

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ, ΛΑΡΙΣΑ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ-MBA»

Διερεύνηση του τύπου ηγεσίας στην
Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
Μελέτη περίπτωσης: Κέντρα Υγείας 5^{ης} Υγειονομικής
Περιφέρειας Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ ΠΟΛΥΞΕΝΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΑΣΠΡΙΑΔΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

ΛΑΡΙΣΑ
ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ: 2019 – 2020

Δηλώνω υπεύθυνα ότι η συγκεκριμένη μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία για τη λήψη του μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών του ΠΜΣ Πλήρους Φοίτησης του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας: «Διοίκηση Επιχειρήσεων - MBA» έχει συγγραφεί από εμένα προσωπικά και δεν έχει υποβληθεί ούτε έχει εγκριθεί στο πλαίσιο κάποιου άλλου μεταπτυχιακού ή προπτυχιακού τίτλου σπουδών, στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό. Η εργασία αυτή έχοντας εκπονηθεί από εμένα, αντιπροσωπεύει τις προσωπικές μου απόψεις επί του θέματος και το κείμενο είναι γραμμένο με τα δικά μου λόγια και δεν αποτελεί προϊόν λογοκλοπής από τρίτες πηγές. Οι πηγές στις οποίες ανέτρεξα για την εκπόνηση της συγκεκριμένης διπλωματικής αναφέρονται στο σύνολό τους, δίνοντας πλήρεις αναφορές στους συγγραφείς, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο».

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της παρούσας διπλωματικής εργασίας, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους συνέβαλαν με οποιονδήποτε τρόπο στην επιτυχή εκπόνηση της.

Θερμές και ειλικρινείς ευχαριστίες στον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Ασπρίδη Γεώργιο για την πολύτιμη καθοδήγηση και υποστήριξη. Οι παραγωγικές υποδείξεις και το πολύ καλό κλίμα συνεργασίας που διαμόρφωσε συνέβαλαν καθοριστικά στην ολοκλήρωση της εργασίας αυτής.

Ευχαριστώ ιδιαίτερα τον αγαπημένο φίλο και συνεργάτη Δημήτρη Δημητριάδη που με ενθάρρυνε στην προσπάθεια αυτή και με στήριξε ηθικά και ψυχολογικά. Πολύτιμες οι συμβουλές και οι γνώσεις του, μα πιο πολύτιμος, ο χρόνος που αφιέρωσε στις πολλές και συχνές συζητήσεις, στις σκέψεις και στους προβληματισμούς που προέκυπταν κατά τη διάρκεια της έρευνας αυτής .

Κλείνοντας θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου, που με απλόχερη βοήθεια, υπομονή και στήριξη, μου έδωσε τη δυνατότητα να πραγματοποιήσω ένα από τα όνειρα μου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τις τελευταίες δυο δεκαετίες, οι αλλαγές που πραγματοποιούνται στα συστήματα υγείας και ειδικότερα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) παρουσιάζουν μεγάλο αντίκτυπο στον τρόπο εργασίας των υγειονομικών στελεχών. Μέσα σε ένα ταχέως εναλλασσόμενο περιβάλλον, τα ηγετικά στελέχη καλούνται να αναλάβουν σημαντικό ρόλο. Η ενδυνάμωση και ενίσχυση του προσωπικού, η μεγιστοποίηση της απόδοσης του και η εξασφάλιση της επίτευξης των στόχων του οργανισμού αποτελεί μεγάλη πρόκληση για την ηγεσία. Ωστόσο, για ένα τέτοιο καθήκον, απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί η διάθεση διοικητικών γνώσεων και ικανοτήτων.

Η παρούσα εργασία αναφέρεται στην ηγετική συμπεριφορά των υγειονομικών στελεχών σε δημόσιες δομές παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Συγκεκριμένα, επιχειρείται η διερεύνηση του αντιλαμβανόμενου τύπου ηγεσίας από τους Συντονιστές Επιστημονικής Λειτουργίας (ΣΕΛ), τους Αναπληρωτές αυτών και τους Υπεύθυνους του Νοσηλευτικού Προσωπικού των Κέντρων Υγείας Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας. Αναλύεται επίσης, η επίδραση των δημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων στις απόψεις τους περί υιοθέτησης συγκεκριμένου τύπου ηγεσίας. Επιπλέον, διερευνάται ο βαθμός εφαρμογής της μετασχηματιστική ηγεσίας στην ΠΦΥ και η επίδραση των τεσσάρων διαστάσεων της στις απόψεις των ηγετικών στελεχών (εξιδανικευμένη επιρροή, εμπνευσμένη παρακίνηση, πνευματική διέγερση, εξατομικευμένο ενδιαφέρον) .

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 117 υγειονομικά στελέχη, ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό σε θέση ευθύνης, από 39 Κέντρα Υγείας της Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας. Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε είναι αυτή της ποσοτικής έρευνας, με όργανο συλλογής δεδομένων το ηλεκτρονικό ανώνυμο ερωτηματολόγιο το οποίο αποτελείται από δύο μέρη. Το Μέρος Α΄ αφορά δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά των υγειονομικών στελεχών, ενώ το Μέρος Β΄ περιλαμβάνει το M.L.Q. – Πολύπαραγοντικό ερωτηματολόγιο

ηγεσίας (Multifactor Leadership Questionnaire) (Form – 5x), των Avolio και Bass (2004). Για την στατιστική ανάλυση και σύγκριση των ποσοτικών μεταβλητών του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκε το πακέτο στατιστικής ανάλυσης SPSS 25.

Τα κύρια ευρήματα της μελέτης αποκαλύπτουν ότι: α) οι ηγέτες στα Κέντρα Υγείας υιοθετούν το μετασχηματιστικό μοντέλο ηγεσίας, β) δεν παρατηρούνται συσχετίσεις μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών και των τύπων ηγεσίας και γ) η επιμόρφωση του προσωπικού σε ζητήματα ηγετικών πρακτικών και διοικητικής διαχείρισης αποτελεί βασική προϋπόθεση για την εξασφάλιση της αποδοτικής και δημιουργικής λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας όπως επίσης και η θέσπιση ξεκάθαρων διαδικασιών επιλογής και αξιολόγησης για όσους αναλαμβάνουν θέσεις ευθύνης.

Λέξεις-κλειδιά: ηγεσία, στυλ ηγεσίας, μετασχηματιστική ηγεσία, υπηρεσίες υγείας, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Συντονιστές Επιστημονικής Λειτουργίας, Υπεύθυνοι νοσηλευτικού προσωπικού, 5^η Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας

Abstract

Over the last two decades, changes in health systems and Primary Health Care (PHC) in particular, have had a major impact on the way health professionals work. In a constantly changing environment, leaders are called upon to play an important role. Staff empowerment and reinforcement, maximization of performance and ensuring organization's goals are a major challenge for leadership. However such a task requires sufficient knowledge of administrative procedures.

The present study aims to investigate the leadership behavior of healthcare professionals in public primary health care delivery facilities. More specifically, it attempts to investigate the perceived type of leadership by the Coordinators of Scientific Functioning (CSF), the Deputies and the Nursing Staff of the Thessaly & Central Greece Health Centers.

The impact of participants' demographic characteristics on their views on adopting a particular type of leadership is examined. Furthermore, the extent to which transformational leadership is applied and the impact of its four dimensions on the views of leaders (idealized influence, inspirational motivation, personalized interest) is investigated.

The sample consisted of 117 health care personnel, medical and nursing staff, from 39 Health Centers in Thessaly and Central Greece. The methodology followed is that of quantitative research, with the use of electronic anonymous questionnaires consisting of two parts. Part A deals with demographic and occupational characteristics of health workers, while Part B includes the M.L.Q. - Multifactor Leadership Questionnaire (Form -

5x), by Avolio and Bass (2004). The statistical analysis package SPSS 25 was used for statistical analysis and comparison of the quantitative variables in the questionnaire.

The main findings of the study reveal that: α) the leaders in Health Centers adopt the transformational model of leadership, b) no correlations were observed between demographic characteristics and types of leadership: and c) training personnel in leading positions on leadership principles and administrative issues could be essential for ensuring efficient and creative functioning of health services as well as establishing clear selection and evaluation procedures for those taking responsibility.

Keywords: leadership, leadership style, transformational leadership, health services, Primary Health Care, Coordinators of Scientific Functioning, Nursing Staff, 5th Regional Health Authority .

Πίνακας περιεχομένων

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	iii
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	iv
Abstract	vi
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο : ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
1.1. Καθορισμός του Προβλήματος	2
1.2 Σκοπός της έρευνας.....	3
1.3 Ερευνητικά ερωτήματα	4
1.4 Δομή της εργασίας	4
ΜΕΡΟΣ Α΄ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο : Θεωρητική προσέγγιση Ηγεσίας	6
2.1 Ηγεσία.....	6
2.2 Ερμηνευτική προσέγγιση στην ηγεσία.....	8
2.3 Σύγχρονες προσεγγίσεις στην ηγεσία	10
2.3.1 Μετασχηματιστική ηγεσία	11
2.3.2 Συναλλακτική ηγεσία.....	14
2.3.3 Παθητική ηγεσία - Ηγεσία αποφυγής	16
2.4 Κριτική ανάλυση.....	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο : Ηγεσία στον κλάδο της υγείας.....	19
3.1 Σύστημα Υγείας: ορισμοί, χαρακτηριστικά και ιδιότητες	19
3.2 Ηγεσία στις υπηρεσίες υγείας	22
3.2.1 Αναγκαιότητα	22
3.2.2 Πλαίσιο και πεδία εφαρμογής ηγεσίας στις υπηρεσίες υγείας.....	23
3.2.3 Ικανότητες και τύποι ηγεσίας στις υπηρεσίες υγείας.....	25
3.2.4 Ηγέτες στις υπηρεσίες υγείας.....	27
3.2.5 Παράγοντες που επηρεάζουν την άσκηση ηγεσίας στις μονάδες υγείας – Προκλήσεις	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο : Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στη λειτουργία των συστημάτων υγείας	31
4.1. Ιστορία και εξέλιξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	31

4.2. Ορισμός και βασικές αρχές της ΠΦΥ, 1978	32
4.3. Από το όραμα της ΠΦΥ στις πρώτες εφαρμογές.....	33
4.4. Η μετεξέλιξη και ο ρόλος της ΠΦΥ ως κεντρικό συστατικό στοιχείο των συστημάτων υγείας.....	35
4.5. Όψεις της Ηγεσίας στην ΠΦΥ	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ^ο : Η οργάνωση και ανάπτυξη της ΠΦΥ στο σύστημα υγείας της Ελλάδας.....	40
5.1. Η ΠΦΥ στο σύστημα υγείας της Ελλάδας: η περίοδος έως το 1983	40
5.2. Η ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) βασικές μεταρρυθμίσεις	41
5.3. Οι βασικές μεταρρυθμίσεις.....	42
5.4. Προοπτικές και προκλήσεις για την εξέλιξη της ΠΦΥ στο σύστημα υγείας.....	44
5.5. Ο ηγετικός ρόλος των Συντονιστών Επιστημονικής Λειτουργίας των Κέντρων Υγείας και των Υπευθύνων Νοσηλευτικού Προσωπικού	47
ΜΕΡΟΣ Β΄ ΠΕΔΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ	52
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ^ο : Μεθοδολογία της έρευνας.....	52
6.1 Η περίπτωση της 5ης ΥΠε Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας.....	52
6.2 Σκοπός της έρευνας.....	54
6.2.1 Στόχοι και ερευνητικά ερωτήματα.....	55
6.2.2 Ερευνητικά ερωτήματα	55
6.2.3 Ερευνητικές υποθέσεις.....	56
6.3 Μεθοδολογία της έρευνας.....	56
6.3.1 Διαδικασία εκτέλεσης της έρευνας – το είδος της έρευνας	56
6.3.2 Όργανο συλλογής δεδομένων – ερωτηματολόγιο.....	57
6.3.3 Πληθυσμός - δείγμα	63
6.3.4 Στατιστική ανάλυση.....	63
6.3.5 Η διεξαγωγή της έρευνας.....	64
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ^ο : Αποτελέσματα της έρευνας	65
7.1 Δημογραφικά και γενικά στοιχεία δείγματος.....	65
7.2 Μετασχηματιστική ηγεσία	72
7.3 Συναλλακτική ηγεσία.....	78

7.4 Παθητική ηγεσία – ηγεσία προς αποφυγή	80
7.5 Έκβαση ηγεσίας.....	83
7.6 Συσχετίσεις.....	86
7.6.1 Συσχέτιση ανάμεσα στους τύπους ηγεσίας και στην έκβαση της ηγεσίας	88
7.6.2 Συσχέτιση ανάμεσα στους τύπους ηγεσίας και στα δημογραφικά στοιχεία	90
7.6.3 Μετασχηματιστική ηγεσία και ηλικία.....	93
7.6.4 Μετασχηματιστική ηγεσία και δομές υγείας	95
7.6.5 Μετασχηματιστική ηγεσία και φύλο.....	97
7.6.6 Συναλλακτική ηγεσία και κατηγορία προσωπικού	98
7.6.7 Παθητική ηγεσία και χρόνια υπηρεσίας σε θέση ευθύνης.....	100
7.7 Έλεγχος αξιοπιστίας.....	101
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 ^ο : ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ -ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ-ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ	103
8.1 Σύνοψη Συμπερασμάτων	103
8.2 Περιορισμοί της έρευνας.....	108
8.3 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα	109
Βιβλιογραφία	111
Ελληνική	111
Ξένη	113
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ- ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	122
ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΕΡΕΥΝΗΤΡΙΑΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ	133

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο χώρος των υπηρεσιών υγείας αποτελεί ένα από τα πλέον σύνθετα και σημαντικά πεδία της ανθρώπινης δραστηριότητας. Η διαχείριση των ζητημάτων φροντίδας της υγείας, αποκατάστασης, πρόληψης της νόσου και προαγωγής της υγείας, είναι ένας από τους βασικούς πυλώνες ανάπτυξης μιας οργανωμένης κοινωνίας, για το οποίο δαπανάται σημαντικό μέρος των οικονομικών πόρων του κράτους και των πολιτών.

Το σύστημα υγείας αποτελείται από τους οργανισμούς, τα άτομα και τις δραστηριότητες, πρωταρχικός στόχος των οποίων είναι η προώθηση, η αποκατάσταση ή η διατήρηση της υγείας. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί το τμήμα εκείνο του συστήματος υπηρεσιών υγείας το οποίο εξασφαλίζει φροντίδα επικεντρωμένη στον άνθρωπο, προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας, πληρότητα στην φροντίδα και συντονισμό της περίθαλψης (WHO, 2011).

Ως πολύπλοκες οργανώσεις, οι επιδόσεις των μονάδων υγείας εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τις γνώσεις, τις δεξιότητες, τα κίνητρα και την συμπεριφορά των ανώτερων στελεχών. Η βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης απαιτεί από τους ηγέτες να διαχειρίζονται τις αβεβαιότητες και να προσαρμόζονται στις μεταβαλλόμενες καταστάσεις για τις απαιτούμενες συμπεριφορικές και πολιτισμικές αλλαγές (Weberg, 2012, Asiabar και Ardestani, 2018).

Οι αλλαγές που πραγματοποιούνται τις τελευταίες δεκαετίες στην οργάνωση των συστημάτων υγείας, έχουν αναδείξει την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) ως το πεδίο εκείνο το οποίο χρειάζεται να αναπτυχθεί περισσότερο, προκειμένου να υπάρξει πληρέστερη και ουσιαστική φροντίδα της υγείας των πολιτών, ορθολογικότερη χρήση των πόρων και βελτίωση των δεικτών υγείας.

Αφορμή για την παρούσα μελέτη υπήρξε η πρόσφατη μεταρρύθμιση της ΠΦΥ (Ν.4486/2017) στη χώρα μας, η οποία φαίνεται να δημιουργεί ένα νέο, πιο περίπλοκο και πιο απαιτητικό περιβάλλον για την λειτουργία των δημόσιων υπηρεσιών ΠΦΥ. Παράλληλα, όμως, η απασχόληση της ερευνήτριας στην Κεντρική Υπηρεσία της 5ης Υγειονομικής Περιφέρειας Θεσσαλίας & Στερεάς. Ελλάδας, καθώς και η προηγούμενη επαγγελματική της εμπειρία ως νοσηλεύτρια σε υπηρεσίες υγείας, της προσέφερε την δυνατότητα απόκτησης μιας πιο σφαιρικής εικόνας για την λειτουργία των δομών.

1.1. Καθορισμός του Προβλήματος

Στην Ελλάδα, τα Κέντρα Υγείας είναι οι κατεξοχήν μονάδες παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ. Η διοίκηση αυτών των δομών αποτελεί σημαντική πρόκληση και η ανάγκη ενδελεχούς μελέτης τόσο του ρόλου όσο και της ετοιμότητας των επαγγελματιών υγείας που έχουν επιφορτιστεί με τις αρμοδιότητες και τις υπευθυνότητες, σχετικών με την διαχείριση των οργανισμών και του ανθρώπινου δυναμικού, κρίνεται αναγκαία και επιβεβλημένη.

Αν και οι ηγετικές ικανότητες των στελεχών που κατέχουν θέσεις ευθύνης κρίνονται ως απαραίτητες και κρίσιμες για την διαχείριση των υπηρεσιών σε περιόδους αλλαγής, εν τούτοις, ζητήματα ηγεσίας στο περιβάλλον των υπηρεσιών υγείας, έχουν απασχολήσει ασθενώς τους ερευνητές στον ελλαδικό χώρο. Η μεγάλη σημασία που έχει αποδοθεί στον ρόλο των ηγετών στους οργανισμούς των υπηρεσιών υγείας, από τις Αγγλοσαξωνικές χώρες, δεν φαίνεται να αγγίζει την ελληνική πραγματικότητα, όπου η συζήτηση περιορίζεται σε συγκεκριμένες ειδικότητες και κυρίως στο νοσοκομειακό περιβάλλον.

Ωστόσο, η αναγκαιότητα παροχής υπηρεσιών υψηλού επιπέδου και η ανταπόκριση στις ανάγκες των ασθενών, δεν προκύπτουν άκοπα καθώς παρατηρούνται πολλές ανακολουθίες, ασυνέχειες και μη αποδοτικές πρακτικές. Η αποτελεσματική αξιοποίηση των πόρων και των δυνατοτήτων του συστήματος φαίνεται να αποτελεί εξαιρετικά δύσκολο εγχείρημα, καθώς το παραγόμενο έργο δεν αξιολογείται επαρκώς, απουσιάζει η στοχοθεσία και το κυριότερο, ένα όραμα για την λειτουργία των υπηρεσιών στο οποίο οι απασχολούμενοι στις δομές θα μπορούσαν να προσανατολιστούν.

1.2 Σκοπός της έρευνας

Ο γενικός σκοπός της παρούσας εργασίας περιλαμβάνει τη διερεύνηση του τύπου ηγεσίας, με επικέντρωση στην μετασχηματιστικού τύπου ηγεσία, των Συντονιστών Επιστημονικής Λειτουργίας (ΣΕΛ), των Αναπληρωτών τους, και των Υπευθύνων του Νοσηλευτικού προσωπικού των Κέντρων Υγείας Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας. Η επιλογή του θέματος και τα αποτελέσματα της εργασίας θα μπορούσαν να συνεισφέρουν στην έρευνα για θέματα ηγεσίας στο χώρο της υγείας, καθώς επικεντρώνεται στις υπηρεσίες ΠΦΥ και στον ρόλο της Διεύθυνσης.

Πιο συγκεκριμένα, τα δεδομένα που θα συλλεχθούν μπορεί να συμβάλλουν στην καλύτερη κατανόηση του πλαισίου των υπηρεσιών ΠΦΥ, ιδιαίτερα σε ότι αφορά την ανάδειξη ικανών στελεχών που θα μπορούσαν να στηρίξουν και να προωθήσουν τις διαρθρωτικές αλλαγές. Ταυτόχρονα, θα δοθεί η δυνατότητα προσδιορισμού των αδύναμων περιοχών του συστήματος έτσι ώστε να δοθεί η απαιτούμενη προσοχή και υποστήριξη για την ομαλότερη μετάβαση στις νέες συνθήκες.

1.3 Ερευνητικά ερωτήματα

Παράλληλα με το γενικό σκοπό το ερευνητικό εγχείρημα φιλοδοξεί την κάλυψη των εξής επιμέρους στόχων:

- ✓ Την περιγραφή του τύπου ηγεσίας όπως προκύπτει για κάθε συμμετέχουσα/χοντα.
- ✓ Την συσχέτιση του τύπου ηγεσίας με το δημογραφικό προφίλ των συμμετεχόντων (ηλικία, φύλο, επίπεδο εκπαίδευσης, προϋπηρεσία)
- ✓ Την συσχέτιση του τύπου ηγεσίας με το είδος της δομής, την γεωγραφική θέση και το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- ✓ Την ανάδειξη των επιμέρους χαρακτηριστικών της μετασχηματιστικής ηγεσίας και συγκεκριμένα των τεσσάρων διαστάσεών της όπως προκύπτουν για τις/τους συμμετέχοντες.
- ✓ Την συσχέτιση του τύπου ηγεσίας με την έκβαση της ηγεσίας δηλαδή με την αποτελεσματικότητά της

1.4 Δομή της εργασίας

Η δομή της παρούσας εργασίας, περιλαμβάνει αρχικά, το θεωρητικό μέρος με την εισαγωγή του θέματος, την προβληματική και το σκοπό της έρευνας. Στο κεφάλαιο που ακολουθεί γίνεται μια επισκόπηση της σχετικής με το θέμα βιβλιογραφίας και μια εκτενής περιγραφή των τριών τύπων της ηγεσίας, στο πλαίσιο των σύγχρονων προσεγγίσεων, της μετασχηματιστικής, της συναλλακτικής και της παθητικής- αποφευκτικής. Στη συνέχεια, το 3^ο κεφάλαιο πραγματεύεται ζητήματα που αφορούν την ηγεσία στον κλάδο της υγείας ειδικότερα, ενώ στο 4^ο κεφάλαιο, ακολουθεί η περιγραφή της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) ως ένα βασικό συστατικό στοιχείο της λειτουργία των συστημάτων υγείας.

Το τελευταίο κεφάλαιο του θεωρητικού μέρους επικεντρώνεται στην οργάνωση και ανάπτυξη της ΠΦΥ στο Ελληνικό σύστημα υγείας.

Το ερευνητικό μέρος της εργασίας περιλαμβάνει τη μεθοδολογική προσέγγιση που ακολουθήθηκε καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας. Πιο αναλυτικά, στο 6^ο κεφάλαιο περιγράφεται το ερευνητικό εργαλείο συλλογής δεδομένων που χρησιμοποιήθηκε για τη διεξαγωγή της έρευνας, ο τρόπος επιλογής του δείγματος, τα ερευνητικά ερωτήματα το πλαίσιο και η μεθοδολογία της έρευνας. Στο 7^ο κεφάλαιο αναλύονται διεξοδικά, με τη χρήση γραφημάτων και πινάκων, τα αποτελέσματα της έρευνας όπως αυτά προέκυψαν από τη στατιστική επεξεργασία και ανάλυση των ερωτηματολογίων. Τέλος, ακολουθεί το 8^ο κεφάλαιο όπου εκεί αποτυπώνονται τα συμπεράσματα της παρούσας εργασίας, οι περιορισμοί αλλά και οι προτάσεις για μελλοντικές έρευνες. Μετά την ολοκλήρωση των κεφαλαίων, παρατίθεται η βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε, το ερωτηματολόγιο της έρευνας καθώς και η επιστολή προς στο Επιστημονικό Συμβούλιο της 5ης ΥΠΕ προκειμένου να εξασφαλισθεί η απαιτούμενη έγκριση για τη διεξαγωγή της έρευνας.

ΜΕΡΟΣ Α΄ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΗΓΕΣΙΑΣ

2.1 Ηγεσία

Το θέμα της ηγεσίας έχει απασχολήσει εδώ και έναν αιώνα κάθε οργανωμένη κοινωνία. Στη διοικητική επιστήμη η ηγεσία αποτελεί μια από τις πιο κεντρικές και σημαντικές έννοιες, ικανή να καθορίσει την απόδοση και την ευημερία. Οι Amit, Popper, Gal, Mamane-Levy και Lisak (2009) υποστηρίζουν ότι ειδικότερα στα οργανωσιακά σχήματα, η ηγεσία αναγάγεται ως βασική συνιστώσα και σημαντικός παράγοντας επιτυχίας ή αποτυχίας του οργανισμού.

Από τις αρχές του 19ου αιώνα μέχρι σήμερα, έχουν αναπτυχθεί αρκετές προσεγγίσεις του φαινομένου της ηγεσίας, οι οποίες σε πολλές περιπτώσεις είναι συμπληρωματικές μεταξύ τους. Σημαντικό μέρος της βιβλιογραφίας επικεντρώνεται στις εμπειρίες, τα μοντέλα και τις αξιολογήσεις στον τομέα της κατάρτισης και της ανάπτυξης της ηγεσίας. Η ηγεσία είναι μια κοινωνικά κατασκευασμένη διαδικασία, που σημαίνει ότι η αντίληψη των ανθρώπων γι' αυτή, επηρεάζεται από κοινωνικούς παράγοντες. Την άποψη αυτή υποστηρίζει ο Γερμανός κοινωνιολόγος M. Weber ο οποίος θεμελίωσε το γραφειοκρατικό σύστημα διοίκησης διακρίνοντας τρεις τύπους ηγετών: τον χαρισματικό, το νόμιμο και τον παραδοσιακό. Η διάκριση αυτή δίνει έμφαση σε παραμέτρους κοινωνικής φύσης αλλά και σε θέματα όπως η ορθολογική δομή της οργάνωσης, η ιεραρχία και η εξασφάλιση συγκεκριμένου οργανωτικού ρόλου μέσα σε αυτήν (Μπατζιάς κ.ά., 2008).

Σημαντική στη διαμόρφωση των θεωρητικών προσεγγίσεων σχετικά με την αποτελεσματική ηγεσία είναι η συμβολή του Mc Gregor (1960), ο οποίος λαμβάνοντας

υπόψη τις επιδράσεις του κοινωνικού περιβάλλοντος αναγνωρίζει δυο βασικές κατηγορίες ηγετικής συμπεριφοράς: το αυταρχικό και το δημοκρατικό μοντέλο (Μπουραντάς, 2005). Σύμφωνα με την θεωρία X του McGregor, το αυταρχικό στυλ ηγεσίας απαλλάσσει τη διοίκηση από τις ευθύνες της, καθώς υποστηρίζει ότι οι άνθρωποι γενικά δεν αγαπούν την εργασία, αποτελούν τη μάζα και είναι προορισμένοι να ακολουθούν χαρισματικούς ηγέτες και να εκτελούν τις εντολές τους. Αντίθετα, η θεωρία Y, την οποία υιοθετούν οι δημοκρατικοί ηγέτες, υποστηρίζει ότι οι άνθρωποι διαθέτουν πολύ περισσότερες ικανότητες από αυτές που η Θεωρία X αναγνωρίζει, χαίρονται την εργασία, πράττουν υπεύθυνα επομένως λειτουργούν πιο αποτελεσματικά.

Τις τελευταίες δύο δεκαετίες υπήρξε μια σταθερή ροή ερευνών και μελετών σχετικά με επιτυχημένους διαχειριστές οργανισμών (διευθυντές και διοικητικά στελέχη), σημειώνοντας μια προσπάθεια να ανακαλυφθεί κάποιος νόμος που διέπει την ανάπτυξή τους ως ηγέτες. Στην προσπάθεια αυτή, οι Kouzes και Posner (2006) ορίζουν την ηγεσία ως την 'τέχνη' του να κινητοποιείς άλλους ανθρώπους που επιθυμούν να αγωνιστούν για κοινούς στόχους, ορίζοντας κατά συνέπεια την επίτευξη των κοινών επιδιώξεων ως μία επιπλέον σημαντική διάσταση της έννοιας της ηγεσίας. Η υπόθεση ότι η ηγεσία περιλαμβάνει την ικανότητα επιρροής αποτελεί μία επιπρόσθετη βασική θεωρητική προϋπόθεση για το πλήθος των ερευνών γύρω από το θέμα της ηγεσίας (Block, 2003).

Οι ορισμοί γύρω από την ηγεσία διαφέρουν συνήθως με βάση την οπτική γωνία που έχει ληφθεί για να περιγράψουν την έννοια ως σύνολο χαρακτηριστικών, συμπεριφορών, σχέσεων, αντιλήψεων ή ως διάφορων τύπων επιρροής έναντι των ακολούθων (του ηγέτη) των στόχων και της οργανωτικής κουλτούρας. Ο Yukl (όπ ανάφ. στο Ammit,et.al.,2009) παρατηρεί ότι η πιο εμφανής διαμάχη στη βιβλιογραφία αφορά στο αν η ηγεσία πρέπει να οριστεί ως μια οργανωτική διαδικασία ή μια ατομική συμπεριφορά.

Διακρίνει περαιτέρω τα χαρακτηριστικά των ηγετών από εκείνα των διαχειριστών – διευθυντών αποτυπώνοντας πως οι διαχειριστές «*κάνουν τα πράγματα σωστά*», ασχολούμενοι με τον τρόπο εκτέλεσης βάσει ευθυνών και εξουσίας ενώ οι ηγέτες «*κάνουν τα σωστά πράγματα*», ασχολούμενοι με το νόημα επηρεάζοντας τη δέσμευση των μελών της οργάνωσης (Yukl, 1989).

2.2 Ερμηνευτική προσέγγιση στην ηγεσία

Σε μια προσπάθεια αποτύπωσης της έννοιας της ηγεσίας, διαπιστώνουμε ότι οι περισσότεροι ορισμοί αντικατοπτρίζουν την υπόθεση της κοινωνικής επιρροής. Πρόκειται ουσιαστικά για μια διαδικασία κατά την οποία η εκ προθέσεως επιρροή ασκείται από ένα άτομο έναντι άλλου ατόμου ή ομάδας για τη δομή των δραστηριοτήτων και των σχέσεων στα όρια της ομάδας ή του οργανισμού (Bush & Glover, 2014). Οι Khalid, Madeeha και Amna (2011) ορίζουν την ηγεσία ως μια σχέση επιρροής μεταξύ ηγετών και οπαδών που στοχεύουν σε πραγματικές αλλαγές και αποτελέσματα τα οποία ανακαλύπτουν μέσα από την ύπαρξη των κοινών τους σκοπών.

Η έννοια της «επιρροής» στον ορισμό της ηγεσίας είναι ουδέτερη, καθώς από την πλευρά του ηγέτη δεν είναι απαραίτητα επιδιωκόμενος στόχος. Η ηγεσία συνδέεται περισσότερο με τις αξίες και το όραμα του ηγέτη που μεταδίδεται. Το όραμα θεωρείται ουσιαστικό στοιχείο μιας αποτελεσματικής ηγεσίας. Ο Southworth (1993) υποδηλώνει ότι οι εργαζόμενοι έχουν κίνητρο να εργαστούν σκληρά, όταν ο ηγέτης τους επιδιώκει τα ατομικά τους οράματα. Παράλληλα, τονίζει πως όταν οι επικεφαλής διαχέουν το όραμα στα υπόλοιπα μέλη, αυτό έχει άμεσες επιπτώσεις στη μεταξύ τους συνεργασία αλλά και στην υλοποίηση των επιθυμητών στόχων (Southworth 1993, σελ 82).

Ο Raven (2008), στη μελέτη του, αναφέρει ότι η ηγεσία είναι η άσκηση επιρροής. Ο συγγραφέας τονίζει πως η χρήση διαφόρων δυνατοτήτων βασίζεται στις συγκεκριμένες τακτικές που εφαρμόζουν οι ηγέτες για να αλλάξουν τις συμπεριφορές των υποκειμένων τους. Πλήθος ερευνητών ασπάζονται την άποψη αυτή και αναφέρονται στην ηγεσία ως μια αδιάκοπη διαδικασία επιρροής μεταξύ ατόμων για την επίτευξη προκαθορισμένων στόχων (Armandi, Oppedisano & Sherman, 2003). Η άσκηση επιρροής αναφέρεται στη διαδικασία κατά την οποία ο ηγέτης διαδίδει τις ιδέες του με σκοπό να παρακινήσει τα άτομα να τον υποστηρίξουν εφαρμόζοντας αυτές τις ιδέες. Η επιρροή αυτή σύμφωνα με το Rost (όπ. αναφ. στο Block, 2003) πραγματοποιείται προς όλες τις κατευθύνσεις, όχι μόνο από την κορυφή προς τα κάτω και χαρακτηρίζεται από συμπεριφορές που είναι πειστικές. Η επιρροή ως θεμέλιος λίθος της ηγεσίας φαίνεται να απορρέει μέσα από τη θέση του ηγέτη ωστόσο εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό και από τη σχέση του με τους ακολούθους του (Armandi, Oppedisano & Sherman, 2003).

Σε αυτήν ακριβώς τη σχέση αναφέρθηκε ο Stogdill (1974) ο οποίος χαρακτήρισε την ηγεσία ως μια διαδικασία διαμόρφωσης και διατήρησης δομημένων σχέσεων αλληλεπίδρασης. Τη βασική αυτή διάσταση της ηγεσίας, υποστήριξε και ο Hollander (1978) σύμφωνα με τον οποίο η ηγεσία εκφράζει τη δυναμική σχέση αλληλεπίδρασης που προκύπτει ανάμεσα στον ηγέτη και τους ακολούθους του. Λίγο αργότερα και στην ίδια κατεύθυνση, ο Cribbin (1981) όρισε την ηγεσία ως μια κατάσταση αλληλεπίδρασης που δίνει τη δυνατότητα στα στελέχη της διεύθυνσης να καθοδηγούν τους εργαζομένους στο να κάνουν αυτό που πρέπει και με τον τρόπο που πρέπει.

