



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ**  
**ΠΜΣ ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**  
**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**  
**“ΠΟΛΥΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ**  
**ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΤΩΝ**  
**ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ - Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ**  
**ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ”**

της

**Πηνελόπης Ι. Σαραφίδου**

Υποβλήθηκε ως απαιτούμενο για την απόκτηση του μεταπτυχιακού διπλώματος στη Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας

**Οκτώβριος 2020**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ : ΟΔΥΣΣΕΑΣ ΜΟΣΧΙΔΗΣ**

**COPYRIGHT:**

© Πηνελόπη-Ιωάννου-Σαραφίδου, 2020

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα.

Το περιεχόμενο αυτής της εργασίας δεν απηχεί απαραίτητα τις απόψεις του Τμήματος, του Επιβλέποντα, ή της Επιτροπής που την ενέκρινε.

**Υπεύθυνη Δήλωση**

Βεβαιώνω ότι είμαι η συγγραφέας αυτής της εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται σ' αυτή. Επίσης έχω αναφέρει τις πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων και αυτές αναφέρονται είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες. Επίσης βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία προετοιμάστηκε από εμένα προσωπικά ειδικά για τις απαιτήσεις του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας του Τμήματος Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων του Πανεπιστημίου Μακεδονίας.

(υπογραφή)

.....

*Πηνελόπη -Ιωάννου-Σαραφίδου*

## Αφιερωμένη

Στο σύζυγό μου Πασχάλη και στα παιδιά μου, Σταυρούλα και Γιώργο για την αμέριστη συμπαράσταση, την υπομονή, την στήριξη και την ανοχή τους

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή μου, κύριο Οδυσσέα Μοσχίδη, για τις υποδείξεις και την καθοδήγησή του καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας, καθώς επίσης και όλους τους συναδέλφους και φίλους που βοήθησαν στη συλλογή των ερωτηματολογίων. Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω και όλους, όσοι συμμετείχαν με την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου σ' αυτή την έρευνα, καθώς χωρίς την συμμετοχή τους θα ήταν αδύνατη η διεξαγωγή της.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας θεωρείται ο πυλώνας των συστημάτων υγείας των χωρών παγκοσμίως διότι παρέχει υγειονομικές υπηρεσίες στους πολίτες, μέσα από δράσεις και ενέργειες, με σκοπό την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού και τη διασφάλιση της δημόσιας υγείας. Στην Ελλάδα οι δημόσιες δομές της Π.Φ.Υ, τα Κέντρα Υγείας και οι Τοπικές Μονάδες Υγείας, διοικούνται από τους Διευθυντές/ Συντονιστές οι οποίοι προέρχονται από τον ιατρικό κλάδο και διορίζονται από το διοικητή της οικείας Υ.Πε.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η ανάδειξη των χαρακτηριστικών διοίκησης και ηγεσίας που αντιπροσωπεύουν τους εργαζόμενους στα Κ.Υ-Το.Μ.Υ του νομού Θεσσαλονίκης, καθώς και της ικανοποίησή τους σε σχέση με τις ηγετικές ικανότητες των Διευθυντών/Συντονιστών.

Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν ότι το κυρίαρχο στοιχείο βάσει του οποίου διακυμαίνεται και η ικανοποίηση των εργαζομένων σε σχέση με τις ηγετικές ικανότητες των Διευθυντών, είναι η άμεση λήψη αποφάσεων για την επίλυση επειγόντων ζητημάτων καθώς και η ανεύρεση νέων τρόπων για την ολοκλήρωση καθηκόντων προς ανάθεση ενώ αναδεικνύεται και το κενό στην εκπαίδευση των μόνιμων υπαλλήλων και των Διευθυντών σε θέματα διοίκησης, οι οποίοι εργάζονται στα Κ.Υ σε σχέση με τους μη μόνιμους υπαλλήλους των Το.Μ.Υ.

## ABSTRACT

Primary Health Care is considered the pillar of the health systems of countries worldwide because it provides health services to citizens, through actions and activities, in order to promote the health of the population and ensure public health. In Greece, the public structures of the PHC, the Health Centers and the Local Health Units, are managed by the Directors / Coordinators who come from the medical sector and are appointed by the commander of the relevant Ministry of Health.

The purpose of this study is to highlight the characteristics of management and leadership that represent the employees in the Health Centers - Local Health Units of the prefecture of Thessaloniki, as well as their satisfaction in relation to the leadership skills of Managers / Coordinators.

The results of the research show that the dominant element on the basis of which the employees' satisfaction in relation to the leadership skills of the Managers varies, is the immediate decision-making for the solution of urgent issues as well as the finding of new ways to complete tasks and there is gap in the training of permanent employees and Managers in matters of administration, who work in the Health Centers in relation to the non-permanent employees of Local Health Units.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

|   |    |
|---|----|
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ  | 1  |
| <i>Α΄ ΜΕΡΟΣ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ</i>   | 4  |
| ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ  | 4  |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ   | 4  |
| 1.1 Εισαγωγή  | 4  |
| 1.2 Ο ρόλος της ΠΦΥ   | 5  |
| 1.3 Η ΠΦΥ σε χώρες του εξωτερικού   | 8  |
| 1.3.1 Εισαγωγή  | 8  |
| 1.3.2 Γενικά χαρακτηριστικά της ΠΦΥ των χωρών του εξωτερικού  | 9  |
| 1.3.3 Κατανομή ιατρών της ΠΦΥ   | 9  |
| 1.3.4 Πρόσβαση  | 10 |
| 1.3.5 Επίσκεψη κατ' οίκον   | 12 |
| 1.3.6 Τηλεφωνική επικοινωνία  | 12 |
| 1.3.7 Χρηματοδότηση και αρμοδιότητα   | 12 |
| 1.3.8 Αποζημίωση των ιατρών της ΠΦΥ   | 13 |
| 1.4 Υγειονομικό Σύστημα και Π.Φ.Υ στην Ελλάδα   | 13 |
| 1.4.1 Εισαγωγή  | 13 |
| 1.4.2 Νομοθετικό πλαίσιο για την υγεία στην Ελλάδα  | 14 |
| 1.4.2.1 Νόμος 1397/1983 - Εθνικό Σύστημα Υγείας - Νομοθετικό πλαίσιο για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας  | 15 |
| 1.4.2.2 Νόμος 4486/2017-Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις | 17 |
| 1.5 Νομοθετικό πλαίσιο για τη Διοίκηση των υγειονομικών δομών Π.Φ.Υ   | 23 |
| 1.6 Ανακεφαλαίωση   | 24 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΔΙΟΙΚΗΣΗ  | 25 |
| 2.1 Διοίκηση επιχειρήσεων και οργανισμών  | 25 |
| 2.2 Οι λειτουργίες της Διοίκησης  | 25 |
| 2.2.1 Προγραμματισμός/Σχεδιασμός  | 26 |
| 2.2.2 Οργάνωση  | 26 |
| 2.2.3 Διεύθυνση/Καθοδήγηση  | 26 |
| 2.2.4 Έλεγχος   | 27 |
| 2.3 Διοίκηση δομών Π.Φ.Υ  | 27 |

|   |    |
|---|----|
| 2.4 Ανακεφαλαίωση   | 28 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΗΓΕΣΙΑ  | 30 |
| 3.1 Εννοιολογικές προσεγγίσεις  | 30 |
| 3.2 Μορφές ηγεσίας  | 31 |
| 3.3 Διαφορές μεταξύ μάνατζερ και ηγέτη  | 36 |
| 3.4 Χαρισματικός ηγέτης   | 38 |
| 3.5 Συναισθηματική νοημοσύνη και στυλ ηγεσίας                                     | 39 |
| 3.6 Στυλ ηγεσίας  | 42 |
| 3.7 Ανακεφαλαίωση   | 45 |
| <i>Β' ΜΕΡΟΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ</i>  | 46 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ   | 46 |
| 4.1. Μέθοδοι μέτρησης της ηγεσίας   | 47 |
| 4.2. Περιγραφή του ερωτηματολογίου της ποσοτικής έρευνας                          | 49 |
| 4.3 Συγκέντρωση δεδομένων ποσοτικής έρευνας                                       | 51 |
| 4.4 Κωδικοποίηση ερωτήσεων  | 52 |
| 4.5 Επεξεργασία δεδομένων ποσοτικής έρευνας                                       | 56 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ   |    |
| 5.1 ΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΙΩΝ (C.A.)                                       | 57 |
| 5.1.1 Εισαγωγή  | 57 |
| 5.1.2 Ανάλυση του πίνακα Burt   | 59 |
| 5.1.3 Παραγοντικοί άξονες -Δείκτες ερμηνείας των αποτελεσμάτων της A.F.C          | 60 |
| 5.1.4 Παραγοντική ανάλυση των δεδομένων   | 62 |
| 5.1.5 Πίνακας διπλής εισόδου Burt   | 76 |
| 5.2 ΑΝΑΙΟΥΣΑ ΙΕΡΑΡΧΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ   | 80 |
| 5.2.1 Εισαγωγή  | 80 |
| 5.2.2 Εσωταξική και Διαταξική Αδράνεια  | 81 |
| 5.2.3 Κριτήριο συνένωσης ομάδων-Κριτήριο Ward                                     | 82 |
| 5.2.4 Επεξεργασία δεδομένων με τη μέθοδο της ταξινόμησης κατά αύξουσα<br>ιεραρχία | 83 |
| 5.3 Αποτελέσματα έρευνας  | 86 |
| Βιβλιογραφία  | 88 |
| Παράρτημα   | 96 |



## Κατάλογος Πινάκων

|   |    |
|---|----|
| ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Διαφορές μάνατζερ και ηγέτη  | 38 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Συναισθηματική νοημοσύνη   | 40 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Στυλ Ηγεσίας   | 42 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 4. Στυλ ηγεσίας, χαρακτηριστικά, ερωτήσεις                              | 50 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 5.Κωδικοποίηση δημογραφικών ερωτήσεων                                   | 52 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 6 .Κωδικοποίηση θεματικών ερωτήσεων                                     | 53 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 7. Έλεγχος σε επίπεδο σημαντικότητας $\alpha= 0,05$                     | 62 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 8. Ιστόγραμμα Χαρακτηριστικών Ριζών                                     | 63 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 9. 1 <sup>ος</sup> Παραγοντικός Άξονας                                  | 64 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 10. 2 <sup>ος</sup> Παραγοντικός Άξονας                                 | 68 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 11. 3 <sup>ος</sup> Παραγοντικός Άξονας                                 | 71 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 12. 4 <sup>ος</sup> Παραγοντικός Άξονας                                 | 73 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 13. Πίνακας συμπτώσεων ΚΥ-Ικανοποίηση                                   | 76 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 14. Δείκτες έλξης και άπωσης, Κ.Υ-Ικανοποίηση                           | 77 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 15. Συμβολή κελιών και περιθωριακών γραμμών στο $X^2$ , Κ.Υ-Ικανοποίηση | 77 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 16. Έλεγχος σε επίπεδο σημαντικότητας $\alpha= 0,05$ ΚΥ-Ικανοποίηση     | 78 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ. 17. Ιστόγραμμα χαρακτηριστικών ριζών (ιδιοτιμών) ΚΥ-Ικανοποίηση        | 78 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 18. Πίνακας συντεταγμένων, COR και CTR των υποδομών K1, ,K14 (FA)       | 78 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 19. Πίνακας συντεταγμένων, COR και CTR των διαβαθμίσεων (GA)            | 79 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 20. Ο πίνακας των κόμβων της C.A.H. και η ερμηνεία των παραμέτρων του   | 83 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 21. Στατιστικός σημαντικότερες μεταβλητές όλων των κλάσεων              | 85 |

## Κατάλογος Σχημάτων

|  |    |
|--|----|
| Σχήμα 1. Διαστάσεις ηγεσίας  | 48 |
| Σχήμα 2. Γραφική παράσταση 1 <sup>ου</sup> Παραγοντικού Άξονας                   | 66 |
| Σχήμα 3. Γραφική παράσταση 2 <sup>ου</sup> Παραγοντικού Άξονας                   | 69 |
| Σχήμα 4. Γραφική παράσταση 3 <sup>ου</sup> Παραγοντικού Άξονας                   | 72 |
| Σχήμα 5. Γραφική παράσταση 4 <sup>ου</sup> Παραγοντικού Άξονας                   | 74 |
| Σχήμα 6. Γραφική παράσταση 1 <sup>ου</sup> Παραγοντικού Επιπέδου Κ.Υ-Ικανοποίηση | 79 |
| Σχήμα 7. Δενδρόγραμμα  | 84 |



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υγεία θεωρείται παγκοσμίως το ύψιστο κοινωνικό αγαθό που θα πρέπει να παρέχεται εξίσου σε όλους τους ανθρώπους ισότιμα, ανεξάρτητα από την κοινωνική θέση και την οικονομική τους κατάσταση. Από το 1978 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) και η UNICEF υποστηρίζουν ότι η υγειονομική περίθαλψη για να καταστεί διεθνώς προσβάσιμη, θα πρέπει να στηριχθεί σ' ένα σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ), που θα προσπελάσει τις κοινωνικές ανισότητες και θα συμβάλλει στην κοινωνική ανάπτυξη και την κοινωνική δικαιοσύνη παρέχοντας υγειονομικές υπηρεσίες στους πολίτες όλων των χωρών (World Health Organization & UNICEF, 1978).

Ο ρόλος της Π.Φ.Υ για το σύστημα υγείας κάθε χώρας είναι σημαντικός διότι αντανακλά το επίπεδο της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης στους πολίτες (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2008). Θεωρείται ο κύριος πυλώνας των υγειονομικών συστημάτων (Petrelis & Domeyer, 2016) και απαρτίζεται από ένα σύνολο ενεργειών, δράσεων και προληπτικών μέτρων από επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι λειτουργούν ως ομάδα, (γιατροί, νοσηλευτές, μαίες, κοινωνικοί λειτουργοί, επισκέπτες υγείας κ.ά.), και οι οποίοι έχουν ως σκοπό την προαγωγή υγείας του πληθυσμού και την ευθύνη για τη διασφάλιση της δημόσιας υγείας.

Το σύστημα Π.Φ.Υ λειτουργεί με σημαντικές διαφορές από χώρα σε χώρα ενώ κάθε κυβέρνηση προσπαθεί να υιοθετήσει τις συστάσεις της Alma -Ata, η εφαρμογή των οποίων εξαρτάται από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά κάθε κράτους (πολιτικά, κοινωνικά, οικονομικά), καθώς και από την πολιτισμική κουλτούρα που αυτό έχει (Hutchinson & Saltman, 2015).

Αφού η Π.Φ.Υ θεωρείται ο ακρογωνιαίος λίθος του συστήματος υγείας κάθε κράτους έτσι και στην Ελλάδα αποτελείται από ιδιωτικές αλλά κυρίως από δημόσιες δομές Κέντρα Υγείας (Κ.Υ) - Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ). Οι δημόσιες αυτές δομές διοικούνται από ανθρώπους του ιατρικού τομέα (γενικούς ιατρούς, παθολόγους ή παιδίατρος και σε ελλείψει αυτών από οδοντίατρος) οι οποίοι εργάζονται σ' αυτές και οι οποίοι διορίζονται από το Διοικητή της αρμόδιας Υγειονομικής Περιφέρειας (Υ.Πε).

Όσο αφορά στη Διοίκηση, η οποία εξ ορισμού αποτελείται από ένα σύστημα λειτουργιών, το οποίο εφαρμόζεται σε επιχειρήσεις αλλά και σε κάθε είδους οργανισμούς (όπως και στους οργανισμούς υγείας), αυτή αποσκοπεί στην αξιοποίηση

των διαθέσιμων πόρων τόσο σε ανθρώπινο όσο και σε υλικοτεχνικό δυναμικό. Στηρίζεται σε αρχές που αφορούν τον προγραμματισμό και τη χάραξη στρατηγικής, την οργάνωση, τη στελέχωση και την ιεράρχηση του προσωπικού, την εκπαίδευση και καθοδήγησή του καθώς και τον έλεγχο των επιδόσεων του βάσει προτύπων.

Η ηγεσία από την άλλη είναι ένας θεσμός που έχει μελετηθεί περισσότερο στον κόσμο, διότι είναι αυτή που καθορίζει την απόδοση ενός οργανισμού μέσα από τα διάφορα γνωρίσματα που χαρακτηρίζουν αυτόν που την ασκεί. Έτσι ένας ηγέτης πρέπει να διαθέτει πλήθος θετικών χαρακτηριστικών καθώς και την ικανότητα να χρησιμοποιεί αυτά τα χαρακτηριστικά κατάλληλα και στο σωστό χρόνο. Έχοντας όραμα και σχέδια για τον οργανισμό που διοικεί, να εμπνέει σεβασμό στην ομάδα, να παρακινεί και να συμπαρασύρει τους εργαζομένους, οικειοθελώς να ασπαστούν αυτό το όραμα και να εργάζονται προς την κατεύθυνση, που αυτός έχει χαράξει, οδηγώντας τους τελικά στην επίτευξη των στόχων του οργανισμού και στην καλύτερη απόδοση του και αποσκοπώντας ταυτόχρονα στην προσωπική τους ικανοποίηση να κερδίζει την εμπιστοσύνή τους.

Επειδή η Π.Φ.Υ, εξαρτάται από την ικανότητα της διοίκησης και της ηγεσίας, να παρέχουν ποιοτικές υπηρεσίες (Baker, 2000), (National Directorate for Health and Social Affairs, 2005), καθοριστικό ρόλο για τη σωστή και εύρυθμη λειτουργία των μονάδων υγείας διαδραματίζει το άτομο που ασκεί Διοίκηση και ηγείται του οργανισμού, δηλαδή ο Διευθυντής / Συντονιστής - Υπεύθυνος για την Επιστημονική Λειτουργία, ο οποίος καλείται μέσα από τις διοικητικές του ικανότητες και τον ηγετικό του ρόλο να εκπληρώσει τους στόχους που έχει θέσει για τον οργανισμό που διευθύνει. Στην Π.Φ.Υ συνήθως αυτό τον ρόλο, παρ' ότι υπάρχει έλλειμα επιστημονικής κατάρτισης όσον αφορά την εκπαίδευση (Hana & Rudebeck, 2011), αναλαμβάνουν οι γενικοί ιατροί, οι οποίοι καλούνται να διευθύνουν τις αντίστοιχες δομές στις οποίες υπηρετούν και θα πρέπει να διαθέτουν τις κατάλληλες γνώσεις αλλά και τις απαραίτητες δεξιότητες, έτσι ώστε να μπορούν να διαχειρίζονται καταστάσεις, να αξιοποιούν ευκαιρίες να καθοδηγούν αλλά και να παρακινούν τους υπαλλήλους τους στη συμμετοχή για την υλοποίηση του οράματος που έχουν για τον οργανισμό.

Σκοπός λοιπόν της παρούσας διπλωματικής εργασίας, είναι η διερεύνηση των χαρακτηριστικών διοίκησης στις δομές της Π.Φ.Υ του νομού Θεσσαλονίκης (Κ.Υ-Το.Μ.Υ), η διερεύνηση των ηγετικών ικανοτήτων των Διευθυντών /Συντονιστών, όπως αυτές γίνονται αντιληπτές από τους εργαζόμενους (υπαλλήλους αλλά και τους ίδιους τους Διευθυντές), καθώς επίσης και της ικανοποίησης (ή μη) των υπαλλήλων από τις ηγετικές ικανότητες αυτών. Παράλληλα θα αξιολογηθεί η ύπαρξη τυχόν επιδράσεων

όπως το φύλο, η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, οι σπουδές σε συνάφεια με το αντικείμενο της διοίκησης, η οικογενειακή κατάσταση, η θέση εργασίας, (υπάλληλος - Διευθυντής /Συντονιστής) και τα έτη εργασίας στην παρούσα θέση, σε σχέση με τις ηγετικές ικανότητες και τα διοικητικά χαρακτηριστικά των Διευθυντών/Συντονιστών.

Η συγκεκριμένη μελέτη αποτελείται από δύο μέρη: το θεωρητικό και το ερευνητικό. Στο πρώτο μέρος, το θεωρητικό, γίνεται αναφορά στο πρώτο κεφάλαιο, στις έννοιες της Π.Φ.Υ τόσο στην Ελλάδα όσο και στις χώρες του εξωτερικού, στην οργάνωση της καθώς και στο ρόλο που διαδραματίζει για το σύστημα υγείας κάθε χώρας. Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύεται ο όρος της Διοίκησης για τις επιχειρήσεις και τους οργανισμούς (άρα και κατ' επέκταση για τους οργανισμούς υγείας) και στο τρίτο κεφάλαιο, περιγράφεται η έννοια της Ηγεσίας, οι μορφές της καθώς και οι τρόποι (στυλ) που χρησιμοποιούνται ενώ τονίζονται και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των ηγετών.

Στο δεύτερο μέρος, το ερευνητικό και στο τέταρτο κεφάλαιο που αφορά στην έρευνα πεδίου, παρουσιάζεται η μεθοδολογία της έρευνας που ακολουθήθηκε και ειδικότερα η περιγραφή των μεθόδων «μέτρησης» του βαθμού ηγεσίας και της κλίμακας που επιλέχθηκε να χρησιμοποιηθεί για τον σκοπό και τις ανάγκες της μελέτης. Επίσης περιγράφεται τόσο η ποιοτική όσο και η ποσοτική εμπειρική έρευνα που πραγματοποιήθηκε, το δείγμα και το ερευνητικό εργαλείο συλλογής δεδομένων.

Στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι μέθοδοι της στατιστικής ανάλυσης. Αναλύονται οι γενικές αρχές και οι δείκτες ερμηνείας των αποτελεσμάτων της Παραγοντικής Ανάλυσης των πολλαπλών αντιστοιχιών (MCA), μιας μεθόδου της Διερευνητικής στατιστικής, η οποία ενδείκνυται για κατηγορικά δεδομένα και χρησιμοποιείται για την ανάλυση των δεδομένων της παρούσας έρευνας (Moschidis, 2009). Σκοπός είναι η αποσαφήνιση και ιεράρχηση των κύριων κυρίαρχων τάσεων και των απόψεων των εργαζομένων στα Κ.Υ-Το.Μ.Υ του νομού Θεσσαλονίκης για τις ηγετικές ικανότητες των Διευθυντών/Συντονιστών τους.

Επίσης, παρουσιάζεται η ερμηνεία των αποτελεσμάτων της μεθόδου της Αυτόματης Ανιούσας Ιεραρχικής Ταξινόμησης με την οποία επιτυγχάνουμε τον προσδιορισμό ομάδων του δείγματός μας, το πλήθος των ατόμων που περιλαμβάνει ποσοστιαία κάθε ομάδα (κλάση), καθώς επίσης ο προσδιορισμός για κάθε ομάδα των σημαντικότερων μεταβλητών που την χαρακτηρίζουν (Moschidis, 2015).

Ακολουθούν τα αποτελέσματα- ευρήματα και οι προτάσεις για μελλοντική έρευνα.

### **ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ**

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>: ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

### **1.1 Εισαγωγή**

Σύμφωνα με τη διακήρυξη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, στην Alma Ata το 1978, οι κυβερνήσεις των κρατών είναι υπεύθυνες για την υγεία των πολιτών τους, ανεξάρτητα από την οικονομική κατάσταση και κοινωνικής θέσης, θεωρώντας την υγεία ως την κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο ως απουσία νόσου ή αναπηρίας.

Η υγεία ως θεμελιώδες κοινωνικό αγαθό αποτελεί δικαίωμα των πολιτών αλλά και ταυτόχρονη δέσμευση από την πλευρά των κρατών, τα οποία είναι υποχρεωμένα να παρέχουν υψηλού επιπέδου υγειονομική φροντίδα στους πολίτες ισότιμα μέσα από την εφαρμογή ενός εθνικού συστήματος υγείας. (Ελληνας, 2007).

Η πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη αποτελεί το κλειδί για την επίτευξη ενός αποδεκτού επιπέδου υγείας σε όλο τον κόσμο στο άμεσο μέλλον ως μέσο της κοινωνικής ανάπτυξης και κοινωνικής δικαιοσύνης δεδομένων των μεγάλων κοινωνικών ανισοτήτων που υπάρχουν. Η αναγκαία υγειονομική περίθαλψη πρέπει να καταστεί παγκόσμια προσβάσιμη σε άτομα και οικογένειες στην κοινότητα με αποδεκτό και προσιτό τρόπο και με τη μελλοντική συμμετοχή τους έτσι ώστε να επιτευχθεί ο στόχος που είναι υγεία για όλους. (World Health Organization & UNICEF, 1978).

Η προσπελασιμότητα, η προσβασιμότητα, η αποδοτικότητα, η ορθολογική χρήση των πόρων, η συμμετοχή του πληθυσμού και ο αυτοπροσδιορισμός αυτού είναι οι βασικές αρχές που προσδιορίζουν το ρόλο και τις αρχές της ΠΦΥ. (Βραχάτης & Παπαδόπουλος, 2012).

Αυτή η προσέγγιση εξελίχθηκε με την πάροδο του χρόνου και ισχύει εξίσου για όλες τις χώρες, ανεξαρτήτως του βαθμού ανάπτυξης τους, αν και η μορφή που θα λαμβάνει θα

εξαρτάται από τα πολιτικά, οικονομικά, κοινωνικά και πολιτιστικά πρότυπα. Ειδικότερα για τις αναπτυσσόμενες χώρες, είναι μια καίρια απαίτηση. Επίσης η αναγκαιότητα του ρόλου της ΠΦΥ στην υγεία επήλθε μετά από την διαπίστωση από τον ΠΟΥ ότι η υγεία του πληθυσμού, επηρεάζεται τόσο από τις συμπεριφορές και στάσεις των ανθρώπων, όσο και από το γεγονός ότι οι κλασικές θεραπευτικές προσεγγίσεις έχουν παραμείνει αναποτελεσματικές. (World Health Organization & UNICEF, 1978). Γι' αυτούς τους λόγους η χάραξη στρατηγικής και υλοποίηση συστημάτων υγείας που θα έχουν ως επίκεντρο την Π.Φ.Υ καθίσταται επιτακτική ανάγκη και πρωταρχικός στόχος των χωρών παγκοσμίως.

## 1.2 Ο ρόλος της ΠΦΥ

Η ΠΦΥ θεωρείται ως το πρώτο σημείο επαφής του ατόμου με το σύστημα υγείας και περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών οι οποίες αφορούν την διάγνωση, τη θεραπεία, την αποκατάσταση αλλά πρωτίστως την πρόληψη και προαγωγή υγείας στην αντιμετώπιση της νόσου. Ταυτόχρονα λειτουργεί ως ένα «φίλτρο» (gatekeeper) των διαφόρων περιστατικών, αναλόγως της βαρύτητας τους για την αντιμετώπισή ή την παραπομπή τους για νοσοκομειακή φροντίδα. (Petrelis & Domeyer, 2016). Επιπροσθέτως σύμφωνα με τη διακήρυξη της Alma -Ata, εξετάζει το γεγονός της επαρκούς και ορθής διατροφής του πληθυσμού, της βασικής στέγης και του ορθού οικογενειακού προγραμματισμού, της φροντίδας παιδιού και μητέρας καθώς επίσης και τον έλεγχο και εφαρμογή εμβολιαστικής κάλυψης των ατόμων στηριζόμενη σε τοπικό επίπεδο και επίπεδο αναφοράς και σε ένα σύνολο επαγγελματιών υγείας κατάλληλο εκπαιδευμένο ώστε να λειτουργούν ως ομάδα. (Βραχάτης & Παπαδόπουλος, 2012).

Ειδικότερα η ΠΦΥ παρέχει ένα σύνολο ιατρικών πράξεων μέσω των λειτουργιών της, (ιατρούς νοσηλευτές, οδοντιάτρους, μαίες, κοινωνικούς λειτουργούς, επισκέπτες υγείας), και ο ρόλος της είναι η επίλυση των προβλημάτων που σχετίζονται με τη υγεία και αφορούν την κοινότητα. Ένα σημαντικό κομμάτι της ΠΦΥ ασχολείται με την έγκαιρη αναγνώριση της ψυχικής νόσου στην κοινότητα, την αντιμετώπισή της όπου είναι εφικτό, με την παραμονή και φροντίδα αυτών των ασθενών στο οικείο περιβάλλον καθώς επίσης και την παροχή εξειδικευμένης θεραπείας από ειδικούς όταν αυτή απαιτείται.(WHO, 2005).(Atun & Programme, 2004). Παρέχει υπηρεσίες προαγωγής-πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης της υγείας, βασιζόμενη παράλληλα σε

επιστημονικά τεκμηριωμένες μεθόδους και τεχνολογίες οι οποίες είναι αποδεκτές από την κοινωνία, έχουν πρακτική εφαρμογή και είναι οικονομικά εφικτές. Κατά συνέπεια το αντικείμενο της δεν περιορίζεται μόνο σ' ένα συμβατικό πλαίσιο υγείας, προσφέροντας αποκλειστικά κλινική και φαρμακευτική αγωγή αλλά εφαρμόζει δράσεις που έχουν σχέση με τη διατροφή, το περιβάλλον και γενικότερα με τη δημόσια υγεία. (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2008).

Για την αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων προτείνεται ως τεκμηριωμένη επιλογή η ανάπτυξη δικτύων διαχείρισης που επικεντρώνονται στη συνεχή φροντίδα με σκοπό την ελάττωση ή ακόμα και τον φραγμό της εξέλιξης της νόσου αλλά και την αποφυγή νέων επεισοδίων χωρίς να εστιάζει αποκλειστικά στην αντιμετώπιση των εξάρσεων. Βασικό ρόλο στην ανάπτυξη αυτών των δικτύων έχει ο οικογενειακός ιατρός αλλά και ιατροί συναφών ειδικοτήτων όπως και άλλοι επαγγελματίες υγείας δημιουργώντας έτσι Ομάδες Διαχείρισης Χρόνιων Παθήσεων αντιμετωπίζοντας τους ασθενείς τους στο σύνολό τους και με υπευθυνότητα.

Οι δομές της ΠΦΥ θα πρέπει να προγραμματίσουν δράσεις για την 24-ωρη υποστήριξη της φροντίδας κατ' οίκον με βάση το γεωγραφικό σχεδιασμό, (Σουλιώτης and Θηραίος, 2013), την δημιουργία ηλεκτρονικού φακέλου υγείας και τη διαμόρφωση βασικού ιατρικού ιστορικού, την πιστοποίηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών με την εφαρμογή ειδικών εργαλείων, καθώς επίσης και την απόκτηση και οικειοποίηση κατευθυντήριων οδηγιών που αφορούν την ΠΦΥ. (Σουλιώτης, 2014)

Οι δεξιότητες των εργαζομένων της ΠΦΥ και η εκπαίδευσή τους σύμφωνα με τον ΠΟΥ ποικίλουν ευρέως από χώρα σε χώρα σε ολόκληρο τον κόσμο και είναι ανάλογες με την εκάστοτε μορφή ΠΦΥ που παρέχεται. Οι εργαζόμενοι θα πρέπει να γνωρίζουν τις ανάγκες της κοινότητας και να έχουν την δυνατότητα καθοδήγησης και κατάρτισης από εξειδικευμένα άτομα καθώς επίσης και από υποστήριξη υλικοτεχνικής βοήθειας. Δεν είναι τυχαίο ότι σε ορισμένες χώρες η επιλογή των εργαζομένων γίνεται από την ίδια την κοινότητα. Η ύπαρξη της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης συνεπάγεται επομένως την οργάνωση του υπόλοιπου συστήματος υγείας έτσι ώστε αυτό να παρέχει υποστήριξη στην πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη και να ενισχύει την περαιτέρω ανάπτυξή της. Αυτό σημαίνει ότι το σύστημα υγείας στο σύνολό του θα πρέπει να αποδεχτεί τον γενικότερο στόχο που είναι και κοινωνικός στόχος και ανάγεται στο γεγονός ότι η απαραίτητη υγειονομική περίθαλψη πρέπει να είναι διαθέσιμη σε όλους. (World Health Organization & UNICEF, 1978).

Η παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ μπορεί να γίνει στο ιατρείο, στα Κέντρα Υγείας, σε πολυκλινική ή πολυιατρεία ακόμα και στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων ενώ το



μέγεθος του πληθυσμού που καλύπτεται κυμαίνεται από 500 έως 5000 άτομα.(Ιωαννίδης & Μάντης, 1999).

Οι μονάδες της ΠΦΥ βρίσκονται στο επίκεντρο του υγειονομικού συστήματος, είναι αποκεντρωμένες αλλά κατέχουν στρατηγική θέση επειδή παρέχουν υγειονομικές υπηρεσίες στον πληθυσμό άμεσα και συνεχώς αποτελώντας ταυτόχρονα κομβικό σημείο για την ομαλή συνεργασία και επικοινωνία με την δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια νοσοκομειακή περίθαλψη (Θεοδώρου κ.ά, 2001)

Σύμφωνα με διεθνείς μελέτες, η δύναμη και η ανάπτυξη που έχει η ΠΦΥ μιας χώρας, αντανακλά και το επίπεδο της υγειονομικής περίθαλψης, τόσο σε βέλτιστα αποτελέσματα υγείας του πληθυσμού, (περιγεννητικής θνησιμότητας, θνησιμότητα από άλλες αιτίες όπως για π.χ. τα ατυχήματα και ειδική πρόωρη θνησιμότητα από μείζονες αναπνευστικές και καρδιαγγειακές παθήσεις), όσο και σε έλεγχο εκείνων των παραγόντων σε μακροεπίπεδο (κατά κεφαλήν ΑΕΠ, συνολικοί γιατροί ανά χίλιους κατοίκους, ποσοστό ηλικιωμένων), αλλά και σε μικροεπίπεδο (μέσος αριθμός επισκέψεων περιπατητικής περίθαλψης, κατά κεφαλήν εισόδημα, κατανάλωση αλκοόλ και καπνού), που διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην υγεία του πληθυσμού.(Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2008).

Επιπλέον, υπάρχει θετική συσχέτιση της αυξημένης διαθεσιμότητας πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης με την υψηλότερη ικανοποίηση των ασθενών επειδή μειώνουν τις συνολικές δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη. Υπάρχει ακόμη ικανοποίηση των ασθενών για τη μείωση του κόστους χωρίς όμως αρνητικές συνέπειες στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχεται από την εφαρμογή του θεσμού των γενικών ιατρών οι οποίοι χορηγούν ουσιαστική και ολιστική φροντίδα συμβάλλοντας στη μείωση των εισαγωγών στα νοσοκομεία, στη μείωση της χρήσης εξειδικευμένων και επειγουσών υπηρεσιών και κατ' επέκταση στη βελτίωση της σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας.(WHO, 2005) (Atun & Programme, 2004)

## 1.3 Η ΠΦΥ σε χώρες του εξωτερικού

### 1.3.1 Εισαγωγή

Είναι πλέον σαφές ότι η πρόκληση για τα συστήματα υγείας από τις αλλαγές που επέρχονται στα αιτιολογικά, οικονομικά και επιδημιολογικά ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των νόσων είναι πολύ μεγάλη (Petrelis & Domeyer, 2016).

Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, καθιστά τους ηλικιωμένους ασθενείς την κύρια πληθυσμιακή ομάδα κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας τόσο νοσοκομειακά όσο και εξωνοσοκομειακά. Επίσης η άνοδος των επιπτώσεων των ασθενειών που συνδέονται με το γήρας, τα αποτελέσματα από την κατ' οίκον. νοσηλεία, η αύξηση των καρδιοπαθειών, του καρκίνου, των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων, των ψυχολογικών διαταραχών, των ατυχημάτων, η χρήση νέας τεχνολογίας που θα είναι ικανή να προσφέρει καινοτόμες λύσεις όσο αναφορά την επιτυχή διάγνωση και αντιμετώπιση των ασθενειών καθώς και οι απαιτήσεις των πολιτικών υγείας για τον εκσυγχρονισμό του συστήματος με τη μέγιστη παρεχόμενη ποιότητα στο χαμηλότερο δυνατό κόστος ωθούν τις χώρες στη διαμόρφωση πολιτικών και στην ανεύρεση λύσεων οι οποίες θα ανταποκρίνονται στις παρούσες απαιτήσεις αλλά και στις μελλοντικές προκλήσεις. (Petrelis & Domeyer, 2016).

