



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ - ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Διοίκηση και Ηγεσία στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ ΣΟΦΙΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ

M040623077

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Δρ. Κουλούρη Αγορίτσα

Επιστημονική Συνεργάτης

Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Μέλη επιτροπής: Δρ. Κουλούρη Αγορίτσα Επιστημονική Συνεργάτης

Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Δρ. Παπαθανασίου Ιωάννα, Καθηγήτρια

Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Δρ. Μάλλη Φωτεινή, Καθηγήτρια

Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

ΛΑΡΙΣΑ 2025



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ - ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Management and Leadership in Primary Health Care

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Το παρόν πόνημα αποτελεί διπλωματική εργασία στα πλαίσια του Διατμηματικού προγράμματος Μεταπτυχιακών σπουδών της σχολής Επιστημών Υγείας του τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας».

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την καθηγήτριά μου Δρ. Κουλούρη Αγορίτσα για την πολύτιμη καθοδήγηση της, την αμέριστη υποστήριξη, την εμπιστοσύνη, την εκτίμηση και τη πίστη στις δυνατότητές μου καθ όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της παρούσας μελέτης. Τις ευχαριστίες μου εκφράζω επίσης στην Δρ. Παπαθανασίου Ιωάννα και Δρ. Μάλλη Φωτεινή, μέλη της Επιτροπής Αξιολόγησης για την αγαστή συνεργασία μας.

Τέλος, θέλω να ευχαριστήσω από καρδιάς τον σύζυγο μου Ιωάννη, τα παιδιά μου Κωνσταντίνο και Αχιλλέα, την μητέρα μου Ελένη και την αδερφή μου και συνοδοιπόρο μου στο ταξίδι της γνώσης, Αφένδρα. Όλοι στάθηκαν αρωγοί στην προσπάθειά μου, πηγή δύναμης και έμπνευσης, προσφέροντας την απαραίτητη ηθική συμπαράσταση, την κατανόηση και την ενθάρρυνσή τους κατά τη διάρκεια των σπουδών μου. Χωρίς αυτούς το ταξίδι προς τη γνώση δεν θα ήταν εφικτό.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα ερευνητική εργασία πραγματεύεται την άσκηση διοίκησης σε υγειονομικές δομές και οργανισμούς στο επίπεδο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Σκοπός της είναι να διερευνήσει τις απόψεις των εργαζομένων για τη διοίκηση και την ηγεσία στις δομές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ). Στο πλαίσιο αυτό εξετάστηκαν οι αντιλήψεις των εργαζομένων για τη μετασχηματιστική, συναλλακτική και παθητική ηγεσία, καθώς και η πιθανή αλληλεπίδραση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Η έρευνα διεξήχθη από τον Οκτώβριο έως τον Δεκέμβριο του 2024 με την χρήση ερωτηματολογίου. Συμμετείχαν 136 επαγγελματίες υγείας της Εύβοιας. Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε δημογραφικά στοιχεία και ερωτήσεις βασισμένες στο Πολυπαραγοντικό Ερωτηματολόγιο Ηγεσίας (MLQ), το οποίο αξιολογεί τρία στυλ ηγεσίας: μετασχηματιστική, συναλλακτική και παθητική. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το λογισμικό SPSS v.27. Τα ευρήματα έδειξαν ότι η μετασχηματιστική ηγεσία είναι η πιο συχνά αναφερόμενη μορφή ηγεσίας στον οργανισμό, ακολουθούμενη από τη συναλλακτική ηγεσία, ενώ η παθητική ηγεσία εμφανίζεται σπανιότερα. Δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις αντιλήψεις των εργαζομένων για την ηγεσία σε σχέση με το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση ή το επίπεδο εκπαίδευσης. Ωστόσο, παρατηρήθηκε ότι οι εργαζόμενοι με 11 έως 20 έτη προϋπηρεσίας ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα παθητικής ηγεσίας συγκριτικά με όσους είχαν περισσότερα από 30 έτη εργασίας. Οι προϊστάμενοι αντιλαμβάνονται υψηλότερα επίπεδα μετασχηματιστικής και συναλλακτικής ηγεσίας, ενώ το ιατρικό προσωπικό ανέφερε μεγαλύτερη παρουσία παθητικής ηγεσίας. Οι συσχετίσεις μεταξύ των τύπων ηγεσίας έδειξαν ότι η μετασχηματιστική ηγεσία σχετίζεται θετικά με την έκβαση ηγεσίας και τη συναλλακτική ηγεσία, ενώ σχετίζεται αρνητικά με την παθητική ηγεσία. Η έρευνα ανέδειξε τη σημασία της μετασχηματιστικής ηγεσίας για την οργανωτική αποτελεσματικότητα και ικανοποίηση των εργαζομένων. Οι διαφορές στην αντίληψη της ηγεσίας ανάλογα με τη θέση εργασίας υποδεικνύουν την ανάγκη για προσαρμοσμένες στρατηγικές ηγεσίας.

Λέξεις-Κλειδιά: Ηγεσία, Πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη, Μετασχηματιστική ηγεσία, Φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή, Διαχείριση υγειονομικής περίθαλψης

ABSTRACT

This research paper deals with the practice of management in healthcare structures and organizations at the Primary Health Care level. Its purpose is to explore employees' views on management and leadership in Primary Health Care (PHC) structures. In this context, employees' perceptions of transformational, transactional and passive leadership were examined, as well as the possible interaction with the demographic characteristics of the participants. The research was conducted from October to December 2024 using the questionnaire. 136 healthcare professionals from Evia participated. The questionnaire included demographic data and questions based on the Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ), which assesses three leadership styles: transformational, transactional and passive. Statistical analysis was performed using SPSS v.27 software. The findings showed that transformational leadership is the most frequently reported form of leadership in the organization, followed by transactional leadership, while passive leadership appears less frequently. No statistically significant differences were found in employees' perceptions of leadership in relation to gender, age, marital status or level of education. However, it was observed that employees with 11-20 years of experience reported higher levels of passive leadership compared to those with more than 30 years of experience. Managers perceive higher levels of transformational and transactional leadership, while medical staff reported a greater presence of passive leadership. The correlations between leadership styles showed that transformational leadership is positively related to leadership impact and transactional leadership, while it is negatively related to passive leadership. The research highlighted the importance of transformational leadership for organizational effectiveness and employee satisfaction. Differences in the perception of leadership by job position indicate the need for tailored leadership strategies.

Keywords: Leadership, Primary Healthcare, Transformational Leadership, Patient-Centered Care, Healthcare Management

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	4
ABSTRACT.....	5
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ σωστές σελίδες.....	8
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ σωστές σελίδες.....	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	10
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	12
1. Η άσκηση ηγεσίας στη σύγχρονη εποχή.....	13
1.1 Η εξέλιξη του φαινομένου της ηγεσίας.....	13
1.1.1 Πρώιμες θεωρίες ηγεσίας.....	13
1.1.2 Θεωρίες της σύγχρονης ηγεσίας.....	15
1.1.3 Ηγεσία στο πλαίσιο της εξέλιξης της υγειονομικής περίθαλψης.....	17
2. Ηγεσία και στυλ διοίκησης.....	20
2.1 Τα στυλ ηγεσίας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.....	20
2.1.1 Ο Ρόλος της Ηγεσίας στις Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	20
2.1.2 Εξισορρόπηση Ηγεσίας και Διοίκησης σε Οργανισμούς Υγείας.....	22
2.2 Μετασχηματιστική ηγεσία.....	24
2.2.1 Καθορισμός της Μετασχηματιστικής Ηγεσίας στην Υγεία.....	24
2.2.2 Ο Αντίκτυπος της Μετασχηματιστικής Ηγεσίας στο προσωπικό και τους ασθενείς.....	27
2.3 Παθητική ηγεσία.....	29
2.3.1 Καθορισμός της Παθητικής Ηγεσίας και του ρόλου της στην Υγεία.....	29
2.3.2 Συνέπειες της Παθητικής Ηγεσίας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.....	31
3. Στρατηγικές ηγεσίας και διοίκησης σε μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	34
3.1 Ανάπτυξη Αποτελεσματικών Στρατηγικών Ηγεσίας για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας 34	
3.1.1 Προαγωγή Κουλτούρας Συνεργασίας και Επικοινωνίας.....	34
3.1.2 Ενδυνάμωση ηγετών σε όλα τα επίπεδα.....	36
3.2 Στρατηγική Διοίκηση στα Συστήματα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	39
3.2.1 Ευθυγράμμιση των οργανωτικών στόχων με την ασθενοκεντρική φροντίδα.....	39
3.2.2 Αξιοποίηση της τεχνολογίας για αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα.....	41
3.3 Αξιολόγηση της επιτυχίας των στρατηγικών ηγεσίας και διαχείρισης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.....	44
3.1.3 Βασικοί δείκτες απόδοσης (KPIs) για την αποτελεσματικότητα της ηγεσίας.....	44
3.3.2 Η ανατροφοδότηση ασθενών και προσωπικού ως δείκτης επιτυχίας.....	48
4. Μεθοδολογία.....	51
4.1 Σκοπός της μελέτης.....	51
4.2 Ερευνητικά ερωτήματα.....	51
4.3 Ερευνητικός σχεδιασμός.....	51
4.4 Το δείγμα της έρευνας – Συλλογή των δεδομένων.....	52
4.5 Ερευνητικό εργαλείο.....	52
4.6 Στατιστική ανάλυση.....	55

5. Αποτελέσματα.....	56
5.1 Δημογραφικά στοιχεία.....	56
5.2 Ηγεσία.....	59
5.3 Συσχετίσεις.....	69
7. Συζήτηση.....	71
Περιορισμοί της έρευνας.....	75
Προτάσεις για μελλοντική έρευνα.....	76
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ.....	77
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	82

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: MLQ Scoring Key (Πηγή: Avolio & Bass, 2004).....	54
Πίνακας 2: Ηγεσία.....	59
Πίνακας 3: Έλεγχος Mann - Whitney ανάμεσα στο φύλο και στους τύπους ηγεσίας.....	60
Πίνακας 4: Έλεγχος Kruskall - Wallis ανάμεσα στην ηλικία και στους τύπους ηγεσίας.....	61
Πίνακας 5: Έλεγχος Kruskall - Wallis ανάμεσα στην οικογενειακή κατάσταση και στους τύπους ηγεσίας.....	62
Πίνακας 6: Έλεγχος Kruskall - Wallis ανάμεσα στο επίπεδο εκπαίδευσης και στους τύπους ηγεσίας.....	63
Πίνακας 7: Έλεγχος Kruskall - Wallis ανάμεσα στην προϋπηρεσία ΠΦΥ και στους τύπους ηγεσίας.....	65
Πίνακας 8: Έλεγχος Kruskall - Wallis ανάμεσα στην θέση εργασίας και στους τύπους ηγεσίας.....	67
Πίνακας 9: Έλεγχος Mann - Whitney ανάμεσα στο είδος εργασίας και στους τύπους ηγεσίας.....	69
Πίνακας 10: Έλεγχος συσχέτισης Spearman ανάμεσα στα είδη ηγεσίας.....	70

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Γράφημα 1: Φύλο.....	56
Γράφημα 2: Ηλικία.....	56
Γράφημα 3: Οικογενειακή κατάσταση.....	57
Γράφημα 4: Εκπαίδευση.....	57
Γράφημα 5: Προϋπηρεσία σε δομή ΠΦΥ.....	58
Γράφημα 6: Θέση εργασίας.....	58
Γράφημα 7: Είδος εργασίας.....	59

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ηγεσία και η διοίκηση αποτελούν βασικά στοιχεία για τη διαμόρφωση του σύγχρονου πλαισίου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) χρησιμεύει ως το θεμέλιο των συστημάτων παροχής υγειονομικής περίθαλψης, είναι εστιασμένη στην κοινότητα και επιδιώκει να καλύψει πλήρως τις ανάγκες του πληθυσμού ευθύνης της. Η αυξανόμενη πολυπλοκότητα των απαιτήσεων για την υγεία καθιστά απαραίτητη την παρουσία ικανής ηγεσίας στις δομές της κοινότητας, απαιτώντας από τα άτομα σε διοικητικούς και διευθυντικούς ρόλους να διαθέτουν διακριτά χαρακτηριστικά. Η κλινική κατανόηση, η στρατηγική προοπτική και η διαχειριστική ικανότητα αποτελούν απαραίτητες δεξιότητες (Nieuwboer et al., 2019). Ο 21ος αιώνας σηματοδοτεί τον μετασχηματισμό στα παγκόσμια συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, απαιτώντας επαναξιολόγηση των παραδειγμάτων ηγεσίας και των προσεγγίσεων διοικητικής διαχείρισης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Παραδοσιακά, η ηγεσία γίνεται αντιληπτή μέσα από ένα συμβατικό πρίσμα, αναδεικνύοντας την ιεραρχική κυριαρχία και εξουσία. Η πρόοδος των πολιτιστικών, οικονομικών και τεχνικών πλαισίων είχε ως αποτέλεσμα την εμφάνιση πιο ευέλικτων και συνεργατικών μεθοδολογιών ηγεσίας (Figuerola et al., 2019). Τα σύγχρονα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης λειτουργούν σε ένα περιβάλλον που χαρακτηρίζεται από γρήγορες τεχνικές εξελίξεις, εξελισσόμενες προσδοκίες των ασθενών και παγκόσμιες προκλήσεις που απαιτούν διαχείριση, συμπεριλαμβανομένων των πανδημιών, της δημογραφικής γήρανσης και των περιορισμένων πόρων (Newaz et al., 2021). Παράμετροι που απαιτούν ηγέτες ικανούς να αντιμετωπίζουν την αβεβαιότητα, να ενθαρρύνουν την καινοτομία και να δίνουν προτεραιότητα στη φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή. Η ζήτηση των υπηρεσιών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι ιδιαίτερα ευρεία, καθώς οι δομές της αποτελούν το αρχικό σημείο επαφής για τα άτομα που εισέρχονται στο δίκτυο της υγειονομικής περίθαλψης.

Η σύγχρονη ηγεσία υπερβαίνει τα συμβατικά όρια λήψης αποφάσεων και εποπτείας. Τα στελέχη με ευθύνες διοίκησης και ηγετικού προσανατολισμού στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αναμένεται να ενσωματώσουν και να λειτουργήσουν ως παράδειγμα για την υιοθέτηση των αρχών της συνεργασίας, της πολιτιστικής επάρκειας και της συνεχούς εκπαίδευσης μέσα στο πλαίσιο διαχείρισης που χρησιμοποιείται στις καθημερινές δραστηριότητες (Figuerola et al., 2019). Η ηγεσία υπερβαίνει τις συμβατικές θέσεις εξουσίας, ενσωματώνοντας μια κοινή ευθύνη μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα της υγείας που προάγει τη συνεκτική ομαδική εργασία προς κοινούς στόχους. Οι ηγέτες/διευθυντές πρέπει ταυτόχρονα να εξισορροπούν τις απαιτήσεις

της οργανωτικής αποτελεσματικότητας και της οικονομικής βιωσιμότητας με το ηθικό καθήκον της παροχής ίσης και οικονομικά προσιτής φροντίδας (Figuerola et al., 2019).

Η παρούσα μελέτη αναλύει τη συσχέτιση μεταξύ ηγεσίας και διοίκησης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, υπογραμμίζοντας πώς οι σύγχρονες θεωρίες ηγεσίας και οι μέθοδοι διαχείρισης μπορούν να βελτιώσουν τα αποτελέσματα υγείας, τη λειτουργική αποτελεσματικότητα και τη δέσμευση του προσωπικού. Οι ηγέτες στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, διαχειρίζονται προκλήσεις που περιλαμβάνουν την κατανομή πόρων, την εκπαίδευση του προσωπικού, την εισαγωγή και τη χρήση νέων τεχνολογιών (O'Neill et al., 2021). Η ηγεσία στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας δίνει προτεραιότητα στο άτομο και προωθεί τη συλλογική επιτυχία. Οι αποτελεσματικοί ηγέτες παρακινούν και δίνουν τη δυνατότητα ανάπτυξης στο προσωπικό τους, καλλιεργώντας τη δημιουργικότητα και την ανθεκτικότητά τους, ταυτόχρονα με την υιοθέτηση νέων προσεγγίσεων με στόχευση την προσαρμογή στους συνεχώς μεταβαλλόμενους στόχους υγείας (Petersson et al., 2022).

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Η άσκηση ηγεσίας στη σύγχρονη εποχή

1.1 Η εξέλιξη του φαινομένου της ηγεσίας

1.1.1 Πρώιμες θεωρίες ηγεσίας

Οι πρώιμες θεωρίες ηγεσίας χρησιμεύουν ως βάση για την εξέλιξη των σύγχρονων αντιλήψεων ηγεσίας. Αυτές οι απόψεις προέκυψαν σε μια περίοδο όπου η ηγεσία γινόταν κυρίως αντιληπτή μέσα από το πρίσμα των προσωπικών ιδιοτήτων και των εγγενών ικανοτήτων των ηγετών (Desta et al., 2020). Οι πρώιμες θεωρίες ηγεσίας, βασίζονται σε ένα ιστορικό υπόβαθρο που ανέδειξε τους ηγέτες ως εξαιρετικά άτομα, επικεντρώνονταν κυρίως στην κατηγοριοποίηση των ηγετών με βάση το στυλ ηγεσίας τους, ενώ αντιλαμβάνονταν την ηγεσία ως μια δυναμική αλληλεπίδραση. Μια εξέταση αυτών των πρώτων θεωριών καταδεικνύει τον αντίκτυπό τους στην εξέλιξη πιο προηγμένων και ευέλικτων μοντέλων ηγεσίας που αντιμετωπίζουν με επάρκεια τις προκλήσεις των σύγχρονων υγειονομικών οργανισμών (Hunt & Fedynich, 2019).

Η «Θεωρία του Μεγάλου Ανθρώπου» είναι μια από τις πρώτες και πιο σημαντικές έννοιες στην ηγεσία. Έγινε γνωστή τον 19ο αιώνα, και υποστήριζε ότι οι ηγέτες είναι εγγενείς και όχι καλλιεργημένοι (Nene et al., 2020). Τόνιζε τα εγγενή χαρακτηριστικά των εξαιρετικών ατόμων, προτείνοντας ότι η ηγεσία προκύπτει από εγγενείς ικανότητες και όχι από επίκτητη συμπεριφορά. Αυτή η προοπτική επηρεάστηκε βαθιά από το ιστορικό της περιβάλλον, το οποίο συχνά σεβόταν τους μονάρχες, τους στρατιωτικούς ηγέτες και άλλες αξιολογες προσωπικότητες ως εγγενώς εξαιρετικά άτομα που προορίζονταν να κυβερνήσουν και να ηγηθούν. Η Θεωρία του Μεγάλου Ανθρώπου παρόλο που τόνιζε τα ανθρώπινα γνωρίσματα δεν λάμβανε υπόψη, τους περιβαλλοντικούς και περιστασιακούς παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την αποτελεσματικότητα ενός ηγέτη.

Η Θεωρία Χαρακτηριστικών της Ηγεσίας βασίστηκε στην ύπαρξη ορισμένων έμφυτων χαρακτηριστικών, με στόχο να συνδέσει συγκεκριμένα χαρακτηριστικά με την άσκηση αποτελεσματικής ηγεσίας (Nene et al., 2020). Οι ερευνητές προσπάθησαν να εξακριβώσουν εάν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, όπως η ευφυΐα, η αυτοπεποίθηση και η αποφασιστικότητα, εμφανίζονταν με συνέπεια σε αποτελεσματικούς ηγέτες. Αυτή η οπτική αποτελούσε μια μετάβαση από τις αφηρημένες έννοιες της Θεωρίας του Μεγάλου Ανθρώπου σε πιο μετρήσιμες διαδικασίες. Ωστόσο, η Θεωρία Χαρακτηριστικών της Ηγεσίας αντιμετωπίστηκε επικριτικά λόγω των περιορισμών της. Διαπιστώθηκε ότι είναι δύσκολο να διευκρινιστεί γιατί άτομα με πανομοιότυπα χαρακτηριστικά δεν ανελίσσονται με την ίδια συνέπεια σε ηγετικές θέσεις ή δεν

επιτυγχάνουν αντίστοιχα. Επιπλέον, η θεωρία αντιμετώπιζε ανεπαρκώς την επιρροή του εργασιακού πλαισίου ή τις μεταβαλλόμενες ιδιότητες που απαιτούν οι ηγετικοί ρόλοι.

Οι Θεωρίες της Συμπεριφοράς της Ηγεσίας αντιπροσώπευαν μια αξιοσημείωτη μετάβαση από την προηγούμενη εστίαση στα εγγενή χαρακτηριστικά. Αντί να εξετάσουν την ουσία των ηγετών, έγινε προσπάθεια κατανόησης της συμπεριφοράς των ηγετών. Στα μέσα του 20ου αιώνα, ερευνητές από την Πολιτεία του Οχάιο και το Πανεπιστήμιο του Μίσιγκαν εξέτασαν πρότυπα ηγετικής συμπεριφοράς για να εντοπίσουν αποτελεσματικές στρατηγικές. Αυτή η έρευνα περιέγραψε βασικά στοιχεία της ηγεσίας, περιλαμβάνοντας συμπεριφορές προσανατολισμένες στην εργασία (με επίκεντρο την επίτευξη του στόχου και την παραγωγικότητα) και συμπεριφορές προσανατολισμένες στη σχέση (εστιάζοντας στην ενίσχυση των ισχυρών διαπροσωπικών σχέσεων και της ομαδικής συνοχής). Οι θεωρίες της συμπεριφοράς υποστηρίζουν ότι η ηγεσία δεν περιορίζεται σε εγγενή χαρακτηριστικά, αλλά μπορεί να αναπτυχθεί και να τελειοποιηθεί μέσω της εμπειρίας. Αυτή η μεθοδολογία έθεσε τη βάση για προγράμματα κατάρτισης στην ηγεσία και προσπάθειες που στοχεύουν στη βελτίωση των ηγετικών ικανοτήτων (Bhattacharyya et al., 2018).

Η Ηγεσία της Κατάστασης υποστηρίζει ότι η αποτελεσματική ηγεσία εξαρτάται από το συγκεκριμένο περιβάλλον στο οποίο εφαρμόζεται (Nieuwboer et al., 2019). Πρωτοπόροι όπως ο Paul Hersey και ο Ken Blanchard πίστευαν ότι κανένα στυλ ηγεσίας δεν είναι παγκοσμίως αποτελεσματικό. Οι ηγέτες πρέπει να προσαρμόσουν τις στρατηγικές τους με βάση τη συγκεκριμένη αποστολή, την ωριμότητα και τις δυνατότητες της ομάδας και το εξωτερικό περιβάλλον. Αυτή η προοπτική αναγνώρισε τη δυναμική φύση της ηγεσίας και υπογράμμισε την ανάγκη για προσαρμοστικότητα στην αντιμετώπιση διαφορετικών θεμάτων.

Αν και οι πρώιμες θεωρίες ηγεσίας παρείχαν πολύτιμες γνώσεις, αποκάλυψαν επίσης σημαντικές ελλείψεις στην κατανόηση των εννοιών της ηγεσίας ως πολύπλευρων φαινομένων. Η Θεωρία του Μεγάλου Ανθρώπου, για παράδειγμα, ενέκρινε την έννοια της αποκλειστικότητας, παραβλέποντας το ηγετικό δυναμικό που μπορεί να προκύψει σε οποιοδήποτε οργανωτικό επίπεδο. Η έμφαση της Θεωρίας Χαρακτηριστικών στα σταθερά χαρακτηριστικά απέτυχε να λάβει υπόψη τις δυναμικές και σχεσιακές πτυχές της ηγεσίας (Nieuwboer et al., 2019). Παρά την προοδευτική φύση τους, οι θεωρίες συμπεριφοράς και κατάστασης έχουν περιορισμένο εύρος, παραμελώντας συχνά την αλληλεπίδραση μεταξύ πολιτισμικών, συναισθηματικών και οργανωτικών παραγόντων.

1.1.2 Θεωρίες της σύγχρονης ηγεσίας

Η εμφάνιση των σύγχρονων θεωριών ηγεσίας σηματοδοτεί μια κομβική αλλαγή στην κατανόηση της ηγεσίας ως μια δυναμική, πολυδιάστατη διαδικασία που διαμορφώνεται από την επίδραση εσωτερικών και εξωτερικών παραγόντων. Σε αντίθεση με τις πρώιμες θεωρίες ηγεσίας που επικεντρώνονταν αποκλειστικά σε προσωπικότητες, συμπεριφορές ή μεμονωμένα γεγονότα, στο σύγχρονο πλαίσιο υπογραμμίζεται η αλληλεπίδραση μεταξύ ηγετών και ομάδας (Aregbeshola & Khan, 2017). Αναγνωρίζεται ότι οι παραδοσιακές προσεγγίσεις ηγεσίας ήταν ανεπαρκείς για την αντιμετώπιση της πολυπλοκότητας και του δυναμισμού των σύγχρονων οργανωτικών προκλήσεων. Ως αποτέλεσμα, οι σύγχρονες θεωρίες έχουν προσφέρει μια πιο συνεκτική και εμπεριστατωμένη προοπτική για την ηγεσία, τονίζοντας την προσαρμοστικότητα, τη συνεργασία και την κοινή ευθύνη.

Η ανάπτυξη της θεωρίας της μετασχηματιστικής ηγεσίας σηματοδότησε ένα σημαντικό βήμα προς τα εμπρός στη σύγχρονη ηγετική σκέψη. Αρχικά εισήχθη από τον James MacGregor Burns στα τέλη της δεκαετίας του 1970 και αργότερα επεκτάθηκε από μελετητές όπως ο Bernard Bass. Η θεωρία δίνει έμφαση στην ικανότητα ενός ηγέτη να εμπνέει και να παρακινεί τους επαγγελματίες να επιτύχουν υψηλούς στόχους (Jodar i Solà et al., 2016). Οι μετασχηματιστικοί ηγέτες χαρακτηρίζονται από το όραμά τους, το χάρισμά τους και επικεντρώνονται στην προαγωγή της προσωπικής και επαγγελματικής ανάπτυξης των μελών της ομάδας τους. Σε αντίθεση με τη συναλλακτική ηγεσία, η οποία δίνει έμφαση στις ανταλλαγές που βασίζονται στην ανταμοιβή μεταξύ ηγετών και προσωπικού/υπαλλήλων, η μετασχηματιστική ηγεσία επιδιώκει να ενισχύσει τις φιλοδοξίες του προσωπικού και να συγχρονίσει τους στόχους τους με αυτούς του οργανισμού. Μεθοδολογία που είναι σημαντική λόγω της αυξανόμενης απαίτησης για ηγέτες ικανούς στην διαχείριση του απρόβλεπτου και τις γρήγορες αλλαγές στο σύγχρονο περιβάλλον, ενισχύοντας παράλληλα την καινοτομία και την ανθεκτικότητα στους υγειονομικούς σχηματισμούς.

Η εμφάνιση της ηγεσίας υπηρετή είναι ένα σημαντικό ορόσημο στις σύγχρονες ιδέες ηγεσίας. Η ηγεσία που υπηρετεί, εισήχθη από τον Robert Greenleaf τη δεκαετία του 1970, και βασίζεται στην αρχή ότι η αποτελεσματική ηγεσία προκύπτει από την αφοσίωση στην εξυπηρέτηση των άλλων. Αυτή η θεωρία αποκλίνει από τα παραδοσιακά ιεραρχικά πλαίσια δίνοντας έμφαση στις ανάγκες των επαγγελματιών υγείας και των ενδιαφερομένων σε πρακτικές ηγεσίας (Figuerola et al., 2019). Οι υπηρετές ηγέτες δίνουν προτεραιότητα στην ενσυναίσθηση, την ενεργό ακρόαση και την ανάπτυξη της κοινότητας, δημιουργώντας περιβάλλοντα όπου τα άτομα αισθάνονται εκτίμηση και δύναμη. Αυτό το παράδειγμα είναι ιδιαίτερα σημαντικό σε τομείς όπως η

υγειονομική περίθαλψη και η εκπαίδευση, όπου η συνεργατική και ανθρωποκεντρική ηγεσία είναι απαραίτητη για την επιτυχία. Η ηγεσία των υπηρετών ευθυγραμμίζεται με την αυξανόμενη έμφαση στις ηθικές πρακτικές ηγεσίας, καθώς προάγει την ακεραιότητα, τη διαφάνεια και την αφοσίωση στην κοινοτική ευημερία.

Οι σύγχρονες θεωρίες ηγεσίας αναγνωρίζουν όλο και περισσότερο τη σημασία της συναισθηματικής νοημοσύνης στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας της ηγεσίας. Η έννοια της συναισθηματικής νοημοσύνης αναπτύχθηκε από τον Daniel Goleman και τους συνεργάτες του τη δεκαετία του 1990, και υπογραμμίζει τη σημασία της αυτογνωσίας, της ενσυναίσθησης και των διαπροσωπικών δεξιοτήτων για την καλλιέργεια θετικών σχέσεων και την αντιμετώπιση των συγκρούσεων (Figueroa et al., 2019). Οι ηγέτες που διαθέτουν αυξημένη συναισθηματική νοημοσύνη είναι περισσότερο ικανοί στο να κατανοούν και να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των ομάδων τους, καλλιεργώντας έτσι μια υποστηρικτική και χωρίς αποκλεισμούς κουλτούρα στο χώρο εργασίας. Αυτή η προοπτική προέκυψε καθώς οι οργανισμοί αναγνωρίζουν ότι η τεχνική εμπειρογνωμοσύνη από μόνη της είναι ανεπαρκής για αποτελεσματική ηγεσία, ιδιαίτερα σε περιβάλλοντα που απαιτούν τη συνεργασία και την προσαρμοστικότητα.

