

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ
ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΜΕΤΑΣΧΗΜΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΗΓΕΣΙΑΣ
ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΙΑ ΑΔΑΜΟΠΟΥΛΟΥ

ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ : 22008

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ:

ΔΡ. ΑΣΠΑΣΙΑ ΓΟΥΛΑ

ΑΘΗΝΑ, ΑΠΡΙΛΙΟΣ 2024

HELLENIC REPUBLIC
UNIVERSITY OF WEST ATTICA



DEPARTMENT OF BUSINESS
ADMINISTRATION

DIVISION
SOCIAL POLICE



MSc

MSc in HEALTH AND SOCIAL CARE MANAGEMENT

DIPLOMA THESIS

**«THE NEED FOR TRANSFORMATIONAL LEADERSHIP IN PRIMARY
HEALTHCARE »**

ADAMOPOULOU TRIANTAFYLLIA

Registration number: 22008

SUPERVISOR:

Dr. ASPASIA GOULA

ATHENS, APRIL 2024

Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης

**Επιβλέπουσα
Καθηγήτρια**

Καθηγήτρια

Γούλα Ασπασία

Μέλος

Καθηγητής

Πιερράκος Γεώργιος

Μέλος

ΕΔΙΠ

Σταμούλη Μαρία-Αγγελική

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Αδαμοπούλου Τριανταφυλλιά του Αδάμ, με αριθμό μητρώου 22008 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας» του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων της Σχολής Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι: «Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος. Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου». Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι τον Μάιο 2024 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση της επιβλέπουσας καθηγήτριας.

Η Δηλούσα



T. Αδαμοπούλου

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	6
Abstract	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΗΓΕΣΙΑ-ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	9
1.2 Ανασκόπηση των θεωριών ηγεσίας	13
1.3 Σύγχρονες μελέτες ηγεσίας	16
1.4 Αποτελεσματικότητα ηγεσίας	17
1.5 Χαρακτηριστικά αποτελεσματικών ηγετών	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΜΕΤΑΣΧΗΜΑΤΙΣΤΙΚΗ ΗΓΕΣΙΑ - ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ	22
2.1 Η μετασχηματιστική ηγεσία στην πράξη	26
2.2 Η αποτελεσματικότητα της Μετασχηματιστικής ηγεσίας	27
2.3 Μετασχηματιστική ηγεσία και ικανοποίηση-Κίνητρα εργαζομένων	29
2.4 Μετασχηματιστική ηγεσία - διαχείριση κρίσεων.....	30
2.5 Μετασχηματιστική ηγεσία στις δομές υγειονομικής περίθαλψης- Φροντίδα.....	32
2.6 Κριτικές της μετασχηματιστικής ηγεσίας	34
2.7 Συναλλακτική ηγεσία	35
2.8 Παθητική ηγεσία – αποφευκτική ηγεσία.....	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ:ΟΡΙΣΜΟΣ -ΧΑΡΑΚΤΗΡΕΣ.....	40
3.1 Ηγεσία στις υπηρεσίες υγείας	42

3.2 Πλαίσια και τομείς εφαρμογής ηγεσίας στις υπηρεσίες υγείας.	46
3.3 Ηγετικές ικανότητες και τύποι στις υπηρεσίες υγείας	48
3.4 Παράγοντες που επηρεάζουν την άσκηση ηγεσίας σε μονάδες υγείας –πρόκληση	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΙΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	51
4.1 Ιστορία και εξέλιξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας	51
4.2 Ορισμός και βασικές αρχές της ΠΦΥ, 1978	52
4.3 Από την όραση της ΠΦΥ στην πρώτη εφαρμογή	53
4.4 Η εξέλιξη και ο ρόλος της ΠΦΥ ως βασικής συνιστώσας στο σύστημα υγείας.....	55
4.5 Πτυχές της ηγεσίας ΠΦΥ	57
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΠΦΥ ΣΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.	60
5.1 Η ΠΦΥ στο ελληνικό σύστημα υγείας: περίοδος έως το 1983.....	60
5.2 Βασικές μεταρρυθμίσεις για την οικοδόμηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ)...	61
5.3 Βασικές μεταρρυθμίσεις.....	61
5.4 Προοπτικές ανάπτυξης και προκλήσεις της ΠΦΥ στα συστήματα υγείας	63
5.5 Ηγετικός ρόλος του Συντονιστή Επιστημονικών Επιχειρήσεων του Κέντρου Υγείας και Υπεύθυνος Προσωπικού	66
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ - ΤΟΜΕΙΣ	71
6.1 Εθνικό σύστημα υγείας	74

6.2 Δομή και οργάνωση	75
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	77
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	81

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι αλλαγές στα συστήματα υγείας, ιδιαίτερα στην πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας, τις τελευταίες δεκαετίες έχουν δείξει δραματικές αλλαγές στον τρόπο εργασίας των ανώτερων στελεχών υγείας. Σε ένα περιβάλλον με γρήγορους ρυθμούς και συνεχώς μεταβαλλόμενο, οι ηγέτες καλούνται να διαδραματίσουν ζωτικό ρόλο. Η ενδυνάμωση των εργαζομένων, η μεγιστοποίηση της απόδοσής τους και η διασφάλιση της επίτευξης των οργανωτικών στόχων είναι μια σημαντική πρόκληση ηγεσίας. Ωστόσο, για τέτοια καθήκοντα, η διαθεσιμότητα γνώσεων και δεξιοτήτων διαχείρισης είναι απαραίτητη προϋπόθεση. Αυτή η εργασία ασχολείται με τις ηγετικές συμπεριφορές των εργαζομένων στον τομέα της υγείας διευθυντές σε δημόσιες εγκαταστάσεις υγείας.

Λέξεις-κλειδιά: ηγεσία, στυλ ηγεσίας, μετασχηματιστική ηγεσία, υπηρεσίες υγείας, εμπνευσμένο κίνητρο, πνευματική τόνωση, ενδιαφέρον εξατομίκευσης.

Abstract

Health systems and primary health care (PHC) have changed over the past two decades. In particular, they have had a significant impact on the way health professionals work become one. In a changing environment, leaders are called upon to play an important role staff. Empower and empower to maximize performance and ensure. The purpose of an organization is a significant challenge for leadership. However, this task requires Adequate understanding of administrative procedures. The purpose of this study is to examine leadership behaviors in the healthcare industry Professionals-in public primary health care settings.

Keywords: leadership, leadership style, transformational leadership, health services, Primary Health Care, Scientific Work Coordinator.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ένα από τα πιο κρίσιμα και πολύπλοκα πεδία της ανθρώπινης λειτουργίας είναι η σφαίρα των υπηρεσιών υγείας. Η διατήρηση της υγειονομικής περίθαλψης, η θεραπεία ασθενειών και η προώθηση υγιεινών τρόπων ζωής είναι όλα κρίσιμα στοιχεία της κοινωνικής προόδου και απαιτούν σημαντική χρηματοδότηση τόσο από ιδιώτες όσο και από την κυβέρνηση. Δραστηριότητες, άτομα και οργανισμοί που εργάζονται προς τον στόχο της διατήρησης, προώθησης ή αποκατάστασης της υγείας συνθέτουν το σύστημα υγείας. Αυτό το τμήμα του συστήματος υπηρεσιών υγείας που εγγυάται την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας, την πληρότητα της περίθαλψης, τον συντονισμό της φροντίδας και την ανθρωποκεντρική περίθαλψη είναι γνωστό ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας σύμφωνα με τον (WHO, 2011).

Η αποτελεσματικότητα των εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης εξαρτάται σημαντικά από την τεχνογνωσία, την ώθηση, τη συμπεριφορά και τις ικανότητες που επιδεικνύουν οι ηγέτες τους. Η αρμοδιότητα αυτών των πολύπλοκων οντοτήτων βασίζεται όπως υποστηρίζουν οι Weberg (2012) και Asiabar and Ardestani (2018) στην αποτελεσματική ηγεσία στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης περιλαμβάνει τη διαχείριση αβεβαιοτήτων και την προσαρμογή σε νέες καταστάσεις προκειμένου να διευκολυνθούν οι απαραίτητες πολιτιστικές και συμπεριφορικές αλλαγές προς τη βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης. Τις τελευταίες δεκαετίες, υπήρξαν αλλαγές στον τρόπο δομής των οργανισμών. Αναδεικνύεται ως ο σημαντικότερος τομέας ανάπτυξης είναι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) στα συστήματα υγείας.

Αυτό θα επιτρέψει στους πολίτες να λαμβάνουν πιο ολοκληρωμένη και ουσιαστική υγειονομική περίθαλψη, βελτιώνοντας παράλληλα τους δείκτες υγείας και εφαρμόζοντας την ορθολογική χρήση των πόρων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΗΓΕΣΙΑ-ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Κατά τη διάρκεια αυτού του αρχικού κεφαλαίου, θα εμβαθύνουμε στο θέμα που εξετάζουμε. Η εστίασή μας θα είναι στην αποκάλυψη των μυστηρίων που είναι συνυφασμένα με αυτό το ενδιαφέρον θέμα. Σε αυτό το τμήμα του κειμένου, σκοπεύουμε να αντιμετωπίσουμε μερικά από τα πιο περίπλοκα και πιο αγαπημένα ερωτήματα που μπορεί να προκύψουν.

Μια θεωρητική προσέγγιση της ηγεσίας είναι σημαντική για την κατανόηση των διαφορετικών τρόπων με τους οποίους τα άτομα μπορούν να οδηγήσουν και να εμπνεύσουν άλλους. Μέσω της μελέτης διαφόρων θεωριών ηγεσίας, οι ερευνητές έχουν εντοπίσει συγκεκριμένα χαρακτηριστικά και συμπεριφορές που διαθέτουν οι αποτελεσματικοί ηγέτες.

Αυτά τα χαρακτηριστικά περιλαμβάνουν επικοινωνιακές δεξιότητες, συναισθηματική νοημοσύνη, προσαρμοστικότητα και σαφές όραμα για το μέλλον. Μερικές από τις πιο γνωστές θεωρίες ηγεσίας περιλαμβάνουν μετασχηματιστική, αυθεντική και περιστασιακή ηγεσία. Κάθε μία από αυτές τις θεωρίες προσφέρει μια μοναδική προοπτική για το πώς οι ηγέτες μπορούν να παρακινήσουν τους οπαδούς τους και να δημιουργήσουν θετικές αλλαγές στους οργανισμούς. Κατανοώντας αυτές τις διαφορετικές προσεγγίσεις στην ηγεσία, τα άτομα μπορούν να αναπτύξουν το δικό τους στυλ ηγεσίας και να γίνουν πιο αποτελεσματικά στο να εμπνέουν άλλους να επιτύχουν τους στόχους τους. Για έναν αιώνα, κάθε οργανισμός έχει αντιμετωπίσει το πρόβλημα της ηγεσίας. Είναι ένα διαρκές αίνιγμα που παραμένει άλυτο. Η επιστήμη της διαχείρισης εστιάζει στην ηγεσία, η οποία διαδραματίζει ζωτικό ρόλο στην κοινωνία. Ο καθορισμός της απόδοσης και της ευημερίας είναι έννοιες που είναι εξαιρετικά σημαντικές.

Οι Mamane-Levy, Gal, Popper, Amit και Lisak (2009) προτείνουν ότι στις οργανωτικές δομές, ο θρίαμβος ή η αποτυχία της μονάδας εξαρτάται εξαιρετικά από την ηγεσία, την οποία θεωρούν ότι είναι μια κρίσιμη πτυχή και ένα αναπόσπαστο κομμάτι του συνολικού παζλ. Αρκετές συμπληρωματικές προσεγγίσεις έχουν αναπτυχθεί τους τελευταίους δύο αιώνες για την κατανόηση της ηγεσίας. Στον τομέα της εκπαίδευσης και ανάπτυξης ηγεσίας, ένας μεγάλος όγκος βιβλιογραφίας είναι αφιερωμένος στην εξερεύνηση μοντέλων, αξιολογήσεων και προσωπικών εμπειριών.

Η αντίληψη της ηγεσίας είναι κοινωνικά κατασκευασμένη και επηρεάζεται από κοινωνικούς παράγοντες, όπως σημειώνει ο Γερμανός κοινωνιολόγος M. Weber. προσδιόρισε τρεις τύπους ηγετών στο πλαίσιο του γραφειοκρατικού συστήματος διαχείρισης: τον νόμιμο, τον παραδοσιακό και τον χαρισματικό. Ο διαχωρισμός αυτός δίνει έμφαση στις παραμέτρους κοινωνικού χαρακτήρα, αλλά και σε ζητήματα όπως η σωστή δομή του οργανισμού, η ιεραρχία του και η διασφάλιση συγκεκριμένων οργανωτικών ρόλων μέσα σε αυτόν (Μπατζιάς κ.α, 2008).

Είναι σημαντικό να διαμορφωθούν σχετικές θεωρητικές μέθοδοι. Η αποτελεσματική ηγεσία είναι η συμβολή του McGregor (1960), ο οποίος αναγνώρισε δύο βασικές κατηγορίες συμπεριφοράς ηγέτη : το δημοκρατικό μοντέλο και το αυταρχικό μοντέλο, λαμβάνοντας υπόψη την επιρροή του κοινωνικού περιβάλλοντος. (Μπουραντάς, 2005).

Εξαίρεση από το στυλ αυταρχικής ηγεσίας σύμφωνα με τη Θεωρία X του McGregor πιστεύει ότι οι άνθρωποι γενικά δεν αγαπούν τις δουλειές τους και είναι οι μάζες που προορίζονται να ακολουθούν χαρισματικούς ηγέτες και να εκτελούν τις εντολές τους. Αντίθετα, η Θεωρία Y, που υποστηρίζεται από δημοκρατικούς ηγέτες, υποστηρίζει ότι οι άνθρωποι είναι ικανοί για πολύ περισσότερα από όσα αναγνωρίζει η Θεωρία X, Αντίθετα, οι δημοκρατικοί ηγέτες υιοθετούν τη Θεωρία Y, η οποία υποστηρίζει ότι οι άνθρωποι είναι ικανοί για περισσότερα από όσα αναγνωρίζει η Θεωρία X, που απολαμβάνουν τη δουλειά τους, ενεργούν υπεύθυνα και επομένως εργάζονται πιο αποτελεσματικά.

Τις τελευταίες δύο δεκαετίες, έχει διεξαχθεί μια σταθερή ροή έρευνας σε επιτυχημένους οργανωτικούς ηγέτες (διευθυντές και στελέχη) σε μια προσπάθεια να ανακαλύψουν πρότυπα που καθοδηγούν την ανάπτυξή τους ως ηγέτες. Σε αυτή την προσπάθεια, οι Kouzes and Posner (2006) όρισαν την ηγεσία ως την «τέχνη» της κινητοποίησης άλλων ανθρώπων που επιθυμούν να εργαστούν προς έναν κοινό στόχο, ορίζοντας έτσι την επίτευξη κοινών στόχων ως μια άλλη σημαντική διάσταση της έννοιας της ηγεσίας.

Η υπόθεση ότι η ηγεσία περιλαμβάνει επιρροή είναι μια άλλη βασική θεωρητική υπόθεση πολυάριθμων μελετών σχετικά με το θέμα της ηγεσίας (Block, 2003).

Οι ορισμοί γύρω από την ηγεσία συχνά ποικίλλουν ανάλογα με την προοπτική μιας έννοιας, ως ένα σύνολο που τους χαρακτηρίζει, συμπεριφοράς, σχέσεις, αντιλήψεις ή διάφορα είδη επιρροής (αρχηγός) οπαδοί των στόχων και της οργανωσιακής κουλτούρας.

Ο Yukl (αναφέρεται στο Ammit et al., 2009) δηλώνει ότι η πιο προφανής διαμάχη στη βιβλιογραφία είναι αν η ηγεσία πρέπει να οριστεί ως μια διαδικασία οργάνωσης ή ως μια συμπεριφορά ατόμου. Διαφοροποιεί περαιτέρω τα χαρακτηριστικά των ηγετών και των διευθυντών - αναλογιζόμενοι ότι οι μάνατζερ «κάνουν τα πράγματα σωστά».

Το ενδιαφέρον έγκειται στο πώς οι ηγέτες εκτελούν καθήκοντα με βάση την ευθύνη και την εξουσία όταν «κάνουν το σωστό» και το ενδιαφέρον για την επίτευξη νοήματος επηρεάζει τη δέσμευση των μελών του οργανισμού (Yukl, 1989).

1.1. Ερμηνευτική προσέγγιση στην ηγεσία.

Για να αποτυπώσουμε την έννοια της ηγεσίας, βρήκαμε ότι οι περισσότεροι ορισμοί αντικατοπτρίζουν την υπόθεση της κοινωνικής επιρροής.

Είναι ουσιαστικά η διαδικασία με την οποία ένα άτομο ασκεί σκόπιμη επιρροή σε ένα άλλο άτομο ή ομάδα για να δομήσει δραστηριότητες και σχέσεις πέρα από τα όρια της ομάδας ή του οργανισμού. (Bush & Glover, 2014).

Οι Khalid, Madeeha και Amna (2011) ονομάζουν την ηγεσία ως μια σχέση επιρροής μεταξύ ηγετών και ακολούθων που στόχο έχουν να ανακαλύψουν πραγματικές αλλαγές και αποτελέσματα μέσω της παρουσίας κοινών στόχων.

Η ονομαζόμενη «επιρροή» στον ορισμό της ηγεσίας είναι ουδέτερη γιατί η πλευρά του ηγέτη δεν είναι απαραίτητα αυτό που στοχεύει κανείς..

Η ηγεσία αφορά περισσότερο τις αξίες και το όραμα που μεταδίδει ο ηγέτης.

Το όραμα θεωρείται απαραίτητο στοιχείο της αποτελεσματικής ηγεσίας.

Ο Southworth (1993) πιστεύει ότι όταν οι ηγέτες επιδιώκουν ένα προσωπικό όραμα, οι εργαζόμενοι θα παρακινηθούν να εργαστούν σκληρά.

Ταυτόχρονα, τόνισε ότι όταν οι ηγέτες διαδίδουν το όραμα σε άλλα μέλη, αυτό θα έχει άμεσο αντίκτυπο στη συνεργασία μεταξύ τους και στην επίτευξη των από κοινού στόχο (Southworth 1993, σ. 82).

Ο Raven (2008) δήλωσε στη μελέτη του ότι η ηγεσία είναι η άσκηση επιρροής.

Οι συγγραφείς τονίζουν ότι η χρήση διαφόρων δυνατοτήτων βασίζεται στις συγκεκριμένες στρατηγικές που χρησιμοποιούν οι ηγέτες για να αλλάξουν τη συμπεριφορά των υφισταμένων τους.

Πολλοί ερευνητές αποδέχονται αυτή την άποψη και βλέπουν την ηγεσία ως μια διαδικασία συνεχούς άσκησης επιρροής μεταξύ των ατόμων για την επίτευξη προκαθορισμένων στόχων (Armandi, Oppedisano, & Sherman, 2003).

Η επιρροή είναι η διαδικασία με την οποία ένας ηγέτης επικοινωνεί τις ιδέες του για να εμπνεύσει τους ανθρώπους να τον υποστηρίξουν εφαρμόζοντας αυτές τις ιδέες.

Σύμφωνα με τον Rost (που αναφέρεται στο Block, 2003), αυτή η επιρροή εμφανίζεται προς όλες τις κατευθύνσεις, όχι μόνο από πάνω προς τα κάτω, και χαρακτηρίζεται από πειστική συμπεριφορά.

Η επιρροή ως ακρογωνιαίος λίθος της ηγεσίας φαίνεται να πηγάζει από το καθεστώς του ηγέτη, ωστόσο, εξαρτάται επίσης σε μεγάλο βαθμό από τη σχέση του με τους οπαδούς του (Armandi, Oppedisano & Sherman, 2003).

Αυτή η σχέση αναφέρθηκε από τον Stogdill (1974), ο οποίος περιέγραψε ότι η ηγεσία είναι η διαδικασία που διαμορφώνει και διατηρεί δομημένες σχέσεις με αλληλεπίδραση.

Αυτή η θεμελιώδης διάσταση της ηγεσίας υποστηρίζεται επίσης από τον Hollander (1978), σύμφωνα με τον οποίο η ηγεσία εκφράζει τη δυναμική αλληλεπίδραση που συμβαίνει μεταξύ ενός ηγέτη και των οπαδών του.

Αργότερα, ο Cribbin (1981), προς την ίδια κατεύθυνση, όρισε την ηγεσία ως μια διαδραστική κατάσταση που επιτρέπει στους διευθυντές να κατευθύνουν τους υπαλλήλους να κάνουν αυτό που υποτίθεται ότι πρέπει να κάνουν και με τον τρόπο που πρέπει να το κάνουν. Από τα παραπάνω μάθαμε ότι η ηγεσία είναι μια διαδικασία που επηρεάζει την πολυδιάσταση των δραστηριοτήτων και επίσης τις σχέσεις που δημιουργούνται από οργανωμένες ομάδες για την επίτευξη κοινών στόχων.

Η πολυπλοκότητα και η δυναμική φύση της ηγεσίας είναι δύο παράγοντες που έχουν επιτρέψει έναν παγκοσμίως αποδεκτό ορισμό της ηγεσίας μέχρι σήμερα.

1.2 Ανασκόπηση των θεωριών ηγεσίας

Η έρευνα για την ηγεσία χρονολογείται περίπου στις αρχές του 20ου αιώνα. Στις αρχές της δεκαετίας του 1930, ωστόσο, το θέμα δεν είχε ακόμη αγγιχτεί. Επιστημονικώς οι (House & Aditya, 1997). στα πρώτα στάδια των σπουδών της, η ηγεσία αντανακλά τη γενική πεποίθηση της κοινωνίας ότι οι ηγέτες είναι οι «μεγάλοι άνδρες» που συνεχίζουν την ιστορία εξαιτίας τους. Εξαιρετικά χαρακτηριστικά που διαθέτουν ως ηγέτες (Tafvelin, 2013).

Αυτή η θεωρία έχει καταγραφεί στην ιστορία ως «Θεωρία του Μεγάλου Ανθρώπου». Σύμφωνα με τους ηγέτες είναι αυτοί που υπόσχονται. Συνεχιζόμενη ιστορική εξέλιξη σε περιόδους κρίσης ή κοινωνικής κρίσης ανάγκη. Προφανώς, αυτή η θεωρία αγνοεί εντελώς τις γυναίκες πιθανοί ηγέτες.

Η «θεωρία του μεγάλου ανθρώπου» σύντομα υποχώρησε (με χρονολογική σειρά) Η «θεωρία χαρακτηριστικών» που προτείνεται από επιστήμονες, η οποία από τη μια θεωρούν ότι η «θεωρία του μεγάλου ανθρώπου» δεν έχει επιστημονική βιβλιογραφία, από την άλλη υποστηρίζουν ότι είναι συγκεκριμένα, τα χαρακτηριστικά που διακρίνουν τους ηγέτες από τους απλούς ανθρώπους οπαδούς. Αυτή η θεωρία προέκυψε περίπου από το 1940 έως το 1950, αν και αυτά τα χαρακτηριστικά μπορεί να είναι του πνεύματος, ψυχολογικά, ή φυσικά (Zaccaro, 2007). Με τα χρόνια, οι μελετητές έχουν εμπλουτίσει τη λίστα με τα χαρακτηριστικά του ηγέτη, με προσθήκη π.χ. γέννησης, κοινωνικές- οικονομικές συνθήκες, εκπαίδευση ή νοημοσύνη του ηγέτη (Bird, 1940).

Στα τέλη της δεκαετίας του 1940, καταρτίστηκε μια λίστα με τα απαιτούμενα χαρακτηριστικά, ήταν πολύ μεγάλη, αν και αυτή η προσέγγιση θεωρείται πρόβλημα ,λόγω του μήκους των πολλών χαρακτηριστικών και από την άλλη, αφού όλα αυτά τα χαρακτηριστικά δεν ήταν ένας ισχυρά ως πρόγνωση (Tafvelin, 2013).

Το 1948 ο Stogdill καταλήγει από μια ανασκόπηση εμπειρικών μελετών ότι η βιβλιογραφία έχει 27 χαρακτηριστικά και συγκεκριμένα: « κυριαρχία, ύψος, πρωτοβουλία (επιμονή και φιλοδοξία), βάρος, ύψος ,σωματική υγεία, υπευθυνότητα, εμφάνιση, ακεραιότητα, ευφράδεια λόγου, αυτοπεποίθηση, ευφυΐα, συναίσθημα, χιούμορ, συναισθηματική σταθερότητα, ακαδημαϊκές επιδόσεις, γνώση, κοινωνικοοικονομική κατάσταση,αποφασιστικότητα,ηκοινωνικήδραστηριότητα,διορατικότητα,,ενέργεια, πρωτοτυπία,κοινωνικέςδεξιότητες,προσαρμοστικότητα, φήμη, εξωστρέφεια και συνεργασία» (Stogdill, 1948).

Κατέληξε ο Stogdill, ότι η λίστα δυνατοτήτων είναι πολύ μεγάλη για να είναι χρήσιμη και λειτουργεί ως επιλογή του μέλλοντος ηγέτες.

Η προοπτική του Stogdill προκάλεσε δραματικές αλλαγές προς υποστήριξη της «θεωρίας,χαρακτηριστικά» και αποτελούν τη βάση για την αμφισβήτησή του, γιατί θεωρείται μονοδιάστατη και δεν υπάρχει τρόπος να εξηγήθει η πολυπλοκότητα της ηγεσίας (Tafvelin, 2013).

Αμφισβητώντας τη «θεωρία χαρακτηριστικών», την έρευνα εστίασαν στη συμπεριφορά και το στυλ του ηγέτη, στα τέλη της δεκαετίας του 1960 (Tafvelin, 2013). Ουσιαστικά η έρευνα αφιερώνεται τις συμπεριφορές των ηγετών και στα χαρακτηριστικά τους ανάμεσά τους (Fleishman, 1953). Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι έρευνα από το Πανεπιστήμιο του Οχάιο και το Πανεπιστήμιο του Μίσιγκαν, περισσότερο δε συγκεκριμένα, σε έρευνα στο Ohio State University, όπου διάφορες συμπεριφορές και στυλ ηγεσίας βγαίνουν μέσω περίπου 1.800 δηλώσεις.

Μέσα από τη συνεχή βελτίωση της συμπεριφοράς, οι ερευνητές προτείνουν δύο βασικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη συμπεριφορά Leaders: Structural activation and sensitivity (Nystrom, 1978).

Η δομική ενεργοποίηση περιγράφει το ενδιαφέρον που δείχνει ένα άτομο επικεφαλής οργανωτικών καθηκόντων (π.χ. να ορίσει αποστολή), ενώ η ευαισθησία περιγράφει την εστίαση του ηγέτη, να ικανοποιήσει τις κοινωνικές και συναισθηματικές ανάγκες των οπαδών και την ανάπτυξή τους (Tafvelin, 2013). Έτσι, στο Πανεπιστήμιο του Μίσιγκαν, ομοίως, διερευνήθηκε η συμπεριφορά των ηγετών και τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με τα συμπεράσματα με την έρευνα του Οχάιο. Εκεί, ερευνητές, είδαν πως υπάρχουν δύο τύποι συμπεριφοράς στις αποφάσεις.