Επίσης μία σειρά από εξακριβώσεις όπως η αύξηση της χρηματοδότησης για την υγεία και την νοσοκομειακή φροντίδα, και η εισαγωγή νέας και ακριβής τεχνολογίας οι οποίες δεν οδήγησαν στην αναμενόμενη μείωση της θνητότητας και νοσηρότητας όπως και το γεγονός της αντιμετώπισης της περίθαλψης περιστασιακά και μεμονωμένα και όχι ολιστικά έθεσαν το πλαίσιο για τη χάραξη νέων πολιτικών υγείας. (Δικαίος Κ & Χλέτσος, 1999).

Έτσι σύμφωνα με τις συστάσεις της Alma Ata αλλά και τις διαπιστώσεις από τις δυναμικές αλλαγές στο χώρο της υγείας και της οικονομίας υιοθετείται και ενσωματώνεται με διαφορετικούς τρόπους η ΠΦΥ στα υγειονομικά συστήματα των χωρών της Ευρώπης. Η ενσωμάτωση αυτή εξαρτάται από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά κάθε χώρας τα οποία αφορούν τις οικονομικές, πολιτικές, κοινωνικές και πολιτισμικές συνθήκες που επικρατούν. (Hutchinson & Saltman, 2015).

### 1.3.2 Γενικά χαρακτηριστικά της ΠΦΥ των χωρών του εξωτερικού

Υπάρχει μεγάλη ετερογένεια σε χώρες του εξωτερικού όσον αφορά την Π.Φ.Υ.(Boerma et al., 2006). Στις περισσότερες απ'αυτές, στο κέντρο της ΠΦΥ βρίσκεται ο οικογενειακός γιατρός, θεσμός που παρουσιάστηκε στην Αγγλία πριν πολλά χρόνια στο πλαίσιο του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS) και λειτουργεί με διάφορες παραλλαγές σε πολλές χώρες.(Sotiriadou et al., 2011). Θεωρείται το πρώτο σημείο αναφοράς του ασθενούς με το υγειονομικό σύστημα, παίζοντας το ρόλο του «τροχονόμου» του συστήματος υγείας (Λιαρόπουλος, 2007), καθώς είναι αυτός που προσανατολίζει τον ασθενή και τον οδηγεί σε περαιτέρω ενέργειες για εξειδικευμένη αντιμετώπιση, εάν απαιτείται.

Τα χαρακτηριστικά που αναλύονται παρακάτω αφορούν στην κατανομή των ιατρών της ΠΦΥ σε σχέση με τον πληθυσμό αλλά και με τις γεωγραφικές περιφέρειες των χωρών και την πρόσβαση των ασθενών στις υπηρεσίες της ΠΦΥ σε ώρες εκτός τυπικού ωραρίου. Επίσης περιγράφονται η χρήση εναλλακτικών τρόπων επαφής με τις δομές της όπως επισκέψεις κατ' οίκον, προγραμματισμένες συναντήσεις, τηλεφωνική επικοινωνία καθώς επίσης και η χρηματοδότηση και η αποζημίωση των γιατρών αλλά και για το ποιοι φορείς είναι υπεύθυνοι και αρμόδιοι για την ΠΦΥ.

### 1.3.3 Κατανομή ιατρών της ΠΦΥ

Μια απαραίτητη προϋπόθεση για την πρόσβαση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι η επάρκεια επαγγελματιών, τόσο ανά κεφαλή πληθυσμού σε εθνικό επίπεδο, όσο και στην κατανομή τους εντός της χώρας, για να διασφαλιστεί με αυτό τον τρόπο αντιστοιχία μεταξύ της ανάγκης για φροντίδα και της διαθεσιμότητας. Αυτό έχει από καιρό αναγνωριστεί ως πρόκληση για όλα τα συστήματα υγείας. (Tudor Hart, 1971).

Ο κύριος πάροχος υπηρεσιών ΠΦΥ στην πλειονότητα των χωρών είναι ο γιατρός και ειδικότερα ο Γενικός Ιατρός (General Practitioner), ενώ σε ορισμένες χώρες άλλοι ιατρικοί και νοσηλευτικοί κλάδοι.

Υπάρχουν διαφορές μεταξύ των χωρών και αφορούν τόσο την αναλογία GP σε σχέση με τον πληθυσμό όσο και την κατανομή αυτών σε αστικές και αγροτικές περιοχές και μεταξύ των περιφερειών. (Hutchinson and Saltman, 2015). Το μέγεθος του

πληθυσμού που καλύπτεται κυμαίνεται από 500 έως 5000 άτομα. (Ιωαννίδης Ε, & Μάντης Π, 1999).

Οι ελλείψεις σε GP είναι εμφανείς στις περισσότερες χώρες και ανάγονται σε εθνικό επίπεδο αλλά και σε τοπικό, ανά περιοχές. Ενδεικτικά αναφέρονται η Κύπρος, η Φιλανδία, η Μάλτα, η Σλοβενία, η Σουηδία και η Τουρκία. Εξαίρεση αποτελούν η Αυστρία, η Ισλανδία και η Ισπανία. Η τελευταία μάλιστα έχει λάβει μέτρα για την εξασφάλιση της δίκαιης παροχής GP με βάση την ηλικία, την αγροτική περιοχή και τον επιπολασμό των ασθενειών. Υπάρχει μία διαφορετική προσέγγιση στην κατανομή των GP από χώρα σε χώρα. Στο Λουξεμβούργο, και στην Ιρλανδία απουσιάζουν οι κανόνες για την κατανομή των άνωθεν ιατρών, ενώ σε άλλες χώρες προβληματίζονται για την έλλειψη των GP λόγω γήρανσης και συνταξιοδότησης του εργατικού δυναμικού.(Hutchinson & Saltman,2015).

### **1.3.4 Πρόσβαση**

#### **A) Εκτός τυπικού ωραρίου**

Σημαντικό στοιχείο για την παροχή υπηρεσιών υγείας στις δομές της ΠΦΥ είναι η πρόσβαση σ' αυτές να γίνεται σε ώρες που ταιριάζουν στον πληθυσμό και σε καταστάσεις εκτάκτων αναγκών εκτός κανονικών ωρών εργασίας. Τα κέντρα πρωτοβάθμιας περίθαλψης υποχρεούνται να έχουν έναν ελάχιστο αριθμό ωρών λειτουργίας σε όλες τις χώρες. Εξαίρεση αποτελούν το Βέλγιο, η Φινλανδία, η Γαλλία, η Γερμανία, η Ιρλανδία, το Λουξεμβούργο, η Σλοβακία, η Σουηδία και η Ελβετία. Ωστόσο, υπάρχει μεγάλη διακύμανση στον ελάχιστο αριθμό ωρών που απαιτούνται την εβδομάδα, από 20 στην Αυστρία έως 52,5 στο Ηνωμένο Βασίλειο. Σε πολλές χώρες (π.χ. Νορβηγία), οι ελάχιστες ώρες λειτουργίας καθορίζονται τοπικά και σε άλλες (π.χ. Ιταλία) διαφέρουν ανάλογα με τον αριθμό των εγγεγραμμένων ασθενών. (Hutchinson & Saltman,2015).

Υπάρχει μια ποικιλία μοντέλων φροντίδας εκτός ωρών λειτουργίας των δομών της ΠΦΥ, ενώ η φροντίδα που παρέχεται από τα τμήματα έκτακτης ανάγκης έχει αναγνωριστεί ότι έχει αδυναμίες όσον αφορά τη συνέχεια, το κόστος, τον συντονισμό και την προσβασιμότητα (Huïbers et al., 2009). Ο βαθμός στον οποίο αυτά τα τμήματα συμβάλλουν στην εκτός ωρών εργασίας περίθαλψη ποικίλλει σε ολόκληρη την Ευρώπη, αλλά είναι αξιοσημείωτο ότι στην Κύπρο, την Εσθονία, τη Λετονία και τη Λιθουανία, τα τμήματα έκτακτης ανάγκης έχουν την αποκλειστική ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας μετά το πέρας αυτών των ωρών. (Hutchinson & Saltman,2015).

Στις επαρχίες της Αυστραλίας για παράδειγμα οι ιδιώτες οικογενειακοί ιατροί παρέχουν τις υπηρεσίες στους δικούς τους ασθενείς 24 ώρες την ημέρα, 7 ημέρες την εβδομάδα, ενώ στη Νορβηγία εφαρμόζουν το σύστημα rota group αναλαμβάνοντας οι GP, που δραστηριοποιούνται στην ίδια περιοχή διαδοχικά, καθήκοντα για τον πληθυσμό των ασθενών όλων (έως 15) των μελών της ομάδας rota. Στην Ολλανδία το μοντέλο που χρησιμοποιείται βασίζεται στους γιατρούς της ΠΦΥ που εργάζονται σε μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς μεγάλης κλίμακας, οι οποίοι υποστηρίζονται από διευθυντές, νοσοκόμους, οδηγούς και άλλο ανθρώπινο δυναμικό ενώ στην Σλοβενία υπάρχουν Κέντρα Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης (Primary Care Centers), τα οποία οι ασθενείς μπορούν να επισκέπτονται για μικρούς τραυματισμούς ή ασθένειες και τελούν υπό την επίβλεψη γενικού ή οικογενειακού γιατρού. Υπηρεσίες αναπλήρωσης εφαρμόζονται από το Ηνωμένο Βασίλειο αναλαμβάνοντας καθήκοντα άλλων GP από τους εργαζόμενους γενικούς γιατρούς των εμπορικών πρακτορείων ενώ η Πορτογαλία χρησιμοποιεί το εθνικό τηλεφωνικό κέντρο το οποίο στελεχώνεται από εκπαιδευμένο ιατρικό προσωπικό και συμβουλεύει ή παραπέμπει τους ασθενείς στον κατάλληλο επαγγελματία υγείας, ενώ τα επείγοντα τμήματα νοσοκομείων χρησιμοποιούνται ανεπίσημα από τους ασθενείς σε χώρες όπως το Βέλγιο και η Ελλάδα.(Huibers et al., 2009).

Η φροντίδα μετά το ωράριο στη Γαλλία παρέχεται από τα τμήματα έκτακτης ανάγκης δημόσιων νοσοκομείων και ιδιωτικών νοσοκομείων που έχουν υπογράψει συμφωνία με την Περιφερειακή Υπηρεσία Υγείας και τους αυτοαπασχολούμενους ιατρούς που εργάζονται για υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης.(Wenzl, & Mossialos, 2016)

## B) Πρόσβαση μέσω ραντεβού

Η υιοθέτηση συστημάτων προσέλευσης που γίνονται κατόπιν ραντεβού μπορούν να διευκολύνουν την πρόσβαση ή να την κάνουν πιο δύσκολη, ανάλογα με την ευελιξία και την ανταπόκρισή τους, (Pascoe et al., 2004). Ο βαθμός στον οποίο χρησιμοποιούνται τα συστήματα αυτά ποικίλλει μεταξύ των χωρών. Δεν χρησιμοποιούνται συχνά στην Αυστρία, τη Βουλγαρία, την Κύπρο, την Τσεχική Δημοκρατία, τη Γερμανία, την Ελλάδα, την Ουγγαρία, την Ιταλία, τη Ρουμανία, τη Σλοβακία και την Τουρκία.

### **1.3.5 Επίσκεψη κατ' οίκον**

Στα πλαίσια των λειτουργιών της ΠΦΥ εντάσσονται και οι επισκέψεις κατ' οίκον με μεγάλη ποικιλομορφία από χώρα σε χώρα. Υπάρχουν χώρες στις οποίες οι επισκέψεις γίνονται σε πολύ τακτά χρονικά διαστήματα (ανά εβδομάδα), με πρωτεύοντα ρόλο να κατέχουν το Βέλγιο (37), η Μάλτα (28), η Γερμανία (25), ενώ πολύ χαμηλότερα στην κατάταξη βρίσκονται η Πορτογαλία και η Νορβηγία με λιγότερες από 1 επίσκεψη, η Ισλανδία και η Τουρκία (και οι δύο 1) ενώ στην Κύπρο, δεν πραγματοποιούνται επισκέψεις στο σπίτι. Το γεγονός των χαμηλών ποσοστών ή των μη επισκέψεων στις προαναφερθείσες χώρες ανεξαρτήτως των πολιτιστικών ή δημογραφικών παραλλαγών που υπάρχουν είναι πιθανόν να δημιουργεί προβλήματα σε νοικοκυριά και σε σοβαρά ασθενείς λόγω της μη πρόσβασης τους σε δομές της ΠΦΥ.(Hutchinson & Saltman, 2015)

### **1.3.6 Τηλεφωνική επικοινωνία.**

Η πρόσβαση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη ενισχύεται και με την παροχή μιας σειράς επιλογών πέραν των παραδοσιακών που χρησιμοποιούνται μέχρι σήμερα. Συνήθως προσφέρονται τηλεφωνικές διαβουλεύσεις, εκτός από την Κύπρο, την Εσθονία, την Ελλάδα, τη Λιθουανία, το Λουξεμβούργο, Πολωνία, Ρουμανία, Σλοβακία και Τουρκία. Επίσης οι διαβουλεύσεις μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου προσφέρονται συχνά μόνο στη Δανία και περιστασιακά στην Ισλανδία, την Ιρλανδία, την Ιταλία, τη Λιθουανία, τη Νορβηγία, την Πορτογαλία, τη Σλοβενία, την Ισπανία και το Ηνωμένο Βασίλειο. (Hutchinson & Saltman,2015).

### **1.3.7 Χρηματοδότηση και αρμοδιότητα**

Σε σχετικά μικρό αριθμό χωρών, οι ευθύνες για την πρωτοβάθμια περίθαλψη έχουν συγκεντρωθεί σε εθνικό επίπεδο. Ως παράδειγμα αναφέρονται η Εσθονία, η Ουγγαρία, η Λετονία, η Μάλτα, η Σλοβακία και η Ελβετία,. Σε χώρες με συστήματα υγείας που βασίζονται στην κοινωνική ασφάλιση, η χρηματοδότηση γίνεται από την γενική φορολογία. (Τούντας,2003).

Σε άλλες χώρες, βασικές λειτουργίες, όπως καθορισμός προτεραιοτήτων, χρηματοδότηση, προγραμματισμός και διαχείριση εφοδιασμού, παροχή υπηρεσιών, ή παρακολούθηση της ποιότητας είναι ευθύνη των περιφερειακών ή τοπικών αρχών ή των περιφερειακών ταμείων ασφάλισης υγείας, νοσοκομείων ή καταπιστευμάτων πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Χώρες όπου οι περισσότερες λειτουργίες στην

πρωτοβάθμια φροντίδα έχουν αποκεντρωθεί είναι η Δανία, η Ιταλία, η Νορβηγία, η Ισπανία και η Σουηδία. Στη Μάλτα, τη Νορβηγία και τη Ρουμανία η περαιτέρω αποκέντρωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης έχει συμπεριληφθεί ως στόχος του συστήματος. Ένα πιθανό μειονέκτημα της αποκέντρωσης είναι η ύπαρξη ανισοτήτων στις πολιτικές, στην πρόσβαση και τελικά στην ποιότητα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Ορισμένες χώρες, στις οποίες έχουν αποκεντρωθεί σημαντικές ευθύνες για την πρωτοβάθμια περίθαλψη, έχουν εθνικές πολιτικές για τη διασφάλιση της ομοιόμορφης κατανομής παρόχων και υπηρεσιών. Τέτοιες ρητές εθνικές πολιτικές δεν ισχύουν ωστόσο στην Τσεχική Δημοκρατία, τη Φινλανδία, την Ελλάδα, την Ισλανδία, τη Νορβηγία, την Πολωνία και την Τουρκία (Hutchinson & Saltman, 2015).

### **1.3.8 Αποζημίωση των ιατρών της ΠΦΥ**

Οι γιατροί της ΠΦΥ στην πλειονότητά τους Γενικοί Ιατροί είναι ιδιώτες, οι οποίοι μπορούν να έχουν το δικό τους ιατρείο, όπως στη Γαλλία, να συστεγάζονται με άλλους γιατρούς σε χώρες όπως η Γερμανία και μπορεί να είναι έχουν σύμβαση με το κράτος. Επίσης μπορεί να είναι ενταγμένοι στο δημόσιο σύστημα υγείας. (Ισπανία Μεγάλη Βρετανία, Σουηδία) Η αμοιβή τους γίνεται ανά πράξη όπως στη Γαλλία (με την εφαρμογή πρωτοκόλλων) και μέσω καθορισμού των τιμών, μετά από διαπραγματεύσεις των ταμείων υγείας με τα τοπικά σωματεία των γιατρών, σε ετήσια βάση (Γερμανία). Επίσης η αποζημίωσή μπορεί να γίνει κατά κεφαλή (Μεγάλη Βρετανία, Σουηδία) από τις τοπικές αρχές και με μισθό ( Ισπανία) αναλόγως το σύστημα υγείας της κάθε χώρας (Τούντας, 2003).

## **1.4 Υγειονομικό Σύστημα και Π.ΦΥ στην Ελλάδα.**

### **1.4.1 Εισαγωγή**

Το ελληνικό σύστημα υγείας με την ίδρυση του Ε.Σ.Υ, ακολουθεί το μοντέλο Beveridge, που εκπροσωπείται κατά κύριο λόγο από το Ηνωμένο Βασίλειο και είναι αυτό του Εθνικού Συστήματος Υγείας ενώ ταυτόχρονα σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν τόσο ο ιδιωτικός τομέας, όσο και η κοινωνική ασφάλιση (μοντέλο Bismark), αφού το 1999 κάλυπτε το 22.8% των δαπανών για την υγεία (η γενική φορολογία 34,2% και ιδιωτικές δαπάνες το 43%).(Τούντας, 2003)

Οι προτάσεις του Π.Ο.Υ για τον ρόλο και την υποστήριξη της Π.Φ.Υ στα υγειονομικά συστήματα των κρατών σχετίζονται με τις πολιτικές που ακολουθούν στον τομέα της υγείας αλλά και με τις κοινωνικοοικονομικές και πολιτιστικές συνθήκες που επικρατούν. Στην Ελλάδα η ανάπτυξη και η θεσμοθέτηση του υγειονομικού συστήματος υγείας έγινε σταδιακά με σημαντική καθυστέρηση σε σχέση με άλλες χώρες ακολουθώντας την πορεία του ελληνικού κράτους. (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2008).

Η Ελλάδα εναρμονίζοντας τις θέσεις της με αυτές των άλλων κρατών και τη διακήρυξη της Alma -Ata, με νόμο θεσπίζει την ίδρυση του ΕΣΥ (Εθνικού Συστήματος Υγείας). Επάνω σ' αυτό το σύστημα που εθεωρείτο καινοτόμο για την Ελλάδα ετέθησαν οι βάσεις για ένα νέο υγειονομικό σύστημα υγείας και τον εκσυγχρονισμό του υπάρχοντος, αποτελώντας την δεδομένη χρονική στιγμή, μία μοναδική θεμελιωμένη και σαφή πρόταση πολιτική υγείας. Παράλληλα αρχίζει να αναπτύσσεται το δημόσιο ενδιαφέρον για την υγεία. (Ελληνας, 2007) καθώς επίσης και το επενδυτικό ενδιαφέρον με αύξηση των επενδύσεων τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα (Ktenas, 2017).

Υπό αυτές τις συνθήκες και με γνώμονα την αναγκαιότητα ενός λειτουργικού συστήματος Π.Φ.Υ, το ελληνικό κράτος θεσμοθετεί μία σειρά από νόμους, που άλλοτε εφαρμόστηκαν και άλλοτε αντικαταστάθηκαν από μεταγενέστερους αντανακλώντας την απροθυμία των εκάστοτε κυβερνήσεων και την ανυπαρξία πολιτικής βούλησης, (Sotiriadou et al., 2011), να συγκρουστούν με τις ομάδες συμφερόντων για πολιτικούς, λόγους εν όψει επερχόμενων εκλογικών διαδικασιών.

Για να γίνει καλύτερη κατανόηση της λειτουργίας των δομών Π.Φ.Υ, κρίνεται σκόπιμο να αναλυθεί το νομοθετικό πλαίσιο που ισχύει μέχρι σήμερα, τόσο για την Π.Φ.Υ, όσο και για τη διοίκηση των μονάδων αυτών, οι οποίες για να λειτουργήσουν σωστά και να αποδώσουν πρέπει να διευθύνονται από ανθρώπους με διοικητικές αλλά και ηγετικές ικανότητες.

#### **1.4.2 Νομοθετικό πλαίσιο για την υγεία στην Ελλάδα.**

Οι νομοθετικές παρεμβάσεις που αφορούν το χώρο της υγείας από το 1983 έως και σήμερα είναι επιγραμματικά, οι ακόλουθες:



- 1397/1983 - Εθνικό Σύστημα Υγείας- Νομοθετικό πλαίσιο για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
- 2071/1992 -.Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση του Συστήματος Υγείας
- 2194/1994- Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις
- 2519/1997 – Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών , ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις
- 2889/2001 - Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος υγείας Ε.Σ.Υ. και άλλες διατάξεις
- 3172/2003- Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις
- 3235/2004- Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
- 3852/2010.- Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης -Πρόγραμμα Καλλικράτης
- 3918/2011-Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις.
- 4238/2014-Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.ΕΔ.Υ) – αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ και άλλες διατάξεις.
- 4486/2017-Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις

Απ' αυτούς τους νόμους θα γίνει εκτενής αναφορά σε δύο, λόγω της βαρύτητας που έχουν για την Π.ΦΥ:

- Το νόμο 1397/1983 ο οποίος είναι και ο θεμελιώδης νόμος για την ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας της χώρας μας
- Και ο νόμος 4486/2017 που θεσμοθετήθηκε τελευταία και αφορά την Π.ΦΥ στη σημερινή της μορφή.

#### 1.4.2.1 Νομοθετικό πλαίσιο για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

##### Νόμος 1397/1983 - Εθνικό Σύστημα Υγείας

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω η ίδρυση του ΕΣΥ πραγματοποιείται με το νόμο 1397/1983 αποτελώντας την πρωταρχική παρέμβαση στο υγειονομικό σύστημα της Ελλάδας. Στο νόμο αυτό γίνεται σαφές ότι η παροχή υπηρεσιών υγείας, στο σύνολο των πολιτών, είναι ευθύνη του κράτους, στη βάση της ισοτιμίας και της κοινωνικής

δικαιοσύνης, ανεξαρτήτως της οικονομικής, κοινωνικής και επαγγελματικής κατάστασης των πολιτών. Γίνεται διάκριση της περίθαλψης σε εξωνοσοκομειακή (πρωτοβάθμια), που παρέχεται από τα Κ.Υ τα Π.Ι και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και νοσοκομειακή (δευτεροβάθμια) που παρέχεται από τα νοσοκομεία.

Για την ανάπτυξη της ΠΦΥ, προβλέπεται η δημιουργία αστικών και μη αστικών Κέντρων Υγείας (ΚΥ) και Περιφερειακών Ιατρείων (ΠΙ), ορίζεται η περιοχή ευθύνης τους καθώς και ο τρόπος και οι ώρες λειτουργίας τους (πχ 24-ωρη ετοιμότητα), με βάση τα ιδιαίτερα χωροταξικά και γεωγραφικά χαρακτηριστικά κάθε περιοχής.

Οι υγειονομικές αυτές δομές θα παρέχουν πρωτοβάθμια περίθαλψη στον πληθυσμό εκτός νοσοκομείου, επιβαρύνοντας με τις δαπάνες τους τον προϋπολογισμό των νοσοκομείων αναφοράς τους αποτελώντας αποκεντρωμένες μονάδες αυτών. Ταυτόχρονα καταργούνται μονάδες ΠΦΥ (ΚΥ, Πολυιατρεία κτλ) που συστάθηκαν και λειτουργούσαν με οποιαδήποτε μορφή από το δημόσιο, την τοπική αυτοδιοίκηση και από τους ασφαλιστικούς φορείς και ταμεία εκτός των υγειονομικών σταθμών και αγροτικών ιατρείων. Επίσης η χώρα διαιρείται σε υγειονομικές περιφέρειες, σύμφωνα με πρόταση του Υπουργού Υγείας και σχετική γνωμοδότηση από το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ) ενώ ταυτόχρονα δημιουργούνται τα Περιφερειακά Συμβούλια Υγείας στην έδρα κάθε υγειονομικής περιφέρειας με χαρακτήρα γνωμοδοτικό, εποπτείας, ελέγχου λειτουργικής απόδοσης καθώς και εφαρμογής προγραμμάτων υγείας σύμφωνα με τις προτάσεις του ΚΕ.Σ.Υ. (Νόμος 1397 /1983).

Καθορίζεται η εργασιακή σχέση των υπηρετούντων ιατρών των Κ.Υ και Π.Ι (οι οποίοι είναι πλέον μόνιμοι ιατροί, πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης του κλάδου ιατρών ΕΣΥ), ο τρόπος εξέλιξης τους, η εκπαίδευση τους, η διαδικασία διορισμού και πλήρωσης κενών θέσεων, η μετεκπαίδευση τους καθώς και οι πειθαρχικές ποινές, αδικήματα και λύση της εργασιακής τους σχέσης με το δημόσιο. Ταυτόχρονα δημιουργείται ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού, αποσαφηνίζονται οι αρμοδιότητες του καθώς και ο αριθμός, κατόπιν εγγραφής, των εξυπηρετούντων πολιτών (από 1200 έως 2500 άτομα αναλόγως εάν είναι παιδιά ή ενήλικες) και η ηλικία (άτομα μέχρι 14 χρονών από παιδίατρο και γενικό ιατρό, ενώ άνω των 14 από γενικό γιατρό, παθολόγο ή άλλης ειδικότητας μετά από εισήγηση του ΚΕ.Σ.Υ και απόφαση του υπουργού υγείας). (Νόμος. 1397 /1983).

Στη συνέχεια αυτού του νόμου περιγράφονται με σαφήνεια ο σκοπός, η οργάνωση, και ο τρόπος λειτουργίας των Κ.Υ αστικού και μη αστικού τύπου, των Π.Ι οι αρμοδιότητες και η διοίκηση τους, όπως και η διασύνδεση τους με τα νοσοκομεία.

Ο σκοπός των Κ.Υ είναι πολυδιάστατος με γνώμονα την ισοτιμία και την κοινωνική δικαιοσύνη. Έτσι παρέχεται πρωτοβάθμια περίθαλψη στους κατοίκους της περιοχής ευθύνης τους, με τη νοσηλεία και παρακολούθηση αρρώστων μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο, η αντιμετώπιση έκτακτων περιστατικών και η διακομιδή τους σε ανάλογες υγειονομικές δομές (δευτεροβάθμιες ή τριτοβάθμιες όπου κριθεί απαραίτητο), η οδοντιατρική φροντίδα ασθενών, καθώς και η άσκηση προληπτικής ιατρικής και οδοντιατρικής.

Ο οικογενειακός προγραμματισμός, οι υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας και σχολικής υγιεινής, η ιατρική της εργασίας, η ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα όπως και η εκπαίδευση των ιατρών και των υπολοίπων υγειονομικών, συγκαταλέγονται στις αρμοδιότητες και στους σκοπούς των Κ.Υ. (Νόμος. 1397 /1983). Έτσι ο πιο πάνω νόμος που εθεωρείτο καινοτόμος για το υγειονομικό σύστημα της Ελλάδας, ανατρέποντας τα μέχρι τότε δεδομένα για την παροχή υγείας στη χώρα μας, διασφαλίζει την ισότιμη πρόσβαση σε όλους τους Έλληνες, χωρίς διακρίσεις και εντελώς δωρεάν και κυρίως στον πληθυσμό της υπαίθρου, σε ένα οργανωμένο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας στο πλαίσιο της ΠΦΥ(Αλεξιάδου et al., 2005).

#### 1.4.2.2 Νόμος 4486/2017-Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις

Με το νόμο αυτό, η Π.Φ.Υ καθορίζεται από το σύνολο ολοκληρωμένων και ποιοτικών υπηρεσιών, μέσα στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, οι οποίες ανάγονται σε ολόκληρο τον πληθυσμό με γνώμονα το σεβασμό στα δικαιώματα και στις ανάγκες των πολιτών, με το κράτος να έχει την ευθύνη για την υλοποίησή τους.

Οι υπηρεσίες αυτές αποσκοπούν στην προαγωγή της υγείας, την πρόληψη των ασθενειών, τη διάγνωση και θεραπεία όπως και γενικότερα την ολοκληρωμένη φροντίδα και τη συνέχεια αυτής (Νόμος 4486/2017 άρθρο 1).

Καταργείται το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ) ενώ δημιουργούνται καινούργιες δομές και υπηρεσίες σε σχέση με τους προγενέστερους νόμους οι οποίες είναι οι ακόλουθες:

❖ Ομάδα Υγείας, η οποία αποτελείται κατά ελάχιστη σύνθεση από έναν ιατρό ειδικότητας γενικής ιατρικής ή παθολογίας, από έναν νοσηλευτή ή επισκέπτη υγείας και από έναν διοικητικό υπάλληλο. Επίσης ως επιπλέον προσωπικό εκτός από τους προαναφερθέντες επαγγελματίες υγείας, μπορεί να απαρτίζεται και από παιδίατρο και κοινωνικό λειτουργό. Έχει επαφή και συνεργασία με άλλες Ομάδες Υγείας με σκοπό τη

συνεχή και ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας του πληθυσμού ευθύνης τους, την αξιολόγηση και βελτίωση των υπηρεσιών τους, παρακολουθώντας ταυτόχρονα τα σχετιζόμενα προβλήματα με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και ενημερώνοντας σχετικά τον περιφερειακό Συντονιστή Το.Π.Φ.Υ.( Νόμος 4486/2017 άρθρο 7 παρ. 2)

❖ Τοπική Μονάδα Υγείας (Το.Μ.Υ.), η οποία θεωρείται το εισαγωγικό επίπεδο των πολιτών στο Ε.Σ.Υ, έχει δημόσιο χαρακτήρα, στελεχώνεται από μία Ομάδα Υγείας, παρέχει υπηρεσίες οικογενειακής ιατρικής, πρόληψης και αγωγής υγείας της Π.Φ.Υ λειτουργώντας σύμφωνα με εγγεγραμμένο πληθυσμό αναφοράς. Λειτουργεί σε πενθήμερη βάση εκτός Σαββατοκύριακου, με πρωινά και απογευματινά ωράρια εργασίας διεκπεραιώνοντας δράσεις δημόσιας υγείας όπως: εμβολιασμούς, προληπτικό και προσυμπτωματικό έλεγχο, προγεννητική φροντίδα, προαγωγή της υγείας και συμβολή στη βελτίωση του τρόπου ζωής και τέλος διαχείριση των χρόνιων ασθενών.

❖ Υπηρεσίες περιπατητικής φροντίδας, παροχή δηλαδή εξειδικευμένης εξωνοσοκομειακής φροντίδας από τα Κ.Υ και τις υπόλοιπες δομές της Π.Φ.Υ για τους πολίτες.

❖ Περιφερειακός συντονιστής τομέα Π.Φ.Υ.(Το.Π.Φ.Υ), ο οποίος λειτουργεί και συντονίζει βάσει κριτηρίων όπως οι ανάγκες του εξυπηρετούμενου πληθυσμού, η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας αναλόγως γεωγραφικών, μορφολογικών και άλλων ιδιαιτεροτήτων του κάθε τομέα εντός της εκάστοτε περιφερειακής ενότητας.

❖ Ηλεκτρονική εφαρμογή Π.Φ.Υ αποτελείται από το σύνολο των ηλεκτρονικών εφαρμογών οι οποίες δημιουργήθηκαν για την υποστήριξη των παρεχόμενων υπηρεσιών Π.Φ.Υ.

❖ Συντελεστής ηλικιακής ομάδας, βάσει του οποίου οι συμβεβλημένοι ιδιώτες ιατροί με τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ) αποζημιώνονται, ανάλογα με την ηλικία των εγγεγραμμένων πολιτών σε αυτούς. (Νόμος 4486/2017 άρθρο 2 παρ. 1-6)

Οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ παρέχονται τόσο από δημόσιες δομές, όσο και από ιδιώτες ιατρούς, οι οποίοι είναι συμβεβλημένοι με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ, στο πλαίσιο ενός ενιαίου, ολοκληρωμένου και αποκεντρωμένου συστήματος, ενσωματωμένο στο Ε.Σ.Υ, υπό την αρμοδιότητα των Διοικήσεων Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.Πε) και διακρίνονται σε πρώτο και δεύτερο επίπεδο.

Στο πρώτο επίπεδο ανήκουν δημόσιες δομές όπως οι Το.Μ.Υ, τα Π.Ι, τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, τα Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία και τα Τοπικά

Ιατρεία (όπως αυτά νομοθετούνται σε προγενέστερους νόμους ) παρέχοντας τις ανάλογες υπηρεσίες υγείας ενώ μπορούν να μετατραπούν σε Το.Μ.Υ, εφόσον πληρούν τους όρους με απόφαση του Υπουργού Υγείας , κατόπιν εισηγήσεως του Διοικητή της οικείας Δ.Υ.Πε. Στο πρώτο επίπεδο επίσης παρέχουν υπηρεσίες Π.Φ.Υ και οι ιδιώτες επαγγελματίες υγείας οι οποίοι έχουν σύμβαση. με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ .

Στο δεύτερο επίπεδο παρέχονται υπηρεσίες περιπατητικής φροντίδας από τα Κ.Υ, καταργείται το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ) ενώ τα Κ.Υ αστικού τύπου όπως προβλέπονται στη διάταξη του άρθρου 17 του ν. 1397/1983 και οι Μονάδες Υγείας του Π.Ε.Δ.Υ μετονομάζονται σε Κ.Υ Νόμος 4486/2017 ( άρθρο 3 παρ.1-2).

Κάθε Κέντρο Υγείας αποτελεί οργανική μονάδα με δική του στελέχωση, συμπεριλαμβανομένου των Το.Μ.Υ, των Περιφερειακών Ιατρείων (Π.Ι.), των Πολυδύναμων Περιφερειακών Ιατρείων (Π.Π.Ι.), των Ειδικών Περιφερειακών Ιατρείων (Ε.Π.Ι.) και των Τοπικών Ιατρείων (Τ.Ι.) αρμοδιότητας του.

Σκοπός του (σύμφωνα με το άρθρο 4 παρ. 1), είναι η παροχή υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό και ειδικότερα:

- α) ειδικευμένης περιπατητικής φροντίδας για τους ασθενείς που είτε προσέρχονται αυτοβούλως στα Κέντρα Υγείας, είτε παραπέμπονται από τις λοιπές υπηρεσίες Π.Φ.Υ. του Το.Π.Φ.Υ.
- β) εκτάκτων και επειγόντων περιστατικών
- γ) εργαστηριακού και απεικονιστικού ελέγχου
- δ) οδοντιατρικής φροντίδας ενηλίκων και παιδιών
- ε) φροντίδας μητέρας και παιδιού
- στ) φροντίδας παιδιών και εφήβων
- ζ) εξειδικευμένης πρόληψης
- η) φυσικοθεραπείας, εργοθεραπείας και λογοθεραπείας
- θ) ιατρικής της εργασίας
- ι) κοινωνικής ιατρικής και δημόσιας υγείας
- ια) προαγωγής υγείας.

Ο τρόπος στελέχωσης, οι προϋποθέσεις, η σύσταση των θέσεων αλλά και άλλων σχετικών θεμάτων που αφορούν τις δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ., γίνονται βάσει κριτηρίων με πρωτεύον αυτό του εξυπηρετούμενου πληθυσμού και τις ιδιαιτερότητες του εκάστοτε Τομέα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Το.Π.Φ.Υ.) ή της οικείας Δ.Υ.Πε, με κοινή υπουργική απόφαση των Υπουργείων Οικονομικών, Διοικητικής Ανασυγκρότησης και Υγείας ύστερα από εισήγηση του Κεντρικού

Συμβουλίου Υγειονομικών Περιφερειών (ΚΕ.Σ.Υ.ΠΕ.). Νόμος 4486/2017 ( άρθρο 3 παρ.3-4)

Σ' αυτό το νόμο διαπιστώνονται διαφορές σε σχέση με τους προγενέστερους τόσο στη μετακίνηση των ιατρών από τα Κ.Υ στο νοσοκομείο αναφοράς και το αντίστροφο, όσο και στη στελέχωση των ιδίων των Κ.Υ από ήδη μόνιμο προσωπικό των νοσοκομείων, ιατρικό και παραϊατρικό, συντελώντας με αυτό τον τρόπο στην ενίσχυση και αναβάθμιση του ρόλου των μονάδων Π.Φ.Υ.

