

ΟΙ ΗΘΙΚΕΣ ΑΞΙΕΣ ΓΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΥΗΜΕΡΙΑ

Η σημασία των ηθικών αξιών για τις επιχειρήσεις στο χώρο της υγείας

ΒΑΪΤΣΑ ΓΙΑΝΝΟΥΛΗ

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Ε.Α.Π.

Διδακτορικό Πρόγραμμα Ιατρική Σχολή, Α.Π.Θ.

Περίληψη

Οι ηθικές αξίες εμποτίζουν κάθε έκφανση της κοινωνικής ζωής των ανθρώπων. Στόχος της παρούσας εργασίας είναι η εύρεση και εστίαση στη σημασία των ηθικών αξιών για τις δημόσιες και ιδιωτικές επιχειρήσεις στο χώρο της υγείας και η εις βάθος διερεύνηση των απόψεων που υπάρχουν στη σύγχρονη ελληνική κοινωνία για τη διαμέσου των ηθικών αξιών συνεπακόλουθη επίτευξη ατομικής και κοινωνικής ευημερίας. Για το σκοπό αυτό διενεργήθηκαν 28 σε βάθος ημι-δομημένες συνεντεύξεις εστιασμένες στο θέμα των ηθικών αξιών με εργαζόμενους σε επιχειρήσεις από το χώρο της υγείας, ενώ παράλληλα τους χορηγήθηκε και ένα σχετικό ποσοτικό ερωτηματολόγιο. Επίσης χορηγήθηκαν και μία σειρά από ερωτηματολόγια για την εξέταση του συναισθήματος στο χώρο εργασίας. Για πρώτη φορά στην Ελλάδα βρέθηκε ότι οι εργαζόμενοι σε μη διευθυντικές θέσεις είναι ιδιαίτερα ευαισθητοποιημένοι σε θέματα ηθικών αξιών, καθώς εκφράζουν τους προβληματισμούς τους για την προβληματική εργασιακή νοοτροπία η οποία συνδέεται άμεσα (σύμφωνα με τα λεγόμενά τους) με την κοινωνικά εσφαλμένη προσέγγιση των αξιών ως απαρχαιωμένων ιδεών χωρίς πρακτική εφαρμογή στις σύγχρονες αγορές. Φαίνεται ότι οι εργαζόμενοι στις επιχειρήσεις στο χώρο της υγείας παρουσιάζουν το εξής μοτίβο θεμάτων κατά τις συνεντεύξεις τους: 1) αλληλεπίδραση των ηθικών αξιών του περιβάλλοντος εργασίας και ο αντίκτυπος στην προσωπική ζωή-ψυχική υγεία του εργαζόμενου, 2) μέθοδοι για την εξεύρεση ισορροπίας για την ασυμφωνία στην ιεραρχία των ηθικών αξιών του χώρου εργασίας και της προσωπικής ζωής και 3) προβληματισμός για τις ηθικές αξίες της εργασίας στο χώρο της υγείας για το μέλλον. Στο σύνολο των συνεντεύξεων φαίνεται για πρώτη φορά στη χώρα μας ότι οι εργαζόμενοι αντιλαμβάνονται ιδιαίτερα αρνητικά (με επιπτώσεις ακόμη και στην προσωπική τους ψυχική υγεία) και απορρίπτουν το χάσμα των ηθικών αξιών που υπάρχει στο χώρο εργασίας και στην καθημερινή τους ζωή, ενώ παράλληλα προτείνουν συγκεκριμένους τρόπους με έμφαση στο κομμάτι της δράσης όχι μόνο των διευθυντικών στελεχών, αλλά και των ίδιων των υφισταμένων για τη βελτίωση της ισχύουσας κατάστασης.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι ηθικές αξίες

Οι αξίες αποτελούν κομμάτι της ζωής των ανθρώπων άσχετα από το κοινωνικό, ιστορικό-χρονικό, θρησκευτικό, πολιτισμικό και οικονομικό πλαίσιο (Hosmer, 1994; Schwartz & Huismans, 1995). Οι αξίες γενικά θα μπορούσαν να οριστούν ως το σύνολο των θετικών ιδιοτήτων που εκφράζουν τη σπουδαιότητα ενός αγαθού, προσώπου ή πράγματος και τις οποίες οι άνθρωποι αναγνωρίζουν ότι πρέπει να προσπαθήσουν για να τις αποκτήσουν, να τις ζήσουν και να τις συστήσουν σε άλλους (Φιλοσοφικό και Κοινωνιολογικό Λεξικό). Για την εξέταση της έννοιας των αξιών από τη φιλοσοφία και τις κοινωνικές επιστήμες έχουν προταθεί κατά καιρούς διάφορες διαιρέσεις. Μία αρκετά διαδεδομένη προσέγγιση είναι ο διαχωρισμός σε υλικές-οικονομικές αξίες (π.χ. υλικά αγαθά, τεχνικά αγαθά, εργασία, χρήμα), πολιτικές αξίες (π.χ. ατομικές ελευθερίες, δημοκρατία, ισοπολιτεία, ευνομία), πνευματικές αξίες (π.χ. γλώσσα, παιδεία, επιστήμη), κοινωνικές αξίες (π.χ. αγάπη, φιλία, συνεργασία, ειρήνη), αισθητικές αξίες (από το χώρο των τεχνών), φυσικές αξίες (π.χ. ζωή, υγεία, φύση) και τέλος ηθικές αξίες (όπως είναι η ευθύνη, ειλικρίνεια, ευσυνειδησία, αυτογνωσία, αυτοκυριαρχία, αξιοπρέπεια) (Διαμαντόπουλος, 2002). Η ιεράρχηση των παραπάνω αξιών ανάλογα με το εκάστοτε περιβάλλον μπορεί να παρουσιάζει διαφορές και τροποποιήσεις όσον αφορά τόσο την κατανόηση-αντίληψη των εννοιών των διαφόρων αξιών, όσο και στη σημασία-βαρύτητα που δίνεται στην καθεμία ξεχωριστά.

Αν και ο όρος αξία-αξίες χρησιμοποιήθηκε αρχικά από την οικονομική επιστήμη ως οικονομικός όρος, η διάδοση του όρου τόσο σε επίπεδο θεωρητικών συγγραμμάτων όσο και στη καθημερινή χρήση του συνδέεται περισσότερο με τις ηθικές αξίες. Η αξία, ιδιαίτερα η ηθική αξία εμπεριέχει την έννοια της προσπάθειας για υπέρβαση των δυσκολιών/εμποδίων και αντιδιαστέλλεται στον όρο αρετή, που μπορεί να είναι φυσική και χωρίς προσπάθεια (Lalande, 1955). Φαίνεται, λοιπόν, ότι αξία μπορεί να θεωρηθεί καθετί που στη συνειδητή σκέψη ενός ανθρώπου κατέχει μία ιδιαίτερη θέση, ασκώντας ουσιαστική επίδραση στη σκέψη και τη δράση/συμπεριφορά του. Βέβαια, υπάρχει και ιεράρχηση των αξιών με βάση τους άρρητους ή ρητούς κανόνες της ομάδας στην οποία ανήκει το εκάστοτε άτομο. Έτσι, γίνεται κατανοητό το ότι ιστορικά έχουν διατυπωθεί πλήθος συστήματα ηθικών αξιών στους αρχαίους λαούς, τα οποία όμως σε γενικές γραμμές δεν παρουσιάζουν δραματικές διαφοροποιήσεις αναμεταξύ τους, καθώς αν και σε διαφορετικό βαθμό, σχεδόν πάντα ιδιαίτερη βαρύτητα δίνεται στην αξία της ανθρώπινης ζωής, της ελευθερίας, της δικαιοσύνης και της παιδείας.

Η κοινωνική ευημερία

Ο όρος ευημερία χρησιμοποιείται στις μέρες μας και σημαίνει ευμάρεια, δηλαδή ευζωία, κυρίως με την οπτική της άνετης διαβίωσης. Όμως υπό ένα στενότερο πρίσμα το νόημα που έχει ο όρος έχει έναν περισσότερο κοινωνικο-οικονομικό χαρακτήρα και αναφέρεται στην άνεση ή τη βελτίωση, των συνθηκών ζωής μίας κοινωνίας σε συνάρτηση με το εισόδημα και στο μέτρο βεβαίως που οι συνθήκες την επηρεάζουν. Βέβαια, έχουν αναγνωριστεί διάφορες μορφές που μπορεί να πάρει η ευημερία: φυσική (που σχετίζεται π.χ. με τα επίπεδα υγείας), υλική (που έχει να κάνει π.χ. με τα υλικά αγαθά και το εισόδημα), συναισθηματική (που έχει να κάνει με τα συναισθήματα) και τέλος κοινωνική (που αφορά τις διαπροσωπικές σχέσεις στα πλαίσια της κοινότητας) (Felce & Perry, 1995). Η κοινωνική ευημερία

ειδικότερα μπορεί να επηρεαστεί (αν και δεν συνδέεται με σχέση αιτίου-αιτιατού) από την οικονομική πολιτική που εφαρμόζεται από την εκάστοτε κυβέρνηση, από την (οικονομική) δραστηριότητα διαφόρων ιδιωτικών επιχειρήσεων ή ακόμη και από εθελοντικές οργανώσεις (Timms & Timms, 1982). Έτσι, η αισθανόμενη υποκειμενική ικανοποίηση από διάφορους τομείς της ζωής (π.χ. εργασία, οικογένεια, ψυχαγωγικές δραστηριότητες κλπ.) μπορούν και αυτοί να προσδιορίσουν τα επίπεδα ατομικής και κοινωνικής ευημερίας καλύτερα και όχι απαραίτητα σε συνάρτηση με αντικειμενικούς παράγοντες (π.χ. ύψος εισοδήματος), ενώ φαίνεται ότι σχετίζεται και με την ποιότητα ζωής (Bayer et al., 1998; Meeberg, 1993; Smith, 2000).

Οι επιχειρήσεις (στο χώρο της υγείας) και οι ηθικές αξίες σε ‘κρίση’ σήμερα

Οι δραστηριότητες των ανθρώπων μέσω των επιχειρήσεων θεωρούνται απαραίτητες για την επίτευξη της ευημερίας των κοινωνιών (Wartenberg, 2011). Βέβαια, οι επιχειρήσεις δεν είναι αποκομμένες ‘οντότητες’ και μάλλον επηρεάζονται άμεσα από τις εξελίξεις στο κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον. Έτσι, οι επιχειρήσεις κάθε είδους εξαρτώνται από τις στάσεις, τις αξίες και τέλος την εσωτερικευμένη και εξωτερικευμένη συμπεριφορά των μετόχων τους, των εργαζομένων τους, των επενδυτών, των καταναλωτών και της κυβέρνησης/εων της χώρας ή των χωρών όπου δραστηριοποιούνται, κάτι που θα μπορούσε να οδηγήσει σε πολυμορφία ως προς τις στάσεις και τις αντιλήψεις ως προς τις ηθικές αξίες (Peppas & Peppas, 2000).

Στις μέρες μας παγκόσμια, αλλά και τοπικά στη σύγχρονη Ελλάδα επικρατεί η ιδέα μίας γενικευμένης κρίσης ηθικών αξιών. Η απαξίωση της σημασίας των ηθικών αξιών (όπως αυτές έχουν διατυπωθεί μέσα από φιλοσοφικά και θρησκευτικά κείμενα παλαιότερων ιστορικών περιόδων) στη χώρα μας φαίνεται ότι πηγάζει από την αδιαφορία ή παραβίαση ή ακόμη και ενθάρρυνση για παραβίαση αυτών των ηθικών κανόνων από τους ίδιους τους φορείς κοινωνικοποίησης, όπως είναι η οικογένεια, το σχολείο και τα Μ.Μ.Ε., η επικράτηση του εισερχόμενου από το εξωτερικό νέου καταναλωτικού προτύπου ζωής και η ανεξέλεγκτη ταχεία τεχνολογική πρόοδος (Τζαβάρας, 2005).