Συμπεριφορά πού είναι προσανατολισμένη στην παραγωγή και συμπεριφορά προσανατολισμένη στους εργαζόμενους (Uslu, 2019)

Οι δύο παραπάνω μελέτες έθεσαν τα θεμέλια για τη θεωρία της συμπεριφοράς που υποστηρίζει ότι οι ηγέτες δεν γεννιούνται αλλά εκπαιδεύονται (Northouse, 2010).

Τα αποτελέσματα της έρευνας ήταν ασαφή εκείνη τη στιγμή, γιατί η αποτελεσματική συμπεριφορά των ηγετών αποτελεί εφελκυστήρα για την επίτευξη των στόχων. Η έρευνα στρέφεται στο πλαίσιο και τις συνθήκες στο τέλος.

Στη δεκαετία του 1960 διατυπώθηκε το επιχείρημα ότι μέχρι τότε η θεωρία που αναπτύχθηκε δεν λαμβάνει υπόψη τις συνθήκες και το περιβάλλον που διαμορφώνει την ηγεσία (Harrison, 2018). Έτσι, αναπτύχθηκαν διάφορες θεωρίες οι οποίες υποθέτουν τα ακόλουθα γεγονότα:

Οι αποτελεσματικοί ηγέτες είναι εκείνοι που μπορούν να προσαρμόσουν το στυλ σύμφωνα με το αίτημα των οπαδών και την κατάσταση εκείνη, την ώρα (Tafwelling, 2013). Ταυτόχρονα, πιστεύουν ότι δεν υπάρχει καθολική εφαρμογή. Αποδεκτό στυλ ηγεσίας. Μάλλον «διαφορετικές καταστάσεις και αυτές οι καταστάσεις απαιτούν διαφορετικά στυλ ηγεσίας» (Uslu, 2019).

Αυτό σημαίνει ένα στυλ ηγεσίας που έχει εφαρμοστεί στο παρελθόν λειτουργεί, αλλά μπορεί να μην λειτουργεί αυτήν τη στιγμή γιατί υπάρχουν αλλαγές στις συνθήκες. Χαρακτηριστικό παράδειγμα η «τυχαία θεωρία» αποτελεί το «Πλέγμα ηγεσίας» του Μπλέικ και Mouton (1969), το «Situational Leadership Model» του Hersey. Blanchard (1969), το «κανονιστικό μοντέλο» των Vroom και Yetton (1973), Fiedler's "contingency theory" (1964) και "Theory House (1971) Στόχοι Προγράμματος Σπουδών (Tafvelin, 2013).

Αν και η «θεωρία των τυχαίων» είχε από τότε ιδιαίτερη απήχηση η έρευνα στρέφεται στο πλαίσιο και τις συνθήκες. στο τέλος

Στη δεκαετία του 1960 διατυπώθηκε το επιχείρημα ότι μέχρι τότε η θεωρία που αναπτύχθηκε δεν λαμβάνει υπόψη τις συνθήκες και το περιβάλλον που διαμορφώνει την ηγεσία (Harrison, 2018).

Έτσι, έχουν αναπτυχθεί διάφορες θεωρίες οι οποίες υποθέτουν τα ακόλουθα γεγονότα: Οι αποτελεσματικοί ηγέτες είναι εκείνοι που μπορούν να προσαρμόσουν το στυλ Σύμφωνα με το αίτημα των ακολούθων και την κατάσταση εκείνη την ώρα (Tafwelling, 2013).

Αν και η «θεωρία των τυχαίων» είχε από τότε ιδιαίτερη απήχηση, ως απάντηση στο αυταρχικό ύφος της εποχής, δεν τα κατάφεραν. Η επιστημονική τους βιβλιογραφία «επιχειρεί επίσης να εξηγήσει πολλές μεταβλητές και λίγες» (Hughes et al., 2010).

Έτσι έγινε στις αρχές της δεκαετίας του 1980, η έρευνα για την ηγεσία έχει φτάσει σε επιστημονικό αδιέξοδο και ως εκ τούτου απαιτεί εξέταση από μια εντελώς διαφορετική οπτική γωνία.

1.3 Σύγχρονες μελέτες ηγεσίας

Η θεωρία του απρόβλεπτου της ηγεσίας επικράτησε μέχρι το τέλος της Δεκαετία του 1970, μέχρι την εμφάνιση της θεωρίας του Burns (1978).

Πιο συγκεκριμένα, ο Bass διαφωνεί με τον Burns ότι η μετασχηματιστική ηγεσία και η συναλλακτική ηγεσία αντιπροσωπεύουν τα αντίθετα άκρα μιας ενιαίας συνέχειας.

Αυτές οι έννοιες υποστηρίζουν περαιτέρω ότι οι καλύτεροι ηγέτες είναι τόσο μετασχηματιστικοί όσο και συναλλακτικοί (Bass, 1985).

Ο Burns δηλώνει ότι η ηγεσία εμφανίζεται όταν οι άνθρωποι έχουν τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

Συγκεκριμένα κίνητρα και σκοπούς για να εμπνεύουν, να δεσμεύουν και να ικανοποιούν τους οπαδούς.

Η ουσία της σχέσης ηγέτη-οπαδού είναι η αλληλεπίδραση μεταξύ ανθρώπων με διαφορετικά κίνητρα και δυνάμεις, συμπεριλαμβανομένης της ικανότητας να επιδιώκουν κοινούς στόχους. Αυτή η αλληλεπίδραση εκδηλώνεται σε δύο τύπους ηγεσίας: μετασχηματιστική και συναλλακτική.

Το 1985, ο Bass καθιέρωσε τη θεωρία του μετασχηματιστικής ηγεσίας, βασιζόμενος στο έργο και τις ιδέες του Burns με πολλές τροποποιήσεις. Πιο συγκεκριμένα, ο Bass διαφωνεί με τον Burns ότι η μετασχηματιστική ηγεσία και η συναλλακτική ηγεσία αντιπροσωπεύουν τα αντίθετα άκρα μιας ενιαίας συνέχειας.

Αυτές οι έννοιες υποστηρίζουν περαιτέρω ότι οι καλύτεροι ηγέτες είναι τόσο μετασχηματιστικοί όσο και συναλλακτικοί (Bass, 1985).

1.4 Αποτελεσματικότητα ηγεσίας

Η αποτελεσματικότητα της ηγεσίας, ήταν συνεπής με την ηγεσία από την έναρξη . Ήδη, όπως αναφέραμε παραπάνω ότι στη «Θεωρία του Μεγάλου Ανθρώπου», υπάρχει, κλίμα αριστείας για ηγέτες. Τα χαρακτηριστικά απόδοσης και η εγγυημένη απόδοση στην ομάδα. Επομένως, δεν μπορούν όλοι να είναι αρχηγοί.

Η αποτελεσματική ηγεσία δεν είναι μια καθολική εμπειρία, έτσι μερικοί, μπορούν να αποτύχουν ως ηγέτες (Alsayah, 2011).

Η αποτελεσματικότητα της ηγεσίας μετασχηματίζεται μέσω του αντίκτυπου σε: αποτυχία ή η επιτυχία της ομάδας. Σύμφωνα με τους Yukl και Lepsinger (2005), η αποτελεσματικότητα του ηγέτη ορίζεται ως «να επηρεάζει αποτελεσματικά τους ακόλουθους και άλλους οργανωτικά ενδιαφερόμενα μέρη δηλ ,ώστε να επιτυγχάνουν τους στόχους του οργανισμού».

Ο ίδιος, με μεταγενέστερη έρευνα επισήμανε ότι εξ ορισμού η αποτελεσματικότητα του ηγέτη «σημαντικό είναι να μετράται σε ποσοστιαίες τιμές» να επηρεάζουν τους εργαζόμενους πέρα από το τυπικό προσδοκιών ή πρότυπα απόδοσης» (Yukl, 2008).

Ο Towler πιστεύει ότι οι ηγέτες που αποδίδουν καλά με αποτελεσματικότητα, επιδεικνύουν επίσης επτά βασικούς ρόλους (Towler, 2021)

1. Ο ρόλος του καινοτόμου, δηλ.να είναι καινοτόμος και δημιουργικός.
2. Ο ρόλος του διαμεσολαβητή, δηλαδή να έχει πολιτική σοφία.

3. Ο ρόλος της απόκτησης πόρων μέσω της εξωτερικής κοινωνίας σχέση.
4. Ο ρόλος του παραγωγού, δηλαδή παρέχουν κίνητρα για ολοκλήρωση των θεμάτων που τους απασχολεί.
5. Ο ρόλος του συντονιστή, δηλαδή προγραμματισμός εργασιών και λύση, του πρόβληματος.
6. Ο ρόλος του μάνατζερ είναι να θέτει στόχους.
7. Ο ρόλος του επόπτη στον έλεγχο της απόδοσης της δουλειάς.

Η μέτρηση της αποτελεσματικότητας της ηγεσίας είναι περίπλοκο πρόγραμμα. Επιπλέον, αυτή είναι μια υποκειμενική διαδικασία γιατί οι περισσότερες εμπειρικές έρευνες διεξάγονται με βάση απόψεις είτε από οπαδό είτε ομότιμο (Towler, 2021). Έτσι, υπάρχει μεγάλος βαθμός προκατάληψης. Πολλοί ερευνητές δίνουν προσοχή σε αποτελέσματα από ομαδική εργασία και απόδοση ομάδων και οπαδών.

Τα ακόλουθα θετικά αποτελέσματα της ομάδας σχετίζονται με το πόσο αποτελεσματικός είναι ο ηγέτης. (Yukl, 2008):

1. Βελτίωση της οικονομικής απόδοσης του οργανισμού, σίγουρα, ο αντίκτυπος ήταν μέτριος, είπε ο Yukl.
2. Αύξηση των δυνατοτήτων του ανθρώπινου κεφαλαίου, αυτό επιτυγχάνεται κυρίως μέσω κανονισμών, με έμπνευση και ενδυνάμωση τους οπαδών με αυτόν τον τρόπο προκειμένου να γίνει αποτελεσματική χρήση των πόρων.

1.5 Χαρακτηριστικά αποτελεσματικών ηγετών

Είναι σαφές από την εμπειρική βιβλιογραφία ότι για να γίνει ένας αποτελεσματικός ηγέτης πρέπει να έχει εξουσία από τη μία πλευρά και από την άλλη πλευρά, πρέπει να έχει κάποιες δεξιότητες. Αλλά για να μπορέσει να τις χρησιμοποιήσει τις δεξιότητές του, πρέπει να κατανοήσει την ηγεσία και την έννοια των αναγκών και των οπαδών του (Yukl, 2008) (Sawai, 2013).

Πολλοί ερευνητές, όπως (Yukl, 2006), (Bass,2008), (Avolio et al., 2009) πιστεύουν ότι οι αποτελεσματικοί ηγέτες πρέπει να ενθαρρύνουν, εμπνεύσουν, παρακινήσουν, ενδυναμώσουν, αναπτύξουν και οδηγήσουν τους οπαδούς τους σε θέση να εργάζονται πιο αποτελεσματικά.Ο Al-Sawai (2013) προτείνει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά και συμπεριφορές:

Οι αποτελεσματικοί ηγέτες αποδεικνύουν:

1. Επιρροή. Αυτό μπορεί να οφείλεται στη θέση που κατέχει ο ηγέτης, το αποτέλεσμα της δουλειάς του ή η μεταμόρφωσή τους σύμφωνα με την υπόθεσή του (Yukl,2006).
2. Συνεργασίας πνεύμα. Οι στόχοι δεν μπορούν να επιτευχθούν χωρίς συνεργασία,είναι πολύ αδύνατη. Ηγέτης που συνεργάζεται με την ομάδα κυρίως για την αύξηση της δέσμευσης υπό αντίξοες συνθήκες με τους οπαδούς.
3. Αποτελεσματική επικοινωνία. Ένας ηγέτης δεν πρέπει μόνο να έχει όραμα μόνο,αλλά πρέπει επίσης να είναι σε θέση να το επικοινωνήσει αποτελεσματικά στους οπαδούς. Είτε με το γράψιμο, ομιλία, ανάγνωση και ακρόαση είναι διασταάσεις για την επικοινωνία. (Yukl, 2006).
4. Προσωπικότητα. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι οι ηγέτες πρέπει να έχουν ισχυρογνωμοσύνη και μια αμετάβλητη προσωπικότητα για να είναι αποτελεσματικοί. Χαρακτηριστικά όπως η ειλικρίνεια, η πειθαρχία, η αφοσίωση, η ηθική, η ακεραιότητα και η αποφασιστικότητα είναι μερικοί από τους παράγοντες που διακρίνουν τους ηγέτες τους αποτελεσματικούς. (Avolio et al.,2009).

Τα λόγια και οι πράξεις των ηγετών να είναι αξιόπιστα και έτσι δεν θα προδώσουν την εμπιστοσύνη των ακόλουθων τους (Al-Sawai, 2013).

5. Όραμα. Για να κουμαντάρεις την ομάδα είναι απαραίτητο να συνεργάζονται όλοι για την εφαρμογή των κανονισμών.

Περιορισμένη όραση από την πλευρά του ηγέτη σημαίνει περιορισμένη αποτελεσματικότητα στα μέλη αυτής της ομάδας (Avolio et al., 2009).

6. Επίγνωση της κατάστασης. Οι ηγέτες πρέπει να έχουν επαρκή επίγνωση της δυναμικής της ομάδας και της μοναδικότητάς τους σε οργάνωση και κοινές αξίες και πεποιθήσεις. Επιπλέον, είναι απαραίτητο να κατανοήσουν τις ενέργειες που θα επηρεάσουν την απόδοση της ομάδας με αναγκαστικές προσαρμογές πολιτικής και οργανωτικές διαδικασίες (Al-Sawai, 2013).

7. Διαβούλευση. Οι ηγέτες παίρνουν περισσότερες αποφάσεις μόνο κατόπιν συνεννόησης μαζί με τους ακόλουθους με τεχνικό τρόπο και αφοσίωση στους οργανωτικούς στόχους . (Bass 2008),γιαυτό συνιστάται να συγκαλεί μια κοινή συνεδρίαση για τη λήψη κοινών αποφάσεων ,με ερωτήσεις και προτάσεις από έμπειρα άτομα εργαζομένων πριν λάβουν τελική απόφαση.

8. Υποστήριξη. Οι ηγέτες πρέπει πρωτίστως να υποστηρίζουν την εργασία που είναι γεμάτη προκλητικές και αγχωτικές καταστάσεις.

Για παραδείγμα εργασιών όπου τα σφάλματα μπορεί να είναι μοιραία (π.χ. σε χειρουργεία) οι αυξημένες απαιτήσεις εργαζομένων,να τους βοηθά να αποκτήσουν συναισθηματική υποστήριξη από τον ίδιο . (Yukl, 2006).

9. Εκπαίδευση. Οι ηγέτες πρέπει να διασφαλίζουν την εκπαίδευση μη έμπειρου προσωπικού, έτσι ώστε η ομάδα, να είναι πιο αποτελεσματική. Η εργασιακή εμπειρία δεν είναι η μόνη απάντηση για νέους υπαλλήλους, αλλά και για ηλικιωμένους εργαζόμενους που καλούνται να αντιμετωπίσουν νέες καταστάσεις που δεν έχουν συναντήσει στο παρελθόν.

Θα πρέπει να αντιμετωπίσει το παρελθόν. Η εκπαίδευση μπορεί να περιλαμβάνει: τη διαδικασία της σταδιακής εκπαίδευσης ,με το να ακολουθήσουν οι υπαλλήλοι έτσι ώστε να εντοπιστούν οι αδυναμίες και ο αριθμός των σφαλμάτων που έγιναν (Avolio et al., 2009).

Αντίθετα,μπορούν να κάνουν ερωτήσεις με υπονόμηση της αποτελεσματικότητας του ηγέτη σαν κύρια εμπόδια, προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ηγέτες σχετιζόμενοι με τους οπαδούς που έχουν χαμηλή απόδοση και συγκεκριμένες ελλείψεις (Yukl, 2006)

Αυτό πρέπει να τα αντιμετωπίσει γιατί έτσι θέτουν σε κίνδυνο την αποτελεσματικότητα ολόκληρης της ομάδας, αλλά και των ίδιων.

Οι ηγέτες που δεν γίνονται αποδεκτοί από αυτούς τους οπαδούς σύμφωνα με Yukl (2006) και Al-Sawai (2013), Leaders Facing Challenges πρέπει να προβούν σε ενέργειες:

Οι ευάλωτοι εργαζόμενοι έχουν τρεις επιλογές:

1. Εκπαίδευση και αυτοκατάρτιση εργαζομένων για την καλύτερη διαχείριση των εργαζομένων.
 2. Μετακίνηση σε άλλη μονάδα όπου θα είναι περισσότερα παραγωγικοί.
 3. Απολύονται, αλλά μπορεί να τους αποβεί μοιραίο ,γιατί αυτό απαιτεί χρόνο και χρήμα
- Προσλήψεις και εκπαίδευση νέων εργαζομένων. αυτή η ανακάλυψη Ένας αντικαταστάτης εντός του οργανισμού είναι πιο κατάλληλος,σαν λύση (Yukl, 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΜΕΤΑΣΧΗΜΑΤΙΣΤΙΚΗ ΗΓΕΣΙΑ - ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ

Μια ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας υποδηλώνει ότι η θεωρία της, η μετασχηματιστική ηγεσία παραμένει η πιο πολυσυζητημένη θεωρία ηγεσίας για τη νέα χιλιετία (Dinh et al., 2014).

Οι μετασχηματιστικοί ηγέτες λέγεται ότι επικεντρώνονται στην έμπνευση ανθρώπων. Οι οπαδοί τους είναι αφοσιωμένοι σε ένα κοινό όραμα που επικεντρώνεται γύρω από έναν κοινό στόχο ή οργανισμό που ανήκουν. Λύνουν προβλήματα και αναπτύσσουν ηγετικές δεξιότητες για να καθοδηγούν και να υποστηρίζουν τους οπαδούς τους.

Σύμφωνα με τον Bass (1990), ο οποίος ανέφερε τους Stone, Russell και Patterson (2004), όταν οι ηγέτες ενισχύουν και προωθούν τα ενδιαφέροντα των εργαζομένων, όταν αυξάνουν την επίγνωση και την αποδοχή των στόχων και της αποστολής της ομάδας και όταν παρακινούν τους εργαζόμενους, η μετασχηματιστική ηγεσία θα συμβεί.. Αφήνοντας τους εργαζόμενους να κοιτάζουν πέρα από τα προσωπικά συμφέροντα και να επικεντρωθούν στα συμφέροντα της ομάδας. Στην ουσία, η μετασχηματιστική ηγεσία είναι η διαδικασία οικοδόμησης δέσμευσης για τους οργανωτικούς στόχους και, κατά συνέπεια, η ενδυνάμωση των οπαδών για την επίτευξη αυτών των στόχων.

Η μετασχηματιστική ηγεσία εμφανίζεται όταν ένα ή περισσότερα άτομα αλληλεπιδρούν με άλλα με τρόπο που επιτρέπει στους ηγέτες και τους οπαδούς να επιτύχουν. Οι μετασχηματιστικοί ηγέτες αλλάζουν τις προσωπικές αξίες των οπαδών υποστηρίζοντας το όραμα και τους στόχους του οργανισμού ενισχύοντας το. Ένα περιβάλλον όπου μπορούν να διαμορφωθούν σχέσεις δημιουργώντας ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και ένα κοινό όραμα.

Η θεωρία της μετασχηματιστικής ηγεσίας αναπτύσσεται με βάση της θεωρία της χαρισματιστικής ηγεσίας. Το παράδειγμα της χαρισματικής ηγεσίας του Weber, πρότεινε ότι οι χαρισματικοί ηγέτες είναι άνθρωποι που διαθέτουν ιδιαίτερες ιδιότητες, ξεχωρίζουν και γίνονται ηγέτες σε περιόδους κρίσης (Hughes et al, 2006).

Το έργο του Burns (1978) έπαιξε σημαντικό ρόλο στη σύγχρονη θεωρία της μετασχηματιστικής ηγεσίας, η οποία περιγράφεται όχι ως ένα σύνολο συγκεκριμένων συμπεριφορών αλλά κυρίως ως ηγέτες που εργάζονται με τους οπαδούς τους για να επιτύχουν υψηλή ηθική, συμπεριφορά και κινήτρων.

Ως αποτέλεσμα, η έννοια της μετασχηματιστικής ηγεσίας εισήχθη σε τομείς που σχετίζονται με την ηγεσία. Η βιβλιογραφία προτάθηκε για πρώτη φορά από τον Burns (1978) ο οποίος εξέτασε ότι οι Αμερικανοί πολιτικοί ηγέτες λένε ότι η ηγεσία μπορεί να εκφραστεί με δύο τρόπους: με τη μετασχηματιστική (transformational) και τη συναλλακτική (trading), δύο άκρα μιας μοναδικής συνέχειας. Σύμφωνα με τη μέθοδο Burns, οι μετασχηματιστικοί ηγέτες «μιλούν» κατευθείαν στο μυαλό τους των οπαδούς τους, οι οποίοι εστιάζουν στις δικές τους αξίες και τις ενσωματώνουν σε ευρύτερες αξίες με υψηλότερο σκοπό (Hughes et al, 2006). και τα αναδεικνύουν.

Σε κάθε περίπτωση προκύπτουν ερωτήματα και διαμορφώνουν μια κατάσταση. Τα συναρπαστικά οράματα αυτών των ηγετών για το μέλλον βοηθούν τους οπαδούς τους, να ξεπεράσουν τις προσδοκίες τους και να εργαστούν για να κάνουν αυτό που επιθυμούν (Bass & Riggio, 2006).

Από τότε που ο Burns πρότεινε για πρώτη φορά τη θεωρία της μετασχηματιστικής ηγεσίας, έχουν επίσης αναπτυχθεί διάφορες άλλες θεωρητικές προσεγγίσεις.

Στα μετέπειτα χρόνια, συμπεριλαμβανομένων των Bass (1985), Bennis & Nanus (1985), Sashkin (1988) και Tichy & Devanna (1986), αναμφίβολα, η πιο διαδεδομένη και αποδεκτή θεωρία είναι η θεωρία του Bass.

Μετασχηματιστική και συναλλακτική ηγεσία (Yukl, 1999), αυτή η θεωρία διαφέρει από την προσέγγιση του Burns γιατί η μετασχηματιστική και η συναλλακτική ηγεσία θεωρούνται δύο διακριτές διαστάσεις στις οποίες οι ηγέτες μπορεί να παρουσιάσουν μεταμορφωτικές και συναλλακτικές ιδιότητες.

Η σύγχρονη θεωρία μετασχηματιστικής ηγεσίας κατασκευάζεται από αυτό το μοντέλο ένα ολιστικό μοντέλο ηγεσίας στο οποίο αναπτύχθηκε από την Avolio & Bass (1991), όπου περιλαμβάνει τρεις διαφορετικούς τύπους ηγεσίας: μετασχηματιστικούς, συναλλακτικούς και ελεύθερους (ελευθερία δίκαιη) ηγέτες.

Με βάση αυτό το μοντέλο, η μετασχηματιστική ηγεσία περιγράφεται ως ανώτερος τύπος ηγεσίας, επικεντρωμένος στην κλιμάκωση

Βελτιώνοντας την απόδοση των οπαδών (εργαζομένων) δημιουργώντας κοινό καθεστώς (Vision) (Bass, 1990). Ως εκ τούτου, η συναλλακτική ηγεσία τονίζει ότι αναπτύχθηκε μια συναλλακτική σχέση μεταξύ ενός ηγέτη και των οπαδών με έναν στόχο όπου οι τελευταίοι τηρούν συγκεκριμένα πρότυπα απόδοσης από παροχής κινήτρων και ανταμοιβών.

Τέλος, η φιλελεύθερη ηγεσία, περιγράφει το να είσαι «μη ηγέτης» χαρακτηρίζεται από έλλειψη συγκεκριμένων κινήτρων και συμπεριφορά σημαίνει ότι προσαρμόζεται σε κάθε κατάσταση (Αντωνάκης κ.ά., 2003) Αξίζει να αναφέρουμε ότι αναπτύχθηκε με βάση τη θεωρία των Avolio & Bass (1991) εργαλείο Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ) για σκοπούς αξιολόγησης. Διάφορα στυλ ηγεσίας που εφαρμόζονται σε οργανισμούς. Αυτό η σύγχρονη έκδοση του MLQ αποτελείται από εννέα υποκλίμακες που προσδιορίζουν τρία στυλ ηγεσίας, Μετασχηματιστική Ηγεσία (Πέντε Κλίμακες), Συναλλακτική Ηγεσία (δύο κλίμακες) και Παθητικότητα/Αποφυγή (δύο κλίμακες), συμπεριλαμβανομένων τριών άλλων κλιμάκων που μετρούν τα αποτελέσματα της ηγεσίας. Ωστόσο, με τα χρόνια αυτό το εργαλείο έχει τροποποιηθεί έξι φορές, καθιστώντας την εφαρμογή του ένα σχετικά πολύπλοκο έργο, Οι διαστάσεις της ηγεσίας διαφέρουν από έκδοση σε έκδοση. ειδικός, στην πραγματικότητα, όσον αφορά την αξιολόγηση μόνο της μετασχηματιστικής ηγεσίας, Το MLQ μπορεί να μην είναι το καταλληλότερο εργαλείο γιατί δέχεται και άλλες ηγετικές υποδείξεις.

Οι Bass & Avolio προσδιορίζουν τέσσερις κύριες συμπεριφορές που συνθέτουν τη μετασχηματιστική ηγεσία:

- Εξιδανικευμένη επιρροή ή χαρισματική επιρροή (Idealized influence): Η εξιδανικευμένη επιρροή είναι το χαρισματικό στοιχείο της μετασχηματιστικής ηγεσίας στο οποίο ο ηγέτης γίνεται πρότυπο που θαυμάζεται, σέβεται και μιμείται από τους οπαδούς. Επομένως, οι οπαδοί δείχνουν υψηλό επίπεδο εμπιστοσύνης σε αυτούς τους ηγέτες. Ο αντίκτυπος της ιδεαλιστικής ηγεσίας περιλαμβάνει επίσης την ακεραιότητα με τη μορφή ηθικής, συμπεριφοράς. Η ανάπτυξη ενός κοινού οράματος είναι αναπόσπαστο μέρος της ιδεαλιστικής, μετασχηματιστικής ηγεσίας.

Οι μετασχηματιστικοί ηγέτες είναι επίσης πρόθυμοι να αναλάβουν και να μοιραστούν τους κινδύνους με τους οπαδούς τους. Ταυτόχρονα, οι μετασχηματιστικοί ηγέτες επιδεικνύουν μια αίσθηση δύναμης και εμπιστοσύνης, προωθούν κοινές και ανώτερες αξίες, έχουν ισχυρή αίσθηση του σκοπού και τονίζουν τις ηθικές συνέπειες των πράξεων και των συμπεριφορών. (Avolio & Bass, 2004)

- Εμπνευσμένο κίνητρο και παρακίνηση (Inspirational Motivation): Οι μετασχηματιστικοί ηγέτες παρακινούν, ενθαρρύνουν και παρακινούν τους οπαδούς τους. Αυτό δίνει νόημα και πρόκληση στη δουλειά τους.