Η μετακίνηση των μόνιμων ιατρών των Κ.Υ στα νοσοκομεία αναφοράς σε πρωϊνά ή απογευματινά ιατρεία, καθώς και στο πρόγραμμα εφημεριών γίνεται μετά από αίτηση τους και με τη σύμφωνη γνώμη του Διοικητικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου αλλά και του Διοικητή της αντίστοιχης Δ.Υ.Πε.

Η στελέχωση των Κ.Υ σύμφωνα με το Νόμος 4486/2017 άρθρο 3 παρ.4 γίνεται από ιατρικό και μη προσωπικό με ειδικότητες που μέχρι την ψήφιση του συγκεκριμένου νόμου θεωρούταν καθαρά νοσοκομειακές. Αναλυτικότερα οι ιατρικές ειδικότητες που προστίθενται εξαιρουμένων των ήδη υπαρχόντων (της γενικής ιατρικής, παθολογίας, παιδιατρικής, ακτινοδιαγνωστικής, βιοπαθολογίας, οδοντιατρικής) είναι: της αιματολογίας, αλλεργιολογίας, αναισθησιολογίας, γαστρεντερολογίας, γενικής χειρουργικής, γυναικολογίας, δερματολογίας, ενδοκρινολογίας, ιατρικής της εργασίας, καρδιολογίας, κοινωνικής ιατρικής και δημόσιας υγείας, νευρολογίας, νεφρολογίας ορθοπαιδικής, ουρολογίας, οφθαλμολογίας, παιδοψυχιατρικής, πνευμονολογίας, ρευματολογίας, φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης, ψυχιατρικής και ωτορινολαρυγγολογίας.

Η στελέχωση από παραϊατρικό προσωπικό απαρτίζεται από βοηθούς ιατρικών και βιολογικών εργαστηρίων, βοηθούς νοσηλευτών, επαγγελματίες δημόσιας και κοινοτικής υγείας, όπως επόπτες δημόσιας υγείας και επισκέπτες υγείας, εργοθεραπευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους, λογοθεραπευτές, μαιές, νοσηλευτές, ραδιολόγους-ακτινολόγους, τεχνολόγους ιατρικών εργαστηρίων, φυσικοθεραπευτές, χειριστές ιατρικών συσκευών αλλά και από διοικητικό και άλλο τεχνικό και υποστηρικτικό προσωπικό. (Νόμος 4486/2017 άρθρο 4 παρ. 5).

Ιδρύονται τα Κεντρικά Διαγνωστικά Εργαστήρια(Κ.Δ.Ε), αλλά και τα Κέντρα Ειδικής Φροντίδας (Κ.Ε.Φ.) τα οποία λειτουργούν ως αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες σε κάθε Δ.Υ.Πε, αναλόγως της αναγκαιότητας τους και μετά από εισήγηση του Διοικητή. Τα μεν πρώτα παρέχουν εργαστηριακές και απεικονιστικές υπηρεσίες στις μονάδες Π.Φ.Υ με τις οποίες διασυνδέονται ενώ τα δεύτερα παρέχουν εξειδικευμένες υπηρεσίες φροντίδας, ειδικής αγωγής και αποκατάστασης σε πληθυσμό ευθύνης ενός ή

περισσότερων Το.Π.Φ.Υ.. Τα Κ.Ε.Φ. είναι ιδίως οδοντοπροσθετικά και παιδοδοντιατρικά κέντρα, κέντρα φυσικοθεραπείας και κέντρα ειδικής αγωγής.

Οργανώνονται οι υπηρεσίες οδοντιατρικής φροντίδας με σκοπό:

- ❖ τον έλεγχο της στοματικής υγείας παιδιών και εφήβων της περιοχής ευθύνης του Κ.Υ,
- ❖ την τήρηση ηλεκτρονικού αρχείου με τις δράσεις της Οδοντιατρικής Ομάδας (η οποία αποτελείται από έναν οδοντίατρο, επικεφαλή της ομάδας και ένα βοηθό οδοντιατρείου ή νοσηλεύτη),
- ❖ την ενημέρωση των γονέων και κηδεμόνων για τα αποτελέσματα των επισκέψεων,
- ❖ και τέλος την ενημέρωση των Συντονιστών Οδοντιάτρων Υγειονομικής Περιφέρειας, οι οποίοι με τη σειρά τους ενημερώνουν βάσει τυποποιημένων διαδικασιών το Υπουργείο Υγείας με στόχο την πληρέστερη εικόνα της στοματικής υγιεινής του πληθυσμού.

Αυτός ο νόμος διαπραγματεύεται το ρόλο της μαιευτικής μέριμνας, της φυσικοθεραπείας και του επισκέπτη υγείας στην Π.Φ.Υ, καθώς μέσα από την δημιουργία δικτύων («Δίκτυο Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας Μαιών- Μαιευτών»), τα οποία συνεισφέρουν στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας στον πληθυσμό ευθύνης αρμοδιότητας της αντίστοιχης Δ.Υ.Πε, γίνεται ενημέρωση, συμβουλευτική, διάγνωση και αντιμετώπιση των διαφόρων προβλημάτων υγείας της κοινότητας. (Νόμος 4486/2017 άρθρα 12,13,14)

Ο οικογενειακός ιατρός μπορεί να είναι είτε ιατρός που υπηρετεί στο δημόσιο σύστημα υγείας (Κ.Υ και υπόλοιπες δημόσιες δομές Π.Φ.Υ, Το.Μ.Υ, Τοπικές Ομάδες Υγείας), είτε στον ιδιωτικό τομέα κατόπιν συμβάσεως με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ, με εγγεγραμμένο πληθυσμό ευθύνης, ο ρόλος του οποίου είναι η καθολική και συνεχή φροντίδα του ατόμου σε επίπεδο πρόληψης της νόσου, διάγνωσης και προαγωγή υγείας. Οικογενειακοί ιατροί είναι ειδικότητας γενικής ιατρικής και παθολογίας για τους ενήλικες και ειδικότητας παιδιατρικής για τον παιδιατρικό πληθυσμό.

Οι εγγεγραμμένοι ενήλικες ανά ιατρό (παθολόγο ή γενικό ιατρό), είναι 2500 άτομα, ενώ για τα παιδιά η αναλογία είναι ένας παιδίατρος ανά 1500 εγγεγραμμένα παιδιά. (Νόμος 4486/2017 άρθρο 6).

Οι ιδιώτες οικογενειακοί ιατροί, παρέχουν υπηρεσίες Π.Φ.Υ στα ιατρεία τους ή κατ' οίκον καλύπτοντας συγκεκριμένο αριθμό ατόμων, έχοντας ελάχιστο ωράριο απασχόλησης ανά ημέρα και ανά εβδομάδα.

Για τους ιατρούς λοιπών ειδικοτήτων συνάπτεται συλλογική σύμβαση μεταξύ του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου (Π.Ι.Σ.) και των κατά τόπους ιατρικών συλλόγων.

Με το άρθρο 19 του άνωθεν νόμου, καθίσταται υποχρεωτική η εγγραφή σε οικογενειακό ιατρό, εντός Το.Π.Φ.Υ, ο οποίος έχει την ευθύνη της ενημέρωσης και τήρησης του Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας (Α.Η.Φ.Υ), των ασθενών ευθύνης του, την τακτική συνταγογράφηση και επικοινωνία με τον θεράποντα ιατρό (για χρόνιους πάσχοντες ασθενείς).

Μετεγγραφή σε οικογενειακό ιατρό άλλης Το.Μ.Υ. ή δημόσιας μονάδας Π.Φ.Υ. εντός του Το.Π.Φ.Υ. επιτρέπεται μια (1) φορά ανά έτος και μετεγγραφή σε οικογενειακό ιατρό Το.Μ.Υ. ή άλλης δημόσιας μονάδας Π.Φ.Υ. άλλου Το.Π.Φ.Υ. εκτός όμορου, επιτρέπεται δύο (2) φορές ανά έτος. Κάθε άτομο έχει το δικαίωμα εγγραφής μόνο σε έναν οικογενειακό ιατρό.

Η πρόσβαση των ασθενών σε δημόσιες δομές Π.Φ.Υ, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας, καθώς και σε συμβεβλημένους με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ ιδιώτες ιατρούς άλλων ειδικοτήτων, γίνεται απαραίτητα μετά από την παραπομπή τους από τον οικογενειακό ιατρό τους.

Από τον παραπάνω νόμο προκύπτει ότι η Π.Φ.Υ θεωρείται ο ακρογωνιαίος λίθος του συστήματος υγείας της χώρας μας και αποσκοπεί στην παροχή ποιοτικών και ολοκληρωμένων υπηρεσιών στον πληθυσμό αναφοράς, μέσα από ένα σύστημα δομών, (δημόσιων και ιδιωτικών) που προαναφέρθηκαν, συντελώντας στην καθολική και συνεχή φροντίδα, σε επίπεδο πρόληψης, διάγνωσης και προαγωγή της υγείας. Πρωταρχικό ρόλο για την επίτευξη αυτών των στόχων, αποτελούν οι δημόσιες δομές, τα Κέντρα Υγείας ( 201 στο σύνολό τους) μαζί με τα 1.487 Περιφερειακά Ιατρεία, τα περίπου 200 πρώην Πολυιατρεία του ΙΚΑ στις αστικές περιοχές, που έχουν ενταχθεί πρόσφατα στο ΕΣΥ και οι 127 Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ.) σε αστικές περιοχές οι οποίες υπάγονται διοικητικά σε 7 Υγειονομικές Περιφέρειες (ΥΠΕ) (naftemporiki, 2020) ενώ το διοικητικό καθεστώς που επικρατεί σήμερα στα Κ.Υ. ΤΟΜ.Υ θα περιγραφεί παρακάτω.



## 1.5 Νομοθετικό πλαίσιο για τη Διοίκηση των υγειονομικών δομών Π.Φ.Υ

Οι πιο πάνω υγειονομικές μονάδες Π.Φ.Υ, διοικούνται από διευθυντές ΕΣΥ οι οποίοι προέρχονται από το προσωπικό τους με επιλογή της διοίκησης της ΥΠΕ (naftemporiki, 2020). Έτσι με απόφαση του Διοικητή της οικείας Υ.Πε ορίζεται υπεύθυνος για το Συντονισμό της Επιστημονικής Λειτουργίας του Κέντρου Υγείας ή της Μονάδας Υγείας, «εκ των υπηρετούντων, ιατρός κλάδου Ε.Σ.Υ ή οδοντίατρος, με βαθμό Διευθυντή και εν ελλείψει αυτού, Επιμελητής Α 'με τριετή θητεία». Στην ίδια απόφαση και με τις ανωτέρω προϋποθέσεις ορίζεται και ο αναπληρωτής του, χωρίς να διευκρινίζονται όμως τα κριτήρια επιλογής τους, [Νόμος 1397/1983 άρθρα 17 παρ. 2 και 18 παρ.5, όπως αυτά τροποποιήθηκαν με τις διατάξεις των νόμων 3172/2003 (αρ. 24), 4025/2011 (άρθρο 26), 4052/2012 (άρθρο 6) και 4058/2012 (άρθρο 41)].

Η θητεία του Υπεύθυνου για το συντονισμό της Επιστημονικής Λειτουργίας του Κέντρου Υγείας είναι τριετής. Με απόφαση του Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας καθορίζονται οι ειδικότερες αρμοδιότητες, τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις του ως άνω υπεύθυνου.

Βάσει της ως άνω απόφασης των Διοικητών των οικείων Υ.Πε, οι Υπεύθυνοι Συντονισμού της Επιστημονικής Λειτουργίας των Κ.Υ έχουν και διοικητικές αρμοδιότητες αφού είναι υπεύθυνοι για την εύρυθμη λειτουργία των μονάδων υγείας όχι μόνο σε επιστημονικό (κατάρτιση προγράμματος εφημεριών, εκπαίδευση προσωπικού ) αλλά και σε λειτουργικό επίπεδο (διεκπεραίωση διοικητικών θεμάτων, υπογραφή συμβάσεων, έλεγχος και παραλαβή υλικών, κά) ασκώντας ταυτόχρονα και τον επιβαλλόμενο ιεραρχικό έλεγχο επί του συνόλου του προσωπικού που υπηρετεί σε αυτές. Άρα επιτελούν γενικότερα διοικητικά καθήκοντα και ο ρόλος τους είναι αυτός του Διευθυντή / Συντονιστή, αφού ο αρχαιότερος γιατρός, σύμφωνα με το ΦΕΚ 688/1988 Τεύχος Β, προΐσταται και ασκεί καθήκοντα του προϊσταμένου της Διεύθυνσης.

## 1.6 Ανακεφαλαίωση

Ως ΠΦΥ στην Ελλάδα, νοείται το σύστημα παροχής, σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο, δέσμης βασικών και ολοκληρωμένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας και αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του εθνικού συστήματος υγείας, υπηρετώντας γενικούς και ειδικούς στόχους του (Νόμος 3235/2004).

Από την ίδρυση του Ε.Σ.Υ το 1983 μέχρι και σήμερα γίνανε προσπάθειες θεσμοθέτησης από το ελληνικό κράτος, για την Π.Φ.Υ και για το ρόλο που μπορεί να διαδραματίσει στο υγειονομικό σύστημα της χώρας, ανάλογες με αυτό που διαδραματίζει σε χώρες του εξωτερικού, χωρίς ιδιαίτερη όμως επιτυχία και αυτό διαφαίνεται από τις πολλές νομοθετικές διατάξεις, και την αναίρεση προγενέστερων με νέες, σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα από την ψήφισή τους.

Παρ' όλα αυτά η Π.Φ.Υ εξακολουθεί να κατέχει πρωτεύουσα θέση στο υγειονομικό σύστημα της χώρας μας με το θεσμό του οικογενειακού ιατρού και με το σύστημα φύλαξης των πυλώνων, για την συγκράτηση και αντιμετώπιση περιστατικών στο δίκτυο της, μέσα από τον εμπλουτισμό και την ενίσχυση των Κ.Υ με επιπλέον προσωπικό και μάλιστα εξειδικευμένου (νόμος 4486/2017 ), φιλοδοξώντας με αυτό τον τρόπο στην καλύτερη και ολιστική προσφορά παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό της χώρας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>: ΔΙΟΙΚΗΣΗ

### 2.1 Διοίκηση επιχειρήσεων και οργανισμών

Η έννοια της Διοίκησης είναι πολυδιάστατη και οι ορισμοί που έχουν δοθεί διεθνώς είναι πολλοί. Αυτό συμβαίνει διότι το πεδίο εφαρμογής της είναι ευρύ (συναντάται σε μικρές και μεγάλες επιχειρήσεις, σε κρατικούς οργανισμούς, σε μονάδες υγείας, σχολεία και σε πλήθος άλλων οργανισμών, ακόμη και στην καθημερινότητα). Θεωρείται ως «η διαδικασία του συντονισμού ανθρώπων και δραστηριοτήτων για την επίτευξη κοινών στόχων» (Κουτούζης, 1999).

Η Διοίκηση αποτελείται από ένα σύστημα λειτουργιών και χρησιμοποιεί τους διαθέσιμους παραγωγικούς πόρους, (ανθρώπινο δυναμικό, υλικό και τεχνικό) και μέσα της εφαρμογής των λειτουργιών αυτών προσπαθεί να πετύχει τους στόχους που έχει θέσει για τον οργανισμό.

Οι λειτουργίες της Διοίκησης οι οποίες θα περιγραφούν παρακάτω, στηρίζονται στη «θεωρία της διαχείρισης», όπως την έχει διατυπώσει ο Faylor, ο οποίος θεωρείται σήμερα ως ο εμπνευστής της διοίκησης επιχειρήσεων. Ο συγγραφέας προσπάθησε να εφαρμόσει επιστημονικές θεωρίες στο σύνολο της επιχείρησης, αποσκοπώντας στην αποτελεσματικότητα αλλά και στην αποδοτικότητα αυτής. Έτσι η διοίκηση αποτελείται από συγκεκριμένες λειτουργίες οι οποίες είναι: ο προγραμματισμός (planning), η οργάνωση (organizing), η διοίκηση (commanding), ο συντονισμός (coordinating) και τέλος ο έλεγχος (controlling), (Montana & Charnov, 2004).

### 2.2 Οι λειτουργίες της Διοίκησης

Παρά τις πολλές διαφοροποιήσεις, οι βασικές λειτουργίες οι οποίες είναι κοινά αποδεκτές από όλους τους συγγραφείς είναι οι παρακάτω:

- ο προγραμματισμός / σχεδιασμός(planning),
- η οργάνωση (organizing),
- η διεύθυνση/καθοδήγηση (directing),
- ο έλεγχος (controlling)

καθιστώντας τη διοίκηση μια επαναλαμβανόμενη διαδικασία και όχι μια στατική και μεμονωμένη ενέργεια (Σωτηροπούλου, 2006).

### 2.2.1 Προγραμματισμός/Σχεδιασμός

Ο προγραμματισμός είναι το πρωταρχικό στάδιο των λειτουργιών της διοίκησης, αφού θέτει τους στόχους αλλά και τη στρατηγική που θα ακολουθήσει ο οργανισμός ή η επιχείρηση, καθώς και το χρονοδιάγραμμα που θα ακολουθήσει για την υλοποίηση αυτών των στόχων. Είναι μία δυναμική διεργασία η οποία προσδιορίζει την υπόσταση αλλά και τη βιωσιμότητα του οργανισμού στο μέλλον.

Σύμφωνα με τον Montana, (2001), «ο προγραμματισμός είναι η διεργασία ορισμού του οργανισμού (δηλαδή, του επιχειρηματικού του αντικειμένου), ο καθορισμός ενός στόχου ανάπτυξής του (δηλαδή, η επιλογή μιας κατεύθυνσης) και η εξέταση εναλλακτικών δρόμων πορείας προς αυτόν τον στόχο (δηλαδή, η απόφαση για συγκεκριμένες ενέργειες)».

Μέσα από τη διαδικασία του προγραμματισμού, καθορίζονται οι στρατηγικοί αλλά και οι αντικειμενικοί στόχοι του οργανισμού, σχεδιάζεται η κατανομή των πόρων και η ανάθεση αρμοδιοτήτων, καθώς και ο λειτουργικός προγραμματισμός, δηλαδή η σχεδίαση των επιχειρησιακών ελέγχων (Δικαίος et al, 1999).

### 2.2.2 Οργάνωση

Η οργάνωση είναι η λειτουργία της η οποία καθορίζει τις δραστηριότητες και το ρόλο που έχει ο κάθε εργαζόμενος στον οργανισμό. Διέπεται από αρχές και κανόνες οι οποίοι εφαρμόζονται αναθέτοντας αρμοδιότητες στους εργαζομένους (Gray & Smeltzer, 1989). Δημιουργείτε το οργανόγραμμα της επιχείρησης και στελεχώνεται παράλληλα ο οργανισμός με το κατάλληλο προσωπικό.

### 2.2.3 Διεύθυνση/Καθοδήγηση

Η διεύθυνση είναι η λειτουργία η οποία επηρεάζει την συμπεριφορά των εργαζομένων, ενθαρρύνει, καθοδηγεί και παρακινεί τους υφισταμένους να εργαστούν είτε ως ομάδα είτε μεμονωμένα συμβάλλοντας με αυτό τον τρόπο στην επίτευξη των στόχων του οργανισμού. Η συνεχή πληροφόρηση, η επικοινωνία, η συνεργασία μεταξύ των εργαζομένων, καθώς και η ενεργοποίηση των ικανοτήτων τους, αποτελούν

στοιχεία της διοίκησης του ανθρώπινου δυναμικού. Μέσα από διαδικασίες όπως ο προγραμματισμός του ανθρώπινου δυναμικού η αναζήτηση νέων ικανών στελεχών και η επιλογή τους, η εκπαίδευση και ανάπτυξη τους, καθώς και η αξιολόγησή τους, επιτυγχάνεται η σωστή διαχείριση του οργανισμού και κατά συνέπεια η εύρυθμη λειτουργία του (Σωτηροπούλου, 2006).

#### 2.2.4 Έλεγχος

Ο έλεγχος είναι η τελευταία φάση από τις τέσσερις λειτουργίες της διοίκησης και αφορά:

- τον καθορισμό προτύπων απόδοσης,
- την μέτρηση της απόδοσης
- τη σύγκριση της μέτρησης με τα πρότυπα
- και τέλος την ανατροφοδότηση

με σκοπό την επίτευξη των στόχων του οργανισμού

Μέσα από τον έλεγχο αξιολογούνται τα αποτελέσματα και ανατροφοδοτείται η διαδικασία (feedback), διορθώνονται σφάλματα, ή παραλείψεις και αλλάζονται εκείνα τα στάδια τα οποία αποδείχθηκαν ότι δεν ικανοποιούν τους στόχους (Μπουραντάς, 2002).

### 2.3 Διοίκηση δομών Π.Φ.Υ

Οι αρχές της διοίκησης των επιχειρήσεων εφαρμόζονται και στις δομές του υγειονομικού συστήματος της χώρας μας, από τα νοσοκομεία της τριτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας μέχρι τα Κ.Υ και Το.Μ.Υ της Π.Φ.Υ.

Η διοίκηση των υγειονομικών δομών ακολουθεί τους κανόνες της διοίκησης των επιχειρήσεων με τη διαφορά ότι το περιβάλλον της υγείας είναι πιο ευαίσθητο και διαφορετικό μιας και αναφέρεται στην υγεία των πολιτών, η οποία χαρακτηρίζεται ως το πολυτιμότερο κοινωνικό αγαθό.

Ωστόσο Διευθυντές/Συντονιστές των Κ.Υ προσπαθούν να ασκήσουν τα καθήκοντα τους σε ένα προκαθορισμένο περιβάλλον, αφού η κεντρική διοίκηση ασκείται από την οικεία Υ.Πε αλλά και οι διαθέσιμοι πόροι σε ανθρώπινο και υλικό δυναμικό είναι περιορισμένοι.

Παρόλα αυτά ο ρόλος τους είναι πολύ σημαντικός διότι καλούνται να δώσουν λύσεις σε προβλήματα που σχετίζονται με την υγεία του πληθυσμού αναφοράς, λαμβάνοντας υπ' όψη παράγοντες που σχετίζονται με τη διαφορετικότητα και την ιδιαιτερότητα του προβλήματος του κάθε ασθενή, το αυξανόμενο κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών, την 24-ωρη λειτουργία των Κ.Υ, καθώς και την απαίτηση των πολιτών για ποιοτικές υπηρεσίες υγείας (Δικαίος και συν., 1999).

Η άσκηση των λειτουργιών Διοίκησης στο σύνολο της, δεν μπορεί να εφαρμοσθεί πλήρως στις μονάδες Π.Φ.Υ, διότι εξαρτάται από πολλούς παράγοντες με κύριο την υφιστάμενη κατάσταση που επικρατεί σ' αυτές τις δομές, από άποψη λειτουργίας και οργάνωσης αλλά και από έκτακτες ανάγκες που προκύπτουν ( αύξηση ασθενών τους καλοκαιρινούς μήνες σε τουριστικούς προορισμούς, δομές μεταναστών, κ.ά). Όμως, η εφαρμογή γενικών αρχών Διοίκησης όπως περιγράφονται από τους Φίλιος (1987) και Χολέβας, (1991), θα μπορούσε να ενισχύσει τον ρόλο των Διευθυντών /Συντονιστών και να επιφέρει θετικά αποτελέσματα για τον οργανισμό που διευθύνουν.

Αυτές οι γενικές αρχές είναι:

- Καθορισμός συγκεκριμένων σκοπών και στόχων
- Ανάθεση αρμοδιοτήτων και έργων (εξουσίας και ευθύνης)
- Στελέχωση (σωστή επιλογή προϊσταμένων για όλες τις υπηρεσίες)
- Επιδέξιος χειρισμός του προσωπικού
- Χρήση σύγχρονης αλλά και αποτελεσματικής τεχνολογίας
- Σταθερή προσήλωση στους σκοπούς και στόχους που έχουν τεθεί.

## 2.4 Ανακεφαλαίωση

Η διοίκηση (management) θεωρείται ως ένα σύστημα λειτουργιών, το οποίο μπορεί να εφαρμοσθεί σε όλα τα επίπεδα και τις υπηρεσίες των οργανισμών. Η υλοποίηση όμως αυτών των λειτουργιών απαιτεί τις κατάλληλες γνώσεις, ικανότητες, δεξιότητες, την εμπειρία αλλά και την κατάλληλη εκπαίδευση από το άτομο το οποίο καλείται να τις εφαρμόσει έτσι ώστε να μπορέσει να πετύχει τους στόχους που έχει θέσει για τον οργανισμό.

Ο ρόλος της Διοίκησης των μονάδων υγείας είναι σημαντικός λόγω της φύσεως και του του αντικειμένου που διαχειρίζεται. Εξάλλου η παροχή υπηρεσιών υγείας στις δημόσιες δομές της χώρας μας έχει κοινωνικό χαρακτήρα και στο πλαίσιο του ελέγχου

και της ανατροφοδότησης, θα πρέπει να συλλέγονται στοιχεία που σχετίζονται με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (ιατρικών, διοικητικών, κοινωνικών, κά) και να καταγράφονται προβλήματα και αδυναμίες του συστήματος όσον αφορά την παροχή συγκεκριμένων υπηρεσιών, (π.χ. έκτακτες ανάγκες που καταγράφονται σε τουριστικά μέρη κατά τους θερινούς μήνες).

Για τους παραπάνω λόγους, θα πρέπει να δοθεί έμφαση από τους Διευθυντές/Συντονιστές και μεγαλύτερη προσοχή στις γενικές αρχές της διοίκησης. Με πλήθος ενεργειών που οι ίδιοι θα εφαρμόζουν, θα πρέπει να παρέχουν βοήθεια στους υφισταμένους τους, αφιερώνοντας χρόνο για την διδασκαλία και την καθοδήγησή τους, θεωρώντας ότι κάθε εργαζόμενος έχει διαφορετικές ανάγκες και φιλοδοξίες, μέσα από σύνολο δεξιοτήτων που κατέχουν και επιδέξιους χειρισμούς που εφαρμόζουν. Επίσης θα πρέπει να ασκούν τον απαιτούμενο έλεγχο, επικεντρώνοντάς την προσοχή τους σε λάθη που γίνονται από τους εργαζόμενους, αναθέτοντας τους καθήκοντα και αρμοδιότητες και λαμβάνοντας τις απαραίτητες αποφάσεις στον κατάλληλο χρόνο, μην αφήνοντας τα προβλήματα να γίνουν χρόνια. Τέλος θα πρέπει να εστιάζουν στην επίτευξη των στόχων και σκοπών που έχουν θέσει για την μονάδα υγείας για την οποία είναι υπεύθυνοι., επισημαίνοντας ρητά την αποστολή του οργανισμού και κάνοντας ξεκάθαρους τους στόχους και σκοπούς του οργανισμού.

Οι πιο πάνω ενέργειες θα βοηθήσουν στον επαναπροσδιορισμό των στόχων που θέτει η διοίκηση για τις μονάδες υγείας, με τελικό σκοπό την εύρυθμη λειτουργία τους καθώς και την μεγαλύτερη ικανοποίηση των πελατών (εσωτερικών και εξωτερικών) (Θανασάς & Χαραλάμπους, 2016).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>: ΗΓΕΣΙΑ

### 3.1 Εννοιολογικές προσεγγίσεις

Η ετυμολογία της λέξης ηγεσία προέρχεται από το αρχαίο ρήμα «ηγέομαι» (ηγούμαι), το οποίο σημαίνει προπορεύομαι, οδηγώ, διευθύνω και σύμφωνα με το Λεξικό του Ιδρύματος Τριανταφυλλίδη ηγεσία σημαίνει την άσκηση ανώτατης εξουσίας, την αρχηγία, την διοίκηση (Λ.Κ.Ν., 2009).

Το φαινόμενο της ηγεσίας έχει αποτελέσει πεδίο έντονου ενδιαφέροντος σε διάφορα επιστημονικά πεδία και έχει μελετηθεί περισσότερο στον κόσμο, αντανακλώντας τη σχέση και τη βαρύτητα που κατέχει στον τομέα της διοίκησης ανθρωπίνων πόρων παραμένοντας ωστόσο, ακόμη ελάχιστα κατανοητά (Amanchukwu, Stanley, & Ololube, 2015).

Από ετών έχει διαπιστωθεί ότι δεν υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός ορισμός για την ηγεσία αλλά και για τα χαρακτηριστικά που την διέπουν (Stogdill, 1950), ενώ λόγω της πολυπλοκότητας της, που αφορά τον ηγέτη, τους οπαδούς και τις περιστάσεις, υπάρχουν διαφωνίες ως προς τον ορισμό της και ηγέτες οι οποίοι αδυνατούν να εφαρμόσουν συγκεκριμένες ικανότητες την κατάλληλη στιγμή, κινδυνεύουν να μην επιτύχουν τους στόχους τους (Hughes et al, 1995). Άρα η ηγεσία είναι ένα φαινόμενο ομαδικό με σαφή αλληλεπίδραση μεταξύ των συμμετεχόντων και επιρροή του ηγέτη στους ακολούθους ή στην υφιστάμενη ομάδα ατόμων (Κάντας, 1998).

Υπάρχουν πολλοί ορισμοί στη διεθνή βιβλιογραφία που αναφέρονται στην ηγεσία, μερικοί από τους οποίους ενδεικτικά παρατίθενται παρακάτω:

- «Ηγεσία είναι η επιδεξιότητα να καθοδηγήσεις ανθρώπους να δημιουργούν πράγματα τα οποία οι ίδιοι δεν γνωρίζουν ότι μπορούν να επιτύχουν ή δεν γνωρίζουν ότι είναι απαραίτητο να γίνουν πραγματικότητα» (Cohen 1990, p 215)

- «Ο όρος ηγεσία περιλαμβάνει διαδικασίες επιρροής, που συνεπάγονται τον καθορισμό των αντικειμενικών στόχων της ομάδας ή του οργανισμού, τη δημιουργία κινήτρων για την εκδήλωση συμπεριφοράς έργου που αποβλέπει στην επιδίωξη των στόχων αυτών καθώς και τη συμβολή στη διατήρηση της ομάδας και της κουλτούρας» (Yukl, 1999).

- «Ηγεσία είναι το να εμπνέει και να καθοδηγεί κανείς άτομα και ομάδες προς ένα



κοινό στόχο, το να προωθεί ή να διαχειρίζεται σωστά την αλλαγή» (Goleman, 2000).

- Ο Μπουραντάς (2005), δίνει τη δική του εκδοχή για την ηγεσία, προσπαθώντας να διαμορφώσει έναν ορισμό από τη συνάθροιση των ήδη υπαρχόντων, χαρακτηρίζοντας τη ως μία διαδικασία που επηρεάζει τις σκέψεις τα συναισθήματα, τις στάσεις και συμπεριφορές μίας μικρής ή μεγάλης, τυπικής ή άτυπης ομάδας ανθρώπων από τον ηγέτη, με στόχο την εθελούσια συνεργασία των εργαζομένων ως προς την επίτευξη των στόχων του οργανισμού και κατ' επέκταση την ευημερία του.

- « Η τέχνη και η επιστήμη που επιτρέπει την ανάμειξη συναισθημάτων, συμπεριφορών και πνευματικών εκδηλώσεων» (Gill, 2006, p 7).

- «Η ηγεσία είναι μια σχέση επιρροής που στοχεύει στη μετακίνηση οργανώσεων ή ομάδων ανθρώπων προς ένα φανταστικό μέλλον που εξαρτάται από την ευθυγράμμιση των αξιών και την καθιέρωση αμοιβαίων σκοπών» (Kane, 2018, p.5).

### 3.2 Μορφές ηγεσίας

Διακρίνονται έξι μορφές ηγεσίας με βάση τις σύγχρονες μελέτες και προσεγγίσεις από διάφορους συγγραφείς:

1. Η συναλλακτική ηγεσία (transactional leadership)
2. Η μετασχηματιστική (transformational leadership)
3. Παθητική ηγεσία
4. Η υπηρετική μορφή ηγεσίας (servant leadership)
5. Η πνευματική ηγεσία (spiritual leadership)
6. Η ηθικά προσανατολισμένη ηγεσία (ethical leadership)
7. Η αυθεντική ηγεσία

**1. Η συναλλακτική ηγεσία (transactional leadership)** διαπραγματεύεται την επιβράβευση ή την τιμωρία των υφισταμένων οι οποίες εξαρτώνται από την συμπεριφοράς και τις ικανότητες τους (Xiaoxia & Jing, 2006, p. 12), παρακινώντας τους και χρησιμοποιώντας ένα σύστημα ανταμοιβών, επαίνων και υποσχέσεων (Burns, 1978). Η ανταμοιβή προϋποθέτει την αποσαφήνιση των απαιτήσεων, την εξασφάλιση πόρων, συμφωνίες εκατέρωθεν, συμβουλές και βοήθεια όπου κρίνεται απαραίτητο δημιουργώντας με αυτό τον τρόπο κάποιου είδους συμφωνία μεταξύ των ενδιαφερομένων μελών (Παπαδοπούλου, 2012).

Η συναλλακτική ηγεσία σύμφωνα με τον Antonakais et al (2003) μπορεί να πάρει τις παρακάτω μορφές:

- a. την ενδεχόμενη αμοιβή ή έκτακτη ανταμοιβή (contingent reward), κατά την οποία ο ηγέτης θέτει συγκεκριμένο στόχο προς επίτευξη με αντάλλαγμα την αμοιβή για την ολοκλήρωση του,
- b. την διαχείριση κατ' εξαίρεση ή Ενεργητική Διαχείριση (active management) κατά την οποία ο ηγέτης επιβλέπει ενεργά τις εργασίες των υπαλλήλων του και παρακολουθεί εάν τα πρότυπα πληρούνται και
- c. την διαχείριση με εξαίρεση ή Παθητική Διαχείριση (passive management), στην οποία παρεμβαίνει μόνο όταν ανακύπτουν προβλήματα, λαμβάνοντας μέτρα που έχουν αρνητικές επιπτώσεις (Malkiel, 2003).

Εν κατακλείδι, τόσο η ενεργητική όσο και η παθητική μορφή διαχείρισης χρησιμοποιούν περισσότερο τα αρνητικά μοτίβα ενίσχυσης από τα θετικά μοτίβα ενθάρρυνσης της ενδεχόμενης ανταμοιβής, ενώ η συναλλακτική ηγεσία παρατηρείται σε πολλά επίπεδα και σε όλους τους τύπους οργανισμών (Northouse, 2016, pp. 171-172). Βασίζεται στις ανταλλαγές που γίνονται μεταξύ των ηγετών και των εργαζομένων προς την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων από μέρος των ηγετών και το όφελος που αποκομίζουν οι δεύτεροι απ' αυτή την συναλλαγή, όπως μείωση του άγχους, αύξηση ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών, αύξηση παραγωγικότητας και μείωση κόστους. Υπό αυτό το πρίσμα η εκπλήρωση των στόχων από τη συναλλακτική ηγεσία, θεωρείται αποτελεσματική, οι ηγέτες όμως αυτής της μορφής ηγεσίας, αν και παραχωρούν συλλογικές αποφάσεις, θεωρούνται πολλές φορές αυταρχικοί (Δούγαλη, 2017).

Ως παράδειγμα συναλλακτικής ηγεσίας μπορεί να αναφερθεί η προαγωγή ή τα bonus σε υπαλλήλους οι οποίοι επιτυγχάνουν τους στόχους που θέτει η ηγεσία (McCleskey, 2014).