Από τα παραπάνω, αντιλαμβανόμαστε ότι η ηγεσία είναι μια διαδικασία πολυδιάστατη που επηρεάζει τις δραστηριότητες, αλλά και τις σχέσεις μιας οργανωμένης ομάδας προς την επίτευξη κοινών στόχων. Η πολυπλοκότητα και η δυναμική φύση της

ηγεσίας, αποτελούν δύο στοιχεία ικανά να εξηγήσουν την αδυναμία εξαγωγής κοινά αποδεκτού ορισμού της ηγεσίας έως τώρα.

2.3 Σύγχρονες προσεγγίσεις στην ηγεσία

Οι ενδεχομενικές θεωρίες για την ηγεσία επικράτησαν μέχρι και τα τέλη της δεκαετίας του 70, έως ότου εμφανίστηκε η θεωρία του Burns (1978). Ο Burns στη προσπάθεια του να αποσαφηνίσει την ίδια την ιδέα της ηγεσίας προέβη στο διαχωρισμό της μετασχηματιστικής (Transformational Leadership) από τη συναλλακτική ηγεσία (Transactional Leadership).

Ο Burns διατύπωσε ότι η ηγεσία στους ανθρώπους ασκείται όταν άτομα με συγκεκριμένα κίνητρα και σκοπούς κινητοποιούνται για να διεγείρουν, να εμπλέκουν και να ικανοποιήσουν τα κίνητρα των οπαδών τους. Η ουσία της σχέσης ηγέτη-οπαδού είναι η αλληλεπίδραση ανθρώπων με διαφορετικά επίπεδα κινήτρων και εξουσίας, συμπεριλαμβανομένης της ικανότητας για την επιδίωξη ενός κοινού σκοπού. Αυτή η αλληλεπίδραση εκφράζεται σε δύο τύπους ηγεσίας: τη μετασχηματιστική και τη συναλλακτική.

Το 1985 ο Bass θεμελίωσε τη θεωρία του για μετασχηματιστική ηγεσία, βασιζόμενος στο έργο και την ιδέα του Burns κάνοντας αρκετές τροποποιήσεις. Πιο συγκεκριμένα, ο Bass διαφωνούσε με τον Burns σχετικά με το ότι η μετασχηματιστική και η συναλλακτική ηγεσία αντιπροσωπεύουν τα αντίθετα άκρα ενός ενιαίου συνεχούς. Ο Bass ισχυρίστηκε ότι η ηγεσία μετασχηματισμού και συναλλαγής είναι ξεχωριστές έννοιες υποστηρίζοντας περαιτέρω ότι οι καλύτεροι ηγέτες είναι τόσο μετασχηματιστικοί όσο και συναλλακτικοί (Bass, 1985).

2.3.1 Μετασχηματιστική ηγεσία

Μια ανασκόπηση στη διεθνή βιβλιογραφία καταδεικνύει πως η θεωρία της μετασχηματιστής ηγεσίας εξακολουθεί να είναι η πιο διευρυμένη και πολυσυζητημένη ηγετική θεωρία στη νέα χιλιετία (Dinh et al., 2014).

Οι μετασχηματιστικοί ηγέτες, λέγεται ότι επικεντρώνονται στο να εμπνέουν τους οπαδούς τους με τη δέσμευση σε ένα κοινό όραμα με κοινούς στόχους στα όρια του οργανισμού στον οποίον ανήκουν. Είναι καινοτόμοι λύτες προβλημάτων και αναπτύσσουν ικανότητες ηγεσίας με σκοπό την καθοδήγηση και την υποστήριξη των οπαδών τους. Σύμφωνα με τον Bass (1990), όπου αναφέρεται στους Stone, Russell & Patterson, (2004) η μετασχηματιστική ηγεσία συμβαίνει όταν οι ηγέτες διευρύνουν και ανυψώνουν τα συμφέροντα των εργαζομένων τους, όταν δημιουργούν την ευαισθητοποίηση και την αποδοχή των στόχων και της αποστολής της ομάδας και όταν παρακινούν τους υπαλλήλους τους να κοιτάξουν, πέρα από το προσωπικό τους συμφέρον, το καλό της ομάδας. Στην ουσία, η ηγεσία μετασχηματισμού είναι μια διαδικασία οικοδόμησης δέσμευσης για οργανωτικούς στόχους και της αντίστοιχης ενδυνάμωσης των οπαδών για την επίτευξη αυτών των στόχων. Η μετασχηματιστική ηγεσία εμφανίζεται όταν ένα ή περισσότερα πρόσωπα αλληλεπιδρούν με άλλους με τέτοιο τρόπο ώστε οι ηγέτες και οι οπαδοί να αντλούν υψηλότερα επίπεδα κινήτρων και ηθικής.

Οι μετασχηματιστικοί ηγέτες μετασχηματίζουν τις προσωπικές αξίες των οπαδών για να υποστηρίξουν το όραμα και τους στόχους της οργάνωσης ενισχύοντας ένα περιβάλλον όπου οι σχέσεις μπορούν να διαμορφωθούν δημιουργώντας ένα κλίμα εμπιστοσύνης στο οποίο διαμοιράζεται το όραμα. Οι Bass & Avolio καθιέρωσαν τέσσερις πρωταρχικές συμπεριφορές που συνιστούν τη μετασχηματιστική ηγεσία:

- **Ιδεαλιστική επιρροή ή χαρισματική επιρροή:** Η ιδεαλιστική επιρροή είναι το χαρισματικό στοιχείο της μετασχηματιστικής ηγεσίας, στο οποίο οι ηγέτες γίνονται πρότυπα ρόλων που θαυμάζονται, γίνονται σεβαστά και μιμούνται από τους οπαδούς τους. Κατά συνέπεια, οι οπαδοί επιδεικνύουν υψηλό βαθμό εμπιστοσύνης σε αυτούς τους ηγέτες. Η ιδεαλιστική επιρροή στην ηγεσία περιλαμβάνει επίσης ακεραιότητα με τη μορφή ηθικής συμπεριφοράς. Η ανάπτυξη ενός κοινού οράματος αποτελεί αναπόσπαστο στοιχείο του ιδεαλιστικού, μετασχηματιστικού ηγετικού ρόλου. Οι μετασχηματιστικοί ηγέτες είναι επίσης πρόθυμοι να αναλάβουν και να μοιραστούν κινδύνους με τους οπαδούς τους.
- **Εμπνευσμένο κίνητρο και παρακίνηση:** Οι μετασχηματιστικοί ηγέτες εμπνέουν, ενθαρρύνουν και παρακινούν τους οπαδούς τους. Αυτό προσφέρει νόημα και πρόκληση στο έργο τους. Παράλληλα, το πνεύμα της ομάδας αναζωπυρώνεται ενώ γίνονται ορατά συναισθήματα όπως ο ενθουσιασμός και η αισιοδοξία. Ο μετασχηματιστικός ηγέτης αναπτύσσει σχέσεις με τους οπαδούς του μέσω μιας διαδραστικής επικοινωνίας. Επιπρόσθετα, εμπνέει τους οπαδούς του να δουν την ελκυστική μελλοντική κατάσταση, και τους ωθεί να επιδείξουν την ανάλογη δέσμευση για αυτό το κοινό όραμα. Η ιδεαλιστική επιρροή και η εμπνευσμένη παρακίνηση συνήθως συνδυάζονται για να δημιουργήσουν μια χαρισματική-εμπνευσμένη ηγεσία (Bass, 1998).
- **Πνευματική διέγερση:** Οι μετασχηματιστικοί ηγέτες δίνουν ώθηση στις προσπάθειες των οπαδών τους. Τους προκαλούν να είναι καινοτόμοι και δημιουργικοί επαναπροσδιορίζοντας τα προβλήματα και προσεγγίζοντας παλαιότερες καταστάσεις με νέους τρόπους. Τα όποια λάθη προκύψουν δεν επικρίνονται δημόσια ενώ αντίθετα η δημιουργικότητα ενθαρρύνεται ανοιχτά. Οι μετασχηματιστικοί ηγέτες ζητούν ιδέες από τους οπαδούς τους και δημιουργικές

λύσεις στα όποια προβλήματα τυχόν προκύπτουν. Ο πνευματικά διεγερτικός ηγέτης ενθαρρύνει τους οπαδούς να δοκιμάσουν νέες προσεγγίσεις, τονίζοντας ωστόσο την κοινή λογική.

- **Εξατομικευμένη αντιπαροχή:** Ο μετασχηματιστικός ηγέτης ενεργεί ως μέντορας ή προπονητής, αναπτύσσοντας ένα υποστηρικτικό κλίμα για τους οπαδούς του. Αναγνωρίζει και αποδεικνύει την αποδοχή των ατομικών διαφορών και προάγει αμφίδρομη επικοινωνία μέσω της αποτελεσματικής ακρόασης. Εξελίσσει τους οπαδούς μεταβιβάζοντας τους σημαντικά καθήκοντα ενώ παρακολουθεί διακριτικά την τέλεση αυτών των καθηκόντων. Η παρακολούθηση πραγματοποιείται για να ελέγχει και να διαπιστώσει εάν χρειάζεται πρόσθετη υποστήριξη ή κατεύθυνση. Η καθαρή επίδραση της εξατομικευμένης αντιπαροχής είναι η ενδυνάμωση των οπαδών του ηγέτη.

Σύμφωνα με τους Bass και Avolio (1994), ο μετασχηματιστικός ηγέτης δεν επιδιώκει να διατηρήσει τα υπάρχοντα συστήματα και τις πρακτικές. Αντίθετα, είναι διατεθειμένος να αναλάβει κινδύνους προκειμένου να αποτελέσει κίνητρο για αλλαγή και καινοτομία. Οι μετασχηματιστικοί ηγέτες καταφέρνουν να παρακινούν τους οπαδούς τους να επιτύχουν περισσότερα από όσα είχαν αρχικά προγραμματιστεί να πραγματοποιήσουν. Παράλληλα δημιουργούν ένα υποστηρικτικό οργανωτικό κλίμα, όπου αναγνωρίζονται και γίνονται σεβαστές οι ατομικές ανάγκες και οι διαφορές.

Συνοπτικά, ο μετασχηματιστικός ηγέτης διατυπώνει με σαφή και ελκυστικό τρόπο το όραμα μέσα στον οργανισμό. Ενεργεί με αυτοπεποίθηση και αισιοδοξία, εκφράζει εμπιστοσύνη στους οπαδούς και υπογραμμίζει τις αξίες με συμβολικές ενέργειες.

2.3.2 Συναλλακτική ηγεσία

Το 1987 ο Burns προέβη στο διαχωρισμό της μετασχηματιστικής ηγεσίας από τη συναλλακτική, ορίζοντας πως ο συναλλακτικός ηγέτης προσπαθεί να εκπληρώσει τις ανάγκες των υφισταμένων του με τη προϋπόθεση ότι η απόδοση τους αξίζει αυτή την εκπλήρωση αναγκών. Σύμφωνα με αυτή τη διάσταση, διαπιστώνεται ότι η συναλλακτική ηγεσία χαρακτηρίζεται από τη συμπεριφορά της ενδεχόμενης ανταμοιβής. Οι συναλλακτικοί ηγέτες ανταμείβουν του οπαδούς τους ανάλογα με τα επιτεύγματα τους, με τέτοιο τρόπο, ώστε η οργανωτική απόδοση να διατηρείται μέσα από αυτά τα κίνητρα και τους κανόνες (Xu & Wang, 2018).

Πρόκειται στην ουσία για μια άτυπη δοσοληψία μεταξύ του ηγέτη και των υφισταμένων του. Ο ηγέτης επιζητά την τέλεση ορισμένων καθηκόντων και επιθυμητών ενεργειών και στην συνέχεια παρέχει την ανάλογη ανταμοιβή όταν υλοποιούνται από τους υφιστάμενους. Ο συναλλακτικός ηγέτης επικεντρώνεται στην αποσαφήνιση του ρόλου της εργασίας και των προσδοκιών των εργαζομένων (Bass, 1998). Παρέχει στους οπαδούς τους σαφείς οδηγίες σχετικά με τις ενέργειες που απαιτούνται από αυτούς και στη συνέχεια τους υποστηρίζει ψυχολογικά και υλικά ώστε να εκπληρώσουν τα καθήκοντά τους (Walumbwa et al., 2008). Ο Burns αναφέρει για τη συναλλακτική ηγεσία ότι αναπτύσσεται *"όταν ένα άτομο αναλαμβάνει την πρωτοβουλία να έρχεται σε επαφή με άλλους για ανταλλαγή αξιολογών πράξεων"* συμπληρώνει πως *"Οι ηγέτες δίνουν και οι ηγέτες κερδίζουν. οι οπαδοί δίνουν και οι οπαδοί κερδίζουν. Οι ηγέτες επηρεάζουν αυτούς που ακολουθούν και αντίστροφα "*. (Burns, 1978). Με αυτό τον τρόπο η συναλλακτική ηγεσία ενεργεί ως κοινωνική ανταλλαγή μεταξύ των ανθρώπων.

Παρόμοια, ο Foster (1989) αποτυπώνει πως ο συναλλακτικός ηγέτης είναι ένα άτομο που αλληλεπιδρά με τους υπαλλήλους του βάσει σχέσεων ανταλλαγής. Ο Podsakoff

και λοιποί συγγραφείς (2010) υποστηρίζουν ότι οι συναλλακτικοί ηγέτες αναπτύσσουν μια αίσθηση δίκαιης μεταχείρισης στους εργαζομένους ενώ παράλληλα ενισχύουν το επίπεδο εμπιστοσύνης στη μεταξύ τους σχέση. Η αντίληψη της δικαιοσύνης οδηγεί σε καλύτερες σχέσεις και συμβάλει σημαντικά στα επίπεδα της εργασιακής τους ικανοποίησης (Bartram & Casimir, 2007). Με άλλα λόγια, οι εργαζόμενοι, οι οποίοι λαμβάνουν την υποστήριξη που χρειάζονται για την εκπλήρωση των αναμενόμενων αποτελεσμάτων, τείνουν να αισθάνονται πιο αποτελεσματικοί σε σχέση με αυτό που κάνουν και έτσι είναι πιο ικανοποιημένοι από την άποψη της εργασίας τους.

Αν και τα κίνητρα στη συναλλακτική ηγεσία μπορούν να ενισχύσουν το καινοτόμο πάθος των υποκειμένων, ο ενθουσιασμός των εργαζομένων συχνά συνδέεται θετικά με το επίπεδο κινήτρων, έτσι οι υποτελείς μπορούν να λύσουν τα προβλήματα με τον απλούστερο τρόπο αντί να αναλάβουν την πρωτοβουλία να καινοτομήσουν (Lee, 2008). Επιπλέον, οι καινοτόμες συμπεριφορές και οι αμοιβές των υποκειμένων σχετίζονται στενά με την ικανότητα των ηγετών να θέτουν στόχους και να διεξάγουν αξιολόγηση των επιδόσεων. Ωστόσο, η ενδεχόμενη ανταμοιβή γενικά έχει ένα προκαθορισμένο εύρος, το οποίο μπορεί να επηρεάσει μόνο το εξωτερικό κίνητρο των υφισταμένων. Αυτές οι στρατηγικές μπορεί να αποκλίνουν από την πραγματική κατάσταση, επηρεάζοντας αρνητικά τον ενθουσιασμό και τη δημιουργικότητα, μη προωθώντας την ανάπτυξη δυναμικών δυνατοτήτων.

Η συναλλακτική ηγεσία κατηγοριοποιείται και διαχωρίζεται στις κάτωθι δύο διαστάσεις (Bass, 1985):

- **Ηγεσία ενδεχόμενης ανταμοιβής – Contingent reward leadership:** Σε αυτή τη διάσταση ο συναλλακτικός ηγέτης παρέχει στους υφιστάμενους υλική και άυλη ανταμοιβή με σκοπό να εκπληρώσουν τις αρμοδιότητες της εργασίας. Οι

υφιστάμενοι προσφέρουν ως αντάλλαγμα τις υπηρεσίες τους με αποδοτικό τρόπο ούτως ώστε να εκπληρώνονται οι στόχοι του οργανισμού και να διαιωνίζεται η επιβράβευση. Για τους Bass & Bass αυτό το είδος συναλλαγής που αναπτύσσεται χαρακτηρίζεται ως εποικοδομητική.

- **Ενεργή διοίκηση εξαιρέσης - *Active Management by exception*:** Σε αυτή τη διάσταση ο συναλλακτικός ηγέτης παρακολουθεί την απόδοση και τις ενέργειες των υπαλλήλων – υφισταμένων. Όταν αυτές αποκλίνουν από τις αναμενόμενες προσδοκίες, ο ηγέτης επεμβαίνει διορθωτικά με σκοπό να διατηρήσει την οργανωτική απόδοση (Jansen et al., 2009). Με άλλα λόγια, ο ηγέτης επιβλέπει την ολοκλήρωση των εργασιών και κατέχει τον χειρισμό των απροσδόκητων καταστάσεων.

2.3.3 Παθητική ηγεσία - Ηγεσία αποφυγής

Στην παθητική - ηγεσία αποφυγής αποφεύγονται οι διοικητικές ευθύνες. Κατά ουσία γίνεται λόγος για απουσία ηγεσίας, καθώς ο ηγέτης αδιαφορεί παθητικά για τους υφιστάμενους του, για την οργανωτική επιτυχία αλλά και για την επίτευξη των στόχων του οργανισμού. Η ηγεσία αποφυγής είναι ουσιαστικά μια αποφυγή των ηγετικών συμπεριφορών και ανάληψης δράσης (Stewart, 2006). Αυτό ορίζεται επίσης και ως παθητική ηγεσία στην οποία ο ηγέτης δεν χρησιμοποιεί την εξουσία του.

Το 2005 ο Canty (όπ. αναφ. στο Appelbaum, et al., 2015) αποτύπωσε ότι η παθητική ηγεσία νοείται ως "μη ηγεσία". Οι παθητικοί ηγέτες αποφεύγουν την αποδοχή ευθύνης, απουσιάζουν όταν χρειάζεται, δεν ανταποκρίνονται στα αιτήματα για βοήθεια και αντιστέκονται στην έκφραση απόψεων σε σημαντικά θέματα. Έχουν την τάση να

απομακρύνονται σωματικά και συναισθηματικά από τους υφιστάμενους τους και να τους αντιμετωπίζουν ως άτομα και όχι ως μέλη της ομάδας (Appelbaum, et al., 2015).

- **Παθητική διοίκηση εξαίρεσης - *Passive Management by exception*:** Σε αυτή τη διάσταση ο ηγέτης παρακολουθεί παθητικά τις ενέργειες των υφιστάμενων του και επεμβαίνει μόνο όταν έχει ανακάμψει κάποιο σοβαρό πρόβλημα. Η διαφορά με την ενεργή διοίκηση εξαίρεσης έγκειται στο χρόνο παρέμβασης αλλά και στην απουσία προληπτικού χαρακτήρα για κάποιο ενδεχόμενο πρόβλημα.
- **Ηγεσία αποφυγής (LF):** Στην ηγεσία αποφυγής αποφεύγονται οι διοικητικές ευθύνες. Κατά ουσία, γίνεται λόγος για απουσία ηγεσίας καθώς ο ηγέτης αδιαφορεί παθητικά για τους υφιστάμενους του, για την οργανωτική επιτυχία αλλά και για την επίτευξη των στόχων του οργανισμού. Η ηγεσία αποφυγής είναι ουσιαστικά μια αποφυγή των ηγετικών συμπεριφορών και ανάληψης δράσης (Stewart, 2006). Αυτό ορίζεται επίσης και ως παθητική ηγεσία στην οποία ο ηγέτης δεν χρησιμοποιεί την εξουσία του.

2.4 Κριτική ανάλυση

Είναι κοινά αποδεκτό ότι με την πάροδο των ετών, έγιναν σημαντικές προσπάθειες αλλαγής του τρόπου κατανόησης και ερμηνείας του φαινομένου της ηγεσίας. Παρά τις προσπάθειες αυτές, εξακολουθεί και είναι δύσκολη η υιοθέτηση ενός πρότυπου στυλ ηγεσίας ως το πλέον κατάλληλο και αποτελεσματικό. Κάθε οργανισμός φαίνεται πως θα πρέπει ανάλογα με το περιβάλλον, τις ανάγκες και τα άτομα στα οποία απευθύνεται, να προσανατολίσει τη μορφή ηγεσίας που θα χρησιμοποιήσει. Βέβαια, θα πρέπει να επισημανθεί το γεγονός πως και η φύση της ηγεσίας έχει διαφοροποιηθεί αρκετά τα τελευταία χρόνια. Τα προσωπικά χαρακτηριστικά του ηγέτη δεν κατέχουν τον ίδιο βαθμό

σημαντικότητας, όσο οι γνώσεις, οι δεξιότητες, η συμπεριφορά και οι ικανότητες του να παρακινεί και μέσω αυτών να τροποποιεί τους οργανισμούς.

Όπως θα αναλυθεί στη συνέχεια, η ηγεσία στους οργανισμούς υγείας είναι ζωτικής σημασίας καθώς οι επιδόσεις των μονάδων αυτών εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τις ικανότητες των ατόμων που ασκούν ηγετικούς ρόλους και έχουν άμεσο αντίκτυπο στις ζωές των ανθρώπων. Ο χώρος της Υγείας είναι ένα πεδίο, που διαχρονικά εξελίσσεται και διαφοροποιείται, μέσα σε ένα περιβάλλον έντονων πιέσεων με πολλαπλές επιρροές (έρευνα και τεχνολογία, οικονομία, επιστήμη κ.ά.). Τα τελευταία έτη, η συνεχής ύφεση και οι πολιτικές λιτότητας που έχουν εφαρμοσθεί, έχουν οδηγήσει τους πολίτες να απευθύνονται ολοένα και περισσότερο στις δημόσιες δομές υγείας, γεγονός που έχει επιβάλλει υψηλές επιδόσεις, εντατικοποίηση των εργασιακών σχέσεων και ταυτόχρονη παροχή ποιοτικών υπηρεσιών. Η ανάδειξη όμως της σπουδαιότητας και των εφαρμογών της ηγεσίας στον χώρο της Υγείας, απαιτεί διεξοδική ανάλυση του πλαισίου οργάνωσης των υπηρεσιών και λεπτομερή καταγραφή των ιδιαιτεροτήτων που συνθέτουν το απαιτητικό περιβάλλον λειτουργίας των οργανισμών και δομών υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΗΓΕΣΙΑ ΣΤΟΝ ΚΛΑΔΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

3.1 Σύστημα Υγείας: ορισμοί, χαρακτηριστικά και ιδιότητες

Η υγεία αποτελεί αναφαίρετο δικαίωμα και δομικό χαρακτηριστικό της ανθρώπινης ύπαρξης. Παρόλο που προσομοιάζει με άλλα πεδία του κοινωνικού κεφαλαίου (την εκπαίδευση, την εργασία κλπ) η απρόβλεπτη και πολυπαραγοντική βιολογική βάση των ζητημάτων της υγείας, την διαφοροποιεί δραματικά από κάθε άλλο πεδίο, προσδιορίζοντας με αυτό τον τρόπο την ιδιαίτερη φύση του κλάδου της υγείας (WHO, 2000).

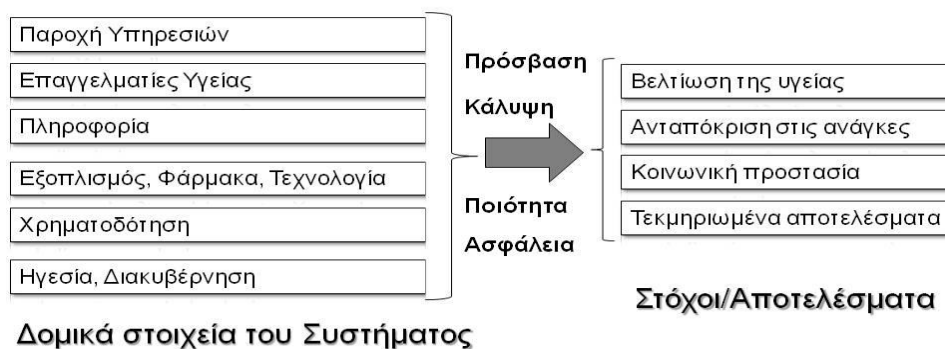
Οι υπηρεσίες υγείας, παρέχονται στο άτομο ή τον πληθυσμό, από ένα εξαιρετικά πολύπλοκο δίκτυο δομών και οργανισμών, που περιγράφεται ως σύστημα υγείας. Η ταύτιση του συστήματος υγείας με τους μεγάλους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών, όπως είναι τα νοσοκομεία ή τα Κέντρα Υγείας, δεν βοηθά στην κατανόηση του σύνθετου περιβάλλοντος όπου πραγματώνονται οι διεργασίες ανάπτυξης των συστημάτων υγείας, στοιχείο που είναι απαραίτητο για την προσέγγιση των θεμάτων ηγεσίας στις υπηρεσίες υγείας (Belrhiti, et al., 2018).

Αρχικά, η κεντρική έννοια του ‘συστήματος’ εμπεριέχει την ιδέα μιας συνάθροισης/συλλογής οντοτήτων/αντικειμένων/στοιχείων, τα οποία συνδέονται μεταξύ τους σχηματίζοντας ένα σύνολο/ολότητα, το οποίο εμφανίζει ιδιότητες που χαρακτηρίζουν το σύνολο και όχι τα μέρη που το αποτελούν. Για αυτό το λόγο, το σύστημα είναι κάτι περισσότερο από τα εμπλεκόμενα μέρη, ενώ η συμπεριφορά και η απόδοσή του καθορίζεται από τα δομικά του στοιχεία, τη σχέση μεταξύ αυτών και την προκύπτουσα δομή του. Τα συστήματα, γενικά, είναι αυτό-οργανούμενα και διαρκώς μεταβαλλόμενα, διέπονται από ανατροφοδότηση είναι μη γραμμικά, μη προβλέψιμα, εξαρτώμενα από τον χρόνο και εμφανίζουν αντίσταση στην αλλαγή (WHO, 2009).

Ειδικότερα, το σύστημα υγείας που ανήκει στην κατηγορία των σύνθετων και προσαρμοστικών συστημάτων (complex adaptive systems), «αποτελείται από τους οργανισμούς, τα άτομα και τις δραστηριότητες, πρωταρχικός στόχος των οποίων είναι η πρόωθηση, η αποκατάσταση ή η διατήρηση της υγείας. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει προσπάθειες τροποποίησης και επηρεασμού των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας, καθώς και πιο άμεσες δραστηριότητες βελτίωσης της υγείας. Ένα σύστημα υγείας είναι, ως εκ τούτου, κάτι περισσότερο από την πυραμίδα δημόσιων εγκαταστάσεων που παρέχουν ατομικές υπηρεσίες υγείας. Περιλαμβάνει, για παράδειγμα, μια μητέρα που φροντίζει ένα άρρωστο παιδί στο σπίτι, ιδιωτικούς παρόχους υπηρεσιών, προγράμματα αλλαγής συμπεριφοράς, οργανισμούς ασφάλισης υγείας, τη νομοθεσία για την υγεία και την ασφάλεια στην εργασία» (WHO, 2007).

Στον Πίνακα 3.1 που ακολουθεί παρουσιάζεται, η προσέγγιση του WHO (2009) σχετικά με το πλαίσιο για τα συστήματα υγείας, όπου περιγράφονται τα δομικά στοιχεία ενός συστήματος, οι προσδοκώμενοι στόχοι και τα αποτελέσματα από την λειτουργία του. Στόχος ενός συστήματος υγείας είναι η βελτίωση της υγείας και η ανταπόκριση στις ανάγκες των ατόμων και του πληθυσμού, διαμέσου τεκμηριωμένων πρακτικών και αποτελεσμάτων, που θα συμβάλλουν στην κοινωνική προστασία και ανάπτυξη.

Πίνακας 3.1: Τα δομικά στοιχεία λειτουργίας ενός συστήματος υγείας



Από τα παραπάνω γίνεται σαφές ότι τα συστήματα υγείας διαφέρουν ανάμεσα σε χώρες και περιβάλλοντα, καθώς σχετίζονται με την ιστορία ανάπτυξής τους σε συγκεκριμένες συνθήκες (κοινωνικές, οικονομικές, πολιτικές κλπ). Παράλληλα, οι διαφορετικοί οργανισμοί και δομές που αποτελούν μέρη ενός συστήματος (π.χ. τα νοσοκομεία ή τα Κέντρα Υγείας) αποτελούν υποσυστήματα του ευρύτερου συστήματος, με ανάλογα χαρακτηριστικά και ιδιότητες. Τέλος, τα διαφορετικά μέρη ενός συστήματος διασυνδέονται μεταξύ τους και αλληλεπιδρούν διαρκώς με προβλέψιμους ή μη τρόπους, γεγονός που συμβάλλει στην πολύπλοκη φύση των υπηρεσιών υγείας. Όπως θα φανεί και στην συνέχεια, ειδικότερα για τις υπηρεσίες ΠΦΥ ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας τους, αποτέλεσε ένα διαρκώς μεταβαλλόμενο πεδίο θεωρητικών προσεγγίσεων και πρακτικών εφαρμογών, το οποίο συνεχίζει να διαφοροποιείται ακόμη και σήμερα.

3.2 Ηγεσία στις υπηρεσίες υγείας

3.2.1 Αναγκαιότητα

Η ανάδειξη των θεμάτων ηγεσίας στις υπηρεσίες υγείας φαίνεται αυτονόητη και δεδομένη, υπαγορεύεται όμως από μια σειρά αιτίες, που προσδιορίζουν αυτή την αναγκαιότητα (Hartley & Martin, 2008). Αρχικά, τα νοσήματα που απειλούν την ζωή των ανθρώπων έχουν αλλάξει τις τελευταίες δεκαετίες. Ιδιαίτερα στα οικονομικά ανεπτυγμένα κράτη, ασθένειες που σχετίζονται με την συμπεριφορά και τις συνθήκες ζωής έχουν πάρει την θέση των λοιμωδών νοσημάτων, ως βασικές αιτίες πλέον θανάτου και χαμηλής ποιότητας ζωής, με αποτέλεσμα οι υπηρεσίες να οφείλουν να βρίσκονται σε επαγρύπνηση για την αντιμετώπιση και την πρόβλεψη της εμφάνισής τους. Παράλληλα, ζητήματα χρηματοδότησης των υπηρεσιών και ανάπτυξης συνεργασιών μεταξύ φορέων και της κοινότητας, απαιτούν σημαντικές ηγετικές πρωτοβουλίες ενώ η εισαγωγή νέων τεχνολογιών προϋποθέτει ομαδικές διεπιστημονικές συνέργειες και ενεργητική συμμετοχή των ασθενών. Οι οργανισμοί των υπηρεσιών αλλάζουν επίσης, όπως το περιεχόμενο και ο προσανατολισμός τους, σε ένα περιβάλλον υπερπληροφόρησης, όπου οι ανάγκες και τα δικαιώματα των ληπτών των υπηρεσιών υγείας, των φροντιστών και των κοινοτήτων, αμφισβητούν το παραδοσιακό ιατρικό κατεστημένο και δημιουργούν προσδοκίες ποιοτικής παροχής φροντίδας. Πέρα, λοιπόν, από την διαχείριση των υφιστάμενων πόρων, του προσωπικού και των διαδικασιών, η ηγεσία στον κλάδο της υγείας μπορεί να προσφέρει την απαραίτητη καθοδήγηση και υποστήριξη, για την αποτελεσματική αντιμετώπιση πολύπλοκων προκλήσεων (Bolman & Deal, 2003, Hartley & Martin, 2008).

Έχει περιγραφεί (Weberg, 2012, Vaghee & Yavari, 2013) ότι η πλειονότητα των προβλημάτων στις υπηρεσίες υγείας, προέρχεται από την έλλειψη επικοινωνίας άλλα και από την άσκηση «κακής» ηγεσίας. Η μη αποτελεσματική άσκηση ηγεσίας μπορεί να μειώσει την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα, να αυξήσει το κόστος, να

δημιουργήσει δυσαρέσκεια στο προσωπικό, να μειώσει την ικανοποίηση νοσηλευτικού προσωπικού και ασθενών και τέλος, να επηρεάσει αρνητικά το επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Από την άλλη πλευρά, η αποτελεσματική ηγεσία αναπτύσσει μια οργανωσιακή νοοτροπία που μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, την αποτελεσματικότητα του συστήματος και του οργανισμού και, τελικά, να οδηγήσει στην επίτευξη προσωπικών και οργανωτικών στόχων (Sfantou et al., 2017), (Storey & Holti, 2013), (Hardacre et al., 2011).

Η ηγεσία στις υπηρεσίες υγείας παρόλα αυτά, δεν ασκείται ομοιόμορφα ούτε έχει τα ίδια χαρακτηριστικά. Απαιτείται προσεκτική μελέτη και περιγραφή των συνθηκών που επηρεάζουν την ανάπτυξη της ηγεσίας στο πολύπλευρο περιβάλλον της υγείας, προκειμένου να οριοθετηθεί επαρκώς το πεδίο έρευνας της παρούσας μελέτης.

3.2.2 Πλαίσιο και πεδία εφαρμογής ηγεσίας στις υπηρεσίες υγείας.