Κατά τη διάρκεια της τελευταίας χρονικής περιόδου, μιας περιόδου παγκόσμιας οικονομικής κρίσης φαίνεται ότι αναζωπυρώνεται ο προβληματισμός για τις ηθικές αξίες-ηθική ευθύνη τόσο των ατόμων, όσο και των επιχειρήσεων (Γούναρης, 2008; De George, 1987; Cardy & Servarajan, 2006; Phau & Kea, 2007). Οι πράξεις, λοιπόν, κρίνονται πάντα ως πράξεις κάποιου προσώπου και περικλείουν νοητικά ενεργήματα, δηλαδή προθέσεις, επιθυμίες, πεποιθήσεις, έξεις (MacIntyre, 1981; Πελεγρίνης, 1986). Αξιοσημείωτο είναι ότι έχουν προταθεί φιλοσοφικές θεωρίες για την επιχειρησιακή ηθική, οι οποίες υποστηρίζουν ότι από τη στιγμή που οι επιχειρήσεις δεν είναι φυσικά πρόσωπα δεν είναι απαραίτητο να έχουν και ηθική ευθύνη για τις πράξεις τους, ενώ άλλοι θεωρητικοί υποστηρίζουν ότι το επιχειρείν είναι παιχνίδι (Bervesluis, 1987; Carr, 1968) ή ακόμη και εργαλείο όπου υπάρχουν κανόνες, αλλά όχι απαραίτητα και ηθικοί περιορισμοί (Friedman, 1962). Δηλαδή αυτό για το οποίο υπάρχουν οι επιχειρήσεις είναι η αύξηση των κερδών, υπό την προϋπόθεση ότι παίζουν με τους κανόνες του παιχνιδιού της αγοράς (fair play), ακολουθώντας τον ανοιχτό ανταγωνισμό χωρίς παραπλάνηση ή διάπραξη απάτης

(Friedman, 1970). Αυτό θεωρείται απαραίτητο, καθώς σε καταστάσεις αλληλεπίδρασης όπως είναι οι τοπικές και διεθνείς αγορές φαίνεται ότι ισχύει το αναπόφευκτο (βραχυπρόθεσμα ή μακροπρόθεσμα) της αμφοτερόπλευρης οικονομικής ζημίας όταν κάποιος από τους 'παίχτες' ζημιωθεί με τρόπο που δεν ακολουθεί τους κανόνες του παιχνιδιού (Danielson, 1993; French, 1995; Sedmak & Nastav, 2010). Προκύπτει, λοιπόν, ότι για να συνεχίσει να υπάρχει μία επιχείρηση στο παιχνίδι μέσα σε μία βιώσιμη αγορά, έχει την ευθύνη και την υποχρέωση να υιοθετήσει μία συμπεριφορά που αν και δεν θα είναι στην κυριολεξία 'ηθική', θα διέπεται από ένα πνεύμα έντιμου και καθαρού παιχνιδιού (Γούναρης, 2012). Βέβαια, πέρα από αυτό, το προηγούμενο επιχείρημα αποπροσωποποίησης των επιχειρήσεων επίσης δεν στέκει, καθώς οι πράξεις (ή οι μη πράξεις-απραξία) κρίνονται πάντα ως πράξεις είτε προέρχονται από μεμονωμένα άτομα, είτε από ομάδες ατόμων-επιχειρήσεις (French, 1979; 1984; 1995; Matthews, Goodpastor & Nash, 1985).

Ο προβληματισμός για τις ηθικές αξίες επηρεάζει άμεσα και τον καθορισμό προτεραιοτήτων, το σχεδιασμό δράσης και τη λειτουργία στα διάφορα συστήματα υγείας και τις ίδιες τις επιχειρήσεις που δραστηριοποιούνται σε αυτά τα πλαίσια. Ο αγώνας για ποιοτικές υπηρεσίες στο χώρο της υγείας (κυρίως από εταιρείες που σχετίζονται με την παραγωγή φαρμάκων έως προμηθευτές ιατρικού υλικού) οδηγεί όλο και περισσότερους μανάτζερ και ειδικούς δημοσίων σχέσεων κυρίως για τις ιδιωτικές επιχειρήσεις να προσπαθούν πέρα από τις οικονομική δραστηριότητα των επιχειρήσεών τους, να μεριμνούν (συνήθως μέσω της διαφήμισης) και για τις ηθικές αξίες της επιχείρησης που αντιπροσωπεύουν. Αν και αυτή είναι μία επιφανειακή προσέγγιση του ζητήματος των ηθικών αξιών στις επιχειρήσεις, καθώς ο κύριος στόχος είναι η ενδυνάμωση του 'κοινωνικού προφίλ' με σκοπό και πάλι το κέρδος μέσω της ενημέρωσης των (πιθανών) πελατών για την (πραγματική ή μη) προσήλωση των εταιριών σε θέματα αξιών, δεν φαίνεται στην πραγματικότητα να δίνεται μέριμνα για το πώς οι επιχειρήσεις στο χώρο της υγείας επιλέγουν το τί τελικά θα ακολουθήσουν ως επιχειρηματική μελλοντική κίνηση, ενώ φαίνεται ότι επικρατεί κάτω από την προσποιητή αυτή εικόνα, μία γενικευμένη αδιαφορία για τη συμμόρφωση των όποιων πρακτικών θα ακολουθηθούν με τις γενικά αποδεκτές ηθικές αξίες.

Τα προβλήματα του Ελληνικού Εθνικού Συστήματος Υγείας

Για το Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας υπάρχει διαχωρισμός των επιπέδων υγείας σε πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο. Φαίνεται ότι αυτή τη στιγμή έμφαση θα πρέπει να δοθεί σε θέματα που αφορούν κυρίως το πρωτοβάθμιο επίπεδο, καθώς σε περίοδο οικονομικής κρίσης όπως η τωρινή επιβάλλεται η εστίαση στη μείωση του κόστους μέσω της αποφόρτισης των νοσοκομείων και άλλων δομών από ασθενείς που δεν χρειάζονται αναγκαστικά νοσοκομειακή εξειδικευμένη περίθαλψη και που τα όποια προβλήματα υγείας που παρουσιάζουν θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν σε άλλες δομές ή σε συνεργασία με ιδιωτικούς παρόχους που δραστηριοποιούνται στον ίδιο χώρο.

Τα πιο φλέγοντα προβλήματα του Ελληνικού Εθνικού Συστήματος Υγείας, σχετίζονται, λοιπόν, με την πρωτοβάθμια περίθαλψη και αφορούν θέματα διοίκησης, οργάνωσης, χρηματοδότησης, στελέχωσης και λειτουργίας του. Χαρακτηριστικό δομικό και λειτουργικό πρόβλημα είναι ο αδικαιολόγητος και αναποτελεσματικός

κατακερματισμός του συστήματος, λόγω των πολυπληθών και διαφορετικών δημόσιων και ιδιωτικών παροχών, οι οποίοι δεν συνεργάζονται με έναν επίσημα καθιερωμένο τρόπο μεταξύ τους και λειτουργούν χωρίς ένα σύστημα «φίλτρου εισόδου» (Mossialos, Allin & Davaki, 2005. Oikonomou & Tountas, 2011. Tountas & Karnaki, 2005).

Αναλυτικότερα, οι κυριότεροι λόγοι για το υψηλό κόστος και τη χαμηλή ποιότητα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην Ελλάδα είναι η επανάληψη των διαγνωστικών εξετάσεων και οι αδικαιολόγητες φαρμακευτικές συνταγές. Ο επαναληπτικός χαρακτήρας των δραστηριοτήτων αυτών βασίζεται στην (ηθελημένη ή μη) προβληματική διακίνηση της πληροφορίας ανάμεσα στους εκάστοτε αποκομμένους μεταξύ τους παροχείς, αλλά και στην προκλητή ζήτηση, την οποία προκαλεί κατά κύριο λόγο ο ελλιπής κρατικός έλεγχος της δραστηριότητας των γιατρών και η εγκαθίδρυση ενός πανίσχυρου και πολυπληθούς εξειδικευμένου ιατρικού σώματος (το αριθμητικά μεγαλύτερο σε αναλογία στις χώρες του ΟΟΣΑ) και ενός νεφελώδους δικτύου ιδιωτικών επιχειρήσεων γύρω από αυτό. Έτσι, παρόλο που οι δαπάνες είναι θεαματικά υψηλές, δεν ακολουθούνται από τα αντίστοιχα υγειονομικά αποτελέσματα, με αποτέλεσμα να τίθεται υπό αμφισβήτηση ο ρόλος της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης, δηλαδή η ουσιαστική παροχή φροντίδας που βασίζεται σε μεθόδους πρακτικά, επιστημονικά και κοινωνικά αποδεκτές και η οποία είναι προσιτή σε όλα τα άτομα και τις οικογένειες της κοινότητας (Μπένος, 1995). Ακόμη, ακυρώνεται ο ρόλος του λειτουργού της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ένας ρόλος που τον καθιστά «θυρωρό-φίλτρο-φύλακα» του συστήματος. Η απουσία οικογενειακού γιατρού οδηγεί σε υπερφόρτωση των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων, υποβαθμίζοντας παράλληλα το περιεχόμενο της παρεχόμενης φροντίδας (π.χ. πιθανώς εσκεμμένα μη αναγκαία συνταγογραφία), με αποτέλεσμα να μην επιτυγχάνεται περιορισμός των δαπανών και να μην περιορίζεται η άσκοπη προκλητή ζήτηση εξειδικευμένων (και άρα ακριβών) υπηρεσιών (Μπένος, 1996; Μωραΐτης, 1996).

Οι προτεινόμενες λύσεις για να ξεπεραστούν τα προηγούμενα προβλήματα θα πρέπει να στηρίζονται όχι μόνο σε κρατικές πολιτικές πρωτοβουλίες, αλλά και σε γενικότερη κοινωνική συναίνεση για τις αλλαγές (Oikonomou & Tountas, 2011). Όπως υποστηρίζουν οι Oikonomou και Tountas (2011), αυτό μπορεί να γίνει μέσα από την ενιαία θεώρηση και έλεγχο όλων των φορέων και επαγγελματιών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, την εγκαθίδρυση δια-επαγγελματικών ομάδων παροχών πρωτοβάθμιας περίθαλψης και την ενίσχυση του ρόλου του οικογενειακού γιατρού ως του κατεξοχήν υπεύθυνου για τη διακίνηση (όταν και μόνο όταν αυτό κρίνεται απαραίτητο) ασθενών για περαιτέρω εργαστηριακές εξετάσεις ή/και για περαιτέρω διάγνωση και θεραπεία σε εξειδικευμένους γιατρούς και νοσοκομεία. Ακόμη, απαραίτητη είναι η εισαγωγή και εφαρμογή επίσημων διαγνωστικών και θεραπευτικών οδηγιών στην καθημερινή πρακτική (ICD-10 και DSM-IV) και ο έλεγχος του αριθμού των εκπαιδευόμενων γιατρών (με βάση τις πραγματικές ανάγκες της αγοράς).

Οι προηγούμενες λύσεις-αλλαγές αποτελούν τρόπους ελέγχου και συγκράτησης του κόστους μέσω ελέγχου των ιατρικών πράξεων, όπως της φαρμακευτικής παρακλινικής συνταγογραφίας και της παραγωγικής αξιοποίησης της τεχνολογίας, με παράλληλο έλεγχο της ιατρικής δημογραφίας στα πλαίσια μίας ενιαίας, νέας προσπάθειας αναβάθμισης της πολιτικής και προγραμματισμού για την

πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Οι μεταρρυθμίσεις αυτές μπορούν να συμβάλουν στην αντιμετώπιση των προηγούμενων προβλημάτων, μόνο αν γίνουν παράλληλα, καθώς η καθεμία από αυτές έχει τα δικά της πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Επίσης, δεν έχει νόημα να αποτελούν απλή αντιγραφή ξένων προσπαθειών, καθώς το ελληνικό σύστημα παρουσιάζει τις δικές του οικονομικές, πολιτικές και κοινωνικές ιδιορρυθμίες, όμως είναι απαραίτητο να γίνουν σε συνεργασία και με την υποστήριξη διεθνών Οργανισμών.

‘Καταπατώντας τις αξίες’-Το πρόβλημα της προκλητής ζήτησης

Στα πλαίσια αυτής της γενικευμένης δυσλειτουργικής κατάστασης έχει εμφανιστεί ιδιαίτερα έντονα τα τελευταία χρόνια το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης (supplier-induced demand, SID), δηλαδή της ζήτησης που δεν αντιστοιχεί σε επαρκείς πραγματικές ανάγκες υγείας, αλλά προκαλείται από άλλους παράγοντες, ο πιο σημαντικός εκ των οποίων είναι κυρίως ο ίδιος ο γιατρός, που προκαλεί αύξηση της ζήτησης των ιατρικών υπηρεσιών, με σκοπό την άμεση ή έμμεση αύξηση των προσωπικών οικονομικών αποδοχών του. Συνήθως το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης εμφανίζεται σε συστήματα υγείας όπου ο γιατρός αμείβεται κατά πράξη ή κατά παραπομπή, και γίνεται εντονότερο σε περιπτώσεις που το κόστος καλύπτεται από ασφαλιστικούς φορείς. Επίσης, μπορεί να προκληθεί για εκπαιδευτικούς και ερευνητικούς λόγους, για την πλήρωση κενών νοσηλευτικών κρεβατιών, ή για την ικανοποίηση των ίδιων των ασθενών, κυρίως όταν αυτοί δεν είναι σωστά πληροφορημένοι. Σημαντικός παράγοντας είναι και η άμεση ή έμμεση διαφήμιση ιατρικών «προϊόντων» του ιδιωτικού τομέα, προκειμένου να αυξηθεί η κερδοφορία των ιατρικών και φαρμακευτικών επιχειρήσεων (Τούντας, 2007).