## **2. Η μετασχηματιστική ηγεσία (transformational leadership)**

Αποδίδει αποτελέσματα πέραν των αναμενόμενων, ενθαρρύνει τη δημιουργική σκέψη των εργαζομένων παροτρύνοντας τους θετικά (Bass, 1985; Bass & Avolio, 1993) , ασκώντας επιρροή στις συμπεριφορές και στη δυνατότητα κατανόησης, δεσμεύοντάς τους στην κατεύθυνση της αλλαγής των στόχων αλλά και της ίδιας της στρατηγικής του οργανισμού (Xiaoxia & Jing, 2006, p. 12).

Ο ηγέτης σ' αυτή την κατηγορία, μέσω των ικανοτήτων του, της συμπεριφοράς του, αλλά και της προσήλωσης του στο στόχο που θέτει για τον οργανισμό, αποπνέει εμπιστοσύνη και θαυμασμό στους εργαζόμενους, ενθαρρύνοντας την δημιουργικότητα τους και δίνοντας τους κίνητρα στην οργάνωση (Burns, 1978). Επίσης υπογραμμίζει τη σημασία της αποστολής, καλλιεργώντας «εσωτερικά κίνητρα» και μεταδίδει το όραμα του στους υφισταμένους, με απώτερο σκοπό την επιτυχία του οργανισμού (Menon, 2011). Εξάλλου ο ηγέτης, αυτής της μορφής ηγεσίας, μέσω των κινήτρων που παρέχει, αποσκοπεί στην καινοτομία και στις αλλαγές προς θετική κατεύθυνση, για όφελος του οργανισμού και όχι του ιδίου (Bass & Avolio, 1993).

Η μετασχηματιστική ηγεσία με βάση τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα μπορεί να διαχωρισθεί στις παρακάτω κατηγορίες:

- **Στην εξιδανικευμένη επιρροή (idealized influence).**

Η εξιδανικευμένη επιρροή με τη σειρά της αποτελείται από δύο στοιχεία: α) τα Ιδεατά Χαρακτηριστικά (idealized influence attributes) τα οποία αναφέρονται σε αυτή καθ' αυτή την προσωπικότητα του ηγέτη, η οποία αποπνέει σεβασμό και εμπιστοσύνη στην ομάδα και β) τις Ιδεατές Συμπεριφορές (idealized influence behaviors), στις οποίες περιλαμβάνονται όλες εκείνες οι αξίες, οι πεποιθήσεις και οι αρχές του ηγέτη, που αποφέρουν χαρισματικές ενέργειες και του προσδίδουν εξαιρετικές ικανότητες, επιμονή και αποφασιστικότητα (Antonakakis et al, 2003).

- **Στην κινητοποίηση μέσω της έμπνευσης - έμπνευστική παρακίνηση (inspirational motivation).**

Σ' αυτή τη μορφή ηγεσίας οι ηγέτες προσπαθούν να παρακινήσουν τους εργαζόμενους σε ένα πνεύμα ομαδικότητας και συνεργασίας, με γνώμονα την αισιοδοξία για το μέλλον και για την υλοποίηση των στόχων, προσδίδοντας ταυτόχρονα νόημα και κίνητρο στις εργασίες τους (Antonakakis et al, 2003). Έμπνέουν τους υφισταμένους στην προσήλωση ενός κοινού οράματος, δημιουργώντας στοχευμένες επικοινωνιακές προσδοκίες, στις οποίες αυτοί ανταποκρίνονται, αλλά και τις κατάλληλες συνθήκες ενθάρρυνσης και εμπύχωσης τους (Bass & Riggio, 1998, pp. 78-79).

- **Διανοητική διέγερση (intellectual stimulation).**

Οι μετασηματιστικοί ηγέτες αυτής της κατηγορίας, ενεργοποιούν την ομάδα τους με παρότρυνση σε κάθε τι καινούργιο, νέο και φρέσκο, έξω από στερεότυπα και στεγανά, ωθώντας τους εργαζομένους στην αμφισβήτηση, στην δημιουργικότητα και την καινοτομία, προσεγγίζοντας τις παλαιές καταστάσεις μέσα από καινούργια οπτική γωνία.. Ενθαρρύνεται η δημιουργικότητα καθώς και η αντιμετώπιση των προβλημάτων που ανακύπτουν, στα οποία οι ίδιοι οι εργαζόμενοι καλούνται να δώσουν λύσεις ανεξαρτήτως εάν αυτές έρχονται σε αντίθεση με τις προτάσεις της ηγεσίας (Nicholson, 2007).

- **Η εξατομικευμένη μέριμνα (individualized consideration).**

Σ' αυτή τη μορφή ηγεσίας ο ηγέτης δείχνει ενδιαφέρον, προσωπικό αλλά και ειλικρινές για κάθε εργαζόμενο ξεχωριστά, αφουγκράζεται τις ανάγκες και τις προτιμήσεις του και τον καθοδηγεί προς την επίτευξη των στόχων δημιουργώντας καινούργιες ευκαιρίες για μάθηση μέσα από ένα σύστημα υποστήριξης που του παρέχει. Αναγνωρίζει την διαφορετικότητα του κάθε ατόμου, που έχει στην ομάδα του και τις διαφορετικές ανάγκες που αυτό έχει και δείχνει έμπρακτα την κατανόηση αυτών των αναγκών από τις ενέργειες και συμπεριφορές που ακολουθεί (Bass & Riggio, 1998, pp. 78-79).

### **3. Παθητική ηγεσία**

Ο Avolio & Bass, (2004) υπογραμμίζουν ότι σ' αυτόν του τύπο ηγεσίας δίνεται από μέρος του ηγέτη απόλυτη ελευθερία ενεργειών και ανεξαρτησίας στους εργαζομένους για τον καθορισμό στόχων και την επίτευξη αυτών μέσα στον οργανισμό. Υπάρχει απουσία ελέγχου, η οποία μπορεί να αποπροσανατολίσει την ομάδα, και έλλειψη συνοχής και ενότητας μέσα σε αυτή καθιστώντας τη αναποτελεσματική και επικρατώντας πολλές φορές το χάος με συνέπεια την αποτυχία όσον αφορά την έκβαση των στόχων προς επίτευξη που τέθηκαν αρχικά.

Η παθητική ή ηγεσία προς αποφυγή διακρίνεται σε δύο μέρη τα οποία αποτελούν και τους παράγοντες οι οποίοι την διαμορφώνουν:

α) Διοίκηση / διαχείριση κατ' εξαίρεση (management by exception passive)

## β) Αδιάφορη Διοίκηση (laissez faire)

- Στην παθητική κατ' εξαίρεση διοίκηση ο ηγέτης δεν επεμβαίνει στα προβλήματα που προκύπτουν παρά μόνο όταν αυτά εδραιώνονται και γίνονται χρόνια. Δεν αναλαμβάνει δράση, ούτε παίρνει αποφάσεις για την πρόληψη καταστάσεων, οι οποίες μπορούν να διογκωθούν και να δημιουργήσουν σοβαρά προβλήματα, αλλά ούτε και συγκεκριμενοποιεί τις προσδοκίες και τους στόχους που έχει για τον οργανισμό, προκαλώντας με αυτή την συμπεριφορά αρνητικές επιπτώσεις στην ομάδα (Avolio & Bass, 2004).
- Στην αδιάφορη διοίκηση, έχουμε την πλήρη απουσία του ηγέτη όταν προκύπτουν ανάγκες ή τον χρειάζονται αποφεύγοντας την εμπλοκή του και τη λήψη αποφάσεων καθώς και την ανάληψη των ευθυνών που έχει, αδιαφορώντας ταυτόχρονα για τις ανάγκες των εργαζομένων του και για την ικανοποίηση αυτών των αναγκών. Θεωρείται ως η μορφή ηγεσίας που δεν αποφέρει αποτελέσματα, αφού δεν εμπνέει τους υφισταμένους ως προς την υλοποίηση των στόχων και του οράματος του οργανισμού καθιστώντας τους ταυτόχρονα μη παραγωγικούς,(Barbuto, 2005) προκαλώντας τους άγχος και επιδρώντας αρνητικά στην ψυχολογία τους (Korkmaz, 2004), ενώ ο Yukl, (2010), υποστηρίζει ότι αυτός ο τύπος ηγεσίας θεωρείται περισσότερο ως έλλειψη εξουσίας.

**4. Η υπηρετική μορφή ηγεσίας (servant leadership)** η οποία χαρακτηρίζεται από τη συμμετοχή όλων στις λύσεις των προβλημάτων με τον ηγέτη να έχει στοχευμένες απαιτήσεις και στόχους, να είναι έτοιμος να δεχτεί απόψεις διαφορετικές από τις δικές του, να υπηρετεί και να αφουγκράζεται τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας αλλά να είναι πρωτίστως αρωγός και μετά ηγέτης (Greenleaf, 1977).

**5. Η πνευματική ηγεσία (spiritual leadership)** αφορά την παρακίνηση των εργαζομένων και τη δημιουργία ενός ξεκάθολου οράματος αποπνέοντας πίστη και ελπίδα για την ολοκλήρωση των στόχων του οργανισμού δίνοντας ταυτόχρονα πραγματικό νόημα στη ζωή τους (Fry & Matherly, 2006).

**6. Η ηθικά προσανατολισμένη ηγεσία (ethical leadership)** με κύριο χαρακτηριστικό της τις ηθικές αξίες, τις οποίες ο ηγέτης μπορεί να μεταδώσει στους υφισταμένους του

με αίσθημα ειλικρίνειας, δικαιοσύνης, επιβράβευσης αλλά και παρακίνησης, στοχεύοντας στην μακροπρόθεσμη προστιθέμενη αξία μέσα από την αύξηση της παραγωγικότητας και την ικανοποίηση των εργαζομένων (Van Wart, 2014).

**7. Η αυθεντική ηγεσία** η οποία χαρακτηρίζεται από υπακοή και αφοσίωση των εργαζομένων στον ηγέτη, ο οποίος με τη σειρά του δείχνει πραγματικό ενδιαφέρον για τους υπαλλήλους του παροτρύνοντας τους για ανθρώπινη επαφή και εμφυσώντας τους το πάθος του για την ολοκλήρωση των στόχων του οργανισμού μέσα από την αυτοπεποίθηση και τη γνησιότητα που αποπνέει (Shirey, 2006).

Τέλος υπάρχουν η ανατιθέμενη ηγεσία (assigned leadership) και η αναδυόμενη ηγεσία (emergent leadership). Η ανατιθέμενη ηγεσία προκύπτει από την τοποθέτηση σ' έναν οργανισμό ενός προσώπου για τη θέση Διευθυντή, επικεφαλής τμήματος, προϊστάμενο κ.α και αποδεικνύεται τις περισσότερες φορές ότι το άτομο που έχει επιλεγεί για την ηγετική αυτή θέση, δεν έχει ηγετικές ικανότητες και δεν είναι πραγματικός ηγέτης. Ενώ κάτω από διαφορετικές συνθήκες, σε δεδομένη χρονική στιγμή, μέσω της επικοινωνίας, μπορεί να αναδυθεί ένα άτομο με ηγετικές ικανότητες, ως το πιο ισχυρό μέλος μιας ομάδας από την υποστήριξη και την αποδοχή των άλλων μελών (Northouse, 2016, p. 8).

### 3.3 Διαφορές μεταξύ μάνατζερ και ηγέτη

Ο ηγέτης παίζει σημαντικό ρόλο στην πορεία και εξέλιξη ενός οργανισμού, διότι είναι αυτός που καθορίζει την ταυτότητα του, μέσω των αξιών και των ικανοτήτων που εμφυσεί στους εργαζόμενους, καθώς και του οράματος που αποπνέει έτσι ώστε να τους παρασύρει προς την επίτευξη ενός κοινού σκοπού προς όφελος του φορέα. Ως εκ τούτου, ο ρόλος του ηγέτη είναι ποικιλόμορφος και απαιτεί σύνεση, διορατικότητα, αμεροληψία, ειλικρίνεια και παρατηρητικότητα, ενώ η παρέμβαση του στο σωστό χρόνο, αποφέρει τα μέγιστα αποτελέσματα (Wren, 2013, p. 69). Αυτό επιτυγχάνεται με τη χρήση διαφορετικών τρόπων, επηρεάζοντας την ομάδα και οδηγώντας τη προς εκείνη την κατεύθυνση, έτσι ώστε να επιτύχει το σωστό αποτέλεσμα. (Hazy & Backström, 2014).

Τα στοιχεία που συνθέτουν το χαρακτήρα ενός ηγέτη, κρίνουν και την ηγετική του ικανότητα, καθώς και τα αποτελέσματα που αυτή επιφέρει. Μερικά από αυτά

θεωρούνται ως πρωτεύοντα όπως η ακεραιότητα, η λογοδοσία και η παρακίνηση, ενώ υπάρχουν και άλλα που διαδραματίζουν μικρότερο ρόλο, όπως η ταπεινότητα, η δικαιοσύνη και η ανθρωπιά (Crossan, et al., 2017).

Ενώ παλαιότερα γινόταν ταύτιση των όρων ηγέτης και μάνατζερ (Gronn, 2004), εν τούτοις στις μέρες μας υπάρχουν διακριτές διαφορές μεταξύ τους και πολλές φορές οι όροι αυτοί συνυπάρχουν και συμπληρώνουν ο ένας τον άλλο (Kotter, 2008, p. 6). Το ιδανικό φυσικά θα ήταν ένας ηγέτης να είναι ταυτόχρονα και μάνατζερ, έτσι ώστε να έχουμε τα μέγιστα αποτελέσματα (Μπουραντάς, 2015).

Διαφορετική γνώμη όμως έχουν άλλοι συγγραφείς όπως οι Bennis & Nanus (1985), οι οποίοι θεωρούν ότι το management και η ηγεσία είναι δύο διαφορετικές μεταξύ τους έννοιες, χαρακτηρίζοντας αυτή τη διαφοροποίηση τόσο σημαντική, ώστε το ίδιο το άτομο να μην μπορεί να είναι την ίδια στιγμή και μάνατζερ και ηγέτης.

Οι μάνατζερ έχουν την ευθύνη αλλά και την υπευθυνότητα να ολοκληρώσουν και να επιτύχουν μία αποστολή, ενδιαφέρονται για τις διαδικασίες, αναζητούν τη σταθερότητα και τον έλεγχο και επικεντρώνονται στην επίλυση των προβλημάτων (Zaleznik, 1981). Στοχεύουν στην πετυχημένη διοίκηση, στην ευταξία και στην καλή λειτουργία του οργανισμού θέτοντας στόχους και σχεδιάζοντας ενέργειες μέσα από σωστό προγραμματισμό και τήρηση των χρονοδιαγραμμάτων, αναθέτοντας αρμοδιότητες για το σχεδιασμό και την εκτέλεση έργου, χρησιμοποιώντας με σύνεση τους διαθέσιμους πόρους, ελέγχοντας για τυχόν αποκλίσεις και διορθώνοντας τες, έτσι ώστε να πετύχουν τους στόχους που έχουν θέσει (Kotter, 2008).

Οι ηγέτες επιφέρουν οργανωσιακές αλλαγές, καθοδηγούν, χαράσσουν στρατηγική για την επίτευξη ενός μελλοντικού οράματος, εμπνέουν την ομάδα παρακινώντας τη και στοχεύοντας στις αξίες, στα συναισθήματα και στις εξατομικευμένες ανάγκες του κάθε μέλους (Kotter, 2008), και τέλος βρίσκονται διαρκώς σε αναζήτηση, επιτρέποντας την απουσία δομής και μη θεωρώντας τίποτα ως δεδομένο (Zaleznik, 1981).

Ενώ σύμφωνα με τους Bennis & Nanus, (1985) « οι μάνατζερ είναι οι άνθρωποι που κάνουν τα πράγματα σωστά και οι ηγέτες είναι αυτοί που κάνουν τα σωστά πράγματα»

### ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Διαφορές μάνατζερ και ηγέτη

| Μάνατζερ   | Ηγέτης   |
|--|--|
| Διορίζεται   | Αναδεικνύεται  |
| Χρησιμοποιεί νόμιμη, δοτή εξουσία  | Χρησιμοποιεί προσωπική δύναμη  |
| Δίνει οδηγίες-εντολές, ανταμοιβές, τιμωρίες  | Παρέχει όραμα, εμπνέει, πείθει, κινητοποιεί μέσω ιδανικών, αξιών           |
| Ελέγχει  | Κερδίζει εμπιστοσύνη, ενδυναμώνει  |
| Δίνει έμφαση στις διαδικασίες, στα συστήματα και στη λογική                              | Δίνει έμφαση στους ανθρώπους, στα συναισθήματα, στην καρδιά, στη διαίσθηση |
| Κινείται σε προκαθορισμένα τυπικά πλαίσια  | Ανοίγει ορίζοντες, διευρύνει τα πλαίσια                                    |
| Ενδιαφέρεται κυρίως για το «πώς»   | Ενδιαφέρεται κυρίως για το «γιατί»   |
| Δέχεται και διαχειρίζεται την κατεστημένη κατάσταση (status quo), προτιμά τη σταθερότητα | Προκαλεί το κατεστημένο, κάνει αλλαγές, καινοτομεί                         |
| Αποδέχεται την πραγματικότητα  | Ερευνά την πραγματικότητα  |
| Έμφαση στο παρόν, βραχυπρόθεσμη προοπτική  | Έμφαση στο μέλλον, μακροπρόθεσμη προοπτική                                 |
| Κάνει τα πράγματα σωστά  | Κάνει τα σωστά πράγματα  |

Πηγή: Μπουραντάς, (2005: 203).

### 3.4 Χαρισματικός ηγέτης

Τα ηγετικά χαρακτηριστικά που έχει κάποιος ως προσωπικότητα, δηλαδή το πόσο έξυπνος είναι, η ικανότητα του να χειρίζεται το λόγο, η συναισθηματική νοημοσύνη, όπως και το πόσο επιβλητικός είναι, αποτελούν γνωρίσματα τα οποία μπορούν να χαρακτηρίσουν έναν ηγέτη ως επιτυχημένο (Kanji & Moura, 2001).



Υπάρχουν θεωρίες που υποστηρίζουν ότι ένας ηγέτης γεννιέται και ότι διαμορφώνεται ο χαρακτήρας και η προσωπικότητα του από κληρονομικά και γενετικά χαρακτηριστικά. Παρ' όλα αυτά, χωρίς την κατάλληλη εκπαίδευση, με σύστημα και πειθαρχία, αυτά τα χαρακτηριστικά δεν μπορούν να αναπτυχθούν και να καθορίσουν τις ικανότητες και τη δύναμη ενός χαρισματικού ηγέτη (Μπουραντάς, 2005).

Ένας χαρισματικός ηγέτης θα πρέπει να αντιτίθεται στην υπάρχουσα κατάσταση προσπαθώντας να την αλλάξει, εμφυσώντας στους οπαδούς του ένα εξειδικευμένο όραμα, πείθοντας τους οικειοθελώς να τον ακολουθήσουν, για την πραγματοποίηση αυτού του οράματος, λαμβάνοντας ο ίδιος προσωπικό ρίσκο και κόστος και υπερβαίνοντας το status quo, χρησιμοποιώντας καινούργιους τρόπους και μέσα (Conger & Kanungo, 1987, p. 641).

Σύμφωνα με τον Goleman (2000), οι πλέον δημιουργικοί ηγέτες είναι αυτοί που χρησιμοποιούν διαφορετικά στυλ ηγεσίας, το καθένα στο σωστό μέτρο και στον κατάλληλο χρόνο. Παρ' ότι είναι δύσκολο να εφαρμοσθεί κάτι τέτοιο, έχει διαπιστωθεί ότι αυτή η ικανότητα προσαρμογής του ηγέτη, αποφέρει τα μέγιστα στις επιδόσεις του οργανισμού. Ακολούθως οι επιδόσεις ενός οργανισμού επηρεάζονται από το οργανωτικό κλίμα, στο οποίο οφείλεται το ένα τρίτο της οικονομικής επίδοσης και αυτό με τη σειρά του επηρεάζεται από το στυλ ηγεσίας, από τον τρόπο που οι ηγέτες κινητοποιούν τους υπαλλήλους, συγκεντρώνουν και χρησιμοποιούν πληροφορίες, παίρνουν αποφάσεις, χειρίζονται αλλαγές, αλλά και διαχειρίζονται κρίσεις.

### **3.5 Συναισθηματική νοημοσύνη και στυλ ηγεσίας**

Η συναισθηματική νοημοσύνη (emotional intelligence) «είναι η ικανότητα να διαχειριστούμε τους εαυτούς μας και τις σχέσεις μας ικανοποιητικά» κατά Goleman, (1995). Ο Goleman είναι ο συγγραφέας που εισήγαγε το όρο και αργότερα δούλεψε πάνω σε αυτόν. Αποτελείται από τέσσερις θεμελιώδεις ικανότητες: την αυτογνωσία (self-awareness), την αυτοδιαχείριση (self-management), την κοινωνική ευαισθητοποίηση (social awareness) και τις κοινωνικές δεξιότητες (social skill) ενώ στον πίνακα που ακολουθεί περιγράφονται τα αντίστοιχα χαρακτηριστικά της κάθε παραμέτρου.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Συναισθηματική νοημοσύνη**

| Αυτογνωσία  | Αυτοδιαχείριση   | Κοινωνική ευαισθητοποίηση  | Κοινωνικές δεξιότητες  |
|---|--|--|--|
| <p><i>Συναισθηματική Αυτογνωσία</i></p> <p>Η ικανότητα του ηγέτη να κατανοεί και να αναγνωρίζει τα συναισθήματα του, όπως και τον αντίκτυπο που έχουν στην εργασιακή απόδοση, στις σχέσεις κ.τ.λ.</p> | <p><i>Αυτοσυγκράτηση</i></p> <p>Η ικανότητα να κρατάει υπό έλεγχο, τα συναισθήματα και τις τάσεις που τον αποδιοργανώνουν.</p> | <p><i>Ενσυναίσθηση</i></p> <p>Η ικανότητα να αντιλαμβάνεται και να συναισθάνεται τα συναισθήματα των άλλων, τις προοπτικές τους και να ενδιαφέρεται ενεργά για τα προβλήματα και για τις ανησυχίες τους, προσπαθώντας να δώσει λύσεις. Στην έννοια της ενσυναίσθησης βασίζεται η εμπιστοσύνη που οικοδομείται μεταξύ ηγετών και εργαζομένων.</p> | <p><i>Όραμα</i></p> <p>Η ικανότητα να ηγείται και να εμπνέει συναρπαστικά οράματα</p> <hr/> <p><i>Επιρροή</i></p> <p>Η ικανότητα να χειρίζεται μία σειρά από παρακινητικές τακτικές.</p>   |
| <p><i>Ακριβής Αυτό-αξιολόγηση</i></p> <p>Η ρεαλιστική αξιολόγηση των δυνατοτήτων και των ορίων του καθώς και τα θετικά και αρνητικά στοιχεία του χαρακτήρα του.</p>                                   | <p><i>Αξιοπιστία</i></p> <p>Σταθερή εικόνα τιμότητας ακεραιότητας και ειλικρίνειας.</p>  | <p><i>Οργανωτική συνείδηση</i></p> <p>Η ικανότητα να αναγνωρίζει τα ρεύματα<br/>                     Να χτίζει δίκτυα αποφάσεων<br/>                     Να πλοηγεί τις διάφορες πολιτικές.</p>  | <p><i>Ανάπτυξη άλλων</i></p> <p>Η ροπή να υποστηρίζει τις ικανότητες άλλων μέσα από οδηγίες και ανάδραση (feedback).</p> <hr/> <p><i>Επικοινωνία</i></p> <p>Η ικανότητα να ακούει τους άλλους και να στέλνει σαφή και πειστικά μηνύματα.</p> |
| <p><i>Αυτοπεποίθηση</i></p> <p>Δυνατή και βαθιά αίσθηση της αυτοεκτίμησης.</p>  | <p><i>Ευσυνειδησία</i></p> <p>Η ικανότητα να διαχειρίζεται τον εαυτό και τις</p>   | <p><i>Προσανατολισμός στις υπηρεσίες</i></p> <p>Η ικανότητα να αναγνωρίζει και να ικανοποιεί τις</p>   | <p><i>Αλλαγή καταλύτη</i></p> <p>Η ικανότητα έναρξης νέων ιδεών και να οδηγεί</p>  |

|  |  |                      |  |
|--|--|----------------------|--|
|  | ευθύνες του.   | ανάγκες των πελατών. | υπαλλήλους σε νέες κατευθύνσεις<br>Δημιουργεί νέα πρότυπα και προσπαθεί να τα εκπληρώσει.  |
|  | <i>Ικανότητα προσαρμογής</i><br><br>Η ικανότητα στην προσαρμογή και την επίλυση μεταβαλλόμενων καταστάσεων και την προσπέλαση των εμποδίων.                      |                      | <i>Διαχείριση κρίσεων</i><br><br>Η ικανότητα να αποκλιμακώνει διαφωνίες και να βρίσκει λύσεις.   |
|  | <i>Προσανατολισμός επίτευξης</i><br><br>Η παρόρμηση να ικανοποιηθεί μία εσωτερική ώθηση για υπεροχή, η προσπάθεια να επιτευχθεί ένα εσωτερικό πρότυπο αριστείας. |                      | <i>Κατασκευή ιστού</i><br><br>Ικανότητα να καλλιεργεί και να διατηρεί ένα ιστό σχέσεων, ένα επαγγελματικό δίκτυο έτσι ώστε να αντλεί πληροφορίες και πόρους.   |
|  | <i>Πρωτοβουλία</i><br><br>Ετοιμότητα να αξιοποιεί ευκαιρίες.   |                      | <i>Ομάδες εργασίας και συνεργασία ( team management)</i><br>Η ικανότητα να προωθεί την συνεργασία και να φτιάχνει ομάδες μέσω της ομαδικής κουλτούρας, της κατανομής και δομής των ρόλων και το χτίσιμο των σχέσεων. |

Πηγή:Goleman, (2000:80 ).

Έχει αποδειχτεί ότι ηγέτες τμημάτων που έχουν αυξημένη συναισθηματική νοημοσύνη, έχουν και αυξημένη απόδοση ενώ έχουν μελετηθεί οι παράγοντες που επηρεάζουν το εργασιακό περιβάλλον ή κλίμα (όπως η ευελιξία, η υπευθυνότητα, τα πρότυπα, οι αμοιβές και η δέσμευση) σε σχέση με τα στυλ ηγεσίας και βρέθηκε:

- α) ότι οι ηγέτες που χρησιμοποιούν στυλ που επηρεάζουν το κλίμα θετικά, έχουν σημαντικά καλύτερα οικονομικά αποτελέσματα

- β) κανένα στυλ δεν θα πρέπει να εφαρμόζεται αποκλειστικά και
- γ) ότι όλα τα στυλ είναι για βραχυχρόνια χρήση (Goleman, 2000).

### 3.6 Στυλ ηγεσίας

Ο ίδιος συγγραφέας αναφέρει την ύπαρξη έξι στυλ ηγεσίας το καθένα από τα οποία έχει τα δικά του γνωρίσματα και είναι αυτό που το χαρακτηρίζει. Επιγραμματικά το κάθε στυλ χαρακτηρίζεται από μια φράση η οποία συνοψίζεται στον παρακάτω πίνακα

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Στυλ Ηγεσίας

|                                       |                             |
|---------------------------------------|-----------------------------|
| Αυταρχικό -Coercive                   | “Κάνε αυτό που σου λέω”     |
| Αυθεντικό -Authoritative              | “Έλα μαζί μου”              |
| Φιλικό -Affiliative                   | “Ο άνθρωπος έρχεται πρώτος” |
| Δημοκρατικό -Democratic               | “Τι νομίζεις ”              |
| Αυτό που επιβάλλει ρυθμό -Pacesetting | “Κάνε όπως κάνω, τώρα”      |
| Προπονητικό - Coaching                | “Προσπάθησε αυτό”           |

Πηγή:Goleman, (2000).

Αναλυτικότερα το κάθε στυλ ηγεσίας αποτελείται από συγκεκριμένα χαρακτηριστικά τα οποία βασίζονται στις πιο πάνω φράσεις (Goleman, 2000).

- 1) **Αυταρχικό:** αυτό το στυλ ηγεσίας επιφέρει αρνητικά αποτελέσματα στους εργαζόμενους ως προς την κινητοποίηση τους αποξενώνοντας τους από την δουλειά τους, χάνοντας το ενδιαφέρον και το αίσθημα ευθύνης που έχουν για αυτή, ενώ πολλές φορές νοιώθουν προσβεβλημένοι από την συμπεριφορά του ηγέτη και μπορούν να φτάσουν στα όρια της κακίας έτσι ώστε να υιοθετούν την άποψη ότι δεν θα βοηθήσουν με τίποτα αυτόν τον άνθρωπο, φτάνοντας τελικά στην αποξένωση από την εργασία τους. Εκεί που φαίνεται να έχει θετικά αποτελέσματα αυτό το στυλ ηγεσίας είναι στην ανάκαμψη καταστάσεων ή όταν υπάρχουν εργαζόμενοι που δημιουργούν προβλήματα στον οργανισμό

εμποδίζοντας την ευελιξία του με πολλή προσοχή όμως και μόνο όταν είναι απολύτως αναγκαίο.

- 2) **Αυθεντικό:** ο ηγέτης που ακολουθεί αυτό το στυλ, δηλώνει τον γενικό στόχο αλλά ταυτόχρονα δίνει την ελευθερία στους υπαλλήλους να διαλέξουν το δικό τους μέσο επίτευξης. Είναι οραματιστής και κινητοποιεί τους εργαζόμενους δείχνοντας τους πόσο πολύτιμοι είναι για τον οργανισμό, δεσμεύοντας τους στη στρατηγική του αφήνοντας τους την ελευθερία να καινοτομούν, να πειραματίζονται και να παίρνουν πρωτοβουλίες για την επιχείρηση, ορίζοντας νέες πορείες και βάζοντας τους σ' ένα μακροχρόνιο όραμα χρησιμοποιώντας ένα ξεκάθαρο σύστημα αμοιβών. Θεωρείται ένα από τα ισχυρότερα στυλ ηγεσίας, το οποίο όμως δεν λειτουργεί όταν ο ηγέτης πρέπει να συνεργαστεί με ομολόγους του, οι οποίοι γνωρίζουν τη δουλειά καλύτερα απ' αυτόν.
- 3) **Φιλικό:** βασίζεται στη δημιουργία αρμονικών σχέσεων μεταξύ των εργαζομένων αυξάνοντας το ηθικό τους δημιουργώντας συναισθηματικούς δεσμούς και στοχεύοντας στην καλύτερη επικοινωνία. Με αυτό τον τρόπο ο ηγέτης επιδιώκει τη σύνθεση δυνατών δεσμών ανάμεσα στα άτομα της ομάδας, αυξάνοντας την ευελιξία και την εμπιστοσύνη έτσι ώστε να μοιράζονται ιδέες και εμπνεύσεις, δίνοντας τους τη δυνατότητα να κάνουν την εργασία τους ελεύθερα και κάνοντας τους περισσότερο αποτελεσματικούς. Αναγνωρίζουν τα αποτελέσματα της επιτυχούς εργασίας, την ανταμείβουν ανάλογα προσφέροντας άφθονη θετική ανατροφοδότηση (feedback) και μεγαλύτερη κινητοποίηση. Παρότι τα οφέλη από το συγκεκριμένο στυλ είναι εμφανή, ο αποκλειστικός έπαινος που χρησιμοποιεί, μπορεί να αφήσει την ανεπαρκή απόδοση ανέγγιχτη δίνοντας εσφαλμένα συμπεράσματα στους υπαλλήλους, οι οποίοι θεωρούν ότι η μετριότητα είναι ανεκτή. Επίσης ο ηγέτης που χρησιμοποιεί αυτό το στυλ, σπάνια προσφέρει συμβουλές ή δίνει σαφείς οδηγίες αφήνοντας τους εργαζόμενους με διλήμματα και αβοήθητους.
- 4) **Δημοκρατικό:** ο ηγέτης, που ακολουθεί αυτό το στυλ, δίνει την ευκαιρία στους υπαλλήλους του να συμμετέχουν στις αποφάσεις δημιουργώντας εργασιακή ευελιξία αλλά και υπευθυνότητα, χτίζοντας σχέσεις εμπιστοσύνης, σεβασμού και δέσμευσης. Επειδή οι εργαζόμενοι λειτουργούν μέσα στο εργασιακό σύστημα και γνωρίζουν καλύτερα το περιβάλλον στο οποίο δουλεύουν, η δυνατότητα αυτή, που τους παρέχεται για τη συμμετοχή τους στη λήψη αποφάσεων, τους κάνει περισσότερο ρεαλιστές για το αν ένας στόχος μπορεί να επιτευχθεί ή όχι, παράγοντας ταυτόχρονα νέες ιδέες για την πραγματοποίηση

του οράματος, όταν αυτό βρίσκεται στη σωστή κατεύθυνση. Στις αρνητικές συνέπειες αυτού του στυλ, μπορούν να αναφερθούν α) τα ατελείωτα meetings διότι λόγω της πολυφωνίας οι ιδέες λιμνάζουν, (αφού δεν υπάρχει ομοφωνία σχεδόν ποτέ) και σε αυτές τις περιπτώσεις το μόνο αποτέλεσμα είναι ο προγραμματισμός νέων συνεδριάσεων και β) η ανικανότητα των εργαζομένων η οποία λειτουργεί ανασταλτικά στη παραγωγή νέων ιδεών.

Πολλές φορές λόγω αυτού του γεγονότος πολλοί ηγέτες χρησιμοποιούν αυτό το στυλ για να αναβάλουν ουσιώδες αποφάσεις ή να περάσουν τις δικές τους ιδέες, αφού τα meetings καταλήγουν σε αδιέξοδο.

- 5) **Το στυλ που επιβάλλει ρυθμό:** ο ηγέτης που χρησιμοποιεί αυτό το στυλ απαιτεί εξαιρετικά υψηλές αποδόσεις από τους εργαζομένους και θέτει υψηλές προδιαγραφές έχοντας εμμονές για τη τέλεση των εργασιών γρήγορα αλλά και βέλτιστα. Εντοπίζει τους κακούς υπαλλήλους απαιτώντας περισσότερα απ' αυτούς και όταν αυτοί δεν ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις του, τους αντικαθιστά με άλλους. Ενώ οι οδηγίες εργασιών μπορεί να είναι σαφείς στο μυαλό του, εν τούτοις δεν τις δηλώνει με σαφήνεια στο προσωπικό περιμένοντας απ' αυτό να γνωρίζει τον τρόπο που θα κινηθεί. Οι υπάλληλοι κατακλύζονται από απαιτήσεις για υπεροχή, μειώνεται το ηθικό τους, εξαφανίζονται η ευελιξία και η υπευθυνότητα, η εργασία γίνεται βαρετή και τέλος αντιλαμβάνονται ότι ο ηγέτης τους δεν τους εμπιστεύεται.
- 6) **Το προπονητικό στυλ:** Αυτό το στυλ δίνει έμφαση στην ανάπτυξη στελεχών για το μέλλον. Εστιάζει περισσότερο στην προσωπική ανάπτυξη και όχι στις άμεσες δεξιότητες που σχετίζονται με την εργασία. Απαιτεί σταθερό και συνεχιζόμενο διάλογο που κινητοποιεί τους υπαλλήλους και επηρεάζει την υπευθυνότητα και την διαύγεια. Οι εργαζόμενοι γνωρίζουν τι αναμένεται απ' αυτούς, λειτουργούν θετικά και αισθάνονται ότι είναι ελεύθεροι να πειραματιστούν γνωρίζοντας ότι έχουν την συμπαράσταση του ηγέτη αφού το μήνυμα που περνά είναι «πιστεύω σ' εσένα», δημιουργώντας δέσμευση του εργαζομένου απέναντι στον ηγέτη και στο όραμα που αυτός εκπροσωπεί. Είναι ιδιαίτερα αποδοτικό όταν οι υφιστάμενοι θέλουν να εκπαιδευτούν σε καινούργια πράγματα, γνωρίζουν τις αδυναμίες τους και θέλουν να βελτιώσουν την αποδοτικότητα τους καλλιεργώντας ταυτόχρονα νέες ικανότητες.