Οι έννοιες της κατανεμημένης και κοινής ηγεσίας απεικονίζουν την πρόοδο των σύγχρονων ιδεών ηγεσίας. Αυτές οι στρατηγικές αντικρούουν την έννοια της ηγεσίας που περιορίζεται σε άτομα σε επίσημες θέσεις εξουσίας, αντιθέτως αναδεικνύουν τη συνεργατική και συμμετοχική ουσία της. Η κατανεμημένη ηγεσία συνεπάγεται την κατανομή των ηγετικών ευθυνών μεταξύ πολλών ατόμων ή οργανισμών, προάγοντας την αίσθηση της κοινής ιδιοκτησίας και λογοδοσίας. Αυτή η τεχνική έχει αποδειχθεί εξαιρετικά αποτελεσματική σε περίπλοκα και διασυνδεδεμένα πλαίσια, όπως οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης και τεχνολογίας, όπου η τεχνογνωσία είναι απαραίτητη για την επίλυση προβλημάτων και τη λήψη αποφάσεων. Η προσαρμοστική ηγεσία, μια σημαντική σύγχρονη έννοια, υπογραμμίζει την ικανότητα των ηγετών να περιηγούνται στην αλλαγή και την αβεβαιότητα, συμπεριλαμβανομένων ατόμων και οργανισμών στην αντιμετώπιση περίπλοκων δυσκολιών. Διατυπωμένη από τον Ronald Heifetz, η προσαρμοστική ηγεσία υπογραμμίζει την ανάγκη για τους ηγέτες να διακρίνουν μεταξύ τεχνικών εμποδίων, τα οποία μπορούν να επιλυθούν με τις υπάρχουσες γνώσεις και τεχνικές, και προσαρμοστικών προκλήσεων, που απαιτούν μάθηση, καινοτομία και αλλαγή συμπεριφοράς (Jodar i Solà et al., 2016). Αυτή η θεωρία υπογραμμίζει τη σημασία της ανθεκτικότητας, της προσαρμογής και της ικανότητας μάθησης στους οργανισμούς, καθιστώντας την ιδιαίτερα σημαντική κατά τη διάρκεια της παγκοσμιοποίησης, της τεχνολογικής εξέλιξης και των εξελισσόμενων κοινωνικών προσδοκιών.

Οι σύγχρονες θεωρίες ηγεσίας δίνουν ολοένα και περισσότερο προτεραιότητα στη διαφορετικότητα και τη συμπερίληψη. Καθώς οι οργανισμοί παγκόσμια, αναπτύσσονται γρήγορα και διαφοροποιούνται, οι ηγέτες πρέπει να επιδεικνύουν πολιτιστική ικανότητα και ικανότητα να διαπραγματεύονται και να εντοπίζουν ποικίλες προοπτικές (Jodar i Solà et al., 2016). Η χωρίς αποκλεισμούς ηγεσία υπογραμμίζει την αναγκαιότητα δημιουργίας περιβαλλόντων όπου όλα τα άτομα χαίρουν εκτίμησης και μπορούν να συνεισφέρουν σημαντικά, ανεξάρτητα από το υπόβαθρό τους. Αυτό το παράδειγμα αντιστοιχεί σε κοινωνικές δραστηριότητες που υποστηρίζουν τη δικαιοσύνη και την κοινωνική δικαιοσύνη, τονίζοντας ότι η αποτελεσματική ηγεσία πρέπει να είναι ηθική και χωρίς αποκλεισμούς.

1.1.3 Ηγεσία στο πλαίσιο της εξέλιξης της υγειονομικής περίθαλψης

Παγκόσμια, τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης είναι διαρκώς εξελισσόμενα καθώς παρατηρείται ότι έχουν τροποποιηθεί και μεταβεί από μοντέλα κυρίως οξείας φροντίδας σε μοντέλα που χαρακτηρίζονται από προληπτική προσέγγιση με επίκεντρο τον ασθενή. Ο ρόλος της ηγεσίας άλλαξε για να μπορεί να αντιμετωπίσει τις εξελισσόμενες ανάγκες και διοικητικές δυσκολίες. Αυτή η μετάβαση είναι αποτέλεσμα της τεχνολογικής εξέλιξης, των μεταβαλλόμενων προσδοκιών των ασθενών, των παγκόσμιων κρίσεων δημόσιας υγείας και της ανάγκης για βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της ισότητας (Spehar et al., 2017). Σε αυτό το εξελισσόμενο περιβάλλον, η αποτελεσματική ηγεσία είναι απαραίτητη για την αντιμετώπιση της αβεβαιότητας, την ανάδειξη της συνεργασίας και την εξασφάλιση της παροχής ποιοτικής φροντίδας.

Ιστορικά, η ηγεσία στην υγειονομική περίθαλψη ήταν κατά κύριο λόγο ιεραρχική, με τη λήψη των αποφάσεων να βρίσκεται συγκεντρωμένη σε έναν περιορισμένο αριθμό ατόμων στην κορυφή της ιεραρχικής πυραμίδας και του οργανωτικού πλαισίου. Αυτό το μοντέλο διοίκησης, όσο και αν είναι κατάλληλο για συγκεκριμένες καταστάσεις, στο πέρασμα των ετών, έχει αποδειχθεί ανεπαρκές για την αντιμετώπιση περίπλοκων ζητημάτων και αιφνίδιων υγειονομικών κρίσεων (Spehar et al., 2017). Οι ηγέτες απαιτείται να λειτουργούν όχι απλά ως διαχειριστές πόρων αλλά και ως οραματιστές που υποστηρίζουν την καινοτομία και διευκολύνουν τον συστημικό μετασχηματισμό.

Σημαντική αλλαγή στην εφαρμογή των μοντέλων ηγεσίας στην υγειονομική περίθαλψη αποτελεί ο προσανατολισμός στην ασθενοκεντρική φροντίδα που δίνει προτεραιότητα στις ανάγκες, τα ενδιαφέροντα και τις αξίες των ασθενών, τοποθετώντας τους ως ενεργούς συνεργάτες στην βιωμένη εμπειρία τους στο σύστημα υγείας. Οι ηγέτες πρέπει να διασφαλίζουν

ότι η οργανωσιακή κουλτούρα συνδυάζεται και υποστηρίζει έννοιες όπως η ενσυναίσθηση, η επικοινωνία και ο σεβασμός, αξίες απαραίτητες για την παροχή υπηρεσιών (Nieuwboer et al., 2019). Η μετάβαση στην ασθενοκεντρική φροντίδα υγείας απαιτεί οι ηγέτες να συνεργάζονται με διασυνδεδεμένους φορείς, συμπεριλαμβανομένων των ασθενών, των οικογενειών τους, συλλόγων ασθενών, των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και των νομοθετών, για τη δημιουργία συστημάτων που ανταποκρίνονται στις ανάγκες της κοινότητας. Καθώς οι τεχνολογικές εξελίξεις έχουν αλλάξει βαθιά τη δυναμική της ηγεσίας στον τομέα της υγείας καινοτομίες όπως τα ηλεκτρονικά αρχεία υγείας, η τηλεϊατρική, η τεχνητή νοημοσύνη και ο φορητός εξοπλισμός υγείας έχουν φέρει επανάσταση στην παροχή και τη διαχείριση της υγειονομικής περίθαλψης (Nieuwboer et al., 2019). Οι ηγέτες που χρησιμοποιούν αυτή την τεχνολογία οφείλουν παράλληλα να μπορούν να διαχειρίζονται τις δυσκολίες που προκύπτουν, όπως η ασφάλεια των δεδομένων, η ψηφιακή ισοτιμία και η ενσωμάτωση νέων ψηφιακών εργαλείων στην υπάρχουσα ροή εργασίας. Οι σύγχρονοι ηγέτες καλούνται να υιοθετήσουν μια διορατική στρατηγική, διασφαλίζοντας ότι οι οργανισμοί τους είναι έτοιμοι να προσαρμοστούν στις τεχνολογικές ανατροπές, δίνοντας έμφαση ταυτόχρονα στην ποιότητα και την ισότητα στη διαχείριση του προσωπικού.

Η επιδημία COVID-19 με την οποία ήρθε αντιμέτωπη η παγκόσμια κοινότητα και τα συστήματα υγείας, υπογράμμισε την αναγκαιότητα για ανθεκτική και προσαρμοστική ηγεσία, απέναντι σε πρωτοφανείς δυσκολίες. Οι ηγέτες αναγκάστηκαν να λάβουν γρήγορες αποφάσεις, να διαχειριστούν τους περιορισμένους πόρους και να διατηρήσουν υψηλό το ηθικό του εργατικού δυναμικού κάτω από πρωτοφανείς συνθήκες πίεσης (Efimov et al., 2022). Η επιδημία ανέδειξε τη σημασία της προσαρμοστικής ηγεσίας, η οποία δίνει έμφαση στην διοίκηση με ικανότητες άμεσης λήψης αποφάσεων και συντονισμού διεπιστημονικών και διεπαγγελματικών ομάδων προσανατολισμένων στην αντιμετώπιση περίπλοκων και μεταβαλλόμενων καταστάσεων. Οι ηγέτες που υποστηρίζουν τη συνεργασία και δίνουν προτεραιότητα στην ευημερία των ασθενών και του προσωπικού, βρέθηκε ότι διαθέτουν αυξημένες ικανότητες στην διοίκηση των οργανισμών τους σε περιόδους κρίσης.

Βασική πτυχή της προόδου της υγειονομικής περίθαλψης αποτελεί η αυξανόμενη αναγνώριση της ανάπτυξης και της δέσμευσης του προσωπικού (Efimov et al., 2022). Η αποτελεσματικότητα του υγειονομικού προσωπικού που στελεχώνει τις υπηρεσίες υγείας εξαρτάται από την ικανότητα των ηγετών τους να ανταποκρίνονται στις προκλήσεις, να βοηθούν, να υποστηρίζουν, να παρακινούν και να διατηρούν υψηλή τη δέσμευση του προσωπικού. Οι προκλήσεις περιλαμβάνουν την εξάντληση, τις ελλείψεις στη στελέχωση των

υπηρεσιών και τον αυξανόμενο φόρτο εργασίας που επιδρά επιβαρυντικά στους επαγγελματίες υγείας, απαιτώντας τεχνικές ηγεσίας που δίνουν προτεραιότητα στην ευημερία, την επαγγελματική εξέλιξη και την ανθεκτικότητα. Η μετασχηματιστική ηγεσία, δίνοντας έμφαση στην έμπνευση και την ενδυνάμωση, είναι περισσότερο αποτελεσματική στην αντιμετώπιση αυτών των δυσκολιών καθώς καλλιεργεί ένα αίσθημα σκοπού και δέσμευσης μεταξύ των μελών της ομάδας.

Καθώς οι παγκόσμιες ανισότητες στον τομέα της υγείας αυξάνονται, οι κυβερνήσεις καλούνται να αντιμετωπίζουν την πρόκληση να μειώσουν ή να απαλείψουν τις θεμελιώδεις ανισότητες, καθώς και να εγγυηθούν την καθολική πρόσβαση του πληθυσμού στην υγειονομική περίθαλψη (Desta et al., 2020). Γεγονός που απαιτεί πλήρη κατανόηση των προσδιοριστών υγείας, των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων που την επηρεάζουν, της πολιτιστικής επάρκειας και της ικανότητας να υπερασπίζονται πολιτικές που προάγουν την ισότητα στην υγεία (Figuerola et al., 2019).

Οι στρατηγικές ηγεσίας χωρίς αποκλεισμούς, τείνουν να εκτιμούν την πολυφωνία και να δίνουν προτεραιότητα στη συνεργασία. Δεξιότητες απαραίτητες για την ενίσχυση της εμπιστοσύνης και την αντιμετώπιση των ξεχωριστών απαιτήσεων των διαφορετικών πληθυσμιακών ομάδων ή ομάδων εργαζομένων. Η ηγεσία στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης δίνει έμφαση στη βιωσιμότητα και τη διαχείριση των πόρων. Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης αντιμετωπίζουν αυξανόμενες οικονομικές δυσκολίες, απαιτώντας από τους ηγέτες να ισορροπήσουν τη σχέση κόστους - αποτελεσματικότητας με την παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας. Αυτό απαιτεί στρατηγική οξυδέρκεια, καινοτομία, βιώσιμες πρακτικές, και προσανατολισμό στη συνεχή βελτίωση (Figuerola et al., 2019).

2. Ηγεσία και στυλ διοίκησης

2.1 Τα στυλ ηγεσίας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

2.1.1 Ο Ρόλος της Ηγεσίας στις Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Το κατάλληλο στυλ ηγεσίας στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι απαραίτητο για την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και θεραπείας των ασθενών. Η ΠΦΥ αποτελεί το θεμελιώδες επίπεδο του συστήματος υγείας, παρέχοντας προσιτές, προσβάσιμες και εστιασμένες στην κοινότητα υπηρεσίες που καλύπτουν ένα μεγάλο εύρος διαφορετικών αναγκών υγείας (O'Neill et al., 2021). Το έργο των ηγετών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι εξαιρετικά σημαντικό καθώς εμπεριέχει την ενσωμάτωση και υλοποίηση των οργανωτικών στόχων της δομής, σε συνδυασμό με τις ανάγκες της κοινότητας, σε ένα περιβάλλον που ενθαρρύνει την ισότητα και την εύκολη πρόσβαση στο σύστημα υγείας.

Σημαντική ευθύνη της ηγεσίας στο περιβάλλον της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι να αναπτύξει και ενσωματώσει ένα όραμα και μια αποστολή που να περιλαμβάνει τις βασικές αρχές της ΠΦΥ. Αυτό σημαίνει ότι πρέπει να δίνεται έμφαση στην διευκόλυνση της προσβασιμότητας και απαιτείται προσανατολισμός σε μια ευρεία δέσμη υπηρεσιών υγείας με εστίαση τόσο στον ασθενή, όσο και στον υγιή πληθυσμό (O'Neill et al., 2021). Οι ηγέτες πρέπει να εξασφαλίσουν ότι όλο το προσωπικό κατανοεί και υιοθετεί τη συγκεκριμένη στοχοθεσία, καλλιεργώντας ένα καθεστώς δίκαιης διαχείρισης του προσωπικού. Διατυπώνοντας και επεξηγώντας αυτές τις αρχές, οι ηγέτες καλούνται να αναπτύξουν μια ισχυρή οργανωσιακή κουλτούρα που δίνει προτεραιότητα στην ευημερία των ασθενών και στα καλά αποτελέσματα υγείας του πληθυσμού της κοινότητας. Οι μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αποτελούνται από διεπιστημονικές ομάδες, συμπεριλαμβανομένων ιατρών, νοσηλευτών, άλλων επαγγελματιών υγείας, διοικητικού προσωπικού και λοιπών εργαζομένων στον τομέα της υγείας στην κοινότητα (Klebe et al., 2022). Για να επιτευχθεί η αποτελεσματικότητα οι ηγέτες οφείλουν να υποστηρίζουν την ειλικρινή επικοινωνία και τον αμοιβαίο σεβασμό μεταξύ των μελών της ομάδας, αναγνωρίζοντας τη μοναδική συμβολή κάθε επαγγελματικού ρόλου. Με την προώθηση της ομαδικής εργασίας και της διεπιστημονικής συνεργασίας, οι ηγέτες ενισχύουν την ικανότητα της μονάδας να αντιμετωπίζει περίπλοκες προκλήσεις υγείας και να παρέχει ολοκληρωμένη φροντίδα.

Η διαχείριση των πόρων αποτελεί επίσης μια ουσιαστική πτυχή των ηγετικών ικανοτήτων στις δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, καθώς λειτουργούν συχνά με περιορισμένους

οικονομικούς πόρους, γεγονός που απαιτεί την αποτελεσματική κατανομή αυτών για την διασφάλιση της οικονομικής βιωσιμότητας των οργανισμών (Efimov et al., 2022). Παράλληλα με τη διαχείριση των πόρων, οι ηγέτες των μονάδων ΠΦΥ είναι υπεύθυνοι για την υποστήριξη και διάδοση πρακτικών καινοτομίας, την ενσωμάτωση αυτών στο φορέα τους και την προσαρμογή του υγειονομικού σχηματισμού στις διαρκώς μεταβαλλόμενες συνθήκες και πολιτικές υγείας. (Jiyenze et al., 2023). Οι ηγέτες πρέπει να αναγνωρίζουν αυτές τις εξελίξεις και να εφαρμόζουν αλλαγές που ενισχύουν την παροχή ποιοτικής φροντίδας. Η εφαρμογή της τηλεϊατρικής και της ψηφιακής τεχνολογίας υγείας μπορεί να βελτιώσει την προσβασιμότητα στην υγειονομική περίθαλψη, ιδιαίτερα για υποεξυπηρετούμενους πληθυσμούς. Οι αποτελεσματικοί ηγέτες πρέπει να διαθέτουν όραμα και δεξιότητες προσαρμοστικότητας, προκειμένου να διασφαλίσουν ότι οι ομάδες τους παραμένουν ανταποκρινόμενες στις ταχέως μεταβαλλόμενες συνθήκες εργασίας.

Η άσκηση και ο τύπος ηγεσίας είναι ζωτικής σημασίας για την ανάπτυξη του προσωπικού στις υγειονομικές δομές σε πρωτοβάθμιο επίπεδο, καθώς η αποτελεσματικότητα μιας μονάδας ΠΦΥ εξαρτάται σημαντικά από την ικανότητα, τα κίνητρα και την ευημερία του προσωπικού της. Οι ηγέτες είναι υπεύθυνοι για την καλλιέργεια ενός περιβάλλοντος που προάγει την επαγγελματική ανάπτυξη, προσφέρει ευκαιρίες κατάρτισης και βελτίωσης δεξιοτήτων και αντιμετωπίζει τις ανησυχίες που σχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση και την ικανοποίηση από την εργασία (Jiyenze et al., 2023). Επενδύοντας στο προσωπικό τους, οι ηγέτες βελτιώνουν την ποιότητα της περίθαλψης και προάγουν τη διατήρηση και τη σταθερότητα του προσωπικού εντός της μονάδας. Η μετασχηματιστική ηγεσία, η οποία δίνει έμφαση στην έμπνευση και την ενδυνάμωση, είναι ιδιαίτερα επωφελής για την καλλιέργεια κινήτρων και αφοσίωσης. Η ηγεσία στις δομές της ΠΦΥ συνεπάγεται τη συνεργασία με την κοινότητα για την ανίχνευση, κατανόηση και την αντιμετώπιση των διαφορετικών αναγκών υγείας τους. Οι αποτελεσματικοί ηγέτες προάγουν ισχυρές συνεργασίες με τα μέλη της κοινότητας, που περιλαμβάνουν συλλόγους ασθενών, τοπικούς οργανισμούς, σχολικές δομές και άλλες υπηρεσίες, για να εξασφαλίσουν την κοινή στόχευση και αντιμετώπιση των υγειονομικών προκλήσεων (Aregbeshola & Khan, 2017). Αυτή η στρατηγική της συμμετοχής καλλιεργεί την εμπιστοσύνη και τη συνεργασία μεταξύ των δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας και της κοινότητας που εξυπηρετεί, προσβλέποντας στη βελτίωση του επιπέδου υγείας και την αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών. Επιπρόσθετα οι ηγέτες των δομών ΠΦΥ στην άσκηση των καθηκόντων τους και τη στοχοθεσία, πρέπει να λαμβάνουν υπόψη και παράγοντες που επηρεάζουν την υγείας, όπως η στέγαση, η εκπαίδευση και το εισόδημα, αναγνωρίζοντας τον

ουσιαστικό αντίκτυπό τους στην υγεία της κοινότητας. Προάγοντας μια κουλτούρα συνεχούς βελτίωσης, οι ηγέτες δεσμεύονται ότι οι μονάδες τους προσπαθούν με συνέπεια να παρέχουν το μέγιστο επίπεδο φροντίδας (Desta et al., 2020).

2.1.2 Εξισορρόπηση Ηγεσίας και Διοίκησης σε Οργανισμούς Υγείας

Η εξισορρόπηση της ηγεσίας και της διαχείρισης σε οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης είναι μια διαρκής προσπάθεια, καθώς αυτά τα δύο καθήκοντα, αν και διακριτά, είναι αλληλένδετα και ζωτικής σημασίας για την επίτευξη της επιτυχίας του οργανισμού. Οι αποτελεσματικοί οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης απαιτούν ηγέτες ικανούς να παρακινούν και να καθοδηγούν το προσωπικό τους ενώ διαχειρίζονται τις καθημερινές λειτουργίες και τους πόρους που είναι απαραίτητοι για την παροχή ποιοτικής φροντίδας. Η επίτευξη ισορροπίας μεταξύ των διαφόρων ρόλων απαιτεί την αναγνώριση των διακρίσεών τους, την εκτίμηση των συμπληρωματικών ιδιοτήτων τους και την καλλιέργεια των απαραίτητων ικανοτήτων και απόψεων (Desta et al., 2020).

Η ηγεσία στις δομές της ΠΦΥ είναι εγγενώς επικεντρωμένη στο μέλλον, δίνοντας έμφαση στην δέσμευση του προσωπικού, στην ανάπτυξη της οργανωσιακής κουλτούρας και στην πρόοδο προς κοινούς στόχους. Στην υγειονομική περίθαλψη, όπου η φροντίδα των ασθενών είναι βασική παράμετρος, η ηγεσία δίνει προτεραιότητα σε αξίες όπως η ενσυναίσθηση, η συνεργασία και η αφοσίωση στη συνεχή βελτίωση, παράλληλα με την εξυπηρέτηση των λειτουργικών και διοικητικών πτυχών των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης (Tahor et al., 2020). Οι διευθυντές επικεντρώνονται στη στρατηγική, τη δόμηση, τον συντονισμό και τον έλεγχο των πόρων για την επίτευξη αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας στην παροχή υπηρεσιών. Αυτό περιλαμβάνει δραστηριότητες όπως η κατάρτιση προϋπολογισμού, ο προγραμματισμός, η παρακολούθηση της απόδοσης και η διασφάλιση της τήρησης της νομοθεσίας και των προτύπων. Η ηγεσία δίνει έμφαση στο όραμα και την κατεύθυνση, ενώ η διαχείριση εξαρτάται από τη δομή, τις διαδικασίες και την υπευθυνότητα. Και οι δύο όψεις είναι ζωτικής σημασίας. Η ηγεσία χωρίς χρηστή διαχείριση μπορεί να οδηγήσει σε υπέρμετρη φιλοδοξία, ενώ η απουσία ηγεσίας μπορεί να οδηγήσει σε στασιμότητα και αποτυχία.

Η αναγκαιότητα συνδυασμού και ισορροπίας ηγεσίας και διαχείρισης είναι ιδιαίτερα σημαντική στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης λόγω της πολυπλοκότητάς τους και των σημαντικών κινδύνων που συνεπάγονται τυχόν λάθη και δυσλειτουργίες (Martínez-Gonzalez et al., 2016). Για παράδειγμα, ενώ ένας ηγέτης μπορεί να υποστηρίξει την υιοθέτηση μιας νέας πλατφόρμας τηλεϊατρικής για τη βελτίωση της προσβασιμότητας των ασθενών, η κατάλληλη

διαχείριση είναι απαραίτητη για την εγκατάσταση της τεχνολογίας, την εκπαίδευση του προσωπικού και την αξιολόγηση των επιπτώσεων της στις ροές εργασίας και στα αποτελέσματα.

Εμπόδιο στην ενσωμάτωση της ηγεσίας και της διαχείρισης στην υγειονομική περίθαλψη είναι η πιθανή διαφορά μεταξύ των τρεχουσών λειτουργικών απαιτήσεων και των μακροπρόθεσμων στρατηγικών στόχων. Οι διευθυντές συχνά πιέζονται να αντιμετωπίσουν άμεσες ανάγκες, όπως ελλείψεις προσωπικού, οικονομικούς περιορισμούς ή αναποτελεσματικότητα στη ροή και αντιμετώπιση ασθενών. Ταυτόχρονα, πρέπει να επικεντρωθούν σε πρωταρχικούς στόχους, όπως η καλλιέργεια μιας κουλτούρας αριστείας, η προώθηση της καινοτομίας και η πρόβλεψη μελλοντικών κρίσεων και προκλήσεων. Οι ηγέτες στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να διαχειριστούν με επιδεξιότητα ένα πλήθος ευθυνών για να επιτύχουν την ισορροπία, αντιμετωπίζοντας άμεσες απαιτήσεις, παραμένοντας παράλληλα ευθυγραμμισμένοι με το όραμα και την αποστολή του οργανισμού (Martínez-Gonzalez et al., 2016).

Η αποτελεσματική επικοινωνία και η συνεργασία είναι ζωτικής σημασίας για την επίτευξη αυτής της ισορροπίας. Οι ηγέτες και τα υπηρεσιακά στελέχη πρέπει να συνεργάζονται για να συγχρονίσουν τους στρατηγικούς στόχους με την επιχειρησιακή πραγματικότητα, διασφαλίζοντας ότι οι πόροι και οι διαδικασίες υποστηρίζουν την επίτευξη των θεμελιωδών στόχων του οργανισμού. Αυτό απαιτεί ρητή επικοινωνία, αμοιβαίο σεβασμό και συλλογική αφοσίωση στην φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή. Οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης συχνά αναλαμβάνουν διπλές ευθύνες ηγεσίας και διαχείρισης, καθιστώντας αναγκαία την ικανότητα να μεταβαίνουν ομαλά μεταξύ στρατηγικού οράματος και πρακτικής επίλυσης προβλημάτων (Okpala, 2021).

Μια αποτελεσματική προσέγγιση για την ενοποίηση της ηγεσίας και της διαχείρισης είναι η χρήση προσαρμοστικών λύσεων ηγεσίας. Η προσαρμοστική ηγεσία υπογραμμίζει την ικανότητα αντίδρασης στις μεταβαλλόμενες συνθήκες και αντιμετώπισης περίπλοκων δυσκολιών κινητοποιώντας άτομα και πόρους (Okpala, 2021). Αυτή η προσέγγιση αναγνωρίζει ότι οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης λειτουργούν σε ένα δυναμικό περιβάλλον, απαιτώντας από τους Διευθύνοντες Συμβούλους να επιδεικνύουν προσαρμοστικότητα διατηρώντας παράλληλα τη λειτουργική σταθερότητα. Προάγοντας μια κουλτούρα προσαρμογής, οι ηγέτες υποστηρίζουν το προσωπικό τους να αποδεχτεί την αλλαγή και να αναλάβει την ευθύνη επίτευξης τόσο στρατηγικών όσο και επιχειρησιακών στόχων.

Η ανάπτυξη ηγετικών ικανοτήτων και η κατάρτιση είναι ζωτικής σημασίας για την ευθυγράμμιση αυτών των ευθυνών. Το προσωπικό των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης, ιδιαίτερα εκείνο που μεταβαίνει σε ηγετικούς ρόλους, μπορεί να απολαμβάνει πλεονεκτήματα που απορρέουν από προγράμματα που καλλιεργούν ηγετικές και διοικητικές ικανότητες. Αυτή η εκπαίδευση μπορεί να περιλαμβάνει τον στρατηγικό σχεδιασμό, τη συναισθηματική νοημοσύνη, την ανάπτυξη της ομάδας και την ομαδικότητα, την οικονομική διαχείριση και την βελτίωση της ποιότητας. Αναπτύσσοντας ένα ποικίλο σύνολο δεξιοτήτων, τα ηγετικά στελέχη είναι εξοπλισμένα με τις κατάλληλες δεξιότητες, ώστε να είναι ικανά να παρακινούν αποτελεσματικά τους ανθρώπους τους και να διαχειρίζονται ιδιαίτερα απαιτητικές καταστάσεις σε περιόδους κρίσεων (Klebe et al., 2022).

Στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης, η ισορροπία μεταξύ ηγεσίας και διοίκησης είναι συλλογική ευθύνη και όχι ατομική. Τα συνεργατικά πλαίσια ηγεσίας, συμπεριλαμβανομένων των κοινών μοντέλων διακυβέρνησης, προάγουν την κατανομή των ηγετικών ευθυνών και βελτιώνουν τη συνεργασία μεταξύ των εμπλεκόμενων κλινικών ιατρών, επαγγελματιών υγείας, διοικητικών υπαλλήλων και προσωπικού υποστήριξης. Αυτές οι στρατηγικές ενθαρρύνουν την κοινή υπευθυνότητα και βελτιώνουν την ικανότητα του οργανισμού να επιτύχει τους στόχους του (Desta et al., 2020).

2.2 Μετασχηματιστική ηγεσία

2.2.1 Καθορισμός της Μετασχηματιστικής Ηγεσίας στην Υγεία

Η μετασχηματιστική ηγεσία στην υγειονομική περίθαλψη είναι μια δυναμική και αποτελεσματική στρατηγική που δίνει έμφαση στην ικανότητα έμπνευσης, παρακίνησης και εμπλοκής ατόμων και ομάδων για την επίτευξη εξαιρετικών αποτελεσμάτων, ενώ προάγει τη δημιουργικότητα και την προσαρμοστικότητα (O'Neill et al., 2021). Αυτό το στυλ ηγεσίας υπερβαίνει την παραδοσιακή διοίκηση δίνοντας προτεραιότητα στον μετασχηματισμό της οργανωσιακής κουλτούρας, ευθυγραμμίζοντας τις ομαδικές προσπάθειες με κοινούς στόχους και δίνοντας τη δυνατότητα στα άτομα να αξιοποιήσουν τις δυνατότητές τους. Η μετασχηματιστική ηγεσία καθίσταται σημαντική στην υγειονομική περίθαλψη λόγω της πολυπλοκότητας του κλάδου, της ταχείας τεχνολογικής προόδου, των εξελισσόμενων προσδοκιών των ασθενών και της αναγκαιότητας για υψηλής ποιότητας ασθενοκεντρικής φροντίδας (Gabel, 2013).

Η μετασχηματιστική ηγεσία δίνει προτεραιότητα στο όραμα, την έμπνευση και την ανάπτυξη εμπιστοσύνης και σεβασμού μεταξύ των ηγετών και των μελών των ομάδων τους. Οι μετασχηματιστικοί ηγέτες προάγουν ένα ελκυστικό και πειστικό όραμα για το μέλλον,

καλλιεργώντας ένα αίσθημα κοινού σκοπού που παρακινεί τα άτομα να ξεπεράσουν την καθημερινή ρουτίνα της εργασίας και να υιοθετήσουν την καινοτομία (Spehar et al., 2017). Αυτή η προοπτική στους υγειονομικούς σχηματισμούς δίνει έμφαση κυρίως στη βελτίωση των αποτελεσμάτων υγείας των ασθενών, στην διευκόλυνση της συνεργασίας και στην αντιμετώπιση συστημικών προκλήσεων όπως οι ανισότητες στην παροχή περίθαλψης. Ένας μετασχηματιστικός ηγέτης προάγει την αφοσίωση στους κοινούς στόχους αντί να τους επιβάλλει, καλλιεργώντας ένα συνεκτικό ομαδικό κλίμα.