Καθοριστικής σημασίας για την πρόκληση αυτού του φαινομένου είναι η ασυμμετρία πληροφόρησης γιατρού και ασθενούς, καθώς οι γιατροί-πάροχοι, λειτουργούν ως εκπρόσωποι των ασθενών παίρνοντας τις αποφάσεις σχετικά με τον τρόπο διάγνωσης και θεραπείας που πρέπει να ακολουθηθεί, ενώ οι ασθενείς-καταναλωτές αποτελούν το εξαρτημένο μέρος του διπόλου της σχέσης αυτής. Έτσι, στη διεθνή αγορά υπηρεσιών υγείας (όπου την κυριαρχία έχει το ιατρικό προσωπικό) υπάρχει μία υψηλή τάση να οδηγηθούμε σε υπερβολική κατανάλωση στην περίπτωση που ο γιατρός ζητήσει-ορίσει ή ενθαρρύνει εσκεμμένα (με μοναδικό στόχο το δικό του οικονομικό συμφέρον-κέρδος) θεραπεία υψηλότερου κόστους από αυτή που θα επέλεγε ο ίδιος ο ασθενής για τον εαυτό του αν είχε τέλεια πληροφόρηση (π.χ. αν ήταν ο ίδιος ο θεράπων ιατρός) (Donaldson & Gerard, 1993; Folland, Goodman & Stano, 2012; Richardson & Peacock, 2006). Οι γιατροί, λοιπόν, λόγω της ασυμμετρίας πληροφόρησης, μπορούν να αλλάξουν τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας που εκφράζουν οι καταναλωτές-ασθενείς (Arrow, 1963). Ο επηρεασμός από τους γιατρούς συνεπάγεται αλλαγή ζήτησης από την πλευρά των ασθενών για περισσότερες ή λιγότερες υπηρεσίες-αγαθά (Richardson, 1981), με την αύξηση της ζήτησης να είναι η πιο συνηθισμένη. Η εξήγηση αυτής της συμπεριφοράς ορισμένων γιατρών μπορεί να αφορά την επιθυμία-κίνητρο που έχουν να διατηρήσουν ή να πετύχουν ένα συγκεκριμένο επίπεδο οικονομικών απολαβών. Έτσι, όταν δεν το πετυχαίνουν, τροποποιούν τη συμπεριφορά τους, ώστε να φτάσουν στο επιθυμητό χρηματικό ποσό-εισόδημα. Βέβαια, πέρα από τον προφανή οικονομικό παράγοντα έχει υποστηριχθεί ότι το φαινόμενο αυτό μπορεί να οφείλεται και στη διαφορετική

στάση που μπορεί να έχουν οι γιατροί ως άτομα-επιστήμονες για την καταλληλότητα και αποτελεσματικότητα αυτών που προτείνουν στους ασθενείς τους (Wennberg, Barnes & Zubkoff, 1982). Αυτό όμως δεν ισχύει στις μέρες μας, λόγω της εισαγωγής επιστημονικά βασισμένων και κοινά αποδεκτών, σαφών οδηγιών και πρωτοκόλλων διάγνωσης και αντιμετώπισης.

Αν και η εμπειρική επαλήθευση της προκλητής ζήτησης στο χώρο της αγοράς υπηρεσιών υγείας είναι πολύ δύσκολη (Ματσαγγάνης, 1999), με αποτέλεσμα τη δυσκολία ανάπτυξης-διαμόρφωσης και εφαρμογής πολιτικών αντιμετώπισης του 'υποτιθέμενου' προβλήματος (LaBelle, Stoddart & Rice, 1994), αναμένεται – λόγω ανάλογων οικονομικών κινήτρων – να είναι μεγαλύτερη στα συστήματα αμοιβής των γιατρών κατά πράξη, στα συστήματα αποζημίωσης των νοσοκομείων βάσει του κόστους, σε συστήματα υγείας όπου υπάρχει πλήρης ή εκτεταμένη ασφαλιστική κάλυψη, σε νόσους με μεγάλη κλινική αβεβαιότητα, σε συστήματα υγείας με υψηλή αναλογία (εξειδικευμένων) γιατρών στον πληθυσμό και στα επείγοντα περιστατικά (Αλετράς, 2012).

Στον ελληνικό χώρο δύο χαρακτηριστικά παραδείγματα ύπαρξης του φαινομένου της προκλητής ζήτησης είναι 1) οι επιπλέον διαγνωστικές εξετάσεις, τις οποίες συνιστά ο γιατρός, ενώ γνωρίζει ότι είναι άχρηστες ή ότι δεν έχουν να προσφέρουν πραγματικές πληροφορίες για τη διάγνωση του ιατρικού προβλήματος και/ή 2) η παραγγελία θεραπευτικών διαδικασιών (π.χ. εγχειρήσεων) και φαρμακευτικών σχημάτων, για τα οποία ο γιατρός γνωρίζει ότι η παγκόσμια επιστημονική ιατρική κοινότητα υποστηρίζει ότι δεν θα βοηθήσουν στην ίαση ή ανακούφιση του εκάστοτε ιατρικού προβλήματος. Η γνώση από την πλευρά του γιατρού της ελάχιστης ωφέλειας για τον ασθενή είναι καθοριστικής σημασίας.

Στο πρώτο παράδειγμα, η χρήση της σύγχρονης τεχνολογίας (κυρίως οι ιδιαίτερα υψηλοί δείκτες κατανάλωσης απεικονιστικών τεχνικών-αξονικών και μαγνητικών απεικονίσεων- σε σύγκριση με άλλα κράτη), με επαναλαμβανόμενες και κυρίως αδικαιολόγητες ακτινογραφίες ή άλλου είδους εξετάσεις (π.χ. αιματολογικές) έχει δημιουργήσει στην Ελλάδα χάος στο δημόσιο τομέα με χρονικές καθυστερήσεις στη διενέργεια των εξετάσεων και οικονομική μεγιστοποίηση των χρεών-ελλείψεων στα εργαστήρια των δημόσιων νοσοκομείων, τα οποία και επηρεάζουν αρνητικά την αποδοτικότητα και δημιουργούν παράλληλα άλλα παράπλευρα προβλήματα στα νοσοκομεία όχι μόνο όσον αφορά τα συγκεκριμένα τμήματά του, αλλά και το σύνολο της λειτουργίας του Οργανισμού. Επίσης, πέρα από τη δημιουργία ουράς-λίστας ασθενών οι οποίοι δεν βοηθούνται πραγματικά από τις σχετικές εξετάσεις και παραμένουν μη ικανοποιημένοι από την ποιότητα των υπηρεσιών, λόγω της μη διάγνωσης του προβλήματός τους και της κόπωσης τους από τις πολλαπλές εξετάσεις, η συνεπαγόμενη καθυστέρηση έναρξης ουσιαστικής αγωγής ή η επιβάρυνση από τις επιπτώσεις της υπερβολικής χρήσης των διαγνωστικών τεχνικών μπορεί να επιτείνουν το πρόβλημα υγείας που έχουν οι ασθενείς με αποτέλεσμα οι μετέπειτα προσπάθειες θεραπείας να μην έχουν το αναμενόμενο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Ακόμη, έχει δημιουργηθεί έξω από το χώρο των νοσοκομείων και ένας τεράστιος και κυρίως μη-ελεγχόμενος ιδιωτικός τομέας (με κέντρα, τα οποία συνεργάζονται συστηματικά με συγκεκριμένους γιατρούς του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα), εις βάρος των ασθενών και του κράτους.

Στο δεύτερο παράδειγμα προκλητής ζήτησης, η μη αναγκαία, αυθαίρετη επιλογή ιατρικών πράξεων σε δημόσια νοσοκομεία (αλλά και σε ιδιωτικά) όχι μόνο αποφέρει κέρδος στον ίδιο τον γιατρό και τους συνεργάτες του, αλλά στερεί κρεβάτια νοσηλείας από αυτούς που πραγματικά το έχουν ανάγκη και δημιουργεί κλίμα δυσαρέσκειας για τις λίστες αναμονής που δημιουργούνται, την ελλιπή ταυτόχρονη περίθαλψη μεγάλου όγκου νοσηλευομένων, με αποτέλεσμα τα άτομα αυτά να στρέφονται στον ιδιωτικό τομέα ή στο εξωτερικό. Πρόσφατο, παράδειγμα προκλητής ζήτησης στη χώρα είναι η κατακόρυφη αναιτία αύξηση των γεννήσεων όχι με φυσιολογικό τοκετό, αλλά με τη χειρουργική μέθοδο της καισαρικής τομής. Συνεπαγόμενο αποτέλεσμα δεν είναι όμως μόνο οικονομικό (η κερδοσκοπία συγκεκριμένων γυναικολόγων-μαιευτικών κλινικών), αλλά η ιατρική αυτή πράξη επηρεάζει σημαντικά την πιθανή έκβαση της υγείας τόσο της μητέρας όσο και του νεογνού, αυξάνει τη διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο μετά τον τοκετό και τον κίνδυνο αιμορραγίας, λοιμώξεων και επιπλοκών από την αναισθησία, ενώ δυσχεραίνει και το μητρικό θηλασμό και τη μετέπειτα υγεία μητέρας και παιδιού (Φουρά, 2012). Ακόμη για το κομμάτι της υπερσυνταγογράφησης φαρμάκων (κυρίως σε ηλικιωμένα άτομα) φαίνεται ότι οδηγεί σε πλουτισμό της φαρμακοβιομηχανίας, υπερβολική φαρμακευτική δαπάνη την οποία δεν μπορούσαν και δεν μπορούν να καλύψουν τα ασφαλιστικά ταμεία και το κράτος, με παράπλευρη εξίσου σοβαρή συνέπεια της πολυφαρμακίας την επιδείνωση της υγείας των ασθενών από την κατανάλωση φαρμάκων.

Πιθανές οικονομικές πολιτικές για την αντιμετώπιση της υπερκατανάλωσης, λόγω της προκλητής ζήτησης, μπορεί να είναι η συμμετοχή του χρήστη στο κόστος, η κατά κεφαλήν αμοιβή, η χρήση σφαιρικών προϋπολογισμών ή/και η προοπτική χρηματοδότηση (Νιάκας, 1999).

Νομοθετικές μεταρρυθμίσεις για την πρωτοβάθμια περίθαλψη του ΕΣΥ (Νόμος 3918)

Η γνώση των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών του αγαθού 'φροντίδα υγείας' και των αντίστοιχων προβλημάτων (π.χ. προκλητή ζήτηση) είναι καθοριστικής σημασίας για τη διοίκηση, την οργάνωση, λειτουργία και χρηματοδότηση του ΕΣΥ. Ειδικότερα, η νομική αντιμετώπιση του φαινομένου της προκλητής ζήτησης από τη στιγμή που οι εσωτερικευμένες αξίες - κώδικας ηθικής (και όχι γνώσεων) των γιατρών θυσιάζονται για το οικονομικό όφελος και δεν μπορεί να επιτευχθεί μία γεφύρωση του κενού πληροφόρησης με καθολική επιστημονική - ιατρική ενημέρωση των αγοραστών-ασθενών (Dranoie, 1988), κάτι που θα δημιουργούσε μία κοινωνία ιατρών, ενώ αυτοί τη στιγμή η πλειοψηφία των ασθενών στην ελληνική κοινωνία είναι ηλικιωμένοι και μη-ιατροί, πρέπει συνεπώς να γίνει μέσω κρατικών πολιτικών παρεμβάσεων και αυστηρής νομοθεσίας, ιδιαίτερα για τα κράτη που αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσκολίες (Ahmed & Shaikh, 2009).

Έτσι, σκοπός των μεταρρυθμίσεων που προβλέπονται σύμφωνα με τον πρόσφατο Νόμο 3918 είναι η δημιουργία ενός ενιαίου Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας. Η βελτίωση αυτή προϋποθέτει το λειτουργικό συντονισμό και την επίτευξη συνεργασίας μεταξύ όλων των φορέων που συνιστούν το δίκτυο πρωτοβάθμιας

φροντίδας υγείας (π.χ. Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων του Ε.Σ.Υ., των ιατρών υπόχρεων υπηρεσίας υπαίθρου, των μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης και των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.). Η επίτευξη συνεργασίας θα γίνει μέσα από τη θέσπιση ενός κοινού κώδικα επικοινωνίας, δηλαδή κοινών κανόνων ποιότητας και αποτελεσματικότητας για την παροχή υπηρεσιών υγείας, με ιδιαίτερη έμφαση στη διαχείριση και στον έλεγχο της χρηματοδότησης, καθώς και στην ορθολογική αξιοποίηση των διατιθέμενων πόρων. Ο καθορισμός των κριτηρίων και των όρων σύναψης συμβάσεων για παροχή πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης (ειδικότερα οι όροι, οι διαδικασίες, ο τρόπος και το χρονικό διάστημα παροχής των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, καθώς και το ύψος και ο τρόπος χορήγησης της αποζημίωσης) με φορείς δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και με συμβεβλημένους ιδιώτες ιατρούς, καθώς και η αναθεώρηση και τροποποίηση των όρων αυτών, όπου και όποτε αυτό απαιτείται (Άρθρο 18) θα μπορούσε να επηρεάσει το ζήτημα της προκλητής ζήτησης, καθώς όλοι οι εμπλεκόμενοι θα υπάγονται στον ίδιο αυστηρό έλεγχο.

