Πανεπιστήμιο Νεάπολις Πάφου

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗ

(Master in Public Administration)

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ

ΜΟΝΤΕΛΑ ΗΓΕΣΙΑΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΠΑΡΑΚΙΝΗΣΗΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΦΟΙΤΗΤΗ: ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ ΧΡΙΣΤΙΑΝΑ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ: 769361

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΚΑΛΛΙΟΠΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΠΟΥΛΟΥ

ΚΥΠΡΟΣ

2016

Ευχαριστίες

Η ανάληψη αυτής της μελέτης υπήρξε μια πραγματικά μεγάλη εμπειρία για μένα και δεν θα ήταν δυνατόν να γίνει χωρίς την υποστήριξη και την καθοδήγηση που έλαβα από πολλούς ανθρώπους.

Θα ήθελα πρώτα να πω ένα πολύ μεγάλο ευχαριστώ στην καθηγήτρια μου Καλλιόπη Παναγιωτοπούλου για όλη την υποστήριξη και την ενθάρρυνση που μου έδωσε, τόσο κατά τους μήνες που πέρασα κατά τη συγγραφή της μελέτης, αλλά και το χρόνο που πέρασα στο Πανεπιστήμιο . Χωρίς την καθοδήγηση της και συνεχή ανατροφοδότηση αυτή η μελέτη δεν θα ήταν εφικτή.

Τέλος, αλλά όχι λιγότερο σημαντικό, ευχαριστίες για τους γονείς και τους στενούς μου φίλους, για την σχεδόν απίστευτη υποστήριξη που μου δείχνουν όλα αυτά τα χρόνια. Αυτοί είναι οι πιο σημαντικοί άνθρωποι στον κόσμο μου και αφιερώνω αυτή τη μελέτη σε αυτούς

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: η παρακίνηση υπήρξε ένα ζήτημα ανησυχίας στο παρελθόν και έχει καθιερωθεί ως αναπόσπαστο μέρος στις τρέχουσες οργανωτικές ρυθμίσεις. Η ηγεσία των οργανισμών υγείας θεωρείται ότι έχει έναν ουσιαστικό ρόλο στο πλαίσιο σύγχρονων μεθόδων διοίκησης και θεωρείται απόλυτα συνδεδεμένη με την παροχή κινήτρων και την επικοινωνία με τους εργαζόμενους. Η παρακίνηση ως δεξιότητα του ηγέτη έχει ιδιαίτερη αξία καθότι οι ανθρώπινοι πόροι είναι ζωτικής σημασίας για ένα αποτελεσματικό σύστημα υγείας. Σήμερα, η έννοια της ηγεσίας θεωρείται απόλυτα συνδεδεμένη με την παροχή κινήτρων και την επικοινωνία με τους εργαζόμενους.

Στόχος της εργασίας είναι η μελέτη των μοντέλων ηγεσίας, της σχέσης μεταξύ των κινήτρων των εργαζομένων για την υγεία καθώς και των κατάλληλων στρατηγικών κινήτρων. Έτσι, σκοπός της μελέτης είναι η εννοιολογική και θεωρητική προσέγγιση της ηγεσίας, των μοντέλων ηγεσίας και της παρακίνησης των εργαζομένων καθώς και η παρουσίαση των εφαρμογών και των επιδράσεών τους στα αποτελέσματα περίθαλψης στο χώρο παροχής υπηρεσιών υγείας.

Υλικό και μέθοδος: διενεργήθηκε περιγραφική βιβλιογραφική ανασκόπηση και ανάλυση μελετών στις βάσεις αναζήτησης δεδομένων βάσεις δεδομένων, όπως οι PubMed, Cinahl, EBSCO, για το χρονικό διάστημα από το 2000 ως το 2015.