Χαρακτηριστικό της μετασχηματιστικής ηγεσίας στην υγειονομική περίθαλψη αποτελεί και η εστίαση στην καλλιέργεια ισχυρών σχέσεων με τα μέλη της ομάδας. Αυτό συνεπάγεται την ενίσχυση της μεταξύ τους επικοινωνίας, την επίδειξη ενσυναίσθησης και τη μετάδοση αυθεντικού ενδιαφέροντος για την ευημερία των εργαζομένων. Οι μετασχηματιστικοί ηγέτες αναγνωρίζουν ότι το προσωπικό της δομής αποτελεί τη βάση του συστήματος και ότι η δέσμευση, η ικανοποίηση και η επαγγελματική τους ανάπτυξη επηρεάζουν άμεσα την ποιότητα της φροντίδας των ασθενών (Hentrich et al., 2017). Οι μετασχηματιστικοί ηγέτες καλλιεργούν ένα περιβάλλον που εκτιμά, ενδυναμώνει και εμπλέκει τα άτομα στο έργο της δομής, δίνοντας προτεραιότητα στην ανάπτυξη και την ευημερία των ομάδων τους.

Θεμελιώδης πτυχή της μετασχηματιστικής ηγεσίας είναι και η ικανότητα προαγωγής της καινοτομίας και της προσαρμοστικότητας. Οι μετασχηματιστικοί ηγέτες καλλιεργούν μια κουλτούρα διαρκούς μάθησης και δημιουργικότητας, εμπνέοντας τα μέλη της ομάδας να αμφισβητούν τον τρέχον τρόπο εργασίας, να εισάγουν νέες ιδέες και να αγκαλιάσουν καινούριες πρακτικές που βασίζονται σε στοιχεία. Η προώθηση της καινοτομίας είναι απαραίτητη για την αντιμετώπιση περίπλοκων προκλήσεων, συμπεριλαμβανομένης της βελτίωσης της πρόσβασης στη θεραπεία, της μείωσης του κόστους και της προαγωγής της ασφάλειας των ασθενών. (Petersson et al., 2022).

Η μετασχηματιστική ηγεσία υπογραμμίζει την αναγκαιότητα θέσπισης και εφαρμογής ηθικών κανόνων (Gabel, 2013). Οι ηγέτες που επιδεικνύουν ακεραιότητα, υπευθυνότητα και επαγγελματισμό αναπτύσσουν εμπιστοσύνη μεταξύ του προσωπικού τους. Στο περιβάλλον της υγειονομικής περίθαλψης, που χαρακτηρίζεται από ηθικά διλήμματα και καταστάσεις υψηλού στρες, οι μετασχηματιστικοί ηγέτες λειτουργούν ως ηθική πυξίδα, κατευθύνοντας τις ομάδες τους να δώσουν προτεραιότητα στην ευημερία των ασθενών και να τηρήσουν υψηλά ηθικά ιδανικά και τους οργανωσιακούς κανόνες στη λήψη αποφάσεων. Αυτή η αφοσίωση στην ηθική

ηγεσία ενισχύει τη φήμη των ηγετών και καλλιεργεί μια κουλτούρα ακεραιότητας σε ολόκληρο τον οργανισμό. (Petersson et al., 2022)

Η μετασχηματιστική ηγεσία στην υγειονομική περίθαλψη συσχετίζεται με πολλά πλεονεκτήματα, συμπεριλαμβανομένης της αυξημένης ικανοποίησης των ασθενών, της αυξημένης απόδοσης της ομάδας και της αυξημένης δέσμευσης του εργατικού δυναμικού. Μελέτες δείχνουν ότι οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης που καθοδηγούνται από μετασχηματιστικούς ηγέτες είναι περισσότερο εστιασμένοι να εφαρμόζουν επιτυχημένες πρωτοβουλίες βελτίωσης της ποιότητας, να μειώνουν την εναλλαγή προσωπικού και να επιτύχουν εξαιρετικά κλινικά αποτελέσματα (Hentrich et al., 2017). Τα πλεονεκτήματα αποδίδονται ως επί το πλείστον στην ικανότητα των μετασχηματιστικών ηγετών να καλλιεργούν έναν κοινό σκοπό, να οικοδομούν εμπιστοσύνη και να παρακινούν τη συνεργασία μεταξύ διαφορετικών επαγγελματικών ομάδων.

Μια θεμελιώδης πτυχή της μετασχηματιστικής ηγεσίας στην υγειονομική περίθαλψη είναι η εστίασή της στην ενδυνάμωση των ατόμων. Οι μετασχηματιστικοί ηγέτες αναθέτουν ευθύνες, δημιουργούν ευκαιρίες για βελτίωση των δεξιοτήτων και ενθαρρύνουν την αυτονομία στα μέλη της ομάδας τους. Αυτή η ενδυνάμωση καλλιεργεί την εμπιστοσύνη και επάρκεια μεταξύ του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης, ενώ προάγει την αίσθηση ιδιοκτησίας και ευθύνης για τα αποτελέσματα της φροντίδας των ασθενών (Jiyenze et al., 2023). Στον περίπλοκο και υψηλού κινδύνου τομέα της υγείας, το να μπορούν τα άτομα να κάνουν εστιασμένες εργασιακές επιλογές και να αναλαμβάνουν πρωτοβουλίες είναι χαρακτηριστικά απαραίτητα για την καλλιέργεια της ανθεκτικότητας και της προσαρμοστικότητας. Οι αρχές της μετασχηματιστικής ηγεσίας είναι ζωτικής σημασίας για την αντιμετώπιση των προκλήσεων του εργατικού δυναμικού, συμπεριλαμβανομένης της εξουθένωσης και του άγχους, που κυριαρχούν στον υγειονομικό τομέα (Jiyenze et al., 2023). Οι μετασχηματιστικοί ηγέτες καλλιεργούν μια φιλόξενη, ανοιχτή και χωρίς αποκλεισμούς ατμόσφαιρα, μετριάζοντας έτσι αυτές τις προκλήσεις και βελτιώνοντας την ψυχική υγεία και την ευημερία των ομάδων τους. Αναγνωρίζουν τη σημασία της ισορροπίας μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής, παρέχουν εναλλακτικές λύσεις για την ανακούφιση του στρες και εγγυώνται ότι τα μέλη της ομάδας θα αισθάνονται ότι εκτιμώνται από τους συναδέλφους τους και θα ενθαρρύνονται για την βελτίωση του παραγόμενου έργου τους.

2.2.2 Ο Αντίκτυπος της Μετασχηματιστικής Ηγεσίας στο προσωπικό και τους ασθενείς

Η μετασχηματιστική ηγεσία επηρεάζει βαθιά τα εργασιακά αποτελέσματα του προσωπικού και το επίπεδο φροντίδας των ασθενών, καθιστώντας την ένα από τα πιο αποτελεσματικά και περιζήτητα στυλ ηγεσίας στον τομέα της υγείας. Η μετασχηματιστική ηγεσία, που χαρακτηρίζεται από την εστίασή της στο όραμα, την έμπνευση, την ενδυνάμωση και την καινοτομία, βελτιώνει το εργασιακό περιβάλλον για τους επαγγελματίες υγείας και οδηγεί σε παροχή ποιοτικής φροντίδας για τους ασθενείς (Boamah et al., 2018). Η ικανότητα των μετασχηματιστικών ηγετών να καλλιεργούν μια κουλτούρα συνεργασίας, συνεχούς μάθησης και δέσμευσης για αριστεία είναι απαραίτητη για την επίτευξη αυτών των αποτελεσμάτων.

Η μετασχηματιστική ηγεσία καλλιεργεί ένα εργασιακό κλίμα όπου τα άτομα αισθάνονται εκτίμηση, αναγνώριση και κίνητρα. Οι ηγέτες που ενσωματώνουν αυτό το στυλ προάγουν την επαγγελματική και προσωπική ανάπτυξη των μελών της ομάδας τους μέσω καθοδήγησης, εποικοδομητικής ανατροφοδότησης και παροχής ευκαιριών για βελτίωση δεξιοτήτων (Boamah et al., 2018). Αυτή η εστίαση στην ενδυνάμωση καλλιεργεί εμπιστοσύνη, επάρκεια και αίσθηση ιδιοκτησίας στο υγειονομικό προσωπικό. Κατά συνέπεια, οι εργαζόμενοι επιδεικνύουν αυξημένη δέσμευση, ικανοποίηση και αφοσίωση στους ρόλους τους, γεγονός που επηρεάζει άμεσα την απόδοσή τους και τη συνολική εργασιακή ικανοποίηση.

Ένα σημαντικό πλεονέκτημα της μετασχηματιστικής ηγεσίας για το προσωπικό είναι η ικανότητά της να μειώνει τα ποσοστά της επαγγελματικής εξουθένωσης, μια συχνά εμφανιζόμενη κατάσταση συναισθηματικής και σωματικής εξάντλησης στο πλαίσιο της εργασίας (Ystaas et al., 2023). Οι αυστηρές απαιτήσεις της εργασίας, μαζί με το συναισθηματικό φορτίο της φροντίδας του ασθενούς, μπορούν να οδηγήσουν σε υπέρμετρο άγχος και κόπωση. Οι μετασχηματιστικοί ηγέτες το αντιμετωπίζουν αυτό καλλιεργώντας ένα υποστηρικτικό περιβάλλον, διευκολύνοντας την επικοινωνία και αναγνωρίζοντας τη συμβολή των μελών της ομάδας τους. Υποστηρίζουν την ισορροπία μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής και εγγυώνται ότι οι εργαζόμενοι έχουν πρόσβαση σε προγράμματα που υποστηρίζουν την ψυχική και συναισθηματική τους ευεξία. Οι μετασχηματιστικοί ηγέτες καλλιεργούν μια κουλτούρα ενσυναίσθησης και υποστήριξης, ανακουφίζοντας έτσι την εξουθένωση, ενισχύοντας το ηθικό και την ανθεκτικότητα του προσωπικού (Ystaas et al., 2023).

Επιπλέον η μετασχηματιστική ηγεσία ενισχύει τη δυναμική της ομάδας και τη συνεργασία. Στην υγειονομική περίθαλψη, όπου η διεπιστημονική συνεργασία είναι απαραίτητη για τη βέλτιστη φροντίδα των ασθενών, οι ηγέτες που προωθούν την ανοιχτή επικοινωνία και τον αμοιβαίο

σεβασμό ενισχύουν την ομαδικότητα. Οι μετασχηματιστικοί ηγέτες υποστηρίζουν διαφορετικές απόψεις, διευκολύνουν την επίλυση προβλημάτων και εγγυώνται την διερεύνηση όλων των πιθανών λύσεων. Αυτή η συνεργατική μέθοδος βελτιώνει την ποιότητα λήψης αποφάσεων και καλλιεργεί μια αίσθηση συνοχής και κοινού στόχου μεταξύ του προσωπικού (Efimov et al., 2022).

Η επιρροή της μετασχηματιστικής ηγεσίας στους ασθενείς φαίνεται από την ποιότητα, την ασφάλεια και την εστίαση στη φροντίδα του ασθενή. Οι μετασχηματιστικοί ηγέτες βελτιώνουν τις πρακτικές υγειονομικής περίθαλψης, τη συμμετοχή των ασθενών στις αποφάσεις φροντίδας και τα πλάνα αυτοφροντίδας, εμπνέοντας τις ομάδες τους να επιδιώξουν την αριστεία (Efimov et al., 2022).

Η μετασχηματιστική ηγεσία δίνει έμφαση στην ενσυναίσθηση, την επικοινωνία και τις ανθρώπινες πτυχές της υγειονομικής περίθαλψης, ευθυγραμμίζόμενη με τις αρχές της ασθενοκεντρικής φροντίδας. Οι ηγέτες που ενσωματώνουν αυτές τις ιδέες εμπνέουν τους υπαλλήλους τους να δώσουν προτεραιότητα στις ανάγκες, τις προτιμήσεις και τις εμπειρίες των ασθενών (Ystaas et al., 2023). Αυτή η εστίαση στο άτομο ως ολοκληρωμένη οντότητα, και όχι μόνο ως ιατρικό περιστατικό, καλλιεργεί την εμπιστοσύνη, την ικανοποίηση και καλό επίπεδο στις σχέσεις μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας. Οι ασθενείς σε οργανισμούς που επικρατεί η μετασχηματιστική ηγεσία, αισθάνονται αναγνώριση, εκτίμηση, έμφαση στην ασφάλεια και συμμετοχή στη φροντίδα τους, παρουσιάζοντας ταυτόχρονα υψηλότερα ποσοστά συμμόρφωσης με τα θεραπευτικά πρωτόκολλα και καλύτερα αποτελέσματα υγείας (Boamah et al., 2018).

Η μετασχηματιστική ηγεσία ενισχύει την καλλιέργεια της οργανωσιακής κουλτούρας, επηρεάζοντας θετικά τα αποτελέσματα τόσο για τους εργαζόμενους όσο και για τους ασθενείς. Μια θετική και χωρίς αποκλεισμούς κουλτούρα καλλιεργεί την αίσθηση του ανήκειν και τα κίνητρα μεταξύ των εργαζομένων, οδηγώντας σε αυξημένη αλληλεπίδραση με τους ασθενείς (Boamah et al., 2018). Οι ηγέτες που υποστηρίζουν τη διαφορετικότητα, την ισότητα και την ένταξη εγγυώνται ότι η περίθαλψη παρέχεται με τρόπο που σέβεται και ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις διαφορετικών πολιτισμικά ομάδων. Αυτή η αφοσίωση στη δικαιοσύνη ενισχύει θετικά τις εμπειρίες των ασθενών και μειώνει τις διαφορές στην παροχή φροντίδας.

2.3 Παθητική ηγεσία

2.3.1 Καθορισμός της Παθητικής Ηγεσίας και του ρόλου της στην Υγεία

Η παθητική ηγεσία, χαρακτηρίζεται ως μια μη παρεμβατική προσέγγιση διαχείρισης του προσωπικού και υποδηλώνει μια τεχνική ηγεσίας όπου οι ηγέτες επιδεικνύουν ελάχιστη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, στην επίλυση προβλημάτων και στην κατεύθυνση της ομάδας (Barling & Frone, 2017). Στην υγειονομική περίθαλψη, όπου η καλή ηγεσία είναι ζωτικής σημασίας για τη διατήρηση της αποτελεσματικότητας, της ασφάλειας και της ποιότητας της περίθαλψης, η παθητική ηγεσία μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τα αποτελέσματα τόσο για το προσωπικό όσο και για τους ασθενείς. Αυτό το στυλ ηγεσίας, αν και λιγότερο ενεργά δεσμευμένο από άλλα, μπορεί να παρουσιαστεί με διάφορες μορφές, που κυμαίνονται από μια σκόπιμη επιλογή για την κατανομή ευθυνών και την προώθηση της αυτονομίας έως την ακούσια απουσία καθοδήγησης και υποστήριξης. Η παθητική ηγεσία ορίζεται κυρίως από την έλλειψη δυναμικής δέσμευσης (Barling & Frone, 2017). Οι ηγέτες που χρησιμοποιούν αυτή τη στρατηγική μπορεί να απέχουν από τη συμμετοχή σε καθημερινές λειτουργίες ή να καθυστερούν την αντιμετώπιση των προκλήσεων, υποθέτοντας ότι τα ζητήματα θα επιλυθούν μόνοι τους ή ότι τα μέλη της ομάδας θα τα διαχειριστούν ανεξάρτητα χωρίς καθοδήγηση. Αυτή η μη παρεμβατική στρατηγική μπορεί να προκύψει από την επιθυμία να επιτραπεί στους εργαζόμενους να επιδείξουν πρωτοβουλία και να λαμβάνουν ανεξάρτητα αποφάσεις. Ωστόσο, όταν πλησιάζει στα άκρα ή χρησιμοποιείται ανεύθυνα, η παθητική ηγεσία μπορεί να οδηγήσει σε ασάφεια, αναποτελεσματικότητα και ανεπαρκή επικοινωνία, ιδιαίτερα σε περιβάλλον υψηλού κινδύνου όπως αυτό της παροχής υγειονομικής φροντίδας. Σε περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης, όπου η συνεργασία, η επικοινωνία και η ευθύνη είναι ζωτικής σημασίας, η παθητική ηγεσία αναλαμβάνει έναν περίπλοκο και συχνά αμφιλεγόμενο ρόλο. Ένας βαθμός παθητικότητας μπορεί να ενισχύσει την αυτονομία μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα της υγείας, επιτρέποντάς τους να κάνουν κρίσεις και να λαμβάνουν αποφάσεις στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων τους, ενισχύοντας τη δημιουργικότητά τους. Οι ικανές και έμπειρες ομάδες μπορούν να διαπρέψουν κάτω από έναν ηγέτη που απέχει από τη μικροδιαχείριση, δίνοντάς τους τη δυνατότητα να χρησιμοποιήσουν τις ικανότητές τους. Αυτή η διακριτική μέθοδος μπορεί να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική σε περιβάλλοντα με σταθερές καθιερωμένες διαδικασίες, καθορισμένα πρωτόκολλα και ικανό προσωπικό (Chênevert et al., 2013).

Ωστόσο, οι συνέπειες της παθητικής ηγεσίας στον τομέα της υγείας, επιφυλάσσουν κινδύνους, ιδιαίτερα όταν οι ηγέτες αποτυγχάνουν να παρέχουν ουσιαστική καθοδήγηση, υποστήριξη ή

παρακολούθηση των αποφάσεων και των αποτελεσμάτων τους (Barling & Frone, 2017). Οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης λειτουργούν σε δυναμικά περιβάλλοντα και περιβάλλοντα υψηλής πίεσης όπου οι καθυστερήσεις, η κακή επικοινωνία ή η ανεπαρκής επικοινωνία μπορούν να επηρεάσουν σοβαρά την ασφάλεια και τα αποτελέσματα υγείας των ασθενών. Η παθητική ηγεσία που ενθαρρύνει τις ασαφείς προσδοκίες και την ανεπαρκή επίβλεψη μπορεί να οδηγήσει σε ελλείψεις λογοδοσίας, μειωμένη συνοχή της ομάδας και χαμένες ευκαιρίες για βελτίωση της ποιότητας. Όταν το υγειονομικό προσωπικό στερείται καθοδήγησης ή εργάζεται με ανεπαρκή υποστήριξη από τους ανωτέρους του, το ηθικό και η εργασιακή ικανοποίηση μπορεί να μειωθούν, με αποτέλεσμα την εξάντληση και την επιδίωξη συχνής εναλλαγής τμημάτων εργασίας ή σιωπηλής αποχώρησης (Galanis, et al., 2024).

Σε πολλές περιπτώσεις, η παθητική ηγεσία στην υγειονομική περίθαλψη δεν προκύπτει από σκόπιμες επιλογές αλλά από ανεπαρκή εκπαίδευση, υπερβολικό φόρτο εργασίας ή οργανωτικούς περιορισμούς (Chênevert et al., 2013). Οι ηγέτες που αγωνίζονται να εξισορροπήσουν τις αντικρουόμενες απαιτήσεις ή δεν έχουν τις απαραίτητες ικανότητες για να δεσμεύσουν αποτελεσματικά τα μέλη της ομάδας τους μπορεί να υιοθετήσουν ακούσια μια παθητική στάση. Αυτό μπορεί να είναι ιδιαίτερα ενοχλητικό σε περιβάλλοντα όπου οι εργαζόμενοι αναζητούν βοήθεια από τους ηγέτες τους, όπως κατά τη διάρκεια κρίσεων, οργανωτικών αλλαγών ή περίπλοκων διαδικασιών λήψης αποφάσεων. Σε τέτοιες περιπτώσεις, η ανεπαρκής προληπτική ηγεσία μπορεί να αυξήσει την αβεβαιότητα και την ανησυχία μεταξύ των μελών της ομάδας, μειώνοντας την εμπιστοσύνη και την ικανότητά τους να παρέχουν ποιοτική φροντίδα. Χαρακτηριστικό γνώρισμα της παθητικής ηγεσίας είναι η τάση αποφυγής και αντιμετώπισης των συγκρούσεων ή των αναδυόμενων προβλημάτων (Nene et al., 2020).

Στον τομέα της υγείας, αυτό μπορεί να εκδηλωθεί ως απροθυμία να εμπλακούν σε διαπροσωπικές διαφορές, να αντιμετωπίσουν ανεπαρκείς επιδόσεις ή να εφαρμόσουν βασικές τροποποιήσεις για τη βελτίωση της παροχής φροντίδας. Η αποφυγή της αντιπαράθεσης μπορεί να φαίνεται ότι διατηρεί τη συνοχή, ωστόσο, συχνά επιτρέπει στα προβλήματα να επιμένουν, οδηγώντας σε μια επιζήμια ατμόσφαιρα στο χώρο εργασίας και επηρεάζοντας αρνητικά τη φροντίδα των ασθενών. Οι ανεπίλυτες διαφορές μεταξύ των μελών της ομάδας μπορεί να οδηγήσουν σε αποτυχίες επικοινωνίας, λάθη και σφάλματα (Chênevert et al., 2013). Οι ηγέτες που αποτυγχάνουν να αντιμετωπίσουν αυτές τις δυσκολίες προάγουν τη δημιουργία μιας κουλτούρας που χαρακτηρίζεται από εφησυχασμό και μειωμένη ευθύνη. Παρά τις προκλήσεις της, η παθητική ηγεσία μπορεί να είναι αποτελεσματική στην υγειονομική περίθαλψη όταν εκτελείται με σύνεση και συνδυάζεται και με άλλες προσεγγίσεις ηγεσίας. Σε ικανές ομάδες που

χαρακτηρίζονται από ισχυρή εσωτερική συνοχή και ιστορικό επιτυχίας, η προθυμία ενός ηγέτη να εγκαταλείψει τον έλεγχο και να επιτρέψει την αυτονομία μπορεί να ενδυναμώσει τα μέλη της ομάδας, αυξάνοντας το αίσθημα ιδιοκτησίας και ευθύνης τους (Petersson et al., 2022). Σε αυτές τις περιπτώσεις, η παθητική ηγεσία μπορεί να καλλιεργήσει ένα περιβάλλον εμπιστοσύνης και σεβασμού, όπου τα άτομα θεωρούν τους εαυτούς τους πολύτιμους και ικανούς να εκτελούν τις υποχρεώσεις τους αυτόνομα. Ωστόσο, η αποτελεσματική εκτέλεση της παθητικής ηγεσίας απαιτεί μια ολοκληρωμένη κατανόηση των περιορισμών και των εγγενών κινδύνων της. Οι ηγέτες πρέπει να εξισορροπούν την αυτονομία με την παροχή ουσιαστικής καθοδήγησης, υποστήριξης και επίβλεψης για την αποτελεσματική λειτουργία της ομάδας (Petersson et al., 2022). Η παθητική ηγεσία δεν πρέπει να συγχέεται με αμέλεια ή αποδέσμευση. Θα πρέπει να θεωρείται ως μια συμπληρωματική μέθοδος που είναι πιο αποτελεσματική όταν ενσωματώνεται σε πιο προληπτικά στυλ ηγεσίας. Ένας ηγέτης μπορεί να υιοθετήσει ένα παθητικό στυλ στις συνήθεις λειτουργίες, αλλά να μεταβεί σε μια πιο προληπτική και ενεργητική προσέγγιση κατά τη διάρκεια κρίσεων ή όταν αντιμετωπιστούν περίπλοκα προβλήματα και νέες προκλήσεις.

2.3.2 Συνέπειες της Παθητικής Ηγεσίας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Η παθητική ηγεσία μπορεί να προέρχεται από διάφορες αιτίες, συμπεριλαμβανομένης της επιθυμίας για ενίσχυση της αυτονομίας ή μιας ακούσιας απουσίας δέσμευσης (Bani-Melhem et al., 2022). Ωστόσο, η εφαρμογή της στην πρωτοβάθμια περίθαλψη μπορεί να οδηγήσει σε σημαντικά ζητήματα που θέτουν σε κίνδυνο την ποιότητα της φροντίδας και εμποδίζουν την αποτελεσματικότητα της υγειονομικής ομάδας (Gilson et al., 2014). Οι προκλήσεις που αντιμετωπίζει συχνά προέρχονται συχνά από την ανεπαρκή επικοινωνία, την απουσία ευθύνης και τα μειωμένα κίνητρα του προσωπικού, τα οποία μπορεί τελικά να επηρεάσουν τα αποτελέσματα υγείας των ασθενών.

Σημαντική πρόκληση της παθητικής ηγεσίας στο περιβάλλον της πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι η ανεπαρκής κατεύθυνση και η απουσία συμβουλών προς το προσωπικό των υγειονομικών φορέων (Gilson et al., 2014). Οι ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας, που συνήθως αποτελούνται από πολλούς επαγγελματίες υγείας, συμπεριλαμβανομένων ιατρών, νοσηλευτών, κοινωνικών λειτουργών, μαιών και λοιπών συνεργατών και βοηθητικών ειδικοτήτων, εξαρτώνται σημαντικά από την αποτελεσματική επικοινωνία και τη συνεργασία για την παροχή συντονισμένης φροντίδας και θεραπευτικής παρέμβασης. Όταν οι ηγέτες επιλέγουν ένα παθητικό στυλ, μπορεί να αποτύχουν να καθορίσουν σαφείς στόχους, να προσφέρουν συνεπή ανατροφοδότηση ή να προσφέρουν ουσιαστική υποστήριξη στους υπαλλήλους τους. Η απουσία καθοδήγησης μπορεί

να οδηγήσει σε αβεβαιότητα σχετικά με τα καθήκοντα και τις ευθύνες, οδηγώντας τελικά σε ανεπαρκή παροχή φροντίδας. Χωρίς ισχυρή ηγεσία για την εδραίωση των προσπαθειών προς κοινούς στόχους, τα μέλη της ομάδας μπορεί να λειτουργούν ανεξάρτητα, μειώνοντας επομένως την ποιότητα και τη συνέχεια της θεραπείας των ασθενών. Επιπλέον, η αποδεδειγμένη ηγεσία από το προσωπικό ηγεσία, μπορεί να υπονομεύσει τη λογοδοσία εντός των ομάδων της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Σε ένα πλαίσιο όπου η ασφάλεια των ασθενών και η ποιότητα της φροντίδας είναι πρωταρχικής σημασίας, η λογοδοσία είναι ζωτικής σημασίας (Efimov et al., 2022). Το προσωπικό πρέπει να λογοδοτεί για τις ενέργειές του και οι έχοντες την ευθύνη των αποφάσεων, πρέπει να εγγυώνται την τήρηση των πρωτοκόλλων για τον μετριασμό των κινδύνων και τη βελτίωση των αποτελεσμάτων. Ο δισταγμός ενός παθητικού ηγέτη να αντιμετωπίσει την ανεπαρκή απόδοση μελών του προσωπικού, ή να διορθώσει τυχόν λάθη και η αναποτελεσματικότητα μπορεί να καλλιεργήσει μια κουλτούρα εφησυχασμού (Sandhu, 2019). Όταν οι ηγέτες παραμελούν να λειτουργήσουν ως παράδειγμα ή να συνηγορήσουν υπέρ της λογοδοσίας, οι εργαζόμενοι μπορεί να μην είναι διατεθειμένοι να αναλάβουν την ευθύνη για τις πράξεις τους, οδηγώντας σε λάθη που δεν διορθώνονται. Η έλλειψη ελέγχου μπορεί να οδηγήσει σε ιατρικά λάθη, μειωμένη συμμόρφωση με τις κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες και τελικά χειρότερα πρότυπα φροντίδας (Sandhu, 2019).

Μια επιπλέον συνέπεια της παθητικής ηγεσίας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι η ικανότητά της να μειώνει το ηθικό και τα κίνητρα των εργαζομένων. Το υγειονομικό προσωπικό, ιδιαίτερα σε απαιτητικά περιβάλλοντα όπως αυτό της πρωτοβάθμιας φροντίδας, απαιτεί υποστήριξη και ενθάρρυνση από τους ανωτέρους του για να διατηρήσουν τα κίνητρα και τη δέσμευση (Sandhu, 2019). Όταν οι ηγέτες αποτυγχάνουν να προσφέρουν ανατροφοδότηση, να αναγνωρίσουν τα επιτεύγματα ή να εκφράσουν ευγνωμοσύνη για τις προσπάθειες της ομάδας τους, οι εργαζόμενοι μπορεί να αρχίσουν να αισθάνονται υποτιμημένοι και αποδεδειγμένοι. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε κόπωση, μειωμένο αίσθημα ευχαρίστησης από την εργασία και αυξημένα ποσοστά αποχώρησης. Στην πρωτοβάθμια φροντίδα, όπου οι ελλείψεις προσωπικού είναι ήδη ένα ζήτημα που χρήζει αντιμετώπισης, οι συνέπειες ενός αποδεδειγμένου εργατικού δυναμικού μπορούν να εντείνουν αυτά τα ζητήματα, οδηγώντας σε αυξημένες ανισότητες στην παροχή φροντίδας και μειωμένα ποσοστά ικανοποίησης και κάλυψης των αναγκών των ασθενών (Bani-Melhem et al., 2022).

Η έλλειψη προορατικής ηγεσίας μπορεί να εμποδίσει την εφαρμογή καλών πρακτικών και υιοθέτηση καινοτόμων πρακτικών στην πρωτοβάθμια φροντίδα (Bani-Melhem et al., 2022). Οι αποτελεσματικοί ηγέτες στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης συχνά οδηγούν στη

μεταμόρφωση των φορέων τους, εμπνέοντας τους εργαζόμενους να υιοθετήσουν πρωτοποριακές τεχνολογικές μεθόδους, φάρμακα ή μοντέλα φροντίδας που βελτιώνουν την υγεία των ασθενών. Χωρίς ισχυρή ηγεσία, οι ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας μπορεί να απορρίψουν την αλλαγή ή να αποτύχουν να εφαρμόσουν βελτιωτικές προσεγγίσεις που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα (Sandhu, 2019). Η παθητική ηγεσία δεν υποστηρίζει και δεν καλλιεργεί μια κουλτούρα συνεχούς μάθησης ή βελτίωσης, με αποτέλεσμα το προσωπικό να στερείται ίσως κίνητρα προς της εξέλιξη του ή την κατεύθυνση να εξερευνήσει νέες προσεγγίσεις για την ενίσχυση της φροντίδας του πληθυσμού ευθύνης του.