Στην ίδια κατεύθυνση παρακολούθησης αυτής της (λόγω του υπερπληθούς ιατρικού σώματος) υπερκατανάλωσης στοχεύει και η δημιουργία ενός ισχυρού Διοικητικού Συμβουλίου, το οποίο με βάση τις πληροφορίες που θα παίρνει από τις επιμέρους εξειδικευμένες Υπηρεσίες του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (Άρθρο 23), θα καθίσταται ικανό να παρακολουθεί την παροχή της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και να διαχειρίζεται ανάλογα με τα εκάστοτε δεδομένα της αγοράς και της συμπεριφοράς των εμπλεκόμενων μερών, την περιουσία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και να αποφασίζει και να εγκρίνει αναλόγως τη σύναψη συμβάσεων με τρίτους παρόχους υγείας (όπως θεραπευτήρια, ιδιωτικές κλινικές, διαγνωστικά κέντρα, κέντρα αποκατάστασης-αποθεραπείας, φαρμακοποιούς, ιατρούς) (Άρθρο 22). Έτσι, η προβληματική σχέση μεταξύ του κόστους και των παρεχόμενων υπηρεσιών θα αντιμετωπιστεί με διάφορους τρόπους. Για παράδειγμα, η εισαγωγή και καθιέρωση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και των ηλεκτρονικών παραπομπών για εξετάσεις στις αρμοδιότητες της Διεύθυνσης Φαρμάκου και της Διεύθυνσης Πληροφορικής (Άρθρο 25) είναι μία αρκετά αποτελεσματική προσπάθεια άμεσου ελέγχου των πράξεων του ιατρικού σώματος. Η μέριμνα για την κατάρτιση συμβάσεων με όλους τους τρίτους παρόχους υγείας, καθώς και η παρακολούθηση της τήρησης των όρων αυτών από την Διεύθυνση Διοίκησης Ανθρώπινου Δυναμικού, σε συνδυασμό με τον καθορισμό κριτηρίων και την αξιολόγηση των συμβάσεων με εξωτερικούς προμηθευτές, την παρακολούθηση και τον έλεγχο της τήρησης των όρων αυτών που είναι αρμοδιότητα της Διεύθυνσης Οργάνωσης και Εποπτείας Υπηρεσιών Υγείας Ε.Ο.Π.Υ.Υ. με παράλληλη ιδιαίτερη πρόνοια για θέματα λογιστικής και οικονομικής λειτουργίας (Άρθρο 28) θα δώσει τουλάχιστον ένα πλαίσιο ελέγχου.

Ο έλεγχος της συνταγογραφίας με ηλεκτρονική συνταγογράφηση, με τις σαφείς κατευθυντήριες οδηγίες συνταγογράφησης, τα πρωτόκολλα ιατρικών πράξεων και τη συνεχή κατάρτιση και επιστημονική ενημέρωση γιατρών (όχι με πόρους από εταιρίες φαρμάκων) μπορούν να αλλάξουν δραστικά την κατάσταση. Συμπερασματικά, η παρούσα οικονομική κρίση επιβάλλει την ανάλυση των διοικητικών και νομικών διαστάσεων του προβλήματος και την άμεση εφαρμογή νομοθετικών μεταρρυθμίσεων, με στόχο τη μείωση των υπέρογκων δαπανών εις

όφελος συγκεκριμένων επαγγελματιών υγείας και του πλουτισμού σχετικών εμπλεκόμενων εταιριών.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Μία εμπειρική προσέγγιση

Με βάση τα παραπάνω, ένα από τα βασικά ερωτήματα που θα πρέπει να εστιάσει κανείς (πέρα από τις νομοθετικές προσπάθειες άσκησης ελέγχου) αφορά το ποιές είναι τελικά οι ηθικές αξίες οι οποίες θεωρούνται στην ελληνική κοινωνία (και ειδικότερα στους εργαζομένους) ως οι πιο σημαντικές για τις επιχειρήσεις που δραστηριοποιούνται στο χώρο της υγείας (δημόσιες και ιδιωτικές). Για την εύρεση μίας αντικειμενικής μέτρησης διενεργήθηκε κατά το χρονικό διάστημα Ιούνιος 2013-Δεκέμβριος 2013 μία εμπειρική έρευνα με τη χρήση ημι-δομημένων συνεντεύξεων. Το κύριο ερώτημα προς απάντηση ήταν «Ποιές ηθικές αξίες στις επιχειρήσεις που δραστηριοποιούνται στο χώρο της υγείας αποτελούν πεδίο προβληματισμού για τη σύγχρονη ελληνική κοινή γνώμη και πώς βιώνουν αυτήν την κατάσταση οι ίδιοι οι εργαζόμενοι σε αυτές;».

Για την εξέταση αυτού του θέματος απαραίτητη κρίθηκε, λοιπόν, η δημιουργία και χρήση ερωτήσεων ανοιχτού τύπου σε μορφή ενός ερωτηματολογίου-οδηγού, το οποίο χρησιμοποιήθηκε από την ερευνήτρια κατά τις ατομικές σε βάθος συνεντεύξεις, ενώ δόθηκε στους συμμετέχοντες να συμπληρώσουν μετά το πέρας της συνέντευξης και μία σειρά από σχετικά ποσοτικά ερωτηματολόγια.

Η ποσοτική προσέγγιση

A. Attitude Towards Business Ethics Questionnaire (ATBEQ)

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για τη μέτρηση των στάσεων των συμμετεχόντων απέναντι σε θέματα επιχειρησιακής ηθικής αποτελεί μία τροποποιημένη μορφή μέρους του Attitude Towards Business Ethics Questionnaire (ATBEQ), στο οποίο και βασίστηκε. Η κλίμακα αρχικά δημιουργήθηκε από τους Neumann και Reichel (1987), οι οποίοι βασίστηκαν στη θεωρητική δουλειά του Stevens (1979) για την ηθική στις επιχειρήσεις. Οι συμμετέχοντες εξέφρασαν την άποψή τους για τις στάσεις τους απέναντι στο θέμα των ηθικών αξιών στο χώρο των επιχειρήσεων γενικά (και ειδικότερα στην έρευνά μας στις επιχειρήσεις που δραστηριοποιούνται στο χώρο της υγείας) σε πεντάβαθμη κλίμακα με τιμές από “1 διαφωνώ απόλυτα” έως “5 συμφωνώ απόλυτα”. Η αξιοπιστία της κλίμακας για το δείγμα μας ήταν υψηλή (α Cronbach > .7).

Οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου ATBEQ

- 1. Ηθικό για την επιχείρηση είναι μόνο το να βγάζει χρήματα.*
- 2. Αν ενεργείς σύμφωνα με το νόμο, τότε δεν υπάρχει περίπτωση να κάνεις κάτι ανήθικο.*

3. Οι επιχειρήσεις απαιτούν μία ρεαλιστική οικονομική προσέγγιση και όχι ηθική φιλοσοφία.
4. Οι ηθικές αξίες είναι άσχετες με τις επιχειρήσεις.
5. Αντιμετωπίζω τις μέρες που είμαι άρρωστος/η ως μέρες διακοπών που δικαιούμαι.
6. Αν ένας εργαζόμενος στην επιχείρηση πιαστεί για απάτη, διαφθορά ή/και κλοπή, δεν πρέπει απαραίτητα να απολυθεί ή να τιμωρηθεί.
7. Οι ηθικές αξίες στις επιχειρήσεις στοχεύουν μόνο στη δημιουργία καλής εικόνας προς τα έξω και για το οικονομικό κέρδος.
8. Το να επενδύεις στην κοινωνία είναι ο καλύτερος τρόπος για να κάνεις πραγματικότητα τις αξίες στις επιχειρήσεις.
9. Οι ηθικές αξίες αφορούν μόνο τις δημόσιες σχέσεις.
10. Κάποιος που τα καταφέρνει στη δουλειά του δεν χρειάζεται να ανησυχεί για τις ηθικές αξίες-ηθικά προβλήματα.
11. Η έλλειψη εμπιστοσύνης του κοινού για τις ηθικές αξίες που ενστερνίζονται οι εργαζόμενοι σε επιχειρήσεις δεν δικαιολογείται.

Επιπλέον οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν και μία σειρά από ερωτηματολόγια σχετικά με το συναίσθημά τους στο χώρο εργασίας για τα οποία η αξιοπιστία ήταν υψηλή ($\alpha > .7$):

B. Job Affect Scale

Η κλίμακα Job Affect Scale (JAS) αποτελείται από 20 ερωτήματα. Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκαν 17 ερωτήματα, τα οποία αντιπροσωπεύουν 17 συναισθήματα-συναισθηματικούς επιθετικούς προσδιορισμούς που έχουν αισθανθεί τα άτομα στην εργασία τους κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας. 9 από τα ερωτήματα αφορούσαν θετικούς συναισθηματικούς επιθετικούς προσδιορισμούς (δραστήριος, συνεπαρμένος, ενθουσιασμένος, χαλαρός, χαρούμενος, γεμάτος ενέργεια, ήρεμος, γαλήνιος, δυνατός) και 8 αρνητικούς συναισθηματικούς επιθετικούς προσδιορισμούς (νευρικός, φοβισμένος, λυπημένος, περιφρονητικός, εχθρικός, εκνευρισμένος, νυσταγμένος, αδρανής). Η εκτίμηση γίνεται σε μία πεντάβαθμη κλίμακα Likert για τιμές 1 = καθόλου έως και 5 = πολύ (Brief, Burke, George, Robinson, & Webster, 1988).

F. Generalized Immediacy Scale

Η κλίμακα Generalized Immediacy Scale αποτελείται από 4 ερωτήματα σε επτάβαθμη κλίμακα Likert για το πόσο κοντά τους νιώθουν αντιλαμβάνονται το διευθυντή της επιχείρησής τους (άμεσος-όχι άμεσος, κοντινός-απόμακρος, θερμός-κρύος-, φιλικός-όχι φιλικός) (Andersen & Andersen, 2005).

Δ. Maslach Burnout Inventory

Η συναισθηματική εξάντληση μετρήθηκε με το Maslach Burnout Inventory (MBI), το οποίο αποτελείται από 22 ερωτήματα που μετρούν 3 διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης: τη συναισθηματική εξάντληση (9 ερωτήματα), την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων (8 ερωτήματα) και την αποπροσωποποίηση (5 ερωτήματα) (Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου, 1992; Maslach & Jackson, 1986). Εδώ χορηγήθηκαν 5 ερωτήματα τα οποία αξιολογήθηκαν σε μία επτάβαθμη κλίμακα Likert.

Ε. Perceived Cohesion Scale

Η κλίμακα Perceived Cohesion Scale αποτελείται από 6 ερωτήματα που μετρώνται σε επτάβαθμη κλίμακα Likert και αναφέρονται στο πώς το άτομο αξιολογεί το πόσο δεμένος νιώθει ότι είναι με την ομάδα εργασίας του/της (Bollen & Hoyle, 1990; Chin, Salisbury, Pearson, & Stollak, 1999).

ΣΤ. State Anxiety Inventory

Το State-Trait Anxiety Inventory είναι μία κλίμακα αυτο-αναφοράς 40 ερωτημάτων εκ των οποίων τα 20 συνιστούν την υπο-κλίμακα του άγχους ως κατάστασης (STAI-State) και τα υπόλοιπα 20 την υπο-κλίμακα του άγχους ως χαρακτηριστικού της προσωπικότητας του ατόμου (STAI-Trait) (Λιάκος, & Γιαννίτση, 1984; Spielberger, 1983). Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα είναι το State Anxiety Inventory (SAI) που μετρά σε τετράβαθμη κλίμακα Likert το πώς αισθάνονται τα άτομα αυτή τη στιγμή.

Η επιλογή των παραπάνω ερωτηματολογίων έγινε με βάση το ότι αποτελούν εύχρηστα ψυχομετρικά εργαλεία για τις ιδιότητες των οποίων υπάρχουν σχετικές έρευνες στον ελληνικό πληθυσμό, ενώ η επιλογή του αριθμού αυτών των ερωτηματολογίων έγινε με βάση τη σχετικότητά τους ως προς την εξέταση διαφόρων ειδικών διαστάσεων του συναισθήματος και των γενικότερων στόχων της έρευνας.

Η ποιοτική προσέγγιση

Η Θεμελιωμένη Θεωρία (Grounded Theory) αναπτύχθηκε από κοινωνιολόγους οι οποίοι υποστηρίζουν ότι τα δεδομένα πολλές φορές παραποιοούνται (παρερμηνεύονται) προκειμένου να επαληθεύσουν προϋπάρχουσες

θεωρητικές υποθέσεις, ότι οι ερευνητές δεν αναπτύσσουν ούτε τροποποιούν την υπάρχουσα μετα-θεωρία στο φως καινούριων δεδομένων και ότι υπάρχει μεγάλη αδυναμία προσέγγισης των υποκειμενικών ερμηνειών και νοηματοδοτήσεων των δρώντων κοινωνικών υποκειμένων. Για αυτούς τους λόγους προτείνουν τη χρήση συνεντεύξεων για τη διερεύνηση κοινωνικών φαινομένων.