Συμπεράσματα: η υγειονομική περίθαλψη λειτουργεί σε ένα μεταβαλλόμενο περιβάλλον, έτσι ώστε το να διατηρηθούν τα υψηλά πρότυπα της φροντίδας των ασθενών και η αποτελεσματική και αποδοτική διαχείριση των υπηρεσιών να απαιτεί ένα ιδιαίτερο είδος ηγεσίας. Η ηγεσία, η παρακίνηση, η ενδυνάμωση και η εμπιστοσύνη είναι τέσσερις σημαντικές πτυχές προς την κατεύθυνση της βιώσιμης λύσης της απόδοσης του συστήματος υγείας. Η αποτελεσματική ηγεσία, λαμβάνει υπόψη παράγοντες, όπως οι προσδοκίες και τα κίνητρα της συμπεριφοράς τους, καθώς και τις συνθήκες εντός του οργανισμού. Ο απώτερος στόχος της ηγεσίας είναι να ενθαρρύνει και να ενισχύσει τους εργαζομένους, με βάση συγκεκριμένες μεθόδους που θα βοηθήσουν στη βελτίωση της αποδοτικότητας των εργαζομένων, χωρίς να

διαταραχθεί η νοοτροπία τους. Η μετασχηματιστική ηγεσία είναι μια κατάλληλη επιλογή για τους οργανισμούς περίθαλψης διότι προωθεί τη συμμετοχή και τη χειραφέτηση και αυξάνει τα κίνητρα του προσωπικού

Λέξεις κλειδιά: ηγεσία, παρακίνηση, μοντέλα ηγεσίας, υγειονομική περίθαλψη

Abstract

Introduction: motivation has been an issue of concern in the past and has established itself as an integral part of the current organizational arrangements. The leadership of healthcare organizations is considered to have an essential role in modern management methods and is interwoven with the motivation and communication with employees. Motivation as a skill of the leader is of particular value because human resources are crucial for an effective health system. Today, the concept of leadership is considered interwoven with motivation and communication with employees.

Aim: The aim of this paper is the study of leadership models, the relationship between the motivation of health workers and appropriate incentives strategies. Thus, the purpose of the study is conceptual and theoretical approach of leadership, leadership models and motivation of employees and the presentation of applications and their impact on health care results in the health facility.

Material and method: a descriptive literature review and analysis of studies on data bases was conducted: the databases searched were PubMed, Cinahl, EBSCO, for the period from 2000 to 2015.

Conclusions: Healthcare operates in a changing environment so as to maintain the high standards of care for patients and the effective and efficient management of services require a particular kind of leadership. Leadership, motivation, empowerment and trust are four important aspects towards a sustainable solution of health system performance. Effective leadership takes into account factors such as the expectations and motivations of their behavior, and the conditions within the organization. The ultimate objective of leadership is to encourage and support their employees based on specific methods to help improve employee efficiency, without disturbing their mentality. Transformational leadership is a suitable choice for healthcare organizations by promoting participation and empowerment and increases staff motivation