Ταυτόχρονα αναζωπυρώθηκε το ομαδικό πνεύμα και αναδύθηκαν συναισθήματα όπως ο ενθουσιασμός και η αισιοδοξία. Οι μετασχηματιστικοί ηγέτες αναπτύσσουν σχέσεις με οπαδούς: αλληλεπίδραση. Επιπλέον, ενθάρρυνουν τους followers τους, να δουν ελκυστικές μελλοντικές απολαβές και τους παρακινούν να επιδείξουν το ίδιο μαζί ,με δέσμευση σε αυτό το κοινό όραμα. Η επιρροή και η έμπνευση του ιδεαλισμού. Τα κίνητρα συχνά συνδυάζονται για να δημιουργήσουν χάρισμα -εμπνευσμένη ηγεσία (Bass, 1998)

- Διανοητική –διέγερση : Οι μετασχηματιστικοί ηγέτες διεγείρουν τις προσπάθειες των οπαδών τους. Καλούνται να κάνουν κάτι καινούργιο και να δημιουργήσουν επαναπροσδιορίζοντας προβλήματα και προσεγγίζοντας καινούρια. Οι μετασχηματιστικοί ηγέτες ζητούν ιδέες από οπαδούς για δημιουργικές λύσεις σε τυχόν προβλήματα που μπορεί να προκύψουν με νοητική διέγερση. Οι ηγέτες ενθαρρύνουν τους οπαδούς να δοκιμάσουν νέες προσεγγίσεις δίνοντας έμφαση αλλά και κοινή λογική.

- Προσωπικές εκτιμήσεις: Οι μετασχηματιστικοί ηγέτες ενεργούν ως μέντορες ή προπονητές, δημιουργώντας μια υποστηρικτική ατμόσφαιρα για τους οπαδούς αναγνωρίζοντας και αποδεχόμενοι τις ατομικές διαφορές και προωθώντας αμφίδρομη επικοινωνία μέσω αποτελεσματικής ακρόασης. Αυτό τους κάνει να εξελίσσονται, αναθέτοντας σημαντικές εργασίες στους ακόλουθους παρακολουθώντας προσεκτικά εκτέλεση αυτών των ευθυνών. Κάνοντας έναν έλεγχο παρακολούθησης και βλέποντας εάν χρειάζεται πρόσθετη υποστήριξη ή καθοδήγηση.

Το καθαρό αποτέλεσμα της εξατομικευμένης προσοχής είναι να ενδυναμώσει τους οπαδούς του ηγέτη καταστάσεις που σύμφωνα με τους Bass και Avolio (1994), οι μετασχηματιστικοί ηγέτες δεν επιδιώκουν να διατηρήσουν τα υπάρχοντα συστήματα και πρακτικές. Αντίθετα, ήταν πρόθυμος να πάρει ρίσκα για να εμπνεύσει την αλλαγή και την καινοτομία.

Οι μετασχηματιστικοί ηγέτες εμπνέουν με επιτυχία τους οπαδούς τους να επιτύχουν περισσότερα από όσα αρχικά σχεδίαζαν να επιτύχουν. Ταυτόχρονα, δημιουργούν ένα υποστηρικτικό οργανωτικό κλίμα που αναγνωρίζει και σέβεται τις ατομικές ανάγκες και διαφορές. Συνοψίζοντας, οι μετασχηματιστικοί ηγέτες διατυπώνουν ξεκάθαρα ελκυστικό μέλλον μέσα στον οργανισμό.

Ενεργούν με αυτοπεποίθηση και αισιοδοξία εμπιστεύονται τους οπαδούς και δίνουν έμφαση στις αξίες μέσα από συμβολικές ενέργειες, νέους τρόπους (Avolio & Bass, 2004).

2.1 Η μετασχηματιστική ηγεσία στην πράξη

Ενώ οι παραπάνω διαστάσεις παρέχουν ένα ευρύ πλαίσιο προπονώντας ηγέτες για το πώς να εξασκηθούν όσον αφορά τη μετασχηματιστική ηγεσία, ο Yukl πρότεινε συγκεκριμένες ενέργειες, Για παράδειγμα (2006, σελ. 291-93):

1. Να ενισχυθεί ένα υπάρχον όραμα ή η δημιουργία δέσμευσης για ένα νέο όραμα που προσελκύει τους οπαδούς με σαφείς όρους

Κατανοώντας το σκοπό και τις προτεραιότητες του οργανισμού. Αυτό το όραμα είναι σημαντικό για την καθοδήγηση της δράσης και ενίσχυση της αυτονομίας κάθε μέλους,για την απόφασή του. Η επικοινωνία του οράματος εξαρτάται από την επιτυχία, γιατί πρέπει να γίνει με αποτελεσματικό τρόπο, από διαδραστική επικοινωνία και συναισθηματική γλώσσα.

Να συμπεριλάβουν εικόνες και συμβολισμούς με φαντασία. Η επικοινωνία παίζει επίσης σημαντικό ρόλο στις δεξιότητες του ηγέτη.

2. Σαφής σύνδεση μεταξύ οράματος και στρατηγικής υλοποίησης του. Οι ακόλουθοι πρέπει να κατανοήσουν το σχέδιο δράσης Το όραμα του ηγέτη για την επίτευξη ενός συγκεκριμένου στόχου μεταφέρεται μέσω ενός μονοπατιού, αλλά είναι απαραίτητο για τον ηγέτη να εμπλακεί και να συμπεριλάβει οπαδούς σε αυτή τη διαδικασία.

3. Η διαδικασία της δημιουργίας σχεδίων και της λήψης αποφάσεων την παίρνει στα σοβαρά, ενώ ταυτόχρονα εκτιμάει και εξετάζει την εποικοδομητική κριτική.

4. Η υιοθέτηση μιας ηγετική προσέγγιση που είναι αισιόδοξη και επικεντρωμένη στην επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος. Σε δύσκολες συνθήκες ή καταστάσεις γεμάτες με πολλά εμπόδια, τόσο η αισιοδοξία όσο και η αυτοπεποίθηση παίζουν καθοριστικό ρόλο. Οι πράξεις, όχι μόνο τα λόγια, είναι το πραγματικό μέτρο της αποτελεσματικότητας.

Επιπλέον, η έρευνα έχει δείξει ότι οι ακόλουθοι είναι πιο πιθανό να διαπρέψουν όταν ο ηγέτης τους αποπνέει αυτοπεποίθηση. Οι ηγέτες πρέπει να έχουν υψηλές προσδοκίες από τα μέλη της ομάδας τους. Οι ηγέτες θα πρέπει να επιδεικνύουν εμπιστοσύνη στους οπαδούς τους και να την εκφράζουν ανοιχτά, ενώ υπενθυμίζονται επίσης για τις προηγούμενες επιτυχίες τους στην υπέρβαση των προσδοκιών. εμπόδια. Μια τεχνική για την ανάδειξη των πρωταρχικών ενεργειών είναι η χρήση συμβολικών χειρονομιών.

Ένα παράδειγμα αξιών που αγνοούνται είναι η πράξη της σκόπιμης καταστροφής των εντύπων αξιολόγησης με την καύση τους.

Όταν οι ηγέτες επιδεικνύουν αυτοθυσία ή εμπλέκονται σε αντισυμβατικές ενέργειες που θέτουν σε κίνδυνο τα δικά τους συμφέροντα, οι οπαδοί τους επηρεάζονται βαθύτερα και εμπνέονται να υπερασπιστούν σημαντικές αξίες.

Είναι ζωτικής σημασίας για τους ηγέτες να λειτουργήσουν οι ίδιοι ως πρότυπα προκειμένου να μεταφέρουν αποτελεσματικά τη σημασία αυτών των αξιών στους οπαδούς τους. Στις αλληλεπιδράσεις τους με τους ακόλουθούς τους σε καθημερινή βάση, είναι επιτακτική ανάγκη για τους ηγέτες να επιδεικνύουν με συνέπεια υποδειγματική συμπεριφορά στην καθημερινή τους ζωή, αντί να το κάνουν μόνο όταν τους βολεύει. Πρέπει να έχουν υπόψη τους ότι οι ενέργειές τους βρίσκονται συνεχώς υπό παρακολούθηση και έλεγχο από τους οπαδούς τους. Η σχέση μεταξύ μετασχηματιστικής ηγεσίας και αποτελεσματικότητας διερευνάται στην ενότητα.

2.2 Η αποτελεσματικότητα της Μετασχηματιστικής ηγεσίας

Αυτή χαρακτηρίζεται από ισχυρές σχέσεις ηγέτη-οπαδού, έχει εδραιωθεί σε σύγκριση με άλλα στυλ ηγεσίας. Αυτή η υπόθεση έχει επικυρωθεί.

Η πλειοψηφία της υπάρχουσας βιβλιογραφίας για αυτό το θέμα αντιπροσωπεύεται από τη μελέτη που διεξήχθη από τους Lowe et al. το 1996. Μετά από διεξοδική ανάλυση 39 εμπειρικών μελετών, συνήχθη το συμπέρασμα ότι η μετασχηματιστική ηγεσία αποδεικνύεται πιο αποτελεσματική σε σύγκριση με τα εναλλακτικά στυλ ηγεσίας π.χ.

Τα ευρήματα δείχνουν ότι με τη βελτίωση των αποτελεσμάτων της εργασίας, η υιοθέτηση μιας συναλλακτικής προσέγγισης μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερα αποτελέσματα. Παρόμοια πρότυπα παρατηρήθηκαν μεταξύ των ηγετών σε διάφορα επίπεδα, είτε κατείχαν θέσεις χαμηλής εξουσίας είτε κατείχαν υψηλότερες θέσεις τόσο σε δημόσιους όσο και σε ιδιωτικούς οργανισμούς. Σύμφωνα με τον Shamir (1995), ο οργανισμός μπορεί να επιτύχει ενισχυμένη αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα μέσω των κινήτρων που ενσταλάσσεται στους εργαζόμενους από τη μετασχηματιστική ηγεσία.

Ο Mason (1998) επιβεβαιώνει τα αποτελέσματα, σημειώνοντας τη θετική συσχέτιση μεταξύ της αποτελεσματικότητας της ηγεσίας και των διαστάσεων της μετασχηματιστικής ηγεσίας, όπως η εξιδανικευμένη επιρροή και η εξατομικευμένη προσοχή. Αυτό ευθυγραμμίζεται με τα ευρήματα των Webb (2003) και Erkutlu (2008), οι οποίοι διεξήγαγαν τη δική τους έρευνα και κατέληξαν σε παρόμοια συμπεράσματα.

Μέσα από την ανάλυση περισσότερων από 100 εμπειρικών μελετών, διαπιστώθηκε ότι οι προαναφερθείσες διαστάσεις παίζουν σημαντικό ρόλο στην πρόβλεψη της αποτελεσματικότητας της ηγεσίας στον τομέα της πληροφορικής.

Ο Bryman (1992) διερευνά μια ποικιλία δειγμάτων και πλαισίων, συμπεριλαμβανομένων επιχειρήσεων και στρατιωτικών μονάδων. Τα στοιχεία που συγκέντρωσαν έδειξαν, ότι η μετασχηματιστική ηγεσία σχετίζεται πάντα με την αποτελεσματικότητα ηγεσία και οργάνωση. Επομένως, οι Spreitzer et al. (2005) συνήχθη το συμπέρασμα ότι η μετασχηματιστική ηγεσία και αποτελεσματικότητα της ανεξάρτητης κουλτούρας, αλλά αυτή η θετική σχέση δεν λειτουργεί με τον ίδιο τρόπο λόγω της σχέσης μεταξύ των αλλαγών. Όσο πιο πολυπληθής μια κοινωνία, τόσο πιο αδύναμη είναι η ηγεσία και η αποτελεσματικότητα σε παραδοσιακές πολιτιστικές αξίες.

Παρατηρείται σε εμπειρικές μελέτες να έχουν επιβεβαιώσει τη θετική σχέση μεταξύ της μετασχηματιστικής ηγεσίας και αποτελεσματικότητα ηγέτη.

2.3 Μετασχηματιστική ηγεσία και ικανοποίηση-Κίνητρα εργαζομένων

Κατά την ανάπτυξη της θεωρίας του, ο Bass αποτύπωσε τα ακόλουθα χαρακτηριστικά, για την έρευνα για τη μετασχηματιστική ηγεσία που μπορεί να προσφέρει μια θεωρητική βάση για την εξήγηση της ικανοποίησης των εργαζομένων (Bass, 1990).

Για παράδειγμα, αναγνώριση ηγεσίας προσπάθειες και εξατομικευμένη προσοχή στους υφισταμένους. Για να επιτευχθεί το αποτέλεσμα της βελτίωσης της ικανοποίησής τους. Την ίδια στιγμή, οι μετασχηματιστικοί ηγέτες αυξάνουν τη δέσμευση των εργαζομένων, λαμβάνοντας βασικές αποφάσεις που παρέχουν στους οπαδούς μια αίσθηση εμπλεκόμενου και αυξάνουν την ικανοποίησή τους (Choi et al., 2016). Αν και σε θεωρητικό υπόβαθρο υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις.

Η μετασχηματιστική ηγεσία έχει θετικό αντίκτυπο στην εργασία, με ικανοποίηση, υπάρχουν πολλές εμπειρικές μελέτες που το αποδεικνύουν το αποτέλεσμα. Runi et al. (2018), καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι και οι τέσσερις οι διαστάσεις της μετασχηματιστικής ηγεσίας ως προγνωστικοί παράγοντες της εργασιακής ικανοποίησης.

Ως εκ τούτου, Abelho et al., (2018) επιβεβαίωσαν τη θετική σχέση μεταξύ μετασχηματιστικής ηγεσίας και εργασιακή ικανοποίηση, ακόμη και για τις γυναίκες, που τότε η σχέση θα είναι πιο δυνατή και δεν θα συμβούν διαφορές σε αυτή τη σχέση ανά είδος οργανισμού (όπως ιδιωτικός ή δημόσιος).

Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξαν οι Khan et al. (2020) υπογράμμισαν ακόμη και τη σχέση μεταξύ της ικανοποίησης και της μετασχηματιστικής ηγεσίας είναι ισχυρά και για τα δύο μέρη, η μετασχηματιστική ηγεσία σε ατομικό επίπεδο και συνολικά αυτή. Ενδιαφέρον παρουσιάζει επίσης η μελέτη των Hanaysha et al. (2012)

Αυτό αποκαλύπτει εξατομικευμένη προσοχή και πνεύμα. Η προώθηση επηρεάζει την εργασιακή ικανοποίηση των οπαδών. Παρόλα αυτά βρίσκονται σε αντίθετες κατευθύνσεις, δηλαδή η ψυχική διέγερση έχει θετική επίδραση και η εξατομικευμένη προσοχή σχετίζεται αρνητικά με την εργασιακή ικανοποίηση.

Επομένως, τα εμπνευσμένα κίνητρα δεν το κάνουν να επηρεάζει την εργασιακή ικανοποίηση των υφισταμένων. Μια άλλη μελέτη επιβεβαίωσε τη θετική σχέση μεταξύ της έρευνας για τη μετασχηματιστική ηγεσία και την εργασιακή ικανοποίηση.

Οι Braun et al (2013) υποστηρίζουν ότι η εργασία ,ως εκ τούτου, η ικανοποίηση με τη μετασχηματιστική ηγεσία αυξάνεται με την εμπιστοσύνη των οπαδών στους ηγέτες τους.

Υπάρχουν λοιπόν τα θετικά αποτελέσματα της μετασχηματιστικής ηγεσίας σχετικά με την εργασιακή ικανοποίηση, πέρα από θεωρητικές βάσεις, που έχει επιβεβαιωθεί από την εμπειρία.

Όπως παρατηρήσαμε στις παραπάνω μελέτες, οι περισσότερες από αυτές αναφέρθηκαν,για να ενισχύσουν τα κίνητρα των εργαζομένων μέσω της άσκησης της μετασχηματιστική ηγεσίας.

Άλλωστε μια από τις διαστάσεις του, στην καρδιά της μετασχηματιστικής ηγεσίας βρίσκεται το εμπνευσμένο κίνητρο, περιγράφει τα κίνητρα των οπαδών ενός ηγέτη όταν ο ηγέτης δεν το κάνει, προβάλλουν μόνο ένα εξιδανικευμένο όραμα, αλλά το μήνυμα είναι πώς το όραμα είναι εφικτό και προτιμούν να κοιτάζουν στο μέλλον, με αισιοδοξία (Αντωνάκης κ.ά., 2003, σελ. 264). Μετά από έρευνα φαίνεται ότι το κίνητρο είναι ένα ενδιάμεσο βήμα στη σύνδεση μετασχηματιστικής ηγεσίας με εργασιακή ικανοποίηση. Δηλαδή μέσω της πραγματοποίησης του κινήτρου είναι η ικανοποίηση από την εργασία, λέει η θεωρία,που το έχουμε ήδη επισημάνει .

Για παράδειγμα, οι Bastari et al, (2020) πίστευαν μέσα από την εμπειρική τους έρευνα ότι η μετασχηματιστική ηγεσία έχει επίσης άμεσο αντίκτυπο στον εργασιακό χώρο,με την ικανοποίηση να ενισχύει επίσης τα κίνητρα με έμμεσο τρόπο. Υπάρχει παρόμοιο συμπέρασμα και κατέληξαν και οι Rafferty & Griffin (2004)και ο Humphreys (2002) τονίζει την αξία της μετασχηματιστικής ηγεσίας.

2.4 Μετασχηματιστική ηγεσία - διαχείριση κρίσεων

Παρόμοια με την προηγούμενη ενότητα, μετασχηματιστική ηγεσία συνδέεται θετικά με την αποτελεσματική διαχείριση κρίσεων και βοήθεια.

Οι τέσσερις διαστάσεις του κατά τη διάρκεια μιας κρίσης, τα άτομα πανικοβλήθηκαν, έχασαν τη συλλογική τους συνείδηση και παρουσιάστηκαν με ατομικιστική στάση. Αυτό συνήθως προκαλείται από τη διάλυση της ομάδας.

Οι μετασχηματιστικοί ηγέτες μπορούν να κάνουν πρόληψη της διάλυσης της ομάδας μέσω της εξιδανίκευσης της επιρροής και να ενισχύσουν ένα κοινό όραμα. Επιπλέον, εξατομίκευση και η εστίαση και η ενδυνάμωση των οπαδών μπορεί να βοηθήσει στη μάχη σε περιόδους κρίσης γιατί μπορούν να μάθουν από τη συλλογικότητα, αν ακολουθήσουν τη σοφία και δημιουργήσουν νέες λύσεις για αυτήν την διαχείριση κρίσεων.

Ταυτόχρονα, μέσα από εμπνευσμένα κίνητρα, οι ηγέτες μπορούν να μετατρέψουν τις αντίξοες συνθήκες σε ευκαιρίες ενεργώντας με αποφασιστικότητα. Επομένως, με θεωρητική ανάλυση η αποτελεσματικότητα της μετασχηματιστικής ηγεσίας μπορεί να τεκμηριωθεί, σε περιόδους κρίσης.

Επομένως, ο Anwar επιβεβαιώνει εμπειρικά την παραπάνω δήλωση, που (2017) κατέληξε στο συμπέρασμα μέσω εμπειρικής έρευνας ότι η πιο αποτελεσματική ηγεσία της διαχείρισης κρίσεων είναι ένα μετασχηματιστικό στυλ, κυρίως λόγω των ενισχυμένων δυνατοτήτων καινοτομίας που προκαλεί το ίδιο και υποστηρίζεται επίσης από τους Dwidienawati et al. (2020) και Mumford et al. (2002) πιστεύουν ότι η μετασχηματιστική ηγεσία είναι αποτελεσματική και αν υπάρχουν τα αβέβαια και ταραγμένα περιβάλλοντα την προωθούν και την παρακινούν στη καινοτομία και αλλαγή.

Εν τω μεταξύ, ο Menon Eliophotou (2021) από εμπειρική έρευνα δείχνει ότι δεν συνιστούν περίοδοι κρίσης, να μπαίνει φρένο στη μετασχηματιστική ηγεσία, αλλά αντίστροφα η άσκηση σε αυτές τις περιόδους κάνει οπαδούς με βάση αξίας. Όπως επισημαίνουν, όταν οι ίδιοι επιδεικνύουν πράξεις αυτοθυσίας εκτιμούνται ιδιαίτερα. Ένα όραμα που βασίζεται σε κοινές αξίες με οπαδούς, τότε αισθάνονται πιο ικανοποιημένοι και πιο δυνατοί. Επιπλέον, οι Zhang et al. (2012) προσδιορίστηκε από αντίστοιχες μελέτες μεγάλης κλίμακας.

Οι μετασχηματιστικοί ηγέτες επιτυγχάνουν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα σε περιόδους κρίσης, οικοδομώντας σχέσεις εμπιστοσύνης με κοινό έδαφος και αισιοδοξία για το μέλλον. Τέλος, αφού τονίζουν τη σχέση μεταξύ ανάγκη ανάπτυξης μετασχηματιστικών ηγετών και οπαδών σε κανονικές ώρες για να λειτουργούν σε περιόδους κρίσης, μπορεί να φανεί ότι ένας μεγάλος αριθμός εμπειρικών μελετών έχει αποδειχθεί με την εφαρμογή αποτελεσματικής διαχείρισης κρίσεων, με την μετασχηματιστική ηγεσία.

2.5 Μετασχηματιστική ηγεσία στις δομές υγειονομικής περίθαλψης-Φροντίδα

Σε αυτή την ενότητα προσπαθούμε να διαγνώσουμε τί επίδραση έχει η μετασχηματιστική ηγεσία, στις δομές υγειονομικής περίθαλψης.

Η εμπειρική βιβλιογραφία τεκμηριώνει πώς αλλάζοντας οι ηγέτες στις δομές υγειονομικής περίθαλψης αλλάζουν και τα ηγετικά τους αποτελέσματα.

Οι Robbins & Davidhizar (2007) πιστεύουν ότι είναι αποτελεσματικό στυλ ηγεσίας και ικανοποίηση Νοσηλευτικής Μονάδας και διατήρηση εργαζομένων και ικανοποίηση ασθενών, το να επισημαίνουμε τη μετασχηματιστική ηγεσία σε οργανισμούς.

Η υγειονομική περίθαλψη είναι κρίσιμη για τις παραπάνω καταστάσεις όπως λένε, οι μετασχηματιστικοί ηγέτες μπορούν με την ενθάρρυνση και την ενδυνάμωση των φροντιστών με υποστήριξη, η οποία με τη σειρά της δημιουργεί μια υγεία.

Επιπλέον, ο Smith (2011) υποστήριξε ότι το συνεχές μεταρρυθμιστικό του συστήματος υγείας είναι επιτακτικό και οι διαχειριστές δομών υγείας στρέφονται στο μετασχηματιστικό στυλ ηγεσίας, με ενθάρρυνση και διευκόλυνση της αλλαγής, με υιοθεσία μέσω αυτού του στυλ όπου οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας κερδίζουν εμπιστοσύνη στη συμμετοχή, στη μεταμόρφωση υγείας και την ανάπτυξη νέων πολιτικών υγείας.

Ο Trofíno (1995) επεσήμανε ότι η οικονομία, η δημοκρατία, καθοδηγείται από περιβαλλοντικές, κοινωνικές, πολιτικές και τεχνολογικές δυνάμεις. Τα συστήματα υγείας κινούνται προς την αλλαγή. Συστήματα υγείας για τον 21ο αιώνα ο νέος αιώνας απαιτεί νέα οράματα και νέες πρακτικές, και οι ηγέτες είναι ο καταλύτης αυτής της αλλαγής.

Άρα καταλήγει στο συμπέρασμα. ότι οι ηγέτες νοσηλευτικής νοσοκομείων πρέπει να έχουν την ικανότητα ανίχνευσης γρήγορων αλλαγών στο σύστημα και να γίνονται συμμετέχοντες μέσω διαφοροποιημένων αποφάσεων για θέματα, πρακτικές, οι οποίες θα αντικατοπτρίζουν τις αναμενόμενες τοπικές και παγκόσμιες αλλαγές.

Ταυτόχρονα, « η Τέχνη συνήθως αναφέρεται στη βελτίωση των συστημάτων υγείας που ξεκινά με το ξεκλείδωμα, με το να αναπτύξουν πρακτικές για την προώθηση μεταμορφωτική κουλτούρα και εργασιακό περιβάλλον όπου οι άνθρωποι ενθαρρύνονται και ασχολούνται με την καινοτομία και την αλλαγή».

(Atter,2008,p137).

Επιπλέον, ο Jambawo (2018) πραγματοποίησε αντίστοιχη συγκριτική μελέτη αποφασίζοντας ότι το μετασχηματιστικό στυλ ηγεσίας μπορεί να βελτιωθεί με φροντίδα και ικανοποίηση των ασθενών, ενισχύοντας την ομαδική εργασία και επηρεάζοντας θετικά την ικανοποίηση των εργαζομένων, Οργανωτικές λειτουργίες και διατήρηση προσωπικού, ταυτόχρονα, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι μετασχηματιστικοί ηγέτες πρέπει να τηρούν τις ηθικές αρχές και να συμπεριφέρονται στους οπαδούς τους και να τους αντιμετωπίζουν με αξιοπρέπεια και σεβασμό, μέσω καλών πρακτικών. Η μετασχηματιστική ηγεσία γίνεται εφικτή με πρωτοβουλίες βελτίωσης των υπηρεσιών και την παροχή ποιότητας και δίκαιη φροντίδα. Ταυτόχρονα, η εμπειρική έρευνα αναδεικνύει τη σημασία της μετασχηματιστικής ηγεσίας στην φροντίδα υγείας.

Οι Huynh et al. (2018) μέσα από μια εμπειρική μελέτη συστημάτων υγείας στις ΗΠΑ κατέληξαν στο συμπέρασμα αυτό το μετασχηματιστικό στυλ ηγεσίας είναι ο πιο αποτελεσματικός τρόπος φροντίδας των ασθενών.

Ο Lee (2012), παρόμοιο με το σύστημα υγείας των ΗΠΑ, επιχείρησε να συλλάβει το ρόλο της μετασχηματιστικής ηγεσίας στην απόδοση πεδίου εργασίας και ανέδειξε τη θετική σχέση μέσα από την εμπειρική έρευνα μεταξύ αυτών των δύο μεταβλητών.

Οι Richter et al. (2016), με εμπειρική έρευνα του σουηδικού υπουργείου Υγείας αποκαλύπτει ότι η μετασχηματιστική ηγεσία σχετίζεται θετικά με την εργασιακή ικανοποίηση και εργασιακές υποχρεώσεις.

Οι Khan et al. (2018) συνηθητοποίησαν ότι η μετασχηματιστική ηγεσία έχει θετικό αντίκτυπο στο ανθρώπινο κεφάλαιο τομέας υγείας της Μαλαισίας.

Επίσης στη Μαλαισία, οι Choi et al. (2016) υποστηρίζουν ότι η μετασχηματιστική ηγεσία επηρεάζει την ενδυνάμωση του φροντιστή, με τη σειρά του, αποδίδεται εργασιακή ικανοποίηση.

Οι Hussain and Khayat (2021) μέσα από την εμπειρική τους μελέτη αποδεικνύεται ότι όταν οι νοσηλεύτριες πιστεύουν ότι οι ηγέτες τους είναι μεταμορφωτικοί, τότε η ψυχολογική τους ενδυνάμωση θα αυξηθεί και θα έχουν υψηλότερη αίσθηση ευεξίας, η οποία με τη σειρά της θα ενισχύσει τη δέσμευσή τους στα νοσοκομεία του Πακιστάν.

