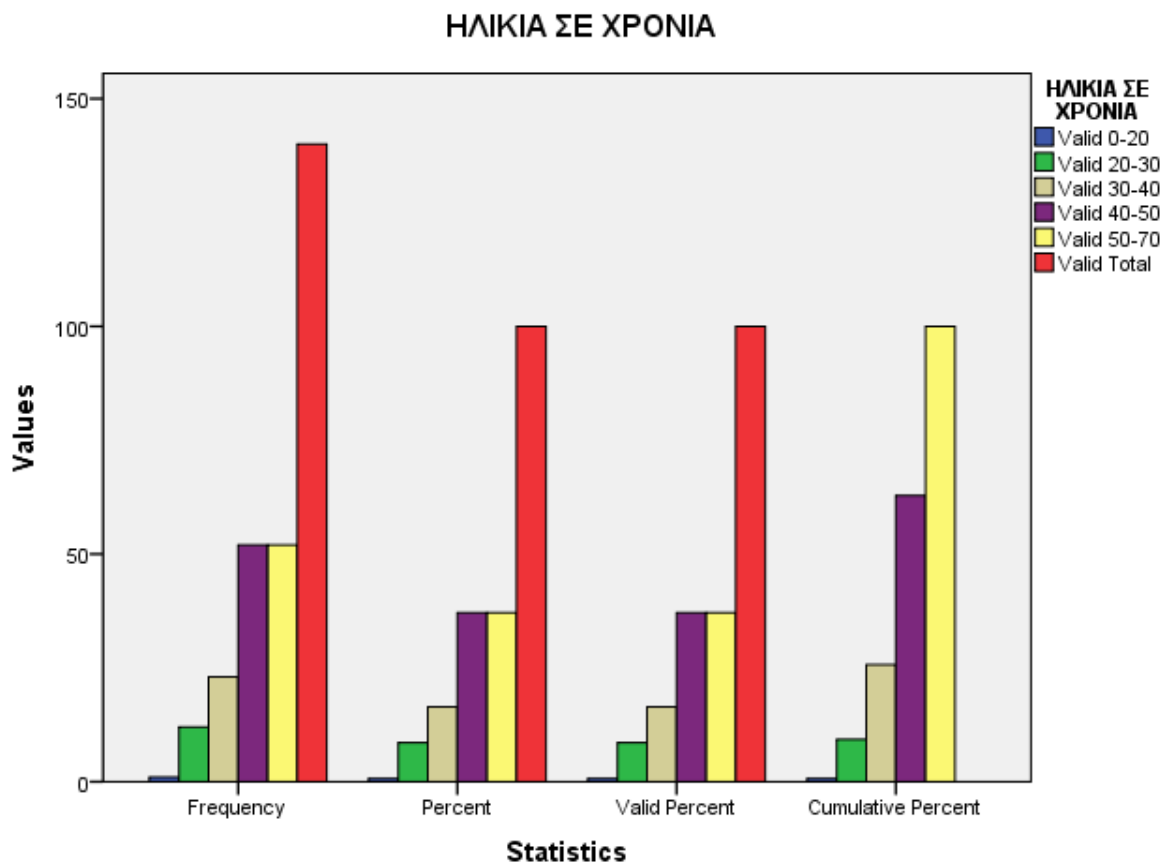
		Statistics		
		ΗΛΙΚΙΑ ΣΕ ΧΡΟΝΙΑ	ΦΥΛΟ	ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ
N	Valid	140	140	140
	Missing	0	0	0
Mode		4,00 ^a	2,00	3,00



a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

ΗΛΙΚΙΑ ΣΕ ΧΡΟΝΙΑ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0-20	1	,7	,7	,7
	20-30	12	8,6	8,6	9,3
	30-40	23	16,4	16,4	25,7
	40-50	52	37,1	37,1	62,9
	50-70	52	37,1	37,1	100,0
	Total	140	100,0	100,0	

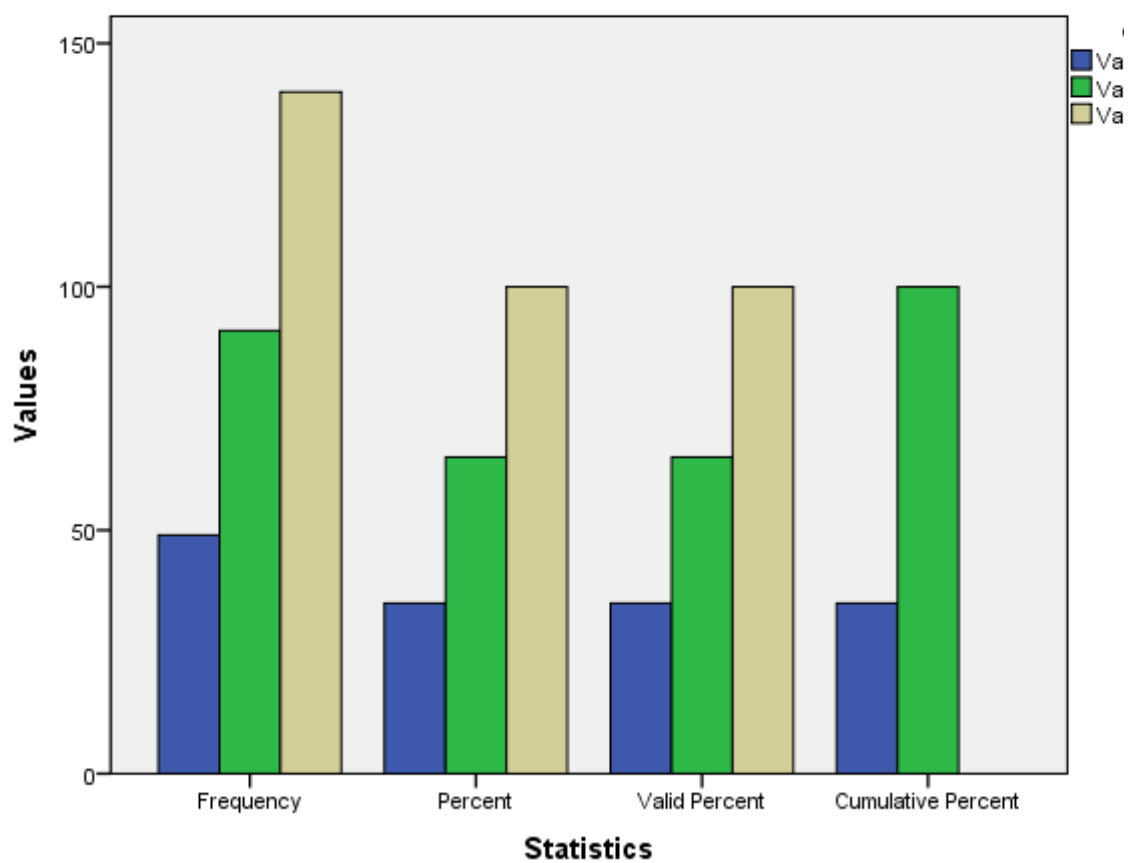


Διάγραμμα 1. Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με την ηλικία

ΦΥΛΟ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΑΝΔΡΑΣ	49	35,0	35,0	35,0
	ΓΥΝΑΙΚΑ	91	65,0	65,0	100,0
Total		140	100,0	100,0	

ΦΥΛΟ

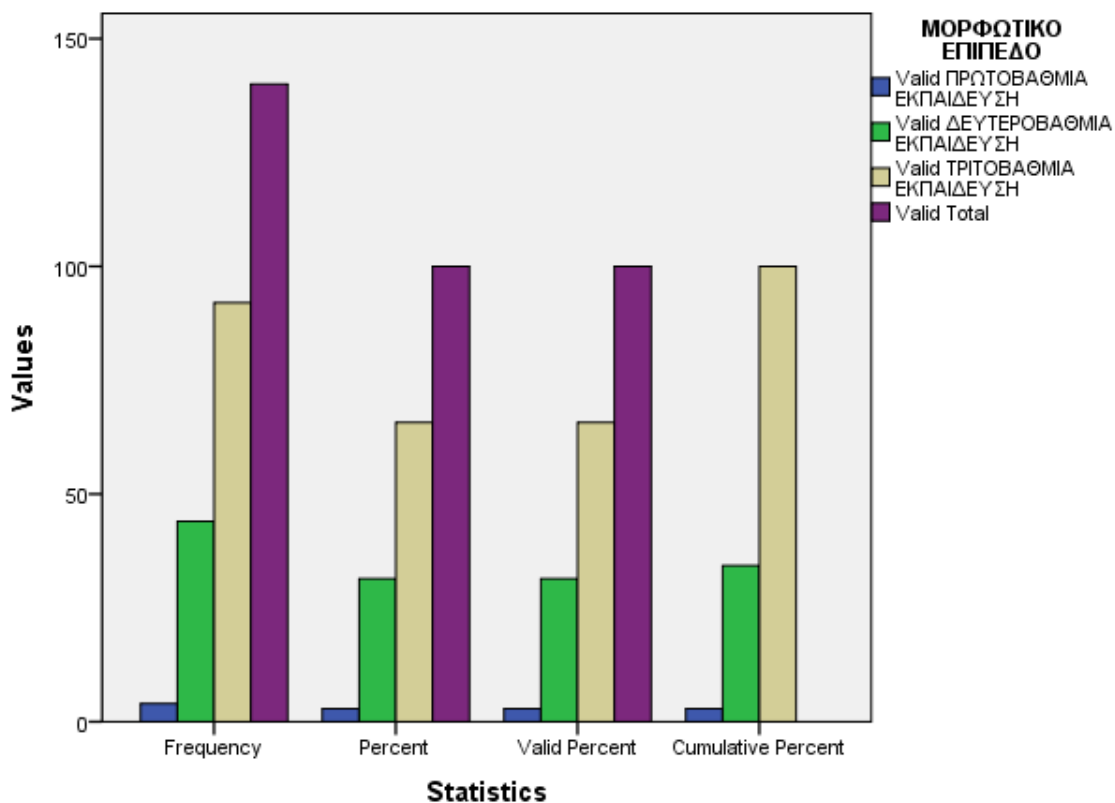


Διάγραμμα2. Κατανομή του δείγματος με βάση το φύλο.

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	4	2,9	2,9	2,9
	ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	44	31,4	31,4	34,3
	ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	92	65,7	65,7	100,0
	Total	140	100,0	100,0	

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ



Διάγραμμα 3. Κατανομή του δείγματος με βάση το μορφωτικό επίπεδο

6.5 Ανάλυση της αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας (reliability internal consistency) των τεσσάρων κατηγοριών:

Η κάθε κατηγορία των δηλώσεων της κλίμακας εκτιμήθηκε ξεχωριστά:

B. ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ

Η επικοινωνιακή ικανοποίηση των ασθενών από τους επαγγελματίες υγείας.

Case Processing Summary
(Αθροιστική περίληψη των περιπτώσεων)

		N	%
Cases	Valid	140	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	140	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Αναφορά βασισμένη σε όλες τις μεταβλητές της διαδικασίας(ομάδα ασθενών).