Keywords: leadership, motivation, leadership models, healthcare

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες ii

ΠΕΡΙΛΗΨΗ iii

Abstract v

Κεφάλαιο 1ο 1

1.0 Εισαγωγή 1

1.1 Σκοπός της Μελέτης 5

1.2 Μεθοδολογία 5

Κεφάλαιο 2ο 6

2.0 Ηγεσία 6

2.1 Μοντέλα Ηγεσίας στην Υγεία 7

2.1.1 Μετασχηματιστική ηγεσία 7

2.1.**2 Συνεργατική Ηγεσία** 8

2.1.3 Επιμερισμένη Ηγεσία 9

2.1.4 Κατανεμημένη Ηγεσία 10

2.1.5 Ηθική Ηγεσία 11

2.1.6 Ηγεσία προσανατολισμένη σε Λειτουργικά Αποτελέσματα Υγείας 11

2.2 Επίδραση της ηγεσίας στο χώρο παροχής υπηρεσιών υγείας 12

Κεφάλαιο 3ο 16

3.0 Θεωρίες Κινήτρων 16

3.1 Κίνητρα Εργαζομένων στο χώρο παροχής υπηρεσιών υγείας και η σημασία τους 21

3.2 Ενίσχυση των κινήτρων των επαγγελματιών υγείας 25

Κεφάλαιο 4ο 30

Συμπεράσματα 30

Βιβλιογραφία 31

Κεφάλαιο 1ο

1.0 Εισαγωγή

Η ηγεσία έχει οριστεί με πολλούς διαφορετικούς τρόπους από διάφορους συγγραφείς. Δεν υπάρχει κοινή συμφωνία σχετικά με τον ορισμό του όρου καθώς ο καθένας εξηγεί από διάφορες οπτικές γωνίες: από την άποψη της συμπεριφοράς (Bass, 1985), των χαρακτηριστικών (Burns, 1978), το ρόλο των σχέσεων, την επιρροή, ή τα μοτίβα επικοινωνίας, όπως παρατηρήθηκε από τον Stogdill το 1974 (Yukl, 2006). Για παράδειγμα, οι Hemphill και Coons ορίζουν την ηγεσία ως «τη συμπεριφορά ενός ατόμου ... που κατευθύνει τις δραστηριότητες μιας ομάδας προς έναν κοινό στόχο» (Hemphill & Coons,1957), ενώ άλλοι συγγραφείς αναφέρουν ότι "η ηγεσία αφορά στη διατύπωση οραμάτων, που ενσωματώνουν τις αξίες, και δημιουργούν το περιβάλλον μέσα στο οποίο τα πράγματα μπορεί να επιτευχθούν » Richards και Engle (1986). Έχει επίσης περιγραφεί ως η ικανότητα ενός ατόμου να επηρεάσει, να παρακινήσει, και να επιτρέψει σε άλλους να συμβάλουν στην αποτελεσματικότητα και την επιτυχία ενός οργανισμού (House et al., 1999). Επιπρόσθετα έχει δοθεί έμφαση και στις διαδικασίες της ομάδας, δηλαδή ο ηγέτης είναι στο επίκεντρο της αλλαγής του ομίλου και της δραστηριότητας και ενσαρκώνει τη βούληση της ομάδας αυτής (Northouse, 2007). Άλλοι ορισμοί βλέπουν την ηγεσία από τη σκοπιά της προσωπικότητας, με την ηγεσία ως συνδυασμό των ειδικών χαρακτηριστικών των ατόμων που κάνουν τους άλλους να εκπληρώσουν τα καθήκοντά τους (Northouse, 2007).

Παραδοσιακά, οι θεωρίες ηγεσίας και οι σχετικές έρευνες έχουν προσεγγίσει την ηγεσία χρησιμοποιώντας τρεις διαφορετικές εστίες: τα γνωρίσματα, τις συμπεριφορές, και το πλαίσιο / καταστάσεις. Ιστορικά οι ερευνητές έχουν εστιάσει στο ρόλο του ηγέτη ως προς το πώς κατευθύνει τις δραστηριότητες των άλλων, και έχουν ενεργά προσπαθήσει να προσδιορίσουν τις προσωπικές ιδιότητες που συνδέονται με τον καθορισμό των μεγάλων ηγετών, και ως εκ τούτου, της αποτελεσματικής, επιτυχημένης ηγεσίας. Αυτές οι ιστορικές τάσεις αγνόησαν το ρόλο των οπαδών ή υφισταμένων στη λήψη και τη συμμόρφωση με την κατεύθυνση της

ηγεσίας (Lord, Brown, & Freiberg, 1999). Επιπλέον, η παραδοσιακή έρευνα ηγεσίας έχει την τάση να αντιμετωπίζει την ηγεσία ως αιτιώδη παράγοντα και έχει συχνά παραβλέψει τις μοναδικές συνεισφορές που οι οπαδοί κάνουν στην ανάπτυξη του ηγέτη, καθώς και για τη διαδικασία παρακίνησης της ηγεσίας (Almgren 2007).