Οι υπηρεσίες υγείας, αποτελούν μέρος του συστήματος υγείας και διαφοροποιούνται μεταξύ τους σε σχέση με το αντικείμενο, το είδος οργάνωσης και την διασύνδεση με άλλες δομές και οργανισμούς. Οι Hartley & Martin, 2008 περιγράφουν τρία διαφορετικά επίπεδα πλαισίωσης των υπηρεσιών:

- Το επίπεδο της εθνικής και δημόσιας πολιτικής, που αφορά στην χάραξη στρατηγικής και την παραγωγή πολιτικής υγείας και επηρεάζει έντονα όλα τα άλλα πεδία,
- Το περιφερειακό/τοπικό επίπεδο, όπου πραγματοποιούνται διαφορετικού τύπου συνεργασίες και σχεδιασμοί, με σκοπό την ανάπτυξη, την οργάνωση και εποπτεία των υπηρεσιών,

- Το οργανωσιακό επίπεδο, που αφορά στην λειτουργία των οργανισμών που παρέχουν τις υπηρεσίες υγείας, όπως είναι τα νοσοκομεία, τα Κέντρα Υγείας, τα ιδιωτικά ιατρεία κλπ.

Τα όρια ανάμεσα σε αυτά τα επίπεδα δεν είναι πάντοτε σαφή και ευδιάκριτα και πολλές διαδικασίες μπορεί να εμφανίζονται σε διαφορετικά πλαίσια. Ταυτόχρονα, κάθε επίπεδο έχει δυναμικά χαρακτηριστικά, είναι ευμετάβλητο και οι ιδιαιτερότητές του όπως και οι αλληλεπιδράσεις που υφίστανται σε συγκεκριμένες συνθήκες, χρειάζεται να λαμβάνονται υπόψη στην άσκηση οποιασδήποτε μορφής ηγετικής πρωτοβουλίας.

Ένα επιπλέον στοιχείο που χρειάζεται να ληφθεί υπόψη είναι οι πηγές ισχύος και επιρροής που είναι διαθέσιμες για την άσκηση ηγεσίας (Hartley & Martin, 2008). Αναφορικά με την εγγύτητα και τον συγχρωτισμό του ηγέτη με την ομάδα της οποίας ηγείται διακρίνονται δύο τύποι ηγεσίας, η *άμεση* και *έμμεση*. Στις υπηρεσίες υγείας η άμεση ηγεσία ασκείται σε μικρές ομάδες, με κοινούς στόχους και γνώριμες σχέσεις και αφορά δομές πρώτης γραμμής, όπως είναι οι κλινικές και τα Κέντρα Υγείας.

Μια ακόμη διάκριση προκύπτει ανάμεσα στην *κλινική* και *μη κλινική* ηγεσία, με περιεχόμενο της πρώτης την κλινική εξειδίκευση στην παροχή υπηρεσιών, όπως αυτή ασκείται από τους επαγγελματίες υγείας. Επίσης υπάρχει διαφορά ανάμεσα στην ηγεσία που ασκείται από *πολιτικά πρόσωπα* και την ηγεσία από *υπηρεσιακούς υπαλλήλους*, διαφορά που προκύπτει από το γεγονός ότι οι πολιτικοί, σε αντίθεση με τους υπηρεσιακούς, εκλέγονται και για αυτό τον λόγο έχουν την ευθύνη λήψης αποφάσεων εκ μέρους άλλων εμπλεκόμενων. Στις υπηρεσίες υγείας, τέλος, δεν είναι πάντοτε εφικτή η ολοκλήρωση του έργου της ηγεσίας από ένα άτομο. Γίνεται λοιπόν αναφορά στην ηγεσία από *το άτομο* και στην ηγεσία που *διαχέεται στην ομάδα*, με την δεύτερη να είναι ιδιαίτερα πολύπλοκη και χρονοβόρα.

Έτσι, η ηγεσία σε μια κλινική ενός νοσοκομείου αφορά στο τρίτο πεδίο (οργανωσιακό), έχει στοιχεία άμεσης ηγεσίας, κλινικού τύπου, πιθανά ατομικού χαρακτήρα. Ακόμη, όμως, και σε αυτή την περίπτωση, χρειάζεται να ληφθεί υπόψη εάν η ηγετική πρωτοβουλία είναι αποτέλεσμα των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών του ηγέτη ή της θέσης που κατέχει στον οργανισμό ή των σχέσεων και των διεργασιών ανάμεσα στα μέλη της ευρύτερης ομάδας ή και των τμημάτων του νοσοκομείου.

Όλα τα παραπάνω συνθέτουν το μωσαϊκό όπου ασκείται η ηγεσία στις υπηρεσίες υγείας, με αντικείμενο που ποικίλλει ανάλογα τις συνθήκες και το πλαίσιο.

3.2.3 Ικανότητες και τύποι ηγεσίας στις υπηρεσίες υγείας

Η άσκηση ηγεσίας στις δομές υγείας συμβαίνει σε πολλά επίπεδα και εκδηλώνεται με συγκεκριμένους τρόπους. Σύμφωνα με την NHS Leadership Academy (2012), η ηγεσία αφορά στην παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών διαμέσου: της ανάδειξης προσωπικών ικανοτήτων, της συνεργασίας με τρίτους, της διαχείρισης και βελτίωσης των υπηρεσιών, της δημιουργίας οράματος, του προσδιορισμού της κατεύθυνσης και της δημιουργίας στρατηγικής. Για κάθε μία από τις παραπάνω κατηγορίες, η άσκηση ηγεσίας συνδέεται με συγκεκριμένες πρακτικές και ικανότητες, οι οποίες εάν τηρηθούν, εξασφαλίζουν την αποτελεσματικότητα και τις ευεργετικές επιρροές.

Έτσι, η *ανάδειξη προσωπικών δεξιοτήτων* συνδέεται με την διαχείριση του εαυτού, την συνεχιζόμενη προσωπική ανάπτυξη, την ηθική συμπεριφορά και την ανάπτυξη αυτο-συνειδητότητας. Η *συνεργασία με τρίτους* αφορά την δημιουργία δικτύων και την ανάπτυξη συνεργασιών, την δημιουργία και διατήρηση σχέσεων, την εργασία σε ομάδες και την ενθάρρυνση συμμετοχής μέσα από την εξασφάλιση υποστηρικτικού περιβάλλοντος.

Η *διαχείριση των υπηρεσιών* σχετίζεται με τον σχεδιασμό, την διαχείριση πόρων, την διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού και της απόδοσης ενώ η *βελτίωση των υπηρεσιών* αφορά στην εξασφάλιση της ασφάλειας των ασθενών, στην διευκόλυνση του μετασχηματισμού, στην κριτική αξιολόγηση και στην προώθηση της καινοτομίας και της βελτίωσης.

Ο *προσδιορισμός κατεύθυνσης* απαιτεί την λήψη αποφάσεων, την αξιολόγηση των επιπτώσεων και των αποτελεσμάτων, την εφαρμογή τεκμηριωμένης γνώσης και την διερεύνηση των πεδίων που απαιτούν αλλαγή. Για την *δημιουργία οράματος* χρειάζεται να προσδιοριστεί το όραμα του οργανισμού, να επικοινωνηθεί σε τρίτους και να ενσωματωθεί σε συμπεριφορές που είναι συνεπείς προς στις αξίες του οργανισμού. Η *δημιουργία στρατηγικής*, τέλος, συνδέεται με τον προσδιορισμό της στρατηγικής, και την ανάπτυξη, την εφαρμογή και την ενσωμάτωσή της από τον οργανισμό.

Οι τύποι ηγεσίας που φαίνεται ότι έχουν μελετηθεί περισσότερο στις υπηρεσίες υγείας είναι η μετασχηματιστική, η αυθεντική και η συναλλακτική ηγεσία (West et al., 2015) με τις δύο πρώτες να συνδέονται με καλύτερα αποτελέσματα και πιο ποιοτικές υπηρεσίες. Η μετασχηματιστική ηγεσία έχει περιγραφεί ως ‘καλύτερη’ από την συναλλακτική καθώς εμπνέει, με συναισθηματικό τρόπο, τα άτομα να εμπλακούν σε υψηλά οράματα και στόχους και δεν αξιοποιεί πραγματιστικές προσεγγίσεις, κόστους-οφέλους και ανταλλαγής (Hartley & Martin, 2008).

Η συναλλακτική ηγεσία μπορεί να είναι πολύ αποτελεσματική σε οργανισμούς με αυστηρή ιεραρχία ενώ αντίθετα η μετασχηματιστική ηγεσία είναι πολύτιμη σε δυναμικά και μη σταθερά περιβάλλοντα. Έτσι και οι δύο προσεγγίσεις μπορούν να προσφέρουν σε διαφορετικές καταστάσεις και φάσεις της ηγεσίας, με την αξιοποίησή τους σε κατάλληλο περιβάλλον και πλαίσιο.

Ιδιαίτερη προσοχή έχει δοθεί στην ‘σκοτεινή πλευρά’ των χαρισματικών ιδιοτήτων του μετασχηματιστικού ηγέτη, ιδιαίτερα στο πλαίσιο των δημόσιων υπηρεσιών, καθώς η εφαρμογή της μπορεί να αποδειχθεί προβληματική (Hartley & Martin, 2008). Εναλλακτικά, έχει τονιστεί ο ρόλος της αυθεντικής ηγεσίας, η οποία τονίζει την σημασία της ανάληψης ευθύνης από όλα τα μέλη του οργανισμού ή της ομάδας και ευνοεί ένα κλίμα συνεχούς μάθησης και βελτίωσης στον οργανισμό (Wong and Cummings, 2009).

3.2.4 Ηγέτες στις υπηρεσίες υγείας

Εάν η ηγεσία νοείται ως η επιρροή των ηγετών, σε συγκεκριμένη ομάδα ανθρώπων, με σκοπό την επίτευξη ή την επιδίωξη στόχων, εν δυνάμει κάθε άτομο που απασχολείται στις υπηρεσίες υγείας μπορεί να είναι ηγέτης κάποια χρονική στιγμή ή για συγκεκριμένο σκοπό. Όπως αναφέρθηκε προηγουμένα όμως, υπάρχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις σχετικά με το πλαίσιο, το περιβάλλον, τις πηγές ισχύος, τους σκοπούς και τις πρακτικές άσκησης ηγεσίας ανάμεσα σε ένα προϊστάμενο διοίκησης στο Υπουργείο, την Προϊσταμένη νοσηλευτικής υπηρεσίας ενός τμήματος κάποιου περιφερειακού νοσοκομείου και του Συντονιστή Επιστημονικής Λειτουργίας ενός Κέντρου Υγείας αστικού τύπου (Hartley & Martin, 2008).

Ανεξάρτητα του φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας, έχει αναγνωριστεί ηγετικός ρόλος σε υπηρεσιακούς παράγοντες, σε προέδρους συμβουλίων καθώς και σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό (West et al, 2015). Στη συνέχεια και για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας, θα γίνει αναφορά στον ηγετικό ρόλο του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού, καθώς εκτός από βασικοί πρωταγωνιστές στις δομές υπηρεσιών υγείας εμφανίζουν το παράδοξο της σύνδεσης κλινικού και διοικητικού έργου.

Ο ρόλος της ηγεσίας στη νοσηλευτική είναι εξαιρετικά σημαντικός και η σωστή άσκηση ηγεσίας σχετίζεται με την υψηλή ποιότητα φροντίδας των ασθενών και με την ασφάλεια των μελών της νοσηλευτικής ομάδας. Κάθε στέλεχος της νοσηλευτικής υπηρεσίας που κατέχει ηγετική θέση, οφείλει να διαμορφώνει επιθυμητό οργανωτικό περιβάλλον, αποδεχόμενο την υπευθυνότητα και τις αρμοδιότητες του ρόλου στο σύστημα παροχής φροντίδας (Πρεβύζη & Κόλλια, 2012). Στο νοσηλευτικό προσωπικό αναγνωρίζονται ηγετικά χαρακτηριστικά εξαιτίας του ρόλου στην φροντίδα των ασθενών αλλά και της εκπαίδευσής του. Η αποτελεσματική ηγεσία στη νοσηλευτική χαρακτηρίζεται ως ευέλικτη και συνεργατική, με διάχυση ισχύος και αξιοποίηση προσωπικών αρχών και αξιών, για την εξασφάλιση υψηλής ποιότητας απόδοσης (West et al, 2015). Στο πεδίο των υπηρεσιών ΠΦΥ, ο ηγετικός ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού στην λειτουργία της ομάδας ΠΦΥ αφορά στην δημιουργία συνθηκών που ενδυναμώνουν την λειτουργία της ομάδας, στην ενίσχυση της ικανότητας της ομάδας για την επίτευξη του ρόλου της και στην καθοδήγηση της ομάδας να βελτιστοποιήσει την λειτουργικότητά της (Αδαμακίδου, 2015). Παρόλα αυτά, οι ανεπαρκείς συνθήκες εργασίας, το απαιτητικό αντικείμενο και η επικέντρωση στην περίθαλψη, ιδιαίτερα στις υπηρεσίες ΠΦΥ, περιορίζουν τις ηγετικές πρωτοβουλίες των νοσηλευτών/τριών (Lanzoni et al, 2016). Η ουσιαστική άσκηση ηγεσίας, στις δομές ΠΦΥ, από το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να απαιτεί μια αλλαγή κουλτούρας από όλους τους εμπλεκόμενους, συμπεριλαμβανομένων των ίδιων των νοσηλευτών/τριών (Mc Kenna et al., 2004).

Εάν και αδιαμφισβήτητος, ο ηγετικός ρόλος των ιατρών στις υπηρεσίες υγείας εμφανίζει σημαντικές αποκλίσεις ανάμεσα σε διαφορετικούς οργανισμούς και σε διαφορετικά πεδία του ίδιου οργανισμού. Σε νοσοκομειακό περιβάλλον, έχει βρεθεί ότι η μεγαλύτερη συμμετοχή ιατρών σε διοικητικά συμβούλια συνδέεται με υψηλότερη

απόδοση, μεγαλύτερη ικανοποίηση ασθενών και χαμηλότερους δείκτες θνησιμότητας (West et al, 2015). Στις δομές ΠΦΥ ο ηγετικός ρόλος των γενικών ιατρών έχει περιγραφεί εκτενώς και αφορά, πέραν της παραδοσιακής ατομικής σχέσης με τον ασθενή, στην ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης της νόσου και προαγωγής της υγείας στον πληθυσμό, στην συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας, ιδιαίτερα διαμέσου της ομάδας υγείας (Μπένος, 1996). Ως ηγέτης της ομάδας οφείλει να εμφυσήσει κοινό όραμα και φιλοσοφία στα μέλη της, να συμβάλλει στην βελτίωση της αλληλεπίδρασης και να δημιουργήσει αποτελεσματικά κανάλια επικοινωνίας και διάχυσης πληροφορίας (Λιονής & Μποδοσάκης, 2015). Ο διευρυμένος και πολυεπίπεδος ρόλος των γενικών ιατρών στις υπηρεσίες ΠΦΥ αναδείχθηκε σε σημαντικό βαθμό στο Ηνωμένο Βασίλειο, όχι δίχως δυσκολίες ή εμπόδια (Giordano, R., 2011). Σημαντικές προκλήσεις αποτελούν οι γραφειοκρατικές διαδικασίες και η χρηματοδότηση των υπηρεσιών (Mostahari et al., 2014), ενώ παράλληλα η ανάληψη ηγετικών πρωτοβουλιών μπορεί να παρεισφρήσει στο θεραπευτικό έργο ή να περιορίσει τον όγκο εργασιών, ιδιαίτερα για τους ιδιώτες ιατρούς (Spehar et al., 2017).

3.2.5 Παράγοντες που επηρεάζουν την άσκηση ηγεσίας στις μονάδες υγείας – Προκλήσεις

Αδιαμφισβήτητα, η έλλειψη οικονομικών, ανθρώπινων και φυσικών πόρων μπορεί να αποτελέσει μια σημαντική πρόκληση για την ηγεσία στις υπηρεσίες υγείας. Η έλλειψη πόρων, ιδιαίτερα των ανθρώπινων, καθώς και ζητήματα όπως τα κίνητρα για εργασία και τα ανεπαρκή προγράμματα εκπαίδευσης και κατάρτισης, έχουν περιγραφεί ως οι πλέον σημαντικοί φραγμοί για την άσκηση αποτελεσματικής ηγεσίας στις δομές υγείας. Τα εμπόδια αυτά επηρεάζουν την ποιότητα της παροχής υπηρεσιών και την επίτευξη των οργανωτικών στόχων.

Άλλα εμπόδια περιλαμβάνουν το είδος της οργανωτικής δομής και την ύπαρξη γραφειοκρατίας σε αυτούς τους οργανισμούς (Reyes et al., 2014, Figueroa et al., 2019). Οι συνθήκες αυτές, οι οποίες συνήθως δεν εμπίπτουν στο πεδίο της οργανωτικής ηγεσίας, επιβάλλουν πολλούς νόμους και κανονισμούς στο περιβάλλον φροντίδας αυξάνοντας την πολυπλοκότητα (Elkington et al., 2017).

Μια ακόμη πρόκληση σχετίζεται με την πολυπλοκότητα του περιβάλλοντος του ίδιου του οργανισμού υγειονομικής περίθαλψης. Η ύπαρξη διαφορετικών ομάδων επαγγελματιών με πολύπλοκες αλληλεπιδράσεις δημιουργεί σημαντική πολυπλοκότητα σε αυτούς τους οργανισμούς (Wongprasit, 2014). Παράγοντες όπως, ο ιδιαίτερα ευαίσθητος χαρακτήρας του έργου και τα απροσδόκητα ζητήματα στους οργανισμούς αυτούς, προκαλούν έντονο εργασιακό άγχος και ένταση στο περιβάλλον, οδηγώντας σε προκλήσεις στην επικοινωνία και συνεπώς σε προκλήσεις στη διαχείριση αυτών των οργανώσεων (Turner, 2019).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

4.1. Ιστορία και εξέλιξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Η έννοια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), αναδείχθηκε και περιγράφηκε στην Διακήρυξη της Alma-Ata, ως αποτέλεσμα ενός τριήμερου διακρατικού συνεδρίου, που διοργανώθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO) και το Διεθνές Ταμείο Επείγουσας Βοήθειας των Ηνωμένων Εθνών για τα Παιδιά (UNICEF), με την συμμετοχή εκπροσώπων από 134 κυβερνήσεις και 67 οργανισμούς, στην πόλη Alma-Ata, της πρώην Σοβιετικής Ένωσης, τον Σεπτέμβριο του 1978 (WHO, 1978).

Στην διακήρυξη αυτή αποκρυσταλλώνεται, μετά από πολυετείς διαδικασίες ζυμώσεων σχετικά με τον τρόπο λειτουργίας των συστημάτων υγείας παγκοσμίως, μια σειρά από επιστημονικές μελέτες, έρευνες και προτάσεις, για την μετάβαση σε μια νέα κατάσταση. Τα βασικό πεδίο προβληματισμού συνιστούσαν η ιατροκεντρική λειτουργία των συστημάτων υγείας, ο προσανατολισμός τους σχεδόν αποκλειστικά στην περίθαλψη και οι τεράστιες ανισότητες, σε σχέση με τις παρεχόμενες υπηρεσίες και το προσδόκιμο επιβίωσης, ανάμεσα σε διαφορετικές χώρες και ανάμεσα σε διαφορετικούς πληθυσμούς εντός μιας χώρας (Rifkin, 2018).

Όπως θα αναλυθεί και στην συνέχεια, η εφαρμογή των αρχών της Διακήρυξης της Alma-Ata, δεν ήταν εύκολο έργο και έγινε πολύ γρήγορα στόχος σημαντικής κριτικής και παρερμηνειών (Rifkin, 2018). Η εμπειρία που αποκτήθηκε από την υλοποίηση των στόχων της ΠΦΥ, σε παγκόσμιο επίπεδο, όπως και η ανάγκη επαναπροσδιορισμού των βασικών αρχών της Alma-Ata, μέσα σε ένα διαρκώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον, με ισχυρές οικονομικές πιέσεις και συνεχείς διευρυνόμενες ανισότητες, οδήγησε στην έκδοση δύο σημαντικών εκθέσεων: την *The World Health Report 2000: Health Systems; Improving*

Performance και The World Health Report 2008: Primary Health Care; Now More Than Ever. Μέσα από αυτές τις εκθέσεις αναδεικνύεται η σημασία της επικεντρωμένης φροντίδας υγείας στον ασθενή και η σπουδαιότητα της Ηγεσίας στην προώθηση των απαιτούμενων αλλαγών (WHO, 2008 & WHO, 2009). Πιο πρόσφατα, ο WHO (WHO, 2018) καθόρισε το όραμα για την ΠΦΥ στον 21ο αιώνα, θέτοντας ως προτεραιότητα την ολοκληρωμένη, επιστημονικά τεκμηριωμένη και συντονισμένη φροντίδα υγείας, βασισμένη στις εκπεφρασμένες ανάγκες των πολιτών, των οικογενειών και των κοινοτήτων.

Η ΠΦΥ, λοιπόν, είναι μια διαρκώς εξελισσόμενη έννοια, που έχει τις απαρχές της στην ανθρωποκεντρική προσέγγιση για την λειτουργία των συστημάτων υγείας, με άξονες την εξάλειψη των ανισοτήτων, την ενεργητική συμμετοχή της κοινότητας με απώτερο στόχο την ουσιαστική βελτίωση της υγείας των ανθρώπων.

4.2. Ορισμός και βασικές αρχές της ΠΦΥ, 1978

Σύμφωνα με την Διακήρυξη της Alma-Ata (WHO, 1978), Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι η βασική φροντίδα στηριζόμενη σε πρακτικές, επιστημονικά τεκμηριωμένες και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογίες. Η φροντίδα αυτή είναι στη διάθεση όλων των πολιτών της κοινότητας και των οικογενειών τους και παρέχεται με την πλήρη και ενεργό συμμετοχή τους και σε κόστος, που η κοινότητα και η χώρα μπορεί να επωμισθεί σε κάθε στάδιο της ανάπτυξής της, μέσα στο πνεύμα της αυτοδυναμίας και της αυτοδιάθεσης. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί ένα βασικό συστατικό στοιχείο, όχι μόνο του συστήματος υγείας μιας χώρας, του οποίου είναι το κεντρικό σημείο αναφοράς, αλλά και του γενικότερου κοινωνικοοικονομικού οικοδομήματος. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας φέρνει τη φροντίδα υγείας όσο το δυνατό κοντύτερα στους

χώρους, όπου οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται και αποτελεί το πρώτο στοιχείο σε μια συνεχή διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας.

Η ΠΦΥ εξελίσσεται από τα οικονομικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά κάθε χώρας ή κοινότητας και ανταποκρίνεται στα σημαντικά προβλήματα υγείας που υφίστανται, παρέχοντας ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών που εκτείνεται από την πρόληψη των νόσων έως την αποκατάσταση της υγείας και της αρτιμέλειας. Περιλαμβάνει, τουλάχιστον, εκπαίδευση σε θέματα υγείας, προαγωγή της σωστής διατροφής, εξασφάλιση πόσιμου νερού και συνθηκών υγιεινής, φροντίδα για την μητέρα και το παιδί, εμβολιασμούς και παροχή βασικής φαρμακευτικής φροντίδας. Εμπλέκει στα ζητήματα υγείας όλους τους τομείς που σχετίζονται με την ανάπτυξη της κοινότητας αλλά και της χώρας, μέσα από την εξασφάλιση συντονισμένων δράσεων και συνεργασιών, απαιτώντας ταυτόχρονα την μέγιστη συμμετοχή των ατόμων και της κοινότητας στον σχεδιασμό, την οργάνωση, την λειτουργία και την παρακολούθηση των υπηρεσιών ΠΦΥ. Στηρίζεται, τέλος, στην συμμετοχή επαγγελματιών υγείας από διάφορες ειδικότητες, οι οποίοι θα εργάζονται από κοινού σαν ομάδα, προκειμένου να ανταποκριθούν στις ανάγκες της κοινότητας, μέσα από παραπομπές και την δομική και λειτουργική δικτύωση των υπηρεσιών (WHO, 1978).

4.3. Από το όραμα της ΠΦΥ στις πρώτες εφαρμογές

Αμέσως μετά από την Διακήρυξη της Alma-Ata ξεκίνησε η κριτική για τις προτάσεις σχετικά με την ΠΦΥ, η οποία επικεντρώθηκε στην ασάφεια ως προς τους τρόπους εφαρμογής του νέου μοντέλου, τον εξαιρετικά οραματικό χαρακτήρα της πρότασης και το γεγονός ότι αφορά περισσότερο τα μη ανεπτυγμένα συστήματα υγείας και λιγότερο τα αντίστοιχα των δυτικών, οικονομικά αναπτυγμένων, χωρών. Κατ' επέκταση,

είναι μια πρόταση για τις φτωχές χώρες και δεν αποτελεί μια τομή και ένα νέο παράδειγμα για την φροντίδα της υγείας με γενική εφαρμογή (Cueto, 2004).

Πολύ σύντομα, προτάθηκε μια πιο ρεαλιστική προσέγγιση, με τον όρο Επικεντρωμένη/Επιλεκτική ΠΦΥ (Selective Primary Health Care), (Walsh & Warren, 1979) η οποία αποτέλεσε την βάση για την στρατηγική GOBI-FFF της UNICEF το 1983. Το ακρωνύμιο (Growth Monitoring, Oral Rehydration, Breast Feeding, Immunizations, Family Planning, Female Literacy and Food Technology) σχετίζεται με την επιλογή του οργανισμού να επικεντρώσει στην υγεία των μητέρων και των παιδιών, μέσα από ‘κάθετες’, στοχευμένες παρεμβάσεις, αποδοτικές, οικονομικά βιώσιμες, μικτής διάρκειας και μετρήσιμων αποτελεσμάτων.

Προβληματική επίσης, ήταν η σύγχυση των όρων της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Primary Health Care) και της Βασικής Φροντίδας/Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης (Primary Care), (Rifkin, 2018). Η δεύτερη αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής με τις υπηρεσίες υγείας, όπου αντιμετωπίζονται τα σημαντικότερα προβλήματα υγείας του πληθυσμού, παρέχονται υπηρεσίες πρόληψης και διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων. Η Πρωτοβάθμια Περίθαλψη είναι συνεχής, ανθρωποκεντρική και υποστηρίζεται από ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό και την ενδεικνύομενη τεχνολογία. Εάν και συχνά χρησιμοποιούνται ως ταυτόσημες έννοιες, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας δεν περιορίζεται στις υπηρεσίες υγείας αλλά αφορά όλες εκείνες τις διαδικασίες που ευνοούν την συμμετοχή της κοινωνίας των πολιτών σε έναν διαρκή διάλογο χάραξης πολιτικής υγείας για την δημιουργία ενός συστήματος υγείας κοινωνικά αποδεκτού, οικονομικά βιώσιμου, επιστημονικά τεκμηριωμένου και καθολικά προσβάσιμου (Thomas-MacLean et al., 2004).

Ως επιπλέον παρανοήσεις και εσφαλμένες εντυπώσεις σχετικά με την προσέγγιση της ΠΦΥ, αναφέρονται οι θεωρήσεις ότι η ΠΦΥ είναι φθηνή, ότι απευθύνεται σε φτωχούς πληθυσμούς στις αναπτυσσόμενες χώρες, ότι αφορά μόνο στις αγροτικές περιοχές με απλές και χαμηλής τεχνολογίας παρεμβάσεις ή ότι είναι φροντίδα υγείας αποκλειστικά στην κοινότητα (Κυριόπουλος και Φιλαλήθης, 1996).

4.4. Η μετεξέλιξη και ο ρόλος της ΠΦΥ ως κεντρικό συστατικό στοιχείο των συστημάτων υγείας

Ο WHO, τριάντα χρόνια μετά την Alma-Ata, αναδεικνύει την σημασία της ΠΦΥ ως βασικό δομικό στοιχείο των συστημάτων υγείας, θέτοντας συγκεκριμένες προτεραιότητες. Μέσα στο περιβάλλον πολυπλοκότητας που λειτουργούν και εξελίσσονται τα συστήματα υγείας (παγκοσμιοποίηση των αγορών, πολλαπλές πηγές χρηματοδότησης, εμπορευματοποίηση του αγαθού της υγείας, καινοτόμες τεχνολογίες στο φάρμακο) και με αφετηρία την πολυετή εμπειρία από την εφαρμογή των αρχών της ΠΦΥ σε διάφορα συστήματα υγείας παγκοσμίως (WHO, 2000), επιβεβαιώνει την σημασία του αρχικού οράματος και προτείνει μεταρρυθμίσεις σε τέσσερα πεδία:

- ✓ Την καθολική ασφαλιστική κάλυψη που εξασφαλίζει την ισότητα,
- ✓ Την κοινωνική δικαιοσύνη και την άρση του κοινωνικού αποκλεισμού,
- ✓ Την ανθρωποκεντρική οργάνωση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας που ανταποκρίνονται στις ανάγκες και στις προσδοκίες των ατόμων,
- ✓ Τις δημόσιες πολιτικές που εξασφαλίζουν καλύτερο επίπεδο υγείας στην κοινότητα και την συμμετοχική ηγεσία που απαιτείται για την αξιόπιστη υλοποίηση των μεταρρυθμίσεων (WHO, 2008).

Οι μεταρρυθμίσεις αυτές αποτελούν ταυτόχρονα, την μετάβαση από την πρόιμη σύλληψη της ΠΦΥ τριάντα χρόνια πριν στην πιο σύγχρονη μορφή της, για την ανταπόκριση στις μεταβαλλόμενες ανάγκες του σήμερα. Η μετάβαση αυτή αφορά σε μια σειρά από διαφορετικά πεδία, τα οποία παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.1

Πίνακας 4.1: Πώς η εμπειρία έχει μετατοπίσει την εστίαση του κινήματος της ΠΦΥ
(προσαρμογή από WHO, 2008)

Πρώιμες προσπάθειες (1978)	Σύγχρονες τάσεις (2008)
• Ευρεία πρόσβαση σε βασικό πακέτο παρεμβάσεων και φαρμάκων για τους φτωχούς	✓ Αναδιοργάνωση των υπαρχουσών υπηρεσιών, με στόχο την καθολική κάλυψη και προστασία της υγείας
• Επικέντρωση στη μητέρα και το παιδί	✓ Αντιμετώπιση και φροντίδα της υγείας όλων
• Στόχευση σε μικρό αριθμό ασθενειών, πρωτίστως μεταδοτικές και οξείες	✓ Ανταπόκριση στις προσδοκίες και τις ανάγκες του πληθυσμού
• Βελτίωση των συνθηκών υγιεινής	✓ Προαγωγή υγιούς τρόπου ζωής και προστασία από κοινωνικούς και άλλους κινδύνους
• Διαχείριση περιορισμένων πόρων και περικοπών	✓ Ανάπτυξη των πόρων στην κατεύθυνση της καθολικής κάλυψης
• Πρωτοβάθμια φροντίδα ως αντίβαρο της νοσοκομειακής	✓ Πρωτοβάθμια φροντίδα ως διασύνδεση για μια ουσιαστική ανταπόκριση σε όλα τα επίπεδα
• Η ΠΦΥ δεν κοστίζει και απαιτεί ελάχιστη επένδυση	✓ Η ΠΦΥ δεν είναι φθηνή, απαιτεί σημαντικές επενδύσεις αλλά αποτελεί καλύτερη επιλογή στη σχέση κόστος-αποτέλεσμα

Το όραμα για την ΠΦΥ στον 21^ο αιώνα, σύμφωνα με τον WHO (2010), συνδέεται με πρωτοβουλίες που εμπλέκουν πολλαπλούς κυβερνητικούς φορείς, την κοινωνία των πολιτών και τον ιδιωτικό τομέα, με στόχο την προστασία και την προαγωγή της υγείας των ατόμων και του πληθυσμού. Διεπιστημονικές ομάδες υγείας παρέχουν ολοκληρωμένη και συνεχή φροντίδα, μέσα από πρώιμες παρεμβάσεις και ορθή καθοδήγηση των ληπτών υπηρεσιών υγείας μέσα στο σύστημα. Η ΠΦΥ, σε αυτό το πλαίσιο, είναι μια προσέγγιση

για την υγεία που αφορά όλη την κοινωνία, βασισμένη στις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης, της ισότητας και της συμμετοχής.

4.5. Όψεις της Ηγεσίας στην ΠΦΥ

Η προσέγγιση της ΠΦΥ, για την λειτουργία των υπηρεσιών υγείας και τον τρόπο οργάνωσης των συστημάτων υγείας, εμπεριέχει τα θέματα Ηγεσίας με ένα διαφορετικό τρόπο από ότι το παραδοσιακό πεδίο της νοσοκομειακής φροντίδας. Η οργάνωση του δικτύου υπηρεσιών ΠΦΥ σε τοπικό και περιφερειακό επίπεδο, η ομάδα επαγγελματιών υγείας που απασχολείται σε αυτές, το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών, η αναγκαία και απαραίτητη δικτύωση με την κοινότητα και η διασύνδεση με άλλες δομές υγείας ή κοινωνικής φροντίδας, (π.χ. νοσοκομεία, υπηρεσίες δημόσιας υγείας και ψυχικής υγείας κ.ά.) είναι μερικά μόνο από τα χαρακτηριστικά της ΠΦΥ που την διαφοροποιούν από τις άλλες υπηρεσίες υγείας. Επιπλέον, το διαρκές μεταβαλλόμενο περιβάλλον των υπηρεσιών ΠΦΥ και η προοπτική μελλοντικών αλλαγών και προσαρμογών, απαιτούν σημαντικές ηγετικές πρωτοβουλίες και χαρακτηριστικά (Welton et al., 1997). Σε αυτό το πλαίσιο, η έννοια της Ηγεσίας αναδύεται τόσο σε ζητήματα οργάνωσης και παρακολούθησης της λειτουργίας των υπηρεσιών όσο και στο πεδίο των σχέσεων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των άλλων εμπλεκόμενων (λήπτες υπηρεσιών υγείας, συνεργαζόμενοι φορείς κ.ά.).