Reliability Statistics
(Στατιστικά αξιοπιστίας)

Cronbach's Alpha	N of Items
,845	10

Στον πίνακα Reliability Statistics ο συντελεστής α του Cronbach εμφανίζεται >0,7. Άρα οι 10 ερωτήσεις συνθέτουν ικανοποιητικά την Β κατηγορία.

Item Statistics (Σε αυτόν τον πίνακα εκπροσωπούνται όλες οι πιθανές διαστάσεις της επικοινωνίας και των διομαδικών σχέσεων)

	Mean	Std. Deviation	N
ΒΑΘΜΟΣ ΚΑΛΥΨΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	3,3857	1,01489	140
ΒΑΘΜΟΣ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΣΑΣ	3,6286	,96963	140
ΔΙΑΘΕΣΗ ΧΡΟΝΟΥ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	3,5214	,91720	140

ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΕ ΑΠΟΡΙΕΣ	3,4571	,93970	140
ΕΥΡΥΘΜΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ	3,2714	1,00961	140
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΟΔΗΓΙΩΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ	3,5214	,97056	140
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΔΙΑΚΡΙΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	3,6429	,91409	140
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ & ΚΛΙΜΑΤΟΣ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗΣ	3,8286	2,66861	140
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΟΡΦΩΤΙΚΩΝ, ΦΥΛΕΤΙΚΩΝ,ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΩΝ Κ.Α. ΔΙΑΚΡΙΣΕΩΝ	3,6857	1,13851	140
ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	3,5143	,95575	140

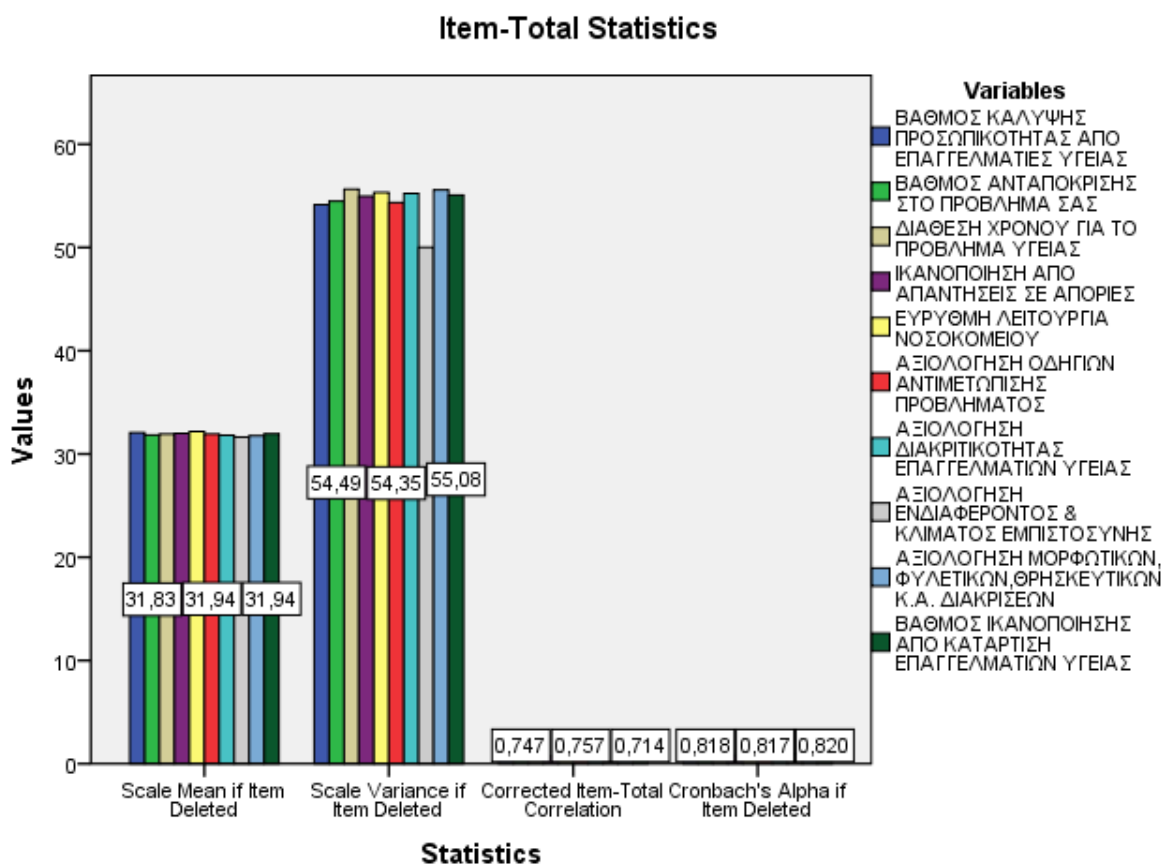
Στον πίνακα «Item Statistics» περιλαμβάνεται ο μέσος όρος (mean) και η τυπική απόκλιση (std. deviation) για καθεμιά από τις 10 απαντήσεις.

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ΒΑΘΜΟΣ ΚΑΛΥΨΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	32,0714	54,139	,733	,818
ΒΑΘΜΟΣ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΣΑΣ	31,8286	54,488	,747	,818
ΔΙΑΘΕΣΗ ΧΡΟΝΟΥ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	31,9357	55,643	,704	,822
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΕ ΑΠΟΡΙΕΣ	32,0000	54,950	,738	,819
ΕΥΡΥΘΜΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ	32,1857	55,332	,650	,824
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΟΔΗΓΙΩΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ	31,9357	54,348	,757	,817
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΔΙΑΚΡΙΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	31,8143	55,231	,740	,820

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ & ΚΛΙΜΑΤΟΣ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗΣ	31,6286	50,005	,238	,929
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΟΡΦΩΤΙΚΩΝ, ΦΥΛΕΤΙΚΩΝ,ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΩΝ Κ.Α. ΔΙΑΚΡΙΣΕΩΝ	31,7714	55,573	,545	,831
ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	31,9429	55,076	,714	,820

Ο πίνακας «Item-Total Statistics» αναφέρεται στη συσχέτιση κάθε απάντησης-μεταβλητής με το συνολικό άθροισμα των υπολοίπων απαντήσεων-μεταβλητών. Οι τιμές των δεικτών κυμαίνονται από +0,238 (B8 ερώτηση-ενδιαφέροντος και κλίματος εμπιστοσύνης) μέχρι +0,757 (B6 ερώτηση-οδηγίες αντιμετώπισης προβλήματος). Η συσχέτιση έχει υπολογιστεί με το δείκτη γραμμικής συσχέτισης r του Pearson. (Ο Συντελεστής Συσχέτισης Pearson είναι ένα αριθμητικό μέτρο ή δείκτης του μεγέθους της συσχέτισης μεταξύ δύο συνόλων τιμών. Κυμαίνεται σε μέγεθος από +1.00 μέχρι -1.00 περνώντας και από το 0.00).

Διάγραμμα 4. Επικοινωνιακή ικανοποίηση ασθενών από τους επαγγελματίες υγείας.



Γ. ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ

Επικοινωνιακή ικανοποίηση επαγγελματιών υγείας σε διαπροσωπικό και διομαδικό επίπεδο.

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	92	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	92	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Αναφορά σε όλες τις μεταβλητές (του συνόλου των ερωτηθέντων επαγγελματιών υγείας).

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,785	10

Η τιμή του δείκτη εμφανίζεται $\alpha=0,78$ που δείχνει αξιοπιστία με την έννοια της εσωτερικής συνέπειας, της υποκλίμακας.

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΚΑΘΗΚΟΝΤΩΝ ΠΕΡΑΝ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΩΝ	3,5543	1,04160	92
ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΕ ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ	3,5978	,85240	92
ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗΝ ΟΜΑΔΑ	3,5217	,94320	92
ΒΑΘΜΟΣ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	4,0217	,83834	92
ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΦΟΡΕΑ	2,9348	,91152	92
ΒΑΘΜΟΣ ΣΥΜΠΕΡΙΛΗΨΗΣ ΑΠΟΨΗΣ ΣΕ ΚΑΙΝΟΤΟΜΕΣ ΙΔΕΕΣ	2,6739	1,19623	92
ΒΑΘΜΟΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΕ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ	3,0217	1,15766	92

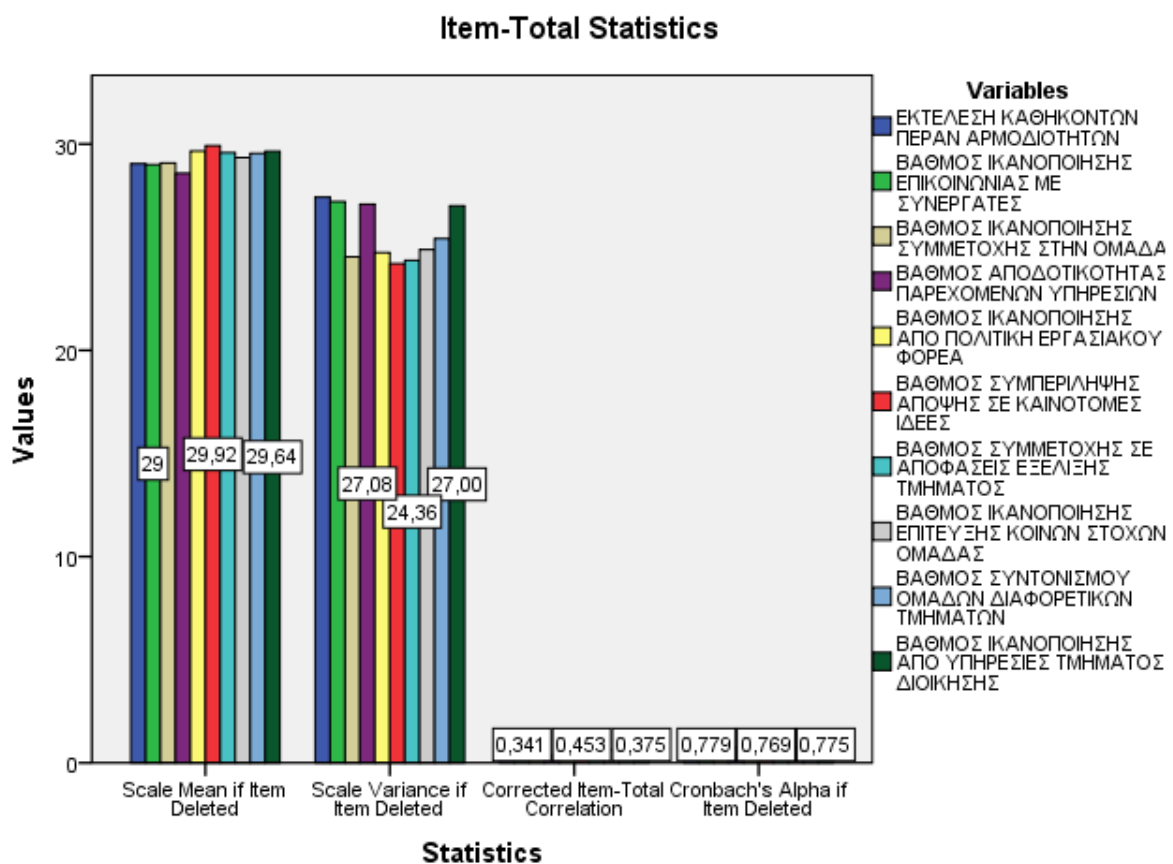
ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΠΙΤΕΥΞΗΣ ΚΟΙΝΩΝ ΣΤΟΧΩΝ ΟΜΑΔΑΣ	3,2609	,84995	92
ΒΑΘΜΟΣ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΥ ΟΜΑΔΩΝ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ	3,0543	,81691	92
ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ	2,9565	,83749	92

Με βάση τον πίνακα Item Statistics ο οποίος περιλαμβάνει το μέσο όρο και την τυπική απόκλιση για κάθε μια από τις 10 ερωτήσεις, μπορεί να σχολιαστεί η επαγγελματική ικανοποίηση του προσωπικού του Νοσοκομείου Φλώρινας-κατά τη δήλωσή τους.