Ανάλογα με το βαθμό δόμησης της συνέντευξης, δηλαδή ανάλογα με το βαθμό τυποποίησης της από τον ερευνητή μπορούμε να διακρίνουμε τρία βασικά είδη συνεντεύξεων: τη δομημένη συνέντευξη (structured interview), την ημι-δομημένη συνέντευξη (semi-structured interview) και τη μη δομημένη συνέντευξη (unstructured interview). Η επιλογή του τύπου της ημι-δομημένης συνέντευξης έγινε εδώ καθώς υπάρχει ένα σύνολο προκαθορισμένων ερωτήσεων, αλλά παρουσιάζει πολύ περισσότερη ευελιξία από τους άλλους τύπους συνέντευξης ως προς την σειρά των ερωτήσεων, ως προς τη τροποποίηση του περιεχομένου των ερωτήσεων ανάλογα με τον ερωτώμενο και ως προς την προσθαφαίρεση ερωτήσεων και θεμάτων για συζήτηση με αποτέλεσμα η συνέντευξη πέρα του ότι καλύπτει όλα τα ζητήματα που ενδιαφέρουν τον εξεταστή, φαίνεται ότι είναι και πιο προσαρμοσμένη στο εκάστοτε εξεταζόμενο άτομο και στις ανάγκες του, με αποτέλεσμα να έχουμε περισσότερες και κυρίως νέες ιδέες που έρχονται στην επιφάνεια από τον συμμετέχοντα με αποτέλεσμα να μπορεί ο εξεταστής να διερευνήσει φαινόμενα, διαδικασίες και συμπεριφορές που δεν είχαν προβλεφθεί από πριν. Παράλληλα ο ερευνητής διερευνά την εμπειρία των κοινωνικών υποκειμένων, καθώς «βλέπει» και κατανοεί τον κόσμο μέσα από τα μάτια και την αντίληψη των κοινωνικών υποκειμένων και έτσι οι πληροφορίες που παίρνει είναι και ακριβέστερες για την ατομική κατάσταση του κάθε εξεταζόμενου, ενώ η διερεύνηση αυτού του είδους της κοινωνικής εμπειρίας χαρακτηρίζεται από λεπτομέρεια και βάθος (Ιωσηφίδης, 2003).

Ως μεθοδολογικό εργαλείο αρχικά λοιπόν, χρησιμοποιήθηκαν οι ημι-δομημένες συνεντεύξεις οι οποίες διενεργήθηκαν στο χώρο κατοικίας και όχι εργασίας των συμμετεχόντων (ώστε να έχουν περισσότερη άνεση κατά τη διάρκεια της συνέντευξης και στη συνέχεια να μπορούν να συμπληρώσουν και τα ποσοτικά ερωτηματολόγια με περισσότερη ειλικρίνεια). Οι θεματικοί άξονες πάνω στους οποίους κινήθηκαν οι συνεντεύξεις ήταν οι εξής: α) περιγραφή γενικής κατάστασης-συμπεριφοράς των εργαζομένων (προϊσταμένων και υφισταμένων) σε επιχειρήσεις που δραστηριοποιούνται στο χώρο της υγείας-και δημόσια και ιδιωτικά- ως προς θέματα ηθικών αξιών, β) τρόποι επικοινωνίας με άλλους εφόσον αυτοί υπάρχουν για θέματα ηθικών αξιών, γ) ηθικές αξίες και η καθημερινότητα του εργαζομένου στο χώρο εργασίας και εκτός εργασίας σε σχέση με την οικογένεια και άλλα πρόσωπα, δ) υποστήριξη από συναδέλφους ή/και από άλλα άτομα εκτός εργασίας, ε) οι ψυχολογικές-κοινωνικές επιπτώσεις της παρουσίας ενός εργασιακού περιβάλλοντος που δεν υπάρχει ενδιαφέρον ή ακόμη και απαξίωση των ηθικών αξιών και στ) διαχείριση παρούσας κατάστασης και σκέψεις για το μέλλον.

Όλες οι συνεντεύξεις μαγνητοφωνήθηκαν, απομαγνητοφωνήθηκαν και αναλύθηκαν σύμφωνα με τις αρχές της θεμελιωμένης θεωρίας (grounded theory). Η θεμελιωμένη θεωρία είναι μια συστηματική μεθοδολογία των κοινωνικών επιστημών και αφορά την ανακάλυψη της θεωρίας μέσα από την ανάλυση των δεδομένων, καθώς λειτουργεί σχεδόν με αντίστροφο τρόπο από την παραδοσιακή έρευνα των κοινωνικών επιστημών. Η επιμονή στη διενέργεια ημι-δομημένων συνεντεύξεων έγινε επειδή μεθοδολογικά για το εξεταζόμενο θέμα θα ήταν λανθασμένο να

αρχίσουμε με μια προ-διατυπωμένη υπόθεση. Λόγω έλλειψης προηγούμενης έρευνας στην Ελλάδα και λαμβάνοντας υπόψη ότι η υιοθέτηση υποθέσεων που βασίζονται σε ευρήματα από άλλα κοινωνικο-πολιτισμικά πλαίσια στο χώρο της κοινωνικής ψυχολογίας θα ήταν παρακινδυνευμένη (Sigma-Muga, Daly, Oukal & Kavut, 2005), το πρώτο βήμα θα πρέπει λοιπόν να είναι η συλλογή δεδομένων μέσα από μια ποικιλία μεθόδων. Από τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν, τα βασικά σημεία που επισημαίνονται με μια σειρά κωδικών, τα οποία εξάγονται από το κείμενο. Οι κωδικοί ομαδοποιούνται σε παρόμοιες έννοιες, ώστε να καταστούν πιο λειτουργικές. Από αυτές τις έννοιες, οι κατηγορίες που σχηματίζονται, οι οποίες αποτελούν τη βάση για τη δημιουργία μιας θεωρίας, ή μια αντίστροφη μηχανική υπόθεση. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με το παραδοσιακό μοντέλο της έρευνας, όπου ο ερευνητής επιλέγει ένα θεωρητικό πλαίσιο, και μόνο τότε ισχύει αυτό το μοντέλο με το φαινόμενο που πρέπει να μελετηθεί (Allan, 2003; Martin & Turner, 1986). Ο στόχος, λοιπόν, που επιλέχθηκε αυτή η προσέγγιση ανάλυσης των δεδομένων ήταν η ανάπτυξη μιας θεωρητικά πλήρους κατανόησης των βιωμάτων-εμπειριών που ανέφεραν οι συμμετέχοντες.

Θα πρέπει να τονιστεί ότι κανένας από τους συμμετέχοντες-συμμετέχουσες δεν έφερε αντίρρηση για την μαγνητοφώνηση της συνέντευξης και περαιτέρω ανάλυση των δεδομένων, καθώς υπήρξε διαβεβαίωση για την εμπιστευτικότητα και την ανωνυμία των προσωπικών τους δεδομένων. Έτσι, έχει ληφθεί μέριμνα ώστε κάθε αναφορά στο όνομα των ιδίων ή και των επιχειρήσεων-μονάδων στις οποίες εργάζονται να μη δημοσιοποιηθεί με σκοπό να μην είναι εύκολη η αποκάλυψη της ταυτότητάς τους.

Οι συμμετέχοντες

Οι συμμετέχοντες ήταν συνολικά 28 άτομα: 13 γυναίκες και 15 άντρες οι οποίοι στο σύνολό τους εργάζονται και ζουν μόνιμα στη Βόρεια Ελλάδα. Περίπου οι μισοί από τους συμμετέχοντες (15) εργάζονταν κατά τη διάρκεια διενέργειας της ατομικής τους συνέντευξης σε ιδιωτική επιχείρηση παροχής υπηρεσιών υγείας, ενώ οι υπόλοιποι σε δημόσια. Η επιλογή αυτού του τύπου επιχειρήσεων έγινε καθώς δεν υπάρχει προηγούμενη σχετική έρευνα και επειδή η διερεύνηση της κατάστασης που επικρατεί στις επιχειρήσεις στο χώρο της υγείας είναι ιδιαίτερα ζωτικής σημασίας όχι μόνο για τους εργαζομένους σε αυτές, αλλά και για την ευημερία ολόκληρης της κοινωνίας.

Ο μέσος όρος της ηλικίας τους ήταν τα 42.5 χρόνια, όλοι ήταν ελληνικής καταγωγής, η πλειοψηφία (20) είχε πανεπιστημιακή και μεταπτυχιακή εκπαίδευση: 12 στις οικονομικές επιστήμες ή 8 στην ιατρική (Μ.Ο. εκπαίδευσης 18.5 έτη), ενώ 8 ήταν απόφοιτοι λυκείου και η οικογενειακή κατάσταση στο σύνολο των συμμετεχόντων ήταν: 16 παντρεμένοι (3 με ένα ανήλικο παιδί και 13 με δύο ανήλικα παιδιά) και 12 μη παντρεμένοι. Ο μέσος χρόνος προϋπηρεσίας για τους ίδιους στην εκάστοτε επιχείρηση ήταν τα 11.5 χρόνια, ενώ για τους προϊσταμένους τους στην επιχείρηση ήταν τουλάχιστον 10 χρόνια. Κανένας από τους συμμετέχοντες δεν είχε διευθυντική θέση στις επιχειρήσεις όπου εργάζονταν.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Για τις συνεντεύξεις μετά από επαναλαμβανόμενη ανάγνωση του απομαγνητοφωνημένου κειμένου και κρατώντας εκτενείς σημειώσεις, έγινε δυνατός ο προσδιορισμός κάποιων θεμάτων - κατηγοριών οι οποίες αρχικά ήταν 104. Στη συνέχεια, αυτές ομαδοποιήθηκαν με αποτέλεσμα να προκύψουν 12. Σε ένα τρίτο επίπεδο οι 12 κατηγορίες έγιναν οι εξής 3 κατηγορίες:

- ❖ Η αλληλεπίδραση των ηθικών αξιών του περιβάλλοντος εργασίας και ο αντίκτυπος στην προσωπική ζωή-ψυχική υγεία του εργαζόμενου.
- ❖ Μέθοδοι για την εξεύρεση ισορροπίας για την ασυμφωνία των ηθικών αξιών του χώρου εργασίας και αυτών της προσωπικής ζωής.
- ❖ Προβληματισμός για τις ηθικές αξίες των επιχειρήσεων στο χώρο της υγείας για το μέλλον.

Οι συμμετέχοντες στις συνεντεύξεις τους τοποθετούν μεγαλύτερη έμφαση στις επιπτώσεις που έχει η επιχείρηση όταν δεν αναγνωρίζει τη σημασία των ηθικών αξιών, πρωταρχικά στους ίδιους και μετά στο κοινωνικό σύνολο. Προκύπτει, λοιπόν, ότι η αναγνώριση της παραβίασης των ηθικών αξιών έχει σημασία κυρίως για το άτομο και μετά για το κοινωνικό σύνολο-ομάδα και τέλος για το φυσικό περιβάλλον. Το ότι δεν θέτουν οι επιχειρήσεις υγείας ως πρωταρχικό σκοπό της σύστασης και ύπαρξής τους την κοινωνική ευημερία, αλλά μόνο στόχο έχουν την οικονομική ευημερία των μετόχων τους, φαίνεται ότι αποτελεί ένα από τα βασικά μοτίβα στις συνεντεύξεις όλων των συμμετεχόντων. Η αποκλειστική εστίαση στην παραγωγή και κατανάλωση αγαθών ή/και υπηρεσιών που σχετίζονται με την οικονομική ανάπτυξη και η δημιουργία αναγκών εκεί που αυτές δεν υπάρχουν πραγματικά και που πιθανώς να είναι και επικίνδυνες για τα άτομα ή και για κοινωνικό σύνολο (φαινόμενο προκλητής ζήτησης), αποτελούν πλέον το κέντρο στις συνεντεύξεις-αφηγήσεις των συμμετεχόντων. Αναφέρουν ότι οι ίδιοι (οι εργαζόμενοι σε επιχειρήσεις υγείας και κυρίως αυτοί που βρίσκονται σε θέσεις που σχετίζονται με την διαχείριση οικονομικών θεμάτων) ότι σε μεγάλο βαθμό αντιλαμβάνονται το θέμα των ηθικών αξιών στις επιχειρήσεις που δραστηριοποιούνται στο χώρο της υγείας ως μία προσωπική και δευτερεύοντος κοινωνική αποτυχία επίτευξης ευημερίας. Δηλώνουν ότι αισθάνονται 'πίεση', όχι τόσο από το πρόγραμμα και το φόρτο εργασίας, όσο από το άγχος ότι θα 'καταπατήσουν κατά τη διάρκεια του εργάσιμου ωραρίου' (σύμφωνα με τα λεγόμενά τους) τις αξίες που ενστερνίζονται στην προσωπική τους ζωή και ότι δεν θα καταφέρουν να ανταποκριθούν στο ρόλο τους ως ειλικρινείς, αντικειμενικοί/ές και ανεξάρτητοι/ες [κάτι παρόμοιο αναφέρεται για τις προσδοκίες της κοινωνίας για τους εργαζομένους και από τους Libby και Thorne (2007)], καθώς θα πρέπει να συμμορφωθούν στις 'αξίες του όποιου εργοδότη'.