Ορίζοντας την Ηγεσία ως «αποτελεσματικό management», ο WHO περιγράφει τα πεδία και τις λειτουργίες της Ηγεσίας στην ΠΦΥ, όπως αυτά προκύπτουν σε συστήματα υγείας διαφορετικών χωρών, τα πρώτα χρόνια ανάπτυξης των υπηρεσιών σύμφωνα με τις αρχές της Alma-Ata (WHO, 1986). Αναφέρονται τρία διαφορετικά και διασυνδεδεμένα

πεδία άσκησης Ηγεσίας, τα οποία απαντώνται σχεδόν σε όλα τα συστήματα υγείας και αυτά είναι:

- ✓ Το τοπικό, που αφορά τις δομές υγείας στην κοινότητα που στελεχώνονται από επαγγελματίες υγείας και άλλο προσωπικό, επιφορτισμένο με μια σειρά αρμοδιότητες και παρεμβάσεις,
- ✓ Το περιφερειακό, που αφορά κυρίως διοικητικές δομές και σχετίζεται, εκτός άλλων, με την παρακολούθηση της λειτουργίας των τοπικών δομών, την συλλογή και την επεξεργασία δεδομένων υγείας και
- ✓ Το κεντρικό, όπου αφορά το πεδίο λήψης αποφάσεων και χάραξης πολιτικής.

Οι λειτουργίες της Ηγεσίας μπορεί να αφορούν σε όλα ή σε κάποια από τα παραπάνω πεδία, γεγονός που προσδιορίζει τους εν δυνάμει Ηγέτες στα διαφορετικά περιβάλλοντα (σε σχέση με την ειδικότητα, την θέση, τον βαθμό κλπ). Οι λειτουργίες της Ηγεσίας στην ΠΦΥ, σχετίζονται με:

- Τον σχεδιασμό και την στοχοθεσία των προγραμμάτων υγείας,
- Την οργάνωση υλοποίησης και αξιολόγησης παρεμβάσεων και προγραμμάτων υγείας,
- Την πρόσληψη και την κατάρτιση προσωπικού υπηρεσιών ΠΦΥ,
- Τον έλεγχο των συνθηκών εργασίας,
- Την εποπτεία,
- Την συνεχιζόμενη εκπαίδευση,
- Την προαγωγή της συμμετοχής της κοινότητας,
- Την ανάπτυξη διατομεακών συνεργειών,
- Την υποστήριξη των σχέσεων στις δομές υγείας,

- Την ικανότητα στην άσκηση καθηκόντων στην ΠΦΥ,
- Τη δυνατότητα έμπνευσης και παρακίνησης του προσωπικού (WHO, 1986).

Με την πάροδο των χρόνων, δόθηκε μεγάλη βαρύτητα στη σημασία της πολιτειακής/κυβερνητικής Ηγεσίας, καθώς ο τρόπος λειτουργίας και η χρηματοδότηση των υπηρεσιών σχετίζονται με σημαντικές πολιτικές αποφάσεις υψηλού επιπέδου, που αφορούν την οργάνωση και γενικότερη λειτουργία των συστημάτων υγείας (WHO, 2000 & WHO, 2008). Φυσικά, η διαχείριση του πολυεπίπεδου και πολυδιάστατου πεδίου άσκησης των αρχών της ΠΦΥ στην κοινότητα και η διασύνδεσή της με τις υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας, υπογραμμίζουν την ανάγκη ενσωμάτωσης στοιχείων Ηγεσίας σε όλες τις βαθμίδες λειτουργίας της ΠΦΥ.

Παρόλα αυτά, τα θέματα Ηγεσίας έχουν μάλλον περιορισμένο ενδιαφέρον και φαίνεται να βρίσκονται εκτός του βασικού πλαισίου λειτουργίας των υπηρεσιών ΠΦΥ. Η οργάνωση και στελέχωση των δομών δεν ευνοεί την ανάδειξη ηγετικών πρωτοβουλιών καθώς, σε αντίθεση με την δευτεροβάθμια περίθαλψη (νοσοκομεία), οι μικροί οργανισμοί υγείας κοντά στην κοινότητα, στελεχωμένοι από ολιγομελείς διεπιστημονικές ομάδες επαγγελματιών υγείας, κυρίως ιατρών και νοσηλευτών, με προσανατολισμό την περίθαλψη και με περιορισμένη χρηματοδότηση, δεν αποτελούν το ιδανικό περιβάλλον για την ανάπτυξη κουλτούρας Ηγεσίας (Swanwick & Vanram, 2019).

Εάν και τα ερευνητικά δεδομένα είναι περιορισμένα, στους χώρους των υπηρεσιών ΠΦΥ σε τοπικό επίπεδο (λ.χ. Κέντρα Υγείας), ηγετικός ρόλος αναγνωρίζεται στους ιατρούς, κυρίως με ειδικότητα Γενικής Ιατρικής, και στο νοσηλευτικό προσωπικό (Sprehar et al., 2017).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: Η ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΠΦΥ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

5.1. Η ΠΦΥ στο σύστημα υγείας της Ελλάδας: η περίοδος έως το 1983

Η οργάνωση του συστήματος υγείας στην Ελλάδα πραγματοποιήθηκε, αδρά, σε τρεις μεγάλες χρονικές περιόδους και συγκεκριμένα:

- από το 1829 έως το 1909, με την δημιουργία των πρώτων νοσοκομείων και την θέσπιση του θεσμού του επαρχιακού ιατρού,

- από το 1909 έως το 1949, περίοδο κατά την οποία συστήνονται τα πρώτα πολυαϊατρεία στις πόλεις και οι υγειονομικοί σταθμοί στις αγροτικές κοινότητες και

- την περίοδο από το 1949 έως το 1983, όπου δημιουργείται ένα δίκτυο παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας στους κατοίκους της υπαίθρου και ξεκινά η παροχή υπηρεσιών υγείας από το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ), κυρίως, αλλά και από άλλα ταμεία ασφάλισης (ΟΓΑ, ΤΕΒΕ κ.ά.), (Economidou, 2010). Η οργάνωση των ταμείων ασφάλισης και η παροχή ιατρικών και άλλων υπηρεσιών υγείας σε μεγάλο μέρος του πληθυσμού, ήταν το αποτέλεσμα της ανάδυσης της έννοιας του Κράτους Πρόνοιας ,που είχε ως σκοπό την προστασία του ατόμου από κινδύνους για την ζωή του και την συναισθηματική και σωματική του ακεραιότητα (Λιαρόπουλος κ. α., 2006).

Η πρώτη αυτή, εποχή οργάνωσης του συστήματος υγείας είχε σαν άξονα την ανταπόκριση στις μεγάλες υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού της χώρας, το μεγαλύτερο ποσοστό του οποίου ζούσε σε αγροτικές περιοχές, με τις ιδιομορφίες και δυσκολίες της ελληνικής γεωγραφίας. Σε όλη αυτή την περίοδο, οι πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας, συμπεριλαμβανομένων και των ιδιωτών ιατρών, αποτελούσαν την

εξωνοσοκομειακή φροντίδα υγείας, η οποία αφορούσε στην βασική ιατρική περίθαλψη και παρακολούθηση, στους εμβολιασμούς, στην εκπαίδευση σε κανόνες υγιεινής και την διασύνδεση με τα νοσοκομεία.

5.2. Η ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) βασικές μεταρρυθμίσεις

Αποτελεί αδιαμφισβήτητο γεγονός ότι με το νόμο 1397/1983 «Περί Εθνικού Συστήματος Υγείας», μπαίνουν τα θεμέλια για την οργάνωση ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγείας, στο οποίο όλοι οι πολίτες έχουν ίση και δωρεάν πρόσβαση. Ιδεολογικός πυρήνας αυτής της μεταρρύθμισης ήταν οι αρχές της Alma-Ata και πιο συγκεκριμένα, οι παραδοχές ότι η υγεία είναι αγαθό το οποίο δεν υπακούει στους νόμους του κέρδους και ότι η πρόληψη των νοσημάτων και η αγωγή υγείας είναι βασικές προτεραιότητες της λειτουργίας των υπηρεσιών ΠΦΥ. Σε αυτό το πλαίσιο, προβλέφθηκε η ανάπτυξη Κέντρων Υγείας, τα οποία θα λειτουργούσαν ως ο βασικός δημόσιος φορέας παροχής ΠΦΥ, θεσμοθετήθηκε η πλήρης και αποκλειστική απασχόληση των ιατρών στο ΕΣΥ, δημιουργήθηκαν νέες δομές υγείας και έγινε προμήθεια καινούριου ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού (Λιαρόπουλος κ.α., 2006).

Τα επόμενα χρόνια (1985-2001) νομοθετήθηκε και υλοποιήθηκε, εν μέρει, μια σειρά αποφάσεων που αφορούσαν λειτουργικά και θεσμικά ζητήματα οργάνωσης των υπηρεσιών ΠΦΥ, όπως η διοικητική υπαγωγή των Κέντρων Υγείας στα νοσοκομεία, ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού και η συμμετοχή των ιδιωτών ιατρών στο σύστημα, η κατ' οίκον νοσηλεία και τα δίκτυα αγωγής υγείας και πρόληψης κ.ά. (Γιανασμίδης 2012 & Αδαμακίδου 2008).

5.3. Οι βασικές μεταρρυθμίσεις

Τρεις κρίσιμες νομοθετικές ρυθμίσεις, που πραγματοποιήθηκαν το χρονικό διάστημα 2004-2017, επηρέασαν σημαντικά την οργάνωση των υπηρεσιών ΠΦΥ στο ΕΣΥ. Η πρώτη έγινε με το νόμο 3235/2004 «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας», όπου προσδιορίζεται η σημασία της συνεχούς και ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας όπως επίσης, η ανάγκη προσανατολισμού του λήπτη υπηρεσιών υγείας και της οικογένειας, μέσω μιας συντονισμένης και ελεγχόμενης κίνησης, μέσα στο σύστημα. Να σημειωθεί ότι έως εκείνη την στιγμή και για αρκετά χρόνια αργότερα, μια πλειάδα οργανωτικών σχηματισμών και φορέων εμπλέκονταν στην παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ, κάθε ένας με δικό του οργανωτικό και διοικητικό πρότυπο, ξεχωριστό εποπτεύοντα φορέα (υπουργείο) και διαφορετικές πηγές χρηματοδότησης. Συγκεκριμένα, υπηρεσίες ΠΦΥ παρέχονταν από το ΕΣΥ (Κέντρα Υγείας, Περιφερειακά Ιατρεία και εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, τα ασφαλιστικά ταμεία (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΠΑΔ, ΟΑΕΕ), την Τοπική Αυτοδιοίκηση (δημοτικά ιατρεία, Βοήθεια στο Σπίτι, ΚΑΠΗ), τον ιδιωτικό τομέα (ιδιώτες ιατροί και ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα) και μη-κυβερνητικές μη κερδοσκοπικές οργανώσεις (Αδαμακίδου, 2008 & Οικονόμου, 2012).

Η ψήφιση του νόμου 4238/2014 «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας», οδήγησε στην συγκέντρωση όλων των δημόσιων υπηρεσιών υγείας, που είχαν περιέλθει στην δικαιοδοσία του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), από κοινού με τα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά Ιατρεία τους, τα οποία έως εκείνη την χρονική στιγμή ανήκαν οργανικά στα Νοσοκομεία Αναφοράς, στην εποπτεία και την αρμοδιότητα των Υγειονομικών Περιφερειών (ΥΠε). Η συγκεντροποίηση των υπηρεσιών ΠΦΥ κάτω από την ομπρέλα μιας αποκεντρωμένης υπηρεσίας του Υπουργείου Υγείας, αποτελούσε, για πολλά χρόνια, βασικό ζητούμενο για την ορθολογική ανάπτυξη αυτών των μονάδων και την ποιοτική παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ από το ΕΣΥ (Economou, et al., 2017).

Η ψήφιση του νόμου 4486/2017 «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας», αποτελεί την τρίτη παρέμβαση προς την κατεύθυνση της οργάνωσης των υπηρεσιών ΠΦΥ στο ΕΣΥ (Economou, et al., 2017). Οι αλλαγές που προβλέπονται στο νόμο αυτό, φαίνεται να βρίσκονται πιο κοντά στο πνεύμα της ΠΦΥ, όπως περιγράφηκε σε προηγούμενες ενότητες, και συνίστανται σε μια σειρά ρυθμίσεων με σκοπό την διαρθρωτική οργάνωση ενός συστήματος υπηρεσιών ΠΦΥ, ενταγμένο στο ήδη υπάρχον σύστημα υγείας (συμπεριλαμβανομένου του ιδιωτικού τομέα). Για πρώτη φορά, από το 1983, συστήνονται νέες έννοιες, δομές και λειτουργίες στο ΕΣΥ, οι επονομαζόμενες Τοπικές Ομάδες Υγείας, οι οποίες θα λειτουργούν στις Τοπικές Μονάδες Υγείας, που αποτελούν, πλέον το δομικό κύτταρο του νέου συστήματος. Οι Τοπικές Μονάδες Υγείας, είναι αποκεντρωμένες μονάδες των Κέντρων Υγείας, που με τη σειρά τους είναι αποκεντρωμένες μονάδες των ΥΠε. Οι Τοπικές Ομάδες Υγείας είναι διεπιστημονικές Ομάδες αποτελούμενες από ιατρούς (γενικούς ιατρούς ή/και παθολόγους και παιδίατρους) νοσηλευτές, επισκέπτριες υγείας, κοινωνικούς λειτουργούς και διοικητικό προσωπικό και έχουν σαν έργο την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ (προαγωγή, πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία) στην κοινότητα που, σε πλήρη ανάπτυξη της Τοπικής Ομάδας, αφορά πληθυσμό έως 12.000 κατοίκους. Επιπλέον, στο νόμο προβλέπεται η σύσταση και λειτουργία της Επιτροπής Συντονισμού ΠΦΥ στο Υπουργείο Υγείας, ο ορισμός Συντονιστών Τομέων ΠΦΥ και Συντονιστών Οδοντιάτρων Περιφέρειας στις ΥΠε, η λειτουργία του Δικτύου Αγωγής Υγείας και Πρόληψης και του Δικτύου Μαιών ανά ΥΠε και ο ορισμός Διοικούσας Επιτροπής ανά Κέντρο Υγείας, με αρμοδιότητα την εποπτεία της λειτουργίας των Κέντρων Υγείας και την διασύνδεσή τους με την Κοινότητα (Νόμος 4486/2017).

Πλέον, υπηρεσίες ΠΦΥ παρέχονται από το ΕΣΥ (τις Τοπικές Ομάδες Υγείας, τα Κέντρα Υγείας, τα Περιφερειακά Ιατρεία, τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και το

δίκτυο συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ ιδιωτών ιατρών), την Τοπική Αυτοδιοίκηση (κυρίως την Βοήθεια στο Σπίτι, τα ΚΑΠΗ αλλά και κάποια δημοτικά ιατρεία), τον ιδιωτικό τομέα (ιδιώτες ιατροί και ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα) και μη-κυβερνητικές/μη-κερδοσκοπικές οργανώσεις (κυρίως σε ευάλωτους πληθυσμούς όπως πρόσφυγες, Ρομά, άποροι κ.ά.).

5.4. Προοπτικές και προκλήσεις για την εξέλιξη της ΠΦΥ στο σύστημα υγείας

Οι αλλαγές και οι μετασχηματισμοί στις υπηρεσίες της ΠΦΥ δεν αποτελούν χαρακτηριστικό της Ελλάδας, αλλά είναι ένα φαινόμενο που παρατηρείται και σε συστήματα υγείας άλλων χωρών. Έτσι, χώρες με ιδιαίτερα ανεπτυγμένα δίκτυα παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ, όπως είναι ο Καναδάς και το Ηνωμένο Βασίλειο, χρειάστηκε να προχωρήσουν σε σημαντικές αλλαγές στην οργάνωση των υπηρεσιών, που αφορούσαν κυρίως στους τρόπους χρηματοδότησης του συστήματος, στον αναβαθμισμένο ρόλο των γενικών ιατρών, στην λειτουργία των υπηρεσιών διαμέσου δικτύων και διεπιστημονικών ομάδων κ.ά. (Hutchison et al, 2011) Στις δύο αυτές χώρες, η ηγεσία στις υπηρεσίες υγείας κρίθηκε βασικός και ρυθμιστικός παράγοντας, για την επιτυχημένη εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων (NHS Leadership, 2019). Στις Ηνωμένες Πολιτείες, το ζήτημα της βασικής φροντίδας υγείας για όλο τον πληθυσμό, αποτέλεσε την βάση για την μεταρρύθμιση του Medicaid/Medicare, το οποίο έγινε και συνεχίζει να είναι πηγή μεγάλης πολιτικής αντιπαράθεσης.

Στην Ελλάδα, μετά από πολλά χρόνια, γεμάτα παλινωδίες, ματαιώσεις, αντιφάσεις και ανακολουθίες (Γιανασμίδης, 2012 & Αδαμακίδου, 2008), οι υπηρεσίες ΠΦΥ στο σύστημα υγείας μοιάζει να έχουν επιστρέψει στον πυρήνα των αρχών της ΠΦΥ, καθώς φαίνεται ότι εξασφαλίζεται το αναγκαίο θεσμικό πλαίσιο για την λειτουργική διασύνδεση

φορέων, συλλογικοτήτων και κοινότητας, με σκοπό την παρακολούθηση και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού. Η θετική ανταπόκριση όμως, του συστήματος υγείας στις επιδιωκόμενες αλλαγές δεν πρέπει να θεωρείται δεδομένη καθώς η εξέλιξη και η ανάπτυξη των υπηρεσιών έχουν προσδιορίσει τον τρόπο λειτουργίας τους σε διαφορετική και ενδεχόμενα, ασύμβατη από τη επιθυμητή κατεύθυνση.

Σε αρχικό στάδιο, η λειτουργία των Κέντρων Υγείας ξεκίνησε στην περιφέρεια (Κέντρα Υγείας αγροτικού τύπου) ενώ η προβλεπόμενη ανάπτυξη Κέντρων Υγείας στις πόλεις καθυστέρησε περίπου τριάντα έτη. Το γεγονός αυτό δημιούργησε υπηρεσίες δύο ταχυτήτων στο σύστημα, με διαφορετικό προσανατολισμό και οργάνωση, γεγονός που εκδηλώθηκε με έντονο τρόπο όταν τα ιατρεία του ΕΟΠΥΥ ενσωματώθηκαν στο ΕΣΥ. Η έλλειψη συντονισμού αυτών των υπηρεσιών και η δίχως έλεγχο πρόσβαση στο σύστημα υγείας, συνέβαλλαν εξίσου στην αποσπασματικότητα των παρεχομένων υπηρεσιών (Αδαμακίδου, 2008).

Όπως αναφέρθηκε προηγούμενα, την πρώτη περίοδο λειτουργίας τους, τα Κέντρα Υγείας στελεχώθηκαν από διεπιστημονικές ομάδες επαγγελματιών υγείας, με αντικείμενο την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας στον πληθυσμό αναφοράς. Πολύ σύντομα, όμως, τα Κέντρα Υγείας επικεντρώθηκαν στην παροχή υπηρεσιών περίθαλψης καθώς οι ανικανοποίητες ανάγκες υγείας των πολιτών ήταν τεράστιες. Ταυτόχρονα, η απουσία αξιολόγησης οδήγησε στην σταδιακή αποδυνάμωση του ρόλου τους, μετατρέποντας τα σε απομακρυσμένες δομές των νοσοκομείων αναφοράς, με αντικείμενο την συνταγογράφηση και την παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Κυριόπουλος κ. ά., 2000).

Η ανισοκατανομή και οι ελλείψεις σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, η ουσιαστική ανυπαρξία του θεσμού του οικογενειακού ιατρού και η απουσία λειτουργικού

συστήματος παραπομπών συνέβαλαν και αυτά πολύ στην αποδόμηση του οράματος της ΠΦΥ (Economou, 2010).

Οι απασχολούμενοι στις μονάδες δεν θα μπορούσαν να μείνουν ανεπηρέαστοι από όλες αυτές τις αλλαγές και η απουσία κατευθύνσεων και ουσιαστικής διοικητικής υποστήριξης, δημιούργησαν με την πάροδο των χρόνων κλίμα απογοήτευσης, καχυποψίας και παραίτησης.

Σε αντιδιαστολή με τα παραπάνω, η λειτουργία Τοπικών Ομάδων Υγείας αποτελεί την εφαρμογή και υλοποίηση της νέας αντίληψης για την ΠΦΥ που σε συνδυασμό με τις δορυφορικές παρεμβάσεις, που αναφέρθηκαν προηγουμένα, αναδεικνύουν τις δυνατότητες που παρέχονται στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας να φροντίσουν την υγεία των πολιτών. Τα Κέντρα Υγείας, αποτελούν σημεία αναφοράς στα αστικά κέντρα και την περιφέρεια, καθώς υποδέχονται, δίχως εμπόδια, τον τοπικό πληθυσμό και έχουν την τεχνογνωσία και τις δυνατότητες να αναπτύξουν επιπλέον παρεμβάσεις και συνεργασίες (Economou, 2010). Ανεξάρτητα από τυχόν αλλαγές στο υπάρχον σύστημα ή εφαρμογή νέων προτάσεων που θα δημιουργήσουν καινούριο περιβάλλον λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας, οι κίνδυνοι για την υγεία του πληθυσμού, όπως είναι τα λοιμώδη νοσήματα και τα νοσήματα συμπεριφοράς, η κλιματική αλλαγή και οι κοινωνικές ανισότητες, θα τονίζουν την αναγκαιότητα ύπαρξης άρτια στελεχωμένων υπηρεσιών ΠΦΥ και θα πιέζουν προς την αξιοποίηση κάθε δυνατής ευκαιρίας για συνέργειες και αποτελεσματικές παρεμβάσεις που θα προστατεύουν και θα φροντίζουν την υγεία του ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας (Groenewegen & Jurgutis, 2013). Σε αυτό το πλαίσιο τα θέματα ηγεσίας, σε όλα τα επίπεδα του συστήματος υγείας, ιδιαίτερα όμως στο πεδίο της ΠΦΥ, είναι όχι μόνο επιθυμητά αλλά και αναγκαία.

5.5. Ο ηγετικός ρόλος των Συντονιστών Επιστημονικής Λειτουργίας των Κέντρων Υγείας και των Υπευθύνων Νοσηλευτικού Προσωπικού

Στον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ, στα άρθρα 17 & 18, ορίζεται υπεύθυνος για τον συντονισμό της επιστημονικής λειτουργίας του Κέντρου Υγείας, ιατρός με βαθμό Διευθυντή, που εκλέγεται από τους ιατρούς του Κέντρου Υγείας (νόμος 1397/1983). Οι τροποποιήσεις των ανωτέρω άρθρων, όπως προέκυψαν με τις διατάξεις των νόμων 3172/2003, 4025/2011, 4052/2012 και 4058/2012, αφορούσαν λεπτομέρειες σχετικά με τον τρόπο ορισμού και την ειδικότητα του Συντονιστή Επιστημονικής Λειτουργίας (ΣΕΛ), στα Κέντρα Υγείας (Υπουργείο Υγείας, Εγκύκλιος, 2014). Οδηγίες, κατευθύνσεις και διευκρινήσεις του Υπουργείου Υγείας, σχετικά με τις αρμοδιότητες, τον ρόλο και τα καθήκοντα του ΣΕΛ δεν κατέστη δυνατό να βρεθούν, είναι όμως προφανές ότι σχετίζονται με τον σκοπό και τον τρόπο λειτουργίας των Κέντρων Υγείας, την διασύνδεσή τους με τις άλλες υπηρεσίες υγείας και τον ρόλο τους στην προστασία της υγείας του πληθυσμού. Σε αυτό το πλαίσιο, μπορούν να περιγραφούν διαφορετικά και αλληλένδετα πεδία άσκησης των καθηκόντων του ΣΕΛ, τα οποία διατρέχουν την οργανωτική δομή των Κέντρων Υγείας και αφορούν την οργάνωση και διαχείριση:

- Παρεχόμενων υπηρεσιών. Σε αυτές περιλαμβάνονται η παροχή φροντίδας υγείας στον πληθυσμό αναφοράς (περίθαλψη, παρακολούθηση και προστασία της υγείας στα άτομα και την κοινότητα), η υποδοχή, η περίθαλψη και η διαχείριση εκτάκτων και επειγόντων περιστατικών και η εποπτεία του παραγόμενου έργου (ιατρικού, νοσηλευτικού, οδοντιατρικού κλπ). Ενδεικτικά, ο ΣΕΛ οφείλει να φροντίζει για τον επιστημονικά ορθό και δεοντολογικά σωστό τρόπο λειτουργίας της μονάδας, προκειμένου να καλύπτονται οι ανάγκες υγείας του πληθυσμού. Επιπλέον, είναι αρμόδιος για την συλλογή και επεξεργασία δεδομένων που αφορούν στην κατάσταση της υγείας του πληθυσμού αναφοράς και στον προγραμματισμό παρεμβάσεων και προγραμμάτων υγείας για την

βελτίωση και προστασία της. Αναπτύσσει συνεργασίες με φορείς της κοινότητας και άλλες υπηρεσίες υγείας, με σκοπό την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού. Παρακολουθεί το έργο των επαγγελματιών υγείας και παρεμβαίνει αναλόγως για την βελτίωση ή την ενδυνάμωσή του.

- Λειτουργικών ζητημάτων. Σε αυτά περιλαμβάνονται, η εποπτεία και ο συντονισμός της λειτουργίας του Κέντρου Υγείας αλλά και των ιατρείων ευθύνης (Περιφερειακά Ιατρεία, Τοπικές Ομάδες Υγείας κ.ά.) και τα διοικητικά θέματα που σχετίζονται με την λειτουργία του Κέντρου Υγείας και τις κεντρικές διοικητικές υπηρεσίες. Ενδεικτικά, ο ΣΕΛ είναι υπεύθυνος για την κατάρτιση του εφημεριακού προγράμματος του Κέντρου Υγείας, για την ομαλή λειτουργία και κάλυψη των ιατρείων του Κέντρου Υγείας αλλά και των Περιφερειακών Ιατρείων (Π.Ι.), για την αποστολή μηνιαίων εκθέσεων σχετικά με την επισκέψιμοτητα και τις παρεχόμενες υπηρεσίες από τα ιατρεία του Κέντρου Υγείας και των Π.Ι. και για την έγκριση αδειών στο προσωπικό του Κέντρου Υγείας. Ο ΣΕΛ γνωμοδοτεί προς την Κεντρική Υπηρεσία σχετικά με μετακινήσεις προσωπικού, τις ανάγκες σε ανθρώπινο δυναμικό ή σε προμήθεια εξοπλισμού, υλικών και παρεμβάσεις για την συντήρηση του κτηρίου.

Ο WHO (1992), περιγράφει τρεις τομείς άσκησης διοικητικών καθηκόντων στις δομές ΠΦΥ:

- Την εργασία με ομάδες ανθρώπων, που αναφέρεται στη συνεργασία με την κοινότητα, στον συντονισμό και την καθοδήγηση της ομάδας των επαγγελματιών υγείας για την υλοποίηση δράσεων και την παρακολούθηση των παρεμβάσεων,

- Την διαχείριση πόρων, που αναφέρεται στην διαχείριση θεμάτων σχετικά με τον εξοπλισμό, τα φάρμακα, τα αναλώσιμα, την χρηματοδότηση, του χρόνου, του χώρου και της γραφειοκρατίας,

- Την διαχείριση των παρεχόμενων υπηρεσιών ΠΦΥ, που αφορά στον σχεδιασμό, την οργάνωση, την εφαρμογή και την αξιολόγηση των προγραμμάτων, των παρεμβάσεων και των υπηρεσιών που παρέχονται από το Κέντρο Υγείας και τις δομές εποπτείας.

Είναι προφανές ότι ο ρόλος του ΣΕΛ ξεφεύγει από την απλή διαχείριση διοικητικών θεμάτων και εκτείνεται στο πολύπλευρο πεδίο των ανθρώπινων σχέσεων, όπως αυτές πραγματώνονται στον χώρο των υπηρεσιών ΠΦΥ. Ο ΣΕΛ φέρει εκ των πραγμάτων ηγετικά στοιχεία, καθώς καλείται να συντονίσει, να οργανώσει, να εμπνεύσει και να καθοδηγήσει, σε ένα σαφώς ορισμένο πλαίσιο, ομάδες ανθρώπων με σκοπό την προστασία και την φροντίδα της υγείας του πληθυσμού αναφοράς και των κοινοτήτων που εντάσσονται σε αυτόν.

Παρόλο που έχουν γίνει πολλές αναφορές στον ηγετικό ρόλο του γενικού ιατρού στην ΠΦΥ, δεν υπάρχουν ανάλογες προσπάθειες ανάδειξης του ρόλου του ΣΕΛ στην λειτουργία των Κέντρων Υγείας. Οι αιτίες για αυτό θα πρέπει να αναζητηθούν στην θέση που κατείχαν έως πολύ πρόσφατα τα Κέντρα Υγείας μέσα στο ΕΣΥ και το σύστημα υγείας γενικότερα αλλά και στην αντίληψη της πολιτικής ηγεσίας για την διοίκηση των μονάδων υγείας.

Τα Κέντρα Υγείας εξαρχής, εντάχθηκαν διοικητικά στην διαχείριση των νοσοκομείων, ως αποτέλεσμα της απουσίας μελέτης σκοπιμότητας και ανίχνευσης αναγκών του πληθυσμού και εν μέσω μιας νοσοκομειοκεντρικής και ιατρικοκεντρικής οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας. Ταυτόχρονα στελεχώθηκαν με επαγγελματίες υγείας

νοσοκομειοκεντρικής αντίληψης και εκπαίδευσης, γεγονός που ενίσχυσε την εξάρτηση τους από τις προτεραιότητες των νοσοκομείων. Η λειτουργία των Κέντρων Υγείας ως εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων, παγιώθηκε, μέσα στα χρόνια, διαμέσου των επαναλαμβανόμενων δομικών αλλαγών στο πλαίσιο λειτουργίας τους, της απουσίας στρατηγικών στόχων και της έλλειψης ουσιαστικής αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών (Μπένος, 1996).

Σε αυτό το πλαίσιο, ο ρόλος του ΣΕΛ περιορίστηκε στον επιβλέποντα μιας απομακρυσμένης δομής ενός νοσοκομείου, με επικέντρωση στην επιτέλεση βασικών διοικητικών καθηκόντων, με αναιμική ανάληψη πρωτοβουλιών και με περιορισμένη ανταπόκριση στις αρχές της ΠΦΥ. Τα παραπάνω αποτυπώθηκαν στον τρόπο επιλογής και ορισμού του ΣΕΛ (αρχικά από το προσωπικό του Κέντρου Υγείας, ως ένας εκπρόσωπος συνδικαλιστικού φορέα και στη συνέχεια από την διοίκηση του νοσοκομείου ή της Υγειονομικής Περιφέρειας) ενώ ουδέποτε περιγράφηκαν οι διαδικασίες επιλογής, τα αναγκαία προσόντα ή οι προϋποθέσεις για την κάλυψη της θέσης, πέραν από τον προσδιορισμό της ειδικότητας (κατά προτεραιότητα γενικοί ιατροί) και του βαθμού (Διευθυντές, μετά από κρίση).

Σήμερα, τα Κέντρα Υγείας, αστικού και αγροτικού τύπου, εάν και διαφέρουν σημαντικά στον τρόπο λειτουργίας και οργάνωσης, παλινωδούν σε ένα ασαφές και διαρκώς μεταβαλλόμενο πλαίσιο παρεχομένων υπηρεσιών, στο οποίο οι ΣΕΛ καλούνται να υιοθετήσουν πολιτικές υγείας και διακηρύξεις, οι οποίες όμως δεν μεταφράζονται σε συγκεκριμένες αρμοδιότητες, με σαφώς προσδιορισμένο περιεχόμενο και μετρήσιμη αποτελεσματικότητα.

Η βαθιά, όμως, αντίφαση που υφίσταται ανάμεσα στο σημαντικό έργο που έχουν να επιτελέσουν οι ΣΕΛ των Κέντρων Υγείας και στην πλήρη απουσία ανάδειξης του

ρόλου τους στην ΠΦΥ, δεν μπορεί να είναι πια αποδεκτή. Οι δομές ΠΦΥ απαιτούν ισχυρή διοίκηση, ικανή ηγεσία και άρτια εκπαιδευμένο προσωπικό, προκειμένου να ανταποκριθούν στις ανάγκες υγείας του πληθυσμού και στις προκλήσεις που πρόκειται να αντιμετωπίσουν.

Υπό αυτό το πρίσμα, ο ρόλος κάθε στελέχους της νοσηλευτικής υπηρεσίας που κατέχει θέση ευθύνης στην ΠΦΥ κρίνεται εξίσου σημαντικός. Ένας ικανός προϊστάμενος νοσηλευτής εξασφαλίζει συνθήκες που προάγουν την αποτελεσματική λειτουργία της διεπιστημονικής ομάδας στην ΠΦΥ. Ο σύγχρονος ρόλος του νοσηλευτή ηγέτη θα έπρεπε να περιλαμβάνει εκτός των δεσμεύσεων των επαγγελματιών του Δικαιωμάτων, όπως αυτά καθορίζονται από την ισχύουσα νομοθεσία, την ενθάρρυνση της συμμετοχής στην κοινότητα, την ενδυνάμωση των ατόμων και των οικογενειών τους, την καθοδήγηση και υποστήριξη των άλλων εργαζομένων στην ΠΦΥ και τέλος το συντονισμό δραστηριοτήτων για την ανάπτυξη της κοινότητας (WHO, 1985).