Η Hudson (2020) ερεύνησε 896 επιστημονικά άρθρα σχετικά με τον τομέα της υγείας. Σε παγκόσμιο επίπεδο έχει συναχθεί το συμπέρασμα ότι η μετασχηματιστική ηγεσία συνδέεται θετικά με την εργασιακή ικανοποίηση, ασθενείς, ποιότητα και ασφάλεια υπηρεσιών.

Τέλος, οι Bosak et al. (2021) μέσα από μια εμπειρική μελέτη του καναδικού συστήματος υγείας, συνήχθη το συμπέρασμα ότι η μετασχηματιστική ηγεσία στο νοσηλευτικό προσωπικό το εξουθένωσε επαγγελματικά. Ομοίως, στην Ελλάδα, έχουν ξεκινήσει μεγάλες έρευνες για το αντίκτυπο της Μετασχηματιστικής Ηγεσίας στη Βιομηχανία Υγείας-Φροντίδα.

Η Κρέπια (2018) κοιτώντας το νοσηλευτικό προσωπικό με Ελληνικές νοσοκομειακές αποφάσεις, με μετασχηματιστική ηγεσία, βλέπει, ότι υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ της εργασιακής ικανοποίησης και πώς οι μετασχηματιστικοί ηγέτες βοηθούν τους φροντιστές αποκτώντας μεγαλύτερη εργασιακή ικανοποίηση. Μεταξύ παρόμοιων ευρημάτων, το ίδιο ισχύει και για τη Μάργαρη, (2019)

2.6 Κριτικές της μετασχηματιστικής ηγεσίας

Αν και στην πλειονότητα της εμπειρικής βιβλιογραφίας η μετασχηματιστική ηγεσία είναι ανώτερη από άλλα στυλ από πολλές απόψεις, υπήρξε επίσης κάποια κριτική.

Το πιο σημαντικό, είναι ότι βασίζεται στην ιδέα ότι στη μετασχηματιστική ηγεσία, οι ηγέτες εμφανίζονται ως ήρωες, θα λέγαμε αντιστοιχούν στους αντίστοιχους αρχαίους «μεγάλους άνδρες» θεωρία (Lee, 2014).

Αλλά αν κρίνουμε από το παράδειγμα του Χίτλερ, που ήταν μεταμορφωτικός για την εποχή του και επειδή ηγήθηκε, ολόκληρες κοινωνίες, αλλάζουν τις απόψεις τους, επειδή, αυτή η μεταμορφωτική ηγεσία είχε καταστροφικές συνέπειες για την ανθρωπότητα.

Για να αντιστρέψει αυτή την αρνητική χροιά, ο Bass, διέκρινε την εφαρμογή της μετασχηματιστικής ηγεσίας ότι εξαρτάται από το αν διέπεται από αυτήν την ηθική ή όχι, η έμφαση στη μετασχηματιστική ηγεσία δεν είναι η συμμόρφωση με τους ηθικούς κανόνες δεν μεταμορφώνει, είναι "ψευδο"Transformative»(Bass,1999,σελ.15).

Ταυτόχρονα, δίνει έμφαση στη μετασχηματιστική ηγεσία» οι δε ακόλουθοι συνεισφέρουν στον οργανισμό και όχι το αντίστροφο»

(Lee,2014, σελ. 20). Η επιρροή είναι μονόδρομος από τον ηγέτη στον ηγέτη. Τα παρακάτω τα καθιστούν πιο επιρρεπή στην εξαπάτηση (Mullins, 2016, σελ. 338). Ταυτόχρονα, στη μετασχηματιστική ηγεσία υποστηρίζει την άποψη ότι οι ηγέτες επικεντρώνονται στα συμφέροντα του λαού και θεωρεί απαραίτητους οπαδούς ενός κοινού στόχου. Όλα πάνω του άφησαν μια διάχυτη αυταρχική χροιά, τον Bass προσπαθώντας να στηρίξει τη δημοκρατία και τη συμμετοχική του απόδοση (Lee, 2014, σελ. 20). Τέλος, η Northhouse επικρίνει τη μετασχηματιστική ηγεσία επειδή η εννοιολογική ασάφεια το ξεχωρίζει (Northhouse, 2013, σελ. 202).

Σύμφωνα με τον Lee (2014, σ.21), οι διαστάσεις της αλλαγής η ηγεσία που περιγράψαμε στην προηγούμενη ενότητα είναι επικάλυψη, όπως "εξιδανικευμένη επιρροή" και το «εμπνευσμένο κίνητρο» που χρησιμοποίησε ο Bass επιδεικνύει τη μεταμόρφωση των οπαδών προς ένα κοινό όραμα. ίδια θέα αυτή την άποψη δέχεται και ο Yukl (1999), ο οποίος πιστεύει ότι ο Bass απέτυχε να καθορίσει ξεκάθαρα τις παραπάνω 4 διαστάσεις που ήθελε, αμφισβητώντας την αποτελεσματικότητά τους.

2.7 Συναλλακτική ηγεσία

Το 1987, ο Burns, συνέκρινε τη μετασχηματιστική ηγεσία με το Transactional, που ορίζει τον τρόπο με τον οποίο εργάζονται οι συναλλακτικοί ηγέτες για την επίτευξη αυτών των στόχων, τις ανάγκες των υφισταμένων, με την προϋπόθεση ότι τα πλεονεκτήματα της απόδοσής τους ανταποκρίνονται στις ανάγκες.

Σύμφωνα με αυτή τη διάσταση, διαπιστώνεται ότι η συναλλακτική ηγεσία χαρακτηρίζεται από συμπεριφορές που ανταμείβονται υπό όρους. Οι συναλλακτικοί ηγέτες επιβραβεύουν τους οπαδούς με βάση τα επιτεύγματά τους, διατηρώντας έτσι την οργανωτική απόδοση μέσω αυτών των κινήτρων και κανόνων (Xu & Wang, 2018).

Πρόκειται ουσιαστικά για μια άτυπη συναλλαγή μεταξύ ενός ηγέτη και των οπαδών του. Οι ηγέτες επιδιώκουν να εκτελέσουν ορισμένες εργασίες και επιθυμητές ενέργειες και στη συνέχεια παρέχουν τις αντίστοιχες ανταμοιβές όταν οι ακόλουθοι τις εκτελούν. Οι συναλλακτικοί ηγέτες επικεντρώνονται στην αποσαφήνιση των εργασιακών ρόλων και των προσδοκιών των εργαζομένων (Bass, 1998).

Παρέχει στους οπαδούς σαφείς οδηγίες για τις ενέργειες που πρέπει να κάνουν και στη συνέχεια τους υποστηρίζει ψυχολογικά και υλικά στην ολοκλήρωση της εργασίας (Walumbwaetal,2008).

Ο Burns είπε για τη συναλλακτική ηγεσία, «όταν κάποιος προσεγγίζει προληπτικά τους άλλους με αντάλλαγμα πολύτιμες ενέργειες», πρόσθεσε, «Οι ηγέτες δίνουν, οι ηγέτες κερδίζουν, οι οπαδοί δίνουν, οι οπαδοί κερδίζουν. Οι ηγέτες επηρεάζουν τους οπαδούς και το αντίστροφο.»(Burns,1978). Με αυτόν τον τρόπο, η συναλλακτική ηγεσία χρησιμεύει ως κοινωνική ανταλλαγή μεταξύ των ανθρώπων.

Ομοίως, ο Foster (1989) πιστεύει ότι ένας ηγέτης συναλλαγών είναι κάποιος που αλληλεπιδρά με τους υπαλλήλους με βάση μια σχέση ανταλλαγής. Οι Podsakoff et al. (2010) υποστηρίζουν ότι οι ηγέτες των συναλλαγών ενθαρρύνουν την αίσθηση της δίκαιης μεταχείρισης μεταξύ των εργαζομένων ενώ αυξάνουν το επίπεδο εμπιστοσύνης στις σχέσεις μεταξύ των εργαζομένων.

Η αίσθηση της δικαιοσύνης οδηγεί σε καλύτερες διαπροσωπικές σχέσεις και αυξάνει σημαντικά την εργασιακή τους ικανοποίηση (Bartram & Casimir, 2007).

Με άλλα λόγια, οι εργαζόμενοι που λαμβάνουν την υποστήριξη που χρειάζονται για να επιτύχουν τα επιθυμητά αποτελέσματα τείνουν να αισθάνονται πιο αποτελεσματικοί σε αυτό που κάνουν και, ως εκ τούτου, έχουν περισσότερα κίνητρα.

Είναι ικανοποιημένοι με τη δουλειά τους. Αν και τα κίνητρα για συναλλακτική ηγεσία μπορούν να ενισχύσουν την καινοτομία. Ο ενθουσιασμός των υφισταμένων και το κίνητρο των εργαζομένων συχνά σχετίζονται θετικά με το επίπεδο κινήτρων, έτσι οι υφισταμένοι είναι σε θέση να λύσουν προβλήματα ,απλούστερη προσέγγιση παρά προληπτική καινοτομία (Lee, 2008).

Επιπλέον, η καινοτόμος συμπεριφορά και οι ανταμοιβές των οπαδών συνδέονται στενά με την ικανότητα του ηγέτη να θέτει στόχους και να διεξάγει αξιολογήσεις απόδοσης ενώ παράλληλα ενισχύουν το επίπεδο ωστόσο, οι ενδεχόμενες ανταμοιβές έχουν γενικά ένα προκαθορισμένο εύρος και μπορούν να επηρεάσουν μόνο τα εξωτερικά κίνητρα των υφισταμένων.

Αυτές οι στρατηγικές μπορεί να αποκλίνουν από την πραγματική κατάσταση, να έχουν αρνητικό αντίκτυπο στα κίνητρα και τη δημιουργικότητα και δεν ευνοούν την ανάπτυξη δυναμικών ικανοτήτων. Άλλοι συγγραφείς (2010) πιστεύουν ότι οι συναλλακτικοί ηγέτες βελτιώνουν την επίγνωση των εργαζομένων για δίκαιη μεταχείριση, ενώ παράλληλα καλλιεργούν Fair play στην ευαισθητοποίηση και εμπιστεύονται τη σχέση τους.

Η αίσθηση της δικαιοσύνης οδηγεί σε καλύτερες διαπροσωπικές σχέσεις και αυξάνει σημαντικά την εργασιακή τους ικανοποίηση (Bartram & Casimir, 2007).εμπιστοσύνης στη μεταξύ τους σχέση.

Με άλλα λόγια, οι εργαζόμενοι που λαμβάνουν την υποστήριξη που χρειάζονται για να επιτύχουν τα επιθυμητά αποτελέσματα τείνουν να αισθάνονται πιο παραγωγικοί στη δουλειά τους και, ως εκ τούτου, να είναι πιο ικανοποιημένοι με τη δουλειά τους.

Αν και τα κίνητρα για συναλλακτική ηγεσία μπορούν να ενισχύσουν την καινοτομία.

Ο ενθουσιασμός των υφισταμένων και το κίνητρο των εργαζομένων συχνά σχετίζονται θετικά με το επίπεδο κινήτρων, έτσι οι υφισταμένοι είναι σε θέση να λύσουν προβλήματα, πιο εύκολος τρόπος από την προληπτική καινοτομία (Lee, 2008).

Επιπλέον, η καινοτόμος συμπεριφορά και οι ανταμοιβές των οπαδών συνδέονται στενά με την ικανότητα του ηγέτη να θέτει στόχους και να διεξάγει αξιολογήσεις απόδοσης

Ωστόσο, οι ενδεχόμενες ανταμοιβές έχουν γενικά ένα προκαθορισμένο εύρος και μπορούν να επηρεάσουν μόνο τα εξωτερικά κίνητρα των υφισταμένων. Αυτές οι στρατηγικές μπορεί να αποκλίνουν από την πραγματική κατάσταση, να επηρεάσουν τα κίνητρα και τη δημιουργικότητα και να μην ευνοούν την ανάπτυξη δυναμικών ικανοτήτων.

Η συναλλακτική ηγεσία έχει ταξινομηθεί και χωριστεί στις ακόλουθες δύο διαστάσεις (Bass, 1985):

- Ηγεσία ενδεχόμενης ανταμοιβής- Contingent Rewards Leadership : Εδώ οι συναλλακτικοί ηγέτες παρέχουν απτές και άυλες διαστάσεις στους οπαδούς τους.

Παρέχουν ανταμοιβές για την εκτέλεση εργασιακών ευθυνών. Οι κατεστημένοι φορείς παρέχουν υπηρεσίες με αποτελεσματικό τρόπο ως αντάλλαγμα. Για την επίτευξη των στόχων του οργανισμού και τη διαίωσιση του σκοπού του οργανισμού αμοιβή. Για το Bass & Bass, τέτοιες συμφωνίες αυξάνονται, και έχουν εποικοδομητικά χαρακτηριστικά.

- Ενεργή διαχείριση εξαιρέσεων – Active Management by exception :

Σε αυτή τη διάσταση ο συναλλακτικός ηγέτης ενημερώνεται για την απόδοση και τις πράξεις των υπαλλήλων – υφισταμένων. Όταν αυτές ξεφεύγουν από τις προσδοκώμενες , ο ηγέτης διορθώνει με σκοπό να μην αλλάξει το αρχικό οργανωτικό σύστημα (Jansen et al., 2009). Ο ηγέτης ενημερώνεται, εννοείται για το τελείωμα των εργασιών και έχει πάντα στα χέρια του τον χειρισμό των αντιξοοτήτων .

2.8 Παθητική ηγεσία – αποφευκτική ηγεσία

Στην παθητική-αποφυγή ηγεσία αποφεύγονται οι ευθύνες διαχείρισης. Ουσιαστικά, αυτό που συζητείται είναι η έλλειψη ηγεσίας στην οποία οι ηγέτες αδιαφορούν παθητικά για τους οπαδούς τους, την επιτυχία του οργανισμού και την επίτευξη των οργανωτικών στόχων. Η αποφευκτική ηγεσία ουσιαστικά αποφεύγει τις ηγετικές συμπεριφορές και αναλαμβάνει δράση (Stewart, 2006).

Αυτό ορίζεται επίσης ως παθητική ηγεσία, όπου ο ηγέτης δεν χρησιμοποιεί τη δύναμή του. Το 2005, η Cauty (αναφέρεται στο Appelbaum et al., 2015) δήλωσε ότι η παθητική ηγεσία νοείται ως «μη ηγετική».

Οι παθητικοί ηγέτες αποφεύγουν να αναλάβουν την ευθύνη, απουσιάζουν όταν χρειάζεται, δεν ανταποκρίνονται σε αιτήματα για βοήθεια και αρνούνται να μιλήσουν για σημαντικά θέματα τείνουν να αποστασιοποιούνται σωματικά και συναισθηματικά από τους υφισταμένους τους και να τους αντιμετωπίζουν ως άτομα και όχι ως μέλη της ομάδας (Appelbaum et al., 2015).

- Παθητική διαχείριση εξαιρέσεων :

Εδώ οι Dimension Leaders παρακολουθούν παθητικά τη συμπεριφορά των οπαδών επέμβαιουν μόνο μετά την αποκατάσταση σοβαρών προβλημάτων. Η διαφορά μεταξύ της ενεργός διαχείριση της εξαίρεσης έγκειται στην παρέμβαση αλλά και στην απουσία της να αποτρέψουν τυχόν πιθανά προβλήματα.

- Αποφυγής Ηγεσία Avoidant Leadership (LF): Στην αποφευκτική ηγεσία, αποφεύγεται ο διευθυντικός ηγέτης να πάρει ευθύνη. Ουσιαστικά, κάποιιοι λένε ότι η ηγεσία απουσιάζει επειδή οι ηγέτες δεν ενδιαφέρονται

Εξυπηρετούν παθητικά τους υφισταμένους, την επιτυχία του οργανισμού και την επίτευξη των οργανωτικών στόχων. Αποφεύγουν τις ηγετικές συμπεριφορές και δεν αναλαμβάνουν δράση (Stewart, 2006).

Αυτό ορίζεται επίσης ως παθητική ηγεσία, όπου ο ηγέτης δεν χρησιμοποιεί τη δύναμή του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ:ΟΡΙΣΜΟΣ -ΧΑΡΑΚΤΗΡΕΣ

Η υγεία είναι αναφαίρετο δικαίωμα και δομικό χαρακτηριστικό του ανθρώπου . Αν και είναι παρόμοιο με άλλους τομείς του κοινωνικού κεφαλαίου (δηλ. εκπαίδευση, εργασία κ.λπ.) Η μη προβλεψιμότητα και η πολυπαραγοντική βιολογική βάση των προβλημάτων υγείας τα κάνει να διαφέρουν σημαντικά από οποιονδήποτε άλλο τομέα, καθορίζοντας έτσι την ιδιαίτερη φύση του τομέα υγείας (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2000). Υπηρεσίες υγείας που παρέχονται σε άτομα ή ομάδες ανθρώπων από εξαιρετικά αυστηρούς φορείς. Το πολύπλοκο δίκτυο δομών και οργανισμών που περιγράφεται ως σύστημα υγείας.

Η αναγνώριση των συστημάτων υγείας έναντι μεγάλων οργανισμών παροχής υπηρεσιών, όπως νοσοκομεία ή κέντρα υγείας, δεν βοηθά στην κατανόηση του πολύπλοκου πλαισίου στο οποίο συμβαίνουν οι διαδικασίες ανάπτυξης του συστήματος υγείας, στοιχείο απαραίτητο για την αντιμετώπιση ζητημάτων ηγεσίας των υπηρεσιών υγείας (Belrhiti et al., 2018).

Πρώτον, η κεντρική έννοια του «συστήματος» περιλαμβάνει την έννοια ενός συνδυασμού συλλογής οντοτήτων/αντικειμένων/στοιχείων που συνδέονται μεταξύ τους για να σχηματίσουν ένα σύνολο/όλον, το οποίο εμφανίζει ιδιότητες που χαρακτηρίζουν το σύνολο και όχι το σύνολο. τα μέρη που το απαρτίζουν. Επομένως, ένα σύστημα δεν είναι απλώς τα εμπλεκόμενα μέρη, η συμπεριφορά και η απόδοσή του καθορίζονται από τα δομικά του στοιχεία, τις μεταξύ τους σχέσεις και τελικά τη δομή του.

Σε γενικές γραμμές, τα συστήματα είναι αυτο-οργανωμένα, συνεχώς μεταβαλλόμενα, ελεγχόμενα από την ανάδραση, μη γραμμικά, απρόβλεπτα, εξαρτώμενα από το χρόνο και δύσκολα αλλάζουν (WHO, 2009). Ιδιαίτερα ανήκει σε πολύπλοκα συστήματα υγείας Adaptive Systems (Complex Adaptive Systems), «από Οργανισμοί, άτομα και δραστηριότητες των οποίων πρωταρχικός στόχος είναι η προώθηση, η αποκατάσταση ή η διατήρηση της υγείας. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει προσπάθειες αλλαγής και επίδρασης των κοινωνικών καθοριστικών παραγόντων της υγείας, καθώς και πιο άμεσες δραστηριότητες βελτίωσης της υγείας. Ένα σύστημα υγείας είναι επομένως κάτι περισσότερο από μια πυραμίδα δημόσιων εγκαταστάσεων που παρέχουν προσωπικές υπηρεσίες υγείας.

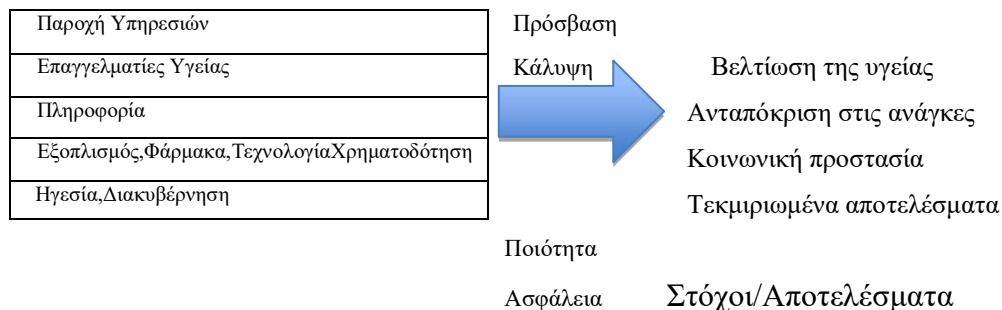
Για παράδειγμα, περιλαμβάνει μητέρες που φροντίζουν άρρωστα παιδιά στο σπίτι, «διωτικούς παρόχους υπηρεσιών», «προγράμματα αλλαγής συμπεριφοράς, οργανισμούς ασφάλισης υγείας, νομοθεσία για την υγεία και την ασφάλεια στην εργασία» (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2007).

Ο Πίνακας 1 παρακάτω παρουσιάζει τη μεθοδολογία της ΠΟΥ (2009).

Ένα πλαίσιο συστήματος υγείας που περιγράφει τα στοιχεία του συστήματος, τους επιδιωκόμενους στόχους του και τα αποτελέσματα της λειτουργίας του.

Τα συστήματα υγείας στοχεύουν στη βελτίωση της υγείας και στην ανταπόκριση μέσω τεκμηριωμένης πρακτικής και αποτελέσματα που θα συμβάλουν στην κοινωνική προστασία και ανάπτυξη

Πίνακας 1: Συνιστώσες του συστήματος υγείας



Είναι σαφές από τα παραπάνω ότι υπάρχουν διαφορές μεταξύ των συστημάτων υγείας .

Η χώρα και το περιβάλλον σχετίζονται με την αναπτυξιακή της ιστορία.

Συγκεκριμένες συνθήκες (κοινωνικές, οικονομικές, πολιτικές κ.λπ.).

Την ίδια στιγμή, οι διάφοροι οργανισμοί και δομές που αποτελούν μέρος του συστήματος (π. νοσοκομείο ή κέντρο υγείας) είναι υποσυστήματα ενός ευρύτερου συστήματος, με αντίστοιχα χαρακτηριστικά και ιδιότητες.

Τέλος, διαφορετικά μέρη του συστήματος διασυνδέονται και αλληλεπιδρούν συνεχώς μεταξύ τους με προβλέψιμους ή απρόβλεπτους τρόπους, γεγονός που συμβάλλει στην πολυπλοκότητα των υπηρεσιών υγείας.

Όπως φαίνεται παρακάτω, ειδικά για τις υπηρεσίες ΠΦΥ, ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας τους είναι ένας τομέας όπου οι θεωρητικές προσεγγίσεις και οι πρακτικές εφαρμογές αλλάζουν συνεχώς και αυτή η διαφορά παραμένει ακόμη και σήμερα.

3.1 Ηγεσία στις υπηρεσίες υγείας

Όπως σε όλους τους οργανισμούς του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα, η ηγεσία διαδραματίζει βασικό ρόλο στους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα στην εφαρμογή μεταρρυθμίσεων, τη διασφάλιση της ποιότητας και την επίτευξη βέλτιστης χρήσης των υπαρχόντων πόρων του συστήματος υγείας (Dorros, 2006).

Φυσικά, το κοινό νήμα είναι ότι δεν υπάρχει καθολικά αποδεκτό στυλ διαχείρισης, διοίκησης και ηγεσίας για τις μονάδες υγείας, καθώς επηρεάζονται από τους διάφορους δομικούς και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες που η ηγεσία του οργανισμού, καθώς και η διοίκηση του νοσοκομείου, πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τις ιδιαιτερότητες των επιχειρησιακών περιοχών κατά τη λήψη αποφάσεων, στο πλαίσιο του καθορισμού και του σχεδιασμού δράσεων και ενεργειών για την προώθηση του κινήτρου και της αποτελεσματικότητας των εργαζομένων και της αποτελεσματικότητας του τμήματος του Νοσοκομείου. (Γούλα, 2007)

Ανεξάρτητα, ωστόσο, η ηγεσία είναι ζωτικής σημασίας για την επίτευξη των γενικά συμφωνημένων στόχων του συστήματος υγείας, ιδίως όσον αφορά τη βελτίωση της κατάστασης υγείας του γενικού πληθυσμού σύμφωνα με συγκεκριμένα κριτήρια και την παροχή υπηρεσιών υγείας με τον πιο αποτελεσματικό τρόπο ώστε να μην παγιδεύονται σε μια γωνία. Είναι σπατάλη πόρων (Goodwin, 2006).

Ειδικά τα τελευταία χρόνια, η ηγεσία έχει γίνει μια κρίσιμη μεταβλητή για τη βιωσιμότητα του συστήματος υγείας διαμορφώνουν τα διεθνή συστήματα υγείας (Hunter, 2007).

Σε αυτό το πλαίσιο, έχει προκύψει ένα πιο σύγχρονο μοντέλο διαχείρισης, το οποίο είναι πιο ανθρωποκεντρικό και δίνει έμφαση στη συμμετοχή όλων των ομάδων συμφερόντων, συμπεριλαμβανομένων των ασθενών, των επαγγελματιών υγείας, των διαμορφωτών πολιτικής υγείας και άλλων παραγόντων (Manion, 2005).

Η αναποτελεσματική ηγεσία θεωρείται βασική μεταβλητή στην «κακή» οργανωτική απόδοση της υγείας, η οποία μεταφράζεται σε αρνητικά αποτελέσματα υγείας για τους ασθενείς και αντίστοιχη υποβέλτιστη χρήση των πόρων (Gabow et al., 2012).

Όπως επισημαίνει ο Lee (2010), ακόμη και αν ληφθούν υπόψη οι ραγδαίες εξελίξεις στους τομείς της ιατρικής επιστήμης και της οργανωτικής διαχείρισης στην υγεία, η ελλιπής κατανόηση του τι συνιστά αποτελεσματική ηγεσία σήμερα είναι ένας από τους σημαντικότερους κινδύνους για τα συστήματα υγείας παγκοσμίως.

Οι διευθυντές και οι ηγέτες των οργανισμών υγείας αντιμετωπίζουν πολλές προκλήσεις, οι παλιοί κανόνες διαχείρισης δεν ισχύουν πλέον και ως εκ τούτου χρειάζονται νέα στυλ ηγεσίας για τη βελτίωση της ποιότητας της διαδικασίας λήψης αποφάσεων και ταυτόχρονα, για την ενίσχυση του ανθρώπινου κεφαλαίου που χρησιμοποιούν (Gunderman, 2009).

Ταυτόχρονα, διεθνώς βρίσκονται σε εξέλιξη ολοκληρωμένες μεταρρυθμίσεις των συστημάτων υγείας, με στόχο την αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας και των αντίστοιχων διοικητικών δομών, έτσι η ηγεσία θεωρείται πλέον σημαντικός παράγοντας για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των επιμέρους οργανισμών (McAleamey, 2006).

Δεν είναι τυχαίο ότι τα τελευταία χρόνια ένας αυξανόμενος αριθμός εκπαιδευτικών προγραμμάτων έχει αναπτυχθεί και υλοποιηθεί παγκοσμίως, που στοχεύουν επαγγελματίες υγείας και στοχεύουν στην ανάπτυξη ικανών και αποτελεσματικών ηγετών (Stoller, 2013).

Η ηγεσία των επαγγελματιών υγείας είναι βασικό συστατικό για τη βελτίωση της απόδοσης των οργανισμών υγείας και τη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης περίθαλψης, ιδιαίτερα σε επίπεδο τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Stefl, 2008).