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΚΑΘΗΚΟΝΤΩΝ ΠΕΡΑΝ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΩΝ	29,0435	27,427	,225	,796
ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΕ ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ	29,0000	27,209	,341	,779
ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗΝ ΟΜΑΔΑ	29,0761	24,533	,594	,749
ΒΑΘΜΟΣ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	28,5761	27,082	,365	,776
ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΦΟΡΕΑ	29,6630	24,731	,596	,749
ΒΑΘΜΟΣ ΣΥΜΠΕΡΙΛΗΨΗΣ ΑΠΟΨΗΣ ΣΕ ΚΑΙΝΟΤΟΜΕΣ ΙΔΕΕΣ	29,9239	24,203	,453	,769
ΒΑΘΜΟΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΕ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ	29,5761	24,357	,461	,767
ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΠΙΤΕΥΞΗΣ ΚΟΙΝΩΝ ΣΤΟΧΩΝ ΟΜΑΔΑΣ	29,3370	24,885	,632	,746

ΒΑΘΜΟΣ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΥ ΟΜΑΔΩΝ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ	29,5435	25,416	,593	,752
ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ	29,6413	27,002	,375	,775

Η στήλη Corrected Item-Total Correlation περιλαμβάνει τη σχέση της κάθε ερώτησης – μεταβλητής με το συνολικό άθροισμα των υπολοίπων ερωτήσεων. Οι τιμές κυμαίνονται από +225 (ερώτηση Γ1) μέχρι το +632 (ερώτηση Γ7). Η τιμή της Γ1 ερώτησης είναι χαμηλότερη από το +0,3 (ένα όριο που έχει καθοριστεί εμπειρικά), κατά συνέπεια η ένδειξη που αναφέρεται στην ερώτηση για εκτέλεση καθηκόντων πέραν των αρμοδιοτήτων των επαγγελματιών υγείας, είναι μια ένδειξη που δεν δείχνει υψηλή εσωτερική συνοχή.



Διάγραμμα 5. Επικοινωνιακή ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας σε διαπροσωπικό και διομαδικό επίπεδο.

Δ. ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ

Επικοινωνιακή ικανοποίηση από τη δομική κατασκευή.

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	140	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	140	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Λεπτομερής αναφορά βασισμένη στις μεταβλητές της διαδικασίας.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,881	4

Ο πίνακας των στατιστικών στοιχείων αξιοπιστίας εμφανίζει την τιμή του δείκτη του Cronbach $\alpha=0,88$ >του 0,7 έως 0,8 που σημαίνει πως οι ερωτήσεις της τέταρτης κατηγορίας δείχνουν υψηλή αξιοπιστία.

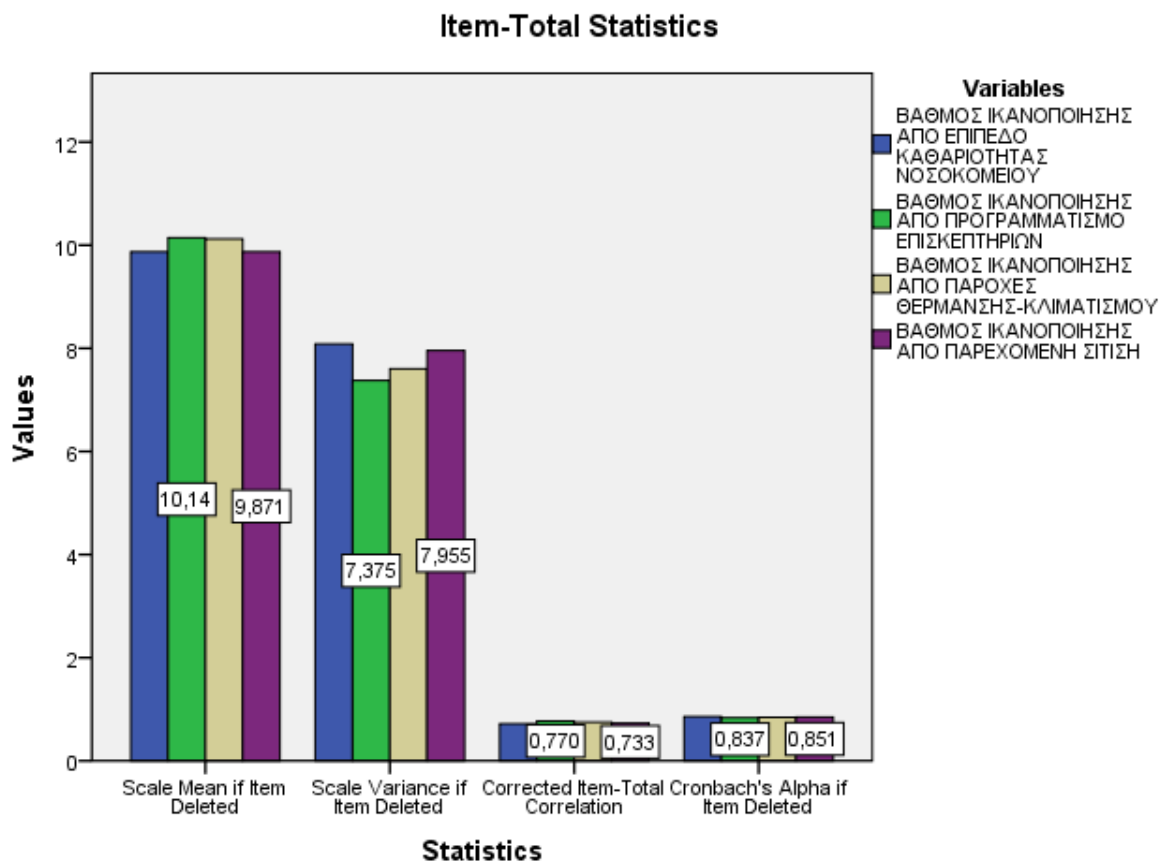
Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ	3,4643	1,01365	140
ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟ ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΡΙΩΝ	3,1929	1,11172	140
ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΠΑΡΟΧΕΣ ΘΕΡΜΑΝΣΗΣ-ΚΛΙΜΑΤΙΣΜΟΥ	3,2143	1,08479	140
ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗ ΣΙΤΙΣΗ	3,4643	1,02775	140

Στον πίνακα «Item statistics» εμφανίζεται ο μέσος όρος (mean) και η τυπική απόκλιση (std. deviation).

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ	9,8714	8,084	,720	,856
ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟ ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΡΙΩΝ	10,1429	7,375	,770	,837
ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΠΑΡΟΧΕΣ ΘΕΡΜΑΝΣΗΣ-ΚΛΙΜΑΤΙΣΜΟΥ	10,1214	7,604	,749	,845
ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗ ΣΙΤΙΣΗ	9,8714	7,955	,733	,851

Με βάση τον πίνακα Item-Total Statistics εμφανίζεται η σχέση της κάθε ερώτησης μεταβλητής με το συνολικό άθροισμα των υπολοίπων ερωτήσεων. Οι τιμές του δείκτη κυμαίνονται από +0,720 (ερώτηση Δ1) μέχρι 0,770 (ερώτηση Δ2).



Διάγραμμα 6. Επικοινωνιακή ικανοποίηση από τη δομική κατασκευή.

Ε. ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ

Σφαιρική αξιολόγηση του νοσοκομειακού περιβάλλοντος.

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	140	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	140	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Αναφορά σε όλες τις μεταβλητές της διαδικασίας.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,909	4

Σύμφωνα με τον δείκτη Cronbach η τιμή $\alpha=0,90$ > του 0,7 έως 0,8 που σημαίνει ότι η αξιολόγηση της Ε κατηγορίας είναι πολύ καλή.

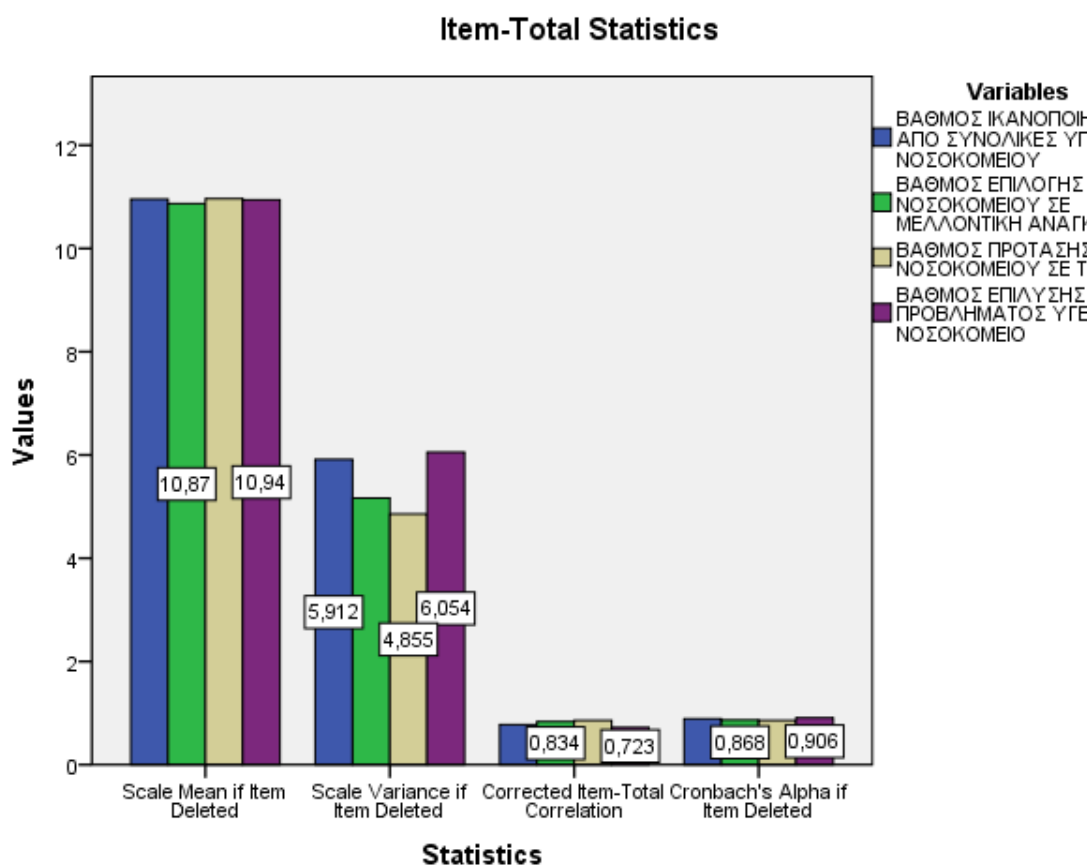
Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ	3,6214	,78170	140
ΒΑΘΜΟΣ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΣΕ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΓΚΗ	3,7071	,91743	140
ΒΑΘΜΟΣ ΠΡΟΤΑΣΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΣΕ ΤΡΙΤΟΥΣ	3,6143	,97143	140
ΒΑΘΜΟΣ ΕΠΙΛΥΣΗΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	3,6357	,78850	140

Στον πίνακα «Item statistics» εμφανίζεται ο μέσος όρος (mean) και η τυπική απόκλιση (std. Deviation).