Στην πραγματικότητα, ωστόσο, η θέση της/του Προϊσταμένης/ου νοσηλευτικού προσωπικού στα Κέντρα Υγείας, αποτελεί αντιστοίχιση με την θέση Προϊσταμένης/ου του νοσηλευτικού τομέα στα νοσοκομεία, γεγονός που αποτυπώνει την βαθιά σχέση που είχαν οι διαφορετικές δομές υγείας, από την ίδρυση του ΕΣΥ. Στις αρμοδιότητες τους περιλαμβάνονται κυρίως, η κατάρτιση του προγράμματος εργασίας των νοσηλευτριών/των, η διαχείριση υλικού και η καθοδήγηση του νοσηλευτικού προσωπικού για τα καθήκοντά τους και τη σχέση τους με το άλλο προσωπικό. Η επιλογή για την «άτυπη» αυτή θέση ευθύνης, γίνεται μετά από πρόταση/εισήγηση του ΣΕΛ προς την διοίκηση της ΥΠΕ, λαμβάνοντας υπόψη το είδος σπουδών (Πανεπιστήμιο, ΤΕΙ), την επαγγελματική εμπειρία του νοσηλευτή και πιθανή εξειδίκευση. Όπως και για τους ιατρούς δεν προβλέπεται κάποια συγκεκριμένη διαδικασία.

ΜΕΡΟΣ Β΄ ΠΕΔΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

6.1 Η περίπτωση της 5ης ΥΠε Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας

Η 5^η Υγειονομικής Περιφέρειας (ΥΠΕ) Θεσσαλίας & Στ. Ελλάδας, είναι μια από τις επτά Υγειονομικές Περιφέρειες της Ελλάδας, όπως αυτές προέκυψαν με την εφαρμογή του νόμου 3527/2007 και με γεωγραφικά όρια που περιλαμβάνουν, εκτός άλλων, την Εύβοια, τους ορεινούς όγκους των νομών Ευρυτανίας, Φωκίδας, Τρικάλων και Καρδίτσας και τα νησιά των Σποράδων. Έχει έκταση 30.000 km² και πληθυσμό 1.300.000 περίπου κατοίκους. Οι μεγάλες γεωγραφικές διαφοροποιήσεις και τα χαρακτηριστικά της περιοχής, προσδιορίζουν τις ιδιαιτερότητες της συγκεκριμένης Περιφέρειας, οι οποίες εκδηλώνονται με τον σημαντικό αριθμό Περιφερειακών Ιατρείων, τις μεγάλες διαφορές ανάμεσα στις δομές υγείας και τις σημαντικές ανάγκες σε προσωπικό και πόρους.

Σκοπός της υπηρεσίας είναι:

- ✓ Ο προγραμματισμός, ο συντονισμός, η εποπτεία και ο έλεγχος στα όρια της Περιφέρειας, της λειτουργίας όλων των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας. Ως φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας ορίζονται τα Νοσοκομεία, οι μονάδες ΠΦΥ, τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας και Απεξάρτησης και λοιπά νομικά πρόσωπα δημόσιου και ιδιωτικού δικαίου, που ασκούν δραστηριότητες στον τομέα της υγείας και εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας.
- ✓ Η υποβολή προς την ηγεσία του Υπουργείου Υγείας εισηγήσεων, μέτρων και προτάσεων που αποσκοπούν στην πληρέστερη και αποδοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας στην Περιφέρεια.

- ✓ Η παρακολούθηση της εφαρμογής, από τις διοικήσεις των εποπτευόμενων φορέων, της πολιτικής που χαράσσεται από το Υπουργείο Υγείας.

Για την 5^η ΥΠΕ οι εποπτευόμενοι φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας είναι:

- Η Κεντρική Υπηρεσία,
- 13 Νοσοκομεία,
- 42 Κέντρα Υγείας
- 16 ΤΟΜΥ
- 321 Περιφερειακά Ιατρεία
- 2 Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία
- 11 Μονάδες Ψυχικής Υγείας
- 15 Μονάδες Υγείας ΝΠΙΔ και ΝΠΔΔ.

Ειδικότερα για τις δομές ΠΦΥ (Κέντρα Υγείας, ΤΟΜΥ, Περιφερειακά Ιατρεία και Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία) η διοίκηση της 5^{ης} ΥΠΕ έχει την αποκλειστική ευθύνη λειτουργίας και διοίκησής τους.

Στις δομές ΠΦΥ της 5^{ης} ΥΠΕ απασχολούνται περισσότεροι από 1000 υπάλληλοι, με διάφορες εργασιακές σχέσεις (μόνιμοι δημόσιοι υπάλληλοι και λειτουργοί, επικουρικοί, με σύμβαση έργου ορισμένου χρόνου κλπ) από τους οποίους 380 είναι ιατροί διαφόρων ειδικοτήτων και οδοντίατροι, 320 νοσηλευτές/τριες και 400 απασχολούμενοι άλλων ειδικοτήτων (διοικητικοί, επισκέπτριες υγείας, μαίες, κοινωνικοί λειτουργοί κ.ά.).

Από τα 42 Κέντρα Υγείας τα 9 θεωρούνται Αστικού Τύπου και τα υπόλοιπα Αγροτικού Τύπου. Τα δύο Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία της Σκύρου και της Αλλονήσου, όπως και τα ιατρεία Ν. Ιωνίας, Καρπενησίου και Οινοφύτων και το Κέντρο Υγείας Ερυθρών Βοιωτίας, αποτελούν δομές υγείας με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και λειτουργία.

Όπως αναφέρθηκε προηγούμενα, οι διαφορές που παρατηρούνται στα Κέντρα Υγείας, μπορεί να αφορούν:

- Την επαρκή στελέχωση σε ιατρικό ή άλλο προσωπικό. Εάν και το φαινόμενο της υποστελέχωσης στις υπηρεσίες υγείας είναι γενικευμένο, σε ορισμένες δομές το πρόβλημα είναι πολύ κρίσιμο. Σημαντικές δυσκολίες αντιμετωπίζουν απομακρυσμένα Κέντρα Υγείας στην Ευρυτανία και τις Σποράδες, αλλά και Κέντρα Υγείας σε μεγάλες πόλεις όπως η Θήβα και η Λαμία.

- Τον τρόπο λειτουργίας. Πιο συγκεκριμένα τα Κέντρα Υγείας Αγροτικού Τύπου λειτουργούν σε εικοσιτετράωρη βάση σε αντίθεση με τα Κέντρα Υγείας Αστικού Τύπου που λειτουργούν πρωινές ώρες ή με διευρυμένο ωράριο και στελεχώνονται με ιατρούς ειδικοτήτων που δεν υπάρχουν στις άλλες δομές (π.χ. καρδιολόγους, ορθοπεδικούς κλπ).

- Τις δομές ευθύνης. Στις πόλεις της Χαλκίδας, της Θήβας, της Λαμίας, των Τρικάλων, της Καρδίτσας, της Λάρισας και του Βόλου λειτουργούν οι ΤΟΜΥ, οι οποίες εκτός από νέες δομές στο σύστημα παρέχουν διαφοροποιημένες υπηρεσίες υγείας. Αντίθετα, τα Κέντρα Υγείας Αγροτικού Τύπου έχουν υπό την εποπτεία τους τα Περιφερειακά Ιατρεία, τα οποία στελεχώνονται συνήθως από ιατρούς υπηρεσίας υπαίθρου (αγροτικούς) οι οποίοι παρέχουν τις υπηρεσίες τους Κέντρα Υγείας αλλά και στα Νοσοκομεία αναφοράς.

Τα παραπάνω συνθέτουν το μωσαϊκό των δομών της 5^{ης} ΥΠΕ, στο οποίο οι ΣΕΛ αλλά και το υπόλοιπο προσωπικό προσπαθεί να ανταποκριθεί στις ανάγκες περίθαλψης και φροντίδας της υγείας των πολιτών.

6.2 Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η χαρτογράφηση του ηγετικού προφίλ των Συντονιστών Επιστημονικής Λειτουργίας, των Αναπληρωτών τους και των Υπεύθυνων

Νοσηλευτικού προσωπικού των Κέντρων Υγείας της 5^{ης} ΥΠΕ καθώς και η διερεύνηση του βαθμού εφαρμογής της μετασχηματιστικής ηγεσία στις ελληνικές δομές της ΠΦΥ. Θα πρέπει να επισημάνουμε πως στην παρούσα έρευνα όπου ο αξιολογούμενος ηγέτης είναι και αξιολογών υπολογίζεται πόσο συχνά πιστεύει ο ίδιος ότι εκδηλώνει τις ηγετικές συμπεριφορές που προκύπτουν από το M.L.Q -Πολύπαραγοντικό ερωτηματολόγιο ηγεσίας, προς τους συνεργάτες του.

6.2.1 Στόχοι και ερευνητικά ερωτήματα

Παράλληλα με το γενικό σκοπό το ερευνητικό εγχείρημα φιλοδοξεί την κάλυψη των εξής επιμέρους στόχων:

1. Την περιγραφή του τύπου ηγεσίας, όπως προκύπτει για κάθε συμμετέχουσα/χοντα.
2. Την συσχέτιση του τύπου ηγεσίας με τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (ηλικία, φύλο κλπ)
3. Την συσχέτιση του τύπου ηγεσίας με το είδος της δομής, την γεωγραφική θέση και το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών.
4. Την ανάδειξη των επιμέρους χαρακτηριστικών της μετασχηματιστικής ηγεσίας, όπως προκύπτουν για τις/τους συμμετέχοντες.
5. Την συσχέτιση του τύπου ηγεσίας με την έκβαση της ηγεσίας δηλαδή με την αποτελεσματικότητά της.

Για την κάλυψη του σκοπού της έρευνας τέθηκαν τα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα και υποθέσεις.

6.2.2 Ερευνητικά ερωτήματα

1. Πόσο συχνός είναι ο μετασχηματιστικός τύπος ηγεσίας στον χώρο της ΠΦΥ;

2. Υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στον τύπο ηγεσίας και την ηλικία;
3. Υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στον τύπο ηγεσίας και το φύλο;
4. Υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στον τύπο ηγεσίας και την επαγγελματική εμπειρία;
5. Υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στον τύπο ηγεσίας και την κατηγορία προσωπικού στον οργανισμό;
6. Υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στους τύπους ηγεσίας και στην έκβαση της ηγεσίας;

6.2.3 Ερευνητικές υποθέσεις

Y1 Η μετασχηματιστική ηγεσία αποτελεί τον βασικό τύπο ηγεσίας στην ΠΦΥ

Y2 Νεότεροι σε ηλικία επαγγελματίες υγείας είναι πιθανότερο να υιοθετούν την μετασχηματιστική ηγεσία

Y3 Διευθυντές σε δομές αστικού τύπου είναι πιθανότερο να εμφανίζουν τον μετασχηματιστικό τύπο ηγεσίας.

6.3 Μεθοδολογία της έρευνας

6.3.1 Διαδικασία εκτέλεσης της έρευνας – το είδος της έρευνας

Η ερευνητική διαδικασία αναφέρεται στη συστηματική προσπάθεια εξεύρεσης απαντήσεων σε ερωτήματα. Ο ερευνητής ορμώμενος από έναν προβληματισμό και από την διάθεση απάντησης σε ένα ή και περισσότερα ερωτήματα, καλείται να προβεί στον κατάλληλο σχεδιασμό της ερευνητικής μεθόδου. Τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα της έρευνας επηρεάζουν το σχεδιασμό της και την επιλογή ερευνητικής μεθόδου και

αποτελούν κριτήρια για την ταξινόμηση των ερευνών σε είδη ανάλογα με τον επιδιωκόμενο επιστημονικό σκοπό, τον αριθμό των εξεταζόμενων ατόμων, το είδος της ερευνητικής μεθόδου κ.ά. Μία από τις συνηθέστερες διακρίσεις που γίνεται στις επιστημονικές έρευνες σύμφωνα με το είδος των εμπειρικών δεδομένων που συλλέγονται είναι ανάμεσα σε ποιοτικές και ποσοτικές έρευνες (Παρασκευόπουλος, 1993).

Οι ποσοτικές και ποιοτικές έρευνες διέπονται από διαφορετικές λογικές σε όλα τα στάδια της ερευνητικής διαδικασίας. Στις ποσοτικές έρευνες τα αποτελέσματα τείνουν να θεωρούνται ως γενικά ισχύοντα αφού εξετάζεται μεγάλος όγκος περιπτώσεων και εξισορροπούνται οι ιδιαιτερότητες των μεμονωμένων περιπτώσεων. Από την άλλη πλευρά στις ποιοτικές έρευνες επιχειρείται η διερεύνηση των κοινωνικών φαινομένων «εκ των έσω» και αναζητούνται τόσο οι «αντιπροσωπευτικές» απόψεις όσο και οι «αποκλίνουσες», ώστε γίνει σε βάθος κατανοητό το φαινόμενο που ερευνάται (Τσιώλης, 2011).

Στην παρούσα διπλωματική εργασία, ως μέθοδος, χρησιμοποιήθηκε η ποσοτική έρευνα η οποία προϋποθέτει τη δυνατότητα πρόσβασης σε ένα μεγάλο δείγμα και ταυτόχρονα ενδείκνυται για εξαγωγή απτών στατιστικών συμπεριφορών. Παράλληλα, τα δεδομένα τα οποία συλλέγονται μπορούν να ποσοτικοποιηθούν με αποτέλεσμα ο ερευνητής να έχει μια γενική εικόνα για τον υπό μελέτη πληθυσμό – δείγμα.

6.3.2 Όργανο συλλογής δεδομένων – ερωτηματολόγιο

Ως ερευνητικό εργαλείο για την συλλογή των δεδομένων, χρησιμοποιήθηκε το ηλεκτρονικό ανώνυμο ερωτηματολόγιο. Το ερωτηματολόγιο περιέχει μια σειρά από ερωτήσεις σχετικές με το θέμα της έρευνας τις οποίες καλούνται τα υποκείμενα να απαντήσουν. Η χρήση του ηλεκτρονικού ανώνυμου ερωτηματολογίου ως ερευνητικού εργαλείου στην παρούσα έρευνα, κρίθηκε ως η πιο κατάλληλη, διότι διευκολύνει τα

υποκείμενα της έρευνας, τα οποία τοποθετούνται διάσπαρτα σε μία μεγάλη γεωγραφική έκταση όπως αυτή της Θεσσαλίας και της Στερεάς Ελλάδας, να απαντήσουν γρήγορα και εύκολα.

Η χρήση ενός αξιόπιστου και έγκυρου εργαλείου έχει σοβαρό αντίκτυπο στη διεξαγωγή και τα αποτελέσματα της έρευνας. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε ήταν το M.L.Q. – Πολύπαραγοντικό ερωτηματολόγιο ηγεσίας (Multifactor Leadership Questionnaire) (Form – 5x), των Avolio και Bass (2004). Το ερωτηματολόγιο μετρά την πλήρη έκταση των ηγετικών στυλ (full range leadership): μετασχηματιστικό (Transformational), συναλλακτικό (Transactional) Παθητικό (Passive/avoidant) αλλά και την έκβαση ηγεσίας: Επιπλέον/Μεγαλύτερη προσπάθεια (extra effort), Αποτελεσματικότητα (Effectiveness) και την Ικανοποίηση/ευχαρίστηση από την ηγεσία (Satisfaction). Πιο αναλυτικά, το ερωτηματολόγιο προβαίνει στην προσπάθεια να συλλέξει στοιχεία που σχετίζονται με την ηγετική συμπεριφορά και τα χαρακτηριστικά των ηγετών.

Οι λόγοι που ώθησαν την ερευνήτρια στην επιλογή του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου ήταν οι εξής:

- Η παγκόσμια αναγνώριση του ερωτηματολογίου (Ως ερωτηματολόγιο έχει χρησιμοποιηθεί σε πλειάδα ερευνών τόσο στο εξωτερικό όσο και στην Ελλάδα γεγονός που καθιστά εύκολη την σύγκριση των αποτελεσμάτων ανάμεσα στις έρευνες που έχουν υλοποιηθεί).
- Η επιστημονική εγκυρότητα και αξιοπιστία του ερωτηματολογίου γεγονός που το καθιστά επαρκές και αποδεκτό.
- Η κάλυψη των στοιχείων του ερωτηματολογίου που αντιπροσωπεύει ικανοποιητικά την ηγεσία και τα ηγετικά στυλ.

Το Πολύπαραγοντικό ερωτηματολόγιο ηγεσίας κυκλοφορεί αυτούσιο (με τις ίδιες ερωτήσεις) σε δύο τύπους ως εξής:

- M.L.Q. – 5X Self Rating Form: Όπου τα υποκείμενα (ηγέτες) αξιολογούν οι ίδιοι τον εαυτό τους ως ηγέτες.
- M.L.Q. – 5X Rater Form όπου τα υποκείμενα (υφιστάμενοι) αξιολογούν τους ηγέτες τους.

Στην παρούσα διπλωματική εργασία χρησιμοποιήθηκε το M.L.Q. – 5X Self Rating Form, όπου οι ΣΕΛ με τους Αναπληρωτές τους και οι Υπεύθυνοι του Νοσηλευτικού προσωπικού των Δομών της Πρωτοβάθμιας της 5^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας αξιολόγησαν τον εαυτό τους ως ηγέτες. Η μέτρηση και η αξιολόγηση των ηγετικών παραγόντων αλλά και της έκβασης της ηγεσίας έγινε με την κατάλληλα αντιστοίχιση ερωτήσεων που προτείνουν οι Avolio και Bass (2004) και η οποία παρατίθεται στον πίνακα 6.1

Πίνακας 6.1: Αντιστοίχιση ερωτήσεων για την αξιολόγηση των ηγετικών παραγόντων και τα αποτελέσματα της ηγεσίας (έκβαση ηγεσίας)

Πολύπαραγοντικό ερωτηματολόγιο ηγεσίας – MLQ scoring key (5x short)

Στοιχεία Ηγεσίας	Ερώτηση
Μετασχηματιστική Ηγεσία Transformational Leadership	
Εξιδανικευμένη επιρροή (που αποδίδεται) Idealized Influence (Attributed) Π Α	10, 18, 21, 25
Εξιδανικευμένη επιρροή (στη συμπεριφορά) Idealized Influence	6, 14, 23, 34

(Behavior) II B

Εμπνευσμένη	κινητοποίηση	9, 13, 26, 36
--------------------	---------------------	---------------

Inspirational Motivation - IM

Πνευματική	παρακίνηση	2, 8, 30, 32
-------------------	-------------------	--------------

Intellectual Stimulation - IS

Εξατομικευμένη	θεώρηση	15, 19, 29, 31
-----------------------	----------------	----------------

Individual Consideration IC**Συναλλακτική Ηγεσία Transactional Leadership**

Ηγεσία ενδεχόμενης ανταμοιβής		1, 11, 16, 35
--------------------------------------	--	---------------

Contingent Reward Leadership CR

Ενεργή Διοίκηση	Εξαιρέσεως	4, 22, 24, 27
------------------------	-------------------	---------------

Management – by Exception (Active)**MBEA****Παθητική – Ηγεσία αποφυγής Passive Laissez – Faire Leadership**

Παθητική Διοίκηση	Εξαιρέσεως	3, 12, 17, 20
--------------------------	-------------------	---------------

Management - by Exception (Passive)**MBEP**

Αποφυγή Ηγεσίας Laissez – Faire		5, 7, 28, 31
--	--	--------------

Leadership LF**Έκβαση Ηγεσίας Outcomes**

Περισσότερη/Επιπλέον		39, 42, 44
-----------------------------	--	------------

Προσπάθεια Extra Effort EE

Αποτελεσματικότητα Effectiveness		37, 40, 43, 45
---	--	----------------

EFF

Ικανοποίηση από την Ηγεσία	38, 41
Satisfaction SAT	

Οι 45 ερωτήσεις που κλήθηκαν να απαντήσουν τα υποκείμενα της έρευνας ήταν όλες κλειστού τύπου με βαθμιαία κλίμακα 5 σημείων. Στις 45 ερωτήσεις-μεταβλητές του MLQ (5x short) τα υποκείμενα έπρεπε να απαντήσουν πόσο συχνά προβαίνουν σε αυτές τις ενέργειες/συμπεριφορές των προτάσεων ως ηγέτες. Η κλίμακα Likert είχε την εξής διαβάθμιση 0 = Καθόλου, 1 = Σπάνια, 2 = Μερικές φορές, 3 = Αρκετά συχνά και 4 = Σχεδόν πάντα.

Πίνακας 6.2: Αντιστοίχιση των ερωτήσεων με τα ερευνητικά ερωτήματα και με τις ερευνητικές υποθέσεις

Ερευνητικά ερωτήματα	Ερωτήσεις
1. Πόσο συχνός είναι ο μετασχηματιστικός τύπος ηγεσίας στον χώρο της ΠΦΥ;	2, 6, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 18, 19, 21, 23, 25, 26, 30, 32, 34, 36
2. Υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στον τύπο ηγεσίας και την ηλικία;	Ερωτήσεις 1 έως 45 με το δημογραφικό στοιχείο ηλικία
3. Υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στον τύπο ηγεσίας και το φύλο;	Ερωτήσεις 1 έως 45 με το δημογραφικό στοιχείο φύλο

<p>4. Υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στον τύπο ηγεσίας και την επαγγελματική εμπειρία</p>	<p>Ερωτήσεις 1 έως 45 με το δημογραφικό στοιχείο επαγγελματική εμπειρία</p>
<p>5.Υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στον τύπο ηγεσίας και την κατηγορία προσωπικού στον οργανισμό;</p>	<p>Ερωτήσεις 1 έως 45 με το δημογραφικό στοιχείο θέση στην ιεραρχία</p>
Ερευνητικές Υποθέσεις	Ερωτήσεις
<p>Υ1. Η μετασχηματιστική ηγεσία αποτελεί τον βασικό τύπο ηγεσίας στην ΠΦΥ</p>	<p>2, 6, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 18, 19, 21, 23, 25, 26, 30, 32, 34, 36</p>
<p>Υ2. Νεώτεροι σε ηλικία επαγγελματίες υγείας είναι πιθανότερο να υιοθετούν την μετασχηματιστική ηγεσία</p>	<p>2, 6, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 18, 19, 21, 23, 25, 26, 30, 32, 34, 36 και δημογραφικό στοιχείο ηλικία</p>
<p>Υ3. Διευθυντές σε δομές αστικού τύπου είναι πιθανότερο να εμφανίζουν τον μετασχηματιστικό τύπο ηγεσίας.</p>	<p>2, 6, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 18, 19, 21, 23, 25, 26, 30, 32, 34, 36 και δημογραφικό στοιχείο τύπος δομής</p>

6.3.3 Πληθυσμός - δείγμα

Στις σύγχρονες έρευνες όπου το υπό μελέτη σύνολο (πληθυσμός) της έρευνας είναι μεγάλο και είναι αδύνατη η καταγραφή και μέτρηση όλων των παραμέτρων που τον αφορούν, χρησιμοποιούνται αντιπροσωπευτικές μετρήσεις. Για το σκοπό αυτό πραγματοποιείται λήψη αντιπροσωπευτικού δείγματος σύμφωνα με τους κανόνες δειγματοληψίας, ώστε τα αποτελέσματα της έρευνας να χρησιμοποιηθούν για να γίνουν αναφορές στο γενικό πληθυσμό (Χαλικιάς, Μανωλέσου & Λάλου, 2015). Ο πληθυσμός της συγκεκριμένης έρευνας είναι 117 απασχολούμενοι σε θέσεις ευθύνης, ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, σε 39 Κέντρα Υγείας της 5^{ης} ΥΠΕ εκ των οποίων τα 9 είναι Αστικού Τύπου. Δεν συμπεριλήφθησαν στην έρευνα δομές οι οποίες παρουσιάζουν σημαντικά ζητήματα υποστελέχωσης. Το τελικό δείγμα ανήλθε σε 71 άτομα τοποθετώντας το ποσοστό ανταπόκρισης λίγο πάνω από το 60%.

6.3.4 Στατιστική ανάλυση

Για την ολοκλήρωση της έρευνας, ήταν απαραίτητο να γίνει αποδελτίωση των ερωτηματολογίων. Η αποδελτίωση έγινε με τη βοήθεια του στατιστικού πακέτου SPSS 25. Χρησιμοποιήθηκαν τόσο περιγραφικές όσο και επαγωγικές μέθοδοι. Συγκεκριμένα, οι τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι εξής:

- Μέτρα θέσης και διασποράς: Μέση τιμή και τυπική απόκλιση
- Ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson
- Το στατιστικό τεστ Kruskal Wallis για την σύγκριση των μέσων αθροιστικών όρων και τη στατιστική σημαντικότητα αυτών.

6.3.5 Η διεξαγωγή της έρευνας

Η διανομή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε από τον Μάρτιο 2019 έως τις αρχές Ιουνίου 2019 κατόπιν αιτήσεως στο επιστημονικό συμβούλιο της 5^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας προκειμένου να εξασφαλισθεί η άδεια διεξαγωγής της έρευνας. Το ερωτηματολόγιο μοιράστηκε αρχικά σε 5 άτομα για τον εντοπισμό ασαφειών αλλά και τον υπολογισμό του χρόνου συμπλήρωσης. Κατόπιν, ακολούθησε η ηλεκτρονική διανομή του ερωτηματολογίου μέσω της εφαρμογής Google Forms με επαναληπτική υπενθύμιση σχεδόν κάθε μήνα. Προηγήθηκε της διανομής η αποστολή επιστολής της ερευνήτριας προς τους παραλήπτες του ερωτηματολογίου.

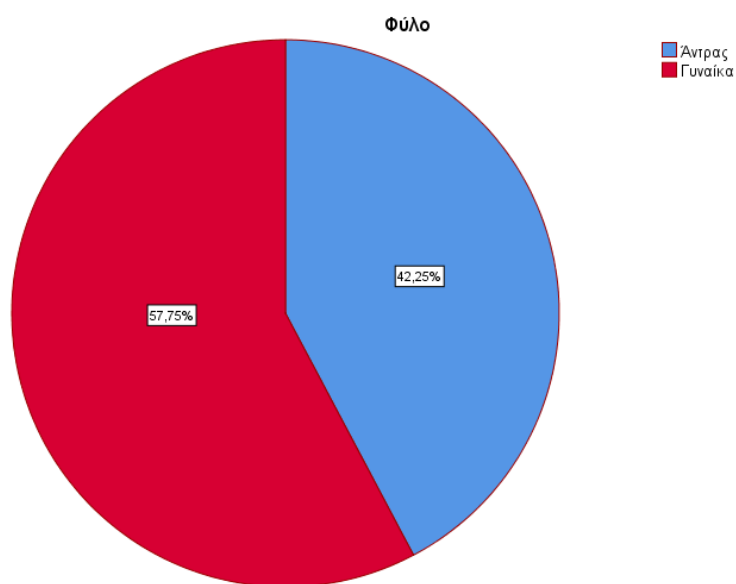
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

7.1 Δημογραφικά και γενικά στοιχεία δείγματος

Στον πίνακα και το διάγραμμα 7.1 που ακολουθούν παρατηρούμε ότι οι γυναίκες υπερτερούν ελαφρώς με ποσοστό 57,7% έναντι των αντρών με 42,3%.

Πίνακας 7.1: Συχνότητα και ποσοστά στο φύλο των συμμετεχόντων

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Άντρας	30	42,3	42,3	42,3
	Γυναίκα	41	57,7	57,7	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

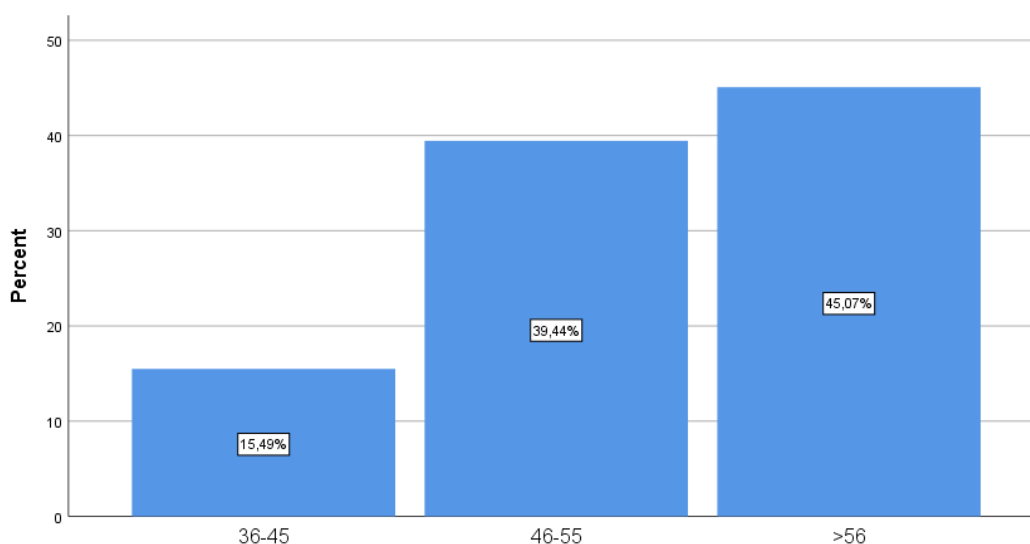


Διάγραμμα 7.1: Φύλο

Σχετικά με την ηλικία των συμμετεχόντων, στον πίνακα και στο διάγραμμα 7.2 που ακολουθούν, παρατηρούμε πως το μεγαλύτερο ποσοστό αποτελείται από την ηλικιακή ομάδα άνω των 56 ετών (45,1%). Ακολουθούν οι συμμετέχοντες με ηλικία από 46 έως 55 ετών (39,4%) και τέλος οι συμμετέχοντες από 36 έως 45 ετών με το μικρότερο ποσοστό της τάξης του 15,5%.

Πίνακας 7.2: Συχνότητα και ποσοστά στην ηλικία των συμμετεχόντων

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	36-45	11	15,5	15,5	15,5
	46-55	28	39,4	39,4	54,9
	>56	32	45,1	45,1	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

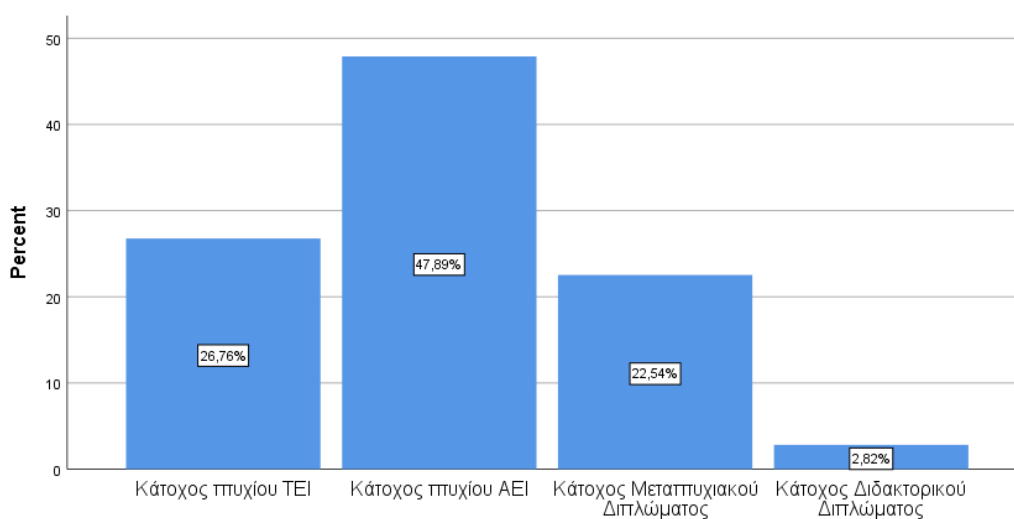


Διάγραμμα 7.2: Ηλικία

Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων είναι κάτοχοι πτυχίου Α.Ε.Ι. (47,9%) ενώ ακολουθούν οι συμμετέχοντες με πτυχίο Τ.Ε.Ι (26,8%). Ικανοποιητικό ποσοστό της τάξης διαθέτει κάποιο μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών (22,5%) ενώ το 2,8% δήλωσε κάτοχος διδακτορικού τίτλου.