Λοιπόν, στην ξένη βιβλιογραφία, η ηγεσία θεωρείται ένας από τους πιο κρίσιμους παράγοντες στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας στα νοσοκομεία και στη βέλτιστη αξιοποίηση της τρέχουσας ιατρικής γνώσης και επαγγελματικής εμπειρίας του προσωπικού (McAlearney, 2008).

Πράγματι, τα τελευταία χρόνια, υπάρχει ιδιαίτερο ερευνητικό ενδιαφέρον για την ηγεσία των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, το οποίο σχετίζεται με διάφορες πτυχές της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας των οργανισμών υγείας, όπως η ικανοποίηση των ασθενών και η μείωση των επιπλοκών κατά τη νοσηλεία. (Wong και Cummings, 2007).

Εάν η ηγεσία κατανοηθεί ως η επιρροή ενός ηγέτη σε μια συγκεκριμένη ομάδα ανθρώπων για την επίτευξη ή την επιδίωξη στόχων, τότε ίσως όλοι όσοι εργάζονται στις υπηρεσίες υγείας μπορούν να γίνουν ηγέτης κάποια στιγμή ή για έναν συγκεκριμένο σκοπό.

Ωστόσο, υπάρχουν σημαντικές διαφορές στο υπόβαθρο, το περιβάλλον, τις πηγές εξουσίας, τους ηγετικούς σκοπούς και τις πρακτικές μεταξύ του στελέχους του τμήματος, του διευθυντή νοσηλευτικών υπηρεσιών του περιφερειακού νοσοκομειακού τμήματος και του συντονιστή επιστημονικών λειτουργιών του νοσοκομείου ,τύποι αστικών κέντρων υγείας.

(Hartley & Martin, 2008)

Οι ηγετικοί ρόλοι αναγνωρίζονται ανεξάρτητα από τον ρόλο που κατέχει κανείς, υγειονομικής περίθαλψης είτε του προέδρου του διοικητικού συμβουλίου είτε του ιατρικού – νοσηλευτικού προσωπικού (West et al., 2015)

Ο ρόλος της ηγεσίας στη νοσηλευτική είναι εξαιρετικά σημαντικός και σωστός, γιατί επιδεικνύεται ηγεσία με υψηλής ποιότητας φροντίδα ασθενών και ασφάλεια των μελών της ομάδας φροντίδας ,κάθε φροντιστή.

Οι κορυφαίες υπηρεσίες πρέπει να διαμορφώνουν την ιδανική οργάνωση περιβάλλον, αποδεχόμενοι τις ευθύνες των ρόλων μέσα στο σύστημα παροχής φροντίδας

(Πρεβύζη & Κόλλια, 2012).

Για φροντιστές τα ηγετικά του χαρακτηριστικά αναγνωρίζονται λόγω του ρόλου του στη φροντίδα των ασθενών και της εκπαίδευσης που έχει λάβει.

Αποτελεσματική ηγεσία στη νοσηλευτική ευέλικτη και συνεργατική, με διάχυση ισχύος και μόχλευση στις προσωπικές αρχές και αξίες για την εξασφάλιση υψηλής ποιότητας απόδοσης (West et al, 2015).

Στον τομέα των υπηρεσιών υγείας, ο ηγετικός ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού στη λειτουργία της ομάδας υγείας είναι να δημιουργήσει συνθήκες για την ενίσχυση του ρόλου της ομάδας, να ενισχύσει την ικανότητα της ομάδας να παίζει το ρόλο της και να καθοδηγήσει την ομάδα στη βελτιστοποίηση της λειτουργία της.(Αδαμακίδου, 2015).

Ωστόσο, οι κακές συνθήκες εργασίας, τα απαιτητικά θέματα και η εστίαση στη νοσηλευτική, ειδικά στις υπηρεσίες υγείας, περιορίζουν τις πρωτοβουλίες ηγεσίας των νοσηλευτών (Lanzoni et al., 2016).

Προκειμένου το νοσηλευτικό προσωπικό να αναλάβει σημαντικούς ηγετικούς ρόλους σε περιβάλλοντα υγείας, μπορεί να απαιτήσει αλλαγή κουλτούρας μεταξύ όλων των εμπλεκόμενων, συμπεριλαμβανομένων των ίδιων των νοσηλευτών. (McKenna et al., 2004).

Αν και αδιαμφισβήτητος, ο πρωταγωνιστικός ρόλος των ιατρών στις υπηρεσίες υγείας παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των διαφόρων οργανισμών και διαφορετικούς τομείς του ίδιου οργανισμού.

Σε νοσοκομειακό περιβάλλον, η μεγαλύτερη συμμετοχή στην επιτροπή γιατρών έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με υψηλότερη απόδοση, υψηλότερη ικανοποίηση των ασθενών και χαμηλότερη θνησιμότητα (West et al., 2015).

Ο ηγετικός ρόλος του γενικού ιατρού στη δομή της υγείας έχει περιγραφεί ευρέως και, εκτός από την παραδοσιακή προσωπική σχέση με τους ασθενείς, ασχολείται με την ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης ασθενειών και προαγωγής της υγείας στον πληθυσμό.

Η συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας, ειδικά μέσω ομάδων υγείας (Μπένος, 1996).

Ως αρχηγός ομάδας, πρέπει να ενσταλάξει ένα κοινό όραμα και φιλοσοφία στα μέλη του, να συμβάλει στη βελτίωση των αλληλεπιδράσεων και να δημιουργήσει αποτελεσματικά κανάλια επικοινωνίας και διάδοσης πληροφοριών (Λιόνης και Μποδοσάκης, 2015).

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, ο ρόλος των γενικών ιατρών στις υπηρεσίες υγείας έχει διευρυνθεί σημαντικά και είναι πολύπλευρος, αλλά όχι χωρίς δυσκολίες ή εμπόδια (Giordano, R., 2011).

Οι γραφειοκρατικές διαδικασίες και η χρηματοδότηση των υπηρεσιών αποτελούν σημαντικές προκλήσεις (Mostahari et al., 2014) και η ανάληψη πρωτοβουλιών ηγεσίας μπορεί να διαταράξει τις προσπάθειες θεραπείας ή να περιορίσει τον φόρτο εργασίας, ιδιαίτερα για τους ιδιώτες ιατρούς. (Spehar et al., 2017)

Σε αυτό το πλαίσιο, η έρευνα ηγεσίας υγείας έχει επισημάνει διάφορα στύλ ηγεσίας, συμπεριλαμβανομένων των συναλλακτικών, μετασχηματιστικών, φιλελεύθερων, σχεσιακών, δημοκρατικών και γραφειοκρατικών (Sfantou et al., 2007). Μεταξύ αυτών, η μετασχηματιστική ηγεσία είναι εξαιρετικά δημοφιλής και έχει αποτελέσει αντικείμενο έρευνας πολλών ερευνητών.

3.2 Πλαίσια και τομείς εφαρμογής ηγεσίας στις υπηρεσίες υγείας.

Οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν μέρος του συστήματος υγείας και διαφοροποιούνται οι σχέσεις μεταξύ τους περιλαμβάνοντας τύπους οργανισμών και διασυνδέσεις με άλλες δομές και οργανισμούς.

Οι Hartley & Martin, 2008 περιγράφουν τρία διαφορετικά επίπεδα πλαισίων υπηρεσιών:

- Εθνικό και δημόσιο επίπεδο πολιτικής, που περιλαμβάνει σύνταξη της στρατηγικής και η πολιτική υγείας αναπτύσσονται και επηρεάζουν έντονα όλα τα άλλα πεδία,
- Περιφερειακό/τοπικό επίπεδο, εμφανίζονται σε διαφορετικούς τύπους με συνεργασία και σχεδιασμό για σκοπούς ανάπτυξης, οργάνωσης και επίβλεψης των υπηρεσιών
- Οργανωτικό επίπεδο, που περιλαμβάνει τις λειτουργίες οργανισμών που παρέχουν ιατρικές υπηρεσίες, όπως νοσοκομεία, ιατρικά κέντρα, ιδιωτικές κλινικές κ.λπ.

Τα όρια μεταξύ αυτών των επιπέδων δεν είναι πάντα ξεκάθαρα Πολλαπλές διεργασίες μπορεί να εμφανίζονται σε διαφορετικά περιβάλλοντα. Ταυτόχρονα, κάθε επίπεδο έχει δυναμική, μεταβλητότητα, ιδιαιτερότητες και αλληλεπιδράσεις που υπάρχουν υπό συγκεκριμένες συνθήκες που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την άσκηση οποιασδήποτε μορφής ηγετικής δράσης.

Ένας άλλος παράγοντας που πρέπει να ληφθεί υπόψη είναι η δύναμη και επιρροή που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την άσκηση ηγεσίας (Hartley & Martin, 2008).

Σχετικά με την εγγύτητα και την ευθυγράμμιση ενός ηγέτη με την ομάδα του υπάρχουν δύο τύποι ηγεσίας, η άμεση και η έμμεση ηγεσία. Στις υπηρεσίες υγείας, η άμεση ηγεσία εμφανίζεται σε μικρές ομάδες, με κοινούς στόχους και οικείες σχέσεις, και επικεντρώνεται σε ιδρύματα πρώτης γραμμής, όπως κλινικές και κέντρα υγείας. Υπάρχει μια άλλη διαφορά μεταξύ κλινικής και μη κλινικής ηγεσίας,

Το πρώτο συστατικό είναι η κλινική εξειδίκευση της παρεχόμενης υπηρεσίας, όπως αυτή που υλοποιείται από επαγγελματίες υγείας.

Υπάρχει επίσης μια διαφορά μεταξύ της ηγεσίας που ασκούν οι πολιτικοί και της ηγεσίας που ασκούν οι δημόσιοι υπάλληλοι, μια διαφορά που προκύπτει από το γεγονός ότι οι πολιτικοί, σε αντίθεση με τους δημόσιους υπαλλήλους, εκλέγονται και επομένως έχουν την ευθύνη να λαμβάνουν αποφάσεις για λογαριασμό άλλων εμπλεκομένων.

Τέλος, στις υπηρεσίες υγείας, ένα άτομο δεν είναι πάντα στο ύψος των καθηκόντων της ηγεσίας. Ως εκ τούτου, αναφερόμαστε σε ατομική ηγεσία και ηγεσία που κοινοποιείται στις ομάδες, με την τελευταία να είναι ιδιαίτερα περίπλοκη και χρονοβόρα. Η ηγεσία στις νοσοκομειακές κλινικές περιλαμβάνει επομένως έναν τρίτο τομέα (οργανωτικό), ο οποίος έχει τα ακόλουθα στοιχεία: άμεση ηγεσία, κλινικός τύπος, ενδεχομένως προσωπικής φύσης.

Ωστόσο, ακόμη και σε αυτή την περίπτωση είναι απαραίτητο να εξεταστεί εάν η ηγετική πρωτοβουλία είναι αποτέλεσμα συγκεκριμένων χαρακτηριστικών του ηγέτη ή της θέσης που κατέχει στον οργανισμό ή της ευρύτερης ομάδας ή των σχέσεων και των διαδικασιών μεταξύ των μελών της ομάδας σε διάφορα τμήματα του νοσοκομείου.

Όλα τα παραπάνω αποτελούν ένα μωσαϊκό πρακτικής ηγεσίας υπηρεσιών υγείας, που τα θέματα ποικίλλουν ανάλογα με την κατάσταση και το πλαίσιο

3.3 Ηγετικές ικανότητες και τύποι στις υπηρεσίες υγείας

Η άσκηση ηγεσίας στα ιδρύματα υγείας γίνεται σε πολλαπλά επίπεδα και συγκεκριμένα με συγκεκριμένους τρόπους. Σύμφωνα με την NHS Leadership Academy (2012), η ηγεσία σημαίνει παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας μέσω προώθησης ατόμων, δυνατότητες, συνεργασία με τρίτους, διαχείριση και βελτίωση των υπηρεσιών, δημιουργώντας ένα όραμα, ορίζοντας μια κατεύθυνση και μια στρατηγική. Για καθεμία από τις παραπάνω κατηγορίες, η άσκηση ηγεσίας σχετίζεται με ειδικές πρακτικές και δυνατότητες, εάν ακολουθούνται, διασφαλίζοντας την αποτελεσματικότητα με ευεργετικά αποτελέσματα.

Ως εκ τούτου, η ανάδειξη των προσωπικών δεξιοτήτων και της αυτοδιαχείρισης, είναι συνεχής προσωπική ανάπτυξη, ηθική συμπεριφορά και αυτο-ανάπτυξη συνείδησης.

Η συνεργασία με τρίτα μέρη περιλαμβάνει τη δικτύωση και την ανάπτυξη συνεργασιών, τη δημιουργία και τη διατήρηση σχέσεων, την εργασία σε ομάδες και την ενθάρρυνση της συμμετοχής παρέχοντας ένα υποστηρικτικό περιβάλλον.

Διαχείριση και προγραμματισμός υπηρεσιών, διαχείριση ανθρώπινων πόρων και απόδοσης με παράλληλη βελτίωση των υπηρεσιών, είναι η διασφάλιση της ασφάλειας και της ευκολίας των ασθενών

Μεταμορφώνοντας, αξιολογώντας κριτικά και προωθώντας την καινοτομία, βελτιώνεται ο καθορισμός της κατεύθυνσης που απαιτεί τη λήψη αποφάσεων και αξιολογήσεων με επιπτώσεις και αποτελέσματα, με εφαρμογή της γνώσης που βασίζεται σε στοιχεία ερευνώντας περιοχές που χρειάζονται αλλαγή.

Για να δημιουργηθεί ένα όραμα χρειάζεται, ο καθορισμός του οράματος του οργανισμού, να κοινοποιηθεί σε τρίτους και ενσωματωθεί σε συμπεριφορές που συνάδουν με τις αξίες του οργανισμού. Τέλος, η διαμόρφωση στρατηγικής αφορά τον προσδιορισμό της στρατηγικής και τη διαμόρφωση, την εφαρμογή και την ενσωμάτωσή της στον οργανισμό.

Οι πιο μελετημένοι τύποι ηγεσίας στις υπηρεσίες υγείας είναι μετασχηματιστική, αυθεντική και συναλλακτική ηγεσία (West et al., 2015) Τα δύο πρώτα συνδέονται με καλύτερα αποτελέσματα και καλύτερη εξυπηρέτηση.

Η μετασχηματιστική ηγεσία περιγράφεται ως «καλύτερη» από τη συναλλακτική ηγεσία.

Εμπνέοντας συναισθηματικά τα άτομα να επιτύχουν φιλόδοξα οράματα, στόχους χωρίς υιοθέτηση μιας ρεαλιστικής προσέγγισης κόστους-οφέλους και αντιστάθμισης (Hartley και Martin, 2008).

Η συναλλακτική ηγεσία είναι πολύ αποτελεσματική σε οργανισμούς που έχουν τα ακόλουθα χαρακτηριστικά με αυστηρές ιεραρχίες, αντίθετα, η μετασχηματιστική ηγεσία είναι πολύτιμη όσον αφορά τη δυναμική και σε ασταθές περιβάλλον. Έτσι και οι δύο μέθοδοι μπορούν να προσφέρουν

Η ηγεσία σε διαφορετικές καταστάσεις και στάδια θα πρέπει να χρησιμοποιείται κατάλληλο περιβάλλον και πλαίσιο.

Ιδιαίτερη προσοχή έχει δοθεί στη «σκοτεινή πλευρά» των χαρισματικών ιδιοτήτων των μετασχηματιστικών ηγετών, ιδιαίτερα στις δημόσιες υπηρεσίες, καθώς η εφαρμογή τους μπορεί να είναι προβληματική (Hartley και Martin, 2008).

Εναλλακτικά, τονίζεται ο ρόλος της αυθεντικής ηγεσίας, που τονίζει,ότι όλα τα μέλη μιας οργάνωσης ή ομάδας αναλαμβάνουν την ευθύνη και ωφελούν ένα από αυτά με κλίμα συνεχούς μάθησης και βελτίωσης στον οργανισμό (Wong and Cummings, 2009)

3.4 Παράγοντες που επηρεάζουν την άσκηση ηγεσίας σε μονάδες υγείας –πρόκληση

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι υπάρχει έλλειψη οικονομικών, ανθρώπινων και φυσικών πόρων αποτελεί σημαντική πρόκληση για την ηγεσία των υπηρεσιών υγείας.

Η έλλειψη πόρων, ιδίως ανθρώπινων πόρων, καθώς και θέματα όπως τα κίνητρα και τα ανεπαρκή προγράμματα εκπαίδευσης και κατάρτισης, θεωρούνται τα σημαντικότερα εμπόδια για την αποτελεσματική ηγεσία στις εγκαταστάσεις υγείας.

Αυτά τα εμπόδια επηρεάζουν την ποιότητα της παροχής υπηρεσιών με τους οργανωτικούς στόχους. Άλλα εμπόδια περιλαμβάνουν το είδος και την ύπαρξη οργανωτικών δομών Σε αυτούς τους οργανισμούς υπάρχει γραφειοκρατία (Reyes et al., 2014; Figueroa et al., 2019).

Αυτές οι συνθήκες γενικά δεν εμπίπτουν στο πεδίο της οργανωτικής ηγεσίας. Υπάρχουν πολλοί νόμοι και κανονισμοί σε ισχύ για περιβάλλοντα φροντίδας, με αύξηση του πολύπλοκου (Elkington et al., 2017).

Μια άλλη πρόκληση σχετίζεται με την πολυπλοκότητα του ίδιου του περιβάλλοντος των οργανισμών υγείας. Η παρουσία διαφορετικών επαγγελματικών ομάδων με πολύπλοκες αλληλεπιδράσεις καθιστά αυτούς τους οργανισμούς ιδιαίτερα περίπλοκους (Wongprasit, 2014).

Παράγοντες όπως η εξαιρετικά ευαίσθητη φύση της εργασίας σε αυτούς τους οργανισμούς και τα απροσδόκητα προβλήματα οδηγούν σε εργασιακό άγχος και περιβαλλοντική ένταση, με αποτέλεσμα επικοινωνιακές προκλήσεις και συνεπώς προκλήσεις στη διαχείριση αυτών των οργανισμών (Turner, 2019)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΙΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

4.1 Ιστορία και εξέλιξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Τονίζεται επίσης η έννοια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) που περιγράφηκε στη Διακήρυξη της Άλμα-Άτα και ήταν το αποτέλεσμα ενός τριήμερου διακρατικού ταξιδιού, του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) και Διεθνές Ταμείο Έκτακτης Ανάγκης για τα Παιδιά των Ηνωμένων Εθνών (UNICEF),

Συμμετείχαν εκπρόσωποι από 134 κυβερνήσεις και 67 οργανώσεις στην πόλη Άλμα-Άτα, Σοβιετική Ένωση, Σεπτέμβριος 1978 (WHO, 1978). Μετά από μια πολυετή διαδικασία, αποτυπώνεται σε αυτή τη δήλωση μια ζύμωση για το πώς λειτουργούν τα παγκόσμια συστήματα υγείας,

Μια σειρά επιστημονικών μελετών και συστάσεων για να καταστεί δυνατή η μετάβαση στο νέο. Οι πρωταρχικοί τομείς εστίασης είναι οι ιατρικές επεμβάσεις Η κατεύθυνση του συστήματος υγείας εστιάζεται σχεδόν εξ ολοκλήρου στη νοσηλευτική και τεράστιες διαφορές στις προσφερόμενες υπηρεσίες και στις προσδοκίες.

Ζητήματα επιβίωσης μεταξύ διαφορετικών χωρών και διαφορετικών ομάδων ανθρώπων μέσα σε μια χώρα (Rifkin, 2018)

Η εφαρμογή των αρχών της διακήρυξης του θα αναλυθεί παρακάτω Η Άλμα-Άτα δεν ήταν εύκολη υπόθεση και σύντομα έγινε στόχος πολλών επικρίσεων και επικρίσεων, παρεξήγησεων (Rifkin, 2018). Εμπειρία που αποκτήθηκε από την επίτευξη στόχων

Οι παγκόσμιες εξελίξεις της ΠΦΥ και η ανάγκη επαναπροσδιορισμού των θεμελιωδών αρχών, η προέλευση του Άλμα-Άτα σε ένα μεταβαλλόμενο περιβάλλον, είναι ισχυρή Οι οικονομικές πιέσεις και η αυξανόμενη ανισότητα οδηγούν στη δεύτερη έκδοση Performance and the World Health Report 2008: πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας· τώρα περισσότερο από μια φορά.

Αυτές οι εκθέσεις υπογραμμίζουν τη σημασία της φροντίδας των ασθενών και η σημασία της ηγεσίας στην προώθηση της υγειονομικής περίθαλψης, που απαιτούνται αλλαγές (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2008 και Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2009).

Πρόσφατα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ,2018) ορίζει ένα όραμα για την ΠΦΥ στον 21ο αιώνα, δίνοντας προτεραιότητα,στην ολοκληρωμένη, επιστημονική και συντονισμένη ιατρική περίθαλψη,

Με βάση τις ξεκάθαρες ανάγκες των πολιτών, των οικογενειών και των ανθρώπων κοινότητας, επομένως, η ΠΦΥ είναι μια εξελισσόμενη έννοια που έχει τις ρίζες της,σε μια ανθρωποκεντρική προσέγγιση στις λειτουργίες του συστήματος υγείας, Εξάλειψη της ανισότητας και μεγιστοποίηση της ενεργού συμμετοχής της κοινωνίας Μια σημαντική έκθεση με στόχο τη δραματική βελτίωση της υγείας των ανθρώπων: Έκθεση Παγκόσμιας Υγείας 2000: Συστήματα Υγείας, βελτίωση.

4.2 Ορισμός και βασικές αρχές της ΠΦΥ, 1978

Σύμφωνα με τη Διακήρυξη της Alma-Ata (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, 1978), η Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας δηλ η υγεία είναι βασισμένη στην πρακτική, επιστημονικά τεκμηριωμένη βασική φροντίδα με κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνικές. Αυτή η θεραπεία είναι διαθέσιμη,με δικαίωμα όλων των πολιτών της κοινότητας και των οικογενειών τους και να τυγχάνουν πλήρους προστασίας.

Εκτός από την ενεργό συμμετοχή και το κόστος τους, οι κοινότητες και οι χώρες μπορούν, σε κάθε στάδιο ανάπτυξης,να εμμένουν στο πνεύμα της αυτοδυναμίας, αυτοδιάθεσης. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι βασικό συστατικό, όχι μόνο μιας χώρας (είναι το επίκεντρο αυτού του συστήματος) αλλά και αναφορά στη γενικότερη κοινωνικοοικονομική δομή.

Η Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας φέρνει την υγεία όσο το δυνατόν πιο κοντά στους ανθρώπους Ο χώρος είναι το μέρος όπου οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται και είναι το πρωταρχικό στοιχείο της αρχιτεκτονικής η συνεχής διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας.

Η ΠΦΥ εξελίσσεται με βάση τα οικονομικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά κάθε χώρας ή κοινότητας , να ανταποκριθεί σε σημαντικά προβλήματα υγείας που υπάρχουν, παρέχει τα πάντα, από την πρόληψη ασθενειών έως ίαση των ασθενειών.

Περιλαμβάνει τουλάχιστον, αγωγή υγείας για την προώθηση της σωστής διατροφής και την εξασφάλιση της κατανάλωσης νερού και αποχέτευση, φροντίδα μητέρας και παιδιού, εμβολιασμός και παροχή βασικών φαρμακευτικών υπηρεσιών.

Αντιμετωπίζει ζητήματα υγείας σε όλους τους τομείς που σχετίζονται με την κοινοτική και εθνική ανάπτυξη διασφαλίζοντας συντονισμένη δράση και συνεργασία απαιτώντας παράλληλα τη μέγιστη συμμετοχή ατόμων και κοινοτήτων στο σχεδιασμό, την οργάνωση, τη λειτουργία και την παρακολούθηση της υγειονομικής περίθαλψης. Υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Τέλος, βασίζεται στη συμμετοχή επαγγελματιών υγείας από διαφορετικές ειδικότητες που θα συνεργαστούν ως ομάδα για να ανταποκριθούν στις ανάγκες της κοινότητας μέσω παραπομπών και του δομικού και λειτουργικού δικτύου υπηρεσιών (WHO, 1978).

4.3 Από την όραση της ΠΦΥ στην πρώτη εφαρμογή

Η Διακήρυξη της Alma-Ata επικρίθηκε αμέσως μετά τη δημοσίευσή της όσον αφορά την πρόταση της ΠΦΥ, εστιάζοντας στην ασάφειά της ο τρόπος με τον οποίο θα εφαρμοστεί το νέο μοντέλο και ο άκρως οραματικός χαρακτήρας του, με πρόταση και το γεγονός ότι έχει να κάνει περισσότερο με υπανάπτυκτα συστήματα υγείας και χαμηλότερα από τα αντίστοιχα των δυτικών οικονομικά ανεπτυγμένων χωρών.

Κατ' επέκταση, είναι μια πρόταση για περικοπές και ένα νέο παράδειγμα στην υγειονομική περίθαλψη που στοχεύει σε φτωχές χώρες και όχι σε καθολική εφαρμογή (Cueto, 2004). Σύντομα προτάθηκε μια πιο ρεαλιστική προσέγγιση και ο όρος Εστιασμένη/Επιλεκτική Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Επιλογή Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας), (Walsh & Warren, 1979), η οποία αποτέλεσε τη βάση της στρατηγικής GOBI-FFF του 1983 της UNICEF.

Συντομογραφίες (παρακολούθηση ανάπτυξης, από του στόματος επανυδάτωση, θηλασμός, ανοσοποίηση, οικογενειακός προγραμματισμός, γυναικείο αλφαριθμητισμό και τεχνολογία τροφίμων) που σχετίζονται με τις επιλογές του.

Ο οργανισμός εστιάζει στην υγεία της μητέρας και του παιδιού, μέσω «Κάθετες», στοχευμένες παρεμβάσεις, αποτελεσματικές, οικονομικά βιώσιμες, μικτής διάρκειας και μετρήσιμα αποτελέσματα

Ένα άλλο πρόβλημα είναι η σύγχυση στην ορολογία της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, το Τμήμα Υγείας (Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας) και κύρια Πρωτοβάθμια Φροντίδα, (Rifkin, 2018). Το δεύτερο είναι το πρώτο σημείο επαφής μαζί του.

Ιατρικές υπηρεσίες για την αντιμετώπιση των σημαντικότερων προβλημάτων υγείας του παρέχει υπηρεσίες πρόληψης και διαχείρισης πληθυσμού, χρόνιων ασθενειών.

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι συνεχής, προσωποκεντρική και υποστηρίζεται από εξειδικευμένους φορείς, καλά εκπαιδευμένο προσωπικό και κατάλληλη τεχνολογία. εάν και συχνά χρησιμοποιείται ως συνώνυμες έννοιες, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας δεν περιορίζεται στις υπηρεσίες υγείας αλλά περιλαμβάνει όλες τις διαδικασίες που το ωφελούν

Συμμετοχή της κοινωνίας των πολιτών στον συνεχή διάλογο λήψης αποφάσεων, με ένα κοινωνικά αποδεκτό και οικονομικά αποδεκτό σύστημα υγείας : βιώσιμη, βασισμένη στην επιστήμη και καθολικά προσβάσιμη (Thomas-MacLean et al. et al., 2004)

Όπως και άλλες παρανοήσεις για τη μέθοδο όσον αφορά τα κέντρα παιδικής μέριμνας, αναφέρθηκε η ιδέα ότι τα κέντρα παιδικής μέριμνας είναι φθηνά και απευθύνονται στους φτωχούς.