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ	10,9571	5,912	,779	,88
ΒΑΘΜΟΣ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΣΕ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΓΚΗ	10,8714	5,163	,834	,86
ΒΑΘΜΟΣ ΠΡΟΤΑΣΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΣΕ ΤΡΙΤΟΥΣ	10,9643	4,855	,861	,85
ΒΑΘΜΟΣ ΕΠΙΛΥΣΗΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	10,9429	6,054	,723	,90

Η μικρότερη τιμή του δείκτη αφορά την Ε1 ερώτηση=0,723 και η μεγαλύτερη τιμή αναφέρεται στην Ε4 ερώτηση=0,861.



Διάγραμμα 6. Σφαιρική αξιολόγηση του νοσοκομειακού περιβάλλοντος.

6.6 Ανάλυση εγκυρότητας εννοιολογικής κατασκευής (Construct Validity) των τεσσάρων κατηγοριών:

Ένα εργαλείο είναι έγκυρο ή αληθές εάν αντιπροσωπεύει επακριβώς τις διαστάσεις του φαινομένου που περιγράφει. Η εγκυρότητα συνίσταται στο κατά πόσο μετρά αυτό που επικαλείται ότι μετρά. Σύμφωνα με τον (Crombach, 1951), το βασικό κριτήριο για την επιλογή μιας κλίμακας είναι η εγκυρότητά της. Για παράδειγμα, αν μετράμε την ικανοποίηση του ασθενούς από την πληροφόρηση στις διάφορες απορίες για την εξέλιξη της υγείας του, πρέπει να είμαστε βέβαιοι ότι δε μετράμε την ικανοποίηση του ασθενούς από τη συνολική στάση του νοσηλευτή σε σχέση με την πληροφόρηση που έχει λάβει.

Για τον έλεγχο εγκυρότητας της εννοιολογικής κατασκευής στη συγκεκριμένη εργασία, εφαρμόστηκε η διερευνητική ανάλυση παραγόντων (ΑΠ) με το SPSS.

Οι υπό διερεύνηση μεταβλητές (κατηγορίες) του ερωτηματολογίου (Β,Γ,Δ,Ε) εκτός των δημογραφικών στοιχείων ελέχθησαν αθροιστικά.

Communalities (Κοιότητες) Β=10 ερωτήσεις, Γ=10 ερωτήσεις, Δ=4 ερωτήσεις και Ε=4 ερωτήσεις.

	Initial	Extraction
ΒΑΘΜΟΣ ΚΑΛΥΨΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	1,000	,564
ΒΑΘΜΟΣ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΣΑΣ	1,000	,663
ΔΙΑΘΕΣΗ ΧΡΟΝΟΥ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	1,000	,667
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΕ ΑΠΟΡΙΕΣ	1,000	,639
ΕΥΡΥΘΜΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ	1,000	,577
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΟΔΗΓΙΩΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ	1,000	,662
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΔΙΑΚΡΙΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	1,000	,621
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ & ΚΛΙΜΑΤΟΣ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗΣ	1,000	,043
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΟΡΦΩΤΙΚΩΝ, ΦΥΛΕΤΙΚΩΝ, ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΩΝ Κ.Α. ΔΙΑΚΡΙΣΕΩΝ	1,000	,522

ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	1,000	,627
ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΚΑΘΗΚΟΝΤΩΝ ΠΕΡΑΝ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΩΝ	1,000	,461
ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΕ ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ	1,000	,487
ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗΝ ΟΜΑΔΑ	1,000	,582
ΒΑΘΜΟΣ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	1,000	,341
ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΦΟΡΕΑ	1,000	,534
ΒΑΘΜΟΣ ΣΥΜΠΕΡΙΛΗΨΗΣ ΑΠΟΨΗΣ ΣΕ ΚΑΙΝΟΤΟΜΕΣ ΙΔΕΕΣ	1,000	,522
ΒΑΘΜΟΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΕ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ	1,000	,564
ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΠΙΤΕΥΞΗΣ ΚΟΙΝΩΝ ΣΤΟΧΩΝ ΟΜΑΔΑΣ	1,000	,631
ΒΑΘΜΟΣ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΥ ΟΜΑΔΩΝ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ	1,000	,578
ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ	1,000	,595
ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ	1,000	,436
ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟ ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΡΙΩΝ	1,000	,594
ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΠΑΡΟΧΕΣ ΘΕΡΜΑΝΣΗΣ- ΚΛΙΜΑΤΙΣΜΟΥ	1,000	,503
ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗ ΣΙΤΙΣΗ	1,000	,624
ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ	1,000	,728

ΒΑΘΜΟΣ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΣΕ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΓΚΗ	1,000	,710
ΒΑΘΜΟΣ ΠΡΟΤΑΣΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΣΕ ΤΡΙΤΟΥΣ	1,000	,754
ΒΑΘΜΟΣ ΕΠΙΛΥΣΗΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	1,000	,638

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Ο πρώτος πίνακας των αποτελεσμάτων (Communalities) μας δίνει πληροφορίες για το ποσοστό διακύμανσης της κάθε μεταβλητής-ερώτησης που εξηγείται από τους τέσσερεις παράγοντες. Τιμές μεγαλύτερες του 0,5 θεωρούνται ικανοποιητικές, ενώ τιμές αρκετά μικρότερες του 0,5 φανερώνουν ότι η διακύμανση των μεταβλητών δεν εξηγείται ικανοποιητικά από τα αποτελέσματα της Ανάλυσης Παραγόντων. Οι προτάσεις Β8, Γ1,2,4, και Δ1 εμφανίζουν τιμές μικρότερες του 0,5. Το 0,5 είναι ο βαθμός συσχέτισης των υποκειμένων-μεταβλητών που θα πρέπει να συσχετίζονται επαρκώς μεταξύ τους, αλλά όχι υπερβολικά (πχ. $r=0,9$). Στον ανωτέρω πίνακα οι μεγαλύτερη τιμή εμφανίζεται στο $E3=0,754$.

Total Variance Explained (Αποτελέσματα της συνολικής διακύμανσης)

Component (Συνιστώσα)	Initial Eigenvalues (Αρχικές Ιδιοτιμές)			Extraction Sums of Squared Loadings(Ποσά που υπερβαίνουν τα τετράγωνα φορτία)			Rotation Sums of Squared Loadings ^a
	Total (Σύνολο)	% of Variance (Διαφορά)	Cumulative % (Συσσωρευτικός)	Total	% of Variance	Cumulative %	Total
1	9,664	34,514	34,514	9,664	34,514	34,514	7,959
2	2,395	8,555	43,069	2,395	8,555	43,069	7,035
3	2,269	8,104	51,173	2,269	8,104	51,173	4,700
4	1,536	5,486	56,659	1,536	5,486	56,659	3,980
5	1,446	5,164	61,823				
6	1,257	4,490	66,312				
7	,971	3,468	69,780				
8	,847	3,026	72,806				
9	,807	2,884	75,690				
10	,751	2,681	78,371				
11	,671	2,396	80,767				

12	,618	2,208	82,974				
13	,562	2,005	84,980				
14	,516	1,842	86,822				
15	,433	1,545	88,367				
16	,398	1,421	89,788				
17	,388	1,384	91,172				
18	,369	1,318	92,490				
19	,334	1,194	93,684				
20	,314	1,122	94,807				
21	,288	1,029	95,835				
22	,246	,880	96,715				
23	,211	,755	97,470				
24	,190	,679	98,149				
25	,152	,544	98,693				
26	,145	,519	99,213				
27	,125	,446	99,659				
28	,096	,341	100,000				

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. When components are correlated, sums of squared loadings cannot be added to obtain a total variance.

Στον πίνακα Total Variance Explained παρουσιάζονται οι ιδιοτιμές (Eigenvalues) και το ποσοστό διακύμανσης που εξηγεί ο κάθε παράγοντας. Οι ιδιοτιμές είναι οι διακυμάνσεις των μεταβλητών. Οι μεταβλητές είναι τυποποιημένες πράγμα που σημαίνει ότι κάθε μεταβλητή έχει διακύμανση « 1 » και η συνολική διακύμανση είναι ίση με τον αριθμό των μεταβλητών που χρησιμοποιήθηκαν για την ανάλυση. Συνολικά προέκυψαν 28 διαφορετικοί παράγοντες, αλλά οι ως πιο σημαντικοί επιλέχτηκαν οι τέσσερις πρώτοι, διότι αυτός ο αριθμός συμβαδίζει με τη θεωρητική δομή της κλίμακας.

Component Matrix^a (Μήτρα Συσχετισμού)

	Component			
	1	2	3	4
ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ	,765			
ΒΑΘΜΟΣ ΠΡΟΤΑΣΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΣΕ ΤΡΙΤΟΥΣ	,751			
ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	,748			
ΕΥΡΥΘΜΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ	,745			
ΒΑΘΜΟΣ ΕΠΙΛΥΣΗΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	,735			
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΟΔΗΓΙΩΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ	,733			
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΔΙΑΚΡΙΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	,713			
ΒΑΘΜΟΣ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΣΕ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΓΚΗ	,700			
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΕ ΑΠΟΡΙΕΣ	,668	-,437		
ΒΑΘΜΟΣ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΣΑΣ	,657	-,465		
ΒΑΘΜΟΣ ΚΑΛΥΨΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	,644			
ΔΙΑΘΕΣΗ ΧΡΟΝΟΥ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	,637	-,462		
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΟΡΦΩΤΙΚΩΝ, ΦΥΛΕΤΙΚΩΝ,ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΩΝ Κ.Α. ΔΙΑΚΡΙΣΕΩΝ	,632			
ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗΝ ΟΜΑΔΑ	,618			
ΒΑΘΜΟΣ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΥ ΟΜΑΔΩΝ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ	,608			
ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΦΟΡΕΑ	,574			

ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΕ ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ	,544			,412
ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ	,527			
ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ	,511			,463
ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟ ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΡΙΩΝ	,505		-,448	
ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗ ΣΙΤΙΣΗ	,497		-,462	
ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΠΙΤΕΥΞΗΣ ΚΟΙΝΩΝ ΣΤΟΧΩΝ ΟΜΑΔΑΣ	,494		,459	
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ & ΚΛΙΜΑΤΟΣ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗΣ				
ΒΑΘΜΟΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΕ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ			,621	
ΒΑΘΜΟΣ ΣΥΜΠΕΡΙΛΗΨΗΣ ΑΠΟΨΗΣ ΣΕ ΚΑΙΝΟΤΟΜΕΣ ΙΔΕΕΣ			,525	
ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΠΑΡΟΧΕΣ ΘΕΡΜΑΝΣΗΣ- ΚΛΙΜΑΤΙΣΜΟΥ	,450		-,504	
ΒΑΘΜΟΣ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ			,499	
ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΚΑΘΗΚΟΝΤΩΝ ΠΕΡΑΝ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΩΝ			,425	-,440

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 4 components extracted.