Επιπλέον, η παθητική ηγεσία μπορεί να επηρεάσει την ικανοποίηση και την ασφάλεια των ασθενών, παράλληλα με τις λειτουργικές προκλήσεις. Οι ασθενείς βασίζονται σε επαγγελματίες υγείας στην ΠΦΥ, για έγκαιρη, συντονισμένη και υψηλής ποιότητας φροντίδα. Η παθητική ηγεσία μπορεί να οδηγήσει σε αποδιοργανωμένες ομάδες υγειονομικής περίθαλψης, αυξημένη ευαλωτότητα σε λάθη και μειωμένη ανταπόκριση σε δηλωμένες ή παρατηρούμενες ανάγκες του πληθυσμού (Klebe et al., 2022). Οι καθυστερήσεις στην παροχή φροντίδας, η ανεπαρκής επικοινωνία μεταξύ των κλινικών ιατρών και η απουσία συντονισμού μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά την εμπειρία του ασθενούς. Οι ασθενείς μπορεί να αισθανθούν παραμελημένοι ή αόρατοι εάν τα ζητήματά τους δεν αντιμετωπιστούν γρήγορα ή εάν θεωρούν τη θεραπεία που λαμβάνουν ως ακατάλληλη ή ασυνεπή. Με την πάροδο του χρόνου, αυτά τα προβλήματα μπορούν να υπονομεύσουν την εμπιστοσύνη των ασθενών και να μειώσουν την πιθανότητα μελλοντικής προσέγγισης της δομής για την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας τους.

Οι συνέπειες της παθητικής ηγεσίας μπορούν επίσης να επηρεάσουν την αποτελεσματικότητα του υγειονομικού οργανισμού. Οι δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας που αποτυγχάνουν να αντιμετωπίσουν αυτές τις προκλήσεις στην άσκηση διοίκησης και ηγεσίας μπορεί να αντιμετωπίσουν δυσκολίες με τα αποτελέσματα των μετρήσεων αποδοτικότητας, τη συμμόρφωση με τους κανονισμούς και την λήψη πρωτοβουλιών βελτίωσης της ποιότητας. Το ανεπαρκές στρατηγικό όραμα και η έλλειψη προληπτικής ηγεσίας μπορεί να εμποδίσει τη βελτιστοποίηση της ροής εργασίας, τη βελτίωση των αποτελεσμάτων περίθαλψης ασθενών και τη διατήρηση της ανταγωνιστικότητας του οργανισμού στο δυναμικό περιβάλλον της υγειονομικής περίθαλψης. Η παθητική ηγεσία μπορεί να οδηγήσει σε παρακμή της οργανωσιακής κουλτούρας, καθιστώντας το προσωπικό αποξενωμένο, αναποτελεσματικό και ανίκανο να προσαρμοστεί στις μεταβαλλόμενες απαιτήσεις του χώρου της υγείας. (Klebe et al., 2022).

3. Στρατηγικές ηγεσίας και διοίκησης σε μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

3.1 Ανάπτυξη Αποτελεσματικών Στρατηγικών Ηγεσίας για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

3.1.1 Προαγωγή Κουλτούρας Συνεργασίας και Επικοινωνίας

Η προώθηση μιας κουλτούρας συνεργασίας και επικοινωνίας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι ζωτικής σημασίας για την παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας, τη βελτίωση της απόδοσης της ομάδας και την αύξηση της εργασιακής ικανοποίησης μεταξύ του προσωπικού (Aslam, 2021). Στο υγειονομικό περιβάλλον όπου ο συντονισμός, η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια των ασθενών είναι πρωταρχικής σημασίας, είναι απαραίτητο οι επαγγελματίες υγείας να συνεργάζονται αποτελεσματικά, ανταλλάσσοντας γνώσεις, πόρους και εμπειρία. Οι ηγέτες που δίνουν προτεραιότητα στη συνεργασία και την επικοινωνία αναπτύσσουν ένα περιβάλλον που εκτιμά την ομαδική εργασία, ενισχύει τις σχέσεις και προάγει την ολοκληρωμένη, αποτελεσματική και με επίκεντρο τον ασθενή φροντίδα υγείας.

Η αποτελεσματική επικοινωνία είναι απαραίτητη για την καλλιέργεια μιας κουλτούρας συνεργασίας. Ομάδες υγειονομικής περίθαλψης, αποτελούμενες από επαγγελματίες, όπως ιατρούς, νοσηλευτές, διοικητικούς υπαλλήλους και συναφείς ειδικότητες, συχνά συνεργάζονται για να παρέχουν την καλύτερη φροντίδα στους ασθενείς. Χωρίς σαφή, διαυγή και άμεση επικοινωνία, αυτές οι ομάδες μπορεί να αποσυνδεθούν, οδηγώντας σε παρεξηγήσεις, αναποτελεσματικότητα και σημαντικές απειλές για την ασφάλεια των ασθενών (Zwolsman, 2020).

Οι ηγέτες είναι απαραίτητοι για τη διασφάλιση ότι η επικοινωνία είναι σαφής, σταθερή και γίνεται με διαφάνεια. Αυτό συνεπάγεται τη δημιουργία διαύλων επικοινωνίας που επιτρέπουν την απρόσκοπτη ανταλλαγή πληροφοριών τόσο κάθετα (από την ηγεσία στο προσωπικό) όσο και οριζόντια (μεταξύ των μελών του προσωπικού σε όλες τις λειτουργίες). Οι ηγέτες θα πρέπει να διευκολύνουν τις τακτικές συναντήσεις της ομάδας, να ενημερώνουν για την ορθή διάδοση πληροφοριών, να αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες και να συνεργάζονται για τον καλύτερο δυνατό στρατηγικό σχεδιασμό (Hughes et al., 2023). Δημιουργώντας αυτές τις ευκαιρίες για αλληλεπίδραση, οι ηγέτες καλλιεργούν ένα περιβάλλον όπου η επικοινωνία είναι ένα εγγενές και ζωτικό συστατικό των καθημερινών λειτουργιών.

Ένας σημαντικός παράγοντας για την προώθηση της συνεργασίας είναι ότι κάθε μέλος της ομάδας αισθάνεται αναγνώριση και εκτίμηση. Στην υγειονομική περίθαλψη, η διεπιστημονική συνεργασία είναι απαραίτητη για την παροχή ολιστικής φροντίδας των ασθενών. Οι ηγέτες πρέπει να καλλιεργήσουν μια κουλτούρα αμοιβαίου σεβασμού, επιτρέποντας σε όλα τα μέλη της ομάδας, ανεξάρτητα από τη θέση τους, να διατυπώνουν άνετα τις απόψεις, τις ανησυχίες και την κριτική τους (Zwolsman, 2020). Η διεπιστημονική συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας προσφέρει ξεχωριστές προοπτικές και ιδέες, που όταν χρησιμοποιούνται αποτελεσματικά, μπορούν να οδηγήσουν σε καινοτόμες λύσεις για την αντιμετώπιση των δυσκολιών στην περίθαλψη των ασθενών. Καλλιεργώντας ένα περιβάλλον χωρίς αποκλεισμούς, οι ηγέτες μπορούν να σπάσουν τα επαγγελματικά στεγανά και να προωθήσουν την ενεργό συμμετοχή των μελών της ομάδας στη διαδικασία λήψης αποφάσεων (Nene et al., 2020).

Επιπλέον, οι ηγέτες πρέπει να δημιουργήσουν συστήματα και διαδικασίες που διευκολύνουν την αδιάλειπτη επικοινωνία μεταξύ των τμημάτων και των λειτουργιών. Κατά την περίθαλψη, οι ασθενείς χρειάζονται συχνά υπηρεσίες από διάφορους κλάδους και η θεραπεία τους μπορεί να περιλαμβάνει αρκετούς επαγγελματίες υγείας. Η τακτική και αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ των κλινικών ιατρών είναι απαραίτητη για την εξασφάλιση συντονισμένης θεραπείας για τους ασθενείς (Zwolsman, 2020). Οι ηγέτες μπορούν να ενισχύσουν τη συνεργασία δημιουργώντας εργαλεία όπως κοινά ηλεκτρονικά αρχεία υγείας, συστήματα διαχείρισης φροντίδας και διεπαγγελματικά προγράμματα κατάρτισης που εγγυώνται ότι όλα τα μέλη της ομάδας φροντίδας είναι ενημερωμένα σχετικά με τις πληροφορίες των ασθενών καθώς και τα πρωτόκολλα θεραπείας. Η χρήση της τεχνολογίας για τη βελτίωση της συνεργασίας είναι ιδιαίτερα σημαντική στο σύγχρονο περιβάλλον της υγειονομικής περίθαλψης (Hughes et al., 2023).

Σημαντικό παράμετρο αποτελεί η εμπιστοσύνη, η εδραίωση της οποίας είναι απαραίτητη για την καλλιέργεια μιας κουλτούρας συνεργασίας. Η εμπιστοσύνη είναι απαραίτητη για κάθε λειτουργική ομάδα. Χωρίς αυτή, η συνεργασία είναι απίθανη. Οι ηγέτες στην πρωτοβάθμια περίθαλψη πρέπει να αποτελούν παράδειγμα ειλικρίνειας, διαφάνειας και υπευθυνότητας (Vilchez et al., 2021). Καλλιεργούν την ψυχολογική ασφάλεια εγκαθιδρύοντας εμπιστοσύνη μεταξύ των μελών της ομάδας, επιτρέποντας στα άτομα να ρισκάρουν, να εκφράσουν ιδέες και να προτείνουν λύσεις χωρίς να φοβούνται την κρίση ή την ανταπόδοση. Όταν υπάρχει εμπιστοσύνη, τα μέλη της ομάδας τείνουν περισσότερο να συνεργάζονται από κοινού και να επικεντρώνονται σε λύσεις, βελτιώνοντας τελικά τη φροντίδα των ασθενών.

Η εκπαίδευση και η ανάπτυξη είναι βασικά στοιχεία για την καλλιέργεια μιας κουλτούρας συνεργασίας. Οι ηγέτες θα πρέπει να αφιερώνουν πόρους σε προγράμματα συνεχούς επαγγελματικής ανάπτυξης που έχουν σχεδιαστεί για να ενισχύσουν τις ικανότητες επικοινωνίας και συνεργασίας (Lanzoni et al., 2016). Οι ασκήσεις συγκρότησης ομάδας, η εκπαίδευση επίλυσης συγκρούσεων και τα αποτελεσματικά μαθήματα επικοινωνίας συμβάλλουν στην ενίσχυση των συνεργατικών ικανοτήτων των ομάδων υγείας. Αυτά τα προγράμματα βελτιώνουν τις διαπροσωπικές σχέσεις και παρέχουν στους εργαζόμενους τις ικανότητες για την επίλυση συγκρούσεων και διαφορών που μπορεί να προκύψουν σε δυναμικά περιβάλλοντα υγειονομικής φροντίδας (Vilchez et al., 2021). Επιπλέον, η συνεχής εκπαίδευση εγγυάται ότι το υγειονομικό προσωπικό διαθέτει επικαιροποιημένες γνώσεις και πρακτικές, οι οποίες μπορούν να μοιραστούν και να χρησιμοποιηθούν για τη βελτίωση της συνολικής παροχής φροντίδας.

Σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, και ειδικότερα στην πρωτοβάθμια φροντίδα, η αποτελεσματική συνεργασία μπορεί να επηρεάσει θετικά τα αποτελέσματα των ασθενών. Μπορεί να οδηγήσει στον γρήγορο εντοπισμό και επίλυση των απαιτήσεων των ασθενών, στη μείωση των κινδύνων ιατρικών λαθών και στην παροχή μιας πιο εξατομικευμένης και αποτελεσματικής εμπειρίας φροντίδας (Vilchez et al., 2021). Η τακτική επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών μπορεί να εγγυηθεί την ορθή εκτέλεση του πλάνου φροντίδας των ασθενών, ενώ η συμβολή από ειδικούς, όπως φυσιοθεραπευτές ή διατροφολόγους, μπορεί να βελτιώσει την ολοκληρωμένη στρατηγική φροντίδας. Αυτή η ενοποιημένη προσέγγιση αποφέρει βελτιωμένα αποτελέσματα υγείας, καθώς οι ασθενείς κερδίζουν από τη συλλογική γνώση και την τεχνογνωσία μιας συνεργατικής ομάδας.

3.1.2 Ενδυνάμωση ηγετών σε όλα τα επίπεδα

Η ενδυνάμωση των ηγετών σε κάθε επίπεδο είναι ζωτικής σημασίας για την ενίσχυση της αποτελεσματικότητας και της ανθεκτικότητας των συστημάτων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Lanzoni et al., 2016). Στην υγειονομική περίθαλψη, η ηγεσία ξεπερνά τους εκτελεστικούς ή ανώτερους διοικητικούς ρόλους. Η ηγεσία πρέπει να κατανέμεται σε ολόκληρο τον οργανισμό, συμπεριλαμβανομένου του προσωπικού πρώτης γραμμής και των ομάδων διαχείρισης κρίσεων. Η ενδυνάμωση των ηγετών σε όλα τα επίπεδα βελτιώνει την ανταπόκριση στη λήψη αποφάσεων, ενισχύει τη δημιουργικότητα και προετοιμάζει τις ομάδες της εκάστοτε μονάδας για να αντιμετωπίσουν τις δυναμικές προκλήσεις της σύγχρονης παροχής υγειονομικής φροντίδας. Καλλιεργώντας τις ηγετικές δεξιότητες σε κάθε επίπεδο, οι υπηρεσίες φροντίδας

υγείας μπορούν να προωθήσουν τη συνεργασία, την υπευθυνότητα και μια καλύτερη προσέγγιση στη θεραπεία (Jiyenze et al., 2023).

Η ενδυνάμωση των ηγετών σε κάθε επίπεδο επιταχύνει και ενισχύει τη λήψη αποφάσεων. Ο τομέας της υγειονομικής περίθαλψης χαρακτηρίζεται από συνεχώς εξελισσόμενες προσδοκίες και απαιτήσεις ασθενών, που απαιτούν άμεσες λύσεις. Η κεντρική ηγεσία μπορεί να εμποδίσει τη λήψη αποφάσεων λόγω της ανάγκης διοίκησης σε διάφορα οργανωτικά επίπεδα (Jiyenze et al., 2023). Η ενδυνάμωση των ηγετών σε κάθε επίπεδο επιτρέπει στους εργαζόμενους στην πρώτη γραμμή, όπως νοσηλευτές, ιατρούς και όλους τους επαγγελματίες υγείας, να λαμβάνουν αποφάσεις βάσει δεδομένων σε πραγματικό χρόνο, ενισχύοντας έτσι τη φροντίδα των ασθενών και τη λειτουργική αποτελεσματικότητα. Αυτοί οι ηγέτες μπορούν να αντιμετωπίσουν άμεσα τα παράπονα των ασθενών, να εκτελέσουν σχέδια φροντίδας και να προσαρμοστούν σε απροσδόκητες περιστάσεις χωρίς να περιμένουν έγκριση από την ανώτερη διοίκηση.

Αυτή η ανταπόκριση είναι ιδιαίτερα σημαντική στο περιβάλλον της πρωτοβάθμιας φροντίδας, καθώς τα μέλη της ομάδας αντιμετωπίζουν συχνά περίπλοκες και ποικίλες ανάγκες των ασθενών (Argaw et al., 2021). Η ενδυνάμωση των ηγετών σε όλα τα επίπεδα όχι μόνο επιταχύνει τη λήψη αποφάσεων, αλλά ενθαρρύνει επίσης την αίσθηση του καθήκοντος και της υπευθυνότητας. Όταν τα άτομα σε όλα τα επίπεδα διαθέτουν την εξουσία να ηγούνται, εκδηλώνουν μεγαλύτερη προθυμία να αναλάβουν την ευθύνη για τις πράξεις και τα αποτελέσματά τους. Αυτή η υπευθυνότητα ενισχύει τη δέσμευση και τα κίνητρα, καθώς οι εργαζόμενοι αισθάνονται ότι η συνεισφορά τους αναγνωρίζεται και παράλληλα αναγνωρίζουν την άμεση επιρροή τους στην απόδοση της υπηρεσίας. Στην υγειονομική περίθαλψη, όπου η φροντίδα των ασθενών είναι απαραίτητη, αυτή η αίσθηση ιδιοκτησίας είναι ζωτικής σημασίας. Οι εξουσιοδοτημένοι ηγέτες είναι περισσότερο διατεθειμένοι να ξεπεράσουν τις επαγγελματικές προσδοκίες, διασφαλίζοντας την καλύτερη ποιότητα της φροντίδας των ασθενών. Λειτουργούν περαιτέρω ως παραδείγματα για τους συγχρόνους τους, προωθώντας μια κουλτούρα ευθύνης και προληπτική επίλυση θεμάτων (Vilchez et al., 2021).

Επιπλέον, η ενίσχυση της ηγεσίας σε όλα τα επίπεδα προάγει ένα πιο συνεργατικό εργασιακό περιβάλλον. Η αποτελεσματική ομαδική εργασία είναι ζωτικής σημασίας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, καθώς οι διεπιστημονικές ομάδες επιβλέπουν συχνά τη διαχείριση των ασθενών (Aslam, 2021). Οι ηγέτες όλων των βαθμίδων μπορούν να ενεργούν ως μεσάζοντες μεταξύ διαφόρων επαγγελματικών ομάδων, διασφαλίζοντας ότι όλα τα ενδιαφερόμενα μέλη αναγνωρίζονται στη διαδικασία φροντίδας. Ένας επικεφαλής νοσηλευτής μπορεί να διευκολύνει

την επικοινωνία μεταξύ ιατρών και διοικητικού προσωπικού, διασφαλίζοντας την τήρηση του πλάνου φροντίδας ασθενών, την εναρμόνιση του προγραμματισμού με τις κλινικές απαιτήσεις και την άμεση επίλυση των δυσκολιών του ασθενούς. Όταν τα άτομα σε όλα τα επίπεδα διαθέτουν την εξουσία να ηγούνται, εκδηλώνουν μεγαλύτερη προθυμία να αναζητήσουν δυνατότητες προσωπικής και συλλογικής ανάπτυξης και εξέλιξης (Argaw et al., 2021).

Οι ηγέτες σε όλους τους τομείς υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να διαθέτουν τις απαραίτητες ικανότητες για αποτελεσματική ηγεσία, ανεξάρτητα από τους ρόλους τους σε κλινικούς, διοικητικούς ή διαχειριστικούς τομείς (Sandhu, 2019). Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσω της εκπαίδευσης ηγεσίας, της καθοδήγησης και των συνεχών πρωτοβουλιών επαγγελματικής ανάπτυξης. Όταν οι εργαζόμενοι διαθέτουν τα μέσα και την υποστήριξη για να ενισχύσουν τις ηγετικές τους δεξιότητες, βιώνουν αυξημένη εμπιστοσύνη και επάρκεια στους ρόλους τους. Αυτή η συνεχής ανάπτυξη καλλιεργεί μια κουλτούρα αριστείας, όπου όλα τα άτομα προσπαθούν να βελτιώσουν και να συμβάλουν στην επιτυχία του οργανισμού. Για να είναι πραγματικά αποτελεσματική η ενδυνάμωση της ηγεσίας, οι οργανισμοί πρέπει να δημιουργήσουν τα απαραίτητα σημεία υποστήριξης. Η ενδυνάμωση των ηγετών δεν συνεπάγεται παραίτηση ευθυνών ή μείωση της εποπτείας. Συνεπάγεται την παροχή συμβουλών, κατεύθυνσης και των απαραίτητων εργαλείων για την επίτευξή τους (Sandhu, 2019). Οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να οριοθετούν τις προσδοκίες, να διαθέτουν σημεία επικοινωνίας και τους απαραίτητους μηχανισμούς υποστήριξης. Για παράδειγμα, ενώ εξουσιοδοτείται ένας νοσηλευτής να αναλάβει ηγετικό ρόλο και να διαχειριστεί μια ομάδα επαγγελματιών υγείας, ο οργανισμός πρέπει να τους παρέχει την απαραίτητη εκπαίδευση, πόρους και επίβλεψη για να εγγυηθεί την ικανότητα και την απόδοσή τους.

Επιπλέον, οι ηγέτες σε όλα τα επίπεδα πρέπει να έχουν πρόσβαση σε ευκαιρίες συνεχούς επαγγελματικής εξέλιξης για να βελτιώσουν τις δεξιότητές τους και να παραμείνουν ενημερωμένοι για καινοτόμες πρακτικές υγειονομικής περίθαλψης (Argaw et al., 2021). Στην υγειονομική περίθαλψη, ιδιαίτερα στην πρωτοβάθμια φροντίδα, η οργανωτική απόδοση εξαρτάται συχνά από τις συλλογικές προσπάθειες ενός ποικίλου προσωπικού. Η ενδυνάμωση των ηγετών σε κάθε επίπεδο ευνοεί έναν πιο περιεκτικό και υποστηρικτικό χώρο εργασίας, δίνοντας τη δυνατότητα σε όλα τα άτομα να συνεισφέρουν στη φροντίδα των ασθενών και στην οργανωτική επιτυχία (McMurray, 2007). Η κατανεμημένη ηγεσία δίνει τη δυνατότητα στα άτομα να ξεκινούν ενέργειες, να λαμβάνουν αποφάσεις και να αντιμετωπίζουν προκλήσεις. Αυτή η κουλτούρα ενδυνάμωσης αυξάνει την εργασιακή ικανοποίηση και την επαγγελματική

ανάπτυξη του προσωπικού, ενώ ενισχύει τα αποτελέσματα υγείας των ασθενών μέσω μιας πιο συντονισμένης και ολοκληρωμένης θεραπείας.

3.2 Στρατηγική Διοίκηση στα Συστήματα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

3.2.1 Ευθυγράμμιση των οργανωτικών στόχων με την ασθενοκεντρική φροντίδα

Η ευθυγράμμιση των οργανωτικών στόχων με τη φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή είναι μια θεμελιώδης στρατηγική στα σύγχρονα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, ειδικά στο περιβάλλον της πρωτοβάθμιας περίθαλψης όπου οι ασθενείς αποτελούν το επίκεντρο της παροχής υγειονομικής φροντίδας. Η ασθενοκεντρική φροντίδα δίνει προτεραιότητα στην παροχή θεραπείας που ανταποκρίνεται στις διαφορετικές προτιμήσεις, ανάγκες και αξίες κάθε ασθενούς. Αυτή η μεθοδολογία υπογραμμίζει τη σημασία του ασθενούς ως εμπλεκόμενου συμμετέχοντα στη διαδικασία υγειονομικής περίθαλψης, με στόχο την προσαρμογή της φροντίδας για την κάλυψη συγκεκριμένων αναγκών (Vilchez et al., 2021). Οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να συγχρονίσουν τους στόχους και τις στρατηγικές τους με τις αρχές της φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή, διασφαλίζοντας ότι κάθε απόφαση, διαδικασία και αλληλεπίδραση έχει σχεδιαστεί για να βελτιώνει τα αποτελέσματα και την ικανοποίηση των ασθενών.

Η ενσωμάτωση των οργανωτικών στόχων με την ασθενοκεντρική φροντίδα απαιτεί έμφαση στις ανάγκες και τις εμπειρίες των ασθενών σε όλες τις οργανωτικές πρωτοβουλίες (Puertas et al., 2020). Οι πάροχοι φροντίδας πρέπει να εγγυηθούν ότι όλα τα τμήματα και το προσωπικό, από τους ιατρούς μέχρι τους διοικητικούς υπαλλήλους, είναι αφοσιωμένα στην καλλιέργεια ενός καλού, υποστηρικτικού και συμπονετικού περιβάλλοντος για τους ασθενείς. Οι ηγέτες πρέπει να διατυπώσουν τη σημασία της φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή σε ολόκληρο τον οργανισμό και να την ενσωματώσουν στην αποστολή, το όραμα και τις αξίες του οργανισμού (Vilchez et al., 2021). Αυτές οι κατευθυντήριες αρχές πρέπει να περιλαμβάνουν την αφοσίωση στην παροχή φροντίδας που υπερβαίνει τα κλινικά αποτελέσματα, καλύπτοντας τις συναισθηματικές, κοινωνικές και ψυχολογικές απαιτήσεις των ασθενών. Όταν αυτές οι έννοιες ενσωματώνονται στην ταυτότητα ενός οργανισμού, διαμορφώνεται μια κουλτούρα που δίνει έμφαση στην ευημερία των ασθενών.

Η εφαρμογή της φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή απαιτεί την προσαρμογή των οργανωτικών στόχων μέσω τροποποίησης των πολιτικών για τη βελτίωση της επικοινωνίας, του συντονισμού και της συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών (Spehar et al., 2017). Οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να εγγυηθούν ότι οι κλινικές τους

διαδικασίες, όπως η κοινή λήψη αποφάσεων και ο σχεδιασμός φροντίδας, εμπλέκουν ενεργά τους ασθενείς στις αποφάσεις σχετικά με τις εναλλακτικές θεραπευτικές επιλογές τους. Αυτό δίνει τη δυνατότητα στους ασθενείς να εκφράσουν τις προτιμήσεις τους στη φροντίδα τους, προάγοντας μια αίσθηση αυτονομίας και ιδιοκτησίας επί των αποτελεσμάτων της υγείας τους (Puertas et al., 2020).

Επιπλέον, οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να ενισχύσουν τη φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή, προσφέροντας συνεχή εκπαίδευση και κατάρτιση στο προσωπικό για να βελτιώσουν τις επικοινωνιακές τους δεξιότητες, την ενσυναίσθηση και την κατανόηση των διαφορετικών απαιτήσεων των ασθενών. Η πρόσβαση είναι καθοριστικός παράγοντας για τα αποτελέσματα της υγείας και οι υγειονομικοί οργανισμοί πρέπει να προσπαθήσουν να άρουν τα εμπόδια στη φροντίδα όλων των ασθενών (Spehar et al., 2017). Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει τη βελτίωση της προσβασιμότητας στις υπηρεσίες μέσω ευέλικτου ωραρίου, την ενσωμάτωση της τηλεϊατρικής στην παροχή υπηρεσιών ή την εξασφάλιση θεραπείας για αποκλεισμένους πληθυσμούς (Arbab Kash et al., 2014). Οι οργανισμοί υγείας πρέπει να δώσουν προτεραιότητα στην πολιτιστική ικανότητα για την παροχή δίκαιης και προσβάσιμης φροντίδας σε άτομα διαφορετικού πολιτισμικού ή και οικονομικού υπόβαθρου. Ένας υγειονομικός οργανισμός με επίκεντρο τον ασθενή υπερβαίνει την απλή παροχή περίθαλψης διασφαλίζοντας προσβασιμότητα, σεβασμό και αναγνώριση στους διαφορετικούς κοινωνικοοικονομικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας που επηρεάζουν τη ζωή των ατόμων/ασθενών.

Η λήψη αποφάσεων με γνώμονα τα δεδομένα είναι απαραίτητη επίσης για την ενσωμάτωση των οργανωτικών στόχων στην ασθενοκεντρική φροντίδα. Οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να αποκτήσουν σημαντικές πληροφορίες για την εμπειρία του ασθενούς και να εντοπίσουν τομείς για βελτίωση μέσω ανατροφοδότησης από αυτούς (McMurray, 2007). Οι έρευνες ικανοποίησης ασθενών προσφέρουν άμεση πληροφόρηση σχετικά με στοιχεία υπηρεσιών όπως η επικοινωνία, ο χρόνος αναμονής και η συνολική εμπειρία με τους παρόχους υγείας (Sandhu, 2019). Αυτά τα δεδομένα μπορούν να διευκολύνουν τις συνεχείς προσπάθειες βελτίωσης της ποιότητας και να εγγυηθούν ότι οι υπηρεσίες ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις και τις προτιμήσεις των ασθενών. Επιπλέον, τα αποτελέσματα των θεραπειών μπορούν να αναδείξουν τα πρότυπα και τις ελλείψεις στη φροντίδα, επιτρέποντας εστιασμένες παρεμβάσεις που βελτιώνουν τόσο την ποιότητα όσο και την αποτελεσματικότητα της περίθαλψης.

Σημαντικός παράγοντας για την προσαρμογή των οργανωτικών στόχων με την ασθενοκεντρική φροντίδα, είναι η εξασφάλιση της δέσμευσης όλων των μελών του προσωπικού σε αυτήν την

αλλαγή. Οι ηγέτες πρέπει να καλλιεργήσουν μια οργανωτική κουλτούρα όπου η φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή δεν είναι απλώς ένα σύνθημα αλλά μια κοινή δέσμευση σε όλη την υπηρεσία (Arbab Kash et al., 2014). Αυτό συνεπάγεται την προώθηση της συνεργασίας μεταξύ διαφορετικών επαγγελματιών υγείας, την ενσωμάτωση κοινών αξιών και εννοιών σε όλες τις πτυχές της παροχής φροντίδας και τη διασφάλιση ότι όλο το προσωπικό - ανεξάρτητα από την άμεση δέσμευσή του στη φροντίδα των ασθενών - κατανοεί τον ρόλο του στη βελτίωση των εμπειριών τους. Το διοικητικό προσωπικό διαδραματίζει ζωτικό ρόλο στη διασφάλιση ότι οι ασθενείς αισθάνονται ευπρόσδεκτοι, τους σέβονται και τους εκτιμούν κατά την νοσηλεία τους στο νοσοκομειακό περιβάλλον (Klebe et al., 2022). Αυτή η ολοκληρωμένη προσέγγιση εγγυάται ότι οι στόχοι της φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή δεν περιορίζονται στο κλινικό προσωπικό αλλά υιοθετούνται από το προσωπικό όλης της δομής.

Επιπλέον, οι υγειονομικοί οργανισμοί πρέπει να εγγυηθούν ότι η φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή ενισχύεται από επαρκείς πόρους, μεταξύ των οποίων ανθρώπινους, εκπαίδευση και τεχνολογία (Klebe et al., 2022). Η επένδυση στην εκπαίδευση του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης σχετικά με τη σημασία της ενσυναίσθησης, της πολιτισμικής ικανότητας και των δεξιοτήτων επικοινωνίας βοηθά να διασφαλιστεί ότι η φροντίδα είναι προσαρμοσμένη για να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις κάθε ατόμου. Οι τεχνολογικές εξελίξεις, όπως τα ηλεκτρονικά αρχεία υγείας (EHRs), ενισχύουν την εμπειρία του ασθενή επιτρέποντας την αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ των ομάδων υγειονομικής περίθαλψης και διατηρώντας την ακρίβεια και την προσβασιμότητα των πληροφοριών των ασθενών σε διαφορετικά περιβάλλοντα φροντίδας (Huebner & Flessa, 2022). Η ενσωμάτωση της τεχνολογίας ενισχύει τον συντονισμό και την αποτελεσματικότητα της περίθαλψης των ασθενών και είναι απαραίτητη για την παροχή εξατομικευμένων και ολοκληρωμένων υπηρεσιών.