Πίνακας 7.3: Συχνότητα και ποσοστά στο μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Κάτοχος πτυχίου ΤΕΙ	19	26,8	26,8	26,8
	Κάτοχος πτυχίου ΑΕΙ	34	47,9	47,9	74,6
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού Διπλώματος	16	22,5	22,5	97,2
	Κάτοχος Διδακτορικού Διπλώματος	2	2,8	2,8	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

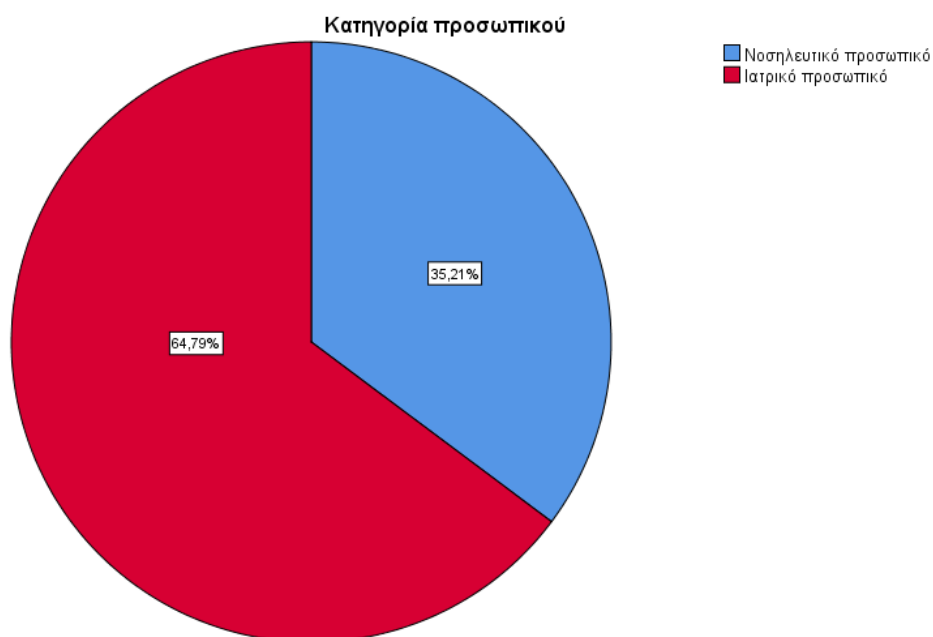


Διάγραμμα 7.3: Μορφωτικό επίπεδο

Το 64,8% των συμμετεχόντων ανήκει στο ιατρικό προσωπικό έναντι του 35,2% που υπάγεται στο νοσηλευτικό προσωπικό.

Πίνακας 7.4: Συχνότητα και ποσοστά στην κατηγορία προσωπικού

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Νοσηλευτικό προσωπικό	25	35,2	35,2	35,2
	Ιατρικό προσωπικό	46	64,8	64,8	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

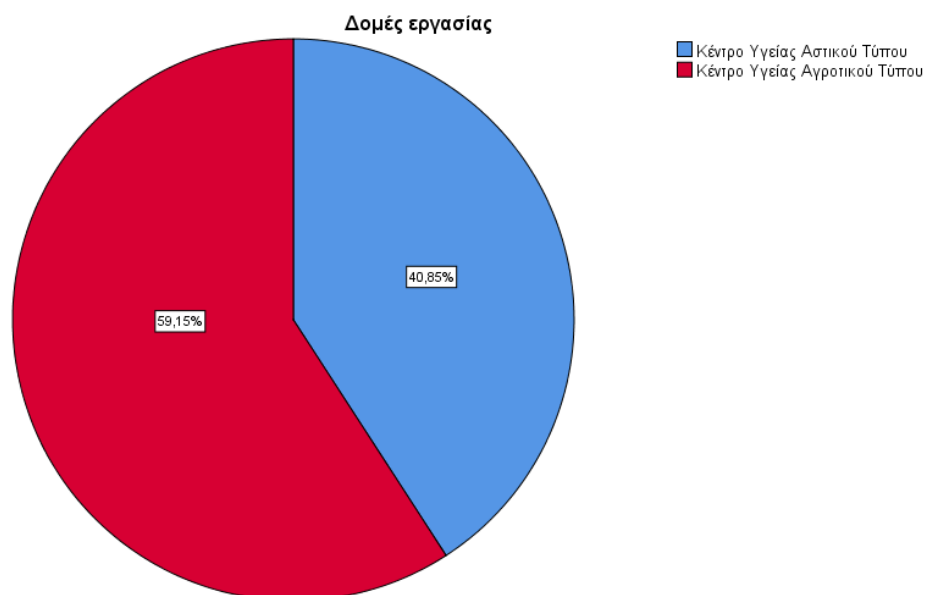


Διάγραμμα 7.4: Κατηγορία προσωπικού

Σχετικά με τις δομές εργασίας, το 59,2% υπηρετούν σε κέντρα υγείας αγροτικού τύπου έναντι του 40,8% που υπηρετούν σε κέντρα υγείας αστικού τύπου.

Πίνακας 7.6: Συχνότητα και ποσοστά στις δομές εργασίας

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Κέντρο Υγείας Αστικού Τύπου	29	40,8	40,8	40,8
	Κέντρο Υγείας Αγροτικού Τύπου	42	59,2	59,2	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

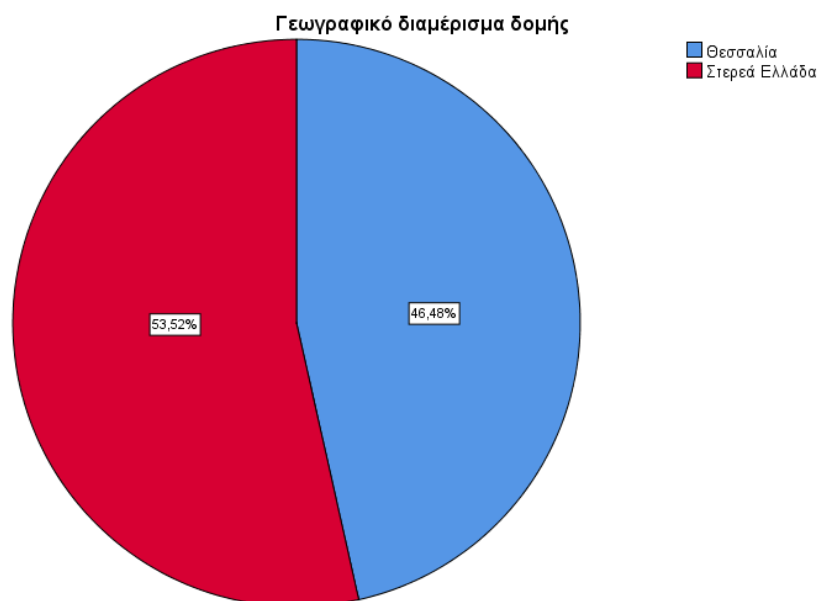


Διάγραμμα 7.6: Δομές εργασίας

Αντίστοιχα, το 53,5% δήλωσε πως το κέντρο υγείας που υπηρετεί ανήκει στο γεωγραφικό διαμέρισμα της Στερεάς Ελλάδας ενώ το 46,5% υπηρετεί στην Θεσσαλία.

Πίνακας 7.7: Συχνότητα και ποσοστά στο γεωγραφικό διαμέρισμα της δομής

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Θεσσαλία	33	46,5	46,5	46,5
	Στερεά Ελλάδα	38	53,5	53,5	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

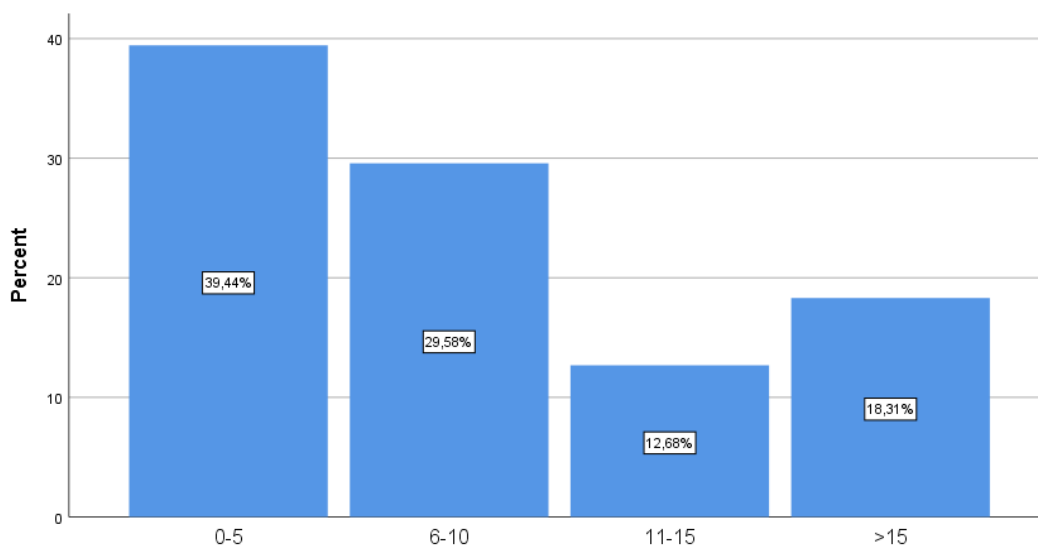


Διάγραμμα 7.7: Γεωγραφικό διαμέρισμα δομής

Ποσοστό της τάξης του 69% διαθέτει έως και 10 έτη υπηρεσίας στη θέση ευθύνης που κατέχει (0-5 39,4% και 6-10 29,6%). Το 12,7% διαθέτει 11-15 χρόνια υπηρεσίας ενώ το 18,3% περισσότερα από 15 έτη.

Πίνακας 7.8: Συχνότητα και ποσοστά στα χρόνια υπηρεσίας στη θέση ευθύνης

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0-5	28	39,4	39,4	39,4
	6-10	21	29,6	29,6	69,0
	11-15	9	12,7	12,7	81,7
	>15	13	18,3	18,3	100,0
	Total	71	100,0	100,0	



Διάγραμμα 7.8: Χρόνια υπηρεσίας στην θέση ευθύνης

7.2 Μετασχηματιστική ηγεσία

Για την καταγραφή της μετασχηματιστικής ηγεσίας χρησιμοποιήθηκαν τα εξής στοιχεία ηγεσίας: Εξιδανικευμένη επιρροή (που αποδίδεται) Idealized Influence (Attributed) II A, Εξιδανικευμένη επιρροή (στη συμπεριφορά) Idealized Influence (Behavior) II B, Εμπνευσμένη κινητοποίηση Inspirational Motivation – IM, Πνευματική παρακίνηση Intellectual Stimulation – IS, Εξατομικευμένη θεώρηση Individual Consideration IC.

Εξιδανικευμένη επιρροή - Idealized Influence (Attributed) II A

Για την καταγραφή του στοιχείου της εξιδανικευμένης επιρροής χρησιμοποιήθηκαν οι ερωτήσεις του πίνακα 7.9. Σύμφωνα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων ο συνολικός μέσος όρος της εξιδανικευμένης επιρροής ανήλθε σε 3,19 με τυπική απόκλιση 0,685. Συνεπώς, οι προϊστάμενοι που συμμετείχαν στην ερευνά, αρκετά συχνά, παρουσιάζουν χαρακτηριστικά εξιδανικευμένης επιρροής.

Πίνακας 7.9: Μέσος όρος και τυπική απόκλιση στην εξιδανικευμένη επιρροή (IIA)

	Mean	Std. Deviation
Δρω κατά τρόπο τέτοιο ώστε να εδραιώνεται ο σεβασμός των άλλων προς εμένα.	2,97	1,134
Επιδεικνύω πνεύμα δύναμης και αυτοπεποίθησης.	3,15	,951
Οι άλλοι νιώθουν υπερήφανοι που συνεργάζονται μαζί μου.	3,18	,850
Παραμερίζω το προσωπικό μου συμφέρον για το καλό της ομάδας.	3,48	,772
<u>Συνολικός μέσος όρος</u>	3,19	0,685

Εξιδανικευμένη επιρροή (στη συμπεριφορά) Idealized Influence (Behavior) II B,

Για την καταγραφή του στοιχείου της εξιδανικευμένης επιρροής στην συμπεριφορά χρησιμοποιήθηκαν οι ερωτήσεις του πίνακα 7.10. Σύμφωνα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων ο συνολικός μέσος όρος της εξιδανικευμένης επιρροής στη συμπεριφορά ανήλθε σε 3,13 με τυπική απόκλιση 0,76. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα οι προϊστάμενοι που συμμετείχαν στην ερευνά, αρκετά συχνά, παρουσιάζουν χαρακτηριστικά εξιδανικευμένης επιρροής στη συμπεριφορά.

Πίνακας 7.10: Μέσος όρος και τυπική απόκλιση στην εξιδανικευμένη επιρροή στη συμπεριφορά (ΠΒ)

	Mean	Std. Deviation
Μιλώ για τις πιο σημαντικές μου αξίες και πεποιθήσεις .	2,77	1,301
Δίνω έμφαση στη σημασία ύπαρξης μιας συλλογιστικής αντίληψης του σκοπού	3,17	,878
Καθιστώ σαφές ότι είναι σημαντικό να νιώθει κάποιος έντονα ότι έχει έναν σκοπό να εκπληρώσει.	3,20	,904
Λαμβάνω υπόψη τις ηθικές προεκτάσεις των αποφάσεων.	3,39	,933
<u>Συνολικός μέσος όρος</u>	3,13	0,76

Εμπνευσμένη κινητοποίηση Inspirational Motivation – IM,

Για την καταγραφή του στοιχείου της εμπνευσμένης κινητοποίησης χρησιμοποιήθηκαν οι ερωτήσεις του πίνακα 7.11. Σύμφωνα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων ο συνολικός μέσος όρος της εμπνευσμένης κινητοποίησης ανήλθε σε 3,14 με τυπική απόκλιση 0,76. Οι προϊστάμενοι που συμμετείχαν στην έρευνα, αρκετά συχνά, προβαίνουν σε συμπεριφορές εμπνευστικής παρακίνησης.

Πίνακας 7.11: Μέσος όρος και τυπική απόκλιση στην εμπνευσμένη κινητοποίηση- παρακίνηση ΙΜ

	Mean	Std. Deviation
Προβάλλω ένα επιβλητικό όραμα για το μέλλον	2,94	1,027
Μιλώ με αισιοδοξία για το μέλλον.	3,21	,940
Μιλώ με ενθουσιασμό για τους στόχους που πρέπει να επιτευχθούν.	3,21	,955
Εκφράζω τη βεβαιότητά μου ότι οι στόχοι θα επιτευχθούν.	3,23	,848
<u>Συνολικός μέσος όρος</u>	3,14	0,761

Πνευματική παρακίνηση Intellectual Stimulation – IS

Για την καταγραφή του στοιχείου της πνευματικής παρακίνησης χρησιμοποιήθηκαν οι ερωτήσεις του πίνακα 7.12. Σύμφωνα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων ο συνολικός μέσος όρος της πνευματικής παρακίνησης ανήλθε σε 3,21 με τυπική απόκλιση 0,76. Οι προϊστάμενοι που συμμετείχαν στην ερευνά, αρκετά συχνά, προβαίνουν σε συμπεριφορές πνευματικής παρακίνησης.

Πίνακας 7.12: Μέσος όρος και τυπική απόκλιση στην πνευματική παρακίνηση IS

	Mean	Std. Deviation
Προτείνω νέους τρόπους ολοκλήρωσης των ανατιθέμενων εργασιών.	3,13	,909
Αναζητώ διαφορετικές οπτικές γωνίες κατά την αντιμετώπιση των προβλημάτων.	3,21	,877
Επανεξετάζω κρίσιμα στοιχεία που θεωρούνται δεδομένα και διερευνώ αν αυτά είναι κατάλληλα.	3,24	,853
Παροτρύνω τους άλλους να βλέπουν τα προβλήματα από πολλές διαφορετικές γωνίες.	3,27	,861
<u>Συνολικός μέσος όρος</u>	3,21	0,684

Εξατομικευμένη θεώρηση/ενδιαφέρον - Individual Consideration IC.

Για την καταγραφή του στοιχείου της εξατομικευμένης θεώρησης/ενδιαφέροντος χρησιμοποιήθηκαν οι ερωτήσεις του πίνακα 7.13. Σύμφωνα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων ο συνολικός μέσος όρος της υπό-κλίμακας IC ανήλθε σε 3,17 με τυπική απόκλιση 0,79. Οι προϊστάμενοι που συμμετείχαν στην ερευνά, αρκετά συχνά, προβαίνουν στην εκδήλωση εξατομικευμένου ενδιαφέροντος προς τους υφισταμένους τους.

Πίνακας 7.13: Μέσος όρος και τυπική απόκλιση στην εξατομικευμένη θεώρηση- ενδιαφέρον IC

	Mean	Std. Deviation
Αντιμετωπίζω τους άλλους ως άτομα και όχι μόνο ως μέλη μιας ομάδας.	3,07	1,223
Αφιερώνω χρόνο για εκπαίδευση και καθοδήγηση του προσωπικού.	3,08	,982
Θεωρώ ότι ένα άτομο έχει διαφορετικές ανάγκες, ικανότητες και φιλοδοξίες συγκριτικά με τους άλλους.	3,23	,913
Βοηθώ τους άλλους να αναπτύξουν τις δυνατότητες τους.	3,32	,875
<i>Συνολικός μέσος όρος</i>	<i>3,17</i>	<i>0,792</i>

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα από τις 5 υπό-κλίμακες προκύπτει ότι ο **συνολικός μέσος όρος της μετασχηματιστικής ηγεσίας ανέρχεται σε 3,17** με τυπική απόκλιση 0,64. Αυτό υποδηλώνει ότι οι συντονιστές και προϊστάμενοι που συμμετείχαν στην έρευνα εξέφρασαν ότι αρκετά συχνά ασκούν μετασχηματιστικές πρακτικές- μετασχηματιστική ηγεσία.

7.3 Συναλλακτική ηγεσία

Για την καταγραφή της συναλλακτικής ηγεσίας χρησιμοποιήθηκαν τα εξής στοιχεία ηγεσίας: ηγεσία ενδεχόμενης ανταμοιβής - Contingent Reward Leadership (CR) και ενεργή Διοίκηση Εξαίρεσης Management – by Exception (Active) (MBEA).

Ηγεσία ενδεχόμενης ανταμοιβής - Contingent Reward Leadership (CR)

Για την καταγραφή του στοιχείου της ηγεσίας ενδεχόμενης ανταμοιβής χρησιμοποιήθηκαν οι ερωτήσεις του πίνακα 7.14. Σύμφωνα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων ο συνολικός μέσος όρος της υπό-κλίμακας CR ανήλθε σε 3,07 με τυπική απόκλιση 0,65. Οι προϊστάμενοι που συμμετείχαν στην ερευνά, αρκετά συχνά, εκδηλώνουν στοιχεία ηγεσίας ενδεχόμενης, δηλαδή κατά εξαίρεσης, ανταμοιβής.

Πίνακας 7.14: Μέσος όρος και τυπική απόκλιση στην ηγεσία ενδεχόμενης ανταμοιβής (CR)

	Mean	Std. Deviation
Παρέχω βοήθεια στους άλλους σε αντάλλαγμα για τις προσπάθειες τους.	2,55	1,442
Αναφέρω συγκεκριμένα ποιος είναι υπεύθυνος για την επίτευξη των στόχων απόδοσης.	3,03	,941
Καθιστώ σαφή τα οφέλη που μπορεί κάποιος να αναμένει όταν οι στόχοι	3,21	,844

επιτυγχάνονται.		
Εκφράζω την ικανοποίηση μου όταν οι άλλοι ανταποκρίνονται στις προσδοκίες μου.	3,52	,808
<u>Συνολικός μέσος όρος</u>	3,07	0,656

Ενεργή Διοίκηση Εξαίρεσης Management – by Exception (Active) MBEA

Για την καταγραφή του στοιχείου της ενεργής διοίκησης κατά εξαίρεση χρησιμοποιήθηκαν οι ερωτήσεις του πίνακα 7.15. Σύμφωνα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων ο συνολικός μέσος όρος της υπό-κλίμακας (MBEA) ανήλθε σε 3,05 με τυπική απόκλιση 0,69. Οι προϊστάμενοι που συμμετείχαν στην ερευνά, αρκετά συχνά, εκδηλώνουν στοιχεία ενεργή διοίκησης κατά εξαίρεση.

Πίνακας 7.15: Μέσος όρος και τυπική απόκλιση στην ενεργή διοίκηση εξαίρεσης (MBEA)

	Mean	Std. Deviation
Εστιάζω την προσοχή μου σε ανωμαλίες, λάθη, εξαιρέσεις και παρεκκλίσεις από τον κανόνα.	2,82	1,046
Συγκεντρώνω την απόλυτη προσοχή μου στην αντιμετώπιση λαθών, παραπόνων και αποτυχιών	3,01	1,089

Εφιστώ την προσοχή στο προσωπικό όταν δεν ανταποκρίνεται στα πρότυπα απόδοσης.	3,11	,887
Παρακολουθώ όλα τα λάθη που γίνονται.	3,28	,759
<i>Συνολικός μέσος όρος</i>	<i>3,05</i>	<i>0,69</i>

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα από τις 2 υπό-κλίμακες προκύπτει ότι ο **συνολικός μέσος όρος της συναλλακτικής ηγεσίας ανέρχεται σε 3,06** με τυπική απόκλιση 0,59. Αυτό σημαίνει οι προϊστάμενοι που συμμετείχαν στην έρευνα εξέφρασαν ότι αρκετά συχνά ασκούν διεκπεραιωτικές/συναλλακτικές πρακτικές- συναλλακτική ηγεσία.

7.4 Παθητική ηγεσία – ηγεσία προς αποφυγή

Για την καταγραφή της παθητικής ηγεσίας χρησιμοποιήθηκαν τα εξής στοιχεία ηγεσίας: Παθητική Διοίκηση Εξαίρεσης Management - by Exception (Passive) (MBEP) και Αποφυγή Ηγεσίας Laissez – Faire Leadership LF

Παθητική Διοίκηση Εξαίρεσης Management - by Exception (Passive) (MBEP)

Για την καταγραφή του στοιχείου της παθητικής διοίκησης κατά εξαίρεση χρησιμοποιήθηκαν οι ερωτήσεις του πίνακα 7.16. Σύμφωνα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων ο συνολικός μέσος όρος της υπό-κλίμακας (MBEP) ανήλθε σε 1 με τυπική

απόκλιση 0,74. Οι προϊστάμενοι που συμμετείχαν στην ερευνά, σπάνια εκδηλώνουν στοιχεία παθητικής διοίκησης κατά εξαίρεση.

Πίνακας 7.16: Μέσος όρος και τυπική απόκλιση στην παθητική διοίκηση εξαίρεσης (MBEP)

	Mean	Std. Deviation
Δείχνω με τη στάση μου ότι τα προβλήματα πρέπει να γίνονται χρόνια προτού αναλάβω δράση.	,63	,960
Περιμένω κάτι να πάει στραβά για να επέμβω.	,82	1,032
Δείχνω σταθερός στην άποψη "μην επιδιορθώνεις κάτι εάν δεν είναι διαλυμένο"	,89	1,063
Δεν επεμβαίνω μέχρι τα προβλήματα να γίνουν σοβαρά.	1,69	1,166
Συνολικός μέσος όρος	1	0,74

Αποφυγή Ηγεσίας Laissez – Faire Leadership LF

Για την καταγραφή του στοιχείου που εξετάζει την ηγεσία αποφυγής χρησιμοποιήθηκαν οι ερωτήσεις του πίνακα 7.17. Σύμφωνα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων ο συνολικός μέσος όρος της υπό-κλίμακας (LF) ανήλθε σε 0,6 με τυπική

απόκλιση 0,7. Οι προϊστάμενοι που συμμετείχαν στην έρευνα δεν εκδηλώνουν συμπεριφορές που σχετίζονται με την ηγεσία αποφυγής (καθόλου).

Πίνακας 7.17: Μέσος όρος και τυπική απόκλιση στην αποφυγή ηγεσίας (LF)

	Mean	Std. Deviation
Είμαι απών/απούσα όταν με χρειάζονται.	,35	,758
Καθυστερώ να δώσω λύση σε επείγοντα ζητήματα.	,58	,966
Αποφεύγω να λαμβάνω αποφάσεις.	,81	1,146
Αποφεύγω να αναμειχθώ όταν προκύπτουν σημαντικά προβλήματα.	,87	1,055
<u>Συνολικός μέσος όρος</u>	0,6	0,7

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα από τις 2 υπό-κλίμακες προκύπτει ότι ο **συνολικός μέσος όρος της παθητικής ηγεσίας ανέρχεται σε 0,8** με τυπική απόκλιση 0,66. Οι προϊστάμενοι που συμμετείχαν στην έρευνα, εξέφρασαν ότι καθόλου δεν ασκούν παθητική ηγεσία ή πρακτικές που σχετίζονται με την έλλειψη ηγεσίας.

7.5 Έκβαση ηγεσίας

Για την καταγραφή της έκβασης της ηγεσίας χρησιμοποιήθηκαν τα εξής στοιχεία: Περισσότερη/Επιπλέον Προσπάθεια Extra Effort (EE), Αποτελεσματικότητα Effectiveness (EFF), και Ικανοποίηση από την Ηγεσία Satisfaction (SAT).

Περισσότερη/Επιπλέον Προσπάθεια Extra Effort (EE)

Για την καταγραφή του στοιχείου που εξετάζει την επιπλέον προσπάθεια χρησιμοποιήθηκαν οι ερωτήσεις του πίνακα 7.18. Σύμφωνα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων ο συνολικός μέσος όρος της υπό-κλίμακας (EE) ανήλθε σε 3,12 με τυπική απόκλιση 0,82. Οι προϊστάμενοι που συμμετείχαν στην έρευνα δήλωσαν ότι αρκετά συχνά παρακινούν τους υφισταμένους τους για επιπλέον προσπάθεια στο έργο τους.

Πίνακας 7.18: Μέσος όρος και τυπική απόκλιση στην επιπλέον προσπάθεια (LF)

	Mean	Std. Deviation
Καταφέρνω τους άλλους να κάνουν περισσότερα από όσα θα περίμεναν και οι ίδιοι	2,83	1,000
Αυξάνω την προθυμία των άλλων για περισσότερη προσπάθεια.	3,24	,836
Εξυψώνω την επιθυμία των άλλων να επιτύχουν.	3,30	,932
<u>Συνολικός μέσος όρος</u>	3,12	0,82

Αποτελεσματικότητα Effectiveness (EFF),

Για την καταγραφή του στοιχείου που εξετάζει την αποτελεσματικότητα χρησιμοποιήθηκαν οι ερωτήσεις του πίνακα 7.19. Σύμφωνα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων ο συνολικός μέσος όρος της υπό-κλίμακας (EFF) ανήλθε σε 3,29 με τυπική απόκλιση 0,70. Οι προϊστάμενοι που συμμετείχαν στην έρευνα δήλωσαν ότι αρκετά συχνά εκδηλώνουν αποτελεσματικές πρακτικές.

Πίνακας 7.19: Μέσος όρος και τυπική απόκλιση στην Αποτελεσματικότητα (EFF)

	Mean	Std. Deviation
Ηγούμαι μιας ομάδας που είναι αποτελεσματική.	3,21	,909
Εκπροσωπώ τους άλλους αποτελεσματικά σε υψηλότερα κλιμάκια.	3,23	,913
Ανταποκρίνομαι αποτελεσματικά σε εκείνες τις ανάγκες των άλλων που σχετίζονται με την εργασία τους.	3,36	,743
Ανταποκρίνομαι αποτελεσματικά στις απαιτήσεις του οργανισμού.	3,39	,783
<u>Συνολικός μέσος όρος</u>	3,29	0,70

Ικανοποίηση από την Ηγεσία Satisfaction (SAT).

Για την καταγραφή του στοιχείου που εξετάζει την ικανοποίηση από την ηγεσία χρησιμοποιήθηκαν οι ερωτήσεις του πίνακα 7.20. Σύμφωνα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων ο συνολικός μέσος όρος της υπό-κλίμακας (SAT) ανήλθε σε 3,25 με τυπική απόκλιση 0,70. Οι προϊστάμενοι που συμμετείχαν στην έρευνα δήλωσαν ότι αρκετά συχνά εκδηλώνουν πρακτικές που σχετίζονται με την ικανοποίηση των υφισταμένων τους.

Πίνακας 7.20: Μέσος όρος και τυπική απόκλιση στην Ικανοποίηση (SAT)

	N	Mean	Std. Deviation
Χρησιμοποιώ ικανοποιητικές μεθόδους ηγεσίας.	71	3,03	,910
Συνεργάζομαι με τους άλλους ικανοποιητικά.	71	3,48	,772
Συνολικός μέσος όρος	71	3,25	0,70

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα από τις 3 υπό-κλίμακες προκύπτει ότι ο **συνολικός μέσος όρος της έκβασης της ηγεσίας ανέρχεται σε 3,22** με τυπική απόκλιση 0,71.

7.6 Συσχετίσεις

Ένα πολύ σημαντικό βήμα στη μελέτη πολυμεταβλητών δεδομένων είναι να υπολογιστεί μια πιθανή σχέση (συσχέτιση) μεταξύ των μεταβλητών του δείγματος καθώς και ο υπολογισμός της συσχέτισης αυτής. Ένας τρόπος υπολογισμού είναι ο Συντελεστής Γραμμικής Συσχέτισης του Pearson. Το r του Pearson λαμβάνει τιμές από -1 έως 1. Αναλυτικότερα:

Όταν $r = 0$ οι μεταβλητές είναι μεταξύ τους ασυσχέτιστες ενώ όταν $r = 1$ τότε στις μεταβλητές υπάρχει τέλεια θετική συσχέτιση (όταν $r = -1$ τότε υπάρχει τέλεια αρνητική συσχέτιση). Όσο το r βρίσκεται πιο κοντά στο +1 (-1), τόσο πιο ισχυρή θετική (αρνητική) συσχέτιση υπάρχει. Όσο το r βρίσκεται πιο κοντά στο 0, τόσο πιο ασθενής συσχέτιση υπάρχει. Ενδεικτικά, μπορούμε να θεωρήσουμε ότι η συσχέτιση είναι:

Ικανοποιητική έως πολύ ισχυρή, όταν $0,7 < | r | < 1$

Μέτρια έως ικανοποιητική, όταν $0,5 < | r | < 0,7$

Ασθενής έως μέτρια, όταν $0 < | r | < 0,5$

Οι συσχετίσεις μπορούν να υπολογιστούν χρησιμοποιώντας την εντολή **Correlate** (=συσχετίζω) του SPSS. Τα αποτελέσματα από τις συσχετίσεις εμφανίζονται στους πίνακες Correlations. Στατιστικά σημαντική σχέση εμφανίζεται όταν το r λαμβάνει δυο αστερίσκους (r^{**}) και μάλιστα σε επίπεδο σημαντικότητας 0,01 (διάστημα εμπιστοσύνης 99%), δηλαδή όταν $\text{sig} < 0,01$. Εξίσου σημαντική συσχέτιση δεχόμαστε όταν το r λάβει έναν αστερίσκο (r^*) με την προϋπόθεση ότι η σχέση είναι σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 0,05 (διάστημα εμπιστοσύνης 95%), δηλαδή όταν $\text{sig} < 0,05$. Στην ουσία αυτό που υποδηλώνεται είναι πως αν η ερευνητική διαδικασία επαναλαμβανόταν στα ίδια

άτομα κάτω από τις ίδιες συνθήκες η πιθανότητα να μην κατέληγε στα ίδια συμπεράσματα θα ήταν της τάξεως του 1%. Αυτό καθιστά την έρευνα σημαντικά έγκυρη.

Πριν από τον έλεγχο των συσχετίσεων κρίνεται σκόπιμο να συγκεντρωθούν οι συνολικοί μέσοι όροι των μεταβλητών που θα εξεταστούν για την πιθανή σχέση μεταξύ τους.

Πίνακας 7.21: Συγκεντρωτικοί μέσοι όροι στα στοιχεία της ηγεσίας

Στοιχεία Ηγεσίας	Μέσος όρος
Μετασχηματιστική Ηγεσία	3,17
Εξιδανικευμένη επιρροή Π Α	3,19
Εξιδανικευμένη επιρροή (στη συμπεριφορά) Π Β	3,13
Εμπνευσμένη κινητοποίηση IM	3,14
Πνευματική παρακίνηση IS	3,21
Εξατομικευμένη θεώρηση IC	3,17
Συναλλακτική Ηγεσία	3,06
Ηγεσία ενδεχόμενης ανταμοιβής	3,07
CR	
Ενεργή Διοίκηση Εξαίρεσης	3,05
MBEA	
Παθητική – Ηγεσία αποφυγής	0,8
Passive Laissez – Faire Leadership	

Παθητική Διοίκηση Εξαίρεσης	1
ΜΒΕΡ	
Αποφυγή Ηγεσίας Laissez LF	0,6
Έκβαση Ηγεσίας Outcomes	3,22
Περισσότερη/Επιπλέον	3,12
Προσπάθεια ΕΕ	
Αποτελεσματικότητα EFF	3,29
Ικανοποίηση από την Ηγεσία SAT	3,25

7.6.1 Συσχέτιση ανάμεσα στους τύπους ηγεσίας και στην έκβαση της ηγεσίας

Στον πίνακα 7.22 που ακολουθεί παρατηρούμε τη στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στο μετασχηματιστικό μοντέλο ηγεσίας και στα αποτελέσματα της ηγεσίας (έκβαση). Η συσχέτιση είναι θετική και ισχυρή καθώς $r = 0,888^{**}$. Αυτό υποδηλώνει ότι όσο αυξάνεται η μετασχηματιστική ηγεσία τόσο αυξάνονται και τα αποτελέσματα της ηγεσίας, δηλαδή η επιπλέον προσπάθεια, η αποτελεσματικότητα και η ικανοποίηση από την ηγεσία. Αντίστοιχα, θετική συσχέτιση εντοπίζεται ανάμεσα στο συναλλακτικό μοντέλο ηγεσίας και στην έκβαση ηγεσίας. Η συσχέτιση είναι ικανοποιητική – μέτρια καθώς το $r = 0,638^{**}$. Δηλαδή, όσο αυξάνεται η συναλλακτική ηγεσία αυξάνονται (μέτρια) τα αποτελέσματα της ηγεσίας. Τέλος, εντοπίζεται αρνητική συσχέτιση μεταξύ του παθητικού μοντέλου ηγεσίας και της έκβασης ηγεσίας με $r = -0,671^{**}$ υποδηλώνοντας ότι όσο αυξάνεται η παθητική ηγεσία μειώνονται, η επιπλέον προσπάθεια, η αποτελεσματικότητα και η ικανοποίηση από την ηγεσία.