Ο πίνακας συσχετισμού περιέχει φορτία (loadings) των μεταβλητών-προτάσεων του κάθε παράγοντα. Τα φορτία μπορούν να διαβαστούν ως συντελεστές συσχέτισης κάθε πρότασης-απάντησης με τον παράγοντα που ανήκουν. Οι πιθανές τιμές των συσχετίσεων κυμαίνονται από -1 έως +1. Στη δευτερεύουσα εντολή χρησιμοποιήθηκε η επιλογή (.40), η οποία δεν επιτρέπει κανέναν από τους συσχετισμούς που είναι .4 ή λιγότερο να εμφανιστεί στον πίνακα. Αυτή η δέσμευση καθιστά πιο εύκολη την ανάγνωση των συσχετίσεων, αφαιρώντας τις χαμηλές τιμές.

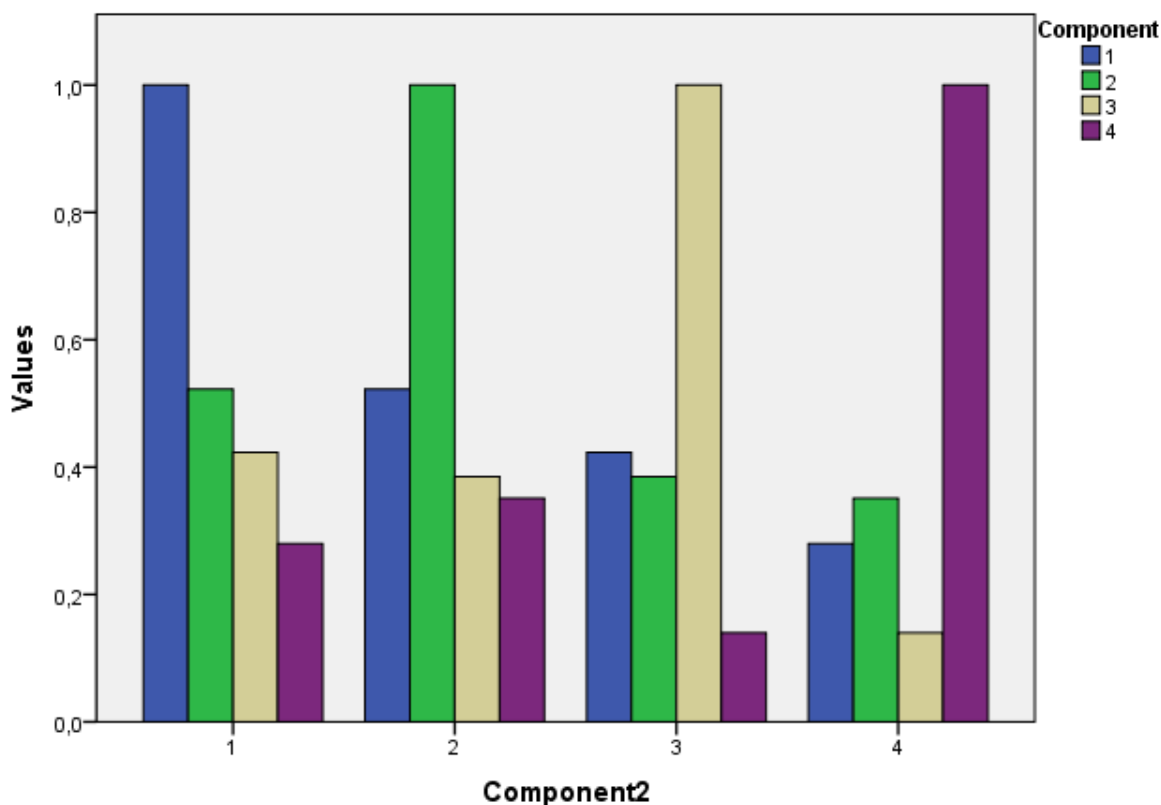
Component Correlation Matrix

Component	1	2	3	4
1	1,000	,522	,423	,280
2	,522	1,000	,385	,351
3	,423	,385	1,000	,140
4	,280	,351	,140	1,000

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Ο πίνακας Component Correlation Matrix περιέχει τις ενδο-συσχετίσεις των δύο παραμέτρων της ανάλυσης (της επικοινωνίας και των διομαδικών σχέσεων) . Από τον πίνακα αυτό φαίνεται ότι υπάρχει μεγαλύτερη συσχέτιση της Β κατηγορίας (που αφορά τον παράγοντα της επικοινωνιακής ικανοποίησης των ασθενών από τους επαγγελματίες υγείας) με τη Γ κατηγορία (που αφορά τον παράγοντα της επικοινωνιακής ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας σε διαπροσωπικό και διομαδικό επίπεδο). Οι κατηγορίες της ενδοσυσχέτισης είναι οι (Β,Γ,Δ,Ε). Κάτι που είναι αναμενόμενο, δεδομένης της διατύπωσης των προτάσεων.

Component Correlation Matrix



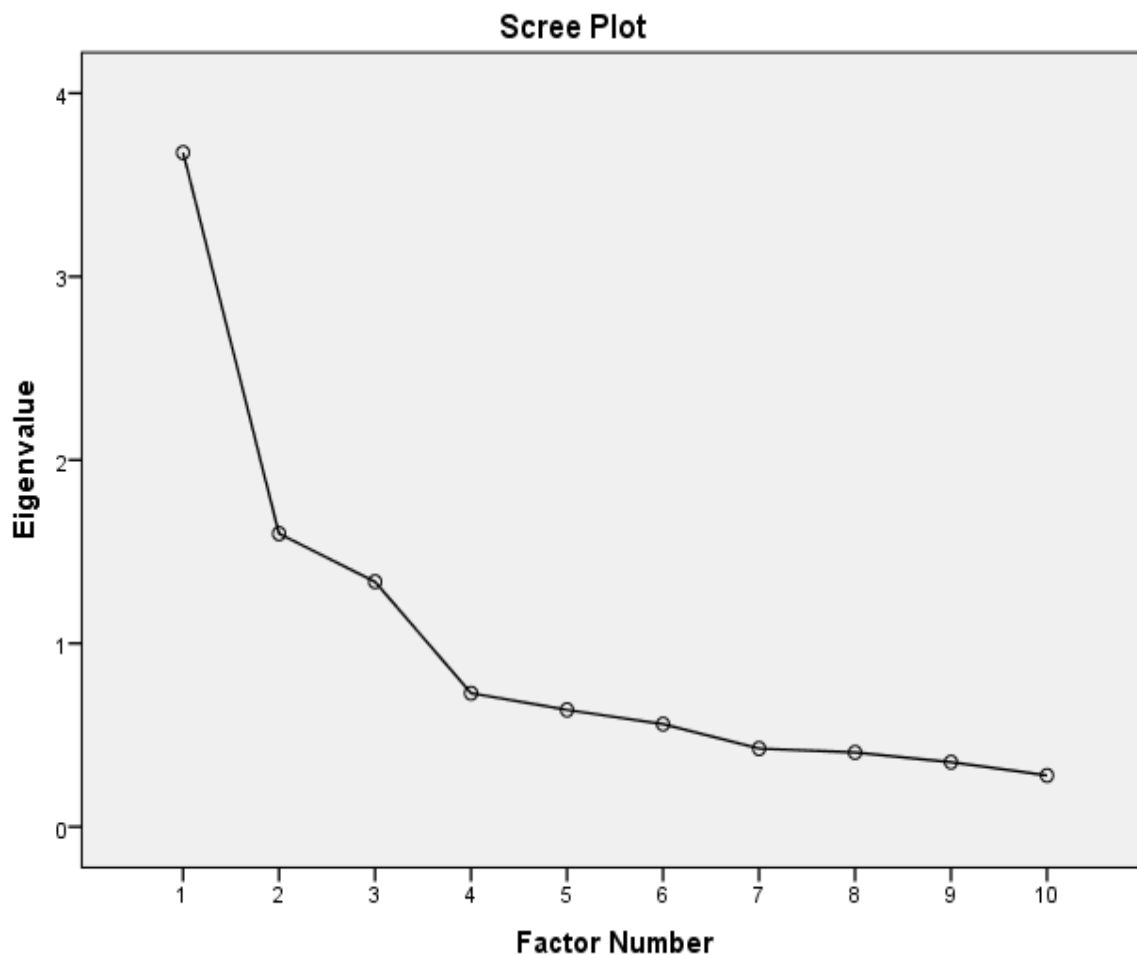
Γράφημα 7. Γραφική παράσταση της ενδοσυσχέτισης των τεσσάρων κατηγοριών (Β,Γ,Δ,Ε).

6.7 Ανάλυση εγκυρότητας περιεχομένου της Γ κατηγορίας.

Η τρίτη θεματική ενότητα η οποία έχει ως επίκεντρο την επικοινωνιακή ικανοποίηση επαγγελματιών υγείας σε διαπροσωπικό και διομαδικό επίπεδο η διάρθρωση των προτάσεων-ερωτήσεων, βασίζεται σε θέματα όπως την ανάληψη και εκτέλεση καθηκόντων περάν των αρμοδιοτήτων τους, την ικανοποίηση από το επίπεδο επικοινωνίας με τους συνεργάτες αλλά και από τη συμμετοχή τους στην ομάδα. Επίσης περιλαμβάνει ερωτήματα που επικεντρώνουν στην αυτοκριτική των επαγγελματιών υγείας, καθώς αυτοί καλούνται να καταγράψουν την αποδοτικότητα τους στις παρεχόμενες υπηρεσίες και τη συμμετοχή τους στη λήψη αποφάσεων που αφορούν την εξέλιξη του τμήματός τους.