Η αισθανόμενη αναντιστοιχία της εργασιακής με την προσωπική ζωή ως προς το θέμα των ηθικών αξιών οδηγεί τα άτομα σε αρνητικά συναισθήματα αυτομομφής και αναξιότητας αυτόνομης ηθικής δράσης για τον εαυτό τους, καθώς θεωρούν ότι τα πεπραγμένα στη δουλειά αλλοιώνουν μερικώς την προσωπική τους ταυτότητα. Αυτή η αισθανόμενη 'απώλεια ηθικής στα πλαίσια του εργασιακού χώρου' περιγράφεται ως μία ιδιαίτερα επώδυνη καθημερινή εμπειρία, ενώ οι αναφερόμενες διακουμάνσεις

στη διάθεση έχουν να κάνουν κυρίως με τη βίωση ευχάριστων εμπειριών εντός και εκτός εργασιακού χώρου. Επίσης αναφέρουν ότι αισθάνονται ενοχές για το συγκεκριμένο μόνο θέμα, ενώ περιγράφουν στην πλειοψηφία τους έναν κύκλο αρνητικών σκέψεων που παρατείνουν την απελπισία τους για την ‘ηθική τους κατάπτωση-κατάντια’ και πάλι όμως εστιάζοντας και αποκόβοντας αυτήν την εμπειρία από την υπόλοιπη ζωή τους. Ακόμη εκφράζουν συναισθήματα στρες και θυμού - ακόμη και μίσους - για τους ανωτέρους τους στο χώρο εργασίας (οι οποίοι δημιουργούν αυτό το κλίμα αδιαφορίας για τις ηθικές αξίες και εξίσωσης της κοινωνικής ευημερίας με το άθροισμα των οικονομικών πλεονασμάτων των ίδιων και της επιχείρησής τους). Αυτό φαίνεται ότι έρχεται σε συμφωνία με τον εντοπισμό ενός νέου συνδρόμου (σύνδρομο της ύβρεως), το οποίο αναφέρεται στην τάση των ηγετών (είτε αυτοί προέρχονται από το χώρο της πολιτικής, είτε από το χώρο των επιχειρήσεων) να γίνονται αλαζονικοί, αυθάδεις και περιφρονητικοί όχι μόνο απέναντι σε άτομα, αλλά και στο αξιακό σύστημα που αυτά δέχονται και ακολουθούν, παίρνοντας αποφάσεις χωρίς να υπολογίζουν τις συνέπειές τους για το κοινωνικό σύνολο και θεωρώντας τους εαυτούς τους υπεράνω κάθε εξουσίας και συστήματος ηθικών αρχών (Anderson et al., 2008). Πέρα από αυτό οι συμμετέχοντες εκφράζουν ίσης βαρύτητας αρνητικά συναισθήματα (κυρίως λύπης και μίσους) και για τους συναδέλφους τους που συμμορφώνονται (ηθελημένα) στην ανυπαρξία ενός έστω στοιχειώδους συστήματος-κώδικα ηθικών αξιών στις όποιες επιχειρηματικές δραστηριότητες.

Όλα τα παραπάνω συνδέονται όπως προκύπτει από αποσπάσματα συνεντεύξεων και με την ελάττωση του προσωπικού ενδιαφέροντος για την εργασία και με διάφορα σωματικά συμπτώματα, αλλά κανένας από τους συμμετέχοντες δεν ανέφερε τον όρο ‘κατάθλιψη’ (αν και το είδος και η συχνότητα των περιγραφέντων συμπτωμάτων) θα μπορούσε να τα χαρακτηρίσει ως τέτοια. Το περίεργο είναι όμως ότι οι εργαζόμενοι αυτοί περιορίζουν αυτόματα την ‘ηθική προσωπική ασυμφωνία’ στο χώρο εργασίας τους. Ειδικότερα οι συμμετέχοντες που έχουν δική τους οικογένεια με παιδιά αναφέρουν ότι τους προβληματίζει μόνο το πώς θα δεχτούν τα παιδιά τους το γεγονός ότι οι γονείς τους πιθανόν να μην είναι πάντα το ίδιο πιστοί στις ίδιες τους τις προσωπικές αξίες και το ότι δεν τις ακολουθούν σε όλα τα πλαίσια. Εξαιρετικό ενδιαφέρον παρουσιάζει το ότι το σύνολο των συμμετεχόντων αυθόρμητα ανέφεραν σε αυτό το σημείο των συνεντεύξεων ότι δεν βλέπουν τα ζητήματα ηθικής σε σχέση με τις πιθανές μελλοντικές νομικές συνέπειες (π.χ. ποινή) (Loeb, 1975), αλλά τους ενοχλεί βραχυπρόθεσμα η απαίτηση να δίνουν μία εσφαλμένη και αναληθή εικόνα προς τον εξωτερικό χώρο των επιχειρήσεων (για το κομμάτι της μέριμνας για το θέμα των ηθικών αξιών).

Από τις αναλύσεις των συλλεγέντων πληροφοριών φαίνεται ότι οι συμμετέχοντες θεωρούν ότι υπάρχουν καθολικές και αμετάβλητες από το εκάστοτε πλαίσιο ηθικές αξίες, ενώ για τις επιχειρήσεις στο χώρο της υγείας αναφέρουν τις ακόλουθες χωρίς όμως να μπορούν να τις τοποθετήσουν σε κάποια ιεραρχία σημαντικότητας: 1) της φιλαλληλίας-φροντίδας κυρίως για τον άνθρωπο και δευτερευόντως για το φυσικό περιβάλλον, 2) της κοινωνικής δικαιοσύνης μέσω της αναγνώρισης των βασικών ανθρωπίνων δικαιωμάτων, 3) της δημόσιας αναγνώρισης και υποστήριξης με έμπρακτες μεθόδους της ισότητας ανάμεσα στους ανθρώπους-πελάτες και μη πελάτες, 4) του σεβασμού της ελευθερίας των ατόμων/ασθενών/πελατών και των συνεργαζόμενων ιδιωτικών ή/και δημόσιων εταιρειών-φορέων, 5) της αλήθειας-ειλικρίνειας τόσο για θέματα οικονομικής

διαχείρισης όσο και για την ποιότητα και καταλληλότητα των παρεχόμενων προϊόντων και υπηρεσιών και β) της αξιοπιστίας-υπευθυνότητας απέναντι στους ιδιώτες πελάτες και το κράτος. Αν και προκύπτει από την ποιοτική ανάλυση δεδομένων ότι δεν υπάρχει αυστηρή ιεραρχία, υπάρχει όμως αναγκαιότητα εφαρμογής του συνόλου των αναφερόμενων αξιών με έμφαση στη σημασία που έχει η εφαρμογή των αξιών αυτών πρώτα για τους ανθρώπους, μετά για το φυσικό περιβάλλον και τέλος για το τεχνολογικό περιβάλλον. Φαίνεται ακόμη για πρώτη φορά σύμφωνα με την παρούσα ποιοτική προσέγγιση ότι στη χώρα μας οι αγορές διαβρώνουν τις ηθικές αξίες, οι οποίες υποβιβάζονται, παραμελούνται, αναιρούνται και αντικαθίστανται από ακριβώς τα αντίθετα, για χάρη του οικονομικού κέρδους όπως προκύπτει από αποσπάσματα συνεντεύξεων των συμμετεχόντων (αυτό γίνεται ακόμη πιο έντονα αισθητό από τους συμμετέχοντες τώρα, σε σύγκριση με το παρελθόν), κάτι που το αποδίδουν στην οικονομική κρίση. Έτσι, η θέση του Adam Smith ότι οι άνθρωποι δρουν στην οικονομία όχι από ανθρωπισμό, αλλά από εγωισμό, επιβεβαιώνεται και από τα παρόντα ευρήματα ποιοτικής προέλευσης που έρχονται να προστεθούν και σε μία καινοτόμα πρόσφατη αποκλειστικά ποσοτική όμως προσέγγιση του φαινομένου από τους Falk, & Szech, 2013).

Στο ερώτημα κατά πόσο πιστεύουν ότι μελλοντικά θα υιοθετήσουν τις αξίες που ανέφεραν και δεν θα προβούν σε 'ανήθικη συμπεριφορά' στην εργασία τους βρέθηκε ότι σε αντίθεση με προηγούμενα ευρήματα ποσοτικών ερευνών από άλλες χώρες (McCabe, Ingram & Data-On, 2006; Peterson et al., 2010) ότι στην Ελλάδα δεν υπάρχει δια-φυλική διαφορά όπως έχει βρεθεί στο εξωτερικό με ποσοτικές μεθόδους (Gill, 2009; Perryer & Jordan, 2002; Valentine & Page, 2006; Tanveer et al., 2012; Peterson et al., 2010; Woodbine, 2006) και ότι οι γυναίκες και οι άνδρες του παρόντος δείγματος κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων και στη συμπλήρωση του ποσοτικού ερωτηματολογίου παρουσίασαν παρόμοια τάση συμμόρφωσης στις προαναφερθέντες αξίες (και σε συμφωνία με κάποιες άλλες έρευνες από μη δυτικές χώρες: Lowry, 2003; Sower & Sower, 2005; Dellaportas, 2006; Gholipour et al, 2012) (Στην ανάλυσή μας με εξαίρεση ενός άνδρα συμμετέχοντα, ο οποίος αν και δήλωσε αρχικά ότι αποδέχεται το σύνολο των αναφερόμενων αξιών και συμπλήρωσε το ερωτηματολόγιο με τον ίδιο τρόπο όπως και οι άλλοι συμμετέχοντες, κατά τη διάρκεια της συνέντευξης τοποθέτησε τον εαυτό του στην ομάδα των ατόμων που πιθανώς να μην ακολουθούσε 'ηθική συμπεριφορά' με στόχο την επαγγελματική του ανέλιξη και ότι θα συμμορφωνόταν μελλοντικά σε ό,τι είναι ηθικά αποδεκτό ρητά ή ακόμη και άρρητα από την ομάδα στην οποία βρίσκεται).

Ιδιαίτερα ενδιαφέρον είναι ότι το σύνολο των συμμετεχόντων περιέγραψε (χωρίς όμως να κατονομάσει με τον ειδικό οικονομικό όρο) ότι ένας βασικός τρόπος έκφρασης μη ηθικής συμπεριφοράς στο χώρο εργασίας τους (από τρίτα άτομα και όχι από τους ίδιους) ότι είναι το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης, δηλαδή της κάθε είδους δράσης με σκοπό την άμεση ή έμμεση αύξηση των προσωπικών οικονομικών αποδοχών του εργαζομένου ή της επιχείρησης εις βάρος βέβαια του ασθενούς, μιας άλλης επιχείρησης ή και του κράτους.

Επίσης βρέθηκε ότι ανεξάρτητα από τα έτη σπουδών των συμμετεχόντων, από το δημόσιο ή ιδιωτικό χαρακτήρα της επιχείρησης για την οποία εργάζονταν και από το αν οι ίδιοι χαρακτηρίζουν τους εαυτούς τους ως άτομα που έχουν μία στενή ή όχι πίστη σε κάποια θρησκεία (στο παρόν δείγμα 14 Ορθόδοξοι Χριστιανοί που αυτοχαρακτηρίζονται ως συμμετέχοντες ενεργά στη λατρεία, 7 Ορθόδοξοι

Χριστιανοί που θεωρούν τους εαυτούς τους ως χαλαρά συνδεδεμένους με τη θρησκεία και 7 άθεοι), ότι το σύνολο παρουσίασε παρόμοιο προφίλ στις απαντήσεις τους, χωρίς να υπάρχει επίδραση των διαπροσωπικών διαφορών στον τρόπο που σκέπτονται εξαιτίας αυτών των ατομικών χαρακτηριστικών. Ειδικότερα για το κομμάτι της θρησκευτικότητας και της αισθανόμενης ηθικής ευθύνης στις επιχειρήσεις, τα παρόντα ευρήματα έρχονται σε αντίθεση με έρευνες του εξωτερικού σε φοιτητές, αλλά δεν αντικρούουν σε ευρήματα για εργαζόμενους σε επιχειρήσεις (Ibrahim et al., 2008).

Τα παραπάνω φαίνεται ότι συμφωνούν απόλυτα και με τις απαντήσεις που έδωσαν τα ίδια άτομα στο χορηγηθέν ερωτηματολόγιο, καθώς παρουσίασαν σχεδόν μηδενική διακύμανση και ομοιομορφία στις απαντήσεις τους, ενώ και με την εφαρμογή του στατιστικού ελέγχου T-test σε ανεξάρτητα δείγματα δεν βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές ως προς τις ομάδες: άνδρες-γυναίκες, εργαζόμενοι σε δημόσια ή ιδιωτική επιχείρηση που δραστηριοποιείται στο χώρο της υγείας, με πανεπιστημιακή ή με λυκειακή μόρφωση, αυτοχαρακτηριζόμενοι ως θρήσκοι-μη θρήσκοι και ανάλογα με την οικογενειακή τους κατάσταση.

Ερωτήματα ATBEQ	M. O.	T. A.
1	1.07	.26
2	2.78	.49
3	1.57	.57
4	1	.00
5	1.85	.65
6	1.17	.39
7	1.10	.31
8	4.53	.63
9	1.03	.88
10	1	.00
11	1.07	.26

Ακόμη τα πρότυπα απαντήσεων των συμμετεχόντων όπως αυτά προκύπτουν από τις ατομικές τους συνεντεύξεις δεν φαίνεται να διαφοροποιούνται ή να συνδέονται με κάποιο συστηματικό τρόπο ανάλογα με τα αντιλαμβανόμενα συναισθήματά τους για το πώς αισθάνονται οι ίδιοι στη δουλειά (όπως αυτά προκύπτουν με τις απαντήσεις τους στην κλίμακα Job Affect Scale), με το πόσο δεμένοι αισθάνονται με την ομάδα στην οποία εργάζονται (κλίμακα Perceived Cohesion Scale), με το αισθανόμενο άγχος τους (όπως μετράται με το State Anxiety

Inventory) και την αισθανόμενη επαγγελματική τους εξουθένωση (Maslach Burnout Inventory). Επιπλέον δεν βρέθηκε κάποια στατιστικώς σημαντική συσχέτιση των παραπάνω ερωτηματολογίων με το Attitude Towards Business Ethics Questionnaire.