Πληθυσμοί στις αναπτυσσόμενες χώρες, αυτό αφορά μόνο τις αγροτικές περιοχές απλές και χαμηλής τεχνολογίας παρεμβάσεις ή απλώς υγειονομική περίθαλψη στην κοινότητα (Κυριόπουλος και Φιλαλήθης, 1996).

4.4 Η εξέλιξη και ο ρόλος της ΠΦΥ ως βασικής συνιστώσας στο σύστημα υγείας

Τριάντα χρόνια μετά το Alma-Ata , ο ΠΟΥ τονίζει τη σημασία της ΠΦΥ ως θεμελιώδες συστατικό του συστήματος υγείας, που αναπτύσσει συγκεκριμένα προτεραιότητες.

Ξεκινώντας με πολυετή εμπειρία στην εφαρμογή αρχών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στο σύνθετο περιβάλλον στο οποίο λειτουργούν και αναπτύσσονται τα συστήματα υγείας (παγκοσμιοποίηση αγορών, διαφοροποίηση πηγών χρηματοδότησης, εμπορευματοποίηση προϊόντων υγείας, καινοτόμες ιατρικές τεχνολογίες)

Η σημασία του επιβεβαιώνεται σε διάφορα συστήματα υγείας σε όλο τον κόσμο (WHO, 2000)

Προτάθηκε ένα αρχικό όραμα και προτάθηκαν μεταρρυθμίσεις σε τέσσερις πτυχές:

- ✓ Η καθολική ασφάλιση εγγυάται την ισότητα,
- ✓ Κοινωνική δικαιοσύνη και εξάλειψη του κοινωνικού αποκλεισμού,
- ✓ Ανθρωποκεντρικός οργανισμός υπηρεσιών υγείας

Ικανοποιώντας τις ατομικές ανάγκες και προσδοκίες,

- ✓ Δημόσιες πολιτικές που διασφαλίζουν καλύτερη υγεία για τις κοινότητες και τη συμμετοχική ηγεσία που απαιτείται για την αξιόπιστη εφαρμογή

Reform (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2008)

Αυτές οι μεταρρυθμίσεις αποτέλεσαν ταυτόχρονα μια μετατόπιση από προηγούμενες μεταρρυθμίσεις. Η έννοια ΠΦΥ εισήχθη στην πιο σύγχρονη μορφή της πριν από τριάντα χρόνια που ανταποκρίνεται στις μεταβαλλόμενες ανάγκες του σήμερα.

Αυτός ο μετασχηματισμός περιλαμβάνει πολλές διαφορετικές περιοχές, όπως φαίνεται στον **Πίνακα 2**.

Πίνακας 2: Πώς η εμπειρία άλλαξε την εστίαση του κινήματος της ΠΦΥ (Προσαρμογή από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, 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

Early Preferences (1978) Modern Trends (2008)

Ευρεία πρόσβαση στα βασικά πακέτα - αναδιοργάνωση υφιστάμενων πακέτων παρεμβάσεις υπηρεσιών και φάρμακα που έχουν σχεδιαστεί για να επιτύχουν καθολική φτώχεια.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2010), το όραμα για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στον 21ο αιώνα είναι αλληλένδετο μέσω πρωτοβουλιών που περιλαμβάνουν πολλαπλούς κρατικούς φορείς, την κοινωνία των πολιτών και του ιδιωτικού τομέα για την προστασία και την προαγωγή της υγείας τους άτομα και πληθυσμοί.

Η διεπιστημονική ομάδα υγείας παρέχει ολοκληρωμένη και παροχή συνέχειας της φροντίδας μέσω της έγκαιρης παρέμβασης και της κατάλληλης καθοδήγησης των ληπτών, στις υπηρεσίες υγείας εντός του συστήματος. Σε αυτή την περίπτωση, η ΠΦΥ είναι μια μέθοδος με βάση τις κοινωνικές αρχές, με προσοχή στην υγεία ολόκληρης της κοινωνίας, με δικαιοσύνη, ισότητα και συμμετοχή.

4.5 Πτυχές της ηγεσίας ΠΦΥ

Μια προσέγγιση της ΠΦΥ στον τρόπο λειτουργίας και προσέγγισης των υπηρεσιών υγείας, με οργάνωση των συστημάτων υγείας, συμπεριλαμβανομένων θεμάτων ηγεσίας σε διάφορους τομείς, σε σύγκριση με τους παραδοσιακούς χώρους νοσοκομειακής περίθαλψης.

την οργάνωσή του δικτύου υπηρεσιών ΠΦΥ σε τοπικό και περιφερειακό επίπεδο, επαγγελματική ομάδα, το υγειονομικό προσωπικό που απασχολούν, τα είδη των υπηρεσιών που παρέχουν, τα απαραίτητα και δημιουργία απαραίτητων δικτύων με την κοινότητα και διασυνδέσεις με άλλους φορείς ή ιδρύματα υγείας κοινωνική φροντίδα (π.χ. νοσοκομεία, υπηρεσίες δημόσιας υγείας και ψυχικής υγείας κ.λπ.) είναι μερικά μόνο από τα χαρακτηριστικά που διακρίνουν την ΠΦΥ από άλλες υπηρεσίες υγείας. Επιπλέον, το περιβάλλον εξυπηρέτησης αλλάζει συνεχώς.

Η ΠΦΥ και η προοπτική μελλοντικής αλλαγής και προσαρμογής θα απαιτήσουν ουσιαστικές πρωτοβουλίες και χαρακτηριστικά ηγεσίας (Welton et al., 1997). Στο πλαίσιο αυτό, η έννοια της ηγεσίας προκύπτει στους οργανισμούς και την εποπτεία τους.

Τομείς λειτουργίας υπηρεσιών και σχέσεις μεταξύ επαγγελματιών υγείας και άλλα σχετικά μέρη (αποδέκτες υγειονομικών υπηρεσιών, συνεργαζόμενοι φορείς κ.α.)

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει την ηγεσία ως «αποτελεσματική διαχείριση». τομείς ηγεσίας και λειτουργίες ΠΦΥ όπως εμφανίζονται στο σύστημα, η κατάσταση της υγείας σε διάφορες χώρες, τα πρώτα χρόνια ανάπτυξης υπηρεσιών σύμφωνα με αρχές Alma-Ata (World Health Organization, 1986).

Τρεις διαφορετικοί και αλληλένδετοι τομείς πρακτικής ηγεσίας υπάρχουν σχεδόν σε όλα τα συστήματα υγείας και αυτοί είναι:

- ✓ Τοπικές δομές υγείας που συμμετέχουν στην κοινότητα, στελεχωμένες από: επαγγελματίες υγείας και άλλους εργαζομένους που είναι υπεύθυνοι για μια σειρά εργασιών, με δύναμη και παρέμβαση,
- ✓ Περιφερειακές, που ασχολούνται κυρίως με διοικητικές δομές και συναφείς, εκτός από άλλους, παρακολουθώντας τη λειτουργία των τοπικών δομών, συλλέγουν και την επεξεργασία δεδομένων υγείας και
- ✓ Κεντρική, εμπλεκόμενη στον τομέα της λήψης αποφάσεων και της διαμόρφωσης πολιτικής.

Οι ηγετικές λειτουργίες μπορεί να περιλαμβάνουν όλο ή μέρος του προσωπικού. Τα παραπάνω πεδία, τα οποία προσδιορίζουν πιθανούς ηγέτες σε διαφορετικούς τομείς περιβάλλον (που σχετίζεται με την κύρια, τη θέση, το επίπεδο κ.λπ.)

Η λειτουργία της ηγεσίας στη ΠΦΥ είναι:

- Σχεδιασμός και στόχευση προγραμμάτων ευεξίας,
- Υλοποίηση και αξιολόγηση οργανωτικών παρεμβάσεων και προγραμμάτων υγιής,
- Πρόσληψη και εκπαίδευση προσωπικού πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας,
- Έλεγχος των συνθηκών εργασίας,
- Επίβλεψη,
- Συνεχιζόμενη εκπαίδευση,

- Προώθηση της συμμετοχής της κοινότητας,
- Ανάπτυξη διατμηματικών συνεργειών,
- Υποστήριξη σχέσεων εντός των εγκαταστάσεων υγείας,
- Η ικανότητα εκτέλεσης εργασιών στη ΠΦΥ,
- Ικανότητα παρακίνησης και παρακίνησης των εργαζομένων (WHO, 1986).

Με τα χρόνια, οι άνθρωποι έχουν δώσει μεγάλη σημασία στη σημασία του ηγεσία χώρας/Κυβέρνησης, λειτουργίες και χρηματοδότηση, με υπηρεσίες που σχετίζονται με σημαντικές πολιτικές αποφάσεις υψηλού επιπέδου,

Εστιάζει στην οργάνωση και τη συνολική λειτουργία των συστημάτων υγείας (WHO, 2000 και Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2008). Φυσικά, διαχείριση σε πολυεπίπεδους και πολυδιάστατους τομείς Εφαρμογή των αρχών της ΠΦΥ στις κοινότητες και των δεσμών τους με τις υπηρεσίες. Τομέα δημόσιας υγείας, τονίζοντας την ανάγκη ενσωμάτωσης στοιχείων ηγεσίας σε όλους τους τομείς του επίπεδου λειτουργίας της ΠΦΥ.

Ωστόσο, τα θέματα ηγεσίας έχουν λάβει μάλλον περιορισμένη προσοχή και φαίνεται ότι βρίσκονται εκτός του βασικού λειτουργικού πλαισίου των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Η οργάνωση και η στελέχωση των δομών δεν διευκολύνει την ανάδειξη πρωτοβουλιών ηγεσίας διότι, σε αντίθεση με τη δευτεροβάθμια περίθαλψη (νοσοκομεία), οι μικροί οργανισμοί, ένα κέντρο υγείας κοντά στην κοινότητα, στελεχωμένο από μια μικρή διεπιστημονική ομάδα επαγγελματιών υγείας, κυρίως γιατροί και νοσηλευτές, στόχος των οποίων είναι η φροντίδα και όχι η χρηματοδότηση που είναι περιορισμένες, ούτε ένα ιδανικό περιβάλλον, δε μπορεί να γίνει ανάπτυξη μιας κουλτούρας ηγεσίας

(Swanwick & Vanram, 2019).

Εάν τα ερευνητικά δεδομένα είναι επίσης περιορισμένα, στην περιοχή εξυπηρέτησης ο ηγετικός ρόλος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (π.χ. κέντρα υγείας) σε τοπικό επίπεδο αναγνωρίζεται από γιατρούς (κυρίως επαγγελματίες γενικής ιατρικής) και νοσηλευτικό προσωπικό (Spehar et al., 2017).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΠΦΥ ΣΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.

5.1 Η ΠΦΥ στο ελληνικό σύστημα υγείας: περίοδος έως το 1983

Το ελληνικό σύστημα υγείας είναι οργανωμένο κατά προσέγγιση, στις τρεις μεγαλύτερες χρονικές περιόδους, συγκεκριμένα:

- Από το 1829 έως το 1909, το πρώτο νοσοκομείο και ίδρυση επαρχιακών ιατρικών ιδρυμάτων,
- 1909 έως 1949, την περίοδο που κυκλοφόρησαν τα πρώτα πολυιατρεία σε πόλεις και κέντρα υγείας σε αγροτικές κοινότητες και
- Μεταξύ 1949 και 1983 ιδρύθηκε το δίκτυο παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγείας στους κατοίκους της υπαίθρου και έναρξη της ιατρικής περίθαλψης που προέρχεται κυρίως από τον φορέα κοινωνικής ασφάλισης (ΙΚΑ), αλλά και από λοιπά ασφαλιστικά ταμεία (ΟΓΑ, ΤΕΒΕ κ.λπ.) (Οικονόμου, 2010). οργάνωση ταμείων

Η ασφάλιση και ένα μεγάλο μέρος της παρέχει ιατρικές και άλλες υπηρεσίες υγείας η αύξηση του πληθυσμού είναι αποτέλεσμα της εμφάνισης της έννοιας του κράτους Πρόνοιας Σκοπός του είναι να προστατεύει τα άτομα από κινδύνους για τη ζωή και την περιουσία, η συναισθηματική και σωματική του ακεραιότητα (Λιαρόπουλος κα,2006)

Η πρώτη εποχή οργάνωσης του συστήματος υγείας βασίστηκε , προκειμένου να καλύψουμε τις τεράστιες ανάγκες υγείας του λαού μας, Ένα μεγαλύτερο ποσοστό από αυτούς ζει σε αγροτικές περιοχές, με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και δυσκολίες Ελληνικής Γεωγραφίας. Την περίοδο αυτή, η πρωτοβάθμια με τις υπηρεσίες υγείας, συμπεριλαμβανομένων των ιδιωτών γιατρών, αποτελούν τις εξωτερικές ιατρικές υπηρεσίες αναφέρονται σε βασικές ιατρικές υπηρεσίες και παρακολούθηση, εμβολιασμός, εκπαίδευση υγιεινής και στη συνέχεια διασύνδεση με νοσοκομείο.

5.2 Βασικές μεταρρυθμίσεις για την οικοδόμηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ)

Το αδιαμφισβήτητο είναι ότι ο Ν. 1397/1983 «Περί Κράτους Σύστημα Υγείας», που θέτει τα θεμέλια για την οργάνωση ενός ολοκληρωμένου συστήματος Υγείας.

Όλοι οι πολίτες έχουν ίση και ελεύθερη πρόσβαση στο σύστημα υγείας. ο ιδεολογικός πυρήνας αυτής της μεταρρύθμισης είναι οι «Αρχές της Άλμα-Άτα» και συγκεκριμένα, η υπόθεση είναι ότι η υγεία είναι αγαθό που δεν υπακούει στο νόμο.

Το κέρδος, η πρόληψη ασθενειών και η εκπαίδευση για την υγεία είναι βασικά προτεραιότητες για λειτουργίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Στο πλαίσιο αυτό, ανάπτυξη κέντρων υγείας ως σημαντικών δημόσιων φορέων, παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης, πλήρη και αποκλειστική απασχόληση ιατρών, στο ΕΣΥ, νέες εγκαταστάσεις υγείας που δημιουργήθηκαν και νέες εγκαταστάσεις υγείας αποκτήθηκαν, μαζί με εξοπλισμό ιατρικής τεχνολογίας (Λιαρόπουλος κα, 2006).

Τα επόμενα χρόνια (1985-2001) θεσπίστηκε νόμος και εφαρμόστηκε εν μέρει μια σειρά από αποφάσεις που αφορούν λειτουργικά και θεσμικά ζητήματα ενός οργανισμού, με υπηρεσίες ΠΦΥ, όπως κέντρα υγείας που υπάγονται διοικητικά σε νοσοκομεία,

Στο σύστημα συμμετέχουν το σύστημα οικογενειακών ιατρών και ιδιώτες γιατροί, δίκτυο Πρόληψης Κατ' Οίκον Φροντίδας και Αγωγής Υγείας κ.α. (Γιανασμίδης 2012 & Αδαμακίδου).

5.3 Βασικές μεταρρυθμίσεις

Τρεις βασικές νομοθετικές διατάξεις που εφαρμόζονται στο ΕΣΥ. είχαν σημαντικό αντίκτυπο στην οργάνωση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας μεταξύ 2004 και 2017.

Το πρώτο γίνεται με τον Ν. 3235/2004 «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας», στον οποίο η σημασία της συνεχούς και ολοκληρωμένης υγειονομικής περίθαλψης προσδιορίζεται ως επιπλέον, οι λήπτες υγειονομικής περίθαλψης και οι οικογένειες πρέπει να καθοδηγούνται, μέσω συντονισμένης και ελεγχόμενης κίνησης εντός του συστήματος.

Πρέπει να επισημανθεί ότι μέχρι εκείνη τη στιγμή και χρόνια αργότερα, πολλοί οργανισμοί και φορείς που εμπλέκονται στην παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ έχουν ο καθένας το δικούς τους οργανωτικό και διοικητικό μοντέλο, ξεχωριστή εποπτική αρχή (υπουργείο) και διαφορετικές πηγές χρηματοδότησης.

Συγκεκριμένα, οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης παρέχονται από το ΕΣΥ (κέντρα υγείας, περιφερειακά ιατρεία και εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, ασφαλιστικά ταμεία (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΠΑΔ, ΟΑΕΕ) τοπική αυτοδιοίκηση (δημοτικά ιατρεία, βοήθεια στο σπίτι, ΚΑΠΗ), τον ιδιωτικό τομέα (ιδιώτες γιατροί και ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα) και μη κυβερνητικούς μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς (Αδαμακίδου, 2008 και Οικονόμου, 2012).

Η ψήφιση του Ν. 4238/2014 «Εθνικό Πρωτοβάθμιο Δίκτυο Υγείας» είχε ως αποτέλεσμα στο σύνολο όλων των υπηρεσιών δημόσιας υγείας, αυτές οι υπηρεσίες να έχουν μειωθεί Συναρμοδιότητα Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ). και τα μέχρι τότε κέντρα υγείας και περιφερειακά ιατρεία της τότε ανήκαν οργανικά στο νοσοκομείο παραπομπής και στη ρυθμιστική αρχή Υγειονομική Περιφέρεια (ΥΠε). Η συγκέντρωση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης έχει ως εξής

Κρίνοντας από το πεδίο αποκεντρωμένων υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας, αυτές περιλαμβάνουν: βασικό ζήτημα στην ορθολογική ανάπτυξη αυτών των μονάδων με την πάροδο των ετών και υψηλής ποιότητας υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας που παρέχονται από το ΕΣΥ (Economou et al., 2017)

Υιοθέτηση του Ν. 4486/2017 «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας» η Υγεία», η τρίτη παρέμβαση προς την κατεύθυνση της οργάνωσης υπηρεσιών ΠΦΥ στο ΕΣΥ (Economou et al., 2017).

Οι αλλαγές που καθορίζονται στο νόμο, φαίνεται να είναι πιο κοντά στο πνεύμα της ΠΦΥ, όπως αναφέρεται στο μπροστινό μέρος και αποτελείται από μια σειρά ρυθμίσεων, με δομική οργάνωση συστημάτων παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και ένταξη σε υφιστάμενα συστήματα, συστήματα υγείας (συμπεριλαμβανομένου του ιδιωτικού τομέα): αφού το 1983, το ΕΣΥ εισήγαγε νέες έννοιες, δομές και λειτουργίες, τις λεγόμενες τοπικές ομάδες υγείας, οι οποίες θα λειτουργούν σε τοπικές μονάδες υγείας.

Τώρα έρχεται η δομική μονάδα του νέου συστήματος. τοπική μονάδα υγείας, αποτελούν αποκεντρωμένες μονάδες κέντρων υγείας οι οποίες είναι αποκεντρωμένες μονάδες σε διάφορα υπουργεία. Οι τοπικές ομάδες υγείας είναι διεπιστημονικές από ομάδα γιατρών (γενικών ιατρών ή/και παθολόγους και παιδιάτρους) νοσηλευτές, επισκέπτες υγείας, κοινωνικοί λειτουργοί και διοικητικοί υπάλληλοι και αποστολή τους είναι η παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (προαγωγή, πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία).

Στην ολοκληρωμένη ανάπτυξη των τοπικών ομάδων, αυτή η κοινότητα εμπλέκει τον μεγαλύτερο πληθυσμό 12.000 κάτοικοι.

Επιπλέον, ο νόμος ρυθμίζει και την ίδρυση και λειτουργία του, με Συντονιστική Επιτροπή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας Υπουργείου Υγείας, Ορισμός Συντονιστών Τμημάτων Συντονιστής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας και Περιφερειακής Οδοντιατρικής, Υπουργείο Υγείας, Λειτουργίες του Δικτύου Υπουργείο Υγείας Δικτύου Αγωγής και Πρόληψης Υγείας και Μαιευτικής και Ορισμένος Διευθυντής Επιτροπή Κέντρου Υγείας, η οποία εποπτεύει τη λειτουργία του Κέντρου Υγείας

Τα Κέντρα Υγείας και οι δεσμοί τους με την κοινότητα (Ν. 4486/2017). οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας παρέχονται πλέον από την Εθνική Υπηρεσία Υγείας (τοπικές ομάδες υγείας, κέντρα υγείας, περιφερειακά ιατρεία, εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων και δίκτυα συμβεβλημένων ιδιωτών γιατρών με τον ΕΟΠΥΥ), τοπική αυτοδιοίκηση (Κυρίως Βοήθεια στο Σπίτι, ΚΑΠΗ, αλλά και κάποια δημοτικά ιατρεία).

Ιδιωτικός τομέας (ιδιώτες γιατροί και ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα) και ΜΚΟ/ΜΚΟ κερδοσκοπικοί οργανισμοί (κυρίως ευάλωτες ομάδες όπως πρόσφυγες και Ρομά, που χρειάζονται βοήθεια κ.λπ.).

5.4 Προοπτικές ανάπτυξης και προκλήσεις της ΠΦΥ στα συστήματα υγείας

Οι αλλαγές και οι μεταβάσεις στις υπηρεσίες ΠΦΥ δεν είναι μοναδικό στην Ελλάδα, αλλά αυτό το φαινόμενο παρατηρείται και σε άλλες χώρες συστήματα υγείας σε άλλες χώρες. Ως εκ τούτου, χώρες με ιδιαίτερα ανεπτυγμένα δίκτυα εφοδιασμού

Οι υπηρεσίες ΠΦΥ , όπως ο Καναδάς και το Ηνωμένο Βασίλειο, έκαναν σημαντικές αλλαγές στην οργάνωση των σχετικών υπηρεσιών, που αυτό αντικατοπτρίζεται κυρίως σε μεθόδους χρηματοδότησης συστημάτων, αναβαθμίσεις χαρακτήρων κ.λπ.

Γενικοί ιατροί, που παρέχουν υπηρεσίες online και σε όλους τους κλάδους ομάδες κ.λπ. (Hutchison et al., 2011)

Και στις δύο χώρες, οι υπηρεσίες υγείας πρωτοστατούν, θεωρούνται κρίσιμοι και κανονιστικοί παράγοντες για την επιτυχή εφαρμογή

Reform (NHS Leadership, 2019).

Στις Ηνωμένες Πολιτείες, αυτό το πρόβλημα, που παρέχετε βασική ιατρική περίθαλψη σε όλους τους ανθρώπους, θέτοντας τα θεμέλια της μεταρρύθμισης του Medicaid/Medicare ήταν και θα συνεχίσει να είναι πηγή τεράστιων πολιτικών διαμαχών.

Στην Ελλάδα, πολλά χρόνια μετά, γεμάτη επαναλήψεις, πισωγυρίσματα, και αντιφάσεις και ασυνέπεια (Γιανασμίδης, 2012 και Αδαμακίδου, 2008), τα συστήματα υγείας φαίνεται επίσης να επιστρέφουν στις βασικές αρχές της ΠΦΥ

Το απαραίτητο θεσμικό πλαίσιο για λειτουργική διασύνδεση φαίνεται να διασφαλίζεται σε ιδρύματα, συλλογικότητες και κοινότητες για παρακολούθηση και προώθηση της υγείας του πληθυσμού.

Ωστόσο, η θετική ανταπόκριση του συστήματος υγείας. οι αναμενόμενες αλλαγές δεν πρέπει να θεωρούνται δεδομένες ως εξέλιξη και ο κλάδος των υπηρεσιών καθορίζει τα διαφορετικά μοντέλα λειτουργίας του, που μπορεί να μην είναι συμβατό με τον απαιτούμενο προσανατολισμό

Στην αρχική φάση, η περιοχή άρχισε να λειτουργεί με κέντρα υγείας (Κέντρα Αγροτικής Υγείας) και να προγραμματίζει την ανάπτυξη κέντρων υγείας

Η πόλη καθυστέρησε για περίπου τριάντα χρόνια. Το γεγονός αυτό δημιουργεί δύο υπηρεσίες, που στην πραγματικότητα, τα γρανάζια στο σύστημα έχουν διαφορετικούς προσανατολισμούς και οργανώσεις.

Αυτό φάνηκε έντονα όταν οι κλινικές του ΕΟΠΥΥ εντάχθηκαν στο ΕΣΥ. Αυτές οι υπηρεσίες στερούνται συντονισμού και η πρόσβαση στο σύστημα είναι ανεξέλεγκτη, με αποτέλεσμα, να οδηγήσει στον κατακερματισμό των παρεχόμενων υπηρεσιών

(Αδαμακίδου, 2008)

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, κατά την πρώτη περίοδο λειτουργίας του κέντρου, το τμήμα υγείας αποτελείται από μια διεπιστημονική ομάδα επαγγελματιών υγείας, παρέχεται ολοκληρωμένη ιατρική περίθαλψη στον πληθυσμό αναφοράς. σύντομα, ωστόσο, το επίκεντρο των κέντρων υγείας είναι η παροχή υπηρεσιών φροντίδας

Οι ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας των πολιτών είναι τεράστιες. ταυτόχρονα, απών η αξιολόγηση αυτή οδηγεί στο να αποδυναμώνεται σταδιακά και να υπάρχει ο ρόλος τους

Αναφορά στην απομακρυσμένη δομή του νοσοκομείου για λόγους συνταγογράφησης και παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Kyriopoulos et al., 2000)

Το ιατρικό προσωπικό είναι άνισα κατανομημένο και σε έλλειψη. Το σύστημα του οικογενειακού γιατρού ουσιαστικά δεν υπάρχει και λείπει ένα αποτελεσματικό σύστημα οικογενειακού γιατρού. Το σύστημα παραπομπής συνέβαλε επίσης σημαντικά στην αποδόμηση του οράματός της Πρωτοβάθμιας περίθαλψης

(Οικονόμου, 2010).

Οι εργαζόμενοι στη μονάδα δεν μπορούν παρά να επηρεαστούν από αυτές τις αλλαγές και με έλλειψη κατεύθυνσης και ουσιαστικής διαχείρισης υποστήριξης, η οποία με τα χρόνια έχει δημιουργήσει ένα κλίμα απογοήτευσης και καχυποψίας και παραίτησης.

Σε αντίθεση με τα παραπάνω, η λειτουργία των τοπικών ομάδων υγείας αποτελείται από υλοποίηση και εφαρμογή νέων εννοιών ΠΦΥ, σε συνδυασμό με τη δορυφορική παρέμβαση που αναφέρθηκε προηγουμένως, , επισημαίνετε τη δυνατότητα παροχή υπηρεσιών δημόσιας υγείας και προστασία της υγείας των πολιτών.

Το κέντρο υγείας είναι το κέντρο της πόλης και σημείο αναφοράς για την περιοχή, γιατί υποδέχονται τους ντόπιους χωρίς εμπόδια και έχουν την τεχνογνωσία και δυνατότητες για επιπλέον παρεμβάσεις και συνεργασίες (Οικονόμου, 2010).

Ανεξάρτητα από τυχόν αλλαγές στα υπάρχοντα συστήματα ή εφαρμογή νέων προτάσεων θα δημιουργήσει ένα νέο περιβάλλον λειτουργίας για τις υπηρεσίες υγείας, κινδύνους για την υγεία των ανθρώπων, όπως μολυσματικές ασθένειες και η συμπεριφορά, η κλιματική αλλαγή και η κοινωνική ανισότητα θα το αναδείξουν αυτό.