Πίνακας 7.22: Συσχέτιση ανάμεσα στους τύπους ηγεσίας και στην έκβαση ηγεσίας

Correlations					
		Μετασχηματιστική	Συναλλακτική	Παθητική	Έκβαση
Μετασχηματιστική	Pearson	1	,773**	-	,888*
	Correlation			,671**	*
	Sig.(2-tailed)		,000	,000	,000
	N	71	71	71	71
Συναλλακτική	Pearson	,773**	1	-	,638*
	Correlation			,383**	*
	Sig.(2-tailed)	,000		,001	,000
	N	71	71	71	71
Παθητική	Pearson	-,671**	-,383**	1	-
	Correlation				,673**
	Sig.(2-tailed)	,000	,001		,000
	N	71	71	71	71
Έκβαση	Pearson	,888**	,638**	-	1
	Correlation			,673**	
	Sig.(2-tailed)	,000	,000	,000	
	N	71	71	71	71
** Η σχέση είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 0,01%					

7.6.2 Συσχέτιση ανάμεσα στους τύπους ηγεσίας και στα δημογραφικά στοιχεία

Φύλο

Όπως φαίνεται και στον πίνακα 7.23 το φύλο δεν σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με κανένα από τους τύπους της ηγεσίας. Σε όλους τους τύπους ηγεσίας το r διαμορφώνεται ιδιαίτερα μικρό και το sig είναι μεγαλύτερο από 0,01.

Πίνακας 7.23: Συσχέτιση ανάμεσα στους τύπους ηγεσίας και στο φύλο

Correlations					
		Φύλο	Μετασχηματιστική	Συναλλακτική	Παθητική
Φύλο	Pearson Correlation	1	,004	-,072	-,074
	Sig. (2-tailed)		,971	,549	,541
	N	7	71	71	71
		1			
**Η σχέση είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 0,01%					

Ηλικία

Αντίστοιχα, στον πίνακα 7.24 η ηλικία φαίνεται πως δεν σχετίζεται (τουλάχιστον στατιστικά σημαντικά) με κανένα από τους τύπους της ηγεσίας. Σε όλους τους τύπους ηγεσίας το r διαμορφώνεται ιδιαίτερα μικρό και το sig είναι μεγαλύτερο από 0,01.

Πίνακας 7.24: Συσχέτιση ανάμεσα στους τύπους ηγεσίας και στην ηλικία

Correlations					
		Ηλικία	Μετασχηματιστική	Συναλλακτική	Παθητική
Ηλικία	Pearson	1	,102	,061	-,047
	Correlation				
	Sig. (2-tailed)		,399	,612	,697
	N	71	71	71	71
** .Η σχέση είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 0,01%					

Επαγγελματική εμπειρία

Εξετάζοντας την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της επαγγελματικής εμπειρίας και των τύπων ηγεσίας, διαπιστώνεται στον πίνακα 7.25 απουσία στατιστικής σημαντικής σχέσης. Σε όλους τους τύπους ηγεσίας το r διαμορφώνεται ιδιαίτερα μικρό και το sig είναι μεγαλύτερο από 0,01.

Πίνακας 7.25: Συσχέτιση ανάμεσα στους τύπους ηγεσίας και στην επαγγελματική εμπειρία

Correlations					
		Χρόνια υπηρεσίας στη θέση ευθύνης	Μετασχηματιστική	Συναλλακτική	Παθητική
Χρόνια υπηρεσίας στη θέση ευθύνης	Pearson Correlation	1	,209	,095	,023
	Sig. (2 tailed)		,081	,433	,850
	N	71	71	71	71
	** .Η σχέση είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 0,01%				

Θέση υπηρεσίας

Ούτε η θέση υπηρεσίας φαίνεται να συνδέεται στατιστικώς σημαντικά με τους τύπους της ηγεσίας. Τα r της συσχέτισης του Pearson με τα αντίστοιχα sig είναι ορατά στο πίνακα 7.26.

Πίνακας 7.26: Συσχέτιση ανάμεσα στους τύπους ηγεσίας και στην θέση υπηρεσίας

Correlations					
		Κατηγορία προσωπικού	Μετασχηματιστική	Συναλλακτική	Παθητική
Κατηγορία προσωπικού	Pearson Correlation	1	,001	,196	,007
	Sig. (2-tailed)		,991	,101	,956
	N	71	71	71	71
	** .Η σχέση είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 0,01%				

7.6.3 Μετασχηματιστική ηγεσία και ηλικία

Θέλοντας να εξετάσουμε αν οι νεότεροι σε ηλικία προϊστάμενοι ασκούν περισσότερο μετασχηματιστικές πρακτικές – μετασχηματιστική ηγεσία, προβαίνουμε σε έλεγχο μέσω των όρων ανάμεσα στα ηλικιακά γκρουπ. Στον πίνακα 7.27 που ακολουθεί παρατηρούμε ότι δεν εντοπίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα ηλικιακά γκρουπ των συμμετεχόντων και στην άσκηση μετασχηματιστικής ηγεσίας. Σε όλες τις υποκλίμακες της μετασχηματιστικής ηγεσίας αλλά και στην ίδια την μετασχηματιστική ηγεσία το sig > 0,05.

Πίνακας 7.27: Έλεγχος μέσων όρων ανάμεσα στην μετασχηματιστική ηγεσία και την ηλικία

	Ηλικιακά γκρουπ	N	Αθροιστικοί μέσοι όροι	Sig
Εξιδανικευμένη επιρροή (που αποδίδεται) Idealized Influence (Attributed) II A,	36-45	11	30,41	0,545
	46-55	28	35,64	
	>56	32	38,23	
	Total	71		
Εξιδανικευμένη επιρροή (στη συμπεριφορά) Idealized Influence (Behavior) II B,	36-45	11	36,09	0,504
	46-55	28	32,68	
	>56	32	38,88	
	Total	71		
Εμπνευσμένη κινητοποίηση Inspirational Motivation – IM	36-45	11	32,77	0,239
	46-55	28	32,11	
	>56	32	40,52	
	Total	71		
Πνευματική παρακίνηση Intellectual Stimulation – IS,	36-45	11	34,95	0,507
	46-55	28	32,95	
	>56	32	39,03	
	Total	71		
Εξατομικευμένη θεώρηση Individual Consideration IC.	36-45	11	32,00	0,310
	46-55	28	32,93	
	>56	32	40,06	

	Total	71		
Μετασχηματιστική ηγεσία	36-45	11	33,86	0,317
	46-55	28	32,21	
	>56	32	40,05	
	Total	71		

7.6.4 Μετασχηματιστική ηγεσία και δομές υγείας

Στον πίνακα 7.28 που ακολουθεί παρατηρούμε ότι δεν εντοπίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δομές υγεία των συμμετεχόντων (αστικού και αγροτικού τύπου) και στην άσκηση μετασχηματιστικής ηγεσίας. Σε όλες τις υποκλίμακες της μετασχηματιστικής ηγεσίας αλλά και στην ίδια την μετασχηματιστική ηγεσία το sig > 0,05.

Πίνακας 7.28: Έλεγχος μέσων όρων ανάμεσα στην μετασχηματιστική ηγεσία και στις δομές υγείας

	Δομές εργασίας	N	Αθροιστικοί μέσοι όροι	Sig
Εξιδανικευμένη επιρροή (που αποδίδεται) Idealized Influence (Attributed) II A,	Κέντρο Υγείας Αστικού Τύπου	29	36,26	0,929
	Κέντρο Υγείας Αγροτικού Τύπου	42	35,82	
	Total	71		
Εξιδανικευμένη επιρροή (στη συμπεριφορά) Idealized Influence	Κέντρο Υγείας Αστικού Τύπου	29	33,40	0,373

(Behavior) II B,	Κέντρο Υγείας Αγροτικού Τύπου	42	37,80	
	Total	71		
Εμπνευσμένη κινητοποίηση Inspirational Motivation – IM	Κέντρο Υγείας Αστικού Τύπου	29	32,10	0,181
	Κέντρο Υγείας Αγροτικού Τύπου	42	38,69	
	Total	71		
Πνευματική παρακίνηση Intellectual Stimulation – IS,	Κέντρο Υγείας Αστικού Τύπου	29	34,26	0,551
	Κέντρο Υγείας Αγροτικού Τύπου	42	37,20	
	Total	71		
Εξατομικευμένη θεώρηση Individual Consideration IC.	Κέντρο Υγείας Αστικού Τύπου	29	35,05	0,744
	Κέντρο Υγείας Αγροτικού Τύπου	42	36,65	
	Total	71		
Μετασχηματιστική ηγεσία	Κέντρο Υγείας Αστικού Τύπου	29	34,95	0,721
	Κέντρο Υγείας Αγροτικού Τύπου	42	36,73	
	Total	71		

7.6.5 Μετασχηματιστική ηγεσία και φύλο

Στον πίνακα 7.29 που ακολουθεί εντοπίζεται στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο φύλο και στην υποκλίμακα της μετασχηματιστικής ηγεσίας εξιδανικευμένη επιρροή. Οι γυναίκες φαίνεται πως παρουσιάζουν συχνότερα χαρακτηριστικά εξιδανικευμένης επιρροής σε σύγκριση με τους άντρες $\text{sig} = 0,03 < 0,05$. Σε όλες τις υπόλοιπες υποκλίμακες της μετασχηματιστικής ηγεσίας δεν παρουσιάζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σύγκριση με το φύλο.

Πίνακας 7.29: Έλεγχος μέσων όρων ανάμεσα στην μετασχηματιστική ηγεσία και στο φύλο

	Φύλο	N	Αθροιστικοί μέσοι όροι	Sig
Εξιδανικευμένη επιρροή (που αποδίδεται) Idealized Influence (Attributed) II A,	Άντρας	30	29,85	0,03
	Γυναίκα	41	40,50	
	Total	71		
Εξιδανικευμένη επιρροή (στη συμπεριφορά) Idealized Influence (Behavior) II B,	Άντρας	30	35,88	0,967
	Γυναίκα	41	36,09	
	Total	71		
Εμπνευσμένη κινητοποίηση Inspirational Motivation – IM	Άντρας	30	35,75	0,930
	Γυναίκα	41	36,18	
	Total	71		
Πνευματική παρακίνηση Intellectual Stimulation – IS,	Άντρας	30	35,70	0,916
	Γυναίκα	41	36,22	

	Total	71		
Εξατομικευμένη θεώρηση Individual Consideration IC.	Άντρας	30	33,57	0,389
	Γυναίκα	41	37,78	
	Total	71		
Μετασχηματιστική ηγεσία	Άντρας	30	33,55	0,392
	Γυναίκα	41	37,79	
	Total	71		

7.6.6 Συναλλακτική ηγεσία και κατηγορία προσωπικού

Σύμφωνα με τον πίνακα 7.30 εντοπίζεται στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην κατηγορία προσωπικού και σε μία υποκλίμακα της συναλλακτικής ηγεσίας. Το ιατρικό προσωπικό απάντησε πως ασκεί συχνότερα ηγεσία ενδεχόμενης ανταμοιβής σε σύγκριση με το νοσηλευτικό προσωπικό $\text{sig} = 0,011 < 0,05$. Σε καμία άλλη υποκλίμακα της συναλλακτικής ηγεσίας δεν εντοπίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές στην κατηγορία προσωπικού.

Πίνακας 7.30: Έλεγχος μέσων όρων ανάμεσα στην συναλλακτική ηγεσία και στην κατηγορία προσωπικού

	Κατηγορία προσωπικού	N	Αθροιστικοί μέσοι όροι	Sig
Ηγεσία ενδεχόμενης ανταμοιβής - Contingent Reward Leadership (CR)	Νοσηλευτικό προσωπικό	25	27,60	0,011
	Ιατρικό προσωπικό	46	40,57	
	Total	71		
Ενεργή Διοίκηση Εξαιρέσης Management – by Exception (Active) (MBEA).	Νοσηλευτικό προσωπικό	25	33,74	0,494
	Ιατρικό προσωπικό	46	37,23	
	Total	71		
Συναλλακτική ηγεσία	Νοσηλευτικό προσωπικό	25	30,30	0,085
	Ιατρικό προσωπικό	46	39,10	
	Total	71		

7.6.7 Παθητική ηγεσία και χρόνια υπηρεσίας σε θέση ευθύνης

Σύμφωνα με τον πίνακα 7.31 οι συμμετέχοντες με χρόνια υπηρεσίας περισσότερα από 15 έτη φαίνεται πως απάντησαν ότι ασκούν συχνότερα ηγεσία αποφυγής σε σύγκριση με τους υπόλοιπους συμμετέχοντες ($\text{sig} = 0,02$).

Πίνακας 7.31: Έλεγχος μέσων όρων ανάμεσα στην παθητική ηγεσία και στα χρόνια υπηρεσίας σε θέση ευθύνης

Ranks				
	Χρόνια υπηρεσίας στη θέση ευθύνης	N	Mean Rank	Sig
Παθητική ηγεσία	0-5	28	39,02	0,073
	6-10	21	30,81	
	11-15	9	25,39	
	>15	13	45,23	
	Total	71		
Παθητική διοίκηση εξάιρεσης ΜΡΕΒ	0-5	28	39,59	0,326
	6-10	21	31,48	
	11-15	9	29,17	
	>15	13	40,31	
	Total	71		
Ηγεσία αποφυγής LF	0-5	28	39,70	0,02
	6-10	21	28,81	
	11-15	9	25,44	
	>15	13	46,96	
	Total	71		

7.7 Έλεγχος αξιοπιστίας

Η έννοια της αξιοπιστίας αφορά τη συνέπεια μέτρησης των μεταβλητών και στην παρούσα εργασία εκτιμήθηκε με βάση τον δείκτη alpha του Cronbach, ο οποίος παίρνει τιμές από 0 έως και 1. Έτσι, τιμές μικρότερες από 0,5 έχουν μη αποδεκτή αξιοπιστία, κοντά στο 0,6 έχουν αμφισβητήσιμη, στο 0,7 έχουν αποδεκτή, ενώ στο 0,8 έχουν καλή. Τέλος, τιμές κοντά στο 0,9 έχουν άριστη αξιοπιστία.

Ο δείκτης α υπολογίστηκε με τις εντολές scale \rightarrow reliability analysis για κάθε ένα παράγοντα των τύπων ηγεσίας όπως φαίνεται στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 7.32: Ο δείκτης αξιοπιστίας α για τους παράγοντες στους τύπους ηγεσίας

Στοιχεία Ηγεσίας	Ερώτηση	Δείκτης α
Μετασχηματιστική Ηγεσία Transformational Leadership		
Εξιδανικευμένη επιρροή (που αποδίδεται) Idealized Influence (Attributed) II A	10, 18, 21, 25	0,711
Εξιδανικευμένη επιρροή (στη συμπεριφορά) Idealized Influence (Behavior) II B	6, 14, 23, 34	0,750
Εμπνευσμένη κινητοποίηση Inspirational Motivation - IM	9, 13, 26, 36	0,820
Πνευματική παρακίνηση Intellectual Stimulation - IS	2, 8, 30, 32	0,789

Εξατομικευμένη θεώρηση		15, 19, 29, 31	0,794
Individual Consideration IC			
Συναλλακτική Ηγεσία Transactional Leadership			
Ηγεσία	ενδεχόμενης	1, 11, 16, 35	0,50
ανταμοιβής	Contingent		
Reward Leadership CR			
Ενεργή	Διοίκηση	4, 22, 24, 27	0,706
Εξαιρέσης Management – by Exception (Active) MBEA			
Παθητική – Ηγεσία αποφυγής Passive Laissez – Faire Leadership			
Παθητική	Διοίκηση	3, 12, 17, 20	0,66
Εξαιρέσης Management - by Exception (Passive) MBEP			
Αποφυγή Ηγεσίας Laissez		5, 7, 28, 31	0,92
– Faire Leadership LF			
Έκβαση Ηγεσίας Outcomes			
Περισσότερη/Επιπλέον		39, 42, 44	0,877
Προσπάθεια Extra Effort EE			
Αποτελεσματικότητα		37, 40, 43, 45	0,868
Effectiveness EFF			
Ικανοποίηση	από την	38, 41	0,699
Ηγεσία Satisfaction SAT			

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ-ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

8.1 Σύνοψη Συμπερασμάτων

Η εν λόγω έρευνα επιχειρεί να διερευνήσει τον τύπο ηγεσίας που απαντάται συχνότερα στους Συντονιστές Επιστημονικής Λειτουργίας, στους Αναπληρωτές τους και στους Υπεύθυνους Νοσηλευτικού προσωπικού των Κέντρων Υγείας Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας. Πρόκειται για μια πρωτότυπη έρευνα στο χώρο της Π.Φ.Υ καθώς είναι η πρώτη φορά που διερευνάται ο τύπος της ηγεσίας στην Π.Φ.Υ εστιάζοντας στο μετασχηματιστικό μοντέλο ηγεσίας. Προηγούμενες έρευνες στην Ελλάδα μελέτησαν τις έννοιες, είτε μεμονωμένα είτε συνδυαστικά, στο χώρο της Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας δηλαδή στα νοσοκομεία, καθώς και σε άλλους επαγγελματικούς κλάδους όπως στη εκπαίδευση και στην Ελληνική Αστυνομία.

Από την παραγοντική ανάλυση προέκυψε πως η ηγεσία με το υψηλότερο σκορ εμφάνισης είναι μετασχηματιστικού τύπου και αποτελεί τη μορφή ηγεσίας που απαντάται συχνότερα στις δομές της Π.Φ.Υ. Ωστόσο, θα πρέπει να σημειωθεί ότι η υπερίσχυση αυτή είναι οριακή αφού η μετασχηματιστική ηγεσία λαμβάνει συνολικό μέσο όρο 3,17 έναντι του 3,06 συνολικού μέσου όρου της συναλλακτικής ηγεσίας. Στο τέλος ακολουθεί η ηγεσία αποφυγής με συνολικό μέσο όρο 0,8. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία το συγκεκριμένο εύρημα δε συνάδει με τη θεωρία του Burns (1978) ο οποίος χαρακτήρισε τη συναλλακτική και τη μετασχηματιστική ηγεσία ως δύο έννοιες διαφορετικές μεταξύ τους. Αντίθετα φαίνεται να επιβεβαιώνεται από τη θεωρία του Bass (1998) σύμφωνα με την οποία η μετασχηματιστική ηγεσία έχει τις βάσεις της στη συναλλακτική γεγονός που οδηγεί στη συνύπαρξη και αλληλοσυμπλήρωση των δύο αυτών μοντέλων.

Ωστόσο, η οριακή επικράτηση του μετασχηματιστικού στυλ ηγεσίας στις μονάδες υγείας επιβεβαιώνεται από πλήθος ερευνών, οι οποίες όμως πραγματοποιήθηκαν σε νοσοκομειακά περιβάλλοντα και αφορούσαν κυρίως το νοσηλευτικό προσωπικό. Σύμφωνα με τους Carney (2006) και Sullivan & Garland (2010) η εφαρμογή της μετασχηματιστικής ηγεσίας στις υγειονομικές μονάδες εκφράζει ένα σύγχρονο ηγετικό υπόδειγμα για τους εργαζόμενους η εφαρμογή του οποίου επιφέρει σημαντικά οφέλη στο σύνολο του οργανισμού. Σε αντίστοιχες διαπιστώσεις έχουν καταλήξει και έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στον Ελλαδικό χώρο όπως αυτές των Konstantinou & Prezerakos (2018) και Νεραντζή κ.ά. (2018) σύμφωνα με τις οποίες οι προϊστάμενοι σε νοσηλευτικές μονάδες ακολουθούν κατά κύριο λόγο το μετασχηματιστικό τρόπο με ελάχιστη διαφορά από το συναλλακτικό μοντέλο ηγεσίας.

Πιο αναλυτικά, η έρευνα έδειξε ότι οι συμμετέχοντες αντιλαμβάνονται τις πρακτικές πνευματικής παρακίνησης και εξιδανικευμένης επιρροής (που αποδίδεται) ως τους πιο σημαντικούς από τους επιμέρους παράγοντες της μετασχηματιστικής ηγεσίας, ενώ ακολουθούν κατά σειρά η εξατομικευμένη θεώρηση, η εμπνευσμένη κινητοποίηση και η εξιδανικευμένη επιρροή (στη συμπεριφορά) με μικρές αποκλίσεις στο σύνολό τους. Μέσω του αποτελέσματος αυτού επιβεβαιώνεται η πολυδιάστατη φύση του μετασχηματιστικού τύπου ηγεσίας (Marshall & Broome, 2017). Η ανάδειξη της διάστασης της πνευματικής παρακίνησης ως την συχνότερη σε εμφάνιση στους συμμετέχοντες, υποδηλώνει την υιοθέτηση από αυτούς καινοτόμων ιδεών και συμπεριφορών που ενθαρρύνουν τους υφισταμένους τους να είναι δημιουργικοί και να εμπλέκονται περισσότερο στην ανάπτυξη του οργανισμού. Ωστόσο, οι κατέχοντες θέση ευθύνης στα Κέντρα Υγείας στερούνται ικανής αυτονομίας για την εκδήλωση τέτοιων συμπεριφορών καθώς το σύνολο των αποφάσεων για τον τρόπο λειτουργίας των δομών λαμβάνεται σε ανώτερο επίπεδο

ιεραρχικά, είτε από την ΥΠΕ είτε στο Υπουργείο. Η παρατηρούμενη ανακολουθία μπορεί να ερμηνευτεί από το γεγονός ότι οι συμμετέχοντες εκφράζουν το επιθυμητό, από τους ίδιους, μοντέλο ηγεσίας και όχι απαραίτητα αυτό που στην πραγματικότητα υιοθετούν και εφαρμόζουν. Η εμπειρία, πάντως, δείχνει ότι πολλοί Συντονιστές Επιστημονικής Λειτουργίας αναλαμβάνουν σημαντικές πρωτοβουλίες, μέσα σε αυτό το δυσχερές περιβάλλον, επιβεβαιώνοντας την σπουδαιότητα των ατομικών χαρακτηριστικών του ηγέτη στην άσκηση της μετασχηματιστικής ηγεσίας.

Τα αποτελέσματα από την καταγραφή της έκβασης της ηγεσίας δείχνουν ότι οι συμμετέχοντες στην έρευνα ,δηλώνουν πως αρκετά συχνά παρακινούν τους υφισταμένους τους για επιπλέον προσπάθεια στο έργο τους και εκδηλώνουν το ίδιο συχνά πρακτικές που σχετίζονται με την ικανοποίηση τους. Επιπλέον, από τη συνολική αξιολόγηση της έκβασης της ηγεσίας προκύπτει ότι η ισχυρότερη σχέση εμφανίζεται ανάμεσα στο μετασχηματιστικό μοντέλο και στα αποτελέσματα της ηγεσίας με r που ανήλθε σε 0,88, υποδηλώνοντας πως όσο αυξάνεται η μετασχηματιστική ηγεσία τόσο αυξάνονται και τα αποτελέσματα. Ακολουθεί η συναλλακτική ηγεσία με μέτρια συσχέτιση, ενώ αρνητική συσχέτιση εντοπίζεται μεταξύ του παθητικού μοντέλου ηγεσίας και της έκβασης ηγεσίας με $r = - 0,671$. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνει την οριακή υπεροχή του μετασχηματιστικού μοντέλου στο δείγμα της έρευνας μας.

Από την ανάλυση των δημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων δεν προκύπτει ότι, οι μεταβλητές αυτές αποτελούν παράγοντες ικανούς να επηρεάσουν τις απόψεις τους περί υιοθέτησης συγκεκριμένου τύπου ηγεσίας στις δομές της Π.Φ.Υ, συμπέρασμα που επιβεβαιώνει την ύπαρξη μιας σχετικής ομοιομορφίας στις αντιλήψεις τους. Ωστόσο δεν εντοπίστηκαν προηγούμενες έρευνες που να επιβεβαιώνουν ή να αμφισβητούν το αποτέλεσμα αυτό στο σύνολο των δημογραφικών μεταβλητών. Στις

περισσότερες περιπτώσεις μεμονωμένα δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως το φύλο και το εκπαιδευτικό επίπεδο, βρέθηκαν να συσχετίζονται σημαντικά με τα υπό εξέταση μοντέλα ηγεσίας τόσο στο χώρο των υπηρεσιών υγείας όσο και στο χώρο της εκπαίδευσης (Νεραντζή κ.ά., 2018. Kearney, 2008).

Στην παρούσα έρευνα, μια διάσταση της μετασχηματιστικής ηγεσίας που απαντάται σε ικανοποιητικό βαθμό είναι αυτή της εξιδανικευμένης επιρροής. Από τα αποτελέσματα της ανάλυσης διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν υψηλότερο επίπεδο εξιδανικευμένης επιρροής σε σύγκριση με τους άντρες συμμετέχοντες αποτέλεσμα που συνάδει και με άλλες έρευνες (Bass & Avolio, 1994. Carless, 1998. Eagly et al., 2003). Η εξιδανικευμένη επιρροή συνδέεται με την προαγωγή ενός κοινού σκοπού και με ζητήματα ηθικής και αξιών και απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση για τις αιτίες που μπορεί να εκδηλώνεται αυτός ο τύπος ηγεσίας από τις γυναίκες αλλά και για την σημασία που μπορεί να έχει στις δομές υγείας και ειδικότερα τα Κέντρα Υγείας

Στην ερευνητική υπόθεση αν οι νεότεροι σε ηλικία συμμετέχοντες υιοθετούν περισσότερο μετασχηματιστικές πρακτικές προέκυψε ότι δεν εντοπίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα ηλικιακά γκρουπ των συμμετεχόντων και στην άσκηση μετασχηματιστικής ηγεσίας. Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγουμε για τη συχνότητα εμφάνισης του μετασχηματιστικού τύπου ηγεσίας στους Διευθυντές Κέντρων Υγείας Αστικού Τύπου καθώς και στην περίπτωση αυτή δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δομές υγείας των συμμετεχόντων και στην άσκηση μετασχηματιστικής ηγεσίας.

Στη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της συναλλακτικής ηγεσίας και της κατηγορίας προσωπικού παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του ιατρικού προσωπικού και μιας υποκλίμακας της συναλλακτικής ηγεσίας, της ενδεχόμενης

ανταμοιβής. Εικάζεται επομένως ότι το ιατρικό προσωπικό συμφωνεί πως ασκεί συχνότερα ηγεσία ενδεχόμενης ανταμοιβής σε σύγκριση με το νοσηλευτικό προσωπικό. Η απουσία αντίστοιχων ερευνών στον ελλαδικό χώρο αναφορικά με τον τύπο ηγεσίας που ακολουθεί το απασχολούμενο ιατρικό προσωπικό σε δομές του Ε.Σ.Υ δυσκολεύει την ερμηνεία του συγκεκριμένου συμπεράσματος. Με αφορμή τα αποτελέσματα αυτά, θα πρέπει να υπογραμμιστεί ότι ο ηγετικός ρόλος των ιατρών στον χώρο εργασίας προκύπτει, συνηθέστερα, λόγω θέσης και ιεραρχίας και όχι εξαιτίας προσωπικών χαρακτηριστικών. Οι ιατροί ορίζονται στην θέση του ΣΕΛ με αποφάσεις της διοίκησης, δίχως την τήρηση κάποιας αξιολόγησης ή άλλου τύπου διαδικασίας αναγνώρισης προσόντων. Ως εκ τούτου, ο/η κατέχων/ουσα την θέση ΣΕΛ καλείται να διαχειριστεί την καθημερινότητα των ζητημάτων που ανακύπτουν σε μια δομή υγείας, με οδηγό την προσωπική εμπειρία και πιθανώς την ανασφάλεια που φέρνει μαζί η θέση ευθύνης. Επιπλέον ανασχές προς την ανάληψη ηγετικών πρωτοβουλιών φαίνεται να αποτελούν η διαχείριση γραφειοκρατικών διαδικασιών, η έλλειψη πόρων αλλά και οι απαιτήσεις της άσκησης κλινικού έργου παράλληλα με το διοικητικό (Spehar et al 2017, Mostahari et al., 2014).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η διαπίστωση πως η προϋπηρεσία σε θέση ευθύνης εμφανίζει σημαντική συσχέτιση με την παθητική ηγεσία. Πιο συγκεκριμένα, συμμετέχοντες με προϋπηρεσία σε θέση ευθύνης για περισσότερο από 15 έτη, φαίνεται ότι ακολουθούν συχνότερα ηγεσία αποφυγής σε σύγκριση με τους υπόλοιπους συμμετέχοντες. Μια πιθανή ερμηνεία για το συγκεκριμένο εύρημα μπορεί να είναι ότι στελέχη τα οποία παραμένουν στην θέση ΣΕΛ για πολλά έτη ίσως να αποφεύγουν την ανάληψη πρωτοβουλιών καθώς έχουν ήδη δημιουργήσει ένα δίκτυο σχέσεων με τους εργαζόμενους στην δομή και δεν επιθυμούν την διατάραξη του εργασιακού κλίματος.

Τα ευρήματα της έρευνας φαίνεται να αποτυπώνουν την κατάσταση στις δομές ΠΦΥ της 5ης ΥΠΕ, όπως αυτή είναι αντιληπτή από την ερευνήτρια τόσο από την θέση της στην διοίκηση της υπηρεσίας όσο και από την προϋπηρεσία της σε Κέντρο Υγείας της περιοχής. Η ομοιογένεια των απαντήσεων που έδωσαν οι συμμετέχοντες/ουσες αναδεικνύει, πιθανώς, τις τάσεις και τις απόψεις τους σχετικά με τα θέματα ηγεσίας, λαμβάνοντας όμως υπόψη τους περιορισμούς που περιγράφονται στην συνέχεια, απαιτείται προσοχή τόσο στην ερμηνεία όσο και στην γενίκευση των συμπερασμάτων.

8.2 Περιορισμοί της έρευνας

Η παρούσα μελέτη αποσκοπούσε στην ανίχνευση των ηγετικών τρόπων που υιοθετούν τα υγειονομικά στελέχη στα Κέντρα Υγείας της 5^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας η οποία εμφανίζει έως τώρα βιβλιογραφικό κενό.

Οι βασικοί περιορισμοί που προέκυψαν από την έρευνα αυτή έχουν ως εξής:

Τα συμπεράσματα που εξήχθησαν αναφορικά με τον επικρατέστερο τύπο ηγεσίας και την έκβαση αυτής, προήλθαν από τους κατέχοντες θέση ευθύνης και άρα αντανακλούν προσωπικές απόψεις και πεποιθήσεις οι οποίες μπορεί να αποκλίνουν στην εφαρμογή τους. Η επιβεβαίωση της αξιοπιστίας των συμπερασμάτων αυτών προϋποθέτει και την καταγραφή των απόψεων από τους υφισταμένους στις αντίστοιχες δομές.

Το γεγονός ότι η ερευνήτρια απασχολείται στην Κεντρική Υπηρεσία μπορεί να επηρέασε τις απαντήσεις των συμμετεχόντων, οι οποίοι ίσως εκτίμησαν ότι τα ευρήματα της έρευνας να σχετίζονται με την αξιολόγησή τους ή με ενδεχόμενη ενίσχυση της θέσης τους στον οργανισμό. Επιπλέον είναι πιθανό να δόθηκαν απαντήσεις οι οποίες θεωρήθηκαν

πλησιέστερες στις απόψεις και τους σχεδιασμούς της διοίκησης και λιγότερο στις προσωπικές τους εκτιμήσεις.

Ένας ακόμη περιορισμός σχετίζεται με την επιλογή του εργαλείου συλλογής δεδομένων, το ηλεκτρονικό ανώνυμο ερωτηματολόγιο. Αν και προσφέρει μια σειρά πλεονεκτημάτων, όπως το χαμηλό κόστος και την διάθεσή του σε διάσπαρτες γεωγραφικές περιοχές, εμφανίζει εντούτοις ορισμένες δυσκολίες οι οποίες αφορούν την πιθανή απουσία εξοικείωσης των συμμετεχόντων με την χρήση της αντίστοιχης τεχνολογίας όπως και με το γεγονός ότι δεν υπάρχει δυνατότητα αναδιατύπωσης ή διασαφήνισης του περιεχομένου των ερωτήσεων, στην περίπτωση αποριών.

Τέλος και παρά τη διαβεβαίωση της ερευνήτριας ότι επρόκειτο για ανώνυμο ερωτηματολόγιο με καθαρά ερευνητικούς σκοπούς υπήρξε ικανό ποσοστό που δεν συμπληρώθηκε. Ως πιθανές αιτίες για αυτό, θα μπορούσαν να αναφερθούν:

- η έλλειψη χρόνου λόγω επαγγελματικών υποχρεώσεων και φόρτου εργασίας,
- η απουσία κατανόησης για τον σκοπό και τους στόχους της έρευνας,
- η απουσία ενδιαφέροντος για το αντικείμενο της έρευνας,
- η καχυποψία για τους στόχους της έρευνας καθώς, όπως αναφέρθηκε, η ερευνήτρια απασχολείται στην Κεντρική Υπηρεσία και
- ο φόβος της δημογραφικής σκιαγράφησης

8.3 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Για την περαιτέρω αξιοποίηση της παρούσας έρευνας προτείνεται να διερευνηθούν οι απόψεις σε μεγαλύτερο δείγμα και σε άλλες ΥΠΕ με σκοπό τόσο τη σύγκριση των αποτελεσμάτων όσο και την εξασφάλιση ικανής γενίκευσης αυτών.