Τέλος, οι συμμετέχοντες κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων ερωτήθηκαν για τους τρόπους που θα μπορούσε να βελτιωθεί η ιδιαίτερα δυσμενής, σύμφωνα με τα λεγόμενά τους, κατάσταση των ηθικών αξιών στο χώρο των επιχειρήσεων υγείας. Οι απαντήσεις τους διατυπώθηκαν σε μορφή προτάσεων και αφορούσαν κυρίως δύο στρατηγικές: 1) εκμάθηση μέσω εκπαιδευτικών-ενημερωτικών σχετικών προγραμμάτων που θα εστιάζουν στο θέμα της ευαισθητοποίησης σε θέματα ηθικών αξιών και επιχειρήσεων και 2) επιλογή ανώτατων στελεχών με βάση πέρα από την άρτια επαγγελματική τους κατάρτιση και την ευαισθητοποίηση ή κυρίως την προηγούμενη δράση τους για την προώθηση του θέματος των ηθικών αξιών στο χώρο των επιχειρήσεων. Ακόμη και αν δεν λάβουμε τις παραπάνω προτάσεις ως κατευθυντήριες γραμμές δράσης, μάλλον μας δείχνουν με αρκετή σαφήνεια ότι υπάρχει ένας κοινός τρόπος προσέγγισης από τους εργαζομένους για την αντιμετώπιση του θέματος των αξιών. Αξιοσημείωτο είναι ότι οι ίδιοι αν και προτείνουν κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεών τους τα παραπάνω, φαίνεται ότι αν και αποδέχονται την προσωπική τους ευθύνη και ανάγκη για δράση ('βάζοντας ψηλά τον πήχη για τους εαυτούς τους'), να μην επιθυμούν να ξεκινήσουν αυτοί ενέργειες για αλλαγή της κατάστασης και να αναβάλουν την προσωπική δράση (καθώς θεωρούν εαυτούς 'απροετοίμαστους'). Το ότι δεν προτίθενται να αναλάβουν οι ίδιοι τη διοργάνωση τέτοιων δράσεων, εξαρτάται όπως αναφέρει και πάλι η πλειοψηφία (25/28) από την άρνηση της διοίκησης των επιχειρήσεών τους να ασχοληθούν με το θέμα. Επίσης κάποιοι εργαζόμενοι (21/28) αναφέρουν ότι αποφεύγουν το ρίσκο μίας ανοιχτής συζήτησης ή ακόμη και δημόσιας καταγγελίας για το θέμα με διευθυντικά στελέχη (εκτός και αν η πρωτοβουλία ξεκινήσει από τους ίδιους τους προϊσταμένους), καθώς δηλώνουν ότι δεν εμπιστεύονται τους ανωτέρους τους για το χειρισμό ηθικών ζητημάτων στο χώρο εργασίας και θα προτιμούσαν να παραμείνουν σιωπηλοί ή ακόμη και να αποχωρήσουν από την επιχείρηση, παρά να έρθουν σε ανοιχτή σύγκρουση με την ομάδα και κυρίως με τον αρχηγό της ομάδας εργασίας. Σαν τρόπο για τη διαχείριση του προβλήματος το σύνολο των συμμετεχόντων ανέφερε την αναζήτηση συναισθηματικής υποστήριξης από το οικογενειακό δίκτυο, καθώς φοβούνται ότι η δημοσιοποίηση περαιτέρω πληροφοριών από το χώρο της εργασίας και των εργασιακών τους σχέσεων θα μπορούσαν να παρεξηγηθούν ή να χρησιμοποιηθούν με ανεξέλεγκτο τρόπο από τρίτα πρόσωπα - μη στενούς συγγενείς (όπως σύζυγο, γονείς κλπ).

Τα αρχικά ευρήματα της παρούσας έρευνας, όπως αναλύθηκαν και πιο πάνω, έρχονται να καλύψουν τόσο το θεωρητικό, όσο και το ερευνητικό κενό όσον αφορά τις ηθικές αξίες και πώς τις βιώνουν και σκέπτονται για αυτές οι εργαζόμενοι σε επιχειρήσεις που δραστηριοποιούνται στο χώρο της υγείας στην Ελλάδα. Η έρευνα διενεργήθηκε μέσω του ποιοτικού προτύπου έρευνας, καθώς απαραίτητη θεωρείται η εις βάθος αποκάλυψη των διαστάσεων του θέματος χωρίς επιβολή προκαθορισμένων κατηγοριών προς εξέταση και σε συνδυασμό βέβαια στην περίπτωσή μας και με τη χρήση ενός ποσοτικού ερωτηματολογίου. Προκύπτει ότι οι εργαζόμενοι σε αυτού του είδους τις επιχειρήσεις δεν παρουσιάζουν διαφορές στις απόψεις τους για το θέμα ανεξάρτητα από τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά και παρά τον εργασιακό τους φόρτο, είναι ενήμεροι και ιδιαίτερα προβληματισμένοι για το θέμα των ηθικών αξιών. Η ιδέα ότι η παρατηρούμενη 'ανηθικότητα' - διαφθορά - προσήλωση σε οικονομικές

αξίες με παράλληλη πλήρη απαξίωση των ηθικών αξιών των ατόμων όταν λειτουργούν στο πλαίσιο της αγοράς, οφείλεται στο ότι εστιάζουν αποκλειστικά στον ανταγωνισμό και στα κέρδη και όχι σε δευτερογενείς, μη άμεσα επικερδείς ηθικές παραμέτρους και δικαιολογούν αυτή τη συμπεριφορά καθώς βλέπουν ότι οι ηθικές αξίες παραβιάζονται και από άλλα άτομα, με τα οποία μπορούν να μοιραστούν τις ενοχές τους (Falk & Szech, 2013), μάλλον δεν ισχύει σύμφωνα με τα παρόντα ευρήματα. Οι συμμετέχοντες στις συνεντεύξεις τους διατυπώνουν καθαρά ότι γνωρίζουν πολύ καλά ότι η εστίαση στον οικονομικό παράγοντα δεν είναι σε συμφωνία με την ιδέα περί σημασίας της αξίας που έχει ο άνθρωπος και η προστασία του, ειδικά για το χώρο της υγείας. Εκτός, λοιπόν, από τις βραχυπρόθεσμες ή/και μακροπρόθεσμες ψυχολογικές επιπτώσεις των πράξεων ή μη πράξεων των επιχειρήσεων στις οποίες εργάζονται στους ίδιους, αναφέρουν ότι προβληματίζουν και οι επιπτώσεις στην ψυχική και κυρίως στη σωματική υγεία των πελατών της επιχείρησης και τέλος σε μακρο-επίπεδο στη γενικότερη ευημερία του κοινωνικού συνόλου. Δηλώνουν αδύναμοι να επαναξιολογήσουν τις αξίες τους, ενώ η αναντιστοιχία αυτή τους οδηγεί σε προσωπικές ενοχές, τις οποίες δεν μπορούν να δικαιολογήσουν, ούτε όμως και να τις 'μοιραστούν'. Από το σύνολο των συνεντεύξεων προκύπτει επίσης ότι κατά τη γνώμη τους ο καλύτερος τρόπος για τη βελτίωση της υπάρχουσας έκπτωσης των ηθικών αξιών και για την ανασύνθεση-δημιουργία μίας 'ηθικής κουλτούρας' στις καθημερινές επιχειρηματικές πράξεις (ειδικά για το χώρο των επιχειρήσεων που δραστηριοποιούνται σε θέματα υγείας) είναι η ενημερωτική ή ακόμη και επεμβατική δράση κάποιου τρίτου φορέα για την ευαισθητοποίηση και εκμάθηση τεχνικών ειδικά στο χώρο εργασίας, κυρίως όσον αφορά τα ανώτατα διοικητικά στελέχη σε θέματα επιδίωξης αυτογνωσίας μέσα από τον αυτοέλεγχο και την αυτοκριτική. Οι συμμετέχοντες εξέφρασαν την άποψη και πάλι στη συντριπτική τους πλειοψηφία (27/28) ότι οι από μόνες τους οι νομοθετικές ρυθμίσεις και οι πιθανές συνεπαγόμενες ποινές σε άτομα ή και στο σύνολο των επιχειρήσεων ως Οργανισμών για καταπάτηση των δικαιωμάτων των πελατών, των συνεργαζόμενων επιχειρήσεων ή και του κράτους ως πελάτη υπηρεσιών ή προϊόντων και η καταπάτηση ακόμη και του φυσικού περιβάλλοντος μέσα από τις δραστηριότητες της επιχείρησης, δεν θα επιφέρουν το επιθυμητό αποτέλεσμα, δηλαδή τη υιοθέτηση συμπεριφορών που θα είναι σύμφωνες με τις αξίες που αναγνώρισαν κατά τις συνεντεύξεις τους. Ο μοναδικός τρόπος για αυτούς ώστε να επιτευχθεί η μακροχρόνια ειλικρινής υιοθέτηση συμπεριφορών για την επίτευξη κοινωνικής ευημερίας (κάτι που θα επιφέρει ευεργετική επίδραση τόσο για τους ίδιους τους εργαζομένους μέσα στις επιχειρήσεις -με μείωση της αισθανόμενης ηθικής ασυνέπειας που βιώνουν λόγω της διάστασης ηθικών αξιών εντός και εκτός επιχείρησης-, όσο και για τους πελάτες της επιχείρησης) είναι η ευαισθητοποίηση και εκμάθηση (όπως στο σχολείο) σε θέματα ηθικής και επιχειρήσεων αρχικά για τα διευθυντικά στελέχη και στη συνέχεια ή ακόμη και παράλληλα για τα υφιστάμενα στελέχη των επιχειρήσεων.

Η παρούσα έρευνα αποτελεί ένα δείγμα συνδυασμού ποιοτικής και ποσοτικής μεθοδολογίας για μία καλύτερη προσέγγιση των ηθικών αξιών και του αντίκτυπου που έχουν στην ατομική και κοινωνική ευημερία. Η ποιοτική προσέγγιση χαρακτηρίζεται από την επιδίωξη να συλλεχθούν αντικειμενικά δεδομένα για κάποιο φαινόμενο και στη συνέχεια να μετατραπούν αυτά τα δεδομένα σε αριθμητικά ή στατιστικά στοιχεία, ώστε να μπορούν να διενεργηθούν συγκρίσεις μεταξύ των διαφόρων μεταβλητών και να δοθούν αντικειμενικές επεξηγήσεις για τα πιθανά αίτια

ή τις σχέσεις (στην περίπτωση μας συσχετιστικού τύπου σχέσεις) μεταξύ των μεταβλητών, που θα αποτελέσουν μια αντικειμενική και γενική θεωρία για το φαινόμενο της έρευνας. Αντίθετα, η ποιοτική έρευνα χαρακτηρίζεται από την επιδίωξη του ερευνητή να εξερευνήσει και να κατανοήσει σε βάθος τις υποκειμενικές αντιλήψεις, πεποιθήσεις και εμπειρίες συγκεκριμένων προσώπων αναφορικά με κάποιο φαινόμενο, ώστε να δημιουργηθεί μία βαθύτερη, αρτιότερη και περισσότερο επεξεργασμένη γνώση για το υπό έρευνα φαινόμενο, η οποία θα εμπεριέχει μία ολιστική και βαθύτερη ερμηνεία για τους συμμετέχοντες στην έρευνα και το περιβάλλον τους σε σχέση με το φαινόμενο της έρευνας (Sarantakos, 2005). Εδώ, θα πρέπει να αναφερθεί ότι ο βασικός περιορισμός αυτής της έρευνας αν και είναι ο μικρός αριθμός συμμετεχόντων που χαρακτηρίζει την ποιοτική μέθοδο έναντι της ποσοτικής, ωστόσο η επιλογή λιγοστών περιπτώσεων δεν μας περιορίζει, αλλά μας δίνει τη δυνατότητα να συλλέξουμε πλούσιες πληροφορίες για μία νέα διπλή προσέγγιση της μελέτης των ηθικών αξιών στο χώρο των επιχειρήσεων και μία νέα προοπτική σε θέματα διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού που θα συνδυάζει τόσο ποσοτικές όσο και ποιοτικές μεθόδους.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Δεν παρουσιάζονται τα αποσπάσματα των απομαγνητοφωνημένων συνεντεύξεων των συμμετεχόντων για λόγους προστασίας της προσωπικής τους ταυτότητας και των επιχειρήσεων στις οποίες εργάζονταν κατά τη διάρκεια της έρευνας, αλλά ενσωματώθηκαν κομμάτια των απαντήσεών τους στην ενότητα Αποτελέσματα-Συμπεράσματα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ahmed, J., & Shaikh, B. T. (2009). The many faces of supplier induced demand in health care. *Iranian Journal of Public Health*, 38(2), 139-141.

Αλετράς, Β. (2012). *Σημειώσεις από τη διάλεξη: Υγεία, φροντίδα υγείας και αγορά υπηρεσιών υγείας*. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Allan, G. (2003). A critique of using grounded theory as a research method. *Electronic Journal of Business Research Methods*, 2(1), 1-10.