Επειδή η τρίτη (Γ κατηγορία) ερωτήσεων αφορά αμιγώς τους επαγγελματίες υγείας, έγινε ανάλυση εγκυρότητας περιεχομένου ξεχωριστά. Τα αποτελέσματα είναι τα ακόλουθα:

Communalities		
	Initial	Extraction
ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΚΑΘΗΚΟΝΤΩΝ ΠΕΡΑΝ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΩΝ	,308	,039
ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΕ ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ	,295	,191
ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗΝ ΟΜΑΔΑ	,539	,481
ΒΑΘΜΟΣ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	,334	,134
ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΦΟΡΕΑ	,489	,480
ΒΑΘΜΟΣ ΣΥΜΠΕΡΙΛΗΨΗΣ ΑΠΟΨΗΣ ΣΕ ΚΑΙΝΟΤΟΜΕΣ ΙΔΕΕΣ	,444	,209
ΒΑΘΜΟΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΕ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ	,457	,207
ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΠΙΤΕΥΞΗΣ ΚΟΙΝΩΝ ΣΤΟΧΩΝ ΟΜΑΔΑΣ	,487	,514
ΒΑΘΜΟΣ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΥ ΟΜΑΔΩΝ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ	,436	,503
ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ	,425	,307



Γράφημα 8. Το γράφημα (Scree Plot) δείχνει την ιδιοτιμή έναντι του αριθμού των παραγόντων (ιδιοτιμές είναι οι διακυμάνσεις των μεταβλητών-απαντήσεων). Από τον τρίτο παράγοντα η γραμμή είναι σχεδόν επίπεδη που σημαίνει ότι κάθε διαδοχικός παράγοντας αντιπροσωπεύει μικρότερες τιμές της συνολικής διακύμανσης. Σε γενικές γραμμές μετρήσιμες είναι οι ιδιοτιμές > του 1. Στο ανωτέρω γράφημα εμφανίζονται πάντα οι ιδιοτιμές προς τα κάτω, από το μεγαλύτερο προς το μικρότερο. Οι παράγοντες που βρίσκονται στα αριστερά του γραφήματος είναι και οι πιο σημαντικοί

Factor Matrix^a

	Factor
	1
ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΠΙΤΕΥΞΗΣ ΚΟΙΝΩΝ ΣΤΟΧΩΝ ΟΜΑΔΑΣ	,717
ΒΑΘΜΟΣ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΥ ΟΜΑΔΩΝ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ	,709
ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗΝ ΟΜΑΔΑ	,694
ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΦΟΡΕΑ	,693
ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ	,554
ΒΑΘΜΟΣ ΣΥΜΠΕΡΙΛΗΨΗΣ ΑΠΟΨΗΣ ΣΕ ΚΑΙΝΟΤΟΜΕΣ ΙΔΕΕΣ	,457
ΒΑΘΜΟΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΕ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ	,455
ΒΑΘΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΕ ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ	,437
ΒΑΘΜΟΣ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	,366
ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΚΑΘΗΚΟΝΤΩΝ ΠΕΡΑΝ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΩΝ	,196

Extraction Method: Maximum Likelihood.

a. 1 factors extracted. 4 iterations required.

Ο συντελεστής Matrix: Αυτός ο πίνακας περιέχει τις μεγαλύτερες φορτίσεις των συντελεστών οι οποίοι είναι οι συσχετισμοί μεταξύ της μεταβλητής-ερώτησης και των παραγόντων. Οι πιθανές τιμές κυμαίνονται από -1 έως 1. Οι υψηλότερες φορτίσεις φαίνεται καθαρά από τον πίνακα πως υπάρχουν στις μεταβλητές του παράγοντα Γ των αντίστοιχων ερωτήσεων.

6.8 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Είναι προφανές πως στο σημερινό γρήγορα εναλλασσόμενο εργασιακό περιβάλλον με τον έντονο ανταγωνισμό, η επικοινωνία διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στο δομημένο σύστημα ενός οργανισμού. Κατέχει κεντρική θέση μεταξύ των ομάδων διότι η δομή, η έκταση και οι σκοποί μιας οργάνωσης καθορίζονται αποκλειστικά από τις τεχνικές της επικοινωνίας (Παναγιωτοπούλου, 1997). Είναι μια από τις συνιστάμενες που συμβάλλουν στη διατήρηση ή στην διάλυση μιας ομάδας, αποτελώντας μια συνεχή διεργασία συντονισμού.

Αντικείμενο της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση των σχέσεων και της επικοινωνίας των επαγγελματιών υγείας σε διομαδικό και διαπροσωπικό επίπεδο, τόσο μεταξύ τους όσο και σε σχέση με τους αιτούντες περίθαλψη-ασθενείς, ώστε να διεξαχθούν συμπεράσματα σχετικά με τον προσδιορισμό της επικοινωνίας μεταξύ των εργαζομένων και να καθοριστούν οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ίδιων, αλλά και των ασθενών.

Αναμφίβολα για τους οργανισμούς υγείας η επικοινωνία συνδέεται άμεσα με την προώθηση και την επίτευξη των στόχων, προκειμένου να επιτευχθεί επαρκής εμπλοκή όλων των συμμετεχόντων ώστε να υπάρξει ένα ευνοϊκό κλίμα εμπιστοσύνης. Για την επίτευξη αυτού του κλίματος απαραίτητη προϋπόθεση είναι η συνεργασία της ιατρικής, της νοσηλευτικής, της διοικητικής και της τεχνικής υπηρεσίας με την χρήση των επίσημων και ανεπίσημων δικτύων.

Όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα των δημογραφικών χαρακτηριστικών της Α κατηγορίας της έρευνας, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ήταν μεταξύ 50-70 ετών. Το 65% του συνολικού ποσοστού των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες. Αναφορικά με το επίπεδο μόρφωσης το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και σε ποσοστό 52%.

Εξετάζοντας την δεύτερη Β ερευνητική κατηγορία ερωτήσεων που αφορούσε την επικοινωνιακή ικανοποίηση των ασθενών από τους επαγγελματίες υγείας, διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς κρατούν μια ουδέτερη στάση με τις εννέα από τις δέκα απαντήσεις να βρίσκονται στο «αρκετά» ικανοποιημένοι από τους επαγγελματίες υγείας, μια απάντηση η οποία βρίσκεται στο μέσον της διαβάθμισης. Η μία μόνο εκ των δέκα ερωτήσεων αναφερόταν στο «πολύ». Η επικοινωνιακή ικανοποίηση διερευνήθηκε με βάση το γεγονός ότι η υγεία αποτελεί κοινωνικό αγαθό και αυτό από μόνο του αυξάνει τις απαιτήσεις και τις προσδοκίες του χρήστη-λήπτη των υπηρεσιών που παρέχονται από το σύστημα

περίθαλψης. Η ποιότητα στα νοσοκομεία δεν αφορά μόνο μια συγκεκριμένη διαδικασία ή μόνο ένα τμήμα του νοσοκομείου ούτε συνδέεται μόνο με τα καθήκοντα ενός ατόμου. Είναι εμφανές ότι υπάρχουν σοβαρά προβλήματα σε επικοινωνιακό επίπεδο στην κλινική πράξη, ενώ οι διαπροσωπικές ικανότητες των επαγγελματιών υγείας καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό την ικανοποίηση των ασθενών.

Όλη αυτή η διαδικασία αφορά το σύνολο των εργαζομένων και απαιτεί την εφαρμογή μιας νέας κοινωνικής συμπεριφοράς, με την είσοδο ενός καινούργιου πλαισίου σχέσεων μεταξύ του εργατικού δυναμικού των νοσοκομείων και των ασθενών.

Με άλλα λόγια, δια μέσου μιας θεραπευτικής επικοινωνιακής συνδιαλλαγής ο επαγγελματίας υγείας είναι σε θέση: να γνωρίσει τον ασθενή ως πρόσωπο και βιοψυχοκοινωνική οντότητα, να εντοπίσει το πρόβλημα υγείας και να το εξατομικεύσει ώστε να μπορέσει να το θεραπεύσει. Πρωτοβουλίες που αφορούν την εισαγωγή νέων εργασιακών όρων, καινούριων επιστημονικών μεθόδων ή ενός νέου σχεδίου εργασίας, οδηγούνται σε απόρριψη, αν οι μέθοδοι δεν προσαρμόζονται στις ανάγκες των ανθρώπων που καλούνται να τις υπηρετήσουν, εφαρμόσουν και χρησιμοποιήσουν (Μάρκοβιτς, 2011).

Ο τρόπος που οι εργαζόμενοι αντιλαμβάνονται τις εσωτερικές διεργασίες ενός οργανισμού έχουν επιπτώσεις τόσο στον εξωτερικό πελάτη/ασθενή όσο και στον επαγγελματία υγείας που παρέχει αυτές τις υπηρεσίες.

Η τρίτη Γ κατηγορία των ερευνητικών ερωτημάτων αφορούσε την επικοινωνιακή ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας σε διαπροσωπικό και διομαδικό επίπεδο σχέσεων. Οι εννέα απαντήσεις εμφανίζουν την απάντηση «αρκετά» που σημαίνει ότι υπάρχει ένα μέτριο αποτέλεσμα όσον αφορά την ικανοποίηση των εργαζομένων από την πολιτική (αντικειμενικότητα, ισότητα, αμεροληψία) που ακολουθείται από τον εργασιακό τους φορέα. Οι απαντήσεις που αναφέρονται στη συμμετοχή των εργαζομένων στην ομάδα (.694), την επίτευξη κοινών στόχων εντός της ομάδας (.717), αλλά και το επίπεδο συντονισμού μεταξύ των ομάδων διαφορετικών τμημάτων (.709) εμφανίζουν τις υψηλότερες φορτίσεις των συσχετισμών που είναι οι συσχετισμοί μεταξύ των μεταβλητών και του παράγοντα (πίνακας Factor matrix σελ.80).

Τα αποτελέσματα αυτά καταδεικνύουν ότι οι εργαζόμενοι έχουν την ανάγκη να ανήκουν σε κάποια ομάδα ώστε να έχουν προσωπική ανατροφοδότηση, να συνεργάζονται μεταξύ τους για την επίτευξη κοινών στόχων με τις ευπροσάρμοστες πρακτικές επικοινωνίας στις καταστάσεις έκτακτης ανάγκης, που αφορούν την πρόοδο στην εργασία.

Αυτό που παρατηρείται στην μία εκ των δέκα ερωτήσεων (αν οι εργαζόμενοι είναι αποδοτικοί στην εργασία τους), η απάντηση διαφοροποιείται στο «πολύ» είναι θετική πράγμα που σημαίνει ότι οι επαγγελματίες υγείας δηλώνουν ότι η προσφορά τους κινείται σε ικανοποιητικά επίπεδα. Αυτή η στάση έρχεται σε αντιδιαστολή με τα αποτελέσματα και την άποψη των χρηστών/ασθενών της δεύτερης κατηγορίας.