3.2.2 Αξιοποίηση της τεχνολογίας για αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα

Η αξιοποίηση της τεχνολογίας για τη βελτίωση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας είναι απαραίτητη για τα σύγχρονα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, ιδιαίτερα σε περιβάλλοντα πρωτοβάθμιας φροντίδας. Καθώς οι απαιτήσεις για υγειονομική περίθαλψη γίνονται πιο περίπλοκες, οι υπηρεσίες πρέπει να υιοθετήσουν τεχνολογικές λύσεις για τη βελτίωση της λειτουργικής αποτελεσματικότητας, τη βελτιστοποίηση των αποτελεσμάτων των ασθενών και τον εξορθολογισμό του πλάνου εργασίας (Smith & Bhavsar, 2021). Η τεχνολογία προσφέρει ισχυρά μέσα που ενισχύουν τη διοικητική αποτελεσματικότητα, διευκολύνουν την επικοινωνία, ενισχύουν τη λήψη αποφάσεων βάσει δεδομένων και

βελτιώνουν την ποιότητα της φροντίδας των ασθενών. Η ενσωμάτωση της τεχνολογίας σε όλες τις πτυχές της υγειονομικής περίθαλψης επιτρέπει στους οργανισμούς να ανταποκριθούν στις αυξανόμενες απαιτήσεις παροχής υγειονομικής περίθαλψης παρέχοντας παράλληλα πιο εξατομικευμένη, προσβάσιμη και συντονισμένη φροντίδα ασθενών.

Ένας κρίσιμος τομέας όπου η τεχνολογία μπορεί να βελτιώσει την αποτελεσματικότητα στην υγειονομική περίθαλψη είναι η υιοθέτηση ηλεκτρονικών αρχείων υγείας. Τα Ηλεκτρονικά Μητρώα Υγείας (HMY) αποτελούν επανάσταση στην αποθήκευση, την προσβασιμότητα και τη διανομή των πληροφοριών ασθενών στους οργανισμούς υγείας. Η στροφή από τα έντυπα στα ηλεκτρονικά αρχεία, επιτρέπει στους οργανισμούς περίθαλψης να αποθηκεύουν δεδομένα ασθενών με ασφάλεια, να είναι πλήρως ενημερωμένα και να είναι προσβάσιμα σε πολλούς ιατρούς ή άλλους εξουσιοδοτημένους χρήστες που εργάζονται σε διαφορετικά περιβάλλοντα. Αυτό μειώνει την ανάγκη για επανάληψη εξετάσεων, μετριάξει τις ανακρίβειες συνταγογράφησης και ενισχύει τον συντονισμό της φροντίδας (Smith & Bhavsar, 2021). Τα Ηλεκτρονικά Μητρώα Υγείας επιτρέπουν στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης να παρακολουθούν αποτελεσματικά το ιατρικό ιστορικό ενός ασθενούς, να αξιολογούν την πρόοδο της θεραπείας και να λαμβάνουν τεκμηριωμένες αποφάσεις με βάση ενδελεχή και ακριβή δεδομένα. Επιπλέον, τα HMY βελτιστοποιούν τις διοικητικές εργασίες, όπως τη χρέωση, την κωδικοποίηση και τον προγραμματισμό, δίνοντας τη δυνατότητα στους ιατρούς και το λοιπό υγειονομικό προσωπικό να αφιερώνει περισσότερο χρόνο στη φροντίδα των ασθενών.

Η τηλεϊατρική είναι μια τεχνολογική πρόοδος που έχει βελτιώσει σημαντικά την αποτελεσματικότητα στη βασική υγειονομική περίθαλψη (Desta et al., 2020). Η τηλεϊατρική επιτρέπει στους επαγγελματίες υγείας να παρέχουν εξ αποστάσεως συμβουλές, διάγνωση και παρακολούθηση μέσω τηλεδιάσκεψης, τηλεφωνικής επικοινωνίας ή ψηφιακών πλατφορμών. Αυτό είναι ιδιαίτερα επωφελές για ασθενείς σε αγροτικές ή υποεξυπηρετούμενες περιοχές με περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Η τηλεϊατρική μετριάξει τους περιορισμούς πρόσβασης, όπως οι δυσκολίες μετακίνησης και οι παρατεταμένες περίοδοι αναμονής, ενώ επιτρέπει στους επαγγελματίες υγείας να βελτιώσουν την αποτελεσματικότητά τους στον προγραμματισμό (Huebner & Flessa, 2022). Μέσω εικονικών διαβουλεύσεων, οι επαγγελματίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μπορούν να διαχειριστούν μεγαλύτερο αριθμό ασθενών σε λιγότερο χρόνο, διατηρώντας παράλληλα την ποιότητα της θεραπείας. Επιπλέον, η τηλεϊατρική ενισχύει τη συνέχεια της περίθαλψης, επιτρέποντας στους ασθενείς να επικοινωνούν άνετα με τους παρόχους υγείας για παρακολούθηση ή συμβουλευτική μεταξύ των προσωπικών επισκέψεων.

Το πλήθος των δεδομένων που παράγονται από τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης απαιτούν την ικανότητα ανάλυσης και κατανόησης αυτών των πληροφοριών για τεκμηριωμένη λήψη αποφάσεων (Huebner & Flessa, 2022). Οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να χρησιμοποιήσουν αναλύσεις δεδομένων για να εντοπίσουν τάσεις, να προβλέψουν τα αποτελέσματα των ασθενών και να αναπτύξουν στοχευμένες παρεμβάσεις που βελτιώνουν την παροχή φροντίδας. Η προγνωστική ανάλυση μπορεί να προβλέψει τις απαιτήσεις των ασθενών, συμπεριλαμβανομένης της αναγνώρισης ατόμων με αυξημένο κίνδυνο για χρόνιες ασθένειες ή δυσμενή έκβαση (Jodar i Solà et al., 2016). Αυτό διευκολύνει την προληπτική φροντίδα, επιτρέποντας έγκαιρες θεραπευτικές παρεμβάσεις που μπορούν να αποτρέψουν δαπανηρές ή παρατεταμένες νοσηλείες. Επιπλέον, η ανάλυση δεδομένων μπορεί να αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα διαφορετικών διαδικασιών θεραπείας, σε μεγάλο αριθμό ασθενών.

Η χρήση της τεχνολογίας στον τομέα της υγείας ενισχύει επιπλέον την επικοινωνία και τη συνεργασία μεταξύ του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης (Martínez-Gonzalez et al., 2016). Η διεπαγγελματική επικοινωνία είναι ζωτικής σημασίας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, καθώς οι ασθενείς λαμβάνουν συχνά θεραπεία από διάφορους παρόχους περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων ιατρών, νοσηλευτών και άλλων επαγγελματιών υγείας. Τα ασφαλή συστήματα ανταλλαγής μηνυμάτων, οι κοινόχρηστοι πίνακες εργαλείων και η συνεργατική τεχνολογία ενισχύουν την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα της επικοινωνίας μεταξύ των διαφορετικών παρόχων (Jodar i Solà et al., 2016). Μια διαδικτυακή πλατφόρμα διευκολύνει την ανταλλαγή των αποτελεσμάτων των εξετάσεων ενός ασθενούς σε πραγματικό χρόνο μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, όπως ενός ιατρού, νοσηλευτή, διατροφολόγου και φαρμακοποιού, και εγγυάται ότι όλα τα άτομα που εμπλέκονται στη φροντίδα του ασθενούς έχουν πρόσβαση στις ίδιες πληροφορίες. Αυτή η συνεργατική μεθοδολογία μειώνει την πιθανότητα σφαλμάτων, βελτιώνει την αποτελεσματικότητα και καλλιεργεί μια ατμόσφαιρα προσανατολισμένη στην ομάδα, επωφελημένη τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους επαγγελματίες υγείας.

Τεχνολογικά εργαλεία όπως πύλες ασθενών, κινητές εφαρμογές υγείας και φορητές συσκευές επιτρέπουν στους ασθενείς να επιβλέπουν την υγεία τους παρέχοντας πρόσβαση σε ιατρικά αρχεία, χρονοδιαγράμματα, ραντεβού και εκπαιδευτικούς πόρους. Οι πύλες ασθενών διευκολύνουν την απόκτηση των αποτελεσμάτων των εξετάσεων, την υποβολή ερωτήσεων και την αλληλεπίδραση με τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης χωρίς να απαιτείται αυτοπρόσωπη ή και επιτόπια επίσκεψη (Gopee & Galloway, 2017). Οι εφαρμογές υγείας για κινητά επιτρέπουν στους χρήστες να παρακολουθούν τα ζωτικά σημεία, τη συμμόρφωση με τα φάρμακα και τις αλλαγές στον τρόπο ζωής, οι οποίες μπορούν να μεταδοθούν στους παρόχους

υγειονομικής περίθαλψης. Αυτή η συλλογή δεδομένων σε πραγματικό χρόνο ενισχύει τον συντονισμό της φροντίδας και εξουσιοδοτεί τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης να ενεργούν όπως είναι απαραίτητο, με στόχευση μια πιο εξατομικευμένη θεραπεία.

Επιπλέον, αυτές οι τεχνολογίες αυξάνουν την ικανοποίηση των ασθενών παρέχοντας στα άτομα μεγαλύτερη αυτονομία όσον αφορά την υγεία τους (Huebner & Flessa, 2022). Παρά τα πολυάριθμα πλεονεκτήματα της τεχνολογίας στην υγειονομική περίθαλψη, εξακολουθούν να υπάρχουν εμπόδια για την αποτελεσματική υιοθέτησή της. Μια πρωταρχική πρόκληση είναι να διασφαλιστεί ότι το προσωπικό έχει επαρκή εκπαίδευση για να χρησιμοποιεί τις νέες τεχνολογίες (Jiyenze et al., 2023). Η ανεπαρκής εκπαίδευση ελλοχεύει τον κίνδυνο της αναποτελεσματικότητας, σφαλμάτων και δυσaráεσκείας των εργαζομένων. Επιπλέον, το απόρρητο και η ασφάλεια των δεδομένων είναι πρωταρχικής σημασίας σε περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης. Οι οργανισμοί υγείας πρέπει να λάβουν αυστηρά μέτρα κυβερνοασφάλειας για την προστασία των ευαίσθητων πληροφοριών ασθενών από παραβιάσεις και μη εξουσιοδοτημένη πρόσβαση. Η διασφάλιση της τεχνολογικής συμμόρφωσης με κανονισμούς όπως ο νόμος περί φορητότητας και λογοδοσίας ασφάλισης υγείας (HIPAA), είναι απαραίτητη για τη διατήρηση της εμπιστοσύνης και τη διαφύλαξη των δεδομένων των ασθενών.

Επιπλέον, το κόστος που σχετίζεται με την εφαρμογή και τη συντήρηση των τεχνολογικών συστημάτων μπορεί να δημιουργήσει δυσκολία για ορισμένους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης, ιδιαίτερα για μικρότερες ιατρικές μονάδες ή για εκείνες που βρίσκονται σε υποεξυπηρετούμενες περιοχές. Αν και η αρχική επένδυση κεφαλαίου στην τεχνολογία μπορεί να είναι σημαντική, τα επακόλουθα πλεονεκτήματα της ενισχυμένης αποτελεσματικότητας και της εξοικονόμησης κόστους μπορεί να ξεπεράσουν την αρχική δαπάνη (Smith & Bhavsar, 2021). Οι κυβερνήσεις και οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να προωθήσουν τη χρήση τεχνολογίας μέσω επιχορηγήσεων, επιδοτήσεων και πολιτικών αποζημίωσης, διευκολύνοντας την πρόσβαση σε όλους τους επαγγελματίες υγείας.

3.3 Αξιολόγηση της επιτυχίας των στρατηγικών ηγεσίας και διαχείρισης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

3.1.3 Βασικοί δείκτες απόδοσης (KPIs) για την αποτελεσματικότητα της ηγεσίας

Οι Βασικοί Δείκτες Απόδοσης (KPIs) είναι ζωτικής σημασίας εργαλεία για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της ηγεσίας σε υγειονομικούς οργανισμούς. Αυτοί οι δείκτες παρέχουν μετρήσιμα δεδομένα που βοηθούν τους οργανισμούς να αξιολογήσουν την αποτελεσματικότητα των ηγετών τους στην επίτευξη στρατηγικών στόχων, στη βελτίωση της φροντίδας των ασθενών

και στην υποστήριξη της συνολικής οργανωτικής επιτυχίας (Veillard et al., 2017). Στο περιβάλλον της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, η αποτελεσματικότητα της ηγεσίας συνδέεται με την ικανότητα του ηγέτη να βελτιώνει τα κλινικά αποτελέσματα και τη λειτουργική αποτελεσματικότητα, καλλιεργώντας παράλληλα μια εποικοδομητική ατμόσφαιρα στο χώρο εργασίας. Οι βασικοί δείκτες απόδοσης για την αποτελεσματικότητα της ηγεσίας προσφέρουν ένα συνολικό πλαίσιο για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας σε τομείς όπως η λήψη αποφάσεων, η απόδοση της ομάδας, η ικανοποίηση των ασθενών και η ορθή χρήση των πόρων.

Ένας ζωτικής σημασίας δείκτης για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της ηγεσίας στην υγειονομική περίθαλψη είναι η ικανοποίηση των ασθενών (Martínez-Gonzalez et al., 2016). Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών αντικατοπτρίζει την αποτελεσματικότητα των στελεχών υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων των ιατρών, των νοσηλευτών και των διοικητικών στελεχών, στην καλλιέργεια ενός περιβάλλοντος όπου οι ασθενείς αισθάνονται εκτίμηση, αναγνώριση και φροντίδα. Τα σχόλια των ασθενών μπορούν να συλλεχθούν μέσω ερευνών, διαδικτυακών αξιολογήσεων, με απευθείας συζήτηση ή μέσω αλληλογραφίας (Veillard et al., 2017). Αξιολογώντας την ικανοποίηση των ασθενών, οι ηγέτες μπορούν να μετρήσουν την αποτελεσματικότητα των λύσεών τους στις επιθυμίες και τις ανησυχίες των ασθενών. Οι αυξημένες βαθμολογίες ικανοποίησης ασθενών υποδηλώνουν ότι οι ηγέτες καλλιεργούν με επιτυχία μια κουλτούρα φροντίδας που δίνει προτεραιότητα στην εμπειρία του ασθενούς, ενώ οι μειωμένες βαθμολογίες μπορεί να σηματοδοτούν την ανάγκη για παρεμβάσεις, όπως ενίσχυση της επικοινωνίας, ελαχιστοποίηση του χρόνου αναμονής ή βελτιστοποίηση της παροχής υπηρεσιών.

Ένας επίσης κρίσιμος δείκτης για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της ηγεσίας είναι η δέσμευση και η διατήρηση των εργαζομένων (Aslam, 2021). Στο εργασιακό περιβάλλον της ΠΦΥ, οι ηγέτες πρέπει να εξασφαλίσουν ότι το προσωπικό τους παραμένει αφοσιωμένο και ικανοποιημένο με τις εργασιακές συνθήκες. Οι αφοσιωμένοι υπάλληλοι είναι περισσότερο διατεθειμένοι να παρέχουν υψηλής ποιότητας φροντίδα ασθενών, να εργάζονται αποτελεσματικά με τους συνεργάτες τους και να διατηρούν την δέσμευση με τον φορέα για μεγαλύτερες περιόδους, μειώνοντας τον κύκλο αλλαγών, παραιτήσεων και των νέων προσλήψεων. Η δέσμευση των εργαζομένων μπορεί να αξιολογηθεί χρησιμοποιώντας έρευνες, συνεντεύξεις και μετρήσεις κύκλου εργασιών. Τα αυξημένα επίπεδα δέσμευσης υποδηλώνουν αποτελεσματική ηγεσία στην καλλιέργεια ενός υποστηρικτικού χώρου εργασίας, την προώθηση ευκαιριών επαγγελματικής ανάπτυξης και τη διατήρηση αμφίδρομων καναλιών επικοινωνίας (Ali et al., 2017). Αντίθετα, τα αυξημένα ποσοστά αποχώρησης ή τα μειωμένα επίπεδα

δέσμευσης μπορεί να σημαίνουν ελλείψεις ηγεσίας, όπως αναποτελεσματική επικοινωνία, ανεπαρκείς δυνατότητες επαγγελματικής εξέλιξης ή αποτυχία να καλλιεργηθεί ένα θετικό κλίμα στο περιβάλλον εργασίας.

Η αποτελεσματικότητα της ηγεσίας αντανακλάται στην απόδοση της ομάδας, η οποία μπορεί να αξιολογηθεί από βασικούς δείκτες απόδοσης (KPIs), όπως η επίτευξη θεραπευτικών στόχων, η συμμόρφωση με τα πρωτόκολλα θεραπείας και η αποτελεσματική διεπιστημονική συνεργασία. Η υγειονομική περίθαλψη ουσιαστικά είναι συνεργατική και οι ηγέτες είναι υποχρεωμένοι να εγγυώνται ότι οι ομάδες λειτουργούν με συνοχή για την επίτευξη κοινών στόχων (Ali et al., 2017). Οι βασικοί δείκτες που σχετίζονται με την απόδοση της ομάδας μπορεί να περιλαμβάνουν μετρήσεις όπως, την έγκαιρη εκτέλεση των σχεδίων φροντίδας ασθενών, την αποτελεσματική εφαρμογή διαδικασιών που βασίζονται σε στοιχεία ή την μείωση των ιατρικών λαθών. Αυτοί οι δείκτες αναδεικνύουν την αποτελεσματικότητα των ηγετών στη διαχείριση της ομάδας, τη βελτίωση της επικοινωνίας και την παροχή βασικών πόρων και υποστήριξης για το ιατρικό προσωπικό ώστε να παρέχει φροντίδα υψηλής ποιότητας (Aslam, 2021). Η βελτιωμένη απόδοση της ομάδας σημαίνει αποτελεσματική ηγεσία, ενώ η μειωμένη απόδοση μπορεί να αντανακλά ελλείψεις ηγεσίας σχετικά με τη δυναμική της ομάδας, τη διανομή των πόρων ή τις λειτουργικές ανεπάρκειες.

Ένας συμπληρωματικός δείκτης για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της ηγεσίας είναι η χρήση των πόρων. Οι αποτελεσματικοί ηγέτες στην ΠΦΥ πρέπει να εγγυώνται τη βέλτιστη χρήση των πόρων, συμπεριλαμβανομένων του χρόνου, του προσωπικού και των οικονομικών θεμάτων. Κρίσιμο στατιστικό στοιχείο αποτελεί το κόστος ανά επίσκεψη ασθενούς, που αντικατοπτρίζει την αποτελεσματικότητα της ηγεσίας στην επίβλεψη των λειτουργικών δαπανών διατηρώντας παράλληλα την ποιότητα των υπηρεσιών (Ali et al., 2017). Επιπλέον, τα ηγετικά στελέχη θα πρέπει να εστιάσουν την προσοχή τους, στη βελτιστοποίηση των ωραρίων του προσωπικού και στη μείωση της αναποτελεσματικότητας στο χώρο της υγειονομικής περίθαλψης. Η ανεπαρκής χρήση των πόρων μπορεί να οδηγήσει σε κόπωση και αυξημένα έξοδα, επηρεάζοντας αρνητικά τα αποτελέσματα υγείας των ασθενών. Οι ηγέτες που είναι ικανοί στη διαχείριση των πόρων, καλούνται να ισορροπήσουν και να συνδυάσουν με επιδεξιότητα τις ανάγκες των ασθενών, του προσωπικού και του οργανισμού, διασφαλίζοντας παράλληλα τη λειτουργική αποτελεσματικότητα και τη μείωση της σπατάλης.

Τα αποτελέσματα υγείας των ασθενών χρησιμεύουν επίσης ως βασικός δείκτης απόδοσης για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της ηγεσίας. Αυτοί οι δείκτες υπογραμμίζουν

ορισμένα αποτελέσματα υγείας που επηρεάζονται από την ηγεσία, συμπεριλαμβανομένων των μειωμένων εισαγωγών στα νοσοκομεία, της βελτίωσης της διαχείρισης χρόνιων ασθενειών και των αποτελεσματικών στρατηγικών πρόληψης των ασθενειών στην ΠΦΥ (Smith & Bhavsar, 2021). Η ηγεσία είναι ζωτικής σημασίας για τη διασφάλιση ότι οι επαγγελματίες υγείας συμμορφώνονται με τις βέλτιστες πρακτικές, υιοθετούν σύγχρονα πρωτόκολλα θεραπείας και δίνουν προτεραιότητα στην προληπτική φροντίδα. Τα αποτελέσματα υγείας των ασθενών υποδηλώνουν ότι οι ηγέτες κατευθύνουν αποτελεσματικά τις ομάδες τους προς την κλινική αριστεία, ενώ τα αρνητικά αποτελέσματα μπορεί να υποδηλώνουν ανάγκη για βελτιώσεις στην ηγεσία όσον αφορά τον ποιοτικό έλεγχο, την εκπαίδευση του προσωπικού ή τη λήψη κλινικών αποφάσεων.

Η ικανότητα των ηγετών στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης να καινοτομούν και να προσαρμόζονται στις εξελισσόμενες συνθήκες είναι ένας ακόμη κρίσιμος δείκτης για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της ηγεσίας (Bitton et al., 2017). Ο τομέας της υγειονομικής περίθαλψης προοδεύει διαρκώς, απαιτώντας από τους ηγέτες να ενσωματώσουν επιδέξια τις αναδυόμενες τεχνολογίες, να προσαρμοστούν στις κανονιστικές τροποποιήσεις και να αντιμετωπίσουν τα μεταβαλλόμενα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών. Οι KPI καινοτομίας μπορεί να περιλαμβάνουν την επιτυχή ενσωμάτωση νέων τεχνολογιών, την εφαρμογή καινοτόμων μοντέλων φροντίδας ή την έναρξη πρωτοβουλιών βελτίωσης της ποιότητας (Smith & Bhavsar, 2021). Αποτελεσματικοί ηγέτες στην υγειονομική περίθαλψη είναι εκείνοι που μπορούν να προσαρμοστούν στην αλλαγή και να εγγυηθούν ότι οι οργανισμοί τους παραμένουν στην πρώτη γραμμή, υιοθετούν τις αναδυόμενες τάσεις, βελτιώνοντας έτσι την παροχή φροντίδας και ενισχύοντας τη συνολική οργανωτική ανάπτυξη.

Ένας ακόμη βασικός δείκτης για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της ηγεσίας στην υγειονομική περίθαλψη είναι η οικονομική απόδοση. Αν και η φροντίδα των ασθενών παραμένει η πρωταρχική εστίαση, οι ηγέτες είναι επίσης υπεύθυνοι για τη διατήρηση της οικονομικής σταθερότητας του οργανισμού (Specchia et al., 2021). Αυτό συνεπάγεται την επίβλεψη των προϋπολογισμών, την ελαχιστοποίηση της αναποτελεσματικότητας και την εγγύηση ότι οι υγειονομικές υπηρεσίες είναι οικονομικά βιώσιμες, διατηρώντας παράλληλα ένα υψηλό επίπεδο ποιότητας. Οι χρηματοοικονομικοί δείκτες απόδοσης, συμπεριλαμβανομένων της αύξησης των εσόδων, της κερδοφορίας και της πρωτοβουλίας εξοικονόμησης κόστους, υποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα της ηγεσίας στην εξισορρόπηση της οικονομικής βιωσιμότητας του οργανισμού με την αφοσίωσή του στη φροντίδα των ασθενών. Η αποτελεσματική οικονομική διαχείριση εγγυάται ότι οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να επενδύουν σε

προσωπικό, τεχνολογία και υπηρεσίες, ενισχύοντας έτσι τη μακροπρόθεσμη ανάπτυξη και σταθερότητα.

3.3.2 Η ανατροφοδότηση ασθενών και προσωπικού ως δείκτης επιτυχίας

Η ανατροφοδότηση ασθενών και προσωπικού είναι ζωτικής σημασίας για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας σε οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης, ιδιαίτερα στο περιβάλλον της πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Jodar i Solà et al., 2016). Και οι δύο τύποι ανατροφοδότησης παρέχουν χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με την ποιότητα της φροντίδας, την αποτελεσματικότητα της ηγεσίας και τη συνολική οργανωτική απόδοση. Μέσω της συστηματικής συλλογής και ανάλυσης της ανατροφοδότησης από ασθενείς και προσωπικό, τα στελέχη στην κορυφή της ιεραρχίας μπορούν να εντοπίσουν τομείς για βελτίωση, να αναγνωρίσουν τις επιτυχίες και να εγγυηθούν ότι ο οργανισμός παραμένει ευθυγραμμισμένος με τον στόχο του για παροχή υψηλής ποιότητας, με επίκεντρο τον ασθενή (Jodar i Solà et al., 2016). Στην ΠΦΥ, όπου η αλληλεπίδραση μεταξύ ασθενών, προσωπικού και ηγετών είναι απαραίτητη για τη βέλτιστη παροχή φροντίδας, η ανατροφοδότηση είναι ζωτικής σημασίας για την καλλιέργεια μιας κουλτούρας συνεχούς βελτίωσης.

Η ανατροφοδότηση των ασθενών είναι αναμφίβολα το πιο άμεσο μέσο για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της ηγεσίας στον τομέα της υγείας και της παροχής υπηρεσιών. Οι απόψεις των ασθενών προσφέρουν μια ζωτικής σημασίας αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένων τόσο των κλινικών διαστάσεων της περίθαλψης τους όσο και των διαπροσωπικών δεσμεύσεων με τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης. Οι έρευνες ικανοποίησης των ασθενών χρησιμοποιούνται συχνά για να ληφθούν αυτά τα δεδομένα (Jodar i Solà et al., 2016). Οι συγκεκριμένες έρευνες γενικά περιλαμβάνουν ερωτήματα σχετικά με την ποιότητα της επικοινωνίας με τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, τη διάρκεια αναμονής, την άνεση και την καθαριότητα των εγκαταστάσεων και τη συνολική εμπειρία των ασθενών με τη φροντίδα που έλαβαν. Μέσω της ανάλυσης αυτών των ερευνών, οι υγειονομικοί οργανισμοί μπορούν να προσδιορίσουν την αποτελεσματικότητά τους σε σχέση με την εκπλήρωση των αναγκών και των προσδοκιών των ασθενών. Οι υψηλοί βαθμοί/αριθμοί ικανοποίησης των ασθενών υποδεικνύουν ότι η ηγεσία έχει καλλιεργήσει με επιτυχία ένα περιβάλλον που χαρακτηρίζεται από ενσυναίσθηση και ανταπόκριση στα θέματα υγείας των ασθενών.

Παράλληλα με τις συστηματικές έρευνες, η ανατροφοδότηση των ασθενών μπορεί να ληφθεί μέσω άτυπων μεθόδων, όπως συνεντεύξεις, κυττία προτάσεων, διαδικτυακές αξιολογήσεις και

συμβουλευτικές επιτροπές ασθενών. Αυτές οι ανοιχτές μορφές ανατροφοδότησης παρέχουν ένα ευρύτερο φάσμα απόψεων και μπορεί να αποκαλύψουν ζητήματα που δεν προκύπτουν από κλασσικές ερωτήσεις που περιλαμβάνονται στις έρευνες (Specchia et al., 2021). Οι ασθενείς μπορούν να εκφράσουν ιδιαίτερες ανησυχίες σχετικά με τα θεραπευτικά τους σχήματα, τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υποστήριξης ή το επίπεδο συντονισμού μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Η έγκαιρη και προληπτική προσοχή σε αυτά τα δεδομένα μπορεί να βελτιώσει σημαντικά τα κλινικά αποτελέσματα και την ικανοποίηση των ασθενών, υποδεικνύοντας ότι η ηγεσία εκτιμά και αντιμετωπίζει θετικά την ανατροφοδότηση των ασθενών (Specchia et al., 2021).

Η συμμετοχή επίσης του προσωπικού στις έρευνες ικανοποίησης είναι ζωτικής σημασίας. Η ανατροφοδότηση του προσωπικού, γνωστοποιεί και φέρνει στην επιφάνεια, πτυχές όπως το εργασιακό περιβάλλον, η επικοινωνία, το στυλ ηγεσίας, ο φόρτος εργασίας και η πρόσβαση σε ευκαιρίες επαγγελματικής ανάπτυξης (Aslam, 2021). Όταν το υγειονομικό προσωπικό βιώνει υποστήριξη, σεβασμό και ενδυνάμωση, είναι περισσότερο διατεθειμένο να παρέχει ποιοτική φροντίδα στους ασθενείς, να συνεργάζεται αποτελεσματικά με τους συναδέλφους του και να διατηρεί τη δέσμευση με τον οργανισμό.

Οι έρευνες δέσμευσης των εργαζομένων είναι μια διαδεδομένη μέθοδος συλλογής δεδομένων που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της ικανοποίησης από την εργασία, τα κίνητρα και τις αντιλήψεις για την ηγεσία, δίνοντας τη δυνατότητα στις υπηρεσίες να διακρίνουν τα δυνατά σημεία και τους τομείς που χρήζουν βελτιωτικών παρεμβάσεων (Bitton et al., 2017). Όταν οι εργαζόμενοι αναφέρουν αισθήματα κόπωσης ή έλλειψης εκτίμησης, αυτό μπορεί να σηματοδοτεί την ανάγκη για την ηγεσία να επαναξιολογήσει την κατανομή του φόρτου εργασίας, να βελτιώσει τις ευκαιρίες κατάρτισης ή να δημιουργήσει προγράμματα αναγνώρισης και κινήτρων για την συνεισφορά του προσωπικού. Τα υψηλά επίπεδα ικανοποίησης, δέσμευσης και αφοσίωσης των εργαζομένων δείχνουν ότι η ηγεσία καλλιεργεί με επιτυχία ένα υποστηρικτικό εργασιακό περιβάλλον (Specchia et al., 2021). Η μεθοδική συλλογή και επεξεργασία των σχολίων των εργαζομένων ενισχύει τα ποσοστά διατήρησης του προσωπικού στο φορέα, προάγει την ομαδική εργασία και εγγυάται ότι ο οργανισμός υγειονομικής περίθαλψης παραμένει αφοσιωμένος στον θεμελιώδη στόχο του να παρέχει ποιοτική φροντίδα στους ασθενείς.