Αναγνωστόπουλος, Φ., & Παπαδάτου, Δ., (1992). Παραγοντική σύνθεση και εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου καταγραφής επαγγελματικής εξουθένωσης σε δείγμα νοσηλευτριών. *Ψυχολογικά Θέματα*, 5(3), 183-202.

Andersen, P. A., & Andersen, J.F. (2005). Measurements of perceived nonverbal immediacy. In V. Manusov (Ed.), *The sourcebook of nonverbal measures: Going beyond words* (pp. 113-126). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Anderson, C., Ames, D. R., & Gosling, S. D. (2008). Punishing hubris: The perils of overestimating one's status in a group. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34(1), 90-101.

Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review*, 53(5), 941-973.

- Bayer, A., Willis, S., & Snelson, M. (1998). *Quality of life in Virginia*. Center for Survey Research Virginia Polytechnic Institute and State University Blacksburg, Virginia.
- Beverluis, E. H. (1987). Is there “no such thing as business ethics”? *Journal of Business Ethics*, 6(2), 81-88.
- Bollen, K. A., & Hoyle, R. H. (1990). Perceived cohesion: A conceptual and empirical examination. *Social Forces*, 69, 479–504.
- Brief, A. P., Burke, M. J., George, J. M., Robinson, B. S., & Webster, J. (1988). Should negative affectivity remain an unmeasured variable in the study of job stress? *Journal of Applied Psychology*, 73, 193–198.
- Cardy, R., & Servarajan, T. (2006). Assessing ethical behaviour: The impact of outcomes on judgment bias. *Journal of Managerial Psychology*, 21 (1), 52-72.
- Carr, A. (1968). Is business bluffing ethical? *Harvard Business Review*, 46, 143-153.
- Chin, W. W., Salisbury, W. D., Pearson, A.W., & Stollak, M. J. (1999). Perceived cohesion in small groups: Adapting and testing the Perceived Cohesion Scale in a small group setting. *Small Group Research*, 30, 751–766.
- Γούναρης, Α. (2008). Επιχειρήσεις και ηθική ευθύνη. *CRS Review*, 3.
- Γούναρης, Α. (2012). Από την επιχειρησιακή ηθική στο αναγκαστικό ‘fair play’. *Εταιρική Κοινωνική Ευθύνη*, 16-17.
- Danielson, P. (1992). *Artificial morality: virtuous robots for virtual games*. London: Routledge.
- de George, R. T. (1987). The status of business ethics : past and future. *Journal of Business Ethics*, 6 (3), 201-211.
- Dellaportas, S. (2006). Making a difference with a discrete course on accounting ethics. *Journal of Business Ethics*, 65(4), 391-404.
- Διαμαντόπουλος, Δ. (2002). *Σύγχρονο λεξικό των βασικών εννοιών του υλικού-τεχνικού, πνευματικού και ηθικού πολιτισμού*. Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη.
- Donaldson, C. & Gerard, K. (1993). *Economics of health care financing: the visible hand* (pp.116-117). New York, NY: St. Martin’s Press.
- Dranove, D. (1988). Demand inducement and the physician/patient relationship. *Economic Enquiry*, 26, 281–98.
- Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. Ν. 3918 (ΦΕΚ Α’ 31/2-3-2011 τεχ. Α’).
- Falk, A., & Szech, N. (2013). Morals and markets. *Science*, 340(6133), 707-711.
- Felce, D., & Perry, J. (1995). Quality of life: It’s definition and measurement. *Research in Development Disabilities*, 1(4), 51-74.

- Folland, S., Goodman, A., & Stano, M. (2012). *The economics of health and health care*. (7th ed.). (pp. 305-308). Boston, MA: Pearson.
- French, P. A. (1979). The Corporation as a moral person. *American Philosophical Quarterly*, 16, 207-215.
- French, P. A. (1984). *Collective and corporate responsibility*. New York: Columbia University Press.
- French, P. A. (1995). *Corporate ethics*. New York: Harcourt Brace Publishers.
- Friedman, M. (1962). *Capitalism and freedom*. Chicago: University of Chicago Press.
- Friedman, M. (1970). The social responsibility of business is to increase its profits. In R. M. Green, *The ethical manager*. New York: McMillan.
- Gill, S. (2009). *Is gender inclusivity an answer to ethical issues in business? An Indian stance*. [On-line]. <http://www.emeraldinsight.com/journals.htm>? [Accessed: 10 December 2013].
- Gholipour, T., Nayeri, H., & Mehdi. (2012). Academic journal investigation of attitudes about corporate social responsibility: Business students in Iran. *African Journal of Business Management*, 6(14), 5105-5113.
- Hosmer, L. T. (1994). Strategic planning as if ethics mattered. *Strategic Management Journal*, 15, 17-34.
- Ibrahim, N., Howard, D., & Angelidis, J. P. (2008). The relationship between religiousness and corporate social responsibility orientation: are there differences between business managers and students? *Journal of Business Ethics*, 78, 165–174.
- Ιωσηφίδης, Θ. (2003). *Εισαγωγή στην ανάλυση ποιοτικών δεδομένων ποιοτικής κοινωνικής έρευνας. Σημειώσεις*. Πανεπιστήμιο Αιγαίου: Μυτιλήνη.
- LaBelle, R., Stoddart, G., & Rice, T. (1994). A re-examination of the meaning and importance of supplier-induced demand. *Journal of Health Economics*, 13, 347-368.
- Lalande, A. (1955). *Λεξικόν της Φιλοσοφίας*. Αθήνα: Εκδόσεις Πάπυρος.
- Λιάκος Α, & Γιαννίτση Σ. (1984). Η αξιοπιστία και εγκυρότητα της τροποποιημένης ελληνικής κλίμακας άγχους του Spielberger. *Εγκέφαλος*, 21, 71–76.
- Libby, T., & Thorne, L. (2007). The development of a measure of auditors' Virtue'. *Journal of Business Ethics*, 71, 89-99.
- Loeb, S. E. (1978). *Ethics in the accounting profession*. J. Wiley and Sons Publications.
- Lowry, D. (2003). An investigation of student moral awareness and associated Factors in two cohorts of an undergraduate business degree in a British university: Implications for business ethics curriculum design. *Journal of Business Ethics*, 48, 7-19.

- Martin, P. Y., & Turner, B. A. (1986). Grounded theory and organizational research. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 22(2), 141-157.
- Maslach, C., & Jackson, S. (1986). *Maslach Burnout Inventory manual* (2nd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Matthews, J. B., Goodpastor, K. E., & Nash, L. (1985). *Policies and persons: A casebook in business ethics*. New York: MacGraw Hill.
- Ματσαγγάνης, Μ. (1999). Η δημόσια παρέμβαση στον τομέα της υγείας Στο Β. Αλετράς, Μ. Ματσαγγάνης, & Τ. Νιάκας. *Οικονομική και χρηματοδοτική διαχείριση υπηρεσιών υγείας. Τόμος Α*. (σ. 15-39). Πάτρα: Εκδόσεις Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου.
- Meeberg, G.A. (1993). Quality of life: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 32-38.
- Mccabe, A. C., Ingram, R., Data-On, M. C. (2006). The business of ethics and gender. *Journal of Business Ethics*, 64, 101-116.
- McIntyre, A. (1981). *After virtue*. London: Duckworth.
- Mossialos, E., Allin, S., Davaki, K. (2005). Analysing the Greek health system: a tale of fragmentation and inertia. *Health Economics*, 14(1), S151-68.
- Μπένος, Α. (1995). Ανταγωνισμός ή αλληλεγγύη: Η πρόταση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Στο Γ. Κυριόπουλος. *Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: Στο σταυροδρόμι των επιλογών*. Αθήνα: Εκδόσεις Θεμέλιο.
- Μωραΐτης, Ε. (1996). Μία ρεαλιστική πρόταση για τη δημιουργία ενός σύγχρονου συστήματος πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας στην Ελλάδα. Στο Γ. Κυριόπουλος & Τ. Φιλαλήτης. *Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα*. Αθήνα: Εκδόσεις Θεμέλιο.
- Neumann, Y., & Reichel, A. (1987). *The development of attitudes toward business ethics questionnaire (ATBEQ): Concepts, dimensions, and relations to work values*. Working Paper, Department of Industrial Engineering and Management, Ben Gurion University of the Negev, Israel.
- Νιάκας, Δ. (1999). Μέθοδοι αποζημίωσης και χρηματοδότησης των προμηθευτών. Στο Β. Αλετράς, Μ. Ματσαγγάνης, & Τ. Νιάκας. *Οικονομική και χρηματοδοτική διαχείριση υπηρεσιών υγείας. Τόμος Α*. (σ. 87-98). Πάτρα: Εκδόσεις Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου.
- Oikonomou, N., & Tountas, Y. (2011). The Greek economic crisis: a primary health-care perspective. *Lancet*, 377(9759), 28-9.
- Πελεgrίνης, Θ. (1997). *Η θεμελίωση του ηθικού βίου*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Peppas, S. C., & Peppas, G. J. (2000). Business ethics in the European Union: A study of Greek attitudes. *Management Decision*, 38 (6), 369 – 376.

Perryer, C., & Jordan C. (2002). *The influence of gender, age, culture and other factors on ethical beliefs: A comparative study in Australia and Singapore*. [On-line]. <http://www.psu.edu> [Accessed: 20 December 2013].

Peterson, R. A., Albaum, G., Merunka, D., Munuera, T. L., Smith, S. M. (2010). Effects of nationality, gender and religiosity on business related ethics. *Journal of Business Ethics*, 96.

Phau, I., & Kea, G. (2007). Attitudes of university students toward business ethics: a crossnational investigation of Australia, Singapore and Hong Kong. *Journal of Business Ethics*, 72 (1), 61-75.

Richardson, J. (1981). The inducement hypothesis: That doctors generate demand for their own services. In J. Van der Gaag & M. Perlmand (eds.). *Health, economics and health economics*. (p. 189–214). Amsterdam: North-Holland Publishing Company.

Richardson, J., & Peacock, S. (2006). Supplier-induced demand: Reconsidering the theories and new Australian evidence. *Applied Health Economics and Health Policy*, 5(2), 87-98.

Sarantakos, S. (2005). *Social research*. 2nd Edition. New York: Palgrave McMillan.

Schwartz, S., & Huismans, S. (1995). Value priorities and religiosity in four western Religions. *Social Psychology Quarterly*, 58 (2), 88-107.

Sedmak, S., & Nastay, B. (2010). Social responsibility, professional ethics, and management. *Proceedings of the 11th International Conference 2010 Ankara, Turkey, 24–27 November 2010- PERCEPTION OF ETHICAL BEHAVIOUR AMONG BUSINESS STUDIES STUDENTS*.

Sigma-Muga, C., Daly, B. A., Oukal, D., & Kavut, L. (2005). The influence of nationality and gender on ethical sensitivity: An application of the issue-contingent model. *Journal of Business Ethics*, 57, 139-159.

Smith, (2000). Quality of life: A review. *Education and Ageing*, 15(3).

Spielberger, C. D. (1983). *State – Trait Anxiety Inventory: A comprehensive bibliography*. Palo Alto, CA: Consultant Psychologists Press.

Stevens, E. (1979). *Business ethics*. Paulist Press, New York: Ramsey.

Tanveer, M. A, Gill, H., & Ahmed, .I. (2012). Why business students cheat? A study from Pakistan. *American Journal of Scientific Research*, 78, 24-32.

Τζαβάρας, Γ. (2005). *Η απαξίωση των αξιών*. Αθήνα: Εκδόσεις Ίνδικτος.

Timms, N., & Timms, R. (1982). *Dictionary of social welfare*. Routledge & Kegan Paul.

Τούντας, Ι. (2007). *Προκλητή ζήτηση και αλόγιστη χρήση υπηρεσιών υγείας*. Ανασύρθηκε από την ιστοσελίδα: <http://panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?id=813> [Τελευταία αναθεώρηση 10-2-2007. Οκτώβριος 26, 2012].

Tountas, Y., & Karnaki, P. (2005). The ‘‘unexpected’’ growth of the private health sector in Greece. *Health Policy*, 74, 167–80.

Φιλοσοφικό και Κοινωνιολογικό Λεξικό. Τόμος 1. Αθήνα: Εκδόσεις Καπόπουλος.

Φουρά, Γ. (2012). *Επικερδής βιομηχανία άσκοπων καισαρικών*. Ανασύρθηκε από την ιστοσελίδα: http://news.kathimerini.gr/4dcgi/w_articles_ell_1_15/01/2012_469283 [Οκτώβριος 26, 2012].

Valentine, S., & Page, K. (2006). Nine to five: Skepticism of women's employment and ethical reasoning. *Journal of Business Ethics*, 63 (1), 53 - 61.

Wartenberg, J. (2011). Human well-being at the heart of economics. *The Global Women's Project-Advancing human well-being and ecological sustainability*.

Wennberg, J., Barnes, B., & Zubkoff, M. (1982). Professional uncertainty and the problem of supplier-induced demand. *Social Science and Medicine*, 16(7), 811-824.

Woodbine, G. (2006). Gender issues impact the role of the moral agent in a rapidly developing economic zone of the People's Republic of China. *Journal of Asia-Pacific Business*, 7(3), 79-103.