### 3.7 Ανακεφαλαίωση

Ο ηγέτης στηριζόμενος στην ενσυναίσθηση και στην συναισθηματική νοημοσύνη, προσπαθεί να εμφυσήσει το όραμα του στους υπαλλήλους του και να τους αλλάξει έτσι ώστε να μοιραστούν τις ριζικές αλλαγές που θα επιφέρει, εμπνέοντας τους ταυτόχρονα με την ισχυρή προσωπικότητα του, το σεβασμό που αποπνέει την ανιδιοτελή άμυνα, το μεγάλο ρίσκο και κόστος που παίρνει, σε μία κοινή προοπτική και ένα εξιδανικευμένο όραμα, παροτρύνοντας τους να ταυτιστούν μαζί του και να τον μιμηθούν (Conger & Kanungo, 1987). Προβλέπει τις μελλοντικές ανάγκες των πελατών (εσωτερικών αλλά και εξωτερικών) και εργάζεται για την ικανοποίηση αυτών των αναγκών μέσα από την εξιδεικευμένη επικοινωνία και την αποτελεσματική διαχείριση των πόρων που διαθέτει. Εντοπίζει ευκαιρίες για ανταλλαγή πληροφοριών και γνώσεων όπως και προτύπων και πρακτικών από τους καλύτερους. Επίσης αναδεικνύει, σχεδιάζει, εφαρμόζει και αξιολογεί μοντέλα παροχής υπηρεσιών που αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της παρεχόμενης ποιότητας στην μακροχρόνια φροντίδα, επιτυγχάνοντας τους στόχους του οργανισμού (ARNNL, 2013).

Υπάρχουν πολλές μορφές και διαφορετικά στυλ ηγεσίας και ως έννοια η ηγεσία θεωρείται πολύπλοκη, με πολλούς ορισμούς ανά τον κόσμο. Το στυλ ηγεσίας που θα επιλέξει ο ηγέτης να εφαρμόσει στον οργανισμό που διοικεί, επηρεάζει και τη σχέση του με τους εργαζομένους, αλλά και τη σχέση μεταξύ τους, με επακόλουθο να επηρεάζεται η απόδοση, η ικανοποίηση και η δέσμευση τους, επηρεάζοντας παράλληλα την απόδοση και γενικότερα τη συνοχή του ίδιου του οργανισμού (Van den Berg & Wilderom, 2004). Ενώ οι διαφορές μεταξύ ηγετών και manager είναι ουσιαστικές, εν τούτοις ο ηγέτης που χρησιμοποιεί διαφορετικά στυλ την κατάλληλη στιγμή, έχοντας αυξημένη συναισθηματική νοημοσύνη, εμπνέει την ομάδα του έχει μεγαλύτερη απόδοση και αποφέρει βέλτιστα αποτελέσματα για τον φορέα του.

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σε αυτό το κεφάλαιο παρουσιάζεται η μεθοδολογία της έρευνας, που ακολουθήθηκε και ειδικότερα θα γίνει περιγραφή των μεθόδων «μέτρησης» του βαθμού ηγεσίας και της κλίμακας που επιλέχθηκε να χρησιμοποιηθεί για τον σκοπό και τις ανάγκες της μελέτης. Να σημειωθεί στο σημείο αυτό ότι για τον σκοπό της παρούσας έρευνας επιλέχθηκαν οι πρωτοβάθμιες δομές υγείας του νομού Θεσσαλονίκης (Κέντρα Υγείας και ΤΟ.ΜΥ), αρμοδιότητας της 3<sup>ης</sup> και 4<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας. Η 4<sup>η</sup> Υ.ΠΕ έχει υπό την εποπτεία της για το νομό Θεσσαλονίκης, επτά (7) Κ.Υ και πέντε (5) ΤΟ.Μ.Υ αντίστοιχα. Τα Κ.Υ είναι τα ακόλουθα: 1) Σοχού, 2) Νέας. Μαδύτου, 3) Ζαγκλιβερίου, 4) Θέρμης, 5) Μηχανιώνας, 6) 25<sup>ης</sup> Μαρτίου και 7) Τούμπας ενώ η 3<sup>η</sup> Υ.ΠΕ έχει στην αρμοδιότητά της οκτώ (8) Κ.Υ και έντεκα (11) ΤΟ.Μ.Υ. Τα Κ.Υ. είναι: 1)Λαγκαδά, 2) Κουφαλιών, 3) Πύργου (Χαλάστρας), 4) Διαβατών, 5) Ευόσμου, 6) Θεσσαλονίκης, 7) Πύλης Αξιού και 8) Νεάπολης. Από τις παραπάνω δομές αποκλείστηκαν τα τρία τελευταία Κ.Υ της 3<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ, λόγω ειδικών συνθηκών (Covid 19, καλοκαιρινές άδειες προσωπικού, και ειδική μορφή λειτουργίας τους, πρώην Ι.ΚΑ).

Γίνεται επίσης η περιγραφή τόσο της ποιοτικής όσο και της ποσοτικής εμπειρικής έρευνας που πραγματοποιήθηκε και του δείγματος, καθώς και το ερευνητικό εργαλείο συλλογής δεδομένων. Η ποσοτική έρευνα κατά Babbie (2011) και Aruke (2017) συγκαταλέγεται στις ευρέως χρησιμοποιούμενες μεθόδους εμπειρικής έρευνας καθώς εξετάζει, χρησιμοποιώντας διάφορες στατιστικές μεθόδους και μοντέλα, φαινόμενα κοινωνικά και φυσικά.

Επιπλέον βασικός παράγοντας για την ολοκλήρωση αυτού του είδους των ερευνών, είναι η ύπαρξη ενός ικανοποιητικού δείγματος, η δημιουργία ερωτηματολογίου που θα πληροί τα κριτήρια της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας και τέλος η επεξεργασία των δεδομένων τα οποία θα συλλεχθούν, η οποία θα πρέπει να γίνει με ανάλογες αποδεκτές μεθόδους στατιστικής ανάλυσης. Με αυτό τον τρόπο συσχετίζεται η θεωρία με την πράξη (κοινωνικό γίνεσθαι), αφού επιχειρείται ο έλεγχος των ερευνητικών



ερωτημάτων και η εξαγωγή αποτελεσμάτων επιστημονικά τεκμηριωμένων (Κοντογιαννάτου, 2018).

#### 4.1. Μέθοδοι μέτρησης της ηγεσίας

Το μοντέλο της πλήρους έκτασης ηγεσίας (Full Range Leadership) εξετάστηκε από τους Avolio και Bass (2004) οι οποίοι μελέτησαν την ηγεσία μέσα από μια σφαιρική θεώρηση ενώ μετά από πλήθος εμπειρικών μελετών (Avolio, Bass & Jung, 1995; Avolio κ. συν., 2004), κατασκευάστηκε η κλίμακα ηγεσίας, Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ), η οποία μελετά τρία στυλ ηγεσίας με σημαντικές διαφορές μεταξύ τους :

- την μετασχηματιστική ηγεσία
- τη συναλλακτική ηγεσία
- την παθητική ηγεσία ( σχήμα 3.1).

Οι διαστάσεις της μετασχηματιστικής ηγεσίας είναι: 1) Εξιδανικευμένη επιρροή - Ιδεατά χαρακτηριστικά, (Idealized Influence, Idealized Attributes - IA), 2) Εξιδανικευμένη επιρροή - Ιδεατές συμπεριφορές, (Idealized Influence, Idealized Behaviors - IB), 3) Εμπνευστική παρακίνηση (Inspirational Motivation - IM), 4) Διανοητική διέγερση (Intellectual Stimulation - IS) και 5) Εξατομικευμένο ενδιαφέρον (Individual Consideration - IC).

Οι διαστάσεις της συναλλακτικής ηγεσίας είναι: 1) Έκτακτη - κατ' Εξαίρεση ανταμοιβή (Contingent Reward - CR) 2) Διοίκηση κατ' Εξαίρεση - Ενεργή (Management By Exception Active - MBEA και 3) Παθητική Διαχείριση

Οι διαστάσεις της παθητικής ηγεσίας είναι: η παθητική/προς Αποφυγή ηγεσία (Laissez Faire - LF).

Επίσης, η αναφερθείσα κλίμακα μετράει και τις επιδράσεις της ηγεσίας: 1) Μεγαλύτερη προσπάθεια, 2) Αποτελεσματικότητα και 3) Ικανοποίηση από την ηγεσία.



Σχήμα 1. Διαστάσεις ηγεσίας

Ο ηγέτης που ακολουθεί το μετασχηματιστικό στυλ ηγεσίας συνεισφέρει, μέσα από πλήθος χαρακτηριστικών και συμπεριφορών που τον διακατέχουν, να μεταδώσει στους οπαδούς του, το αίσθημα της αποστολής και του οράματος που έχει, καθώς και την εμπιστοσύνη και τον σεβασμό στο πρόσωπό του. Αυτό το όραμα ίσως να μπορεί να το μεταλαμπαδεύσει καλύτερα, αυξάνοντας ταυτόχρονα την αισιοδοξία και τον ενθουσιασμό των οπαδών του, μέσα από την κατάλληλη παρακίνηση.

Όσον αφορά στη διανοητική διέγερση, ο ηγέτης ωθεί τους ακολούθους του να αμφισβητήσουν το κατεστημένο αλλά και τις απόψεις που ο ίδιος έχει, εστιάζει την προσοχή του σε κάθε άτομο χωριστά, κατανοώντας τις ανάγκες και την αξία που έχει, αντιμετωπίζοντας το ταυτόχρονα με διαφορετικό τρόπο αλλά με ίση μεταχείριση σε σχέση με τους υπολοίπους εργαζόμενους (Ανολίο κ.συν., 2004).

Με αυτά τα δεδομένα αξιοποιήθηκε η κλίμακα προκειμένου να κατασκευαστεί το Πολυπαραγοντικό Ερωτηματολόγιο Ηγεσίας για την διενέργεια της ποσοτικής έρευνας πεδίου.

## 4.2 Περιγραφή του ερωτηματολογίου της ποσοτικής έρευνας

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 31 ερωτήσεις των δύο ομάδων. Στην πρώτη ομάδα υπάρχουν 8 δημογραφικές ερωτήσεις που αφορούν ποιοτικά στοιχεία των συμμετεχόντων, ( ηλικία, φύλο, χρόνια προϋπηρεσίας κτλ), ενώ στη δεύτερη ομάδα υπάρχουν 22 ερωτήσεις κλειστού τύπου που αφορούν στην ηγεσία και την διοίκηση. Τέλος η ερώτηση 23 είναι ανοιχτού τύπου και ζητάει τις απόψεις των συμμετεχόντων για το πως αντιλαμβάνονται την ηγεσία.

Για τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου που αφορούν την ηγεσία και την διοίκηση χρησιμοποιήθηκε το Πολυπαραγοντικό Ερωτηματολόγιο Ηγεσίας (Multifactor Leadership Questionnaire) (Form - 5x) που αναπτύχθηκε από τους Avolio και Bass (2004) το οποίο μετράει την πλήρη έκταση των ηγετικών στυλ, Μετασχηματιστικό (Transformational), Συναλλακτικό (Transactional) και Παθητικό/προς αποφυγή (Passive/avoidant), ενώ παράλληλα εξετάζει την έκβαση (Outcomes) της ηγεσίας, Μεγαλύτερη προσπάθεια (Extra Effort), Αποτελεσματικότητα (Effectiveness) και Ευχαρίστηση (Satisfaction with Leadership).

Για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας χρησιμοποιήθηκαν είκοσι (20) ερωτήσεις, σε πενταβάθμια κλίμακα Likert (1 = ποτέ, 2 = σπάνια, 3 = μερικές φορές, 4 =αρκετά συχνά, 5 πάντα) αφού πρώτα έγινε ποιοτική ανάλυση του ερωτηματολογίου Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ)-short form και προηγήθηκε μία συνέντευξη από έναν γιατρό, έναν νοσηλευτή, έναν διοικητικό υπάλληλο και έναν υπάλληλο παραϊατρικού επαγγέλματος υποδεικνύοντας τις παρακάτω ερωτήσεις του ερωτηματολογίου.

Οι παραπάνω πληροφορητές κλειδιά (key-informants) αξιοποιήθηκαν ως ειδικοί για την επιλογή των ερωτήσεων από το σύνολο όσων είχαν καταγραφεί από την βιβλιογραφία.

Από αυτές τις ερωτήσεις:

- δέκα (10) μετρούν τις πέντε διαστάσεις της Μετασχηματιστικής ηγεσίας,
- έξι (6) μετρούν τις τρεις διαστάσεις της Συναλλακτικής ηγεσίας και
- τέσσερις (4) μετρούν τις διαστάσεις της Παθητικής/προς αποφυγή ηγεσίας-LaissezFaire.

ενώ ταυτόχρονα αντλούνται πληροφορίες διοικητικής φύσεως που αφορούν στον προγραμματισμό με των καθορισμό στόχων και στρατηγικής, την οργάνωση και τη διεύθυνση, μέσα από την ανάθεση αρμοδιοτήτων καθοδήγησης, ιεράρχησης και ελέγχου.

Στο ερωτηματολόγιο που μοιράστηκε στους Διευθυντές/Συντονιστές, οι ερωτήσεις είχαν την μορφή αυτοαξιολόγησης, ενώ στο αντίστοιχο των υπαλλήλων οι ερωτήσεις είχαν την μορφή αξιολόγησης των προϊσταμένων τους.

Στον πίνακα 4 παραθέτονται αναλυτικά οι ερωτήσεις που καθορίζουν τα χαρακτηριστικά και το στυλ ηγεσίας.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 4. Στυλ ηγεσίας, χαρακτηριστικά, ερωτήσεις**

| Στυλ Ηγεσίας   | Χαρακτηριστικά Διαστάσεις  | Ερωτήσεις       |
|--|--|-----------------|
| Μετασχηματιστική Ηγεσία<br>Transformational Leadership | Εξιδανικευμένη επιρροή -<br>Ιδεατά χαρακτηριστικά<br>Idealized Influence,<br>Idealized Attributes - IA | 7 - 10          |
|  | Εξιδανικευμένη επιρροή -<br>Ιδεατές συμπεριφορές<br>Idealized Influence,<br>Idealized Behaviors - IB   | 4 - 13          |
|  | Εμπνευστική παρακίνηση<br>Inspirational Motivation -<br>IM   | 6 - 20          |
|  | Διανοητική διέγερση<br>Intellectual Stimulation - IS   | 5 - 17          |
|  | Εξατομικευμένο<br>ενδιαφέρον Individual<br>Consideration - IC  | 9 - 16          |
|  |  |                 |
| Συναλλακτική Ηγεσία<br>Transactional Leadership        | Έκτακτη ανταμοιβή<br>(κατ' Εξάιρεση ανταμοιβή<br>Contingent Reward – CR)                               | 1 - 19          |
|  | Ενεργητική διαχείριση<br>(Διοίκηση κατ' Εξάιρεση-<br>Ενεργή Management By<br>Exception Active – MBEA)  | 12 - 14         |
|  | Παθητική διαχείριση  | 2 - 11          |
|  |  |                 |
| Παθητική Ηγεσία Passive /<br>Avointant Leadership      | Παθητική/Προς Αποφυγή<br>ηγεσία Laissez Faire - LF   | 3 - 8 - 15 - 18 |
|  |  |                 |

Οι Avolio και συν., (2004) τονίζουν ότι τα στοιχεία του ερωτηματολογίου επικεντρώνονται στις ατομικές συμπεριφορές και τα χαρακτηριστικά των ηγετών, τα

οποία αξιολογούνται από τους εργαζομένους τους, ανεξάρτητα από το επίπεδο που βρίσκονται στην ιεραρχία, (σε σχέση με τους ηγέτες).

Από τις πιο πάνω ερωτήσεις θα γίνει προσπάθεια να εκτιμηθούν γενικότερα χαρακτηριστικά της διοίκησης, όπως αυτά περιγράφηκαν στο αντίστοιχο κεφάλαιο, δηλαδή εάν και κατά πόσο εφαρμόζονται οι γενικές αρχές της όσο αφορά στον έλεγχο, τη άμεση λήψη αποφάσεων, τον επιδέξιο χειρισμό του ανθρώπινου δυναμικού, μέσα από την ανάθεση αρμοδιοτήτων και ιεράρχησης καθώς και την εκπαίδευση και καθοδήγησή του, με απώτερο σκοπό την επίτευξη των στόχων της μονάδας υγείας. Τέλος θα διερευνηθούν οι ηγετικές ικανότητες των Διευθυντών/ Συντονιστών και πόσο σημαντικές είναι για την εύρυθμη λειτουργία των μονάδων υγείας καθώς και το επίπεδο ικανοποίησης των εργαζομένων από αυτές τις ικανότητες.

### **4.3 Συγκέντρωση δεδομένων ποσοτικής έρευνας**

Η έρευνα διενεργήθηκε κατά το χρονικό διάστημα από 15/06/2020 έως και 31/07/2020, και αφορά τα χαρακτηριστικά Διοίκησης που επικρατούν στα Κ.Υ και ΤΟ.ΜΥ του Νομού Θεσσαλονίκης, κατόπιν των σχετικών εγκρίσεων των επιστημονικών συμβουλίων της 3<sup>ης</sup> και 4<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας και απευθυνόταν σε όλους τους εργαζομένους των παραπάνω υγειονομικών δομών (Συντονιστές / Διευθυντές και υπαλλήλους).

Συγκεκριμένα ο πληθυσμός της έρευνάς μας ήταν ιατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό και υπόλοιπο παραϊατρικό προσωπικό, (τεχνολόγοι ιατρικών μηχανημάτων, παρασκευαστές, πλήρωμα ασθενοφόρου, μαίες, φυσικοθεραπευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, καθαριστές κ.ά), καθώς και οι Διευθυντές/ Συντονιστές των πιο πάνω δομών του νομού Θεσσαλονίκης. Διανεμήθηκαν 500 ερωτηματολόγια και επιστράφηκαν απαντημένα τα 373, αριθμός ο οποίος θεωρείται ικανοποιητικός για τις ανάγκες και τους στόχους της έρευνας.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου έγινε με προσωπική συνέντευξη της ερευνήτριας η οποία πραγματοποιήθηκε στον χώρο των παραπάνω υγειονομικών δομών και η συνολική διάρκεια ήταν 5 με 7 λεπτά.

## 4.4 Κωδικοποίηση ερωτήσεων

Για την κωδικοποίηση της πρώτης ομάδας ερωτήσεων χρησιμοποιήθηκε το γράμμα Δ ενώ για την δεύτερη ομάδα χρησιμοποιήθηκε το Θ.

Παρακάτω παρατίθεται η κωδικοποίηση καθώς και η επεξήγηση των μεταβλητών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5. Δημογραφικές Ερωτήσεις

| ΜΕΜΕΤΑΒΛΗΤΗ                   | ΕΠΕΞΗΓΗΣΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ   |
|-------------------------------|--|
| <b>Φύλο</b>                   | Δ1.1: άνδρας<br>Δ1.2: γυναίκα  |
| <b>Ηλικία</b>                 | Δ2.1: 20-29<br>Δ2.2: 30-39<br>Δ2.3: 40-49<br>Δ2.4: 50-59<br>Δ2.5: 60 και άνω   |
| <b>Οικογενειακή κατάσταση</b> | Δ3.1: Έγγαμος/η<br>Δ3.2: Άγαμος/η  |
| <b>Επάγγελμα</b>              | Δ4.1: Ιατρός<br>Δ4.2: Νοσηλεύτης/τρια<br>Δ4.3: Διοικητικός υπάλληλος<br>Δ4.4: Παραϊατρικό προσωπικό  |
| <b>Μορφωτικό επίπεδο</b>      | Δ5.1: Απολυτήριο Δημοτικού/ Γυμνασίου/<br>Λυκείου<br>Δ5.2: Πρώην ΤΕΙ-ΑΕΙ<br>Δ5.3: Κάτοχος Μεταπτυχιακού<br>Δ5.4: Κάτοχος Μεταπτυχιακού<br>με συνάφεια στη διοίκηση<br>Δ5.5: Κάτοχος Διδακτορικού |
| <b>Θέση εργασίας</b>          | Δ6.1: Υπάλληλος<br>Δ6.2: Διευθυντής/ντρια  |
| <b>Σχέση εργασίας</b>         | Δ7.1: Μόνιμος  |

|                         |  |
|-------------------------|--|
|                         | <b>Δ7.2:</b> Συμβασιούχος  |
| <b>Έτη προϋπηρεσίας</b> | <b>Δ8.1:</b> < 5<br><b>Δ8.2:</b> 5-10<br><b>Δ8.3:</b> 11-15<br><b>Δ8.4:</b> 16-20<br><b>Δ8.5:</b> > 20 |

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 6. Θεματικές Ερωτήσεις

| <b>ΜΕΜΕΤΑΒΛΗΤΗ</b>  | <b>ΕΠΕΞΗΓΗΣΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ</b>   |
|---|---|
| Παρέχει βοήθεια ως αντάλλαγμα για τις προσπάθειες των υφισταμένων.    | <b>Θ1.1:</b> Ποτέ<br><b>Θ1.2:</b> Σπάνια<br><b>Θ1.3:</b> Μερικές φορές<br><b>Θ1.4:</b> Αρκετά συχνά<br><b>Θ1.5:</b> Πάντα |
| Δεν επεμβαίνει παρά μόνο εάν τα προβλήματα γίνουν σοβαρά.             | <b>Θ2.1:</b> Ποτέ<br><b>Θ2.2:</b> Σπάνια<br><b>Θ2.3:</b> Μερικές φορές<br><b>Θ2.4:</b> Αρκετά συχνά<br><b>Θ2.5:</b> Πάντα |
| Αποφεύγει να εμπλέκεται όταν ανακύπτουν σημαντικά ζητήματα.           | <b>Θ3.1:</b> Ποτέ<br><b>Θ3.2:</b> Σπάνια<br><b>Θ3.3:</b> Μερικές φορές<br><b>Θ3.4:</b> Αρκετά συχνά<br><b>Θ3.5:</b> Πάντα |
| Επισημαίνει ρητά την σημασία που πρέπει να δίνουμε στην αποστολή μας. | <b>Θ4.1:</b> Ποτέ<br><b>Θ4.2:</b> Σπάνια<br><b>Θ4.3:</b> Μερικές φορές<br><b>Θ4.4:</b> Αρκετά συχνά<br><b>Θ4.5:</b> Πάντα |
| Αναζητεί διαφορετικές οπτικές γωνίες όταν επιλύει προβλήματα.         | <b>Θ5.1:</b> Ποτέ<br><b>Θ5.2:</b> Σπάνια<br><b>Θ5.3:</b> Μερικές φορές<br><b>Θ5.4:</b> Αρκετά συχνά<br><b>Θ5.5:</b> Πάντα |
| Μιλάει με αισιοδοξία για το μέλλον.                                   | <b>Θ6.1:</b> Ποτέ<br><b>Θ6.2:</b> Σπάνια<br><b>Θ6.3:</b> Μερικές φορές<br><b>Θ6.4:</b> Αρκετά συχνά                       |

|   |  |
|---|--|
|   | <b>Θ6.5: Πάντα</b>   |
| Λειτουργεί με τρόπο που κερδίζει το σεβασμό των υφισταμένων.                                    | <b>Θ7.1: Ποτέ</b><br><b>Θ7.2: Σπάνια</b><br><b>Θ7.3: Μερικές φορές</b><br><b>Θ7.4: Αρκετά συχνά</b><br><b>Θ7.5: Πάντα</b>      |
| Είναι απών/απούσα όταν τον/την έχουν ανάγκη.  | <b>Θ8.1: Ποτέ</b><br><b>Θ8.2: Σπάνια</b><br><b>Θ8.3: Μερικές φορές</b><br><b>Θ8.4: Αρκετά συχνά</b><br><b>Θ8.5: Πάντα</b>      |
| Αφιερώνει χρόνο στη διδασκαλία και στην καθοδήγηση. .   | <b>Θ9.1: Ποτέ</b><br><b>Θ9.2: Σπάνια</b><br><b>Θ9.3: Μερικές φορές</b><br><b>Θ9.4: Αρκετά συχνά</b><br><b>Θ9.5: Πάντα</b>      |
| Βάζει το καλό της ομάδας πιο πάνω από το προσωπικό συμφέρον.                                    | <b>Θ10.1: Ποτέ</b><br><b>Θ10.2: Σπάνια</b><br><b>Θ10.3: Μερικές φορές</b><br><b>Θ10.4: Αρκετά συχνά</b><br><b>Θ10.5: Πάντα</b> |
| Περιμένει τα προβλήματα να γίνουν χρόνια πριν αναλάβει δράση.                                   | <b>Θ11.1: Ποτέ</b><br><b>Θ11.2: Σπάνια</b><br><b>Θ11.3: Πάντα</b><br><b>Θ11.4: Αρκετά συχνά</b><br><b>Θ11.5: Πάντα</b>         |
| Επικεντρώνει την πλήρη προσοχή του/της αντιμετωπίζοντας τα λάθη, τα παράπονα και τις αποτυχίες. | <b>Θ12.1: Ποτέ</b><br><b>Θ12.2: Σπάνια</b><br><b>Θ12.3: Μερικές φορές</b><br><b>Θ12.4: Αρκετά συχνά</b><br><b>Θ12.5: Πάντα</b> |
| Σκέφτεται τις ηθικές συνέπειες των αποφάσεων  | <b>Θ13.1: Ποτέ</b><br><b>Θ13.2: Σπάνια</b><br><b>Θ13.3: Μερικές φορές</b><br><b>Θ13.4: Αρκετά συχνά</b><br><b>Θ13.5: Πάντα</b> |
| Παρακολουθεί κάθε λάθος που γίνεται. .  | <b>Θ14.1: Ποτέ</b><br><b>Θ14.2: Σπάνια</b><br><b>Θ14.3: Μερικές φορές</b><br><b>Θ14.4: Αρκετά συχνά</b><br><b>Θ14.5: Πάντα</b> |
| Αποφεύγει να παίρνει αποφάσεις .  | <b>Θ15.1: Ποτέ</b><br><b>Θ15.2: Σπάνια</b><br><b>Θ15.3: Μερικές φορές</b>  |



|  |  |
|--|--|
|  | <b>Θ15.4:</b> Αρκετά συχνά<br><b>Θ15.5:</b> Πάντα  |
| Θεωρεί ότι κάθε εργαζόμενος έχει διαφορετικές ανάγκες, δυνατότητες και φιλοδοξίες από τους άλλους.           | <b>Θ16.1:</b> Ποτέ<br><b>Θ16.2:</b> Σπάνια<br><b>Θ16.3:</b> Μερικές φορές<br><b>Θ16.4:</b> Αρκετά συχνά<br><b>Θ16.5:</b> Πάντα |
| Προτείνει νέους τρόπους για την ολοκλήρωση καθηκόντων προς ανάθεση .   | <b>Θ17.1:</b> Ποτέ<br><b>Θ17.2:</b> Σπάνια<br><b>Θ17.3:</b> Μερικές φορές<br><b>Θ17.4:</b> Αρκετά συχνά<br><b>Θ17.5:</b> Πάντα |
| Καθυστερεί να δώσει λύση σε επείγοντα ζητήματα.  | <b>Θ18.1:</b> Ποτέ<br><b>Θ18.2:</b> Σπάνια<br><b>Θ18.3:</b> Μερικές φορές<br><b>Θ18.4:</b> Αρκετά συχνά<br><b>Θ18.5:</b> Πάντα |
| Εκφράζει ικανοποίηση όταν εκπληρώνονται οι προσδοκίες του/της.   | <b>Θ19.1:</b> Ποτέ<br><b>Θ19.2:</b> Σπάνια<br><b>Θ19.3:</b> Μερικές φορές<br><b>Θ19.4:</b> Αρκετά συχνά<br><b>Θ19.5:</b> Πάντα |
| Αποπνέει εμπιστοσύνη ότι οι στόχοι θα επιτευχθούν.   | <b>Θ20.1:</b> Ποτέ<br><b>Θ20.2:</b> Σπάνια<br><b>Θ20.3:</b> Μερικές φορές<br><b>Θ20.4:</b> Αρκετά συχνά<br><b>Θ20.5:</b> Πάντα |
| Αν οι ηγετικές ικανότητες της Διοίκησης επηρεάζουν την εύρυθμη λειτουργία των μονάδων υγείας (Κ.Υ / Το.Μ.Υ). | <b>Θ21.1:</b> Ποτέ<br><b>Θ21.2:</b> Σπάνια<br><b>Θ21.3:</b> Μερικές φορές<br><b>Θ21.4:</b> Αρκετά συχνά<br><b>Θ21.5:</b> Πάντα |
| Πόσο ικανοποιημένοι είστε από τις ηγετικές ικανότητες του Διευθυντή/ντριας σας.                              | <b>Θ22.1:</b> Ποτέ<br><b>Θ22.2:</b> Σπάνια<br><b>Θ22.3:</b> Μερικές φορές<br><b>Θ22.4:</b> Αρκετά συχνά<br><b>Θ22.5:</b> Πάντα |

Εκτός από τις παραπάνω μεταβλητές που προκύπτουν από την κωδικοποίηση του ερωτηματολογίου, υπάρχει και η μεταβλητή K, που αφορά τα Κ.Υ και Το.Μ.Υ που συμμετείχαν στην έρευνα.

Η μεταβλητή K αποτελείται από 14 στοιχεία (K1 έως και K12) τα οποία αντιστοιχούν στο σύνολο των Κ.Υ που λάβανε μέρος, ενώ 2 στοιχεία (K13 και K14) αντιστοιχούν στο σύνολο των Το.Μ.Υ της 3<sup>ης</sup> και 4<sup>ης</sup> Υ.Πε. (K1,K2,... K14).

#### **4.5 Επεξεργασία δεδομένων ποσοτικής έρευνας**

Μετά το τέλος των συνεντεύξεων τα ερωτηματολόγια αριθμήθηκαν και καταγράφηκαν σε αρχείο excel αφού πρώτα κωδικοποιήθηκαν. Στη συνέχεια καταχωρήθηκαν στο λογισμικό πρόγραμμα MAD (Méthodes d' Analyses des Données), με τη βοήθεια του οποίου, μετασχηματίστηκαν σε επεξεργάσιμα δεδομένα (μετατροπή του αρχικού πίνακα δεδομένων σε λογικό πίνακα και στη συνέχεια σε πίνακα συμπτώσεων (πίνακας Burt), και κατέστησαν επεξεργασμένα με την μέθοδο της παραγοντικής ανάλυσης αντιστοιχιών (MCA), καθώς και με τη μέθοδο της ανιούσας ιεραρχικής ταξινόμησης (CAH).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup> ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζεται η μέθοδος της στατιστικής ανάλυσης, ο έλεγχος αξιοπιστίας και κανονικότητας και τέλος γίνεται ανάλυση των δεδομένων και ερμηνεία των ευρημάτων, καθώς και αναφορά των συμπερασμάτων και των προτάσεων για μελλοντική έρευνα.

Για την επεξεργασία των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκαν η Περιγραφική Στατιστική και η Διερευνητική Ανάλυση δεδομένων. Αρχικά, χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της παραγοντικής ανάλυσης των αντιστοιχιών(MCA) (correspondance analysis) και στη συνέχεια η ταξινόμηση κατά αύξουσα ιεραρχία(C.A.H) (Classification Ascendante Hierarchique).

### **5.1 ΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΙΩΝ (C.A.)**

#### **5.1.1 Εισαγωγή**

Η ανάλυση αντιστοιχιών (Correspondence Analysis) είναι μια στατιστική μέθοδος η οποία διερευνά κατηγορικά δεδομένα. Έχει ως κύριο σκοπό τον «μετασχηματισμό» ενός πίνακα δεδομένων (ο οποίος συνήθως είναι ένας πίνακας συχνοτήτων) σε μια γραφική αναπαράσταση. Έτσι από τον αρχικό πίνακα διαφαίνονται καθαρά οι συσχετισμοί μεταξύ των «κελιών» του αλλά κυρίως ανάμεσα στα «χαρακτηριστικά» από τα οποία είναι δομημένος αυτός ο πίνακας.

Μέσω της μεθόδου αυτής, επιτυγχάνεται η γραφική απεικόνιση ή οπτικοποίηση ενός μεγάλου πίνακα συχνοτήτων με αποτελεσματικό τρόπο, η ευκολότερη μελέτη του, καθώς και η άντληση πληροφοριών απ' αυτόν .

Η CA η οποία θεωρείται κυρίως ως περιγραφική μέθοδος για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ δύο ή περισσότερων μεταβλητών, αναλύει πίνακες δύο ή και περισσότερων διαστάσεων, οι οποίοι ενσωματώνουν κάποιο μέτρο «αντιστοιχίας» μεταξύ γραμμών και στηλών.

- **Η Απλή Παραγοντική Ανάλυση των Αντιστοιχιών**, χρησιμοποιείται όταν υπάρχουν δύο διαστάσεις.

- **Η Πολλαπλή Παραγοντική Ανάλυση των Αντιστοιχιών** χρησιμοποιείται στην περίπτωση περισσότερων των δύο διαστάσεων.

Με αυτό τον τρόπο επιχειρείται τόσο η διερεύνηση της δομής των κατηγορικών μεταβλητών που περιλαμβάνονται στον υπό ανάλυση πίνακα, αποκαλύπτοντας την ύπαρξη ή μη συνάφειας, όσο και η σύνδεση των μεταβλητών και η αλληλοεπίδραση των κλάσεων τους.

Η μέθοδος της Παραγοντικής Ανάλυσης των Αντιστοιχιών εξετάζει τις συσχετίσεις μεταξύ κατηγορικών μεταβλητών αναδεικνύοντας τη σχέση μεταξύ γραμμών και στηλών των δεδομένων. Ειδικότερα, κάθε γραμμή και στήλη των δεδομένων αποτελεί σημείο σε ένα πολυδιάστατο χώρο. Για να μπορούμε όμως να διαχειριστούμε καλύτερα αυτά τα δεδομένα, έτσι ώστε να προσφέρουν περισσότερη και καλύτερη πληροφόρηση, απαιτείται η μεταφορά τους σε ένα χώρο λιγότερων διαστάσεων.

Όταν οι μεταβλητές ενός δείγματος προς διερεύνηση είναι διαφορετικής φύσης, όπως για παράδειγμα αν σε μια ομάδα ανθρώπων μελετάται το επίπεδο σπουδών, το φύλο και η ηλικία τους, τότε για να εφαρμοστεί η Παραγοντική Ανάλυση των Αντιστοιχιών θα πρέπει πρώτα να γίνει ομογενοποίηση των μεταβλητών, η οποία επιτυγχάνεται με την κωδικοποίησή τους σε κλάσεις. Οι κλάσεις κάθε μεταβλητής (ερώτησης) ονομάζονται και ιδιότητες της αντίστοιχης μεταβλητής και κάθε άτομο διακρίνεται από μία και μόνο ιδιότητα για κάθε μεταβλητή. Με αυτόν τον τρόπο σχηματίζονται διαδοχικά διαστήματα, τα οποία δεν αλληλοκαλύπτονται και στα οποία βρίσκεται συγκεκριμένος αριθμός αντικειμένων.

Στη συνέχεια μετατρέπεται ο αρχικός πίνακας δεδομένων σε λογικό πίνακα. Ενώ στους αρχικούς πίνακες τα αντικείμενα χαρακτηρίζονται από τις μεταβλητές, στους λογικούς πίνακες τονίζονται οι ιδιότητες που χαρακτηρίζουν τα αντικείμενα και έχουμε ταυτόχρονα την εμφάνιση ποσοτικών αλλά και ποιοτικών μεταβλητών με τη μορφή των ιδιοτήτων τους.

Οι στήλες των λογικών πινάκων οι οποίες αντιστοιχούν στις ιδιότητες των μεταβλητών, χαρακτηρίζονται από την παρουσία ή όχι της ιδιότητας (με τον αριθμό 1 επισημαίνεται η παρουσία της ιδιότητας ενώ με το 0 η απουσία της). Επίσης το άθροισμα των στοιχείων της κάθε γραμμής παραμένει σταθερό ενώ το άθροισμα των στοιχείων όλων των γραμμών ισούται με το πλήθος των μεταβλητών.