Ιδιαίτερο επίσης ενδιαφέρον θα είχε η διεξαγωγή μιας μελλοντικής μελέτης αποκλειστικά στο ιατρικό προσωπικό, μιας και ελάχιστα είναι τα ερευνητικά δεδομένα του κλάδου αυτού στον ελλαδικό χώρο.

Επιπρόσθετα, επειδή η εξεταζόμενη έρευνα είχε ως δείγμα της ιατρούς και νοσηλευτές που κατέχουν θέση ευθύνης, θα ήταν χρήσιμο στο μέλλον να διερευνηθεί και η άποψη των υφισταμένων τους, επαγγελματιών υγείας και του υπόλοιπου προσωπικού, αναφορικά με την προσλαμβανόμενη ηγετική συμπεριφορά των προϊσταμένων τους.

Παράλληλα, προτείνεται η διερεύνηση του θέματος με διαφορετική ερευνητική μεθοδολογία: πιο σαφή και πλούσια συμπεράσματα ίσως να προέκυπταν με ένα συνδυασμό ποιοτικών και ποσοτικών μεθόδων, καθώς με αυτό τον τρόπο θα δινόταν η ευκαιρία να προσεγγιστούν οι αντιλήψεις και οι απόψεις των συμμετεχόντων τόσο για την έννοια της ηγεσίας στον χώρο της υγείας όσο και για τον τρόπο που αυτή πραγματώνεται στις υπηρεσίες υγείας.

Μια τελευταία πρόταση, εξίσου σημαντική με τις προηγούμενες, θεωρούμε πως είναι η εξασφάλιση συστηματικής και οργανωμένης εκπαίδευσης όσων εμπλέκονται σε θέσεις ευθύνης γύρω από ζητήματα ηγετικών πρακτικών και διοικητικής διαχείρισης. Μια τέτοια πρωτοβουλία, σε συνδυασμό με την θεσμοθέτηση διαδικασιών επιλογής και αξιολόγησης των ατόμων που λαμβάνουν θέσεις ευθύνης, θα αποτελούσε σημαντική επένδυση στο ανθρώπινο δυναμικό και παράλληλα θα διευκόλυνε τόσο την υπηρεσία όσο και τους υπεύθυνους να αξιοποιήσουν σε μέγιστο βαθμό τα προσόντα, τις ιδέες και τις ικανότητές τους για την ορθή, αποδοτική και δημιουργική λειτουργία των υπηρεσιών υγείας.

Βιβλιογραφία

Ελληνική

Αδαμακίδου, Θ., Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ 2008, 47(3):320–333

Αδαμακίδου, Θ., (2015). Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ομάδα υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Στο Καλοκαιρινού, Α., Αδαμακίδου, Θ., Βελονάκη, Β., Βιβιλάκη, Β., Καπρέλη, Ε., Κριεμπάρδης, Α., Λάγιου, Α., Λιονής, Χ., Μαρκάκη, Ά., Μποδοσάκης, Π., Παπαδακάκη, Μ., Σακελλάρη, Ε. Εφαρμογές καλών πρακτικών ομάδας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. [ηλεκτρ. βιβλ.] Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. Κεφ. 7 . Διαθέσιμο στο: <http://hdl.handle.net/11419/3301>
Ανάκτηση 10-10-2019

Γιανασμίδης, Α., Τσιαούση, Μ., Διαχρονική μελέτη του θεσμικού πλαισίου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα (1980–2008) και η εμπειρία του βρετανικού και του σουηδικού μοντέλου, ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2012, 29(1):106-115

Κυριόπουλος, Γ., και Φιλαλήθης, Τ., (1996), Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα. Αθήνα: Θεμέλιο & Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας.

Κυριόπουλος Γ., Λιονής Χ., Δημολιάτης Γ., Μερκούρης Μ.Π., Οικονόμου Χ., Τσάκος Γ., Φιλαλήθης Α. και ομάδα εργασίας, "Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ως Θεμέλιο της Υγειονομικής Μεταρρύθμισης". Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας 2000; 12 (4);169-188

Λιαρόπουλος, Λ., Καϊτελίδου, Δ., Σίσκου, Ο., (2006), Ο τομέας υγείας στην Ελλάδα την τελευταία εικοσαετία, Εκδόσεις Πανεπιστήμιο Μακεδονίας Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών

Λιονής, Χ., και Μποδοσάκης, Π., (2015). Ο ρόλος του γενικού/ οικογενειακού γιατρού στην ομάδα υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Στο Καλοκαιρινού, Α., Αδαμακίδου, Θ., Βελονάκη, Β., Βιβιλάκη, Β., Καπρέλη, Ε., Κριεμπάρδης, Α., Λάγιου, Α., Λιονής, Χ., Μαρκάκη, Ά., Μποδοσάκης, Π., Παπαδακάκη, Μ., Σακελλάρη, Ε. Εφαρμογές καλών πρακτικών ομάδας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. [ηλεκτρ. βιβλ.] Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. Κεφ.5. Διαθέσιμο στο: <http://hdl.handle.net/11419/3301> (Ανάκτηση 10-10-2019)

Μπατζιάς Φ., Μπλέσιος Ν., Ναζάκης Χ., Τερζίδης Κ., Κατσαλής Α., Μιχαλόπουλος Ν (2008), Τόμος Α΄, Βασικές Αρχές Οργάνωσης και Διοίκησης, Πάτρα: ΕΑΠ.

Μπένος, Α., (1996). Ο γενικός γιατρός ηγέτης της ομάδας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ή διαχειριστής υπηρεσιών και πόρων. Στο Κυριόπουλος, Γ., και Φιλαλήθης, Τ., Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα. Αθήνα: Θεμέλιο & Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας. σελ. 297-217

Μπουραντάς Δ. (2005). Ηγεσία: ο δρόμος της διαρκούς επιτυχίας. Εκδόσεις Κριτική.

Οικονόμου, Χ., (2012), Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενοείας στην Ελλάδα: Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, Αθήνα Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων.

Παρασκευόπουλος, Ι. (1993). Μεθοδολογία Επιστημονικής Έρευνας. Τόμος 2 Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Πρεβύζη, Ε., Κόλλια, Θ., (2012) Ηγεσία και παρακίνηση: Σημαντικές έννοιες στην νοσηλευτική, Το Βήμα του Ασκληπιού,11(1)

Τσιώλης, Γ. (2011). Η σχέση ποιοτικής και ποσοτικής έρευνας στις κοινωνικές επιστήμες: Από την πολεμική των «παραδειγμάτων» στις συνθετικές προσεγγίσεις; Στο Μ. Δαφέρμος, Μ. Σαματάς, Μ. Κουκουριτάκης, & Σ. Χιωτάκης (επιμ.), Οι κοινωνικές επιστήμες στον 21ο αιώνα. Επίμαχα θέματα και προκλήσεις. Αθήνα: Πεδίο.

Χαλκιάς, Μ., Λάκου, Π., & Μανωλέσου, Α., (2015). Μεθοδολογία έρευνας και εισαγωγή στη Στατιστική Ανάλυση Δεδομένων με το IBM SPSS STATISTICS. Αθήνα ΣΕΑΒ

Νόμος 1397/1983 , Περί Εθνικού Συστήματος Υγείας

Νόμος 3235/2004, Τεύχος Α'. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Νόμος 4238/2014 Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις.

Νόμος 4486/2017, Τεύχος Α'. Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις.

Ξένη

Al-Sawai, A. (2013), “Leadership of healthcare professionals: where do we stand?” Oman Medical Journal, 28 (4), pp. 285-287

Appelbaum, H.S., Degbe, M. MacDonald, O., Quang, T. (2015). Organizational outcomes of leadership style and resistance to change. Industrial and Commercial Training, 47 (2), pp. 73-80.

Armandi, B., Oppedisano, J., & Sherman, H., (2003). Leadership theory and practice: a case in point. Management Decision, 41(10), pp. 1076-1088.

Ammit, K., Popper, M., Gal, R., Mamane-Levy T., & Lisan, A. (2009). Leadership-shaping experiences: a comparative study of leaders and non-leaders. *Leadership & Organization Development Journal*, 30 (4) pp. 302-318.

Asiabar, A.S. & Ardestani, A.S. (2018), “Factors affecting the leadership effectiveness of hospital managers: a systematized review”, *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 32 (6).

Avolio, B. J., & Bass, B. M. (2004). *Multifactor Leadership Questionnaire. Manual and Sampler Set* (3rd ed.). Redwood City, CA: Mindgarden.

Bartram, T., & Casimir, G., (2007). The relationship between leadership and follower in-role performance and satisfaction with the leader. The mediating effects of empowerment and trust in the leader. *Leadership and Organizations Development Journal*, 28 (1) pp. 4-19.

Bass, B.M. & Avolio, B.J. (1994), Introduction, Στο Bass, B.M. & Avolio, B.J. *Improving Organizational Effectiveness through Transformational Leadership*, Sage Publications, Thousand Oaks, CA.

Bass, B.M. (1990), From transactional to transformational leadership: learning to share the vision. *Organizational Dynamics*, 18 (3), pp. 19-31.

Belrhiti, Z., Giralt, A. and Marchal, B (2018) 'Complex Leadership Healthcare: A Scoping Review', *International Journal of Health Policy and Management*, 7 (12), pp.1073–1084

Bolman, L.G. & Deal, T.E. (2003), “Reframing leadership”, in Gallos, J.V. (Ed.), *Business Leadership*, Jossey-Bass, San Francisco.

Bush, T., & Glover, D. (2014). School leadership models: what do we know? *School Leadership & Management*, 34 (5), pp. 553-571.

Block, L., (2003). The leadership – culture connection: an exploratory investigation. *Leadership & Organization Development Journal*, 24 (6), pp. 318-334.

Casida, J. and Pinto-Zipp, G. (2008), “Leadership-organizational culture relationship in nursing units of acute care hospitals”, *Nursing Economic*, 26 (1), pp. 7-15.

Dinh, J.E., Lord, R.G., Gardner, W.L., Meuser, J.D., Liden, R.C. & Hu, J., (2014). Leadership theory and research in the new millennium: current theoretical trends and changing perspectives, *The Leadership Quarterly*, 25 (1), pp. 36-62.

Economou, C. (2010). Greece: health system review. World Health Organization. Regional Office for Europe. *Health Systems in Transition*, 12, (7) p.177. Διαθέσιμο στο: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330329> (Ανάκτηση 05-10-2019)

Economou C, Kaitelidou D, Karanikolos M, Maresso A. Greece: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2017; 19(5):1–192.

Elkington, R., Pearse, N.J., Moss, J., Vander Steege, M. & Martin, S. (2017). “Global leaders’ perceptions of elements required for effective leadership development in the twenty-first century”, *Leadership and Organization Development Journal*, 38 (8), pp. 1038-1056.

Figuroa, C.A., Harrison, R., Chauhan, A. and Meyer, L. (2019). “Priorities and challenges for health leadership and workforce management globally: a rapid review”, *BMC Health Services Research*, 19 (1), 239.

Giordano, R., (2011), *The leadership challenge for general practice in England*. London, The King's Fund

Goleman, D.B. (2002), R & Mickee, A. *Primal Leadership*, Business School Press, Boston, Harvard.

Groenewegen, P., Jurgutis, A., *A future for primary care for the Greek population* *Quality in Primary Care* 2013;21:369–78

Hardacre, J., Cragg, R., Shapiro, J., Spurgeon, P., Flanagan, H. (2011), *What's leadership got to do with it ?*, London, The Health Foundation

Hartley, J., and Martin, J., (2008). *Leadership in healthcare. A review of the literature for health care professionals, managers and researchers*. Coventry : Institute of Governance and Public Management University of Warwick.

Hutchison, B., Levesque, j., Strumpf, E., Natalie, C., *Primary Health Care in Canada: Systems in Motion*, *Milbank Q.* 2011, 89(2), pp. 256–288.

Jansen, J.J.P., Vera, D. & Crossan, M. (2009). *Strategic leadership for exploration and exploitation: the moderating role of environmental dynamism*. *The Leadership Quarterly*, 20 (1), pp.5-18.

Khalid, R., Madeeha, M. H., & Amna, N. (2011). *Leadership and Innovation in a School Culture: How can a leader bring about innovation in the School culture?* *Journal of Elementary Education* , 21 (1), pp.67-75.

Lee, J., (2008). *Effects of leadership and leader-member exchange on innovativeness*. *Journal of Managerial Psychology*, 23(6), pp. 670-687

Marcos, C., (2004) The ORIGINS of Primary Health Care and SELECTIVE Primary Health Care, *American Journal Public Health* 94(11), pp. 1864–1874

McKenna, H., Keeney, S., Brandley, M., (2004), Nurse leadership within primary care: the perceptions of community nurses, GPs, policy makers and members of the public, *Journal of Nursing Management*, 12, pp .69–76

Mostashari, M., Sanghavi, D., McClellan, M., Health Reform and Physician-Led Accountable Care The Paradox of Primary Care Physician Leadership *JAMA* 2014 , 311 (18)

Moradi, G., Piroozi, B., Safari, H., Nasab, N.E., Bolbanabad, A.M. & Yari, A. (2017), “Assessment of the efficiency of hospitals before and after the implementation of health sector evolution plan in Iran based on Pabon Lasso model”, *Iranian Journal of Public Health*, Vol. 46 No. 3, p. 389.

NHS Leadership Academy (2019), Developing outstanding leadership in primary care, Διαθέσιμο στο <https://www.leadershipacademy.nhs.uk/> Ανάκτηση 01-12-2019

Ng'ethe, J.M., Namusonge, G. & Iravo, M.A. (2012), “Influence of leadership style on academic staff retention in public universities in Kenya”, *International Journal of Business and Social Science*, 3 (21).

Podsakoff, P.M., MacKenzie, S.B., Moorman R. H., & Fetter, P., (1990). Transformational leader behaviors and their effects on followers' trust in leader, satisfaction and organizational citizenship behaviors. *Leadership Quarterly*, 1(2), pp. 107-142.

Raven, B.H. (2008). The bases of power and the power/interaction model of interpersonal influence. *Analyses of Social Issues and Public Policy*, 8 (1), pp. 1-22.

Reyes, D.J., Bekemeier, B. and Issel, L.M. (2014). "Challenges faced by public health nursing leaders in hyperturbulent times", *Public Health Nursing*, 31 (4), pp. 344-353.

Rifkin, S., (2018). *Health for All and Primary Health Care, 1978–2018: A Historical Perspective on Policies and Programs Over 40 Years*. Oxford Research Encyclopedia, Global Public Health

Sarabi Asiabar, A., Kafaei M., Arabloo, J., & Safari, H., (2019). "Leadership effectiveness of hospital managers in Iran: a qualitative study", *Leadership in Health Service*. 33 (1), pp. 43-55.

Southworth, G. (1993). *School Leadership and School Development: reflections from research*. *School Organization* , 13 (1), pp.73-87.

Spehara, I., Sjøvika, H., Karevolda, K., Rosvold E., Frich, F., General practitioners' views on leadership roles and challenges in primary health care: a qualitative study, *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2017. Διαθέσιμο στο: https://www.researchgate.net/publication/314175071_General_practitioners_views_on_leadership_roles_and_challenges_in_primary_health_care_a_qualitative_study (Ανάκτηση 15-09-2019)

Stewart, J., (2006). Transformational leadership: An evolving Concept Examined through the works of Burns, Bass, Avolio and Leithwood. *Canadian Journal of Educational Administration and Policy*, 1 (54), pp. 1-29.

Stone A.G., Russell, F.R., & Patterson, K., (2004). Transformational versus servant leadership: a difference in leader focus. *Leadership & organizational development Journal*, 25 (4) pp.349-361.

Storey, J. & Holti, R. (2013), “Towards a new model of leadership for the NHS”.

Summerill, C., Pollard, S.J.T. & Smith, J.A. (2010). “The role of organizational culture and leadership in water safety plan implementation for improved risk management”, *Science of the Total Environment*, Vol. 408 No. 20, pp. 4319-4327.

Sfantou, D., Laliotis, A., Patelarou, A., Sifaki-Postola, D., Matalliotakis, M., Patelarou, E., Importance of Leadership Style towards Quality of Care Measures in Healthcare Settings: A Systematic Review, *Healthcare* 2017, 5, 73

Swanwick, T., & Varnam, R., Leadership development and primary care, *BMJ Leader* 2019. Διαθέσιμο στο: <https://bmjleader.bmj.com/content/3/2/59.full> (Ανάκτηση 18-09-2019)

Thomas-MacLean R, Tarlier D, Fortin M, Ackroyd-Stolarz S., Stewart M. (2004).“No Cookie-Cutter Response” Conceptualizing Primary Health Care. *TUTOR-PHC 2003/2004 Concept Paper*.

Turner, P. (2019). *A Model for Health Sector Leadership, Leadership in Healthcare*, Springer, pp. 109-142.

Walumbwa, F., Avolio, J.B., Gardner L.W., Peterson, S., (2008). Authentic Leadership: Development and Validation of a Theory-Based Measure. *Journal of Management*, 34 (1), pp. 89-126.

Weberg, D. (2012). “Complexity leadership: a healthcare imperative”, *Nursing Forum*, 47 (4), pp. 268-277.

Wongprasit, N. (2014). “The leadership competencies model of private hospital directors in Thailand”, *Human Resources Development Journal*, 4 (1), pp. 72-85.

Walsh, J., & Warren, K., (1979), *Selective Primary Health Care — An Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries*, *New England Journal of Medicine* 301:967– 974

Welton W. E., Kantner T. A., Katz S. M. *Milbank Quarterly*, (1997). Developing tomorrow’s integrated community health systems: A leadership challenge for public health and primary care, 75, pp.261–288.

West, M., Armit, K., Loewenthal, L., Eckert, R., West, T., Lee, A (2015), *Leadership and Leadership Development in Healthcare: The Evidence Base*. London, Faculty of Medical Leadership and Management

Wong, C. and Cummings, G (2009), The influence of authentic leadership behaviors on trust and work outcomes of health care staff, *Journal of leadership studies* 3(2)

World Health Organization (1978). *Primary health care*, Geneva: World Health Organization

World Health Organization (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Διαθέσιμο στο <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> (Ανάκτηση στις 16-09-2019)

World Health Organization (2000). *The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance*, Geneva: World Health Organization

World Health Organization, Commission on Macroeconomics and Health (2001) Investing in health for economic development, Geneva: World Health Organization

World Health Organization (2007). Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action, Geneva: World Health Organization

World Health Organization (2008). Primary health care: now more than ever, Geneva: World Health Organization

World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health (2008) Final report: closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health, Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2009). Systems thinking for health systems strengthening, Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2011). Health Systems Strengthening Glossary , Geneva: World Health Organization.

Xu, F., & Wang, X., (2018). Transactional leadership and dynamic capabilities: the mediating effect of regulatory focus. *Management Decision*. doi:10.1108/MD-11-2017-1151

Yukl, G.A. (1989). *Leadership in Organizations*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ- ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Διαδικτυακή ανίχνευση του τύπου ηγεσίας στις δομές Π.Φ.Υ. της 5ης Υ.Πε

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ " ΜΒΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ"
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

* **Απαιτείται**

Αξιότιμε κύριε/κυρία. Το παρόν ερωτηματολόγιο χορηγείται στα πλαίσια εκπόνησης της μεταπτυχιακής μου εργασίας με θέμα "Διερεύνηση του τύπου ηγεσίας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας" και συγκεκριμένα στις δομές της 5ης Υγειονομικής Περιφέρειας. Το ερωτηματολόγιο αυτό απευθύνεται αποκλειστικά στους Συντονιστές Επιστημονικής Λειτουργίας, τους Αναπληρωτές αυτών καθώς και στους/στις Υπεύθυνους/ες του Νοσηλευτικού προσωπικού των Κέντρων Υγείας Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας. Οι δοθείσες απαντήσεις είναι απολύτως εμπιστευτικές και οι πληροφορίες που θα προκύψουν θα χρησιμοποιηθούν για καθαρά ερευνητικούς σκοπούς. Η συμπλήρωσή του ερωτηματολογίου δε ξεπερνά τα 10 λεπτά. Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη συμμετοχή σας και παρακαλώ να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις.

Διαδικτυακή ανίχνευση του τύπου ηγεσίας στις δομές Π.Φ.Υ. της 5ης Υ.Πε

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ * ΜΒΑ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ* ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ

1. Φύλλο *

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

ΑΝΔΡΑΣ

ΓΥΝΑΙΚΑ

2. Σε ποια ηλικιακή κατηγορία ανήκετε; *

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- 25 - 35
 36 - 45
 46 - 55
 > 56

3. Ποιο είναι το ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης σας; *

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- ΚΑΤΟΧΟΣ ΠΤΥΧΙΟΥ ΤΕΙ
 ΚΑΤΟΧΟΣ ΠΤΥΧΙΟΥ ΑΕΙ
 ΚΑΤΟΧΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΥ ΔΙΠΛΩΜΑΤΟΣ
 ΚΑΤΟΧΟΣ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟΥ ΔΙΠΛΩΜΑΤΟΣ

4. Σε ποια κατηγορία προσωπικού ανήκετε; *

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ
 ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

5. Σε ποια από τις παρακάτω δομές εργάζεσθε; *

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΣΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ
 ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΓΡΟΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ

6. Σε ποιο από τα παρακάτω γεωγραφικά διαμερίσματα βρίσκεται η δομή στην οποία εργάζεσθε; *

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- ΘΕΣΣΑΛΙΑ
 ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ

7. Πόσα χρόνια κατέχετε θέση ευθύνης; *

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- 0 - 5
 6 - 10
 11 - 15
 > 15

Διαδικτυακή ανίχνευση του
τύπου ηγεσίας στην ΠΦΥ της
5ης Υ.ΠΕ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ * ΜΒΑ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ* ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΗΓΕΣΙΑ

Στις ακόλουθες σελίδες καταγράφονται 45 περιγραφικές δηλώσεις.

Κρίνετε εσείς πόσο συχνά κάθε μία δήλωση σας χαρακτηρίζει.

Χρησιμοποιήστε την ακόλουθη κλίμακα αξιολόγησης και επιλέξτε από 0 - 4 με:

0 = Καθόλου 1 = Σπάνια 2 = Μερικές φορές 3 = Αρκετά συχνά 4 =
Σχεδόν πάντα

8. Παρέχω βοήθεια στους άλλους σε αντάλλαγμα για τις προσπάθειες τους.

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

0 1 2 3 4

Καθόλου Σχεδόν πάντα

9. Επανεξετάζω κρίσιμα στοιχεία που θεωρούνται δεδομένα και διερευνώ αν αυτά είναι κατάλληλα.

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

0 1 2 3 4

Καθόλου Σχεδόν πάντα

10. Δεν επεμβαίνω μέχρι τα προβλήματα να γίνουν σοβαρά.

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

0 1 2 3 4

Καθόλου Σχεδόν πάντα

11. Εστιάζω την προσοχή μου σε ανωμαλίες, λάθη, εξαιρέσεις και παρεκκλίσεις από τον κανόνα.

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

0	1	2	3	4	
Καθόλου <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Σχεδόν πάντα

12. Αποφεύγω να αναμειθώ όταν προκύπτουν σημαντικά προβλήματα.

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

0	1	2	3	4	
Καθόλου <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Σχεδόν πάντα

13. Μιλώ για τις πιο σημαντικές μου αξίες και πεποιθήσεις .

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

0	1	2	3	4	
Καθόλου <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Σχεδόν πάντα

14. Είμαι απών/απούσα όταν με χρειάζονται.

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

0	1	2	3	4	
Καθόλου <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Σχεδόν πάντα

15. Αναζητώ διαφορετικές οπτικές γωνίες κατά την αντιμετώπιση των προβλημάτων.

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

0	1	2	3	4	
Καθόλου <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Σχεδόν πάντα

16. Μιλώ με αισιοδοξία για το μέλλον.

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

	0	1	2	3	4	
Καθόλου	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Σχεδόν πάντα

17. Οι άλλοι νιώθουν υπερήφανοι που συνεργάζονται μαζί μου.

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

	0	1	2	3	4	
Καθόλου	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Σχεδόν πάντα

18. Αναφέρω συγκεκριμένα ποιος είναι υπεύθυνος για την επίτευξη των στόχων απόδοσης.

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

	0	1	2	3	4	
Καθόλου	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Σχεδόν πάντα

19. Περιμένω κάτι να πάει στραβά για να επεμβώ.

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

	0	1	2	3	4	
Καθόλου	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Σχεδόν πάντα

20. Μιλώ με ενθουσιασμό για τους στόχους που πρέπει να επιτευχθούν.

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

	0	1	2	3	4	
Καθόλου	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Σχεδόν πάντα

21. Καθιστώ σαφές ότι είναι σημαντικό να νιώθει κάποιος έντονα ότι έχει έναν σκοπό να εκπληρώσει.

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

0	1	2	3	4	
Καθόλου <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Σχεδόν πάντα

22. Αφιερώνω χρόνο για εκπαίδευση και καθοδήγηση του προσωπικού.

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

0	1	2	3	4	
Καθόλου <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Σχεδόν πάντα

23. Καθιστώ σαφή τα οφέλη που μπορεί κάποιος να αναμένει όταν οι στόχοι επιτυγχάνονται.

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

0	1	2	3	4	
Καθόλου <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Σχεδόν πάντα

24. Δείχνω σταθερός στην άποψη <<μην επιδιωθώνεις κάτι εάν δεν είναι διαλυμένο>>.

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

0	1	2	3	4	
Καθόλου <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Σχεδόν πάντα

25. Παραμερίζω το προσωπικό μου συμφέρον για το καλό της ομάδας.

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

0	1	2	3	4	
Καθόλου <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Σχεδόν πάντα

26. Αντιμετωπίζω τους άλλους ως άτομα και όχι μόνο ως μέλη μιας ομάδας.

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

0	1	2	3	4	
Καθόλου <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Σχεδόν πάντα

27. Δείχνω με τη στάση μου ότι τα προβλήματα πρέπει να γίνονται χρόνια προτού αναλάβω δράση.

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

0	1	2	3	4	
Καθόλου <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Σχεδόν πάντα

28. Δρω κατά τρόπο τέτοιο ώστε να εδραιώνεται ο σεβασμός των άλλων προς εμένα.

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

0	1	2	3	4	
Καθόλου <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Σχεδόν πάντα

29. Συγκεντρώνω την απόλυτη προσοχή μου στην αντιμετώπιση λαθών, παραπτόνων και αποτυχιών.

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

0	1	2	3	4	
Καθόλου <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Σχεδόν πάντα

30. Λαμβάνω υπόψη τις ηθικές προεκτάσεις των αποφάσεων.

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

0	1	2	3	4	
Καθόλου <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Σχεδόν πάντα

31. Παρακολουθώ όλα τα λάθη που γίνονται.

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

	0	1	2	3	4	
Καθόλου	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Σχεδόν πάντα

32. Επιδεικνύω πνεύμα δύναμης και αυτοπεποίθησης.

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

	0	1	2	3	4	
Καθόλου	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Σχεδόν πάντα

33. Προβάλλω ένα επιβλητικό όραμα για το μέλλον.

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

	0	1	2	3	4	
Καθόλου	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Σχεδόν πάντα

34. Εφιστώ την προσοχή στο προσωπικό όταν δεν ανταποκρίνεται στα πρότυπα απόδοσης.

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

	0	1	2	3	4	
Καθόλου	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Σχεδόν πάντα

35. Αποφεύγω να λαμβάνω αποφάσεις.

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

	0	1	2	3	4	
Καθόλου	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Σχεδόν πάντα

36. Θεωρώ ότι ένα άτομο έχει διαφορετικές ανάγκες, ικανότητες και φιλοδοξίες συγκριτικά με τους άλλους.

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

0	1	2	3	4	
Καθόλου <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Σχεδόν πάντα

37. Παροτρύνω τους άλλους να βλέπουν τα προβλήματα από πολλές διαφορετικές γωνίες.

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

0	1	2	3	4	
Καθόλου <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Σχεδόν πάντα

38. Βοηθώ τους άλλους να αναπτύξουν τις δυνατότητες τους.

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

0	1	2	3	4	
Καθόλου <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Σχεδόν πάντα

39. Προτείνω νέους τρόπους ολοκλήρωσης των ανατιθέμενων εργασιών.

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

0	1	2	3	4	
Καθόλου <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Σχεδόν πάντα

40. Καθυστερώ να δώσω λύση σε επείγοντα ζητήματα.

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

0	1	2	3	4	
Καθόλου <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Σχεδόν πάντα

41. Δίνω έμφαση στη σημασία ύπαρξης μιας συλλογιστικής αντίληψης του σκοπού.

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

	0	1	2	3	4	
Καθόλου	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Σχεδόν πάντα

42. Εκφράζω την ικανοποίησή μου όταν οι άλλοι ανταποκρίνονται στις προσδοκίες μου.

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

	0	1	2	3	4	
Καθόλου	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Σχεδόν πάντα

43. Εκφράζω τη βεβαιότητά μου ότι οι στόχοι θα επιτευχθούν.

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

	0	1	2	3	4	
Καθόλου	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Σχεδόν πάντα

44. Ανταποκρίνομαι αποτελεσματικά σε εκείνες τις ανάγκες των άλλων που σχετίζονται με την εργασία τους.

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

	0	1	2	3	4	
Καθόλου	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Σχεδόν πάντα

45. Χρησιμοποιώ ικανοποιητικές μεθόδους ηγεσίας.

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

	0	1	2	3	4	
Καθόλου	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Σχεδόν πάντα

46. Καταφέρνω τους άλλους να κάνουν περισσότερα από όσα θα περίμεναν και οι ίδιοι.

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

0	1	2	3	4	
Καθόλου <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Σχεδόν πάντα

47. Εκπροσωπώ τους άλλους αποτελεσματικά σε υψηλότερα κλιμάκια.

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

0	1	2	3	4	
Καθόλου <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Σχεδόν πάντα

48. Συνεργάζομαι με τους άλλους ικανοποιητικά.

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

0	1	2	3	4	
Καθόλου <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Σχεδόν πάντα

49. Εξυψώνω την επιθυμία των άλλων να επιτύχουν.

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

0	1	2	3	4	
Καθόλου <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Σχεδόν πάντα

50. Ανταποκρίνομαι αποτελεσματικά στις απαιτήσεις του οργανισμού.

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

0	1	2	3	4	
Καθόλου <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Σχεδόν πάντα

51. Αυξάνω την προθυμία των άλλων για περισσότερη προσπάθεια.

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

0	1	2	3	4	
Καθόλου	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Σχεδόν πάντα

52. Ηγούμαι μιας ομάδας που είναι αποτελεσματική.

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

0	1	2	3	4	
Καθόλου	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Σχεδόν πάντα

ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΕΡΕΥΝΗΤΡΙΑΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ

Αγαπητή/έ

Ονομάζομαι Βασιλείου Πολυζένη και με την παρούσα επιστολή θα ήθελα να ζητήσω τη συμμετοχή σας στην ερευνητική μελέτη που εκπονείται στο πλαίσιο της διατριβής μου στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών «MBA Διοίκηση Επιχειρήσεων» του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, με θέμα «Διερεύνηση του τύπου ηγεσίας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας», υπό την επίβλεψη του καθηγητή κ. Ασπρίδη. Η μελέτη έχει την λάβει την άδεια του Επιστημονικού Συμβουλίου Πρωτοβάθμιας της 5ης ΥΠε Θεσσαλίας & Στ. Ελλάδας.

Κύριος στόχος της έρευνας είναι η διερεύνηση του τύπου ηγεσίας που διαθέτουν οι Συντονιστές Επιστημονικής Λειτουργίας, οι Αναπληρωτές τους και οι Υπεύθυνοι Νοσηλευτικού προσωπικού των Κέντρων Υγείας Θεσσαλίας & Στ. Ελλάδας. Η μελέτη φιλοδοξεί να αποτυπώσει την εικόνα για τα θέματα ηγεσίας στο πεδίο της Πρωτοβάθμιας

Φροντίδας Υγείας και να αναδειξεί τις αναγκαίες παρεμβάσεις για την επιτυχή μετάβαση στο νέο μοντέλο λειτουργίας των δομών.

Η συμμετοχή σας αφορά στην συμπλήρωση ερωτηματολογίου, που έχει σταθμιστεί και αξιολογηθεί για την αξιοπιστία του. Παρακαλείσθε να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις. Δεν υπάρχουν λάθος ή σωστές απαντήσεις. Σε κάθε ερώτηση δίνετε μόνο μια απάντηση, κυκλώνοντας τον αντίστοιχο αριθμό. Καθ' όλη την διάρκεια της έρευνας (συλλογή , επεξεργασία δεδομένων και παρουσίαση των αποτελεσμάτων) θα εξασφαλιστεί η ανωνυμία και θα τηρηθεί η εμπιστευτικότητα όλων των προσωπικών πληροφοριών.

Το προς συμπλήρωση ερωτηματολόγιο θα σας αποσταλεί ηλεκτρονικά και ο χρόνος που θα χρειασθείτε για τη συμπλήρωσή του είναι περίπου 10 λεπτά. Επισημαίνω πως το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο, εμπιστευτικό και τα αποτελέσματα που θα προκύψουν, για τα όποια μπορείτε να ενημερωθείτε εφόσον αυτό ζητηθεί, θα χρησιμοποιηθούν αυστηρά και μόνο στα πλαίσια της στατιστικής ανάλυσης της έρευνας.

Τελειώνοντας θα ήθελα να τονίσω πως η συμβολή σας στην επιτυχή διεξαγωγή της έρευνας είναι ιδιαίτερα σημαντική.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για την συνεργασία .

Με εκτίμηση

Βασιλείου Πολυζένη