Η ανάγκη για πλήρως στελεχωμένες υπηρεσίες ΠΦΥ θα οδηγήσει σε αυτόν τον στόχο, να εκμεταλλευτούν κάθε δυνατή ευκαιρία για να αναπτύξουν συνέργειες και να εφαρμόσουν αποτελεσματικές παρεμβάσεις θα προστατεύουν και θα φροντίζουν άτομα, οικογένειες και κοινότητα (Groenewegen and Jurgutis, 2013).

Στο πλαίσιο αυτό, ζητήματα ηγεσίας, σε όλα τα επίπεδα του συστήματος υγείας, ιδιαίτερα η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, όχι μόνο ιδανικό αλλά απαραίτητο.

5.5 Ηγετικός ρόλος του Συντονιστή Επιστημονικών Επιχειρήσεων του Κέντρου Υγείας και Υπεύθυνος Προσωπικού

Στις ενότητες 17 και 18 της ιδρυτικής πράξης του ΕΣΥ ,ορίζεται ως υπεύθυνος για συντονισμό στις επιστημονικές λειτουργίες του κέντρου υγείας με πτυχιούχους ιατρούς Διευθυντής, εκλεγμένος από τους γιατρούς του κέντρου υγείας (Ν. 1397/1983). Αυτό τροποποιεί, των ανωτέρω διατάξεων όπως αυτές προκύπτουν από τις διατάξεις του νόμου 3172/2003, 4025/2011, 4052/212 και 4058/2012, αναλυτικά.

Η καθορισμένη προσέγγιση και η τεχνογνωσία του Επιστημονικού Συντονιστή Επιχειρήσεων (ΣΕΛ) στα Κέντρα Υγείας (Υπουργείο Υγείας, Εγκύκλιος, 2014). Οδηγίες, και διευκρίνιση του Υπουργείου Υγείας για τις αρμοδιότητες, τους ρόλους δεν βρέθηκε για το ΣΕΛ, , αλλά σαφώς σχετίζονται με το σκοπό και τη λειτουργία των κέντρων υγείας, όπως πριν.

Άλλες υπηρεσίες υγείας και ο ρόλος τους στην προστασία της υγείας του πληθυσμού, υπάρχει μέσα σε αυτό το πλαίσιο, μπορούν να περιγραφούν διαφορετικοί και αλληλένδετοι τομείς πρακτικής.

Η αποστολή του ΣΕΛ εκτείνεται σε όλη την οργανωτική δομή του κέντρου διοίκηση Οργανισμού Υγείας:

- παρεχόμενη υπηρεσία, αυτό περιλαμβάνει την παροχή υγειονομικής περίθαλψης πληθυσμοί αναφοράς (θεραπεία, επιτήρηση και προστασία της υγείας, άτομα και κοινότητες), υποδοχή έκτακτης ανάγκης, φροντίδα και διαχείριση.

Επείγουσα και εργασιακή επίβλεψη (ιατρική, νοσηλευτική, οδοντιατρική κ.λπ.). Για παράδειγμα, ο ΣΕΛ πρέπει να δώσει προσοχή στο επιστημονικά ορθό περιεχόμενο και τη λειτουργία της μονάδας με ηθικά ορθό τρόπο για να καλύψει ανάγκες υγείας των ανθρώπων.

Επιπλέον, είναι υπεύθυνος για τη συλλογή και επεξεργασία δεδομένων σχετικά με την κατάσταση της υγείας των πληθυσμών αναφοράς και τον σχεδιασμό παρεμβάσεων και προγραμμάτων υγείας για τη βελτίωση και την προστασία της κατάστασης της υγείας. Αναπτύσσει συνεργασίες με κοινοτικούς φορείς και άλλες υπηρεσίες υγείας για την προώθηση της υγείας του πληθυσμού.

Επιβλέπει το έργο των επαγγελματιών υγείας και παρεμβαίνει για τη βελτίωση ή την ενίσχυση της εργασίας τους.

- Λειτουργικά θέματα. Αυτό περιλαμβάνει την επίβλεψη και συντονίζει το κέντρο υγείας και είναι υπεύθυνος για τη λειτουργία της κλινικής (περιφερειακά ιατρεία, τοπικές ομάδες υγείας κ.λπ.) και διοικητικά θέματα

Σχετικά με τη λειτουργία των κέντρων υγείας και των κεντρικών διοικητικών δομών, ο ΣΕΛ είναι αρμόδιος για την προετοιμασία της εφημερίας.

Το Κέντρο Υγείας σχεδιάζει να εξασφαλίσει την ομαλή λειτουργία και κάλυψη κλινικής, όπου αποστολή του κέντρου υγείας και της περιφερειακής κλινικής (Π) Είναι οι μηνιαίες αναφορές προσέλευσης και παρεχόμενων υπηρεσιών Κέντρων Υγείας και Ιατρικών Κέντρων Π.Ι που εγκρίνουν τις άδειες των υπαλλήλων τους, στο κέντρο Υγείας. Ο ΣΕΛ παρέχει συμβουλές στις κεντρικές υπηρεσίες σχετικά με: κινητικότητα προσωπικού, ανάγκες ανθρώπινου δυναμικού ή προμηθειών εξοπλισμός, υλικά και παρεμβάσεις για τη συντήρηση κτιρίων.

Ο ΠΟΥ(1992) περιγράφει τρεις τομείς διοικητικής ευθύνης,στη δομή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας:

- να δουλεύεις με μια ομάδα ανθρώπων σημαίνει να δουλεύεις μαζί,ως κοινότητα, συντονισμό και καθοδήγηση για ομάδες επαγγελματιών υγείας, για την υλοποίηση δράσεων και την παρακολούθηση παρεμβάσεων
- Η διαχείριση πόρων αναφέρεται στη διαχείριση σχετικών θεμάτων,όπως εξοπλισμός, φάρμακα, αναλώσιμα, κεφάλαια, χρόνος, χώρος κ.λπ. γραφειοκρατία, - διαχείριση των παρεχόμενων υπηρεσιών ΠΦΥ, που περιλαμβάνουν σχεδιασμό, οργάνωση, υλοποίηση και αξιολόγηση προγραμμάτων και παρεμβάσεων στις υπηρεσίες που παρέχονται από κέντρα υγείας και εποπτικούς φορείς.

Σαφώς, ο ΣΕΛ κάνει περισσότερα από το να διαχειρίζεται διοικητικές υποθέσεις και επεκτείνεται σε πολλές πτυχές των διαπροσωπικών σχέσεων, επειδή διεξάγονται εντός της περιοχής εξυπηρέτησης ΠΦΥ. Ο ΣΕΛ προέρχεται από ηγετικό μέλος καθώς απαιτείται να συντονίζει, να οργανώνει, να παρακινεί και να καθοδηγεί ομάδες ανθρώπων σε ένα σαφώς καθορισμένο πλαίσιο για να επιτύχουν, που αφορά προστασία και Υγειονομική Περίθαλψη Πληθυσμών και Κοινοτήτων,συμπεριλαμβανομένου..

Αν και μεγάλο μέρος της βιβλιογραφίας αναφέρεται στον ηγετικό ρόλο των γενικών ιατρών στη ΠΦΥ, δεν υπάρχουν παρόμοιες προσπάθειες για να τονιστεί ο ρόλος του ΣΕΛ στη λειτουργία Κέντρου Υγείας. Ο λόγος πρέπει να βρεθεί από τη θέση,όπου μέχρι πρόσφατα κατείχε κέντρα υγείας εντός του ΕΣΥ και των συστημάτων υγείας.Συνολικά, αντανακλάται και στην αντίληψη της πολιτικής ηγεσίας στη διαχείριση μονάδων υγείας.

Από την αρχή το κέντρο υγείας εντάχθηκε στη διοίκηση των Νοσοκομείων, λόγω έλλειψης μελετών σκοπιμότητας και δοκιμών και εστίαση στις ανάγκες των ανθρώπων, το νοσοκομείο ως κέντρο και η ιατρική περίθαλψη ως κέντρο οργάνωσης υπηρεσιών υγείας. Επίσης στελεχώνονται με επαγγελματίες υγείας

Η ευαισθητοποίηση και η εκπαίδευση με επίκεντρο το νοσοκομείο ενισχύουν την εξάρτηση, που πρέπει να αφαιρούνται από τις προτεραιότητες του νοσοκομείου η λειτουργία Κέντρου Υγείας με την πάροδο των ετών ενσωματώθηκαν μέσω αυτών τα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου, σε επαναλαμβανόμενες διαρθρωτικές αλλαγές στο πλαίσιο στο οποίο λειτουργεί, έλλειψη στρατηγικού στόχου και έλλειψη ουσιαστικής αξιολόγησης των παρεχόμενων στις υπηρεσίες (Μπένος, 1996).

Σε αυτό το πλαίσιο, ο ρόλος του ΣΕΛ είναι περιορισμένος σε έναν επόπτη, με νοσοκομειακή επίβλεψη, με έμφαση στα βασικά στοιχεία εκτέλεσης, με διοικητικές ευθύνες, ανεπαρκής και περιορισμένη πρωτοβουλία.

Απαντώντας στις αρχές ΠΦΥ, το παραπάνω περιεχόμενο αντικατοπτρίζεται στη μέθοδο επιλογής του ΣΕΛ (αρχικά αντιπροσωπευόταν από το προσωπικό του κέντρου υγείας, που οργανώνονται από τα σωματεία και στη συνέχεια από το νοσοκομείο ή τη διοίκηση Περιφέρεια) Αν και η διαδικασία επιλογής δεν περιγράφεται ποτέ, εκτός από την εκπλήρωση των προσόντων ή των προϋποθέσεων που απαιτούνται για τη θέση αυτή προσδιορίζεται η ειδικότητα (προτιμάται ιατροί γενικοί) με βαθμό υψηλό.

Σήμερα, αν μη τι άλλο, αστικοί και αγροτικοί τύποι κέντρων υγείας είναι σημαντικά για τον τρόπο λειτουργίας και την οργάνωσή τους, αλλά πέφτουν πίσω σε ένα ασαφές, περιβάλλον στο οποίο παρέχονται οι υπηρεσίες και αλλάζει συνεχώς, στο οποίο ο ΣΕΛ είναι γνωστός ως υιοθέτηση πολιτικών και ανακοινώσεις για την υγεία, ωστόσο, δεν μεταφράστηκε σε ευθύνες ούτε συγκεκριμένες, ούτε σαφείς και μετρήσιμες.

Με δραστηριότητα. ωστόσο, υπάρχουν βαθιές αντιφάσεις μεταξύ των σημαντικών καθηκόντων που εκτελούν από τον ΣΕΛ στο κέντρο υγείας χωρίς καθόλου την προαγωγή τους.

Όλα αυτά είναι στην ΠΦΥ και δεν γίνονται πλέον δεκτά. Οι δομές ΠΦΥ πρέπει να είναι, με διαχείριση, ικανή ηγεσία και καλά εκπαιδευμένο προσωπικό για να αντιμετωπίσει τις ανάγκες υγείας των ανθρώπων και των επερχόμενων προκλήσεων. Ενόψει αυτού, ο ρόλος κάθε μέλους της νοσηλευτικής υπηρεσίας το να έχει ρόλο μέσα στη ΠΦΥ θεωρείται εξίσου σημαντικό, ικανός επόπτης.

Οι νοσηλευτές εξασφαλίζουν συνθήκες που διευκολύνουν την αποτελεσματική λειτουργία τους, στη διεπιστημονική ομάδα στην ΠΦΥ. Ο σύγχρονος ρόλος του διευθυντή νοσηλευτή πρέπει να συμπεριλάβει δεσμεύσεις πέρα από τα επαγγελματικά τους δικαιώματα, π.χ. αυτά καθορίζονται από την ισχύουσα νομοθεσία και ενθαρρύνεται η συμμετοχική κοινότητα, ενδυνάμωση ατόμων και των οικογενειών τους, καθοδήγηση και υποστήριξη από άλλο προσωπικό στη ΠΦΥ και τελικός συντονισμός των δραστηριοτήτων. Προώθηση της κοινοτικής ανάπτυξης (World Health Organization, 1985) στην πραγματικότητα όμως η θέση του Διευθυντή Νοσηλευτικής, ανάλογα τον αριθμό προσωπικού κέντρου υγείας, που αντιστοιχεί στη θέση του διευθυντή. Η συνεργασία μεταξύ των νοσηλευτικών τμημάτων του νοσοκομείου αντανακλά τις βαθιές σχέσεις μεταξύ των νοσηλευτικών τμημάτων του Νοσοκομείου.

Από την ίδρυση του ΕΣΥ υπάρχουν διαφορετικές δομές υγείας, στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων τους περιλαμβάνει κυρίως τη διαμόρφωση σχεδίων εργασίας νοσηλευτών, διαχείριση υλικών και καθοδήγηση εργασιών από νοσηλευτικό προσωπικό και τις σχέσεις τους με άλλους εργαζόμενους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 : ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ - ΤΟΜΕΙΣ

Υπάρχουν τρία επίπεδα υγειονομικής περίθαλψης: πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια. Στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, τα εξωτερικά ιατρεία μιας χώρας προσδίδουν άμεσα διαγνωστική και θεραπευτική φροντίδα, ενώ τα επείγοντα νοσοκομεία και τα εξωτερικά ιατρεία έκτακτης ανάγκης παρέχουν επείγουσες ιατρικές παρεμβάσεις. Το εξωτερικό ιατρείο έχει πλήρη οργανωτική δομή και λειτουργική αυτονομία και μπορεί να παρέχει άμεσα υπηρεσίες σε ασθενείς που έχουν ανάγκη.

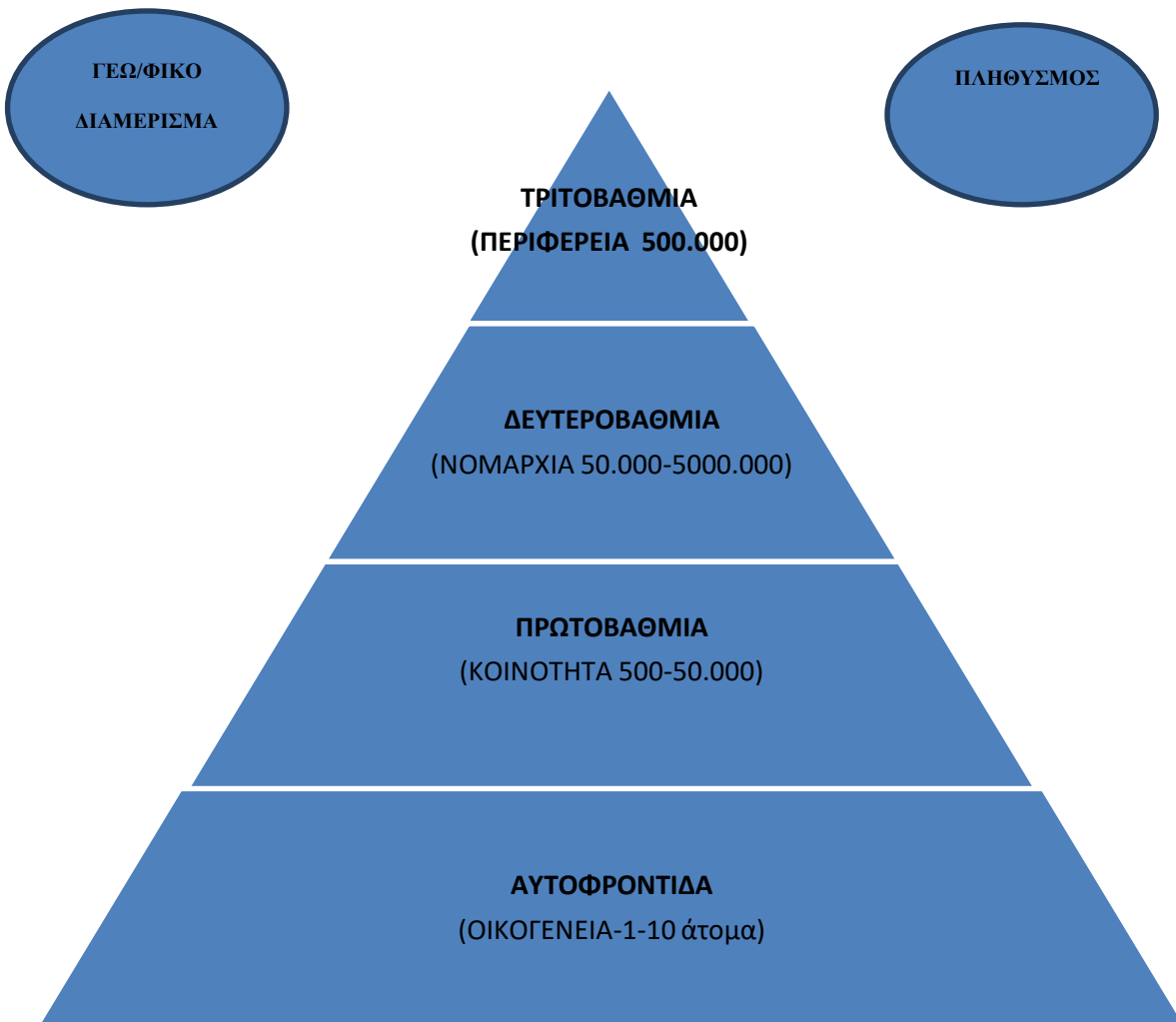
Στο πλαίσιο της δευτεροβάθμιας περίθαλψης γίνονται εργαστηριακές εξετάσεις και παρέχεται ολοκληρωμένη ενδονοσοκομειακή περίθαλψη για τη διαχείριση των προβλημάτων του ασθενούς, καθώς και γενικές χειρουργικές επεμβάσεις όπως γενική χειρουργική, γαστροσκόπηση κ.λπ.

Τέλος, στα πλαίσια της τριτοβάθμιας περίθαλψης, η παρεχόμενη περίθαλψη βασίζεται σε επαγγελματικές γνώσεις και απαιτεί τη συνέργεια γιατρών από διαφορετικές ειδικότητες.

Η Διακήρυξη της Άλμα-Άτα, που εγκρίθηκε το 1979, όρισε την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως «προσβάσιμες βασικές υπηρεσίες υγείας». Παρέχεται σε όλους (άτομα και οικογένειες της κοινότητας) με τρόπο αποδεκτό από αυτούς, μέσω της πλήρους συμμετοχής τους και με κόστος προσιτό στην κοινότητα και τη χώρα". Οι πολίτες μετακινούνται από απλούς αποδέκτες υπηρεσιών υγείας σε ενεργούς συμμετέχοντες στη καλύτερευση της υγείας και της καλύτερευσης της ζωής τους.

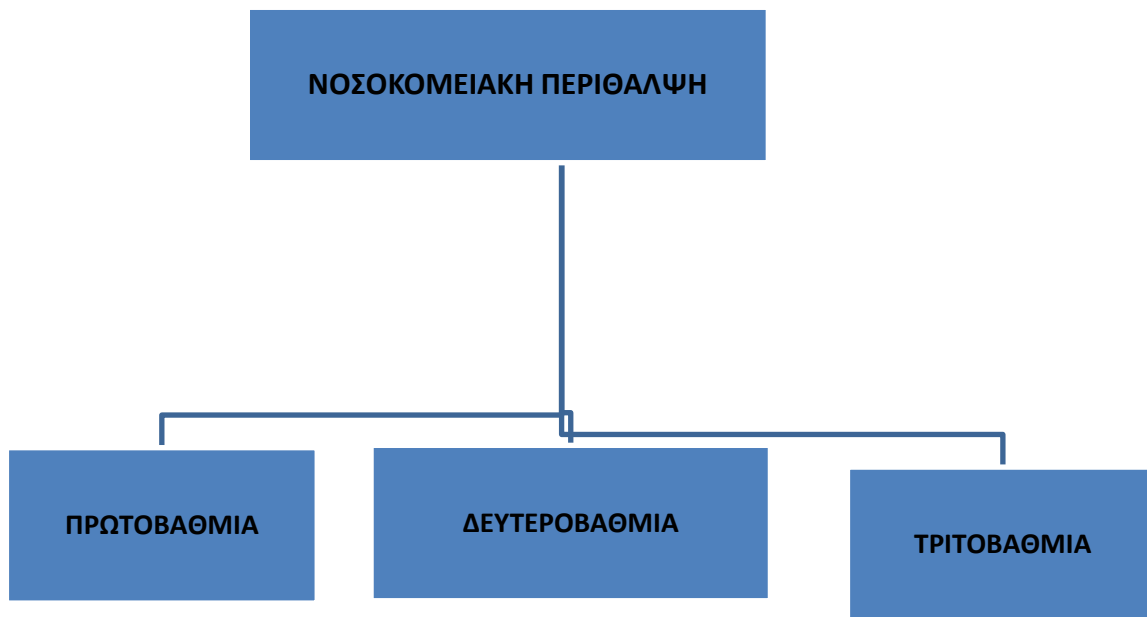
Το παρακάτω διάγραμμα (Σχήμα 1) δείχνει τα βασικά επίπεδα περίθαλψης και πώς διαφέρουν ανάλογα με τη γεωγραφία και το επίπεδο πληθυσμού της χώρας.

ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ



Σχήμα 1 :Πηγή: Σιγάλας Ι.,(2008), Η Δημόσια Περίθαλψη Προβλήματα και Προοπτικές

Η Νοσοκομειακή Περίθαλψη ακολούθως αναπτύσσεται στους ακόλουθους τομείς:



1. Διαγνωστική-θεραπευτική
(Εξωτ.ιατρεία)

2. επείγον(τμήμα επειγόντων)

3. Ιατρική πρόληψης

4. Ιατρική Κοινωνική

1. Νοσηλεία

2. Εργαστηριακός έλεγχος

3. Γενικές επεμβάσεις.

1. Νοσηλεία εξειδικευμένη

2. Υψηλά εξειδικ. γνώσεις.

3. Υψηλά εξειδ ικανότητες

4. Υψηλός εξειδ.

εξοπλισμός

5. Υψηλό κόστος δημιουργίας,

λειτουργίας και συντήρησης.

6. Απαιτεί υποστήριξη και άλλων
ιατρ. ειδικ.

7. Αφορά λίγους, καλύπτει όμως
μεγάλες πληθυσμ. μονάδες

Σχήμα 2: Η Νοσοκομειακή περίθαλψη. Πηγή: Σιγάλας Ι.,(2008), Η Δημόσια Περίθαλψη Προβλήματα και Προοπτικές

6.1 Εθνικό σύστημα υγείας

Σε ένα εθνικό σύστημα υγείας, η παραγωγή και η διανομή των υπηρεσιών είναι υπό άμεσο κρατικό έλεγχο και οι πολίτες λαμβάνουν υπηρεσίες υγείας δωρεάν. Χρηματοδοτούνται είτε απευθείας από τον κρατικό προϋπολογισμό (σοσιαλιστικές χώρες) είτε από τον προϋπολογισμό και άλλες πηγές όπως η κοινωνική ασφάλιση και οι τοπικοί φόροι (Σουηδία).

Η εθνική παραγωγή και διανομή υπηρεσιών υγείας επιτρέπει τον κεντρικό σχεδιασμό των υπηρεσιών, καθιστώντας ευκολότερη και αποτελεσματικότερη την παρέμβαση για την επίτευξη των στόχων. (Δικαίος Κ και Χλέτσος Μ (1999)

Ο σχεδιασμός υπηρεσιών βασίζεται στις ανάγκες υγείας του πληθυσμού και το μέσο για την κάλυψη αυτών των αναγκών είναι η βέλτιστη οργάνωση, χρηματοδότηση και κατανομή των οικονομικών πόρων του συστήματος. Στα περισσότερα εθνικά συστήματα, η παροχή υπηρεσιών υγείας έχει οριστεί και χωριστεί σε τρία αλληλένδετα επίπεδα με βάση τις ανάγκες των αστικών, ημιαστικών και αγροτικών περιοχών:

Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Περιλαμβάνει το πρώτο σημείο επαφής του ατόμου με τις υπηρεσίες υγείας, την πρόληψη και τη φροντίδα

Δευτεροβάθμια φροντίδα. Περιλαμβάνει τη φροντίδα ασθενών στα νοσοκομεία, Καλύπτει βασικές ιατρικές ειδικότητες και κοινά ιατρικά θέματα.

Τριτοβάθμια φροντίδα. Ασχολείται με μεγάλα ιατρικά προβλήματα που απαιτούν υψηλό επίπεδο δέσμευσης, γνώσης και δεξιοτήτων.

Αυτή η οργανωτική μορφή είναι μια τυπική οργανωτική δομή της χώρας συστήματα υγείας και έχει υιοθετηθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως η απαραίτητη δομή για την επίτευξη των μεγαλύτερων δυνατών ιατρικών και οικονομικών αποτελεσμάτων.

Ένα σημαντικό μειονέκτημα του εθνικού συστήματος υγείας είναι η (βραχυπρόθεσμη) αύξηση του κόστους υγειονομικής περίθαλψης σε σχέση με το ΑΕΠ.(Γεωργούση Ε.και Κυριόπουλος Γ 2002).

6.2 Δομή και οργάνωση

Η εποπτεία των διοικητών των αντίστοιχων υγειονομικών περιφερειών τους .Η δομή του ελληνικού συστήματος υγείας έχει ως εξής: (Παρασκευόπουλος Α, 2004)

-Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Είναι το κράτος υπεύθυνο για τον σχεδιασμό,εφαρμογή, αξιολόγηση και χρηματοδότηση πολιτικής, υπηρεσίες και προγράμματα υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης. Αποτελείται από γενικό συμβούλιο, τμήματα και γραφεία. Συμβουλευτικό όργανο του Υπουργείου είναι το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ), το οποίο είναι το ανώτατο συμβουλευτικό όργανο του Υπουργείου για τη δομή και τη λειτουργία του συστήματος.

-Διοικητική Υγειονομική Περιφέρεια Ελλάδος (ΔΥΠΕ)

Σύμφωνα με τον Ν. 3329/2005, η επικράτεια χωρίζεται σε ζώνες υγειονομικές, οι οποίες είναι πανομοιότυπες με τις διοικητικές ζώνες. Ως τοποθεσία κάθε υγειονομικής περιφέρειας ορίζεται η θέση της αντίστοιχης διοικητικής περιφέρειας. Σκοπός της ΔΥΠΕ είναι ο σχεδιασμός, ο συντονισμός, επίβλεψη και έλεγχος των λειτουργιών όλων των παρόχων υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης εντός της οικείας υγειονομικής περιφέρειας.

Τα έσοδα της ΔΥΠΕ προέρχονται από τακτικές κρατικές επιχορηγήσεις,ο προϋπολογισμός δημοσίων επενδύσεων, ξεκινώντας από 1% σχετικά βεβαιωμένα εισοδήματα του Νοσοκομείου ΕΣΥΚΑ Υγειονομικής Περιφέρειας, δωρεές, κληροδοτήματα και άλλα συμφέροντα τρίτων, έσοδα από ανάπτυξη περιουσιακών στοιχείων, έσοδα από προγράμματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή άλλων ελληνικών ή διεθνών οργανισμών ή μη κερδοσκοπικών οργανισμών ή από άλλες ερευνητικές δραστηριότητες και κάθε άλλο εισόδημα που προκύπτει από τις δραστηριότητές του.