Η ανατροφοδότηση τόσο από τους ασθενείς όσο και από το προσωπικό συνδέεται θεμελιωδώς με την προαγωγή μιας κουλτούρας συνεχούς βελτίωσης. Όταν τα στελέχη της υγειονομικής

περίθαλψης θεσπίζουν με σοβαρότητα τις αντίστοιχες αλλαγές, η εμπιστοσύνη και η υπευθυνότητα καλλιεργούνται μέσα στην υπηρεσία. Οι ασθενείς και το προσωπικό αισθάνονται ότι εκτιμώνται όταν τα σχόλιά τους καταλήγουν σε ορατές και απτές αλλαγές (Specchia et al., 2021). Η ενδυνάμωση ενθαρρύνει την μεγαλύτερη συμμετοχή μέσω συστημάτων ανατροφοδότησης και βελτιώνει τη συνολική ποιότητα της περίθαλψης. Επιπλέον, η συμπερίληψη της ανατροφοδότησης από τους ασθενείς και το προσωπικό στη λήψη αποφάσεων ενθαρρύνει έναν οργανισμό να ανταποκρίνεται καλύτερα και να είναι πιο προσαρμοστικός, βελτιώνοντας έτσι την ικανότητά του να αντιμετωπίζει έγκαιρα τα αναδυόμενα προβλήματα στο χώρο της υγειονομικής περίθαλψης.

Σημαντικό εμπόδιο για τη χρήση της ανατροφοδότησης ασθενών και προσωπικού ως δείκτη μέτρησης της επιτυχίας και της αποτελεσματικότητας είναι η ανάγκη για σωστή ερμηνεία και η κατάλληλη απάντηση στην ανατροφοδότηση που λαμβάνεται. Οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης δεν πρέπει απλώς να συγκεντρώνουν πληροφορίες αλλά και να χρησιμοποιούν τις γνώσεις που αποκτήθηκαν για την εφαρμογή αλλαγών (Spehar et al., 2017). Εάν πολλοί ασθενείς εκφράζουν δυσανεξία με τους χρόνους αναμονής, η διοίκηση της υγειονομικής δομής μπορεί να χρειαστεί να επανεκτιμήσει τις πρακτικές προγραμματισμού, να τροποποιήσει την στελέχωση με προσωπικό ή να εφαρμόσει νέα συστήματα για τη βελτίωση της ροής των ασθενών. Εάν οι εργαζόμενοι αναγνωρίζουν ζητήματα επικοινωνίας, η ηγεσία μπορεί να χρειαστεί να επενδύσει σε προγράμματα κατάρτισης για να ενισχύσει τις διαπροσωπικές δεξιότητες ή να προωθήσει πιο διαφανείς και συμμετοχικές διαδικασίες στη λήψη αποφάσεων (Spehar et al., 2017). Ελλείπει μιας δομημένης προσέγγισης για τη διαχείριση της ανατροφοδότησης, οι οργανισμοί κινδυνεύουν να παραβλέψουν σημαντικές ανησυχίες και να απειληθεί η ικανοποίηση τόσο των ασθενών, όσο και των εργαζομένων.

Οι μηχανισμοί ανάδρασης πρέπει να είναι προσβάσιμοι σε όλους, λαμβάνοντας υπόψη το διαφορετικό υπόβαθρο, τις εμπειρίες των ασθενών και τις γνώσεις του προσωπικού (Specchia et al., 2021). Οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να εγγυηθούν ότι οι έρευνες είναι διαθέσιμες σε πολλές γλώσσες ή μορφές και ότι οι ασθενείς και οι εργαζόμενοι με αναπηρίες μπορούν να προσφέρουν ανατροφοδότηση χωρίς εμπόδια. Με την ένταξη στα συστήματα ανατροφοδότησης, οι υγειονομικοί οργανισμοί μπορούν να επιτύχουν μια ολοκληρωμένη εικόνα της λειτουργίας και της απόδοσής τους και να λάβουν τα κατάλληλα μέτρα για την ικανοποίηση των αναγκών όλων των ατόμων (Bitton et al., 2017).

4. Μεθοδολογία

4.1 Σκοπός της μελέτης

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση των αντιλήψεων των εργαζομένων σε υγειονομικές δομές της κοινότητας για τη διοίκηση και την ηγεσία στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

4.2 Ερευνητικά ερωτήματα

Τέθηκαν τα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα:

- 1) Ο βαθμός της μετασχηματιστικής ηγεσίας διαφέρει αναφορικά με την θέση εργασίας των εργαζομένων;
- 2) Ο βαθμός της συναλλακτικής ηγεσίας διαφέρει αναφορικά με την σχέση εργασίας των εργαζομένων;
- 3) Ο βαθμός της παθητικής ηγεσίας επηρεάζεται από τα έτη υπηρεσίας των εργαζομένων;
- 4) Υπάρχει σχέση ανάμεσα στον βαθμό της μετασχηματιστικής, της συναλλακτικής, της παθητικής ηγεσίας;

4.3 Ερευνητικός σχεδιασμός

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε με την χρήση ποσοτικής έρευνας η οποία είναι κατάλληλη για την ανάλυση φαινομένων που απαιτούν αντικειμενική και μετρήσιμη προσέγγιση. Ένα από τα βασικά πλεονεκτήματά της είναι η αντικειμενικότητα, καθώς βασίζεται σε αριθμητικά δεδομένα που μπορούν να αναλυθούν με στατιστικές μεθόδους, μειώνοντας έτσι το ενδεχόμενο μεροληψίας από τον ερευνητή. Αυτό επιτρέπει την αξιόπιστη και έγκυρη εξαγωγή συμπερασμάτων (Creswell, 2011).

Ένα ακόμη σημαντικό πλεονέκτημα είναι η γενικευσιμότητα των αποτελεσμάτων. Εφόσον χρησιμοποιούνται μεγάλα και αντιπροσωπευτικά δείγματα, οι ερευνητές μπορούν να επεκτείνουν τα ευρήματά τους σε ευρύτερους πληθυσμούς, προσφέροντας πολύτιμες γνώσεις και στατιστικά τεκμηριωμένες προβλέψεις. Οι τυχαίες δειγματοληψίες και οι αυστηρά ελεγχόμενες συνθήκες συμβάλλουν στη μείωση των λαθών και στη βελτίωση της ακρίβειας (Robson & McCartan, 2015).

Η ταχύτητα και η αποτελεσματικότητα αποτελούν επίσης σημαντικά πλεονεκτήματα της ποσοτικής έρευνας. Οι μέθοδοι συλλογής δεδομένων, όπως τα ερωτηματολόγια και οι ηλεκτρονικές δημοσκοπήσεις, επιτρέπουν τη γρήγορη συλλογή μεγάλου όγκου δεδομένων,

μειώνοντας το χρόνο και το κόστος της έρευνας. Παράλληλα, η χρήση στατιστικών εργαλείων επιτρέπει την αυτοματοποίηση της ανάλυσης και την εξαγωγή συμπερασμάτων σε σύντομο χρονικό διάστημα (Creswell, 2011).

Η συγκρισιμότητα των δεδομένων είναι ένα άλλο πλεονέκτημα, καθώς τα ποσοτικά δεδομένα επιτρέπουν τη διερεύνηση τάσεων και μοτίβων με συνέπεια και ακρίβεια. Η δυνατότητα επανάληψης των ερευνών παρέχει τη δυνατότητα επαλήθευσης των αποτελεσμάτων, καθιστώντας την ποσοτική έρευνα ιδανική για συγκριτικές μελέτες και τη διαχρονική παρακολούθηση ενός φαινομένου (Mitchell & Jolley, 2007).

Η σαφήνεια και η δομή της ποσοτικής έρευνας είναι επίσης ένα σημαντικό πλεονέκτημα. Τα ερωτηματολόγια και οι μετρήσεις είναι συνήθως τυποποιημένα και καλά καθορισμένα, επιτρέποντας στους συμμετέχοντες να παρέχουν ακριβείς απαντήσεις, ενώ ο ερευνητής μπορεί να διασφαλίσει ότι τα δεδομένα που συλλέγονται είναι εστιασμένα στις ερευνητικές υποθέσεις (Coolican, 2004).

Επιπλέον, η ποσοτική έρευνα επιτρέπει την πρόβλεψη τάσεων και σχέσεων μεταξύ μεταβλητών, δίνοντας στους ερευνητές τη δυνατότητα να εντοπίσουν αιτιώδεις σχέσεις και να προσδιορίσουν σημαντικούς παράγοντες που επηρεάζουν ένα φαινόμενο. Μέσα από στατιστικές τεχνικές, όπως η παλινδρόμηση και οι αναλύσεις διακύμανσης, είναι δυνατή η διερεύνηση πολύπλοκων σχέσεων και η υποστήριξη αποφάσεων βάσει δεδομένων (Mitchell & Jolley, 2007).

4.4 Το δείγμα της έρευνας – Συλλογή των δεδομένων

Ο πληθυσμός της μελέτης ήταν επαγγελματίες υγείας, εργαζόμενοι σε δομές ΠΦΥ της Εύβοιας, τα οποία ήταν 7 κέντρα υγείας. Πραγματοποιήθηκε το διάστημα από τον Οκτώβριο έως και τον Δεκέμβριο του 2024. Χρησιμοποιήθηκε δειγματοληψία ευκολίας και η χορήγηση του ερωτηματολογίου έγινε μέσω της εφαρμογής Google forms. Αρχικά η ερευνήτρια ήρθε σε επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας της Εύβοιας, τους ενημέρωσε για την διεξαγωγή και τον σκοπό της μελέτης και ζήτησε τη συμμετοχή τους. Τους προώθησε στην διεύθυνση του ηλεκτρονικού τους ταχυδρομείου την φόρμα του ερωτηματολογίου, τους ενημέρωσε ότι η συμμετοχή τους ήταν σημαντική και ότι δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Το ερωτηματολόγιο συνοδευόταν από ένα αρχείο για την ενημερωμένη συναίνεσή τους.

4.5 Ερευνητικό εργαλείο

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε περιλάμβανε δύο μέρη. Στο πρώτο μέρος αντλούσε δεδομένα σχετικά με τα δημογραφικά στοιχεία των εργαζομένων (ηλικία, φύλο, οικογενειακή

κατάσταση, εκπαίδευση, έτη υπηρεσίας, κ.ά.), ενώ το δεύτερο μέρος αποτελούσε το Πολυπαραγοντικό Ερωτηματολόγιο Ηγεσίας (Multifactor Leadership Questionnaire - MLQ). (Avolio & Bass, 2004).

Το MLQ (Multifactor Leadership Questionnaire) μετρά την πλήρη έκταση των ηγετικών στυλ (Avolio & Bass, 2004), δηλαδή τη μετασχηματιστική ηγεσία (transformational leadership), τη συναλλακτική ηγεσία (transactional leadership) και την παθητική – προς αποφυγή ηγεσία (passive – avoidant leadership). Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο μετράει τρεις επιπλέον βασικές διαστάσεις που σχετίζονται με την Έκβαση της Ηγεσίας και αυτές είναι: α) η μεγαλύτερη προσπάθεια των συνεργατών (extra effort), β) η αποτελεσματικότητα του ηγέτη (effectiveness) και γ) η ικανοποίηση των συνεργατών από την ηγεσία (satisfaction with leadership). Με το ερωτηματολόγιο γίνεται προσπάθεια να εντοπιστούν συμπεριφορές και χαρακτηριστικά των ηγετών, τα οποία αξιολογούνται από τους συνεργάτες τους, ανεξάρτητα από το επίπεδο ιεραρχίας που βρίσκονται.

Περιλαμβάνει 45 προτάσεις, από τις οποίες οι 36 μετρούν τις 9 διαστάσεις των τριών στυλ ηγεσίας (μετασχηματιστική, συναλλακτική και παθητική) με 4 προτάσεις για κάθε διάσταση, 3 προτάσεις μετρούν τη «μεγαλύτερη προσπάθεια», 4 προτάσεις την «αποτελεσματικότητα» και 2 προτάσεις την «ευχαρίστηση από την ηγεσία». Οι τελευταίες 9 ερωτήσεις μετρούν τα οργανωτικά αποτελέσματα: 3 ερωτήσεις που αντιπροσωπεύουν τη συνιστώσα της πρόσθετης προσπάθειας (μεγαλύτερη προσπάθεια, 4 ερωτήσεις που αντιπροσωπεύουν τη συνιστώσα της αποτελεσματικότητας (αποτελεσματικότητα του ηγέτη) και 2 ερωτήσεις που αντιπροσωπεύουν τη συνιστώσα της ικανοποίησης των εργαζομένων (ικανοποίηση/ ευχαρίστηση από την ηγεσία). Η μεγαλύτερη προσπάθεια μπορεί να οριστεί ως η κατεύθυνση των εργαζομένων να κάνουν περισσότερα από τα αναμενόμενα και η ενίσχυση της επιθυμίας τους για επιτυχία και για την επίτευξη ενός δύσκολου στόχου. Ως αποτελεσματικότητα του ηγέτη ορίζεται η ικανοποίηση των αναγκών των εργαζομένων σχετικά με την εργασία, η διατήρηση της ομάδας πέρα από την εξουσία του οργανισμού και η εξέταση των οργανωτικών απαιτήσεων ως πρωταρχικός στόχος.

Αναλυτικά οι διαστάσεις για κάθε στυλ ηγεσίας είναι:

Μετασχηματιστική Ηγεσία

- Εξιδανικευμένη επιρροή – Χαρακτηριστικά του ηγέτη
- Εξιδανικευμένη επιρροή – Συμπεριφορά του ηγέτη
- Εμπνευσμένη παρακίνηση
- Ενεργοποίηση νοητικών ικανοτήτων
- Εξατομικευμένο ενδιαφέρον

Συναλλακτική Ηγεσία

- Αμοιβή με βάση την επίδοση
- Κατ' εξαίρεση ηγεσία (Ενεργητική)

Παθητική – Προς αποφυγή Ηγεσία

- Κατ' εξαίρεση ηγεσία (Παθητική)
- Φιλελεύθερη ηγεσία ή μη παρεμβατική (laissez – faire)

Έκβαση ηγεσίας

- Μεγαλύτερη προσπάθεια
- Αποτελεσματικότητα του ηγέτη
- Ευχαρίστηση από την ηγεσία

Η αξιολόγηση των στοιχείων ηγετικής συμπεριφοράς γίνεται με πεντάβαθμη κλίμακα Likert και κάθε τιμή αντιπροσωπεύει τον βαθμό στον οποίο ο άμεσα προϊστάμενος του συμμετέχοντα στην έρευνα εκδηλώνει τις συγκεκριμένες συμπεριφορές. Πιο συγκεκριμένα, η κλίμακα ξεκινά με τον χαρακτηρισμό καθόλου (1), συνεχίζει με σπάνια (2), μερικές φορές (3), αρκετά συχνά (4) και καταλήγει στο σχεδόν πάντα (5). Στον πίνακα 1 - Κλειδί βαθμολόγησης της ηγεσίας - γίνεται αναλυτική παρουσίαση των ερωτήσεων / δηλώσεων που ανήκουν σε κάθε στυλ ηγεσίας.

Πίνακας 1: MLQ Scoring Key (Πηγή: Avolio & Bass, 2004)

Στυλ Ηγεσίας	Ερωτήσεις - Δηλώσεις
Μετασχηματιστική Ηγεσία	
Εξιδανικευμένη Επιρροή – Χαρακτηριστικά	10, 18, 21, 25
Εξιδανικευμένη Επιρροή - Συμπεριφορά	6, 14, 23, 34
Εμπνευσμένη Παρακίνηση	9, 13, 26, 36
Ενεργοποίηση Νοητικών Ικανοτήτων	2, 8, 30, 32
Εξατομικευμένο Ενδιαφέρον	15, 19, 29, 31
Συναλλακτική Ηγεσία	
Αμοιβή με βάση την Επίδοση	1, 11, 16, 35
Κατ' Εξαίρεση Ηγεσία (Ενεργητική)	4, 22, 24, 27

Παθητική – Προς αποφυγή Ηγεσία	3, 12, 17, 20
Κατ' Εξαίρεση Ηγεσία (Παθητική)	5, 7, 28, 33
Φιλελεύθερη ηγεσία Laissez - Faire	

Έκβαση Ηγεσίας	39, 42, 44
Μεγαλύτερη Προσπάθεια	37, 40, 43, 45
Αποτελεσματικότητα	38, 41
Ευχαρίστηση από την Ηγεσία	

Κάθε ερώτηση αντιστοιχεί σε στοιχείο της ηγεσίας και εξάγεται ο μέσος όρος για κάθε ένα στοιχείο.

4.6 Στατιστική ανάλυση

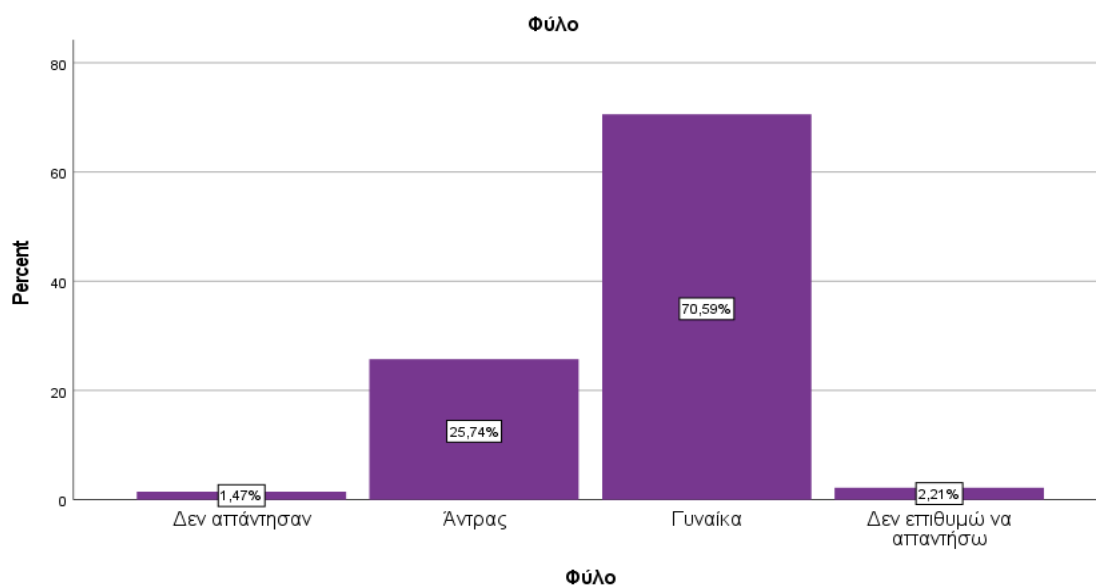
Για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS v.27. Πραγματοποιήθηκε περιγραφική ανάλυση με χρήση πινάκων συχνοτήτων, ποσοστών και διαγραμμάτων.

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος την κανονικής κατανομής Kolmogorov – Smirnov, καθώς και μη παραμετρικοί έλεγχοι σε επίπεδο σημαντικότητας 5%, Mann – Whitney, Kruskal – Wallis και Spearman.

5. Αποτελέσματα

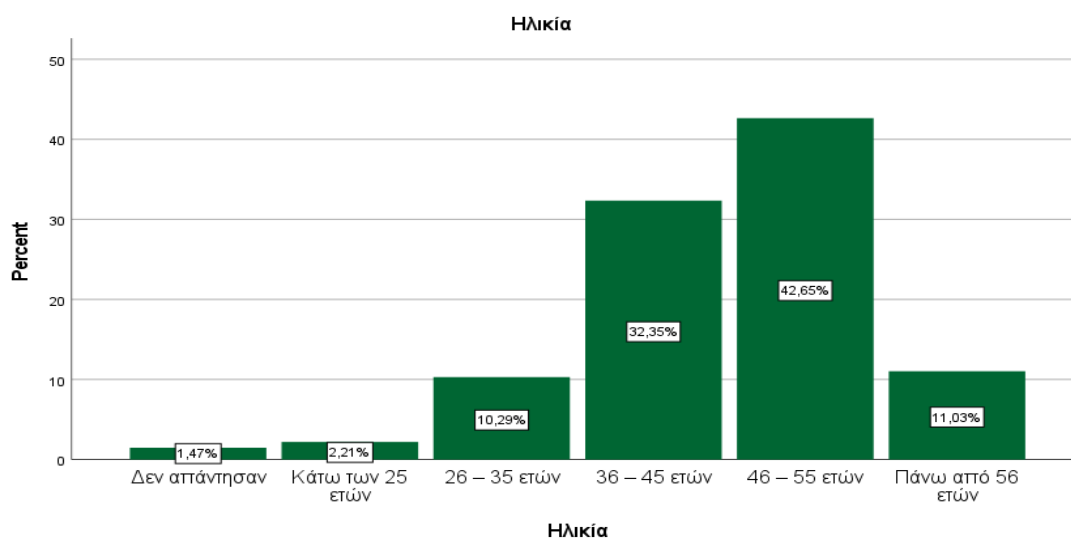
5.1 Δημογραφικά στοιχεία

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 136 επαγγελματίες υγείας, στην πλειονότητά τους γυναίκες (N = 96, 70.6%). Το 25.7% των εργαζομένων ήταν άντρες.



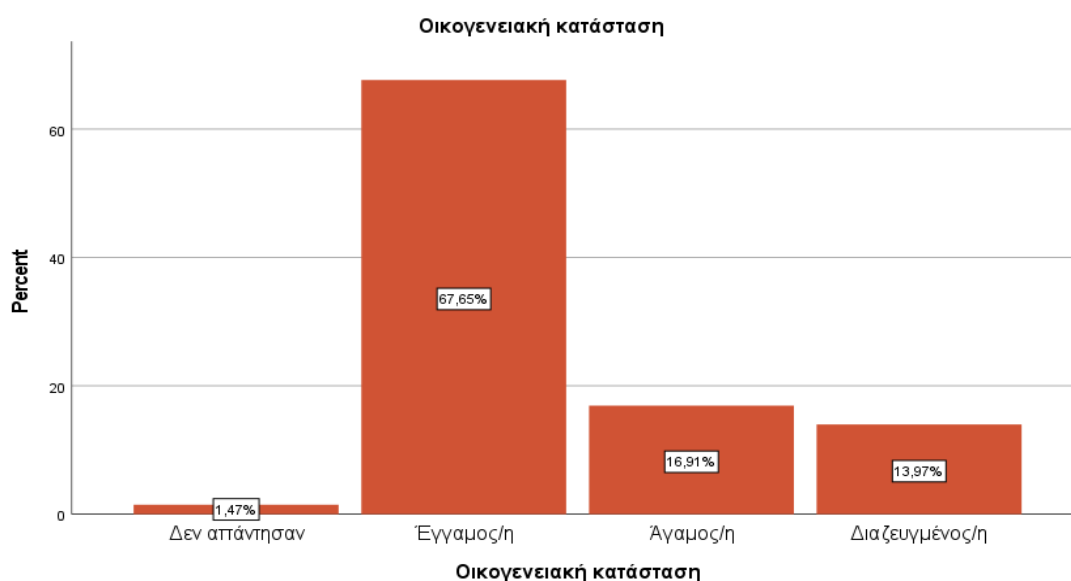
Γράφημα 1: Φύλο

Από το γράφημα 2 προκύπτει ότι οι περισσότεροι εργαζόμενοι είχαν ηλικία από 46 – 55 ετών (N = 58, 42.6%). Το 32.4% των εργαζομένων είχαν ηλικία από 36 – 45 ετών, το 11% των εργαζομένων είχαν ηλικία πάνω από 56 ετών, το 10.3% αυτών είχαν ηλικία από 26 – 35 ετών, ενώ το 2.2% αυτών είχαν ηλικία κάτω των 25 ετών.



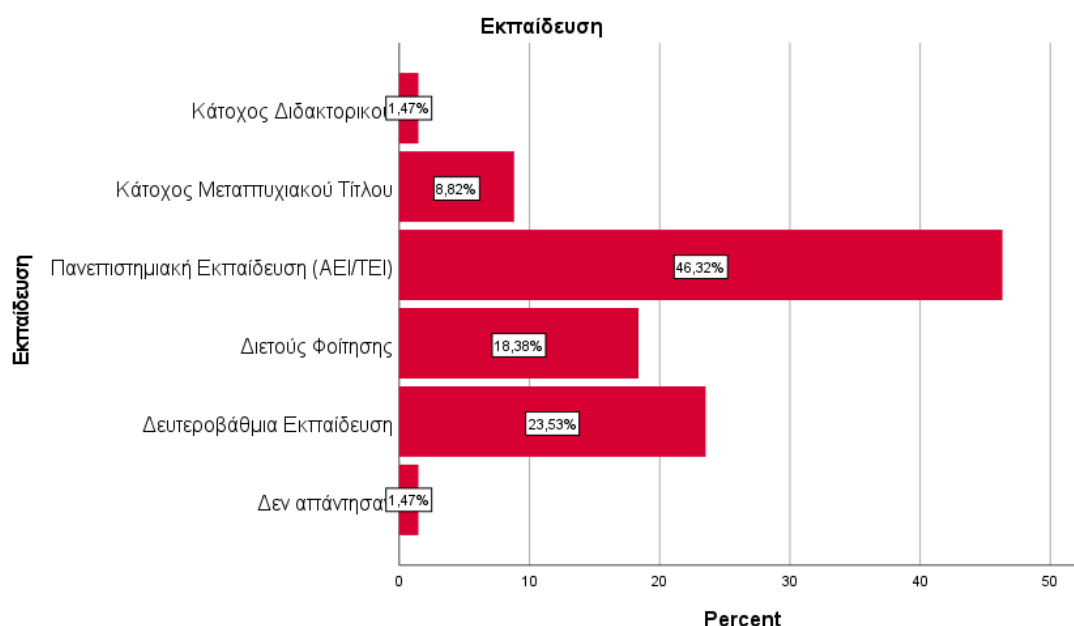
Γράφημα 2: Ηλικία

Στο γράφημα 3 παρουσιάζεται η οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων. Οι περισσότεροι ήταν έγγαμοι (N = 92, 67.6%). Το 16.9% των εργαζομένων ήταν άγαμοι, το 14% αυτών διαζευγμένοι.



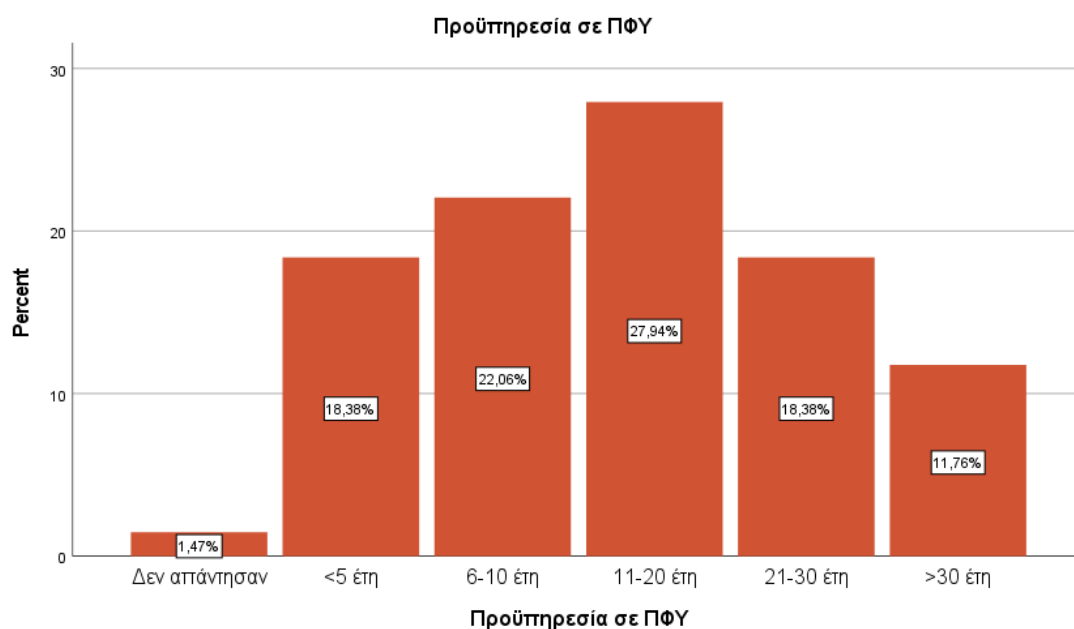
Γράφημα 3: Οικογενειακή κατάσταση

Από το γράφημα 4 προκύπτει ότι οι περισσότεροι εργαζόμενοι είχαν Πανεπιστημιακή εκπαίδευση (AEI – ΑΤΕΙ) (N = 63, 46.3%). Το 41,5% των εργαζομένων ήταν απόφοιτοι Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, και το 8.8% ήταν κάτοχοι Μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών. .