## 5.1.2 Ανάλυση του πίνακα BURT

Οι λογικοί πίνακες συνδυάζονται άμεσα με τους πίνακες συμπτώσεων, όπου υπάρχει διασταύρωση του συνόλου των ιδιοτήτων μεταξύ τους. Εκεί που διασταυρώνονται οι δύο ιδιότητες προκύπτει και ο αριθμός των αντικειμένων τα οποία εμφανίζουν ταυτόχρονα αυτές τις ιδιότητες. Οι πίνακες συμπτώσεων μπορούν να αναδείξουν τις ποιοτικές σχέσεις ανά ζεύγη μεταξύ των μεταβλητών οι οποίες περιγράφουν το φαινόμενο που διερευνάται και επίσης μπορούν να αναδείξουν διαφορές και ομοιότητες ανάμεσα στις κλάσεις μιας μεταβλητής, σε σχέση με τις υπόλοιπες (Παπαδημητρίου, 2001). Στον πίνακα Burt ή γενικευμένο πίνακα συμπτώσεων, έχουμε αντιστοίχιση ανά μία όλων των μεταβλητών στο σύνολο των ιδιοτήτων, τόσο στις γραμμές όσο και στις στήλες του πίνακα. Αυτοί, οι πίνακες είναι συμμετρικοί ως προς την κύρια διαγώνιό τους κι εκεί που διασταυρώνονται οι ίδιες οι μεταβλητές υπάρχουν μόνο μηδενικά, εξαιρουμένης της κύριας διαγώνιου.

Εάν ορίσουμε ως  $k$  τις κλάσεις και  $q$  τις μεταβλητές, τότε ο πίνακας Burt είναι ένας πίνακας συμμετρικός και τετράγωνος, μεγέθους  $k \times q$  όπου διασταυρώνονται μεταξύ τους οι  $k$  συνολικά κλάσεις των  $q$  μεταβλητών.

Έτσι ο πίνακας Burt είναι ο πίνακας όλων των πινάκων συμπτώσεων ανά δύο, όλων των μεταβλητών.

Τα ίδια αποτελέσματα προκύπτουν, με μικρές μόνο διαφορές, από την εφαρμογή της Παραγοντικής Ανάλυσης των Αντιστοιχιών σε λογικό πίνακα, με εκείνα στον αντίστοιχο πίνακα Burt. Πιο συγκεκριμένα στον πίνακα Burt λείπει η πληροφορία σχετικά με τα αντικείμενα της έρευνας, διότι έχουμε διασταύρωση μόνο των ιδιοτήτων των μεταβλητών.

Στην έρευνα μας, μετά την συλλογή των ερωτηματολογίων και την καταγραφή των απαντήσεων σε πρόγραμμα excel, μετατρέψαμε τις ερωτήσεις σε κατηγορικές μεταβλητές, αφού πρώτα έγινε κωδικοποίηση των μεταβλητών (κεφάλαιο 4.4).

Η καταγραφή των δεδομένων από ένα πληθυσμό  $m$  ατόμων ως προς τις  $p$  κατηγορικές μεταβλητές του ερωτηματολογίου δημιουργεί έναν πίνακα  $D$ ,  $m \times p$ , που ονομάζεται πίνακας δεδομένων. Αρχικά, ο πίνακας δεδομένων εισάγεται στο λογισμικό MAD και μετατρέπεται σε μορφή .afc. Στη συνέχεια, μετασχηματίζουμε αυτόν τον πίνακα σε πίνακα 0-1 (ή αλλιώς λογικό πίνακα) και ακολούθως σε πίνακα Burt.

### 5.1.3 Παραγοντικοί άξονες – Δείκτες ερμηνείας των αποτελεσμάτων της A.F.C.

Η βασική ιδέα της μεθόδου είναι η μετατροπή των αποστάσεων ανάμεσα στις κατανομές των γραμμών ή των στηλών και η οποία εκφράζεται με την μετρική  $X^2$ , σε ευκλείδειες αποστάσεις σημείων, από έναν πολυδιάστατο χώρο, σε χώρο λίγων διαστάσεων.

Με την Παραγοντική Ανάλυση των Αντιστοιχιών, ανιχνεύονται οι κύριοι άξονες της αδράνειας, η οποία ισούται με την αδράνεια του νέφους προς την κατεύθυνση του άξονα.

Η αδράνεια ενός αντικειμένου (δεδομένης ότι κάθε φυσικό αντικείμενο έχει ένα κέντρο βάρους), είναι ίση με το άθροισμα των ποσοτήτων  $m \cdot d^2$  του κάθε τμήματος του αντικειμένου, που έχει μάζα  $m$  και απέχει απόσταση  $d$  από το κέντρο βάρους του Έτσι κάθε σημείο γραμμής ή στήλης συνεισφέρει στην ολική αδράνεια του αντίστοιχου νέφους σημείων στο οποίο ανήκει, με τη μάζα του και την απόστασή του από το κέντρο βάρους του (Benzeri, 1992).

Η αδράνεια γεωμετρικά, μπορεί να θεωρηθεί ως ένα μέτρο διασποράς των σημείων – προφίλ στο πολυδιάστατο χώρο στον οποίο ανήκουν και όσο μεγαλύτερη είναι αυτή, τόσο μεγαλύτερη είναι και η διασπορά των σημείων αυτών στο χώρο (Παπαδημητρίου, 2001). Κατά συνέπεια, η αδράνεια ενός παραγοντικού άξονα, θεωρείται το μέτρο διασποράς των σημείων γραμμών ή στηλών, από το κέντρο βάρους τους προς την κατεύθυνση του άξονα. Έτσι ο πρώτος παραγοντικός άξονας είναι η ευθεία προς την κατεύθυνση της οποίας η αδράνεια του νέφους είναι μέγιστη, ενώ ο δεύτερος παραγοντικός άξονας που ακολουθεί είναι η δεύτερη κατά σειρά ευθεία στην οποία η αδράνεια του νέφους είναι μέγιστη και είναι κάθετη στον 1<sup>ο</sup> άξονα (Μάρκος, 2006).

Παρακάτω, θα γίνει περιγραφή των δύο δεικτών που χρησιμοποιούνται για την ερμηνεία της παραγοντικής ανάλυσης των αντιστοιχιών, του δείκτη CTR και του δείκτη COR.

#### **A) Η συνεισφορά ενός σημείου στην κατασκευή του άξονα (CTR)**

Εάν συμβολίσουμε με  $N(I)$  το νέφος των σημείων-προφίλ των γραμμών και με  $N(J)$  το νέφος των σημείων -προφίλ των στηλών, τότε η συνολική αδράνεια κατά μήκος του άξονα  $\alpha$  (ή αλλιώς η αδράνεια που ερμηνεύει ο άξονας  $\alpha$ ), είναι ίση με  $\lambda_\alpha$  και ισούται με

το άθροισμα των αδρανειών όλων των σημείων του νέφους N(I) (ή του νέφους N(J)). Ο λόγος της αδράνειας του σημείου i του νέφους N(I) ως προς την συνολική αδράνεια του άξονα α λέγεται *συνεισφορά του σημείου i* και συμβολίζεται Ctra(i), δηλαδή

$$\mathbf{Ctra(i)} = \mathbf{f}_i \cdot \mathbf{F}^2 \mathbf{a} (i) / \lambda_a$$

Με τον ίδιο τρόπο ορίζεται ο δείκτης συνεισφοράς των σημείων j του νέφους N(J).

Έτσι τα σημεία με τους σχετικά μεγαλύτερους δείκτες CTR, είναι αυτά που συμβάλλουν περισσότερο στην κατασκευή του άξονα α.

Ο δείκτης συνεισφοράς CTR επιτρέπει τον εντοπισμό των σημείων που συνεισφέρουν περισσότερο στην κατασκευή ενός άξονα (στο να λάβει δηλαδή ο άξονας συγκεκριμένη θέση- προσανατολισμό στο χώρο), οπότε στα σημεία αυτά βασίζεται η ενδεχόμενη ερμηνεία του άξονα, η οποία είναι σημαντική για την ερμηνεία του φαινομένου προς μελέτη (Moschidis, 2003).

## **B) Δείκτης ποιότητας προβολής σημείου σε άξονα (COR)**

Ως δείκτη ποιότητας προβολής του σημείου i στον παραγοντικό άξονα α ορίζεται ο λόγος της επιμέρους αδράνειας του σημείου γραμμής (ή στήλης) που προβάλλεται στον άξονα, ως προς τη συνολική αδράνεια του σημείου και συμβολίζεται με CORa(i). Δηλαδή εκφράζει το ποσοστό της αδράνειας που έδωσε από την αδράνειά του το σημείο i στην κατεύθυνση του άξονα α, δείχνοντας πόσο σημαντικό ρόλο έπαιξε το εκάστοτε σημείο στην δημιουργία του άξονα. Με βάση τα παραπάνω μπορούμε να ελέγξουμε για κάθε σημείο ξεχωριστά, σε ποιο παραγοντικό άξονα αποτυπώνεται καλύτερα.

Επιπρόσθετα, η χρήση του COR είναι σημαντική όταν ανιχνεύονται δύο διαφορετικά σημεία με ίδιο CTR. Το στοιχείο με τη μεγαλύτερη τιμή COR, θα είναι αυτό που θα έχει συνεισφέρει περισσότερο στην δημιουργία του συγκεκριμένου άξονα (μεταξύ των δύο σημείων με το ίδιο CTR) και αυτό επιλέγεται. Έτσι ο δείκτης ποιότητας προβολής σημείου μας δείχνει πόσο το κάθε στοιχείο «εκχώρησε από τον εαυτό του» για την δημιουργία του κάθε άξονα (Moschidis, 2003).

Η ανάλυση των παραπάνω δεικτών ,θα βοηθήσει στην κατανόηση του τρόπου με τον οποίο θα επιλεγούν τα σημεία, τα οποία θα διαμορφώσουν και θα ερμηνεύσουν τον κάθε άξονα. Σύμφωνα με τα παραπάνω, για την ερμηνεία των αξόνων θα χρησιμοποιήσουμε τα στοιχεία εκείνα που έχουν υψηλό CTR, και βάση αυτών θα προσπαθήσουμε να αποτυπώσουμε τις κυρίαρχες τάσεις που προκύπτουν από αυτά.

#### 5.1.4 Παραγοντική ανάλυση των δεδομένων

Σύμφωνα με τα παραπάνω, από την ανάλυση του πίνακα Burt με την MCA των δεδομένων της έρευνας μας, μέσω του λογισμικού MAD, εξάγονται τα παρακάτω αριθμητικά αποτελέσματα:

##### Έλεγχος σημαντικότητας.

Ο έλεγχος με το τεστ  $\chi^2$ , έδειξε την ύπαρξη εξάρτησης μεταξύ των ερωτήσεων και των βαθμολογιών με βαθμούς ελευθερίας  $\nu = 22500$  και κριτήριο  $V$  του Cramer = 0,04894. Σε περίπτωση μη εξάρτησης τα αποτελέσματα με την παραγοντική ανάλυση των αντιστοιχιών είναι ελάχιστος στατιστικής σημασίας. Στην περίπτωση μας όμως υπάρχει σημαντική εξάρτηση σε επίπεδο σημαντικότητας  $\alpha = 0,05$ .

ΠΙΝΑΚΑΣ 7. Έλεγχος σε επίπεδο σημαντικότητας  $\alpha = 0,05$

**Τεστ εξάρτησης μεταξύ διαβαθμίσεων I και J**

**ΑΔΡΑΝΕΙΑ = 0,35926**

**ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ  $\nu =$  22500  $\Leftrightarrow$   $\chi^2 =$  128778,14**

**ΕΛΕΓΧΟΣ σε επίπεδο σημαντικότητας  $\alpha = ?$**

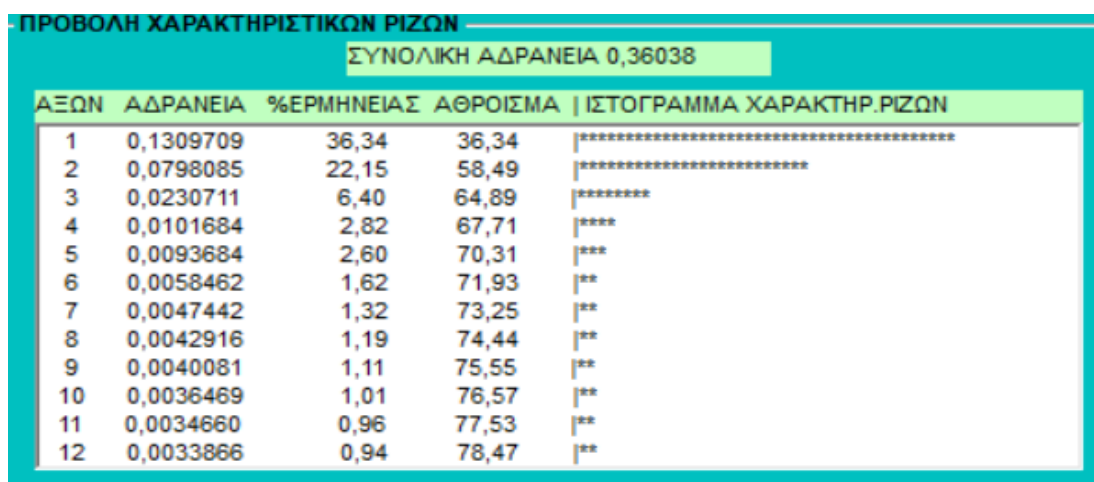
|                                     |                  |                                  |                  |
|-------------------------------------|------------------|----------------------------------|------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | $\alpha = 0.05$  | $\chi^2(\nu, \alpha) =$ 22850,09 | Υπαρξη εξάρτησης |
| <input type="checkbox"/>            | $\alpha = 0.005$ | $\chi^2(\nu, \alpha) =$          |                  |
| <input type="checkbox"/>            | $\alpha = 0.001$ | $\chi^2(\nu, \alpha) =$          |                  |

**Κριτήριο  $V$  του Cramer = 0,04894**



## Ιστόγραμμα χαρακτηριστικών ριζών (ιδιοτιμών)

ΠΙΝΑΚΑΣ 8. Ιστόγραμμα Χαρακτηριστικών Ριζών



Σύμφωνα με το παραπάνω ιστόγραμμα υπάρχουν περισσότεροι από 12 παραγοντικοί άξονες.

Τα ποσοστά ερμηνείας τους είναι τα παρακάτω: 1<sup>ος</sup> άξονας ερμηνεύει το 36,64%, ο 2<sup>ος</sup> το 22,15%, ο 3<sup>ος</sup> το 6,4%, ο 4<sup>ος</sup> το 2,82% κ.ο.κ.

Το ερευνητικό ενδιαφέρον επικεντρώνεται στους 4 πρώτους παραγοντικούς άξονες αλλά κυρίως στον 1<sup>ο</sup> και 2<sup>ο</sup> καθότι βλέπουμε ότι ερμηνεύουν ένα μεγάλο μέρος του δείγματος (και τα δύο συνολικά το 58,49%), ενώ οι επόμενοι παραγοντικοί άξονες ερμηνεύουν μικρότερα ποσοστά που δε μας κινούν το ενδιαφέρον να τα αναλύσουμε.

## Μεταβλητές του δείγματος

Οι μεταβλητές του δείγματος ανέρχονται σε 151, εκ των οποίων οι 41 αφορούν τις δημογραφικές ερωτήσεις και οι 110 τις θεματικές ενώ 14 αφορούν τη μεταβλητή Κ δηλαδή τα Κ.Υ και Το.Μ.Υ που συμμετείχαν στην έρευνα.

Η συνεισφορά του σημείου στην αδράνεια του άξονα (CTR), οι οποία δίνει πληροφορίες για το ποιες κατηγορίες είναι περισσότερο κυρίαρχες στον παραγοντικό άξονα είναι  $1000/151 = 6,62$  δηλαδή περίπου στο 7.

## Ανάλυση 1<sup>ο</sup> Παραγοντικού Άξονα

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι τυπικά ως κύρια σημεία ορίζονται τα σημεία εκείνα με CTR ανώτερο του πηλίκου 1000/πλήθος κατηγοριών (Moschidis, 2006). Με βάση λοιπόν το κρίσιμο σημείο CTR 1000/151  $\approx 7$ , τα κύρια σημεία που προκύπτανε ήταν πολυάριθμα και δεν εξυπηρετούσαν τους ερευνητικούς σκοπούς, οπότε ορίστηκε ως κρίσιμο CTR=12.

Σύμφωνα με το κρίσιμο σημείο CTR, καταγράφονται σε φθίνουσα σειρά οι συντεταγμένες (FA), οι προβολές (COR) και οι συνεισφορές(CTR) των στατιστικών μονάδων στον 1<sup>ο</sup> παραγοντικό άξονα.

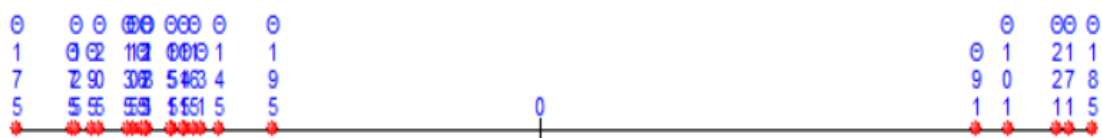
Ταυτόχρονα παρατηρούμε ότι τα σημεία **Θ45**, **Θ175** και **Θ165** έχουν καλύτερη ποιότητα προβολής (683,635,618 αντίστοιχα).

### ΠΙΝΑΚΑΣ 9. 1<sup>ος</sup> Παραγοντικός Άξονας

|             | #F1         | COR        | CTR       |
|-------------|-------------|------------|-----------|
| <b>Θ75</b>  | <b>-759</b> | <b>783</b> | <b>30</b> |
| <b>Θ205</b> | <b>-715</b> | <b>740</b> | <b>27</b> |
| <b>Θ105</b> | <b>-660</b> | <b>823</b> | <b>26</b> |
| <b>Θ81</b>  | <b>-580</b> | <b>817</b> | <b>25</b> |
| <b>Θ181</b> | <b>-636</b> | <b>794</b> | <b>24</b> |
| <b>Θ151</b> | <b>-599</b> | <b>778</b> | <b>24</b> |
| <b>Θ111</b> | <b>-579</b> | <b>784</b> | <b>22</b> |
| <b>Θ125</b> | <b>-752</b> | <b>682</b> | <b>21</b> |
| <b>Θ31</b>  | <b>-551</b> | <b>812</b> | <b>20</b> |
| <b>Θ135</b> | <b>-668</b> | <b>756</b> | <b>20</b> |

|             |             |            |           |
|-------------|-------------|------------|-----------|
| <b>Ø95</b>  | <b>-727</b> | <b>696</b> | <b>20</b> |
| <b>Ø65</b>  | <b>-645</b> | <b>724</b> | <b>19</b> |
| <b>Ø15</b>  | <b>-713</b> | <b>664</b> | <b>19</b> |
| <b>Ø225</b> | <b>-639</b> | <b>671</b> | <b>18</b> |
| <b>Ø45</b>  | <b>-576</b> | <b>683</b> | <b>17</b> |
| <b>Ø171</b> | <b>863</b>  | <b>426</b> | <b>17</b> |
| <b>Ø175</b> | <b>-850</b> | <b>635</b> | <b>16</b> |
| <b>Ø221</b> | <b>841</b>  | <b>451</b> | <b>16</b> |
| <b>Ø91</b>  | <b>712</b>  | <b>486</b> | <b>15</b> |
| <b>Ø165</b> | <b>-561</b> | <b>618</b> | <b>14</b> |
| <b>Ø55</b>  | <b>-595</b> | <b>581</b> | <b>13</b> |
| <b>Ø101</b> | <b>762</b>  | <b>381</b> | <b>13</b> |
| <b>Ø195</b> | <b>-433</b> | <b>578</b> | <b>12</b> |
| <b>Ø145</b> | <b>-521</b> | <b>556</b> | <b>12</b> |
| <b>Ø185</b> | <b>901</b>  | <b>304</b> | <b>12</b> |

Σχήμα 2. Γραφική παράσταση 1<sup>ο</sup> Παραγοντικού Άξονας (#F1 COR 304 CTR 12)



Τα κύρια σημεία συνίστανται σε 25 θεματικά εκατέρωθεν του κέντρου βάρους. γεγονός που αποδίδεται στον ορισμό του κρίσιμου CTR σε υψηλότερο επίπεδο, χάριν απλούστευσης της διαδικασίας. Πιθανόν, αν εφαρμοζόταν  $CTR > 7$ , να καταγράφονταν επιπλέον θεματικά κύρια σημεία (αλλά και δημογραφικά).

Οι κύριες αντιπαρατιθέμενες τάσεις είναι η μεταβλητή **Θ185** (ο Διευθυντής/ντρια, καθυστερεί πάντα να δώσει λύση σε επείγοντα ζητήματα) με την μεταβλητή **Θ175** (προτείνει πάντα νέους τρόπους για την ολοκλήρωση καθηκόντων προς ανάθεση).

**Οι Διευθυντές που καθυστερούν πάντα να δώσουν λύση σε επείγοντα ζητήματα (Θ185):**

- ποτέ δεν αφιερώνουν χρόνο στη διδασκαλία και στη καθοδήγηση των υφισταμένων τους (**Θ91**)
- δεν προτείνουν ποτέ νέους τρόπους για την ολοκλήρωση καθηκόντων προς ανάθεση (**Θ171**)
- ποτέ δεν βάζουν το καλό της ομάδας πάνω από το προσωπικό τους συμφέρον (**Θ101**)
- οι εργαζόμενοι δεν είναι καθόλου ικανοποιημένοι από τις ηγετικές ικανότητες αυτών (**Θ221**).

**Από την άλλη οι Διευθυντές που προτείνουν πάντα νέους τρόπους για την ολοκλήρωση καθηκόντων προς ανάθεση (Θ175):**

- λειτουργούν με τρόπο που κερδίζουν πάντα το σεβασμό των υφισταμένων (**Θ75**)
- αφιερώνουν πάντα χρόνο στη διδασκαλία και στην καθοδήγηση (**Θ95**)
- επικεντρώνουν πάντα την πλήρη προσοχή τους αντιμετωπίζοντας τα λάθη, τα παράπονα και τις αποτυχίες (**Θ125**)

- πάντα αποπνέουν εμπιστοσύνη ότι οι στόχοι θα επιτευχθούν **(Θ205)**
- σκέφτονται πάντα τις ηθικές συνέπειες των αποφάσεων **(Θ135)**
- πάντα βάζουν το καλό της ομάδας πιο πάνω από το προσωπικό συμφέρον **(Θ105)**
- μιλούν πάντα με αισιοδοξία για τον μέλλον **(Θ65)**
- παρέχουν πάντα βοήθεια ως αντάλλαγμα για τις προσπάθειες των υφισταμένων τους, **(Θ15)**
- πάντα επισημαίνουν ρητά τη σημασία που πρέπει να δίνουν στην αποστολή τους **(Θ45)**
- ποτέ δεν είναι απόντες όταν τους χρειάζονται **(Θ81)**
- ποτέ δεν καθυστερούν να δώσουν λύση σε επείγοντα ζητήματα **(Θ181)**
- θεωρούν πάντα ότι κάθε εργαζόμενος έχει διαφορετικές ανάγκες, δυνατότητες και φιλοδοξίες από τους άλλους **(Θ165)**
- παρακολουθούν πάντα κάθε λάθος που γίνεται **(Θ145)**
- ποτέ δεν περιμένουν τα προβλήματα να γίνουν χρόνια πριν αναλάβουν δράση **(Θ111)**
- ποτέ δεν αποφεύγουν να πάρουν αποφάσεις **(Θ151)**
- πάντα αναζητούν διαφορετικές οπτικές γωνίες όταν επιλύουν προβλήματα **(Θ55)**
- ποτέ δεν αποφεύγουν να εμπλέκονται όταν ανακύπτουν σημαντικά ζητήματα **(Θ31)**
- πάντα εκφράζουν ικανοποίηση όταν εκπληρώνονται οι προσδοκίες τους **(Θ195)**
- και τέλος οι εργαζόμενοι είναι πάρα πολύ ικανοποιημένοι από τις ηγετικές ικανότητες των Διευθυντών τους **(Θ225)**.

Επομένως, η *πρώτη κυρίαρχη τάση*, αποτελείται από τα εξής: από την μία βρίσκονται οι **Διευθυντές που καθυστερούν πάντα να δώσουν λύση σε επείγοντα ζητήματα (Θ185)** για τους οποίους οι εργαζόμενοι δεν είναι καθόλου ικανοποιημένοι από τις ηγετικές ικανότητες τους (Θ221) ενώ από την άλλη οι **Διευθυντές που προτείνουν πάντα νέους τρόπους για την ολοκλήρωση καθηκόντων προς ανάθεση (Θ175)** για τους οποίους οι εργαζόμενοι είναι πάρα πολύ ικανοποιημένοι από τις ηγετικές ικανότητες τους (Θ225).

## Ανάλυση 2<sup>ο</sup> Παραγοντικού Άξονα

Με βάση το κρίσιμο σημείο  $CTR\ 1000/151 \approx 7$  τα κύρια σημεία που προέκυπταν ήταν πολυάριθμα και δεν εξυπηρετούσαν τους ερευνητικούς σκοπούς, οπότε ορίστηκε ως κρίσιμο  $CTR=9$ . Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι, τυπικά ως κύρια σημεία ορίζονται τα σημεία αυτά με  $CTR$  ανώτερο του πηλίκου  $1000/\text{πλήθος κατηγοριών}$  (Moschidis, 2006).

Σύμφωνα με το κρίσιμο σημείο  $CTR$ , καταγράφονται σε φθίνουσα σειρά οι συντεταγμένες (FA), οι προβολές (COR) και οι συνεισφορές(CTR) των στατιστικών μονάδων στον 2<sup>ο</sup> παραγοντικό άξονα.

Ταυτόχρονα παρατηρούμε ότι τα σημεία **Θ121**, **Θ185**, **Θ71** και **Θ35** έχουν καλύτερη ποιότητα προβολής (628,596,584,584 αντίστοιχα).

ΠΙΝΑΚΑΣ 10. 2<sup>ος</sup> Παραγοντικός Άξονας

|             | #F2          | COR        | CTR       |
|-------------|--------------|------------|-----------|
| <b>Θ185</b> | <b>-1262</b> | <b>596</b> | <b>39</b> |
| <b>Θ71</b>  | <b>-1159</b> | <b>584</b> | <b>33</b> |
| <b>Θ171</b> | <b>-926</b>  | <b>489</b> | <b>32</b> |
| <b>Θ131</b> | <b>-1076</b> | <b>551</b> | <b>29</b> |
| <b>Θ141</b> | <b>-1074</b> | <b>552</b> | <b>28</b> |
| <b>Θ101</b> | <b>-870</b>  | <b>496</b> | <b>28</b> |
| <b>Θ115</b> | <b>-1054</b> | <b>524</b> | <b>27</b> |
| <b>Θ221</b> | <b>-850</b>  | <b>458</b> | <b>27</b> |
| <b>Θ201</b> | <b>-1031</b> | <b>532</b> | <b>26</b> |
| <b>Θ85</b>  | <b>-953</b>  | <b>570</b> | <b>22</b> |



μέτρια), με την μεταβλητή **Θ185** (ο Διευθυντής/ντρια, καθυστερεί πάντα να δώσει λύση σε επείγοντα ζητήματα).

**Οι Διευθυντές που καθυστερούν μερικές φορές να δώσουν λύση σε επείγοντα ζητήματα (Θ183)**, έχει ως αποτέλεσμα την μέτρια ικανοποίηση των εργαζομένων από τις ηγετικές τους ικανότητες **(Θ223)**.

**Ενώ οι Διευθυντές που καθυστερούν πάντα να δώσουν λύση σε επείγοντα ζητήματα (Θ185):**

- ποτέ δεν επικεντρώνουν την πλήρη προσοχή τους αντιμετωπίζοντας τα λάθη, τα παράπονα και τις αποτυχίες **(Θ121)**
- ποτέ δεν λειτουργούν με τρόπο που κερδίζουν τον σεβασμό των υφισταμένων **(Θ71)**
- πάντα αποφεύγουν να εμπλέκονται όταν ανακύπτουν σημαντικά ζητήματα **(Θ35)**
- ποτέ δεν παρακολουθούν κάθε λάθος που γίνεται **(Θ141)**
- πάντα περιμένουν τα προβλήματα να γίνουν χρόνια πριν αναλάβουν δράση **(Θ115)**
- ποτέ δεν αποπνέουν εμπιστοσύνη ότι οι στόχοι θα επιτευχθούν **(Θ201)**
- ποτέ δεν εκφράζουν ικανοποίηση ότι εκπληρώνονται οι προσδοκίες τους **(Θ191)**
- είναι πάντα απόντες όταν τους χρειάζονται **(Θ85)**
- αποφεύγουν πάντα να πάρουν αποφάσεις **(Θ155)**
- ποτέ δεν προτείνουν νέους τρόπους για την ολοκλήρωση καθηκόντων προς ανάθεση **(Θ171)**
- ποτέ δεν μιλούν με αισιοδοξία για το μέλλον **(Θ61)**
- δεν θεωρούν ποτέ ότι κάθε εργαζόμενος έχει διαφορετικές ανάγκες , δυνατότητες και φιλοδοξίες από τους άλλους **(Θ161)**
- ποτέ δεν βάζουν το καλό της ομάδας πάνω από το προσωπικό συμφέρον **(Θ101)**
- ποτέ δεν αναζητούν διαφορετικές οπτικές γωνίες όταν επιλύουν προβλήματα **(Θ51)**
- δεν αφιερώνουν ποτέ χρόνο στη διδασκαλία και στην καθοδήγηση **(Θ91)**
- ποτέ δεν παρέχουν βοήθεια ως αντάλλαγμα για τις προσπάθειες των υφισταμένων τους **(Θ11)**



- οι υφιστάμενοι τέλος δεν είναι καθόλου ικανοποιημένοι από τις ηγετικές ικανότητες των Διευθυντών τους (**Θ221**)

Επομένως, η *δεύτερη κυρίαρχη τάση* περιλαμβάνει τις απόψεις των εργαζομένων οι οποίοι θεωρούν ότι η ικανοποίησή τους από τις ηγετικές ικανότητες των Διευθυντών τους εξαρτάται από το πόσο καθυστερούν οι δεύτεροι να δώσουν λύση σε επείγοντα προβλήματα. Όταν καθυστερούν μερικές φορές τότε η ικανοποίηση είναι μέτρια, ενώ όταν καθυστερούν πάντα, τότε δεν υπάρχει καθόλου ικανοποίηση από πλευράς των εργαζομένων.

### Ανάλυση 3<sup>ου</sup> Παραγοντικού Άξονα

Με βάση το κρίσιμο σημείο CTR 1000/151  $\approx 7$  τα κύρια σημεία που προέκυψαν ήταν πολυάριθμα και δεν εξυπηρετούσαν τους ερευνητικούς σκοπούς, οπότε ορίστηκε ως κρίσιμο CTR=21.

Σύμφωνα με το κρίσιμο σημείο CTR, καταγράφονται σε φθίνουσα σειρά οι συντεταγμένες (FA), οι προβολές (COR) και οι συνεισφορές(CTR) των στατιστικών μονάδων στον 2<sup>ο</sup> παραγοντικό άξονα.

Ταυτόχρονα παρατηρούμε ότι τα σημεία **Θ74**, **Θ104**, **Θ204** και **Θ224** έχουν καλύτερη ποιότητα προβολής (356, 309, 307, 277 αντίστοιχα).

ΠΙΝΑΚΑΣ 11. 3<sup>ος</sup> Παραγοντικός Άξονας

|             | #F3         | COR        | CTR       |
|-------------|-------------|------------|-----------|
| <b>Θ74</b>  | <b>-295</b> | <b>356</b> | <b>33</b> |
| <b>Θ202</b> | <b>417</b>  | <b>263</b> | <b>30</b> |
| <b>Θ204</b> | <b>-287</b> | <b>307</b> | <b>28</b> |
| <b>Θ104</b> | <b>-286</b> | <b>309</b> | <b>24</b> |
| <b>Θ224</b> | <b>-234</b> | <b>277</b> | <b>22</b> |

|             |            |            |           |
|-------------|------------|------------|-----------|
| <b>Θ122</b> | <b>320</b> | <b>209</b> | <b>22</b> |
| <b>Θ184</b> | <b>312</b> | <b>185</b> | <b>21</b> |

Σχήμα 4. Γραφική παράσταση 3<sup>ου</sup> Παραγοντικού Άξονα  
#F3 COR 185 CTR 21



Τα κύρια σημεία συνίστανται σε 6 θεματικά εκατέρωθεν του κέντρου βάρους. (Αν εφαρμοστεί  $CTR > 7$  καταγράφονται επιπλέον κύρια σημεία.)

Οι κύριες αντιπαρατιθέμενες τάσεις είναι η μεταβλητή **Θ202** (ο Διευθυντής/ντρια σπάνια αποπνέει εμπιστοσύνη ότι οι στόχοι θα επιτευχθούν), με τις μεταβλητές **Θ74** (αρκετά συχνά λειτουργεί με τρόπο που κερδίζει το σεβασμό των υφισταμένων) και **Θ204** (αρκετά συχνά αποπνέει εμπιστοσύνη ότι οι στόχοι θα επιτευχθούν).

**Οι Διευθυντές που σπάνια αποπνέουν εμπιστοσύνη ότι οι στόχοι θα επιτευχθούν (Θ202)**, επικεντρώνουν αρκετά συχνά την πλήρη προσοχή τους αντιμετωπίζοντας τα λάθη, τα παράπονα και τις αποτυχίες των υφισταμένων τους (**Θ124**) και αρκετά συχνά καθυστερούν να δώσουν λύση σε επείγοντα ζητήματα (**Θ184**).

Ενώ εκείνοι οι Διευθυντές που αρκετά συχνά λειτουργούν με τρόπο που κερδίζουν το σεβασμό των υφισταμένων τους (**Θ74**) και αποπνέουν αρκετά συχνά εμπιστοσύνη ότι οι στόχοι θα επιτευχθούν (**Θ204**), βρίσκει τους εργαζόμενους να είναι πολύ ικανοποιημένοι από τις ηγετικές τους ικανότητες (**Θ223**).

#### Ανάλυση 4<sup>ου</sup> Παραγοντικού Άξονα

Η ανάλυση του 4<sup>ου</sup> παραγοντικού άξονα, αν και ερμηνεύει μικρό ποσοστό του δείγματος (μόλις 2.82%), συνίσταται στο γεγονός ότι εμφανίζονται σ' αυτόν πολλά δημογραφικά στοιχεία σε αντίθεση με τους τρεις προηγούμενους, γι' αυτό κρίνεται απαραίτητη η ερμηνεία του.

Με βάση το κρίσιμο σημείο  $CTR\ 1000/151 \approx 7$  τα κύρια σημεία που προκύπτανε ήταν πολυάριθμα και δεν εξυπηρετούσαν τους ερευνητικούς σκοπούς, οπότε ορίστηκε ως κρίσιμο  $CTR=11$ .

Σύμφωνα με το κρίσιμο σημείο CTR, καταγράφονται σε φθίνουσα σειρά οι συντεταγμένες (FA), οι προβολές (COR) και οι συνεισφορές(CTR) των στατιστικών μονάδων στον 4<sup>ο</sup> παραγοντικό άξονα.

Ταυτόχρονα παρατηρούμε ότι τα σημεία **Δ72**, **Δ71**, **Δ85** και **Δ32** έχουν καλύτερη ποιότητα προβολής (312, 312, 271, 237 αντίστοιχα).