Ουδέτερη στάση επίσης απαντήσεων προκύπτει από τις μεταβλητές της Δ κατηγορίας, όπου πρέπει να επισημανθεί πως η υγειονομική περίθαλψη έχει αντίκτυπο στην ποιότητα, την αποτελεσματικότητα, αλλά και την αποδοτικότητα, χωρίς να είναι ανεξάρτητη από την κτιριακή υποδομή, τη θέρμανση, τη σίτιση, καθώς όλοι αυτοί οι παράγοντες αποτελούν δείκτες εσωτερικής ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών ενός νοσοκομείου.

Το περιβάλλον παροχής υπηρεσιών έχει τρεις διαστάσεις: την κοινωνική διάσταση, την κοινωνικά συμβολική διάσταση και τη φυσική διάσταση. Η πρώτη αναφέρεται στην αλληλεπίδραση προσωπικού και πελατών. Η δεύτερη η κοινωνικά συμβολική περιλαμβάνει τα στοιχεία σύμβολα και τα ανθρώπινα δημιουργήματα, ενώ η τρίτη η φυσική διάσταση αναφέρεται στη δυνατότητα του χώρου να βοηθά τους πελάτες/χρήστες σύμφωνα με τους (Rosenbaum & Massiah, 2011).

Όσον αφορά τα αποτελέσματα της Ε κατηγορίας παρατηρείται και πάλι μια μέτρια στάση ουδετερότητας προς τις συνολικές υπηρεσίες του οργανισμού. Εντύπωση προκαλεί πως η ικανοποίηση καταγράφεται μέτρια και στις πέντε υπό διερεύνηση κατηγορίες. Στην ερώτηση της τελευταίας ομάδας που αναφέρεται (αν θα επιλέγατε ξανά το Γ.Ν Φλώρινας) η απάντηση είναι θετική «πολύ». Κατά κύριο λόγο τα αίτια που συντείνουν σε αυτό το αποτέλεσμα είναι ότι οι ερωτώμενοι δεν έδωσαν την δέουσα προσοχή στις απαντήσεις των αντιφατικών μεταβλητών ή μια δεύτερη εκδοχή είναι ότι σαφώς και θα απευθυνθούν στο νοσοκομείο Φλώρινας αφού είναι το μοναδικό στο νομό.

Η καλή επικοινωνία, η ποιότητα της φροντίδας και η ικανοποίηση του ασθενούς είναι ένας δείκτης αναγνωρισμένος για ένα επιθυμητό αποτέλεσμα.

Λαμβάνοντας υπόψιν τα αποτελέσματα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε στο Γ.Ν. Φλώρινας διαπιστώθηκε πως δεν κατάφερε η διοίκηση του νοσοκομείου να ασκήσει μια θετική επικοινωνιακή πολιτική. Θα πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη ότι ο μέσος όρος των χρηστών/ασθενών δηλώνουν ουδέτερη στάση. Για την βελτίωση της επικοινωνίας, οι εργαζόμενοι θα πρέπει να αισθάνονται ικανοποίηση όσο σε υλικά τόσο και σε ψυχολογικά μέσα, ώστε να γίνουν περισσότερο ευγενικοί και πρόθυμοι για τη σωστή εξυπηρέτηση των ασθενών.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ – ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

1. Andeson, J. G. (1997), "Clearing the Way for Physicians Use of Clinical Information Systems", *Commun. ACM* 40 (8) 83-90
2. Blessing & Chakrabarti, (2009) DRM, a *Design Research Methodology*. Springer.
3. Bob Nelson ends Peter Economy «Managing for Dummies». Copyright 1996 by IDG Books Worldwide, Inc.
4. Braddock, R. (1958) «An Extension of the “Lasswell Formula”», *Journal of Communication*, 8, 88-93.
5. Chandler, A. (1950). *Strategy and structure*. Cambridge, MA: MIT Press.
6. Chisnal. P.M. (1986). *Marketing Research*, McCraw-Hill, 3rd edition.
7. CRONBACH A. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrica* 1951, 16:297—334
8. Dance, F.E.X. (1967) «A Helical of Communication» στο Dance, F.E.X. (ed.) *Human Communication Theory*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
9. Denison, D.R., Spreitzer, G.M. (1991) Organizational culture and organizational development: a competing values approach," *Research in Organizational Change and Development*, 5:1-21.
10. Downs C. W, & Hazen M.D (1977). A factor Analytical Study of Communication Satisfaction, *Journal of Business Communication*, 14 (3), 63-73.
11. Elliott, P.(1972) *The Makink of Television Series*. London: Constable.
12. Festinger, L.A. (1957) *A Theory of Cognitive Dissonance*. New York: Row and Peterson.
13. Gerbner, G.(1964) «On content Analysis and Critical Research (eds) *Peorle, Society and Mass Communications*, New York: The Free Press.
14. Gieber, W. (1960) «Two Communicators of the News: a Study of the Roles of the Sources and Reporters» στο *Social Forces*, 37, 76-83.
15. Heidel, F. (1946) «Attitudes and Cogritive Infomation» στο *Journal of Psychology*, 21,107-112.
16. Hendricks, C.F.(1992). *The rightsizing remedy*. Homewood, IL: Business One Irwin.
17. Houser, J. (2008) Precision, reliability, and validity: Essential elements of measurement in nursing research. *J Spec Pediatr Nurs*.

18. Iakovidis, I., (1998), «Towards personal health record: current situation, obstacles and trends in implementation of electronic healthcare record in Europe» , *Elsevier- International Journal of medical information*, **52**, pp. 105–115
19. Litwin, MS. (1995) How to measure survey reliability and validity. Sage Publications, London. 1. Martin, J (2005). Organizational culture. In N. Nicholson. P Pillutla. *The Blackwell.G. Audia & M. M. Encyclopedia of management: Organizational behavior* (2 nd ed) (Vol. XI, pp. 271-278).
20. Malden, MA: Blackwell. Schneider, B. (1990). *Organizational climate and culture. San Francisco: Jossey-Bass.*
21. McLeod, J.M. and Chaffee, S.H. (1973), «Interpersonal Approaches to Communication Research» στο *American Behavioral Scientist*, 16, 469-499.
22. McLuhan, M. (1964) *Understanding Media*. New York: McGraw-Hill.
23. Miller, D. (1987). The genesis of configuration. *Academy of Management Review*, 12, 686-701
24. Muijs, D. (2010). *Doing Quantitative Research in Education with SPSS*. London: Sage.
25. Newcomb, T. (1959) «The Study of Consensus» στο Merton, R.K., Broom, L. and Cottrell, S. (eds) *Sociology Today*. New York: Basic Books.
26. Oppenheim A.N. (1992). «Questionnaire Design & Attitude Measurement», 2nd., Biddles Ltd, Guildford, Surrey.
27. Rogers, E.M. (1986) *Communication Technology*. New York Free Press.
28. Rosen, R. H. & Berger, L. (1992). *Healthy company: Eight strategies to develop people, productivity, and profits*. New York: J. P. Tarcher.
29. Rosenbaum, M.S., Massiah, C. (2011). An expanded services cape perspective. *Journal of Service Management*. 22 (4):471-490.
30. Schein, E.N. (1983). The role of the founder in creating organizational culture. *Organizational Dynamics*, Summer, 13-28.
31. Schein. E. H. (1992). *Organizational culture and leadership: A dynamic view* (2nd ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
32. Schramm, W. (1954) «How Communication Works» στο Schramm, W. (ed.) *The Process and Effects of Mass Communication*. University of Illinois Press.

33. Scott, T., Mannion, R., Davies, H., Marshall, M. (2003). The quantitative measurement of organizational culture in health care: A review of the available instruments. *Health Services Res*, 38:923–945.
34. Sitzia, J., Wood, N. (1997) Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social Science and Medicine*, 45:1829-43.
35. Tharenou, P., Donohue, R., Cooper, B. (2007) *Management*. Oxford: Elsevier.
36. Tichenor, P.J., Rodenkirchen, J.M., Olien, C.N. and Donohue, G.A. (1973) «Community Issues, Conflict and Public Affairs Knowledge» στο Clarke, P. (ed) *New Models for Communication Research*. Beverly Hills: Sage Publications.
37. Van Guilenburg. JJ. And Noomen, W. (1984) *Communicatiewetenschap*. Amsterdam: Coutinho.
38. Varco, S.L., Lurch, R.F. (2004) Evolving to a new dominant logic for marketing. *Journal of marketing*, 68(1):1-17.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ-ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ

1. Αναστασιάδου, Α. (2012) Στατιστική και μεθοδολογία έρευνας στις κοινωνικές επιστήμες. Εκδόσεις Κριτική. Αθήνα
2. Βαγγελάτος Α, (2001), Τυποποίηση στην πληροφορική της υγείας - Απαραίτητη προϋπόθεση για την εισαγωγή πληροφοριακών συστημάτων. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(6): 609-615. 65.
3. Βασικές Αρχές Μάνατζμεντ: ANDREW J. DUBRIN.ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΛΛΗΝ ΤΕΤΑΡΤΗ ΕΚΔΟΣΗ 2000.Β΄ΤΟΜΟΣ σελ 98-106.
4. Εμμανουήλ Στετακάκης και Νικόλαος Κωφίδης «Διοίκηση και Έλεγχος Ποιότητας» 2^η Έκδοση, 2016 ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΤΖΙΟΛΑ.
5. Εφημερίδα της κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, Τεύχος δεύτερο Αρ. Φύλλου 3301, 11/12/2012. Οργανισμός του Γενικού Νοσοκομείου Φλώρινας.
6. Ζαβλανός, Μ (2002). Μάνατζμεντ. Αθήνα: Σταμούλης.
7. Ιακωβίδης, Ι (1998) Προς προσωπικά αρχεία υγείας: Τρέχουσα κατάσταση, εμπόδια και τάσεις στην εφαρμογή ηλεκτρονικών ιατρικών αρχείων στην Ευρώπη. *International Journal of Medical Informatics*, 52, 105-117.
8. Ιορδάνογλου Δ. (2008) Διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού στις οργανώσεις – Νέες τάσεις και πρακτικές, Αθήνα: Κριτική.