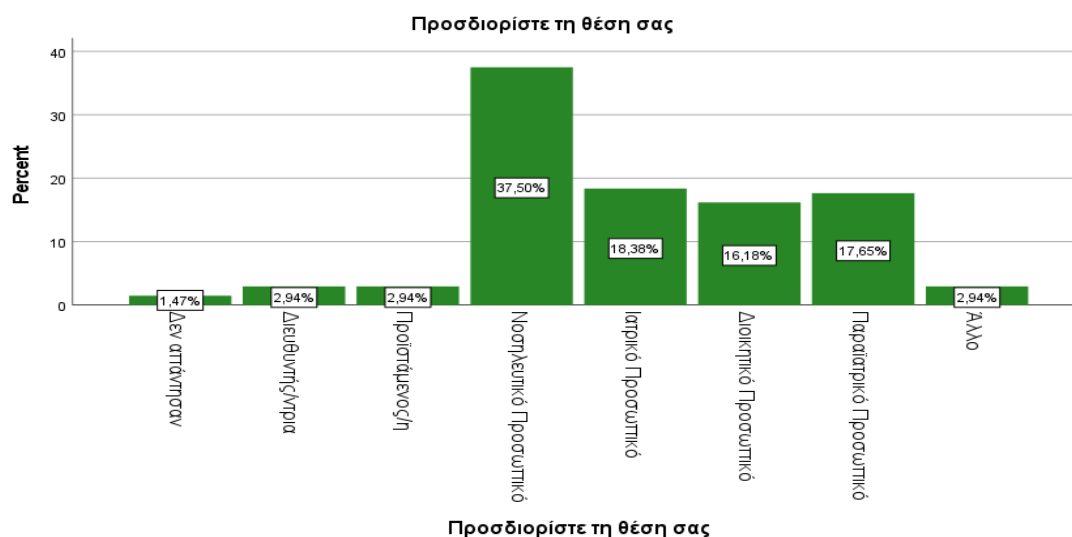
Γράφημα 4: Εκπαίδευση

Οι περισσότεροι εργαζόμενοι είχαν προϋπηρεσία σε ΠΦΥ από 11 – 20 έτη (N = 38, 27.9%). Το 22.1% είχαν προϋπηρεσία σε ΠΦΥ από 6 – 10 έτη, το 18.4% των συμμετεχόντων ανέφερε πως είχε προϋπηρεσία στην ΠΦΥ λιγότερο από 5 έτη, ενώ το 11.8% αυτών είχαν προϋπηρεσία στην ΠΦΥ πάνω από 30 έτη. (Γράφ. 5)



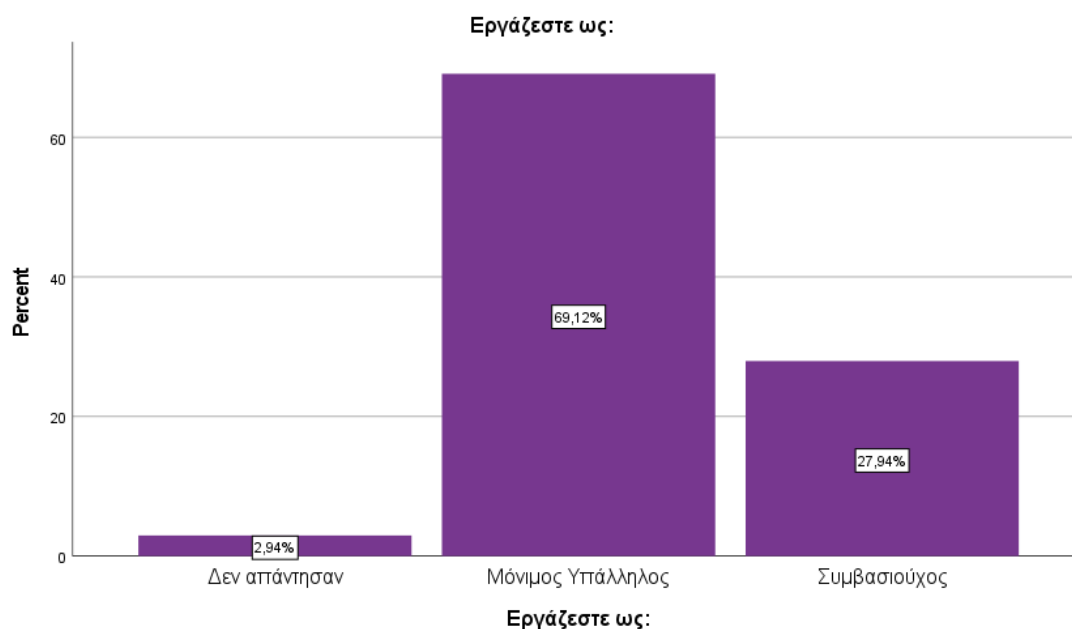
Γράφημα 5: Προϋπηρεσία σε δομή ΠΦΥ

Στο γράφημα 6 απεικονίζεται η θέση εργασίας των συμμετεχόντων. Οι περισσότεροι εργαζόμενοι ανήκε στο νοσηλευτικό προσωπικό (N = 51, 37.5%), το 18.4% ήταν ιατρικό προσωπικό και το 17.6% ήταν παραϊατρικό προσωπικό.



Γράφημα 6: Θέση εργασίας

Στο γράφημα 7 παρουσιάζεται η σχέση εργασίας των συμμετεχόντων. Οι περισσότεροι ήταν μόνιμοι υπάλληλοι (N = 94, 69.1%) και το 27.9% ήταν συμβασιούχοι.



Γράφημα 7: Είδος εργασίας

5.1 Ηγεσία

Στον πίνακα 2 απεικονίζεται η άποψη των συμμετεχόντων σχετικά με το είδος ηγεσίας στον οργανισμό τους. Ειδικότερα δήλωσαν την μετασχηματιστική ηγεσία (M.O. = 2.20, T.A. =

0.882), την έκβαση ηγεσίας (M.O. = 2.13, T.A. = 1.148) και την συναλλακτική ηγεσία (M.O. = 2.07, T.A. = 0.663). Επίσης παρατηρήθηκε και η ύπαρξη της παθητικής – προς αποφυγή ηγεσίας (M.O. = 1.45, T.A. = 0.982) στον φορέα εργασίας τους.

Πίνακας 2: Ηγεσία

	Mean	Std. Deviation
Μετασχηματιστική ηγεσία	2.20	.882
Συναλλακτική ηγεσία	2.07	.663
Παθητική – Προς αποφυγή Ηγεσία	1.45	.982
Έκβασης Ηγεσίας	2.13	1.148

Στον πίνακα 3 παρουσιάζεται ο έλεγχος Mann – Whitney ανάμεσα στο φύλο και στους τύπους ηγεσίας. Από τον πίνακα 3 προκύπτει ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο φύλο και στους τύπους ηγεσίας, αφού το επίπεδο σημαντικότητας ήταν > 5%.

Πίνακας 3: Έλεγχος Mann - Whitney ανάμεσα στο φύλο και στους τύπους ηγεσίας

	Φύλο	N	Mean Rank	Sum of Ranks	U	sig
Μετασχηματιστική ηγεσία	Άντρας	35	70.41	2464.50	1525.5	0.421
	Γυναίκα	96	64.39	6181.50		
	Total	131				
Συναλλακτική ηγε- σία	Άντρας	35	68.90	2411.50	1578.5	0.597
	Γυναίκα	96	64.94	6234.50		
	Total	131				
Παθητική – Προς	Άντρας	35	59.76	2091.50	1461.5	0.255
	Γυναίκα	96	68.28	6554.50		

αποφυγή Ηγεσία

Total 131

Έκβασης Ηγεσίας	Άντρας	35	70.40	2464.00	1526	0.420
	Γυναίκα	96	64.40	6182.00		
	Total	131				

Στον πίνακα 4 παρουσιάζεται ο έλεγχος Kruskall - Wallis ανάμεσα στην ηλικία και στους τύπους ηγεσίας. Από τον πίνακα 4 προκύπτει ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην ηλικία και στους τύπους ηγεσίας (επίπεδο σημαντικότητας >του 5%).

Πίνακας 4: Έλεγχος Kruskall - Wallis ανάμεσα στην ηλικία και στους τύπους ηγεσίας

	Ηλικία	N	Mean Rank	H	df	sig
Μετασχηματιστική ηγεσία	Κάτω των 25 ετών	3	87.33	1.295	4	0.862
	26 – 35 ετών	14	66.11			
	36 – 45 ετών	44	67.78			
	46 – 55 ετών	58	65.21			
	Πάνω από 56 ετών	15	72.87			
	Total	134				
Συναλλακτική ηγε- σία	Κάτω των 25 ετών	3	96.17	3.339	4	0.503
	26 – 35 ετών	14	64.50			
	36 – 45 ετών	44	70.45			
	46 – 55 ετών	58	62.72			

Παθητική – Προς αποφυγή Ηγεσία	Πάνω από 56 ετών	15	74.37	1.626	4	0.804
	Total	134				
	Κάτω των 25 ετών	3	40.50			
	26 – 35 ετών	14	67.64			
	36 – 45 ετών	44	67.25			
	46 – 55 ετών	58	69.45			
	Πάνω από 56 ετών	15	65.97			
	Total	134				
	Κάτω των 25 ετών	3	73.00			
	26 – 35 ετών	14	69.39			
	36 – 45 ετών	44	70.77			
	46 – 55 ετών	58	63.13			
	Πάνω από 56 ετών	15	71.93			
	Total	134				

Στον πίνακα 5 παρουσιάζεται ο έλεγχος Kruskal - Wallis ανάμεσα στην οικογενειακή κατάσταση και στους τύπους ηγεσίας. (Χωρίς στατιστική διαφορά - επίπεδο σημαντικότητας > του 5%).

Πίνακας 5: Έλεγχος Kruskal - Wallis ανάμεσα στην οικογενειακή κατάσταση και στους τύπους ηγεσίας

	Οικογενειακή τάσταση	κα- N	Mean Rank	H	df	sig
Μετασχηματιστική ηγεσία	Έγγαμος/η	92	67.48	0.301	2	0.860
	Άγαμος/η	23	64.57			
	Διαζευγμένος/η	19	71.16			

	Total	134				
Συναλλακτική ηγεσία	Έγγαμος/η	92	65.72	0.623	2	0.732
	Άγαμος/η	23	71.22			
	Διαζευγμένος/η	19	71.63			
	Total	134				
Παθητική – Προς αποφυγή Ηγεσία	Έγγαμος/η	92	67.55	0.519	2	0.772
	Άγαμος/η	23	63.48			
	Διαζευγμένος/η	19	72.13			
	Total	134				
Έκβασης Ηγεσίας	Έγγαμος/η	92	66.47	0.208	2	0.901
	Άγαμος/η	23	69.78			
	Διαζευγμένος/η	19	69.71			
	Total	134				

Στον πίνακα 6 παρουσιάζεται ο έλεγχος Kruskal - Wallis ανάμεσα στο επίπεδο εκπαίδευσης και στους τύπους ηγεσίας. Από τον πίνακα 6 προκύπτει ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο επίπεδο εκπαίδευσης και στους τύπους ηγεσίας, αφού το επίπεδο σημαντικότητας ήταν >του 5%.

Πίνακας 6: Έλεγχος Kruskal - Wallis ανάμεσα στο επίπεδο εκπαίδευσης και στους τύπους ηγεσίας

	Εκπαίδευση	N	Mean Rank	H	df	sig
Μετασχηματιστική ηγεσία	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	32	75.31	7.113	4	0.130
	Διευτούς Φοίτησης	25	78.98			

	Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση (ΑΕΙ/ΤΕΙ)	63	58.46			
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου	12	68.17			
	Κάτοχος Διδακτορικού	2	79.75			
	Total	134				
Συναλλακτική ηγεσία	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	32	75.13	5.053	4	0.282
	Διετούς Φοίτησης	25	72.70			
	Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση (ΑΕΙ/ΤΕΙ)	63	59.79			
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου	12	73.33			
	Κάτοχος Διδακτορικού	2	88.50			
	Total	134				
Παθητική – Προς αποφυγή Ηγεσία	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	32	61.33	5.071	4	0.280
	Διετούς Φοίτησης	25	56.46			
	Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση (ΑΕΙ/ΤΕΙ)	63	74.75			
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου	12	68.13			
	Κάτοχος Διδακτορικού	2	72.00			
	Total	134				
Έκβασης Ηγεσίας	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	32	74.00	6.073	4	0.194
	Διετούς Φοίτησης	25	77.18			

Πανεπιστημιακή δευση (ΑΕΙ/ΤΕΙ)	Εκπαί-	63	58.87
Κάτοχος Τίτλου	Μεταπτυχιακού	12	74.50
Κάτοχος Διδακτορικού		2	72.50
Total		134	

Στον πίνακα 7 παρουσιάζεται ο έλεγχος Kruskal - Wallis ανάμεσα στην προϋπηρεσία σε δομή ΠΦΥ και στους τύπους ηγεσίας. Από τον πίνακα 7 προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην προϋπηρεσία των συμμετεχόντων στην ΠΦΥ και στον βαθμό που εφαρμόζεται η παθητική – προς αποφυγή ηγεσίας στον οργανισμό ($H_4 = 9.536$, $p < 5\%$). Συγκεκριμένα οι εργαζόμενοι που εργάζονταν από 11 – 20 έτη στον οργανισμό ανέφεραν πως εφαρμόζεται σε μεγαλύτερο βαθμό η παθητική – προς αποφυγή ηγεσία συγκριτικά με αυτούς που εργάζονταν πάνω από 30 έτη στον οργανισμό.

Πίνακας 7: Έλεγχος Kruskal - Wallis ανάμεσα στην προϋπηρεσία ΠΦΥ και στους τύπους ηγεσίας

	Προϋπηρεσία σε ΠΦΥ	N	Mean Rank	H	df	sig
Μετασχηματιστική ηγεσία	<5 έτη	25	66.48	7.186	4	0.126
	6-10 έτη	30	66.58			
	11-20 έτη	38	60.70			
	21-30 έτη	25	64.92			
	>30 έτη	16	91.00			
	Total	134				

Συναλλακτική ηγεσία	<5 έτη	25	75.64	5.677	4	0.225
	6-10 έτη	30	63.42			
	11-20 έτη	38	60.55			
	21-30 έτη	25	64.36			
	>30 έτη	16	83.84			
	Total	134				
Παθητική – Προς αποφυγή Ηγεσία	<5 έτη	25	61.06	9.536	4	0.049
	6-10 έτη	30	68.20			
	11-20 έτη	38	79.25			
	21-30 έτη	25	69.50			
	>30 έτη	16	45.22			
	Total	134				
Έκβασης Ηγεσίας	<5 έτη	25	70.82	5.337	4	0.254
	6-10 έτη	30	66.95			
	11-20 έτη	38	59.61			
	21-30 έτη	25	65.34			
	>30 έτη	16	85.47			
	Total	134				

Στον πίνακα 8 παρουσιάζεται ο έλεγχος Kruskal - Wallis ανάμεσα στην θέση εργασίας και στους τύπους ηγεσίας. Από τον πίνακα 8 προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην θέση εργασίας των συμμετεχόντων και στον βαθμό που εφαρμόζεται η μετασχηματιστική ηγεσία στον οργανισμό ($H_0 = 25.615$, $p < 0.001$). Οι προϊστάμενοι ανέφεραν σε μεγαλύτερο βαθμό ότι στον οργανισμό που εργάζονται εφαρμόζεται σε μεγαλύτερο βαθμό η μετασχηματιστική ηγεσία συγκριτικά με το ιατρικό προσωπικό.

Ακόμα από τον πίνακα 8 προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην θέση εργασίας και στον βαθμό που εφαρμόζεται η συναλλακτική ηγεσία στον οργανισμό ($H_6 = 14.953$, $p < 0.05$). Οι προϊστάμενοι ανέφεραν ότι στον οργανισμό που εργάζονται εφαρμόζεται σε μεγαλύτερο βαθμό η συναλλακτική ηγεσία συγκριτικά με το ιατρικό προσωπικό.

Επίσης από τον πίνακα 8 προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην θέση εργασίας των συμμετεχόντων και στον βαθμό που εφαρμόζεται η παθητική – προς αποφυγή ηγεσία στον οργανισμό ($H_6 = 27.228$, $p < 0.001$), όπου οι προϊστάμενοι ανέφεραν σε μικρότερο βαθμό ότι στον οργανισμό που εργάζονται εφαρμόζεται σε μεγαλύτερο βαθμό η παθητική – προς αποφυγή ηγεσία συγκριτικά με το ιατρικό προσωπικό.

Τέλος από τον πίνακα 8 προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην θέση εργασίας των συμμετεχόντων και στον βαθμό που εφαρμόζεται η έκβαση ηγεσία στον οργανισμό ($H_6 = 21.281$, $p < 0.05$), καθώς οι προϊστάμενοι ανέφεραν σε μικρότερο βαθμό ότι στον οργανισμό που εργάζονται εφαρμόζεται σε μεγαλύτερο βαθμό η έκβαση ηγεσίας συγκριτικά με το ιατρικό προσωπικό.

Πίνακας 8: Έλεγχος Kruskal - Wallis ανάμεσα στην θέση εργασίας και στους τύπους ηγεσίας

	Προσδιορίστε τη θέση σας	N	Mean Rank	H	df	sig
Μετασχηματιστική ηγεσία	Διευθυντής/ντρια	4	66.75	25.615	6	<0.001
	Προϊστάμενος/η	4	112.50			
	Νοσηλευτικό Προσωπικό	51	74.69			
	Ιατρικό Προσωπικό	25	36.76			
	Διοικητικό Προσωπικό	22	80.14			
	Παραϊατρικό Προσωπικό	24	63.77			
	Άλλο	4	76.63			
	Total	134				

Συναλλακτική ηγε- σία	Διευθυντής/ντρια	4	74.75	14.953	6	0.021
	Προϊστάμενος/η	4	78.75			
	Νοσηλευτικό Προσωπι- κό	51	74.32			
	Ιατρικό Προσωπικό	25	41.38			
	Διοικητικό Προσωπικό	22	77.36			
	Παραϊατρικό Προσωπι- κό	24	67.15			
	Άλλο	4	73.13			
	Total	134				
Παθητική – Προς αποφυγή Ηγεσία	Διευθυντής/ντρια	4	81.38	27.228	6	<0.001
	Προϊστάμενος/η	4	23.88			
	Νοσηλευτικό Προσωπι- κό	51	62.86			
	Ιατρικό Προσωπικό	25	94.02			
	Διοικητικό Προσωπικό	22	49.73			
	Παραϊατρικό Προσωπι- κό	24	76.79			
	Άλλο	4	32.63			
	Total	134				
Έκβασης Ηγεσίας	Διευθυντής/ντρια	4	65.00	21.281	6	0.002
	Προϊστάμενος/η	4	99.25			
	Νοσηλευτικό Προσωπι- κό	51	74.63			
	Ιατρικό Προσωπικό	25	39.40			
	Διοικητικό Προσωπικό	22	78.70			

Παραϊατρικό Προσωπικό	24	62.79
Άλλο	4	89.63
Total	134	

Στον πίνακα 9 παρουσιάζεται ο έλεγχος Mann – Whitney ανάμεσα στο είδος εργασίας και στους τύπους ηγεσίας. Από τον πίνακα 9 προκύπτει ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο είδος εργασίας και στους τύπους ηγεσίας, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι >5%.

Πίνακας 9: Έλεγχος Mann - Whitney ανάμεσα στο είδος εργασίας και στους τύπους ηγεσίας

	Εργάζεστε ως:	N	Mean Rank	U	sig
Μετασχηματιστική ηγεσία	Μόνιμος Υπάλληλος	94	65.16	1660.5	0.528
	Συμβασιούχος	38	69.80		
	Total	132			
Συναλλακτική ηγεσία	Μόνιμος Υπάλληλος	94	63.37	1492	0.138
	Συμβασιούχος	38	74.24		
	Total	132			
Παθητική – Προς αποφυγή Ηγεσία	Μόνιμος Υπάλληλος	94	67.66	1676.5	0.582
	Συμβασιούχος	38	63.62		
	Total	132			
Έκβασης Ηγεσίας	Μόνιμος Υπάλληλος	94	64.56	1603.5	0.356
	Συμβασιούχος	38	71.30		
	Total	132			

5.2 Συσχετίσεις

Στον πίνακα 10 παρουσιάζεται ο έλεγχος συσχέτισης Spearman ανάμεσα στα είδη ηγεσίας. Από τον πίνακα 10 προκύπτει ότι υπάρχει ισχυρή θετική σχέση ανάμεσα στον βαθμό εφαρμογής της μετασχηματιστικής ηγεσίας και της συναλλακτικής ($r = 0.886$, $p < 1\%$) και έκβασης ηγεσίας ($r = 0.881$, $p < 1\%$). Επίσης προκύπτει ότι υπάρχει αρνητική μέτρια σχέση ανάμεσα στον βαθμό εφαρμογής της μετασχηματιστικής ηγεσίας και στην παθητική προς αποφυγή ηγεσίας ($r = -0.647$, $p < 1\%$). Συγκεκριμένα καθώς αυξάνεται ο βαθμός εφαρμογής της μετασχηματιστικής ηγεσίας, αυξάνεται και ο βαθμός εφαρμογής της συναλλακτικής, της έκβασης ηγεσίας, ενώ μειώνεται ο βαθμός εφαρμογής της παθητικής προς αποφυγή ηγεσίας.

Από τον ίδιο πίνακα προκύπτει ότι υπάρχει ισχυρή θετική σχέση ανάμεσα στον βαθμό εφαρμογής της συναλλακτικής ηγεσίας και της έκβασης ηγεσίας ($r = 0.850$, $p < 1\%$). Αντίθετα φαίνεται ότι υπάρχει μέτρια αρνητική σχέση ανάμεσα στον βαθμό εφαρμογής της συναλλακτικής ηγεσίας και της παθητικής – προς αποφυγής ηγεσίας ($r = -0.582$, $p < 1\%$). Συγκεκριμένα καθώς αυξάνεται ο βαθμός εφαρμογής της συναλλακτικής ηγεσίας, αυξάνεται και ο βαθμός εφαρμογής της έκβασης ηγεσίας, ενώ μειώνεται ο βαθμός εφαρμογής της παθητικής – προς αποφυγής ηγεσίας.

Τέλος από τον πίνακα 10 προκύπτει ότι υπάρχει μέτρια αρνητική σχέση ανάμεσα στον βαθμό εφαρμογής της έκβασης ηγεσίας και της παθητικής προς αποφυγή ηγεσίας ($r = -0.697$, $p < 1\%$). Συγκεκριμένα καθώς αυξάνεται ο βαθμός εφαρμογής της έκβασης ηγεσίας, μειώνεται ο βαθμός εφαρμογής της παθητικής προς αποφυγή ηγεσίας.

Πίνακας 10: Έλεγχος συσχέτισης Spearman ανάμεσα στα είδη ηγεσίας

	Μετασχηματιστική ηγεσία	Συναλλακτική ηγεσία	Παθητική – Προς αποφυγή Ηγεσία	Έκβασης Ηγεσίας
Μετασχηματιστική ηγεσία	1	,886**	-,647**	,881**
Συναλλακτική ηγε- σία		1	-,582**	,850**
Παθητική – Προς αποφυγή Ηγεσία			1	-,697**

7. Συζήτηση

Ο σκοπός της έρευνας ήταν να διερευνηθούν οι απόψεις των εργαζομένων για τη διοίκηση και την ηγεσία στις δομές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Στην έρευνα συμμετείχαν 136 εργαζόμενοι, με την πλειονότητα να ανήκει στο γυναικείο φύλο, είχαν ηλικία από 46 έως 55 ετών και ήταν έγγαμοι. Από την έρευνα προέκυψε ότι οι περισσότεροι εργαζόμενοι είχαν Πανεπιστημιακή εκπαίδευση (ΑΕΙ – ΤΕΙ), είχαν προϋπηρεσία σε δομή ΠΦΥ που κυμαίνοντας από 11 έως 20 έτη, ανήκαν στο νοσηλευτικό προσωπικό και ήταν μόνιμοι υπάλληλοι.

Η ανάλυση των στατιστικών αποτελεσμάτων σε συνδυασμό με την τρέχουσα έρευνα παρέχει σημαντικές γνώσεις για τα στυλ ηγεσίας στο περιβάλλον της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Τα αποτελέσματα της έρευνας αποκαλύπτουν ότι η μετασχηματιστική ηγεσία είναι το κυρίαρχο στυλ ηγεσίας, ακολουθούμενη από τη συναλλακτική ηγεσία, η οποία είναι λιγότερο διαδεδομένη, ενώ η παθητική – προς αποφυγή ηγεσία, σπάνια παρατηρείται. Η απουσία αξιοσημείωτων διαφορών στην αντίληψη της ηγεσίας με βάση το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση και το επίπεδο εκπαίδευσης υποδηλώνει μια συνεπή κατανόηση του στυλ ηγεσίας μεταξύ του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης. Οι εργαζόμενοι με εμπειρία 11 έως 20 ετών δήλωναν υψηλότερα επίπεδα παθητικής ηγεσίας από εκείνους με εμπειρία άνω των 30 ετών.

Η μετασχηματιστική ηγεσία βρέθηκε να διαδραματίζει κρίσιμο ρόλο στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, καθώς αναδεικνύεται την αποτελεσματικότητά της στην προαγωγή της καινοτομίας, στην αύξηση της δέσμευσης του προσωπικού και στη βελτίωση των αποτελεσμάτων υγείας των ασθενών. Παρόμοια οι Boamah et al. (2018) τονίζουν τα ευεργετικά αποτελέσματα της μετασχηματιστικής ηγεσίας στην ικανοποίηση των εργαζομένων και την ασφάλεια των ασθενών, υπογραμμίζοντας ότι αυτή η προσέγγιση ηγεσίας συμβάλλει στην αύξηση της αποτελεσματικότητας και στην αύξηση των κινήτρων του προσωπικού. Οι Avolio και Bass (1995) χαρακτηρίζουν τη μετασχηματιστική ηγεσία ως ένα παράδειγμα που παρακινεί τους εργαζόμενους, προάγει τη συνεργασία και ενισχύει την απόδοση. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης συμφωνούν επιβεβαιώνοντας ότι η μετασχηματιστική ηγεσία είναι απαραίτητη στο σύγχρονο περιβάλλον άσκησης διοίκησης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Η διαλείπουσα χρήση της συναλλακτικής ηγεσίας αποτελεί ένα άλλο σημαντικό εύρημα. Αν και αυτό το στυλ υποστηρίζεται λιγότερο συχνά από τη μετασχηματιστική ηγεσία, οι Arbab Kash et al. (2014), υποστηρίζουν ότι τα στοιχεία των συναλλαγών, συμπεριλαμβανομένης της

συστηματικής λήψης αποφάσεων που βασίζονται σε κίνητρα, είναι ζωτικής σημασίας για τη στρατηγική διαχείριση στην υγειονομική περίθαλψη. Η ισορροπία μεταξύ μετασχηματιστικής και συναλλακτικής ηγεσίας αποτελεί μια συνύπαρξη πιθανά απαραίτητη για τη διατήρηση της αποτελεσματικότητας στις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Αυτή η υβριδική προσέγγιση υποστηρίζεται και από τα ευρήματα της μελέτης των Jodar i Solà et al. (2016), οι οποίοι προτείνουν ότι η αποτελεσματική ηγεσία της ΠΦΥ συχνά ενσωματώνει πτυχές και των δύο προσεγγίσεων για την αντιμετώπιση διαφορετικών οργανωτικών δυσκολιών.

Η ύπαρξη παθητικής ηγεσίας, αν και αναφέρεται ως σπάνια, παρουσιάζεται στο περιβάλλον της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Τα αποτελέσματα της έρευνας που αναδεικνύουν τα αυξημένα επίπεδα παθητικής ηγεσίας μεταξύ του προσωπικού με 11 έως 20 χρόνια εμπειρίας είναι ιδιαίτερα ενδιαφέροντα. Αυτό μπορεί να υποδηλώνει ένα φαινόμενο στασιμότητας στη μεσότητα της σταδιοδρομίας, όπου τα άτομα αντιμετωπίζουν εξάντληση ή αποδέσμευση πριν φτάσουν σε ανώτερες ηγετικές θέσεις. Οι Barling και Frone (2017), εξετάζοντας τις δυσμενείς συνέπειες της παθητικής ηγεσίας, τονίζουν τη συσχέτισή της με τις πιέσεις του ρόλου, την μειωμένη ικανοποίηση και την ευημερία των εργαζομένων. Οι Chênevert et al. (2013), υπογραμμίζουν επίσης ότι η παθητική ηγεσία επηρεάζει αρνητικά την οργανωσιακή δέσμευση, καθιστώντας την εμφάνισή της στην ΠΦΥ ανησυχητική παρά τη σπανιότητά της. Τα ευρήματα υποδεικνύουν την ανάγκη για εξειδικευμένα προγράμματα ανάπτυξης ηγετικών ικανοτήτων για την αντιμετώπιση των χαρακτηριστικών παθητικής ηγεσίας σε άτομα που βρίσκονται στη μεσότητα της εργασιακής τους εξέλιξης.

Στην παρούσα έρευνα παρατηρήθηκε απουσία δημογραφικών διαφοροποιήσεων στις αντιλήψεις για την ηγεσία. Η βιβλιογραφία επιβεβαιώνει αυτή την ομοιογένεια, καθώς η αποτελεσματικότητα των στυλ ηγεσίας συνδέεται συχνά, περισσότερο με την οργανωσιακή κουλτούρα παρά με μεμονωμένα χαρακτηριστικά. Οι Ali et al. (2017), υποστηρίζουν ότι η αποτελεσματικότητα της διαχείρισης γνώσης και της ηγεσίας στην υγειονομική περίθαλψη επηρεάζεται περισσότερο από θεσμικές μεταβολές παρά από μεμονωμένες ενέργειες. Οι Argaw et al. (2021), σε έρευνά τους ανακάλυψαν ομοίως ότι η αποτελεσματικότητα της ηγεσίας στα περιβάλλοντα πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης της Αιθιοπίας εξαρτιόταν περισσότερο από το πλαίσιο άσκησης διοίκησης και τις τακτικές διαχείρισης του προσωπικού και των θεμάτων που ανέκυπταν, παρά από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Οι O'Neill, De Vries και Comiskey (2021), διερεύνησαν την ηγεσία στο πλαίσιο της μεταρρύθμισης της κοινοτικής υγειονομικής περίθαλψης στην Ιρλανδία χρησιμοποιώντας το

Competing Values Framework (CVF). Η μελέτη τους διαπίστωσε ότι ενώ οι τρέχουσες πρακτικές ηγεσίας ήταν σε μεγάλο βαθμό ανταγωνιστικές και εστιάζονταν στον έλεγχο (τύποι αγοράς και ιεραρχίας), το προσωπικό δήλωσε ότι προτιμούσε έντονα ένα πιο συνεργατικό και υποστηρικτικό στυλ ηγεσίας. Αυτή η αποσύνδεση υπογραμμίζει την ανάγκη για μετασχηματιστική ηγεσία, η οποία, σύμφωνα με τους συγγραφείς, είναι απαραίτητη για την επιτυχή μεταρρύθμιση. Με την προώθηση της ευελιξίας, της συνεργασίας και της καινοτομίας, η μετασχηματιστική ηγεσία βοηθά τους οργανισμούς να προσαρμοστούν πιο αποτελεσματικά στην αλλαγή και να ευθυγραμμίσουν την ηγετική τους προσέγγιση με τους στόχους της ολοκληρωμένης κοινοτικής φροντίδας. Η μετασχηματιστική ηγεσία ενισχύει τη συνολική οργανωτική απόδοση ενθαρρύνοντας ένα πιο σκόπιμο και ανταποκρινόμενο στυλ ηγεσίας. Ο Okpala (2021), υπογράμμισε τη σημασία της κατανομημένης ηγεσίας για την ενίσχυση της πρόσβασης στη βασική υγειονομική περίθαλψη, υποστηρίζοντας ότι η μετασχηματιστική ηγεσία είναι απαραίτητη για την ενδυνάμωση του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης και τη βελτιστοποίηση της παροχής ποιοτικών υπηρεσιών υγείας. Αυτά τα ευρήματα δείχνουν ότι η μετασχηματιστική ηγεσία μπορεί να μειώσει τις τάσεις παθητικής ηγεσίας, προάγοντας την αφοσίωση του προσωπικού και την αύξηση των κινήτρων του για δέσμευση προς τον οργανισμό.