**ΠΙΝΑΚΑΣ 12. 4<sup>ος</sup> Παραγοντικός Άξονας**

|             | <b>#F4</b>  | <b>COR</b> | <b>CTR</b> |
|-------------|-------------|------------|------------|
| <b>Δ72</b>  | <b>244</b>  | <b>312</b> | <b>59</b>  |
| <b>Δ85</b>  | <b>-206</b> | <b>271</b> | <b>45</b>  |
| <b>Δ71</b>  | <b>-140</b> | <b>312</b> | <b>36</b>  |
| <b>Δ32</b>  | <b>215</b>  | <b>237</b> | <b>31</b>  |
| <b>Δ22</b>  | <b>223</b>  | <b>205</b> | <b>29</b>  |
| <b>Δ81</b>  | <b>208</b>  | <b>176</b> | <b>29</b>  |
| <b>Θ94</b>  | <b>-193</b> | <b>120</b> | <b>25</b>  |
| <b>K14</b>  | <b>287</b>  | <b>187</b> | <b>24</b>  |
| <b>Θ134</b> | <b>-155</b> | <b>154</b> | <b>23</b>  |
| <b>Δ24</b>  | <b>-153</b> | <b>191</b> | <b>22</b>  |
| <b>Δ43</b>  | <b>228</b>  | <b>166</b> | <b>20</b>  |
| <b>Θ124</b> | <b>-163</b> | <b>122</b> | <b>20</b>  |
| <b>Θ133</b> | <b>157</b>  | <b>103</b> | <b>19</b>  |
| <b>K13</b>  | <b>303</b>  | <b>113</b> | <b>18</b>  |

|             |             |            |           |
|-------------|-------------|------------|-----------|
| <b>Δ82</b>  | <b>177</b>  | <b>110</b> | <b>15</b> |
| <b>Θ113</b> | <b>176</b>  | <b>90</b>  | <b>15</b> |
| <b>Θ43</b>  | <b>139</b>  | <b>88</b>  | <b>15</b> |
| <b>Θ203</b> | <b>140</b>  | <b>73</b>  | <b>15</b> |
| <b>Δ54</b>  | <b>267</b>  | <b>118</b> | <b>14</b> |
| <b>Θ44</b>  | <b>-132</b> | <b>107</b> | <b>13</b> |
| <b>Δ21</b>  | <b>259</b>  | <b>91</b>  | <b>13</b> |
| <b>Θ114</b> | <b>-152</b> | <b>51</b>  | <b>13</b> |
| <b>Δ42</b>  | <b>-115</b> | <b>121</b> | <b>12</b> |
| <b>Θ204</b> | <b>-125</b> | <b>57</b>  | <b>12</b> |
| <b>Θ225</b> | <b>145</b>  | <b>34</b>  | <b>12</b> |
| <b>Δ53</b>  | <b>174</b>  | <b>102</b> | <b>11</b> |
| <b>Θ224</b> | <b>-114</b> | <b>62</b>  | <b>11</b> |

Σχήμα 5. Γραφική παράσταση 4<sup>ο</sup> Παραγοντικού Άξονας #F4 COR 62 CTR 11



Τα κύρια σημεία συνίστανται σε 18 δημογραφικά αλλά και θεματικά εκατέρωθεν του κέντρου βάρους. (Αν εφαρμοστεί  $CTR > 7$  καταγράφονται επιπλέον κύρια σημεία.)

Οι κύριες αντιπαρατιθέμενες τάσεις είναι οι μεταβλητές **K13** και **K14** (οι οποίες αντιστοιχούν στις Το.Μ.Υ των δύο Υ.Πε), με την μεταβλητή **Δ85** (πάνω από 20 έτη

προϋπηρεσίας) και **Θ94** (ο Διευθυντής/ντρια, αρκετά συχνά αφιερώνει χρόνο στη διδασκαλία και στην καθοδήγηση).

**Στις δομές υγείας K13 και K14, οι εργαζόμενοι:**

- είναι σχετικά νέοι με ηλικίες μεταξύ 30-39 χρονών (**Δ21**)
- είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών με συνάφεια στη Διοίκηση (**Δ54**)
- είναι άγαμοι (**Δ32**)
- ανήκουν στο Διοικητικό προσωπικό (**Δ43**)
- και είναι συμβασιούχοι (**Δ72**).

Επίσης θεωρούν ότι οι Διευθυντές τους:

- μερικές φορές περιμένουν να γίνουν τα προβλήματα χρόνια πριν αναλάβουν δράση (**Θ113**)
- σκέφτονται τις ηθικές συνέπειες των αποφάσεων μερικές φορές (**Θ133**)
- και ότι μόνο μερικές φορές αποπνέουν εμπιστοσύνη ότι οι στόχοι θα επιτευχθούν (**Θ203**).

**Από την άλλη οι εργαζόμενοι που έχουν πάνω από 20 χρόνια προϋπηρεσίας (Θ85):**

- είναι μόνιμοι υπάλληλοι (**Δ71**)
- θεωρούν ότι οι Διευθυντές τους επικεντρώνουν την πλήρη προσοχή τους αντιμετωπίζοντας τα λάθη, τα παράπονα και τις αποτυχίες αρκετά συχνά (**Θ124**)
- σκέφτονται αρκετά συχνά τις ηθικές συνέπειες των αποφάσεων (**Θ134**)
- αφιερώνουν χρόνο στη διδασκαλία και στην καθοδήγηση αρκετά συχνά (**Θ94**)
- επισημαίνουν αρκετά συχνά την σημασία που πρέπει να δίνουν στην αποστολή τους (**Θ44**)
- και τέλος είναι πολύ ικανοποιημένοι από τις ηγετικές ικανότητες των Διευθυντών τους (**Θ224**).

Στην ανοιχτή ερώτηση 23 «Μπορείτε να γράψετε και κάποιες σκέψεις ή παρατηρήσεις σας γύρω από την ηγεσία λ.χ πως θα έπρεπε να είναι ή να προσθέσετε ότι εσείς κρίνετε απαραίτητο», ελάχιστες απαντήσεις δόθηκαν. Η πλειοψηφία απάντησε πως δεν γνώριζε.

### 5.1.5 Πίνακας διπλής εισόδου Burt

Την μέθοδο παραγοντικής ανάλυσης των αντιστοιχιών μπορούμε να την εφαρμόσουμε σε ειδικούς πίνακες συμπτώσεων που προτάθηκαν από τον Μοσχίδη Ο. (Μοσχίδης, 2006) και ονομάστηκαν πίνακες συγκριτικής αξιολόγησης.

Οι πίνακες αυτοί είναι πίνακες διπλής εισόδου και είναι κατάλληλοι πίνακες για τη συγκέντρωση και παρουσίαση δεδομένων που αφορούν δυο μεταβλητές. Προσφέρονται ιδανικά για τη συγκριτική αξιολόγηση των απόψεων δύο ή περισσότερων ομάδων.

#### Ανάλυση: Κέντρα Υγείας και Ικανοποίηση στο σύνολο των ερωτώμενων

Με σκοπό να μελετήσουμε το βαθμό ικανοποίησης των εργαζομένων των Κ.Υ/Το.Μ.Υ του νομού Θεσσαλονίκης, από τις ηγετικές ικανότητες των Διευθυντών τους, στο σύνολο των ερωτώμενων, δημιουργήσαμε ένα πίνακα συμπτώσεων με γραμμές τα Κ.Υ (Κ1, Κ2, ..., Κ14) και στις στήλες τους βαθμούς ικανοποίησης Θ221, Θ222, ..., Θ225, για αυτές. Ακολουθεί ο εν λόγω πίνακας συμπτώσεων:

ΠΙΝΑΚΑΣ 13. Πίνακας συμπτώσεων

|     | Θ221 | Θ222 | Θ223 | Θ224 | Θ225 |
|-----|------|------|------|------|------|
| K1  | 4    | 5    | 7    | 7    | 5    |
| K2  | 0    | 0    | 12   | 15   | 9    |
| K3  | 6    | 3    | 3    | 7    | 9    |
| K4  | 6    | 2    | 8    | 16   | 6    |
| K5  | 0    | 4    | 6    | 11   | 9    |
| K6  | 3    | 2    | 9    | 1    | 6    |
| K7  | 1    | 3    | 7    | 3    | 1    |
| K8  | 2    | 1    | 9    | 3    | 1    |
| K9  | 1    | 3    | 5    | 4    | 1    |
| K10 | 5    | 4    | 4    | 5    | 4    |
| K11 | 1    | 0    | 6    | 4    | 6    |
| K12 | 6    | 8    | 9    | 18   | 6    |
| K13 | 1    | 4    | 7    | 9    | 3    |
| K14 | 3    | 1    | 16   | 7    | 10   |

ΠΙΝΑΚΑΣ 14 Δείκτες έλξης και άπωσης, Κ.Υ-Ικανοποίηση

|     | Θ221   | Θ222   | Θ223   | Θ224   | Θ225   |
|-----|--------|--------|--------|--------|--------|
| K1  | 1,3663 | 1,6651 | 0,8634 | 0,8477 | 0,8764 |
| K2  | 0      | 0      | 1,1512 | 1,4128 | 1,2269 |
| K3  | 2,0494 | 0,9991 | 0,37   | 0,8477 | 1,5775 |
| K4  | 1,5101 | 0,4907 | 0,727  | 1,4277 | 0,7749 |
| K5  | 0      | 1,2433 | 0,6907 | 1,2433 | 1,4723 |
| K6  | 1,3663 | 0,888  | 1,4801 | 0,1614 | 1,4022 |
| K7  | 0,6376 | 1,8649 | 1,6117 | 0,6781 | 0,3271 |
| K8  | 1,1955 | 0,5828 | 1,9427 | 0,6357 | 0,3067 |
| K9  | 0,6831 | 1,9982 | 1,2334 | 0,9688 | 0,3505 |
| K10 | 2,1736 | 1,6954 | 0,6279 | 0,7706 | 0,8923 |
| K11 | 0,5625 | 0      | 1,2189 | 0,7978 | 1,7321 |
| K12 | 1,2209 | 1,5872 | 0,6613 | 1,2986 | 0,6265 |
| K13 | 0,3985 | 1,5541 | 1,0073 | 1,2715 | 0,6134 |
| K14 | 0,7754 | 0,252  | 1,4934 | 0,6415 | 1,3264 |

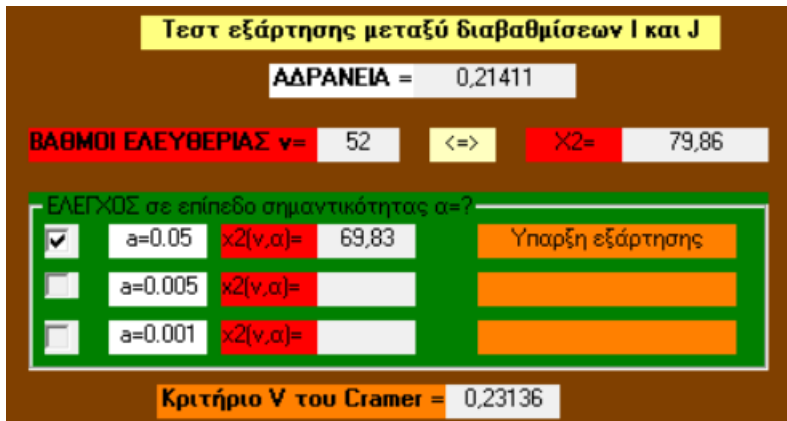
Για τη σημασία των αριθμών των κελιών του πίνακα αναφέρουμε για παράδειγμα ότι ο αριθμός 1,4128 στο κελί (2,4) δείχνει την συνολική βαθμολόγηση (Θ224) όλων των ερωτηθέντων στον βαθμό ικανοποίησης 4 για την υποδομή K2 (Μοσχίδης Ο. 2003).

ΠΙΝΑΚΑΣ 15 Συμβολή κελιών και περιθωριακών γραμμών στο  $\chi^2$ , Κ.Υ-Ικανοποίηση

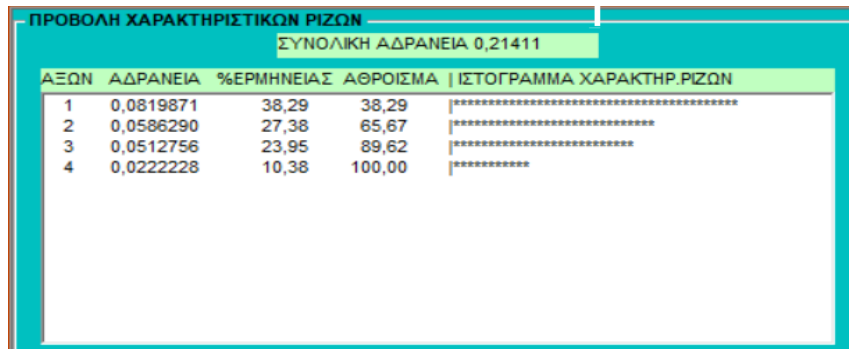
| ΕΝΔ | Θ221 | Θ222 | Θ223 | Θ224 | Θ225 | ΑΒΡΟΙΣΜΑ |
|-----|------|------|------|------|------|----------|
| K1  | 0,39 | 1,33 | 0,15 | 0,19 | 0,09 | 2,15     |
| K2  | 3,76 | 3,86 | 0,24 | 1,81 | 0,38 | 10,05    |
| K3  | 3,22 | 0,00 | 3,22 | 0,19 | 1,90 | 8,54     |
| K4  | 1,03 | 1,06 | 0,82 | 2,05 | 0,39 | 5,35     |
| K5  | 3,14 | 0,19 | 0,83 | 0,52 | 1,36 | 6,05     |
| K6  | 0,29 | 0,03 | 1,40 | 4,35 | 0,69 | 6,77     |
| K7  | 0,21 | 1,20 | 1,63 | 0,46 | 1,38 | 4,88     |
| K8  | 0,06 | 0,30 | 4,12 | 0,63 | 1,57 | 6,67     |
| K9  | 0,15 | 1,50 | 0,22 | 0,00 | 1,20 | 3,07     |
| K10 | 3,17 | 1,14 | 0,88 | 0,34 | 0,05 | 5,58     |
| K11 | 0,34 | 1,82 | 0,24 | 0,20 | 1,86 | 4,46     |
| K12 | 0,24 | 1,74 | 1,56 | 1,24 | 1,34 | 6,11     |

Πριν πραγματοποιήσουμε την παραγοντική ανάλυση στον παραπάνω πίνακα εξετάσαμε με το τεστ  $\chi^2$  αν υπάρχει εξάρτηση μεταξύ των ερωτήσεων και των βαθμολογιών. Σε περίπτωση μη εξάρτησης τα αποτελέσματα με την παραγοντική ανάλυση των αντιστοιχιών είναι ελάσσονος στατιστικής σημασίας. Στην περίπτωση μας όμως υπάρχει σημαντική εξάρτηση σε επίπεδο σημαντικότητας  $\alpha = 0,05$ .

ΠΙΝΑΚΑΣ 16. Έλεγχος σε επίπεδο σημαντικότητας  $\alpha=0,05$  Κ.Υ-Ικανοποίηση,



ΠΙΝΑΚΑΣ. 17. Ιστόγραμμα χαρακτηριστικών ριζών (ιδιοτιμών) Κ.Υ-Ικανοποίηση



Ο πρώτος παραγοντικός άξονας ερμηνεύει το 38,29%, ο δεύτερος το 27,38% ο τρίτος το 23,95% και ο τέταρτος παραγοντικός άξονας το 10,38%.

Οι δύο πρώτοι άξονες ερμηνεύουν το 66% περίπου του φαινομένου προς διερεύνηση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 18. Πίνακας συντεταγμένων, COR και CTR των υποδομών Κ1, ,Κ14 (FA):

|     | #F1  | COR | CTR | #F2  | COR | CTR | #F3  | COR | CTR | #F4  | COR | CTR |
|-----|------|-----|-----|------|-----|-----|------|-----|-----|------|-----|-----|
| K1  | 223  | 651 | 45  | -141 | 257 | 25  | -10  | 1   | 0   | 82   | 89  | 23  |
| K2  | -373 | 497 | 162 | 352  | 445 | 203 | 104  | 39  | 20  | -71  | 17  | 21  |
| K3  | 261  | 223 | 62  | 59   | 11  | 4   | -482 | 761 | 339 | 31   | 3   | 3   |
| K4  | 136  | 131 | 22  | 187  | 248 | 60  | -47  | 15  | 4   | -292 | 603 | 386 |
| K5  | -42  | 8   | 1   | 329  | 538 | 148 | 55   | 15  | 4   | 297  | 437 | 317 |
| K6  | -255 | 200 | 44  | -419 | 543 | 167 | -260 | 209 | 73  | 121  | 46  | 37  |
| K7  | -26  | 2   | 0   | -404 | 500 | 110 | 391  | 470 | 119 | 93   | 27  | 15  |
| K8  | -293 | 204 | 43  | -459 | 503 | 150 | 214  | 110 | 37  | -275 | 181 | 142 |
| K9  | 151  | 104 | 10  | -211 | 201 | 27  | 378  | 653 | 103 | 94   | 40  | 14  |
| K10 | 412  | 669 | 120 | -204 | 163 | 41  | -206 | 165 | 47  | -9   | 0   | 0   |



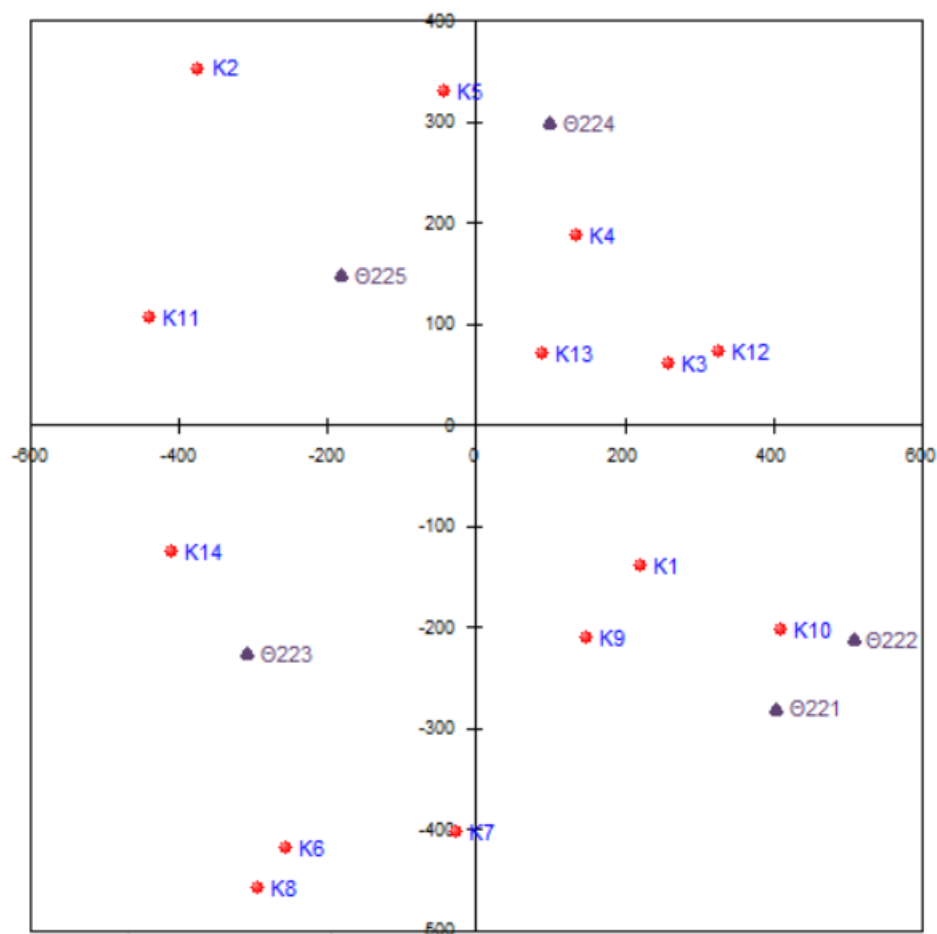
ΠΙΝΑΚΑΣ 19. Πίνακας συντεταγμένων, COR και CTR των διαβαθμίσεων (GA):

|      | #G1  | COR | CTR | #G2  | COR | CTR | #G3  | COR | CTR | #G4  | COR | CTR |
|------|------|-----|-----|------|-----|-----|------|-----|-----|------|-----|-----|
| θ221 | 404  | 373 | 207 | -282 | 180 | 140 | -376 | 320 | 285 | -235 | 124 | 256 |
| θ222 | 508  | 602 | 337 | -213 | 105 | 82  | 221  | 114 | 102 | 276  | 178 | 368 |
| θ223 | -309 | 572 | 334 | -227 | 309 | 253 | 133  | 108 | 101 | -40  | 9   | 19  |
| θ224 | 99   | 77  | 35  | 298  | 702 | 445 | 139  | 153 | 111 | -92  | 65  | 110 |
| θ225 | -182 | 181 | 81  | 147  | 119 | 75  | -317 | 552 | 395 | 162  | 145 | 241 |

#### Πρώτο παραγοντικό επίπεδο:

Με βάση τα δεδομένα των δύο προηγούμενων πινάκων (μελέτη της συμβολής των σημείων γραμμών και στηλών στη δημιουργία του πρώτου και δεύτερου παραγοντικού άξονα καθώς και συντεταγμένων) αποτυπώνεται η ανάλυση για το πρώτο παραγοντικό επίπεδο στο παρακάτω διάγραμμα:

Σχήμα 6. Ανάλυση πρώτου παραγοντικού επιπέδου



**Στα Κ.Υ η ικανοποίηση των εργαζομένων σε σχέση με ηγετικές ικανότητες των Διευθυντών τους, έχει ως εξής:**

- **K1, K9 και K10** οι εργαζόμενοι δεν είναι καθόλου ικανοποιημένοι (**Θ221**) ή είναι λίγο ικανοποιημένοι (**Θ222**)
- **K6, K7 K8 και K14** μέτρια ικανοποιημένοι (**Θ223**)
- **K3, K4, K12 και K13** πολύ ικανοποιημένοι (**Θ224**)
- **K2, K5, K11** πάρα πολύ ικανοποιημένοι (**Θ225**)

## **5.2 ΑΝΙΟΥΣΑ ΙΕΡΑΡΧΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ (CAH)**

### **5.2.1 Εισαγωγή**

Με την ταξινόμηση (ή ομαδοποίηση), επιχειρείται η δημιουργία ομάδων, από το σύνολο των στατιστικών μονάδων ενός πληθυσμού (των  $n$  σημείων του νέφους των γραμμών), οι οποίες θα διαμερίζουν το αρχικό σύνολο σημείων σ' ένα μικρότερο πλήθος ομοιογενών ομάδων/κλάσεων ως προς την συμπεριφορά ορισμένων μεταβλητών. Η κάθε ομάδα ή τάξη ή κόμβος χαρακτηρίζεται κυρίως από ίδιες τιμές στις μεταβλητές (ιδιότητες-χαρακτηριστικά), δηλαδή δημιουργείται από εκείνα τα σημεία που γειτνιάζουν περισσότερο μεταξύ τους και διακρίνεται από τις υπόλοιπες ομάδες.

Κάθε διαμελισμός του συνόλου των στατιστικών μονάδων (δηλαδή η δημιουργία υποσυνόλων ξένων μεταξύ τους, τα οποία προέρχονται από τη συνένωση κάθε φορά δύο μόνο κλάσεων) οδηγεί σε μια ταξινόμησή του. Με αυτόν τον τρόπο διαμελίζουμε το αρχικό σύνολο των  $n$  στατιστικών μονάδων σε δύο ή τρεις, ή περισσότερες ομάδες. Όταν προκύπτει μικρός αριθμός ομάδων από την ταξινόμηση, τότε αυτό έχει ως αποτέλεσμα την μικρή ομοιογένειά τους καθώς και τη μικρή διακριτότητα τους. Ενώ ταξινομήσεις με μεγάλο πλήθος ομάδων δίνουν και καλύτερη ομοιογένεια και καθαρότερη διακριτότητα.

Για τη δυνατότητα συνενώσεων και τη δημιουργία των ομάδων, χρειαζόμαστε μια μετρική απόστασης των σημείων αντικειμένων, τα οποία εν γένει έχουν μάζα, μια

μετρική για την απόσταση σημείου από ομάδα και μια μετρική για την απόσταση δύο ομάδων ή ένα κριτήριο συνένωσης ομάδων.

Ενώ για την συνένωση δύο ομάδων με τη μέθοδο C.A.H, στηρίζομαστε στο γενικευμένο κριτήριο του Ward και για την καλύτερη κατανόηση θα πρέπει να αναλυθεί η εσωταξική και διαταξική αδράνεια των αντικειμένων (σημείων).

### 5.2.2. Εσωταξική και Διαταξική Αδράνεια

Έστω  $I_0$  η ολική αδράνεια των  $n$  αντικειμένων (σημείων) ως προς το κέντρο βάρους τους  $g$ . Θεωρούμε μια ομαδοποίηση των  $n$  αντικειμένων σε  $s$  ομάδες  $G_1, G_2, \dots, G_s$ . Η κάθε ομάδα  $G_i$  έχει κέντρο βάρους  $g_i$  με μάζα  $m_i$  το άθροισμα των μαζών των αντικειμένων της.

**Διαταξική αδράνεια ( $I_\Delta$ )** ονομάζεται η αδράνεια των κέντρων βαρών των ομάδων ως προς το κέντρο βάρους  $g$  και συμβολίζεται και δεδομένου ότι το κέντρο βάρους των κέντρων βαρών είναι το  $g$ , η διαταξική αδράνεια μετρά την απόκλιση των κέντρων των ομάδων από το  $g$ . *Όσο μεγαλύτερη είναι συνεπώς η διαταξική αδράνεια, τόσο περισσότερο διακριτές είναι οι ομάδες.*

**Εσωταξική αδράνεια ( $I_E$ )** λέγεται το άθροισμα των εσωτερικών αδρανειών των ομάδων και *όσο μικρότερη είναι, τόσο περισσότερο συμπαγής είναι η ομάδα.*

(Σε κάθε ομάδα  $G_i$  υπολογίζεται η εσωτερική αδράνεια, δηλαδή η αδράνεια των σημείων της ως προς το κέντρο βάρους της  $g_i$ , η οποία μετρά την απόκλιση των σημείων της από το κέντρο βάρους της).

Σύμφωνα με το θεώρημα Huygens σε κάθε ομαδοποίηση ισχύει:

$$I_{0l} = I_\Delta + I_E$$

Δηλαδή σε κάθε ομαδοποίηση το άθροισμα διαταξικής και εσωταξικής αδράνειας παραμένει σταθερό· αυτό που αλλάζει είναι το ποσοστό της διαταξικής και εσωταξικής αδράνειας.

### 5.2.3. Κριτήριο συνένωσης ομάδων- Κριτήριο Ward

Το γενικευμένο κριτήριο WARD ή αλλιώς κριτήριο συνένωσης δύο ομάδων ορίζει ότι: κατά την μετάβαση από την  $s$  ομαδοποίηση στην  $s-1$  ομαδοποίηση, συνενώνονται εκείνες οι δύο ομάδες έτσι ώστε η αύξηση της εσωταξικής αδράνειας να είναι ελάχιστη.

Κατά τον μετασχηματισμό από μια ομαδοποίηση  $s$  ομάδων στην επόμενη ομαδοποίηση  $s-1$  ομάδων, δύο ομάδες ενώνονται μεταξύ τους σε μια, ενώ οι  $s-2$  ομάδες παραμένουν αναλλοίωτες. Η μόνη αλλαγή που προκύπτει από την μια ομαδοποίηση στην άλλη, είναι τα ποσοστά της εσωταξικής και διαταξικής αδράνειας αφού σύμφωνα με το θεώρημα Huygens, το άθροισμα τους είναι σταθερό.

Έτσι κατά το πέρασμα από  $s$  ομάδες σε  $s-1$  ομάδες, αυξάνει η εσωταξική αδράνεια και κατά συνέπεια ισόποσα ελαττώνεται η διαταξική αδράνεια, περιορίζοντας με αυτό τον τρόπο το πλήθος των ομάδων, οι οποίες γίνονται λιγότερο συμπαγείς και λιγότερο διακριτές.

Η ομαδοποίηση της ιεράρχησης σταματάει στο σημείο εκείνο στο οποίο οι ομάδες είναι συμπαγείς και διακριτές και αντανakλούν όσο το δυνατόν καλύτερα στην πραγματικότητα. Αυτό επιτυγχάνεται (κατά την μετάβαση από την ομαδοποίησης  $s$  στην ομαδοποίηση  $s-1$ ) με τον προσδιορισμό εκείνου του σημείου στο οποίο παρατηρούμε μεγάλη αύξηση της εσωταξικής αδράνειας, σε σχέση με τις υπόλοιπες αυξήσεις. Έτσι στο σημείο αυτό αναμένουμε μια ικανοποιητική, όχι όμως ιδανική, ταξινόμηση ενώ επιδιώκουμε συνήθως να επέλθει ισορροπία ανάμεσα στα εξής δύο: του πλήθους των ομάδων από την μια και της συνεκτικότητας και διακριτότητάς τους από την άλλη.

Παρόλα ταύτα στην πράξη η τομή του δενδρογράμματος γίνεται με υποκειμενικά κριτήρια (Moschidis, 2015).

## 5.2.4 Επεξεργασία δεδομένων με την μέθοδο της ταξινόμησης κατά αύξουσα ιεραρχία

Παρακάτω, χρησιμοποιώντας τη μέθοδο C.A.H. θα επιχειρήσουμε να ταξινομήσουμε τις μεταβλητές μας σε ομάδες, δηλαδή να ομαδοποιήσουμε τα δεδομένα μας και στην συνέχεια να αναλύσουμε τις μεταβλητές με την μεγαλύτερη σημαντικότητα, οι οποίες χαρακτηρίζουν κάθε ομάδα.

Η εφαρμογή της μεθόδου C.A.H γίνεται άμεσα στον Λογικό πίνακα των δεδομένων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 20. Ο πίνακας των κόμβων της C.A.H. και η ερμηνεία των παραμέτρων του

| Κόμβος | A(I) | B(I) | Βάρος   | $\delta$ | $I\delta$ | $I\epsilon$ | $\bar{\mu}$ |
|--------|------|------|---------|----------|-----------|-------------|-------------|
| 728    | 725  | 714  | 0,126   | 0,02527  | 2,82723   | 1,04373     | 0,26963     |
| 729    | 710  | 701  | 0,08847 | 0,02597  | 2,8532    | 1,01776     | 0,26292     |
| 730    | 645  | 646  | 0,04557 | 0,02615  | 2,87935   | 0,99161     | 0,25616     |
| 731    | 580  | 684  | 0,04825 | 0,02632  | 2,90567   | 0,96529     | 0,24936     |
| 732    | 723  | 730  | 0,15817 | 0,02683  | 2,9325    | 0,93846     | 0,24243     |
| 733    | 717  | 707  | 0,05093 | 0,02725  | 2,95975   | 0,91121     | 0,23539     |
| 734    | 732  | 715  | 0,18229 | 0,02841  | 2,98816   | 0,8828      | 0,22805     |
| 735    | 724  | 722  | 0,1823  | 0,02871  | 3,01687   | 0,85409     | 0,22064     |
| 736    | 728  | 731  | 0,17425 | 0,02997  | 3,04684   | 0,82412     | 0,21289     |
| 737    | 721  | 726  | 0,15549 | 0,03174  | 3,07858   | 0,79238     | 0,2047      |
| 738    | 727  | 733  | 0,06701 | 0,03847  | 3,11705   | 0,75391     | 0,19476     |
| 739    | 736  | 737  | 0,32974 | 0,04111  | 3,15816   | 0,7128      | 0,18414     |
| 740    | 735  | 734  | 0,36459 | 0,04327  | 3,20143   | 0,66953     | 0,17296     |
| 741    | 718  | 738  | 0,09918 | 0,05277  | 3,2542    | 0,61676     | 0,15933     |
| 742    | 740  | 729  | 0,45306 | 0,06531  | 3,31951   | 0,55145     | 0,14245     |
| 743    | 712  | 739  | 0,4477  | 0,10994  | 3,42945   | 0,44151     | 0,11405     |
| 744    | 742  | 741  | 0,55224 | 0,19651  | 3,62596   | 0,245       | 0,06329     |
| 745    | 743  | 744  | 1       | 0,24503  | 3,87099   | 0           | 0           |

Η αύξηση του δείκτη  $\delta$  (εσωταξική αδράνεια) είναι σχετικά απότομη από τον κόμβο 743 στον κόμβο 744, οπότε η ταξινόμηση διακόπτεται ανάμεσα στους κόμβους αυτούς.

Για το λόγο αυτό, το δενδρόγραμμα τέμνεται μεταξύ των κόμβων 743 και 744.

Η πρώτη στήλη του παραπάνω πίνακα μας δείχνει την ιεραρχική διάταξη των κόμβων ενώ στη συνέχεια, η δεύτερη και η τρίτη στήλη διαβασμένες κατά την ίδια γραμμή, μας δίνουν τους δύο κόμβους που συνενώθηκαν έτσι ώστε να δημιουργηθεί ο κόμβος που βρίσκεται στην ίδια γραμμή.

Η τέταρτη στήλη, αποτυπώνει το βάρος του κόμβου ποσοστιαία, δηλαδή το ποσοστό του πλήθους των ατόμων που περιλαμβάνει ο εκάστοτε κόμβος. Η πέμπτη στήλη ( $\delta$ )

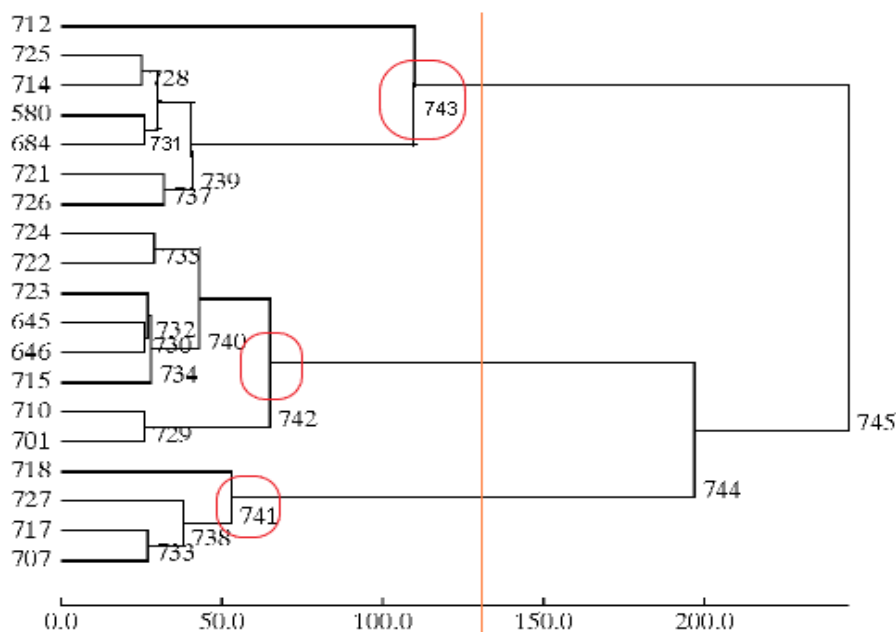
δίνει την αύξηση της εσωταξικής αδράνειας στη δημιουργία του νέου κόμβου (ή τη μείωση της διαταξικής).

Η έκτη και η έβδομη, δίνουν αντίστοιχα την εσωταξική και διαταξική αδράνεια της ομαδοποίησης που αντιστοιχεί στο κόμβο της ίδιας γραμμής, ενώ τέλος, η όγδοη στήλη δίνει το συντελεστή μείωσης της διαταξικής αδράνειας, του οποίου απότομη μείωση, οδηγεί γενικά σε ικανοποιητική ομαδοποίηση.

## Αποτελέσματα

Σύμφωνα, με το κριτήριο WARD (το οποίο περιεγράφηκε παραπάνω), διαπιστώνουμε ότι η αύξηση του δείκτη  $\delta$  (εσωτερική αδράνεια) από τον κόμβο 743 στον κόμβο 744 είναι *σχετικά απότομη*, και έτσι το δενδρόγραμμα τέμνεται μεταξύ αυτών των δύο κόμβων. Χρησιμοποιώντας, στην συνέχεια το δενδρόγραμμα που μας δίνει το πρόγραμμα μπορούμε να εντοπίσουμε τις ομάδες που δημιουργούνται. Οι ομάδες που τελικά προκύπτουν είναι οι **741**, **742** και **743**, οι οποίες κατατάσσονται κατά φθίνουσα σειρά βάρους ως εξής: **1<sup>η</sup>** : Ομάδα 742 (45,5%), **2<sup>η</sup>** : Ομάδα 743 (44,5%) και **3<sup>η</sup>** Ομάδα 741 (10%).