-Δημόσια νοσοκομεία (δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη) λειτουργούν ως νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου, υπό τον έλεγχο και στοχεύουν στην παροχή δευτεροβάθμιας/τριτοβάθμιας περίθαλψης στους πολίτες. Οι λειτουργίες του νοσοκομείου χωρίζονται σε τρεις υπηρεσίες: ιατρική, νοσηλευτική και διοικητική.

-Κέντρα υγείας/περιφερειακά ιατρεία (πρωτοβάθμια περίθαλψη) Μαζί με τα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου είναι υπεύθυνα για την παροχή Πρωτοβάθμιας φροντίδα υγείας. Τα κέντρα υγείας λειτουργούν ως αποκεντρωμένες μονάδες νοσοκομείων.

Οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας εκτός του ΕΣΥ είναι δημόσιες και περιλαμβάνουν 200 πολυκλινικές που στελεχώνονται από τους περισσότερους ειδικούς ιατρούς και περίπου 300 κλινικές που στελεχώνονται από 1 έως 5 πρωτοβάθμιους ειδικούς.

-Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας(ΕΚΑΒ-Επείγουσα Φροντίδα Υγείας) Είναι νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου με περιφερειακή νόμιμη παρουσία και έδρα Αθήνα. Σύμφωνα με τον Ν. 1579/85 κύριοι σκοποί του ΕΚΑΒ είναι: η παροχή άμεσης βοήθειας σε επείγοντα περιστατικά, η επείγουσα ιατρική βοήθεια και η μεταφορά και μεταφορά των έκτακτων περιστατικών σε μονάδες υγειονομικής υπηρεσίας.

-Υπηρεσίες και ιδρύματα δημόσιας υγείας Είναι οργανισμοί υπό του Υπουργείο Υγείας, των οποίων οι κύριες λειτουργίες είναι να παρακολουθούν την κατάσταση της υγείας του πληθυσμού και τους παράγοντες που τον επηρεάζουν, να ελέγχουν λοιμώδεις νόσους και άλλες ασθένειες υψηλού κινδύνου και να ανταποκρίνονται σε μη φυσιολογικούς κινδύνους και απρόβλεπτες περιστάσεις και ειδικές περιπτώσεις.

-Περιφερειακά και νομαρχιακά γραφεία υγείας. Το Υπουργείο Υγείας λειτουργεί σε όλες τις περιφέρειες και τις πολιτείες της χώρας, αρμοδιότητες που σχετίζονται κυρίως με θέματα πρόληψης/κοινωνικής ιατρικής και δημόσια υγεία. Ορισμένοι φορείς περιλαμβάνουν: Εθνική Υπηρεσία Μεταμοσχεύσεων, Εθνικό Κέντρο Έρευνας Υγείας.

-Ιδιωτικό Κέντρο . Αυτή η κατηγορία περιλαμβάνει ιδιωτικές κλινικές, οδοντιατρικές κλινικές, ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και ιδιωτικά νοσοκομεία/κλινικές. Λειτουργούν σύμφωνα με τα πρότυπα της ιδιωτικής οικονομίας και παρέχουν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.

Οι μη κερδοσκοπικοί φορείς ιδιωτικού δικαίου, συχνά με κάποια σχέση με το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο, κυρίως σε επίπεδο νοσοκομειακής περίθαλψης. Ενδεικτικά αναφέρουμε εδώ τις σημαντικότερες δημόσιες νοσοκομειακές μονάδες, που είναι το Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου» στη Θεσσαλονίκη (δωρεά Νικόλα & Λεωνίδα Παπαγεωργίου), το Ωνάσιο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο στην Αθήνα (δωρεά στο Ελληνικό Δημόσιο) Α. Ίδρυμα Ωνάση) και το νοσοκομείο Ερρίκος Ντυνάν, επίσης στην Αθήνα, το οποίο ανήκει στον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Όπως σημειώθηκε παραπάνω, η θεωρία της μετασχηματιστικής ηγεσίας έχει προσελκύσει ιδιαίτερο ερευνητικό ενδιαφέρον λόγω των επιπτώσεών της σε οργανισμούς και εργαζόμενους (Judge & Piccolo, 2004).

Σε μια από τις πρώτες μετα-αναλύσεις σε αυτόν τον τομέα, οι Lowe et al (1996) εξέτασαν ευρήματα από 39 μελέτες και διαπίστωσαν ότι η μετασχηματιστική ηγεσία σχετίζεται θετικά με την απόδοση των εργαζομένων μέσω αποτελεσματικών κινήτρων.

Ομοίως, οι Fuller et al. (1996) επιβεβαίωσαν τα παραπάνω ευρήματα, δείχνοντας ότι η επιρροή έμπνευσης είναι μια βασική μεταβλητή στην απόδοση των εργαζομένων στο πλαίσιο της μετασχηματιστικής ηγεσίας, ενώ οι DeGroot et al. (2000) απέδειξαν επίσης ότι η τελευταία σχετίζεται με αυξημένη προσπάθεια απόδοσης των εργαζομένων, με ικανοποίηση από την εργασία και οργανωτική δέσμευση.

Μια αντίστοιχη μετα-ανάλυση από τους Dumdum et al (2002) διαπίστωσε ότι η μετασχηματιστική ηγεσία μπορεί να αυξήσει την ικανοποίηση των ηγετών και των οπαδών τους. Πρόσφατη έρευνα αναφέρει παρόμοια ερευνητικά στοιχεία σχετικά με τα οφέλη της μετασχηματιστικής ηγεσίας στους οργανισμούς.

Για παράδειγμα, η ανάλυση του Wang et al. (2011) διαπίστωσε ότι αυτό το στυλ ηγεσίας ήταν ένας παράγοντας πρόβλεψης της απόδοσης σε ατομικό, ομαδικό και οργανωτικό επίπεδο, επειδή οι μετασχηματιστικοί ηγέτες έχουν την ικανότητα να παρακινούν τους εργαζόμενους ώστε να επιτύχουν τους στόχους τους αποτελεσματικά. με τρόπο που τους επιτυγχάνουν .

Επιπλέον, ένας μεγάλος όγκος ερευνών έχει εξετάσει τις πιο συγκεκριμένες επιπτώσεις της μετασχηματιστικής ηγεσίας σε διάφορα οργανωτικά φαινόμενα. Για παράδειγμα, έχει βρεθεί μια θετική σχέση μεταξύ της μετασχηματιστικής ηγεσίας και της οργανωτικής δέσμευσης (Korek et al, 2010) και της ενδυνάμωσης ψυχολογικά (Cumusluoglu & Ilsev, 2009).

Επιπλέον, η έρευνα έχει βρει ότι η εφαρμογή μετασχηματιστικής ηγεσίας μπορεί να βελτιώσει την ευημερία των εργαζομένων, να μειώσει τα επίπεδα εργασιακού άγχους και εξουθένωσης και να αυξήσει την εργασιακή ικανοποίηση (Skakon et al., 2010).

Στην πραγματικότητα, η μετασχηματιστική ηγεσία έχει βρεθεί ότι είναι πιο αποτελεσματική όσον αφορά την εργασία και την οργανωτική απόδοση από άλλα στυλ ηγεσίας, όπως η χαρισματική ή η συναλλακτική (Dumdum et al., 2002). Άλλη έρευνα εξέτασε τη σχέση μεταξύ μετασχηματιστικής ηγεσίας και εργασιακών συμπεριφορών, υποδηλώνοντας ότι αυτό το μοντέλο ηγεσίας σχετίζεται με θετικές συμπεριφορές στο χώρο εργασίας και μειωμένες τάσεις απόσυρσης (Walumbwa & Lawler, 2003). Έρευνα των Hoyt και Blascovich (2003) διαπίστωσε ότι η μετασχηματιστική ηγεσία έχει θετικό αντίκτυπο στη δημιουργικότητα και, γενικότερα, στη δημιουργική εργασία και τις βελτιωμένες δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων.

Παρόμοιες θετικές επιπτώσεις αναγνωρίστηκαν σε επίπεδο ομάδας εργασίας. Όπως αναφέρθηκε από τους Bass et al. (2003), η υιοθέτηση της μετασχηματιστικής ηγεσίας μπορεί να αυξήσει την αποτελεσματικότητα και τη συνοχή της ομάδας, βελτιώνοντας έτσι την οργανωτική απόδοση.

Ως εκ τούτου, οι Sanders & Shipton (2012) δείχνουν ότι οι μετασχηματιστικοί ηγέτες ενθαρρύνουν την ενδυνάμωση της ομάδας, βελτιώνουν την ποιότητα της συνεργασίας και της επικοινωνίας και προάγουν την αμοιβαία εμπιστοσύνη και μάθηση μεταξύ των ομάδων εργασίας.

Επιπλέον, μια πρόσφατη μελέτη του Humphrey (2012) διαπίστωσε ότι η μετασχηματιστική ηγεσία σχετίζεται άμεσα με την οργανωσιακή συμπεριφορά του πολίτη (OCB), η οποία με τη σειρά της σχετίζεται με αυξημένα επίπεδα κινήτρων, ικανοποίηση από την εργασία και οργανωτική δέσμευση.

Επίσης, οι van Knippenberg & Sitkin (2013) έδειξαν ότι οι μετασχηματιστικοί ηγέτες επηρεάζουν θετικά τη συμπεριφορά, τις εργασιακές στάσεις και τα κίνητρα των εργαζομένων.

Ως εκ τούτου, οι Avey et al (2008) ανέφεραν ότι η μετασχηματιστική ηγεσία έχει θετικό αντίκτυπο στη δέσμευση, την ικανοποίηση, την ευημερία και την ατομική εργασιακή απόδοση.

Συνοπτικά, είναι σαφές ότι η μετασχηματιστική ηγεσία είναι ένα στυλ ηγεσίας που σχετίζεται με βελτιωμένα προσωπικά, εργασιακά και οργανωτικά αποτελέσματα.

Ειδικά στις οικονομικά ανεπτυγμένες χώρες, οι ασθένειες που σχετίζονται με τη συμπεριφορά και τις συνθήκες διαβίωσης έχουν αντικαταστήσει τις μολυσματικές ασθένειες ως κύρια αιτία θανάτου και κακής ποιότητας ζωής, επομένως οι υπηρεσίες πρέπει να αντιμετωπίζουν προσεκτικά και να προβλέπουν την εμφάνισή τους.

Ταυτόχρονα, ζητήματα χρηματοδότησης υπηρεσιών και συνεργασιών μεταξύ αναπτυξιακών φορέων και κοινοτήτων απαιτούν σημαντικές πρωτοβουλίες ηγεσίας, ενώ η εισαγωγή νέων τεχνολογιών απαιτεί ομαδική διεπιστημονική συνέργεια και ενεργό συμμετοχή των ασθενών.

Οι οργανισμοί παροχής υπηρεσιών, το περιεχόμενο και η κατεύθυνσή τους αλλάζουν επίσης σε ένα περιβάλλον υπερφορτωμένο με πληροφορίες όπου οι ανάγκες και τα δικαιώματα των ληπτών υγειονομικής περίθαλψης, των φροντιστών και των κοινοτήτων προκαλούν τους παραδοσιακούς οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης και δημιουργούν την ανάγκη παροχής ποιοτικών προσδοκιών για υπηρεσίες νοσηλευτικής φροντίδας.

Ως εκ τούτου, εκτός από τη διαχείριση των υπαρχόντων πόρων, ανθρώπων και διαδικασιών, η ηγεσία του τομέα υγείας μπορεί να παρέχει την απαραίτητη καθοδήγηση και υποστήριξη για την αποτελεσματική αντιμετώπιση σύνθετων προκλήσεων (Bolman & Deal, 2003, Hartley & Martin, 2008). Έχει περιγραφεί (Weberg, 2012· Vaghee & Yavari, 2013) ότι τα περισσότερα προβλήματα στις υπηρεσίες υγείας προέρχονται από την έλλειψη επικοινωνίας, αλλά και από την «κακή» ηγεσία.

Η αναποτελεσματική ηγεσία μειώνει την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα, αυξάνει το κόστος, προκαλεί δυσαρέσκεια στους εργαζόμενους, μειώνει την ικανοποίηση των φροντιστών και των ασθενών και τελικά επηρεάζει αρνητικά την υγεία του πληθυσμού.

Η αποτελεσματική ηγεσία, από την άλλη πλευρά, δημιουργεί μια οργανωτική νοοτροπία που μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, την αποτελεσματικότητα του συστήματος και της οργάνωσης και τελικά την επίτευξη ατομικών και οργανωτικών στόχων (Sfantou et al., 2017), (Storey & Holti, 2013).), (Hardacre et al., 2011).

Ωστόσο, τα συλ ηγεσίας στις υπηρεσίες υγείας δεν είναι ομοιόμορφα ή έχουν τα ίδια χαρακτηριστικά. Προκειμένου να καθοριστεί πλήρως το εύρος αυτής της μελέτης, οι συνθήκες που επηρεάζουν την ανάδειξη της ηγεσίας σε πολύπλευρα περιβάλλοντα υγείας πρέπει να εξεταστούν και να περιγραφούν προσεκτικά.

Η εμφάνιση ζητημάτων ηγεσίας στις υπηρεσίες υγείας μπορεί να φαίνεται αυτονόητη, αλλά πληροφορείται από μια σειρά από λόγους που καθορίζουν την αναγκαιότητά της (Hartley & Martin, 2008). Πρώτον, οι ασθένειες που απειλούν τις ζωές των ανθρώπων έχουν αλλάξει τις τελευταίες δεκαετίες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

- 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, Α., 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
- Αδαμακίδου, Θ., (2008) Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ 2008, 47(3):320–333
- Γεωργούση Ε., και Κυριόπουλος Γ. (2002), «Σχεδιασμός - Οικονομική Διαχείριση και Αξιολόγηση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας», Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
- Γούλα Α. (2007), Διοίκηση και Διαχείριση Νοσοκομείου, Ελληνική Πραγματικότητα και Πρακτική, εκδόσεις Παπαζήση, σελ 95.
- 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
- Δίκαιος Κ και Χλέτσος Μ., (1999), Υπηρεσίες Υγείας Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και προκλήσεις, ΕΑΠ, σελ 48-56
- 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
- Κυριόπουλος, Γ., και Φιλαλήθης, Τ., (1996), Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα. Αθήνα: Θεμέλιο & Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας.

- 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, Α., 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.
- 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.
- Παρασκευόπουλος Λ, (2004), «Συστήματα Υγείας-θέματα οργάνωσης & διαχείρισης συστημάτων υγειονομικής φροντίδας», Σημειώσεις διδασκαλίας, σελ:46-53.
- Πρεβύζη, Ε., Κόλλια, Θ., (2012) Ηγεσία και παρακίνηση: Σημαντικές έννοιες στην Νοσηλευτική, Το Βήμα του Ασκληπιού, 11(1)

Ξένη

- Abelha, D., Carneiro, C., César Da, P. & Flavia, C., 2018. Transformational Leadership and Job Satisfaction: Assessing the Influence of Organizational Contextual Factors and Individual Characteristics.. *Review of Business Management*. 20, pp.516-32
- Al-Sawai, A., 2013. Leadership of healthcare professionals: where do we stand? *Oman medical journal*, 28(4), p.285–287.
- Alsayah, F.A., 2011. Exploring the Relation Between the Perceived Leadership Behaviours and Job Satisfaction at the Libyan Petrochemical Companies. Durham: Durham thesis, Durham University.
- 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
- Antonakis, J., Avolio, B. J., & Sivasubramaniam, N. (2003). Context and leadership: An examination of the nine-factor full-range leadership theory using the Multifactor Leadership Questionnaire. *The Leadership Quarterly*, 14, 261-29
- 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.
- 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., Walumbwa, F. & Weber, T.J., 2009. "Leadership: Current Theories, Research, and Future Directions". *Annual Review of Psychology*, 60 (2), pp.441-62.
- Avolio, B. J., & Bass, B. (2004). *Multifactor Leadership Questionnaire: Manual and Sampler Set*. New York: Mind Garden.

- Avolio, B. J., & Bass, B. M. (1991). The full range leadership development programs: Basic and advanced manuals. Binghamton, NY: Bass, Avolio & Associates
- 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., 2008. *Handbook of Leadership, Theory, Research, and Managerial Applications*. 4th ed. NY: Free Press.
- 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 α). *Bass & Stogdill's handbook of leadership: Theory, research, and managerial applications* (3rd ed.). New York: Free Press
- Bass, B. & Avolio, B.,(1990 β). Manual for the Multi-factor leadership questionnaire: rater form. In: Palo Alto: Sage, όπως αναφέρεται στο Μαγουλιανίτης Γ. (2011), *Μορφές ηγεσίας και όραμα στην Ελληνική Αστυνομία*. Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Πατρών.
- Bass, B. M. (1985). Leadership: Good, better, best. *Organizational Dynamics*, 13(3), 26–40.
- Bennis, W. G., & Nanus, B. (1985). *Leaders: The strategies for taking charge*. New York: Harper & Row.
- Bird, C., 1940. *Social psychology*. New York: Appleton-Century
- Block, L., (2003). The leadership – culture connection: an exploratory investigation. *Leadership & Organization Development Journal*, 24 (6), pp. 318-334
- Bolman, L.G. & Deal, T.E. (2003), “Reframing leadership”, in Gallos, J.V. (Ed.), *Business Leadership*, Jossey-Bass, San Francisco.
- Braun, S., Peus, C., Weisweiler, S. & Frey, D., 2013. Transformational leadership, job satisfaction, and team performance: A multilevel mediation model of trust. *The Leadership Quarterly* Volume 24, Issue 1, pp.270-83.
- Burns, J. M. (1978). *Leadership*. New York, NY: Harper & Row.

- Choi, S.L., Goh, C.F. & Adam, M.B.H.e.a.,(2016 α). Transformational leadership, empowerment, and job satisfaction: the mediating role of employee empowerment.. Human Resources for Health volume 14, Article number: 73, pp.1-14.
- Choi, S.L., Goh, C.F., Adam, M.B. & Tan, O.K.,(2016 β). Transformational leadership, empowerment, and job satisfaction: the mediating role of employee empowerment. Human resources for health, 14(1), 73.
- DeGroot, T., Kiker, D. S., & Cross, T. C. (2000). A meta-analysis to review organizational outcomes related to charismatic leadership. Canadian Journal of Administrative Sciences, 17, 356 – 371.
- 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
- Dorros,2006 Dumdum, U. R., & Lowe, K. B., & Avolio, B. J. (2002). A meta-analysis of transformational leadership correlates of effectiveness and satisfaction: an update and extension. In B. J. Avolio & F. J. Yammarino (Eds.), Transformational and charismatic leadership (pp. 35-66). Oxford: JAI.
- Economou C, Kaitelidou D, Karanikolos M, Maresso A. Greece: Health system review. Health Systems in Transition, 2017; 19(5):1–192
- 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)
- 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.
- Fleishman, E.A., 1953. The description of supervisory behaviour. Personnel Psychology, 37, pp.1-6.
- Fuller, J. B., Patterson, C. E., Hester, K., & Stringer, D. Y. (1996). A quantitative review of research on charismatic leadership. Psychological Reports, 78(1), 271-287.

- Gabow, P., Halvorson, G., & Kaplan, G. (2012). Marshaling leadership for high-value health care: an Institute of Medicine discussion paper. *JAMA*, 308(3), 239-240.
- Giordano, R., (2011), *The leadership challenge for general practice in England*. London, The King's Fund
- Goodwin, N. (2006). *Leadership in Health Care: A European Perspective*. London: Routledge
- Groenewegen, P., Jurgutis, A., A future for primary care for the Greek population *Quality in Primary Care* 2013;21:369–78
- Gunderman, R. B. (2009). *Leadership in Health Care*. London: Springer-Verlag.
- Harrison, C., 2018. *Leadership theory and Research*. Palgrave Macmillan, Cham, p.128.
- Hanaysha, J. et al., 2012. Transformational Leadership and Job Satisfaction. *American Journal of Economics* 2(Special Issue), pp.145-48.
- 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
- House, R.J. & Aditya, R.N., 1997. The social scientific study of leadership: Quo vadis? *Journal of Management*, 23(3), pp.409-73.
- Hughes, L.W., Avey, J.B. & Nixon, D.R., 2010. Relationships between leadership and followers' quitting intentions and job search behaviors. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 17(4), p.351–362
- Hughes, R. L., Ginnet, R. C., & Curphy, G. L. (2006). *Leadership: enhancing the lesson of experience* (5th ed.). New York: McGraw-Hill
- Hunter, D. J. (2007). *Managing for Health*. New York: Routledg
- Hutchison, B., Levesque, j., Strumpf, E., Natalie, C., *Primary Health Care in Canada: Systems in Motion*, *Milbank Q.* 2011, 89(2), pp. 256–288
- Judge, T. A., & Piccolo, R. F. (2004). Transformational and transactional leadership: a meta-analytic test of their relative validity. *Journal of Applied Psychology*, 89(5), 755.

- 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.
- Khan, S. et al., 2020. Probing the Effects of Transformational Leadership on Employees' Job Satisfaction With Interaction of Organizational Learning Culture.. SAGE Open.
- Korek, S., Felfe, J., & Zaepernick-Rothe, U. (2010). Transformational leadership and commitment: A multilevel analysis of group-level influences and mediating processes. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 19(3), 364– 387.
- Lee, T. H. (2010). Turning doctors into leaders. *Harvard Business Review*, 88(4), 50-58.
- Lee, J., (2008). Effects of leadership and leader-member exchange on innovativeness. *Journal of Managerial Psychology*, 23(6), pp. 670-687 118
- Lowe, K. B., Kroeck, K. G., & Sivasubramaniam, N. (1996). Effectiveness correlates of transformational and transactional leadership: A meta-analytic review of the mlq literature. *The Leadership Quarterly*, 7(3), 385–425.
- Manion, J. (2005). *From Management to Leadership. Practical Strategies for Health Care Leaders*. San Francisco: Jossey-Bass
- Mason, A.M., 1998. Perceptions of presidential leadership by chief academic officers and their relationships to job satisfaction, motivation toward extra effort, and perceived effectiveness in American community colleges: A composite model of transformational and transactio. North Carolina: North Carolina State University. ProQuest Dissertations Publishing
- McAlearney, A. S. (2008). Using leadership development programs to improve quality and efficiency in healthcare. *Journal of Healthcare Management*, 53(5), 23-30.
- McAlearney, A. S. (2006). Leadership development in healthcare: a qualitative study. *Journal of Organizational Behavior*, 27(7), 967-982
- 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)
- NHS Leadership Academy (2019), Developing outstanding leadership in primary care, διαθέσιμο στο <https://www.leadershipacademy.nhs.uk/> Ανάκτηση 01-12-2019
- Northouse, P.G., 2010. Leadership: Theory and Practice (5th Ed.). Thousand Oaks: CA; Sage. 456 p. ISBN: 0-8077-4679-7
- Nystrom, P.C., 1978. “Managers and the hi-hi leader myth”. Academy of management Journal, 21(2), pp.325-31.
- 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.
- Puni, A., Mohammed, I. & Asamoah, E., 2018. "Transformational leadership and job satisfaction: the moderating effect of contingent reward". Leadership & Organization Development Journal
- 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
- Sashkin, M. (1988). The visionary leader. In J. A. Conger & R. A. Kanungo (Eds.), Charismatic leadership: The elusive factor in organizational effectiveness (pp. 122– 160). San Francisco, CA: Jossey-Bass
- Scandinavian Joyrnal 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)

- Shamir, B., 1995. “Social distance and charisma: theoretical notes and an exploratory study”. *Leadership Quarterly*, Vol. 6 No. 1, pp.19-47.
- 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
- Southworth, G. (1993). School Leadership and School Development: reflections from research. *School Organization* , 13 (1), pp.73-87.
- Spreitzer, G.M., Perttula, K.H. & Xin, K., 2005. Traditionality matters: an examination of the effectiveness of transformational leadership in the United States and Taiwan. *Journal of Organizational Behavior* 26, pp.205-27
- Stefl, M. E. (2008). Common competencies for all healthcare managers: the Healthcare Leadership Alliance model. *Journal of Healthcare Management*, 53(6), 23-32.
- 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.
- Stogdill, R.M., 1948. Personal factors associated with leadership: A survey of the literature. *Journal of Psychology*, 25, p.35–71.
- Stoller, J. K. (2013). Commentary: recommendations and remaining questions for health care leadership training programs. *Academic Medicine*, 88(1), 12-15.
- 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
- 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.
- 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)

- Tafvelin, S., 2013. The Transformational Leadership Process - Antecedents, Mechanisms, and Outcomes in the Social Services. Umeå, Sweden: Umeå University
- 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
- Tichy, N. M., & Devanna, M. A. (1986). The transformational leader. New York: Wiley.
- Towler, A., 2021. Leadership performance and effectiveness: What it is, how it works and how to improve it. [Online] Available at: <https://www.ckju.net/en/dossier/leadership-performance-and-effectiveness-what-it-how-it-works-and-how-improve-it> [Accessed 01 December 2021].
- Turner, P. (2019). A Model for Health Sector Leadership, Leadership in Healthcare, Springer, pp. 109-142.
- Uslu, O.A., 2019. General Overview to Leadership Theories from a Critical Perspective. Marketing and Management of Innovations, 1 , pp.161-72.
- 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.
- Wang, G., Oh, I. S., Courtright, S. H., & Colbert, A. E. (2011). Transformational leadership and performance across criteria and levels: A meta-analytic review of 25 years of research. Group & Organization Management, 36(2), 223–270.
- Webb, K.S., 2003. Presidents' Leadership Behaviors Associated with Followers' Job Satisfaction, Motivation Toward Extra Effort, and Presidential Effectiveness at Evangelical Colleges and Universities, dissertation. Denton, Texas: University of North Texas Libraries
- Weberg, D. (2012 α). “Complexity leadership: a healthcare imperative”, Nursing Forum, 47 (4), pp. 268-277.
- Weberg D, (2012 β) , Vaghee & Yavari,2013

- 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)
- Wongpravit, N. (2014). "The leadership competencies model of private hospital directors in Thailand", *Human Resources Development Journal*, 4 (1), pp. 72-85.
- World Health Organization (2009α). *Systems thinking for health systems strengthening*, Geneva: World Health Organization
- World Health Organization (2009β). *Systems thinking for health systems strengthening*, Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2008α). *Primary health care: now more than ever*, Geneva: World Health Organization
- World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health (2008β) *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 (2008γ). *Primary health care: now more than ever*, Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health (2008δ) *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 (2007α). *Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*, Geneva: World Health Organization
- World Health Organization (2007β). *Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*, Geneva: World Health Organization

- World Health Organization, Commission on Macroeconomics and Health (2001α) Investing in health for economic development, Geneva: World Health Organization
- World Health Organization, Commission on Macroeconomics and Health (2001β) Investing in health for economic development, 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 (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 (1978). Primary health care, 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.,(2008) How Leaders Influence Organizational Effectiveness. *The Leadership Quarterly*, 19, pp.708-22.
- Yukl, G., (2006) *Leadership in Organisations*. 6th ed. NJ: Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Yukl, G. & Lepsinger, R., (2005) Why integrating the leading and managing roles is essential for organizational effectiveness. *Organizational Dynamics*, 34(4), p.361–375.
- Yukl, G. (1999). An evaluation of conceptual weaknesses in transformational and charismatic leadership theories. *The Leadership Quarterly*, 10(2), 285–305.
- Yukl, G.A. (1989). *Leadership in Organizations*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N
- Zaccaro, S., 2007. Trait-based perspectives of leadership. *American Psychologist*, 62(1), pp.7-16.