Η αντίστροφη συσχέτιση που εντοπίστηκε μεταξύ της μετασχηματιστικής και της παθητικής-αποφυγής ηγεσίας επιβεβαιώνεται και από τους Specchia et al. (2021), των οποίων η συστηματική ανασκόπηση στα στυλ ηγεσίας και την εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών καθόρισε ότι η παθητική ηγεσία οδηγεί σε μειωμένη εργασιακή ικανοποίηση και επηρεάζει αρνητικά τη φροντίδα των ασθενών, ενώ η μετασχηματιστική ηγεσία προωθεί την εργασιακή δέσμευση και βελτιώνει την απόδοση. Τα αποτελέσματά μας συμφωνούν με αυτά τα ευρήματα υποδηλώνοντας ότι η ισχυρή μετασχηματιστική ηγεσία συσχετίζεται με λιγότερο παθητική ηγεσία, ενισχύοντας έτσι τη δυναμική του χώρου εργασίας και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Σημαντικό στοιχείο της μελέτης αποτέλεσε η επιρροή της θέσης εργασίας στις αντιλήψεις/απόψεις για την ηγεσία. Η έρευνα έδειξε ότι οι προϊστάμενοι αναγνώρισαν υψηλούς βαθμούς μετασχηματιστικής και συναλλακτικής ηγεσίας, ενώ το ιατρικό προσωπικό διέκρινε μια πιο έντονη παρουσία παθητικής ηγεσίας. Αυτό ευθυγραμμίζεται με τα ευρήματα των Spehar et al. (2017), ο οποίοι εξέτασαν τις απόψεις των γενικών ιατρών σχετικά με τις ηγετικές ευθύνες και τα προβλήματα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Βρέθηκε ότι το προσωπικό της υγειονομικής περίθαλψης πρώτης γραμμής βιώνει συχνά αποσύνδεση από τους εκφραστές της ηγεσίας, αναφέροντας ανεπαρκή δέσμευση από την ηγεσία. Οι αντιλήψεις για την ηγεσία

ποικίλλουν σε διαφορετικά επίπεδα της επαγγελματικής ιεραρχίας, γεγονός που επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο θα πρέπει να εφαρμόζονται οι προσεγγίσεις ηγεσίας για να διασφαλιστεί η ουσιαστική συμμετοχή όλων των μελών του προσωπικού.

Σε μελέτη του ο Petersson et al. (2022), διερεύνησε τα εμπόδια στην ενσωμάτωση της τεχνητής νοημοσύνης (AI) στην υγειονομική περίθαλψη και κατέληξε ότι η εμπλοκή της ηγεσίας είναι απαραίτητη για την υπέρβαση της αντίστασης στην τεχνολογική πρόοδο. Η σχέση μεταξύ μετασχηματιστικής ηγεσίας και θετικών αποτελεσμάτων δείχνει ότι η αποτελεσματική ηγεσία μπορεί να προωθήσει την ενσωμάτωση της τεχνητής νοημοσύνης και άλλων τεχνολογικών ανακαλύψεων στις διαδικασίες των υγειονομικών σχηματισμών. Εάν οι μετασχηματιστικοί ηγέτες συμμετέχουν περισσότερο στη λήψη αποφάσεων, τείνουν να προάγουν τεχνικές και λύσεις που ενισχύουν την αποτελεσματικότητα και τη φροντίδα των ασθενών.

Επίσης οι Puertas, Sotelo και Ramos (2020) υπογράμμισαν τη σημασία της στρατηγικής ηγεσίας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, υποστηρίζοντας ότι η ηγεσία και η διαχείριση πρέπει να συνδέονται για την πραγματοποίηση μόνιμων βελτιώσεων στα συστήματα υγείας. Αυτά τα δεδομένα τεκμηριώνουν την υπόθεση ότι η μετασχηματιστική ηγεσία συσχετίζεται με τη συναλλακτική ηγεσία, καθώς οι αποτελεσματικοί ηγέτες εμπνέουν και παρακινούν ενώ παράλληλα διασφαλίζουν την αποτελεσματική λειτουργία των υγειονομικών οργανισμών. Τα ευρήματα τονίζουν ότι αυτά τα στυλ ηγεσίας λειτουργούν συνεργατικά παρά ανεξάρτητα, υπογραμμίζοντας ότι η αποτελεσματική ηγεσία πρέπει να ενσωματώνει τόσο το όραμα όσο και την υλοποίηση των δεσμεύσεων.

Συνοψίζοντας, τα ευρήματα της παρούσας μελέτης υπογραμμίζουν την ανάγκη για ενίσχυση της μετασχηματιστικής ηγεσίας στους υγειονομικούς οργανισμούς, καθώς συνδέεται θετικά με την αποτελεσματικότητα και την ικανοποίηση των εργαζομένων. Επίσης, η διαφοροποίηση των αντιλήψεων ανάλογα με την επαγγελματική θέση υποδηλώνει ότι απαιτούνται εξειδικευμένες στρατηγικές ηγεσίας, τέτοιες που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των διαφορετικών επαγγελματικών ομάδων που δραστηριοποιούνται στον τομέα της παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Περιορισμοί της έρευνας

Η έρευνα αυτή, παρά τη σημαντική της συμβολή, παρουσιάζει ορισμένους περιορισμούς που πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Ένας από τους βασικότερους περιορισμούς είναι το σχετικά μικρό μέγεθος του δείγματος, το οποίο μπορεί να επηρεάζει τη δυνατότητα γενίκευσης των ευρημάτων σε μεγαλύτερους πληθυσμούς. Επιπλέον, το γεγονός ότι η συλλογή δεδομένων βασίστηκε σε αυτοαναφορές των συμμετεχόντων μπορεί να έχει οδηγήσει σε φαινόμενα μεροληψίας ή κοινωνικής επιθυμητότητας, καθώς οι εργαζόμενοι ενδέχεται να μην έχουν εκφράσει πλήρως τις πραγματικές τους απόψεις.

Η διατομεακή φύση της έρευνας αποτελεί έναν ακόμα περιορισμό, καθώς η συλλογή δεδομένων σε μία χρονική στιγμή δεν επιτρέπει τη διερεύνηση των δυναμικών αλλαγών και των επιπτώσεων της ηγεσίας με την πάροδο του χρόνου. Επίσης, η έλλειψη συμπερίληψης εξωτερικών παραγόντων, όπως η οργανωτική κουλτούρα και η οικονομική κατάσταση του οργανισμού, μπορεί να έχει επηρεάσει την πλήρη κατανόηση της σχέσης μεταξύ ηγεσίας και αποτελεσματικότητας.

Τέλος, η μελέτη επικεντρώθηκε αποκλειστικά σε ποσοτικές μετρήσεις, γεγονός που περιορίζει την εις βάθος κατανόηση των εμπειριών των εργαζομένων και των ιδιαίτερων προκλήσεων που αντιμετωπίζουν στον εργασιακό τους χώρο.

Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Η παρούσα έρευνα παρείχε σημαντικές γνώσεις σχετικά με την επίδραση των διαφορετικών τύπων ηγεσίας στην οργανωτική κουλτούρα και την αποτελεσματικότητα. Ωστόσο, υπάρχουν αρκετές προτάσεις για μελλοντική έρευνα που θα μπορούσαν να ενισχύσουν την κατανόηση του θέματος. Η επέκταση του δείγματος είναι μία από αυτές, καθώς η συμμετοχή μεγαλύτερου και πιο ποικιλόμορφου δείγματος από διαφορετικούς κλάδους και εργασιακά περιβάλλοντα θα μπορούσε να συμβάλει στη βελτίωση της γενίκευσης των αποτελεσμάτων. Επιπλέον, η διεξαγωγή διαχρονικών μελετών θα επιτρέψει την κατανόηση των μεταβολών στις ηγετικές πρακτικές και την οργανωτική κουλτούρα με την πάροδο του χρόνου, προσφέροντας μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα των αλλαγών.

Η προσθήκη ποιοτικών μεθόδων, όπως συνεντεύξεις και ομάδες εστίασης, θα μπορούσε να αποκαλύψει βαθύτερες πτυχές των στάσεων και των εμπειριών των εργαζομένων που δεν μπορούν να αποτυπωθούν πλήρως με ποσοτικές μεθόδους. Η εξέταση της σχέσης των ηγετικών στυλ με άλλους παράγοντες, όπως το εργασιακό άγχος, η επαγγελματική ικανοποίηση και η δέσμευση των εργαζομένων, θα μπορούσε να δώσει μια πληρέστερη εικόνα των επιδράσεων της ηγεσίας.

Τέλος, η μελέτη πολιτισμικών διαφορών στις ηγετικές πρακτικές και στον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται οι εργαζόμενοι την ηγεσία σε διαφορετικά κοινωνικά και οικονομικά πλαίσια θα ήταν εξαιρετικά χρήσιμη.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

- Ali, N., Tretiakov, A., Whiddett, D., & Hunter, I. (2017). Knowledge management systems success in healthcare: Leadership matters. *International Journal of Medical Informatics*, 97, 331–340.
<https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2016.11.004>
- Arbab Kash, B., Spaulding, A., D. Gamm, L., & E. Johnson, C. (2014). Healthcare strategic management and the resource based view. *Journal of Strategy and Management*, 7(3), 251–264.
<https://doi.org/10.1108/JSMA-06-2013-0040>
- Aregbeshola, B. S., & Khan, S. M. (2017). Primary health care in nigeria: 24 years after olikoye ran-some-kuti’s leadership. *Frontiers in Public Health*, 5. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2017.00048>
- Argaw, M. D., Desta, B. F., Muktar, S. A., Tewfik, N., Tefera, B. B., Abera, W. S., Bele, T. A., Buseir, S. S., Rogers, D., & Eifler, K. (2021). Effectiveness of leadership, management, and governance competencies for performance improvements at primary health care entities in ethiopia: A before and after study. *Journal of Human Resource and Sustainability Studies*, 9(2), 250–275.
<https://doi.org/10.4236/jhrss.2021.92016>
- Aslam, F. (2021). *The ageing population in healthcare; role of leadership theories and policies in the modern era* (SSRN Scholarly Paper 3993797). <https://doi.org/10.2139/ssrn.3993797>
- Avolio, B. J., & Bass, B. M. (1995). Individual consideration viewed at multiple levels of analysis: A multi-level framework for examining the diffusion of transformational leadership. *The leadership quarterly*, 6(2), 199-218.
- Avolio, B. J., & Bass, B. M. (2004). Multifactor leadership questionnaire (TM). Mind Garden, Inc. Menlo Park, CA.
- Bani-Melhem, S., Abukhait, R., & Bourini, I. F. (2022). How and when does centralization affect the likelihood of passive leadership? *Leadership & Organization Development Journal*, 43(4), 533–549. <https://doi.org/10.1108/LODJ-10-2021-0492>
- Barling, J., & Frone, M. R. (2017). If only my leader would just do *something* ! Passive leadership undermines employee well-being through role stressors and psychological resource depletion: Leadership. *Stress and Health*, 33(3), 211–222. <https://doi.org/10.1002/smi.2697>
- Bhattacharyya, S. S., Jha, S., Bhattacharyya, S. S., & Jha, S. (2018). Literature review of leadership theories. In *Strategic Leadership Models and Theories: Indian Perspectives* (pp. 7–18). Emerald Publishing Limited. <https://doi.org/10.1108/978-1-78756-259-220181003>
- Bitton, A., Ratcliffe, H. L., Veillard, J. H., Kress, D. H., Barkley, S., Kimball, M., Secci, F., Wong, E., Basu, L., Taylor, C., Bayona, J., Wang, H., Lagomarsino, G., & Hirschhorn, L. R. (2017).

- Primary health care as a foundation for strengthening health systems in low- and middle-income countries. *Journal of General Internal Medicine*, 32(5), 566–571.
<https://doi.org/10.1007/s11606-016-3898-5>
- Boamah, S. A., Spence Laschinger, H. K., Wong, C., & Clarke, S. (2018). Effect of transformational leadership on job satisfaction and patient safety outcomes. *Nursing Outlook*, 66(2), 180–189.
<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2017.10.004>
- Chênevert, D., Vandenberghe, C., Doucet, O., & Ben Ayed, A. K. (2013). Passive leadership, role stressors, and affective organizational commitment: A time-lagged study among health care employees. *European Review of Applied Psychology*, 63(5), 277–286.
<https://doi.org/10.1016/j.erap.2013.07.002>
- Coolican, H. (2004). *Research Methods and Statistics in Psychology* (4th edn.). London: Hodder & Stoughton.
- Creswell, J. W. (2011). *Η έρευνα στην εκπαίδευση: Σχεδιασμός, διεξαγωγή και αξιολόγηση της ποσοτικής και ποιοτικής έρευνας*. Αθήνα: Εκδόσεις Έλλην.
- Desta, B. F., Abitew, A., Beshir, I. A., Argaw, M. D., & Abdulkader, S. (2020). Leadership, governance and management for improving district capacity and performance: The case of USAID transform: primary health care. *BMC Family Practice*, 21(1), 252.
<https://doi.org/10.1186/s12875-020-01337-0>
- Efimov, I., Rohwer, E., Harth, V., & Mache, S. (2022). Virtual leadership in relation to employees' mental health, job satisfaction and perceptions of isolation: A scoping review. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.960955>
- Figueroa, C. A., Harrison, R., Chauhan, A., & Meyer, L. (2019). Priorities and challenges for health leadership and workforce management globally: A rapid review. *BMC Health Services Research*, 19(1), 239. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4080-7>
- Gabel, S. (2013). Transformational leadership and healthcare. *Medical Science Educator*, 23(1), 55–60. <https://doi.org/10.1007/BF03341803>
- Galanis, P., Katsiroumpa, A., Vraika, I., Siskou, O., Konstantakopoulou, O., Katsoulas, T., Moisoglou, I., Gallos, P., & Kaitelidou, D. (2024). Nurses quietly quit their job more often than other healthcare workers: An alarming issue for healthcare services. *Int Nurs Rev*, 71(4):850-59.
- Gilson, L., Elloker, S., Olckers, P., & Lehmann, U. (2014). Advancing the application of systems thinking in health: South African examples of a leadership of sensemaking for primary health care. *Health Research Policy and Systems*, 12(1), 30. <https://doi.org/10.1186/1478-4505-12-30>

- Gopee, N., & Galloway, J. (2017). *Leadership and management in healthcare*. 1–320.
<https://www.torrossa.com/en/resources/an/5018177>
- Hentrich, S., Zimmer, A., Garbade, S. F., Gregersen, S., Nienhaus, A., & Petermann, F. (2017). Relationships between transformational leadership and health: The mediating role of perceived job demands and occupational self-efficacy. *International Journal of Stress Management*, 24(1), 34–61. <https://doi.org/10.1037/str0000027>
- Huebner, C., & Flessa, S. (2022). Strategic management in healthcare: A call for long-term and systems-thinking in an uncertain system. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(14), 8617. <https://doi.org/10.3390/ijerph19148617>
- Hughes, V., Wright, R., Taylor, J., Petchler, C., & Ling, C. (2023). A qualitative descriptive study of effective leadership and leadership development strategies used by nurse leaders in European island countries. *Nursing Open*, 10(2), 1071–1082. <https://doi.org/10.1002/nop2.1374>
- Hunt, T., & Fedynich, L. (2019). Leadership: Past, present, and future: an evolution of an idea. *Journal of Arts and Humanities*, 8(2), 22–26. <https://doi.org/10.18533/journal.v8i2.1582>
- Jiyenze, M. K., Nangawe, E. M., Swai, I. L., Kesale, A. M., Kacholi, G., & Kengia, J. T. (2023). Leadership and governance for primary health care in tanzania. In N. A. Kapologwe, J. T. Kengia, E. Van Praag, J. Killewo, & A. Kalolo (Eds.), *Primary Health Care in Tanzania through a Health Systems Lens* (pp. 19–41). CABI.
<https://doi.org/10.1079/9781800623330.0002>
- Jodar i Solà, G., Gené i Badia, J., Hito, P. D., Osaba, M. A. C., & Del Val García, J. L. (2016). Self-perception of leadership styles and behaviour in primary health care. *BMC Health Services Research*, 16, 572. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1819-2>
- Jodar i Solà, G., Gené i Badia, J., Hito, P. D., Osaba, M. A. C., & Del Val García, J. L. (2016). Self-perception of leadership styles and behaviour in primary health care. *BMC Health Services Research*, 16(1), 572. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1819-2>
- Klebe, L., Felfe, J., & Klug, K. (2022). Mission impossible? Effects of crisis, leader and follower strain on health-oriented leadership. *European Management Journal*, 40(3), 384–392.
<https://doi.org/10.1016/j.emj.2021.07.001>
- Lanzoni, G. M. de M., Meirelles, B. H. S., & Cummings, G. (2016). Nurse leadership practices in primary health care: A grounded theory. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 25, e4190015.
<https://doi.org/10.1590/0104-07072016004190015>
- Martínez-Gonzalez, M., Monreal-Bosch, P., Perera, S., & Olid, C. S. (2016). Public healthcare organizations: Leadership or management? *Athenea Digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social*, 16(3), 245–257. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.1706>

- McMurray, A. (2007). Leadership in primary health care: An international perspective. *Contemporary Nurse*, 26(1), 30–36. <https://doi.org/10.5172/conu.2007.26.1.30>
- Nene, S. E., Ally, H., & Nkosi, E. (2020). Nurse managers experiences of their leadership roles in a specific mining primary healthcare service in the West Rand. *Curationis*, 43(1), 1–8. <https://doi.org/10.4102/curationis.v43i1.2129>
- Newaz, A. I., Sikder, A. K., Rahman, M. A., & Uluagac, A. S. (2021). A survey on security and privacy issues in modern healthcare systems: Attacks and defenses. *ACM Transactions on Computing for Healthcare*, 2(3), 1–44. <https://doi.org/10.1145/3453176>
- Nieuwboer, M. S., Van Der Sande, R., Van Der Marck, M. A., Olde Rikkert, M. G. M., & Perry, M. (2019). Clinical leadership and integrated primary care: A systematic literature review. *European Journal of General Practice*, 25(1), 7–18. <https://doi.org/10.1080/13814788.2018.1515907>
- O'Neill, D., De Vries, J., & Comiskey, C. M. (2021). Leadership and community healthcare reform: A study using the Competing Values Framework (Cvf). *Leadership in Health Services*, 34(4), 485–498. <https://doi.org/10.1108/LHS-01-2021-0007>
- Okpala, P. (2021). Increasing access to primary health care through distributed leadership. *International Journal of Healthcare Management*, 14(3), 914–919. <https://doi.org/10.1080/20479700.2020.1719463>
- Petersson, L., Larsson, I., Nygren, J. M., Nilsen, P., Neher, M., Reed, J. E., Tyskbo, D., & Svedberg, P. (2022). Challenges to implementing artificial intelligence in healthcare: A qualitative interview study with healthcare leaders in Sweden. *BMC Health Services Research*, 22(1), 850. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08215-8>
- Puertas, E. B., Sotelo, J. M., & Ramos, G. (2020). [Leadership and strategic management in health systems based on primary health care]. *Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health*, 44, e124. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2020.124>
- Robson, C. & McCartan, K. (2015). *Real World Research* (4th edn.). New Jersey: Wiley.
- Sandhu, D. (2019). Healthcare educational leadership in the twenty-first century. *Medical Teacher*, 41(6), 614–618. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2019.1595555>
- Smith, K., & Bhavsar, M. (2021). A new era of health leadership. *Healthcare Management Forum*, 34(6), 332–335. <https://doi.org/10.1177/08404704211040817>
- Specchia, M. L., Cozzolino, M. R., Carini, E., Di Pilla, A., Galletti, C., Ricciardi, W., & Damiani, G. (2021). Leadership styles and nurses' job satisfaction. Results of a systematic review.

International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(4), 1552.

<https://doi.org/10.3390/ijerph18041552>

Spehar, I., Sjøvik, H., Karevold, K. I., Rosvold, E. O., & Frich, J. C. (2017). General practitioners' views on leadership roles and challenges in primary health care: A qualitative study.

Scandinavian Journal of Primary Health Care, 35(1), 105–110.

<https://doi.org/10.1080/02813432.2017.1288819>

Tahir, M., Amiruddin, R., Palutturi, S., Rivai, F., & Saleh, L. M. (2020). The relationship between organizing and leadership style and the quality improvement of primary healthcare services. *Enfermería Clínica*, 30, 39–43. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.10.036>

Veillard, J., Cowling, K., Bitton, A., Ratcliffe, H., Kimball, M., Barkley, S., Mercereau, L., Wong, E., Taylor, C., Hirschhorn, L. R., & Wang, H. (2017). Better measurement for performance improvement in low- and middle-income countries: The primary health care performance initiative (Phcpi) experience of conceptual framework development and indicator selection. *The Milbank Quarterly*, 95(4), 836–883. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12301>

Vilchez, J. A., Kruse, J., Puffer, M., & Dudovitz, R. N. (2021). Teachers and school health leaders' perspectives on distance learning physical education during the COVID -19 pandemic. *Journal of School Health*, 91(7), 541–549. <https://doi.org/10.1111/josh.13030>

Ystaas, L. M. K., Nikitara, M., Ghobrial, S., Latzourakis, E., Polychronis, G., & Constantinou, C. S. (2023). The impact of transformational leadership in the nursing work environment and patients' outcomes: A systematic review. *Nursing Reports*, 13(3), 1271–1290.

<https://doi.org/10.3390/nursrep13030108>

Zwolsman, D. E. (2020). *Allied health leadership: Critical for successful primary health care reform* [Thesis, University of Tasmania]. <https://doi.org/10.25959/100.00035202>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**



Λάρισα, 07 / 11 /2024

Αρ. πρωτ.: 24/31/10/2024 εξ

Η Εσωτερική Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας κατά την συνεδρίασή που πραγματοποιήθηκε στις 07/11/2024 έκρινε ότι πληρούνται όλα τα θέματα Ηθικής και Δεοντολογίας και ενέκρινε τη διεξαγωγή έρευνας από την κ. Παναγιωτά με θέμα «Διοίκηση και Ηγεσία στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας».

Η Επιτροπή Ηθικής & Δεοντολογίας του Τμήματος Νοσηλευτικής

Η Πρόεδρος

Τα μέλη

**Άννα Μαυροφόρου
Καθηγήτρια Α Βαθμίδας**

**Μαλλιαρού Μαρία
Αναπληρώτρια Καθηγήτρια**

**Φραδέλος Ευάγγελος
Επίκουρος Καθηγητής**

Ερωτηματολόγιο

Το εν λόγω ερωτηματολόγιο συντάχθηκε στο πλαίσιο της έρευνας που πραγματοποιείται για την εκπόνηση της μεταπτυχιακής διπλωματικής μου εργασίας, σκοπός της οποίας είναι η διερεύνηση των απόψεων των επαγγελματιών υγείας για τη διοίκηση και την ηγεσία, σε δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Εύβοια. Η διεξαγωγή της έρευνας γίνεται στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας».

Η έρευνα είναι ανώνυμη και οι πληροφορίες που συλλέγονται θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για ερευνητικούς σκοπούς, δίχως να υπάρχει ταυτοποίηση ανθρώπινου προσώπου στις αναφορές και την παρουσίαση των αποτελεσμάτων.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων.

ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ ΣΟΦΙΑ

e-mail: pan.sofia.re@gmail.com

Δημογραφικά Στοιχεία

1. Φύλο

A. Άντρας

B. Γυναίκα

Γ. Άλλο

Δ. Δεν επιθυμώ να απαντήσω

2. Ηλικία

A. Κάτω των 25 ετών

B. 26 – 35 ετών

Γ. 36 – 45 ετών

Δ. 46 – 55 ετών

E. Πάνω από 56 ετών

3. Οικογενειακή κατάσταση

A. Έγγαμος/η

B. Άγαμος/η

Γ. Διαζευγμένος/η

Δ. Άλλο

4. Εκπαίδευση

A. Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση

B. Διετούς Φοίτησης

Γ. Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση (ΑΕΙ/ΤΕΙ)

Δ. Κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου

Ε. Κάτοχος Διδακτορικού

ΣΤ. Άλλο

5. Προϋπηρεσία σε ΠΦΥ

A. <5 έτη

B. 6-10 έτη

Γ. 11-20 έτη

Δ. 21-30 έτη

Ε. >30 έτη

6. Προσδιορίστε τη θέση σας

A. Διευθυντής/ντρια

B. Προϊστάμενος/η

Γ. Νοσηλευτικό Προσωπικό

Δ. Ιατρικό Προσωπικό

Ε. Διοικητικό Προσωπικό

ΣΤ. Παραϊατρικό Προσωπικό

Ζ. Άλλο

7. Εργάζεστε ως:

A. Μόνιμος Υπάλληλος

B. Συμβασιούχος

Ηγεσία

Απαντήστε πόσο συχνά ο **άμεσος Προϊστάμενός** σας, εκδηλώνει τις κάτωθι συμπεριφορές.

	Καθόλου	Μία φορά στο τόσο	Μερικές φορές	Αρκετά Συχνά	Συνήθως, αν όχι πάντα
1. Μου παρέχει βοήθεια, ως αντάλλαγμα των προσπαθειών μου.	0	1	2	3	4
2. Επανεξετάζει κρίσιμα στοιχεία που θεωρούνται δεδομένα και αναρωτιέται εάν αυτά είναι κατάλληλα.	0	1	2	3	4
3. Δεν παρεμβαίνει μέχρι τα προβλήματα να γίνουν σοβαρά	0	1	2	3	4
4. Εστιάζει την προσοχή του σε ανικανότητες, λάθη, εξαιρέσεις και αποκλίσεις από τα standards.	0	1	2	3	4
5. Αποφεύγει να εμπλακεί όταν ανακύπτουν σημαντικά ζητήματα.	0	1	2	3	4
6. Αναφέρονται στις δικές του/της σημαντικές αξίες και πεποιθήσεις.	0	1	2	3	4
7. Είναι απών όταν τον έχουν ανάγκη.	0	1	2	3	4
8. Αναζητά διαφορετικές οπτικές γωνίες κατά την αντιμετώπιση των προβλημάτων.	0	1	2	3	4
9. Μιλάει με αισιοδοξία για το μέλλον.	0	1	2	3	4
10. Με κάνει να νιώθω περήφανος/η που συνεργάζομαι μαζί του/της.	0	1	2	3	4
11. Δηλώνει με σαφήνεια ποιος είναι ο υπεύθυνος για την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων.	0	1	2	3	4
12. Περιμένει κάτι να πάει στραβά για να επέμβει.	0	1	2	3	4

13. Μιλάει με ενθουσιασμό για τις ανάγκες που πρέπει να επιτευχθούν.	0	1	2	3	4
14. Καθορίζει τη σπουδαιότητα έχοντας ισχυρή αίσθηση του σκοπού.	0	1	2	3	4
15. Αφιερώνει χρόνο στο να διδάσκει και να καθοδηγεί.	0	1	2	3	4
16. Κάνει ξεκάθαρο τι αποτέλεσμα περιμένει να πάρει κάποιος όταν επιτευχθούν οι στόχοι.	0	1	2	3	4
17. Φαίνεται να είναι σταθερός/ή στην άποψη « Εάν δεν είναι χαλασμένο, μην το φτιάξεις».	0	1	2	3	4
18. Βάζει το καλό της ομάδας πιο πάνω από το προσωπικό του/της συμφέρον.	0	1	2	3	4
19. Με αντιμετωπίζει περισσότερο ως ξεχωριστό άτομο, παρά απλώς ως μέλος της ομάδας.	0	1	2	3	4
20. Ακολουθεί την τακτική του ότι πρέπει τα προβλήματα να γίνουν χρόνια, πριν, αναλάβει δράση.	0	1	2	3	4
21. Λειτουργεί κατά τρόπο που κερδίζει το σεβασμό μου.	0	1	2	3	4
22. Επικεντρώνει την προσοχή του/της αποκλειστικά στην αντιμετώπιση λαθών , παραπόνων και αποτυχιών.	0	1	2	3	4
23. Σκέφτεται τις ηθικές συνέπειες των αποφάσεων.	0	1	2	3	4
24. Παρακολουθεί κάθε λάθος που γίνεται.	0	1	2	3	4
25. Επιδεικνύει αίσθημα δύναμης και αυτοπεποίθησης.	0	1	2	3	4
26. Προβάλλει ένα συναρπαστικό όραμα	0	1	2	3	4

για το μέλλον.					
27. Μου εφιστά την προσοχή όταν δεν ανταποκρίνομαι στα standards.	0	1	2	3	4
28. Αποφεύγει να παίρνει αποφάσεις.	0	1	2	3	4
29. Με αντιμετωπίζει, σε σύγκριση με τους άλλους, ως άτομο με διαφορετικές ανάγκες, ικανότητες και φιλοδοξίες.	0	1	2	3	4
30. Με παροτρύνει να βλέπω τα προβλήματα από πολλές, διαφορετικές γωνίες.	0	1	2	3	4
31. Με βοηθά να αναπτύσσω τις δυνατότητές μου.	0	1	2	3	4
32. Προτείνει νέους τρόπους προσέγγισης με τους οποίους μπορούμε να επιδιώξουμε την ολοκλήρωση ενός έργου.	0	1	2	3	4
33. Καθυστερεί να δώσει λύση σε επείγοντα ζητήματα.	0	1	2	3	4
34. Δίνει έμφαση στο πόσο είναι σημαντικό να υπάρχει μία συλλογική αίτηση αποστολής.	0	1	2	3	4
35. Εκφράζει ικανοποίηση όταν ανταποκρίνομαι στις προσδοκίες του/της.	0	1	2	3	4
36. Εκφράζει την πεποίθηση ότι οι στόχοι θα επιτευχθούν.	0	1	2	3	4
37. Ανταποκρίνεται αποτελεσματικά στις ανάγκες μου , που σχετίζονται με τη δουλειά.	0	1	2	3	4
38. Χρησιμοποιεί ικανοποιητικές μεθόδους ηγεσίας.	0	1	2	3	4
39. Καταφέρνει, να κάνω περισσότερα, από ότι θα περίμενα και εγώ ο ίδιος.	0	1	2	3	4

40. Με αντιπροσωπεύει αποτελεσματικά σε υψηλότερα κλιμάκια.	0	1	2	3	4
41. Συνεργαζόμαστε με ικανοποιητικό τρόπο.	0	1	2	3	4
42. Αυξάνει την επιθυμία μου για επιτυχία.	0	1	2	3	4
43. Ανταποκρίνεται αποτελεσματικά στις απαιτήσεις της υπηρεσίας.	0	1	2	3	4
44. Αυξάνει την προθυμία μου να προσπαθώ περισσότερα.	0	1	2	3	4
45. Ηγείται μιας ομάδας, που είναι αποτελεσματική.	0	1	2	3	4