Σχήμα 7. Δενδρόγραμμα



Η πρώτη ομάδα **742**, προήλθε από την συνένωση των κόμβων 740 και 729 και περιλαμβάνει το 45,5% του πλήθους των ατόμων. Η δεύτερη ομάδα **743**, με την σειρά

της, προήλθε από την συνένωση των κόμβων 712 και 739 και αποτελείται από το 44,5% των ατόμων. Ενώ τέλος, η τρίτη ομάδα **741** που προήλθε από αυτή την ιεράρχηση αποτελείται από τους κόμβους 718 και 738 και εκφράζει το 10% των ατόμων.

### Περιγραφή των στατιστικώς σημαντικότερων μεταβλητών όλων των κλάσεων

Στη συνέχεια, προχωρούμε στην καταγραφή των στατιστικώς σημαντικότερων μεταβλητών όλων των κλάσεων (επίπεδο  $\alpha=0,05$ ), όπου για κάθε ομάδα επιλέχθηκαν οι 3-5 μεταβλητές με την υψηλότερη τιμή.

ΠΙΝΑΚΑΣ 21. Στατιστικώς σημαντικότερες μεταβλητές όλων των κλάσεων

|            | Δ62   | Δ85    | Θ71    | Θ75    | Θ83    | Θ105   | Θ171   | Θ172   | Θ185   | Θ203   | Θ221   | Θ223   |
|------------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| <b>741</b> |       | 8,8098 | 40,428 |        |        |        | 41,837 |        | 41,296 |        | 42,151 |        |
| <b>742</b> |       |        |        |        | 8,3383 |        |        | 8,1245 |        | 9,0605 |        | 8,1156 |
| <b>743</b> | 3,807 |        |        | 10,727 |        | 10,360 |        |        |        |        |        |        |

### Ερμηνεία των ομάδων και συμπεράσματα

Για την ομάδα **741**, επιλέχθηκαν οι μεταβλητές με δείκτη  $>40$ , καθώς οι δείκτες των μεταβλητών της ομάδας αυτής κυμαίνονται σε υψηλά επίπεδα και συνεπώς, δίνουν αποτελέσματα υψηλής ερμηνευτικής αξίας. Επιπλέον επιλέχθηκε για την ομάδα 741 και 743 η δημογραφική μεταβλητή που εμφανίζει τους μεγαλύτερους δείκτες, για λόγους σφαιρικότερης ερμηνείας των αποτελεσμάτων.

Λαμβάνοντας υπόψη τον προηγούμενο πίνακα, για τα άτομα της κάθε ομάδας προκύπτουν τα εξής:

**ΟΜΑΔΑ 741: Κατά κύριο λόγο**, οι υπάλληλοι θεωρούν ότι ο Διευθυντής τους λειτουργεί με τρόπο που ΠΟΤΕ δεν κερδίζει το σεβασμό τους (Θ71), ΠΟΤΕ δεν προτείνει νέους τρόπους για την ολοκλήρωση καθηκόντων προς ανάθεση (Θ171), ΠΑΝΤΑ καθυστερεί να δώσει λύση σε επείγοντα ζητήματα (Θ185) και δεν είναι ΚΑΘΟΛΟΥ ικανοποιημένοι από τις ηγετικές του ικανότητες (Θ221). **Σχετικά συνηθέστερα**, είναι εργαζόμενοι με πάνω από 20 χρόνια προϋπηρεσίας (Δ85).

**ΟΜΑΔΑ 742: Κατά κύριο λόγο** θεωρούν ότι ο Διευθυντής τους ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ είναι απών όταν τον έχουν ανάγκη (Θ83). ΣΠΑΝΙΑ προτείνει νέους τρόπους για την ολοκλήρωση καθηκόντων προς ανάθεση (Θ172), ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ αποπνέει εμπιστοσύνη ότι οι στόχοι θα επιτευχθούν (Θ203) και είναι ΜΕΤΡΙΑ ικανοποιημένοι από τις ηγετικές του ικανότητες (Θ223).

**ΟΜΑΔΑ 743: Κατά κύριο λόγο** ο Διευθυντής ΠΑΝΤΑ λειτουργεί με τρόπο που κερδίζει το σεβασμό των υφισταμένων (Θ75), και ΠΑΝΤΑ βάζει το καλό της ομάδας πάνω από το προσωπικό του συμφέρον (Θ105). **Σχετικά συνηθέστερα** τα άτομα αυτά είναι Διευθυντές (Δ62).

### 5.3.Αποτελέσματα έρευνας

Βασικό εύρημα της μελέτης είναι ότι οι εργαζομένων των Κ.Υ /Το.Μ.Υ δίνουν μεγάλη βαρύτητα στην **άμεση λήψη αποφάσεων** από πλευράς των Διευθυντών τους, για την επίλυση επειγόντων ζητημάτων και η ικανοποίησή τους, ως προς τις ηγετικές ικανότητες των Διευθυντών τους, είναι ανάλογη με αυτή τη συμπεριφορά. Δηλαδή εάν οι Διευθυντές καθυστερούν μερικές φορές, να δώσουν λύση σε επείγοντα ζητήματα η ικανοποίηση είναι μέτρια, ενώ όταν καθυστερούν πάντα να δώσουν λύση σε επείγοντα ζητήματα, οι εργαζόμενοι δεν είναι καθόλου ικανοποιημένοι από τις ηγετικές ικανότητες αυτών.

Ένα δεύτερο στοιχείο που αναδεικνύεται αφορά **την καινοτομία από πλευράς των Διευθυντών για εύρεση νέων τρόπων για την ολοκλήρωση καθηκόντων προς ανάθεση**. Αυτοί οι Διευθυντές συγκεντρώνουν τα χαρακτηριστικά της μετασχηματιστικής ηγεσίας, αφού βάζουν πάντα το καλό της ομάδας πάνω από το προσωπικό τους συμφέρον, θεωρούν ότι κάθε εργαζόμενος είναι διαφορετικός, αφιερώνουν χρόνο στη διδασκαλία και στην καθοδήγηση, κερδίζουν το σεβασμό των υφισταμένων τους, ποτέ δεν καθυστερούν να δώσουν λύση σε επείγοντα ζητήματα αναζητώντας διαφορετικές οπτικές γωνίες, ενώ οι εργαζόμενοι είναι ικανοποιημένοι από τις ηγετικές ικανότητες τους.

Το τρίτο στοιχείο που προκύπτει, αφορά το **προφίλ των εργαζομένων** στις παραπάνω δομές υγείας. Στις Το.Μ.Υ, οι εργαζόμενοι είναι άγαμοι, με ηλικίες που κυμαίνονται μεταξύ 30 και 39 έτη, με μη μόνιμη σχέση εργασίας, ανήκουν στο



Διοικητικό προσωπικό και είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού με συνάφεια στο αντικείμενο της διοίκησης.

Το φύλο, το επάγγελμα καθώς και το μορφωτικό επίπεδο, φάνηκαν να μην επηρεάζουν τα αποτελέσματα της έρευνας.

Επιπλέον από την ταξινόμηση που έγινε, προέκυψε ότι οι εργαζόμενοι ομαδοποιούνται σε τρεις μεγάλες ομάδες, η καθεμία από τις οποίες προσδιορίζονται από συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. Η πρώτη ομάδα, που εκφράζει το 10% των εργαζομένων, αποτελείται κυρίως από άτομα με πάνω από 20 έτη προϋπηρεσίας τα οποία δεν είναι καθόλου ικανοποιημένα από τις ηγετικές του ικανότητες των Διευθυντών τους. Στην δεύτερη ομάδα, που αποτελεί το 45,5% του πλήθους των ατόμων, συγκεντρώνονται οι εργαζόμενοι οι οποίοι είναι μέτρια ικανοποιημένοι από τις ηγετικές ικανότητες των Διευθυντών τους. Ενώ τα άτομα της τρίτης ομάδας, με ποσοστό 44,5% είναι κυρίως Διευθυντές οι οποίοι βάζουν το καλό της ομάδας πιο πάνω από το προσωπικό τους συμφέρον και θεωρούν ότι λειτουργούν με τρόπο που κερδίζουν το σεβασμό των υφισταμένων.

Επίσης η **ικανοποίηση των εργαζομένων ανά Κ.Υ** σε σχέση με ηγετικές ικανότητες των Διευθυντών τους, έχει ως εξής:

- **K1, K9 και K10** καθόλου ικανοποιημένοι **(Θ221)** ή λίγο ικανοποιημένοι **(Θ222)**
- **K6, K7, K8 και K14** μέτρια ικανοποιημένοι **(Θ223)**
- **K3, K4, K12 και K13** πολύ ικανοποιημένοι **(Θ224)**
- **K2, K5, K11** πάρα πολύ ικανοποιημένοι **(Θ225)**

Τέλος τα συμπεράσματα της έρευνας μπορούν να αξιολογηθούν και να χρησιμοποιηθούν από τις αρμόδιες υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας ή των οικείων Υ.Πε, για διοικητικές και οργανωσιακές αλλαγές οι οποίες αφορούν την Διοίκηση των μονάδων υγείας της Π.Φ.Υ, την επιλογή προσώπων κατάλληλα εκπαιδευμένων, για τις αντίστοιχες διευθυντικές θέσεις (RCGP, 2020) και τον προσανατολισμό προς υιοθέτηση εκείνων των χαρακτηριστικών ηγεσίας, που θα ικανοποιούν τις ανάγκες των υπαλλήλων, έτσι ώστε να επιτευχθεί η εύρυθμη λειτουργία της δομής στην οποία εργάζονται, με απώτερο σκοπό την βέλτιστη παροχή υπηρεσιών και την καλύτερη απόδοση του φορέα.

Ωστόσο η περαιτέρω διερεύνηση των μορφών ηγεσίας καθώς και τα σύγχρονα στυλ ηγεσίας που εφαρμόζονται στις πιο πάνω δομές θα μπορούσε να αποτελέσει αντικείμενο για μελλοντική έρευνα.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αδαμακίδου, Θ., & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α. (2008). Το Οργανωτικό Πλαίσιο Της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας Στην Ελλάδα. *Νοσηλευτική*, 47(3), 320–333.
- Αλεξιάδου, Σ., Αλεξιάδου, Ε., & Χαμαλίδου, Α. (2005). Η ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΘΕΣΜΟΥ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ. *ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ*, 106–110.
- Βραχάτης, Δ. Α., & Παπαδόπουλος, Ά. (2012). Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα : Δεδομένα και Προοπτικές. *Νοσηλευτική*, 51(1), 10–17.
- Γιανασμίδης, Α., & Τσιαούση, Μ. (2012). Διαχρονική Μελέτη Του Θεσμικού Πλαισίου Της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας Στην Ελλάδα (1980 – 2008) Και Η Εμπειρία Του Βρετανικού Και Του Σουηδικού Μοντέλου. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(1), 106–115.
- Δικαίος Κ, Χλέτσος Μ. Πολιτική υγείας/Κοινωνική πολιτική: ενδογενείς και εξωγενείς παράγοντες. Στο: Δικαίος Κ, Χλέτσος Μ (Επιμ.) Υπηρεσίες υγείας/Νοσοκομείο ιδιοτυπίες και προκλήσεις, Πολιτική υγείας/Κοινωνική πολιτική. Πάτρα, ΕΑΠ, ΔΜΥ51, Τόμος Β, 1999:233–260.
- Δικαίος Κ., Κουτουζής Μ., Πολύζος Ν., Σιγάλας Ι., και Χλέτσος Μ. Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα 1999.
- Δούγαλη, Ε. (2017). *Στυλ Ηγεσίας και Επαγγελματική Ικανοποίηση Εκπαιδευτικών: Μια ποσοτική διερεύνηση των απόψεων των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης*. Τμήμα Εκπαίδευσης και Κοινωνικής Πολιτικής. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.
- Έλληνας, Δ. (2007). Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Το Κλειδί Για Να Μετατραπεί Το Εσυ Από Σύστημα Ασθενείας, Σε Σύστημα Υγείας. *Ιατρικά Θέματα*, 1.Θ(48), 17–23.
- Ι. Θανασάς, Μ. Χαραλάμπους. Βασικές αρχές διοίκησης των σύγχρονων δημοσίων νοσοκομείων στην Ελλάδα. *Επιστημονικά Χρονικά* 2016;21(2): 158-170
- Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ, Σούλης Σ. Συστήματα υγείας και ελληνική πραγματικότητα. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2001

- Ιωαννίδης Ε, Μάντης Π. Υγεία και περίθαλψη. Στο: Ιωαννίδης Ε, Λοπατατζίδης Α, Μάντης Π (Επιμ.) Υπηρεσίες υγείας/Νοσοκομείο ιδιοτυπίες και προκλήσεις, Υγεία: οριοθετήσεις και προοπτικές. Πάτρα, ΕΑΠ, ΔΜΥ51, Τόμος 1999:15–58
- Κάντας Α. (1998). Οργανωτική-Βιομηχανική Ψυχολογία. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κοντογιαννάτου, Γ. (2018) ‘Έρευνες μικτών μεθόδων: Η λογική του σχεδιασμού και οι προϋποθέσεις εφαρμογής τους’, 83–108. *Academia*, 12.
- Κουτούζης, Μ. (1999). Γενικές αρχές μάνατζμεντ. Τουριστική νομοθεσία και οργάνωση εργοδοτικών και συλλογικών φορέων, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα
- Λιαρόπουλος, Α. (2007), Οργάνωση Υπηρεσιών & Συστημάτων Υγείας, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα.
- Λ.Κ.Ν. (2009). Λεξικό της Κοινής Νεοελληνικής. Θεσσαλονίκη: Ινστιτούτο Νεοελληνικών Σπουδών. Ίδρυμα Μανόλη Τριανταφυλλίδη.
- Μάρκος, Α (2006), Βοήθεια στην Ερμηνεία των Αποτελεσμάτων της Παραγοντικής Ανάλυσης των Αντιστοιχιών & Αλγορίθμων Κατασκευής και Ανάλυσης Ειδικών Πινάκων Εισόδου. Διδακτορική Διατριβή. Τμήμα Εφαρμοσμένης Πληροφορικής, Θεσσαλονίκη: Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.
- Μπουραντάς, Δ. (2002). Μάνατζμεντ Θεωρητικό Υπόβαθρο Σύγχρονες Πρακτικές. Αθήνα: Μπένου.
- Μπουραντάς, Δ. (2005). Ηγεσία: Ο δρόμος της διαρκούς επιτυχίας. Αθήνα: Κριτική.
- Μπουραντάς, Δ. (2015). Εισαγωγή στη διοίκηση επιχειρήσεων. Αθήνα: Μπένου.
- Νόμος Υπ’Αριθμ.1397 /1983 Εθνικό Σύστημα Υγείας . (1983). *Εφημερίδα Της Κυβερνήσεως, ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩ(ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΥΛΛΟΥ 143)*.
- Νόμος Υπ’Αριθμ. 2071/1992 Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας. (1992). *Εφημερίδα της κυβερνήσεως, ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩ(ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΥΛΛΟΥ 123)*, 2349–2396.
- Νόμος Υπ’Αριθμ. 2519/1997 Ανάπτυξη Και Εκσυγχρονισμός Του Συστήματος Υγείας Και Οργάνωση Των Υγειονομικών Υπηρεσιών, Ρυθμίσεις Για Το Φάρμακο Και Άλλες Διατάξεις. *Εφημερίδα Της Κυβερνήσεως*
- Νόμος Υπ’Αριθμ. 3235/ 2004. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. (2004). *Εφημερίδα Της Κυβερνήσεως, ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩ(ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΥΛΛΟΥ 53)*.
- Νόμος Υπ’Αριθμ. 4486/2017-Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις *Εφημερίδα Της Κυβερνήσεως*.
- Εύδης, Γ. (2014). Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα στην Ελλάδα. *Αξιολόγηση από τους*

- λειτουργούς της. Πανεπιστήμιο Πειραιώς.
- Παπαδημητρίου, Γ. (2001). Περιγραφική Στατιστική. Εκδόσεις Παρατηρητής. Θεσσαλονίκη.
- Παπαδοπούλου, Ο. (2012), Διοίκηση Συγκρούσεων, Επικοινωνία, Μοντέλα Ηγεσίας και λήψη Αποφάσεων. Διπλωματική Εργασία. Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων, , MBA, Πάτρα: Πανεπιστήμιο Πατρών.
- Σουλιώτης Κ, Θηραϊός Ε, Καϊτελίδου Δ, Παπαδακάκη Μ, Τσαντίλας Π, Τσιρώνη Μ, και συν. Βασικά σημεία πρότασης για τη μεταρρύθμιση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ). Επιστημονική Επιτροπή για την Υποστήριξη της Μεταρρύθμισης της ΠΦΥ. Αθήνα, 2013.
- Σουλιώτης, Κ. (2014). Η ενδυνάμωση και η διεύρυνση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ως τεκμηριωμένη επιλογή δημόσιας υγείας σε συνθήκες περιορισμένων πόρων Η περίπτωση της εξάρτησης από οπιοειδή. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 31(1), 7–12.
- Σωτηροπούλου, Α. (2016), Ο ρόλος της Διοίκησης και της Ηγεσίας στη διαμόρφωση του εργασιακού περιβάλλοντος στο Δημόσιο Νοσοκομείο: Η περίπτωση του Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου. Διπλωματική Εργασία. Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, ΠΜΣ Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας, Κόρινθος: Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου.
- Τούντας, Γ. (2003). Συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας δέκα αναπτυγμένων χωρών. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 20(1), 76–87.
- Φίλιος, Β. (1987). Μάνατζμεντ και παραγωγικότητα, Εκδόσεις Ελληνικό Κέντρο Παραγωγικότητας
- Χολέβας, Γ. (1991). Οργάνωση και διοίκηση επιχειρήσεων. Θεωρία και πράξη management, Εκδόσεις Μπίλιας, Αθήνα

## ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Amanchukwu, R. N., Stanley, G. J., & Ololube, N. P. (2015). A Review of Leadership Theories, Principles and Styles and Their Relevance to Educational Management. *Management* 2015, 5(1): 6-14 DOI: 10.5923/j.mm.20150501.02
- Antonakakis, 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 (3), 261-295.

- Apuke, O.D. (2017). Quantitative research methods a synopsis approach. *Arabian J Bus Manag Review (Kuwait Chapter)* 2017, 6 (10) DOI: 10.12816/0040336
- Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador (ARNNL). (2013). Registered nurse roles in long term care
- Atun, R. A., & Programme, H. M. (2004). What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? *Health (San Francisco)*, January.
- Avolio, B. J., & Bass, B. M. (2004). MLQ: Multifactor leadership questionnaire. Mind Garden.
- Babbie, E. (2011). *Εισαγωγή στην Κοινωνική Έρευνα, Μετάφραση-Επιμέλεια Ζαφειρόπουλος, Κ. Αθήνα. ΚΡΙΤΙΚΗ.*
- Baker R. (2000) Reforming primary care in England – again: Plans for improving the quality of care. *Scand J Prim Health Care*.18, 72–4.
- Barbuto, John E. (2005). Motivation and transactional, charismatic and transformational leadership: A test of antecedents. *Journal of Leadership and Organizational Studies*, 11(4), 26-40. <https://doi.org/10.1177/107179190501100403>
- Bass, B. M. (1998). The ethics of transformational leadership. *Ethics, the heart of leadership*, 169-192.
- Bass, B. M., & Avolio, B. J. (1993). Transformational leadership and organizational culture. *Public administration quarterly*, 112-121.
- Bass, B. M., & Avolio, B. J. (1995). *The Multifactor Leadership Questionnaire*. Palo Alto, CA: Mind Garden.
- Bass, B. M., & Riggio, R. E. (1998). *The Transformational Model of Leadership*. Στο G. Robinson-Hickman , *Leading Organizations: Perspectives for a New Era*, Los Angeles: SAGE.
- Bennis, W., & Nanus, B. (1985). *The strategies for taking charge. Leaders*, New York: Harper. Row.
- Benzeri, J. P. (1992). *Correspondence Analysis Handbook*. New York: Marcel Decker, Inc.
- Boerma, W., Saltman, R. B., & Rico, A. (2006). *Primary care in the driver ' s seat? Organizational reform in European primary care. European Observatory on Health Care Systems. October 2015.*
- Burns, J. M. (1978). *leadership*. NY
- Cohen, W. A. (1990). *The art of a leader*. Englewood Cliffs, New Jersey: Jossey-Bass.
- Conger, J. A., & Kanungo, R. N. (1987). *Toward a Behavioral Theory of Charismatic*

- Leadership in Organizational Settings. *Academy of Management. The Academy of Management Review*, 12(4), pp. 637- 647.
- Crossan, M. M., Byrne, A., Seijts, G. H., Reno, M., Monzani, L., & Gandz, J. (2017). Toward a Framework of Leader Character in Organizations. *Journal of Management Studies*, 54(7), pp. 986-1018.
- Fry, L. W., & Matherly, L. L. (2006). *Spiritual Leadership and Organizational Performance : An Exploratory Study Tarleton State University-Central Texas*
- Goleman, D. (2000). Leadership that gets results. *Harvard Business Review*. (March-April). pp. 78-92
- Gill, R. (2006) *Theory and Practice of Leadership*. London: Sage Publications
- Greenleaf, R. K. (1977). *Servant leadership*.
- Gronn, P. (2004). Distribution of leadership. In G.R. Goethals, G.J. Sorenson, & J.MacGregor Burns, editors. *Encyclopedia of Leadership, volume 1*. Thousand Oakw, CA: Sage
- Hana ,J.,& Rudebeck, C.E. (2011). Leadership in rural medicine: the organization on thin ice? *Scand J Prim Health Care*.;29 (2),122–128
- Hazy, J. K., & Backström, T. (2014). Essential reins for guiding complex organizations. Στο M. Grace , & G. B. Graen (Επιμ.), *Millennial Spring: Designing the Future of Organizations* (σσ. 123-146). Charlotte: Information Age Publishing.
- Hughes, T. G. (2005). Identification of leadership style of enrollment management professionals in post secondary institutions in the southern United States (Doctoral dissertation).
- Hughes, R. L., Ginnet, R. C., & Curphy, G. J. (1995). Power, influence, and influence tactics. Στο J. T. Wren (Επιμ.), *The leader's companion: Insights on Leadership Through the Ages* (pp. 377-378). New York: The Free Press
- Huibers, L., Giesen, P., Wensing, M., & Grol, R. (2009). Out-of-hours care in western countries: Assessment of different organizational models. *BMC Health Services Research*, 9, 1–8. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-105>
- Hutchinson, A., & Saltman, R. B. (2015). Building primary care in a changing Europe Edited by. In *The European Observatory on Health Systems and Policies*. <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2016/jan/international-profiles-health-care-systems-2015>
- Kane, G. (2018). Leadership Theories. In L. J. Burton, G. M. Kane, & J. F. Borland (Eds.), *Sport Leadership in the 21st century* (2nd ed., pp. 1-19). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.

- Kanji, G. K., & Moura E Sá, P. (2001). Kanji's business scorecard. *Total Quality Management*, 12(7-8), 898-905.
- Korkmaz, M. (2004). The relationship between organizational health and robust school vision in elementary schools. *Educational Research Quarterly Journal*.
- Kotter JP. (1990). *Force for change: how leadership differs from management*. New York (NY): Free Press.
- Kotter, J. P. (2008). *Force for change: How leadership differs from management*. Simon and Schuster.
- Ktenas, E. (2017). *Οι επενδύσεις στον υγειονομική τομέα στην Ελλάδα 1970-2000. January 1992*.
- Montana, P. J. (1933). *Μάνατζμεντ* Αθήνα: Κλειδάριθμος, 2001
- Montana PJ & Charnov BH. *Μάνατζμεντ*. Κλειδάριθμος, Αθήνα 2004.
- Moschidis, O. (2003). Contribution to comparative survey of multidimensional scales with the methods of multivariate analysis.
- Moschidis, O. (2006). Proposal of comparative evaluation with the correspondence analysis : Comparative evaluation of degree of satisfaction of patients and doctors. «SPOUDAI», Vol. 56, No 3, (2006), pp. 95-113.
- Moschidis O., (2015) «Unified coding of qualitative and quantitative variables and their analysis with ascendant hierarchical classification», *International Journal of Data Analysis Techniques and Strategies*, Volume 7, Issue 2, (pp.114-128).
- Menon, M. E. (2011). *Leadership theory and educational outcomes: The case of distributed and transformational leadership*. Unpublished). University of Cyprus, Nicosia, Cyprus. Retrieved from [http://www. icsei. net/icsei2011/Full%20Papers/0125. pdf](http://www.icsei.net/icsei2011/Full%20Papers/0125.pdf)
- Malkiel, B. G. (2003). Passive investment strategies and efficient markets. *European Financial Management*, 9(1), 1-10.
- McCleskey, J. A. (2014). Situational, Transformational, and Transactional Leadership and Leadership Development. *Journal of Business Studies Quarterly*, 5(4), 117-130
- National Directorate for Health and Social Affairs. (2005) “...and it's going to get better!” – National strategy for Quality Improvement in Health and Social Services (2005–2015) Oslo: Directorate for Health and Social Affairs.
- Nicholson II, W. D. (2007). Leading where it counts: An investigation of the leadership styles and behaviors that define college and university presidents as successful fundraisers. *International Journal of Educational Advancement*, 7 (4), 256-270.
- Northouse, P. G. (2016). *Leadership: Theory and Practice* (7 ed.). Los Angeles: Sage.

- Olesen F, Dickinson J, & Hjortdahl P. (2000). General practice-time for a new definition. *BMJ*. 320(7231), 354–7
- Pascoe, S. W., Neal, R. D., & Allgar, V. L. (2004). *Open-access versus bookable appointment systems: survey of patients attending appointments with general practitioners*. *May*, 367–369.
- Petrelis, M., & Domeyer, P.-R. (2016). Primary health care in Greece and in Western Europe during the years of economic crisis. *Rostrum of Asclepius*, 15(4), 366–380. <https://doi.org/10.5281/zenodo.159055>
- Spehar, I., Sjøvik, H., et al (2017). General practitioners' views on leadership roles and challenges in primary health care: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2017 VOL. 35, NO. 1, 105–110 <http://dx.doi.org/10.1080/02813432.2017.1288819>
- Stogdill, R. M. (1950). Leadership, membership and organization. *Psychological Bulletin*, 47(1), 1-14.
- Shirey, B. M. R., & Shirey, F. (2020). *A l c h w e n p*. 15(3).
- Sotiriadou, K., Malliarou, M., & Sarafis, P. (2011). Primary health care in Greece. *Interscientific Health Care*, 3(4), 140–148.
- Tudor Hart, J. (1971). the Inverse Care Law. *The Lancet*, 297(7696), 405–412. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(71\)92410-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(71)92410-X).
- Van den Berg, P. T., & Wilderom, C. P. (2004). Defining, measuring, and comparing organisational cultures. *Applied Psychology*, 53 (4), 570-582.
- Van Wart, M. (2014). Dynamics of leadership in public service: Theory and practice
- Wenzl, M.; M. . (2016). *2015 International Profiles of Health Care Systems*. <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2016/jan/international-profiles-health-care-systems-2015>
- Wren, T. J. (Επιμ.). (2013). *The Leader's Companion: Insights on Leadership Through the Ages*. New York: The Free Press.
- World Health Organization, & UNICEF. (1978). Primary health care: a joint report by the director-general of the WHO and the executive director of the UN children's fund. *International Conference on Primary Health Care*, 80. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39225/1/9241541288\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39225/1/9241541288_eng.pdf?ua=1)
- Xiaoxia, P., & Jing, W. (2006). Transformational Leadership VS: Transactional Leadership. The Influence of Gender and Culture on Leadership Styles of SMEs in China and Sweden.
- Yukl, G. (1999). An evaluation of conceptual weaknesses in transformational and



- charismatic leadership theories. *The leadership quarterly*, 10(2), 285-305.
- Yukl, G. (2010). *Leadership and organizations* (7<sup>th</sup> ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Zaleznik, A.(1981). Managers and Leaders: Are They Different? *Journal of Nursing Administration*, 11(7), pp.25-31.

## ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

- Naftemporiki.. (2020). Το νέο Εθνικό Σύστημα Υγείας αλλάζει κατά τα σύγχρονα νοσολογικά πρότυπα. [Online] Available from: <https://www.naftemporiki.gr/afieromata/story/1620134/to-neo-ethniko-sustima-ygeias-allazei-kata-ta-sugxrona-nosologika-protupa> [Accessed: 17th July 2020].
- Royal College of General Practitioners. [Online] Available from: <https://www.rcgp.org.uk/training-exams/discover-general-practice/leadership-and-management.aspx>

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΗΓΕΣΙΑΣ

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο διενεργείται στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού προγράμματος στη Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας του τμήματος Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων του Πανεπιστημίου Μακεδονίας και αφορά την εκπόνηση της διπλωματικής μου εργασίας.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι **ανώνυμη και εμπιστευτική**. Δεν διαρκεί περισσότερο από 5-7 λεπτά και οι απαντήσεις σας θα χρησιμοποιηθούν **αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς**. Σας παρακαλώ να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις **με μία μόνο απάντηση**. Για οποιαδήποτε απορία μη διστάσετε να επικοινωνήσετε μαζί μου. Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για την συμμετοχή και τον χρόνο σας.

Με εκτίμηση

Σαραφίδου Πηνελόπη  
Μεταπτυχιακή φοιτήτρια

6974066037 e-mail: [sarafidoup@gmail.com](mailto:sarafidoup@gmail.com)

### **A. ΜΕΡΟΣ: ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

#### **1. Φύλο**

- Άνδρας
- Γυναίκα

#### **2. Ηλικία**

- 20-29
- 30-39
- 40-49
- 50-59
- 60 και άνω

#### **3. Οικογενειακή κατάσταση**

Έγγαμος/η

Άγαμος/η

#### **4.Επάγγελμα**

Ιατρός

Νοσηλευτικό προσωπικό

Διοικητικό προσωπικό

Παραϊατρικό προσωπικό

#### **5. Μορφωτικό επίπεδο**

Απολυτήριο Δημοτικού /Γυμνασίου /Λυκείου

Πρώην ΤΕΙ - ΑΕΙ

Κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου

Κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου με συνάφεια στο αντικείμενο της διοίκησης

Κάτοχος Διδακτορικού Διπλώματος

#### **6. Θέση εργασίας**

Υπάλληλος

Διευθυντής /ντρια

#### **7. Σχέση εργασίας**

Μόνιμος Υπάλληλος

Συμβασιούχος

#### **8. Έτη προϋπηρεσίας**

<5

- 5-10
- 11-15
- 16-20
- >20

## **B. ΜΕΡΟΣ: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΗΓΕΣΙΑ ΣΤΙΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Παρακαλώ κυκλώστε **μόνο έναν αριθμό**, αυτόν που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα και ο οποίος περιγράφει πόσο συχνά, (στο Κέντρο Υγείας/ Το.Μ.Υ στο οποίο εργάζεστε ως υπάλληλος), εκδηλώνονται οι συμπεριφορές που περιγράφονται στο ερωτηματολόγιο από την πλευρά της Διοίκησης του κέντρου.

**Προσοχή:** εάν είστε συντονιστές Διευθυντές/ντριες μπορείτε να απαντήσετε εάν εσείς οι ίδιοι εφαρμόζετε τις ανάλογες συμπεριφορές που περιγράφονται παρακάτω.

|   | <u>Ο Διευθυντής/η Διευθύντρια μου....</u>                             | Ποτέ | Σπάνια | Μερικές φορές | Αρκετά Συχνά | Πάντα |
|---|---|------|--------|---------------|--------------|-------|
| 1 | Παρέχει βοήθεια ως αντάλλαγμα για τις προσπάθειες των υφισταμένων.    | 1    | 2      | 3             | 4            | 5     |
| 2 | Δεν επεμβαίνει παρά μόνο εάν τα προβλήματα γίνουν σοβαρά.             | 1    | 2      | 3             | 4            | 5     |
| 3 | Αποφεύγει να εμπλέκεται όταν ανακύπτουν σημαντικά ζητήματα.           | 1    | 2      | 3             | 4            | 5     |
| 4 | Επισημαίνει ρητά την σημασία που πρέπει να δίνουμε στην αποστολή μας. | 1    | 2      | 3             | 4            | 5     |
| 5 | Αναζητεί διαφορετικές οπτικές γωνίες όταν επιλύει προβλήματα.         | 1    | 2      | 3             | 4            | 5     |
| 6 | Μιλάει με αισιοδοξία για το μέλλον.                                   | 1    | 2      | 3             | 4            | 5     |
| 7 | Λειτουργεί με τρόπο που κερδίζει το σεβασμό των υφισταμένων.          | 1    | 2      | 3             | 4            | 5     |
| 8 | Είναι απών/απούσα όταν τον/την έχουν ανάγκη.                          | 1    | 2      | 3             | 4            | 5     |
| 9 | Αφιερώνει χρόνο στη διδασκαλία και στην καθοδήγηση. .                 | 1    | 2      | 3             | 4            | 5     |

|    |  |      |        |               |              |       |
|----|--|------|--------|---------------|--------------|-------|
| 10 | Βάζει το καλό της ομάδας πιο πάνω από το προσωπικό συμφέρον.                                       | 1    | 2      | 3             | 4            | 5     |
|    |  |      |        |               |              |       |
|    |  | Ποτέ | Σπάνια | Μερικές φορές | Αρκετά Συχνά | Πάντα |
| 11 | Περιμένει τα προβλήματα να γίνουν χρόνια πριν αναλάβει δράση.                                      | 1    | 2      | 3             | 4            | 5     |
| 12 | Επικεντρώνει την πλήρη προσοχή του/της αντιμετωπίζοντας τα λάθη, τα παράπονα και τις αποτυχίες.    | 1    | 2      | 3             | 4            | 5     |
| 13 | Σκέφτεται τις ηθικές συνέπειες των αποφάσεων   | 1    | 2      | 3             | 4            | 5     |
| 14 | Παρακολουθεί κάθε λάθος που γίνεται. .   | 1    | 2      | 3             | 4            | 5     |
| 15 | Αποφεύγει να παίρνει αποφάσεις .   | 1    | 2      | 3             | 4            | 5     |
| 16 | Θεωρεί ότι κάθε εργαζόμενος έχει διαφορετικές ανάγκες, δυνατότητες και φιλοδοξίες από τους άλλους. | 1    | 2      | 3             | 4            | 5     |
| 17 | Προτείνει νέους τρόπους για την ολοκλήρωση καθηκόντων προς ανάθεση .                               | 1    | 2      | 3             | 4            | 5     |
| 18 | Καθυστερεί να δώσει λύση σε επείγοντα ζητήματα.  | 1    | 2      | 3             | 4            | 5     |
| 19 | Εκφράζει ικανοποίηση όταν εκπληρώνονται οι προσδοκίες του/της.                                     | 1    | 2      | 3             | 4            | 5     |
| 20 | Αποπνέει εμπιστοσύνη ότι οι στόχοι θα επιτευχθούν.   | 1    | 2      | 3             | 4            | 5     |

21.Θεωρείτε ότι οι ηγετικές ικανότητες της Διοίκησης επηρεάζουν την εύρυθμη λειτουργία των μονάδων υγείας (Κ.Υ / Το.Μ.Υ).

Καθόλου

- Λίγο
- Μέτρια
- Πολύ
- Πάρα πολύ

22. Πόσο ικανοποιημένοι είστε από τις ηγετικές ικανότητες του Διευθυντή/ντριας του φορέα στον οποίο εργάζεστε.

- Καθόλου
- Λίγο
- Μέτρια
- Πολύ
- Πάρα Πολύ

23. Μπορείτε να γράψετε και κάποιες σκέψεις ή παρατηρήσεις σας γύρω από την ηγεσία (λ.χ πως θα έπρεπε να είναι) ή να προσθέσετε ότι εσείς κρίνετε απαραίτητο.