9. ΜΑΡΙΑ ΒΑΚΟΛΑ – ΙΩΑΝΝΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΥ ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ & ΣΥΜΠΕΡΙΦΕΡΑ Α' ΕΚΔΟΣΗ 2003.
10. Μάτσης Π., (2006) «Ηλεκτρονικός Ιατρικός Φάκελος» Ιατρικό Βήμα, Ιούνιος-Αύγουστος σελ.52-54
11. Μούτρου Ε, (2006), «Ο Ηλεκτρονικός Ιατρικός Φάκελος στα Ελληνικά Δημόσια Νοσοκομεία», *Επιθεώρηση υγείας*, 17, (101), σελ. 3-15.
12. Μπαμπινιώτης Γ. Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας, Γ' ΕΚΔΟΣΗ 2008 σελ 1544.
13. Μπουραντάς Δημήτριος και Νάνσυ Παπαλεξανδρή (1998) «ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ» ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΥΓ. ΜΠΕΝΟΥ. ΑΘΗΝΑ 1998.
14. ΟΡΓΑΝΩΣΙΑΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ. J. GREENBERG-R.A.BARON 2013. ΕΚΔΟΣΕΙΣ GYTENBERG.
15. Ρόη Παναγιωτοπούλου: Η Επικοινωνία στις Οργανώσεις. Εκδόσεις Κριτική 1997 σελ 53.
16. Στάμος Παπαστάμου: Η Κοινωνική Επιρροή-ΣΤ' ΕΚΔΟΣΗ, Μάρτιος 1999 , ΟΔΥΣΣΕΑΣ:ΣΕΙΡΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ.
17. ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ
18. « ΔΙΟΜΑΔΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ» ΣΤΑΜΟΣ ΠΑΠΑΣΤΑΜΟΥ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΟΔΥΣΣΕΑΣ Ε' ΕΚΔΟΣΗ 1999.
19. ΣΩΤΗΡΙΑ Α. ΤΡΙΑΝΤΑΡΗ: Η ΡΗΤΟΡΙΚΗ, Η ΤΕΧΝΗ ΤΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΧΑΙΟΤΗΤΑ ΣΤΟ ΒΥΖΑΝΤΙΟ.ΕΚΔ ΟΙΚΟΣ ΣΤΜΟΥΛΗ 2016σελ 184-185.
20. Τρίμηνο περιοδικό – Νοσηλευτική Τόμος 52 Ιανουάριος –Μάρτιος 2013.
21. Χρήστου Ε. (1999). Έρευνα τουριστικής αγοράς, Αθήνα: Interbooks.
22. Χυτήρης. Λ. (2001). Οργανωσιακή Συμπεριφορά: Η Ανθρώπινη Συμπεριφορά σε Οργανισμούς και Επιχειρήσεις, Αθήνα: Interbooks.
23. Ψαρρού Κ. Μάγδα, Ζαφειρόπουλος Κώστας (2004). Επιστημονική Έρευνα «Θεωρία και Εφαρμογές στις Κοινωνικές Επιστήμες». Έκδοση: ΤΥΠΩΘΗΤΩ/ΔΑΡΔΑΝΟΣ.

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

1. <http://openelectronics.pantion.gr>.
2. (www.hin.gr) 11.32.
3. <http://openelectronics.pantion.gr>.
4. www.gnpat.gr.
5. <http://digilib.lib.unipi.gr/dspace/handle/unipi/688>.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Τίτλος εργασίας: ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ- ΔΙΟΜΑΔΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΩΣ ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΦΛΩΡΙΝΑΣ

Η εργασία αυτή διενεργείται στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος «Επιστήμες της Αγωγής: Εκπαίδευση και Διαχείριση Ανθρώπινου Δυναμικού» του Παιδαγωγικού Τμήματος Νηπιαγωγών Φλώρινας. Τα δεδομένα του ερωτηματολογίου που ακολουθεί, αποσκοπούν στη διερεύνηση των απόψεων που σχετίζονται με την ενδονοσοκομειακή επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας αλλά και σε σχέση με τους ασθενείς, σε διαπροσωπικό και σε διομαδικό επίπεδο. Η έρευνα είναι ποσοτική - ποιοτική, της κλίμακας τύπου Likert, ενώ η έκβασή της αποτελείται από δείγμα εκατό ατόμων και θα διεξαχθεί σε διάστημα δυο μηνών. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου γίνεται ανώνυμα και τα αποτελέσματα που θα προκύψουν θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τη συγκεκριμένη ερευνητική εργασία. Ο χρόνος συμπλήρωσης του ακόλουθου ερωτηματολογίου είναι 5 λεπτά.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ :

A. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

1. Ποια είναι η ηλικία σας;

- Κάτω από 20
- 20 έως 30
- 30 έως 40
- 40 έως 50
- Πάνω από 50

2. Φύλο

- Άνδρας
- Γυναίκα

3. Ποιο είναι το μορφωτικό σας επίπεδο;

- Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση
- Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση
- Τριτοβάθμια Εκπαίδευση

B. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

1 . Σας καλύπτει ο τρόπος που χειρίστηκαν την προσωπικότητα και την ατομικότητά σας οι επαγγελματίες υγείας;

- Πάρα πολύ
- Πολύ
- Αρκετά
- Λίγο
- Καθόλου

2.Ανταποκρίθηκαν οι εργαζόμενοι του Γενικού Νοσοκομείου Φλώρινας στις προσδοκίες σας σχετικά με το πρόβλημα υγείας σας;

- Πάρα πολύ
- Πολύ
- Αρκετά
- Λίγο
- Καθόλου

3 .Διέθεσαν τον απαιτούμενο κατά τη γνώμη σας χρόνο για το πρόβλημα υγείας σας;

- Πάρα πολύ
- Πολύ
- Αρκετά
- Λίγο
- Καθόλου

4. Μείνατε ικανοποιημένοι από τις απαντήσεις που σας δόθηκαν στις διάφορες απορίες σας;

- Πάρα πολύ
- Πολύ
- Αρκετά
- Λίγο
- Καθόλου

5 .Είστε ικανοποιημένοι από το ρυθμό που επικρατεί Γενικό Νοσοκομείο Φλώρινας (εύρυθμη λειτουργία);

- Πάρα πολύ
- Πολύ
- Αρκετά
- Λίγο
- Καθόλου

6 .Σας δόθηκαν σαφείς και απλές οδηγίες για την αντιμετώπιση του προβλήματός υγείας σας;

- Πάρα πολύ
- Πολύ
- Αρκετά
- Λίγο
- Καθόλου

7 .Ήταν προσεκτικοί και διακριτικοί οι επαγγελματίες υγείας κατά την εκτέλεση όλων των ενεργειών που απαιτήθηκαν;

- Πάρα πολύ
- Πολύ
- Αρκετά
- Λίγο
- Καθόλου

8. Υπήρξε διάθεση πραγματικού ενδιαφέροντος και κλίματος εμπιστοσύνης προς το άτομό σας;

- Πάρα πολύ
- Πολύ
- Αρκετά
- Λίγο
- Καθόλου

9. Σας αντιμετώπισαν χωρίς διακρίσεις λόγω μόρφωσης, χαρακτηριστικών, θρησκείας, φυλής, εθνικότητας;

- Πάρα πολύ
- Πολύ
- Αρκετά
- Λίγο
- Καθόλου

10. Είστε ικανοποιημένοι από το επίπεδο εκπαίδευσης και επαγγελματικής κατάρτισης του προσωπικού του Γενικού Νοσοκομείου Φλώρινας;

- Πάρα πολύ
- Πολύ
- Αρκετά
- Λίγο
- Καθόλου

Γ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΚΑΙ ΔΙΟΜΑΔΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

1. Έχετε αναλάβει την εκτέλεση καθηκόντων περάν των αρμοδιοτήτων σας;

- Πάρα πολύ
- Πολύ
- Αρκετά
- Λίγο
- Καθόλου

2. Είστε ικανοποιημένοι από το επίπεδο επικοινωνίας με τους συνεργάτες σας;

- Πάρα πολύ
- Πολύ
- Αρκετά
- Λίγο
- Καθόλου

3. Είστε ικανοποιημένοι από τη συμμετοχή σας στην ομάδα;

- Πάρα πολύ
- Πολύ
- Αρκετά
- Λίγο
- Καθόλου

4. Θεωρείτε ότι είστε αποδοτικοί στις υπηρεσίες που παρέχετε;

- Πάρα πολύ
- Πολύ
- Αρκετά
- Λίγο
- Καθόλου

5. Είστε ικανοποιημένοι από την πολιτική (αντικειμενικότητα- ισότητα- αμεροληψία) που ακολουθείται στον εργασιακό σας φορέα;

- Πάρα πολύ
- Πολύ
- Αρκετά
- Λίγο
- Καθόλου

6. Έχει ζητηθεί η άποψή σας από ανώτερο στέλεχος για κάποια καινοτόμα ιδέα-εφαρμογή;

- Πάρα πολύ
- Πολύ
- Αρκετά
- Λίγο
- Καθόλου

7. Συμμετείχατε ποτέ στη λήψη αποφάσεων που αφορούν την εξέλιξη του τμήματός σας;

- Πάρα πολύ
- Πολύ
- Αρκετά
- Λίγο
- Καθόλου

8. Είστε ικανοποιημένοι από την επίτευξη κοινών στόχων της ομάδας (προγραμματισμό- υλοποίηση);

- Πάρα πολύ
- Πολύ
- Αρκετά
- Λίγο
- Καθόλου

9. Είστε ικανοποιημένοι από επίπεδο συντονισμού μεταξύ των ομάδων των διαφορετικών τμημάτων ;

- Πάρα πολύ
- Πολύ
- Αρκετά
- Λίγο
- Καθόλου

10. Είστε ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες του τμήματος διοίκησης;

- Πάρα πολύ
- Πολύ
- Αρκετά
- Λίγο
- Καθόλου

Δ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗ ΔΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΚΕΥΗ

1. Είστε ικανοποιημένοι από το επίπεδο καθαριότητας (χώρων υποδοχής- διαμονής- υγιεινής - συχνότητα αποκομιδής απορριμμάτων) του νοσοκομείου;

- Πάρα πολύ
- Πολύ
- Αρκετά
- Λίγο
- Καθόλου

2. Είστε ικανοποιημένοι από τον χρονικό προγραμματισμό των επισκεπτηρίων – διαγνωστικών εξετάσεων- ωρών ανάπαυσης;

- Πάρα πολύ
- Πολύ
- Αρκετά
- Λίγο
- Καθόλου

3. Είστε ικανοποιημένοι από τις παροχές θέρμανσης και κλιματισμού του νοσοκομείου;

- Πάρα πολύ
- Πολύ
- Αρκετά
- Λίγο
- Καθόλου

4. Είστε ικανοποιημένοι από την ποιότητα της παρεχόμενης σίτισης;

- Πάρα πολύ
- Πολύ
- Αρκετά
- Λίγο
- Καθόλου

Ε. ΣΦΑΙΡΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

1. Μείνατε ικανοποιημένοι από τις συνολικές υπηρεσίες που σας παρασχέθηκαν τη διάρκεια της διαμονής σας στο Γενικό Νοσοκομείο Φλώρινας;

- Πάρα πολύ
- Πολύ
- Αρκετά
- Λίγο
- Καθόλου

2. Σε περίπτωση ανάγκης θα επιλέγατε ξανά το Γενικό Νοσοκομείο Φλώρινας;

- Πάρα πολύ
- Πολύ
- Αρκετά
- Λίγο
- Καθόλου

3. Θα προτείνατε σε άλλους να απευθυνθούν στο Γενικό Νοσοκομείο Φλώρινας;
Πάρα πολύ

- Πολύ
- Αρκετά
- Λίγο
- Καθόλου

4. Βρήκατε λύση στο πρόβλημα υγείας για το οποίο προσήλθατε στο Γενικό Νοσοκομείο Φλώρινας;

- Πάρα πολύ
- Πολύ
- Αρκετά
- Λίγο
- Καθόλου

Ευχαριστώ πολύ για τη συμμετοχή σας