Η παρακίνηση ως δεξιότητα του ηγέτη έχει ιδιαίτερη αξία καθότι οι ανθρώπινοι πόροι είναι ζωτικής σημασίας για ένα αποτελεσματικό σύστημα υγείας. Σήμερα, η έννοια της ηγεσίας θεωρείται απόλυτα συνδεδεμένη με την παροχή κινήτρων και την επικοινωνία με τους εργαζόμενους. Στο χώρο εργασίας, τα κίνητρα μπορεί να οριστούν ως «βαθμός της προθυμίας του ατόμου να ασκήσει και να διατηρήσει μια προσπάθεια για οργανωτικούς στόχους (Beech, 2002). Το κίνητρο είναι στενά συνδεδεμένο με την ικανοποίηση από την εργασία, η οποία διατηρεί τους εργαζομένους κατά την εργασία τους την πάροδο του χρόνου (Hawkins & Thornton, 2002).

.Η συγκράτηση των εργαζομένων της υγείας μειώνει το κόστος για το σύστημα υγείας της που αφορά στις προσλήψεις, τους μισθούς και τον προσανατολισμό των νέων εργαζομένων και επίσης μειώνει την πιθανότητα των κενών θέσεων. Καθώς πολλές χώρες βιώνουν σήμερα μια έλλειψη ειδικευμένων εργαζομένων για την υγεία η απώλεια κάθε εργαζόμενου-ειδικά σε γιατρούς και νοσηλευτές έχει σοβαρές συνέπειες για την υγεία των ανθρώπων στη χώρα η το να είναι οι επαγγελματίες υγείας ικανοποιημένοι και με κίνητρα βοηθά το σύνολο του έργου του συστήματος υγείας στο να λειτουργεί ομαλά (King, 2002). Τα μειωμένα κίνητρα των εργαζομένων για την υγεία μπορεί να έχουν αρνητικό αντίκτυπο στις επιμέρους εγκαταστάσεις και ένα ολόκληρο σύστημα υγείας. Οι στρατηγικές κίνητρων θα πρέπει να προσεγγίσουν τα σύνθετα προβλήματα των εργαζόμενων στον ιδιαίτερο αυτόν χώρο ολιστικά: να παρέχουν ευκαιρίες για την εξέλιξη της σταδιοδρομίας, να καταβάλουν προσπάθειες για τη διασφάλιση επαρκών αποζημιώσεων καθώς και την προώθηση θετικών περιβαλλόντων εργασίας.

Η παρακίνηση υπήρξε ένα ζήτημα ανησυχίας στο παρελθόν και έχει καθιερωθεί ως αναπόσπαστο μέρος στις τρέχουσες οργανωτικές ρυθμίσεις. Η παρακίνηση είναι αρκετά περίπλοκη έννοια για να κατανοήσουμε τον τρόπο της διάθεσης της

ευαισθητοποίησης στο γεγονός ότι αρκετοί παράγοντες επηρεάζουν τους εργαζόμενους ως προς την απόδοση σε μια συγκεκριμένη οργάνωση. Ο λόγος είναι ότι, αυτό που παρακινεί έναν εργαζόμενο δεν θα παρακινήσει σίγουρα έναν άλλο υπάλληλο της ίδιας εταιρείας. Η παρακίνηση έχει οριστεί ως «... ένας παράγοντα που υπάρχει σε ένα άτομο το οποίο έχει τη δυνατότητα να επηρεάσει τον τρόπο, τη δύναμη και την προθυμία του να συμπεριφέρεται απέναντι στην εργασία» (McShane & Von Glinow, 2003) Ο παραπάνω ορισμός των κινήτρων έχει υποστηριχθεί από τους Petri & Govern, οι οποίοι δήλωσαν ότι το κίνητρο είναι η σκέψη που εξηγεί την προωθητική δύναμη σε ένα άτομο και που εξηγεί τις διαφορές στην ένταση της συμπεριφοράς» (Petri & Govern, 2004). Υπάρχουν πολλά μοντέλα παρακίνησης που θα αναλυθούν διεξοδικά στο κεφάλαιο της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, όπως το μοντέλο αναγκών του Maslow, η θεωρία παρακίνησης του Herzberg, η θεωρία Χ και Υ του Douglas McGregor, και η θεωρία ενδογενών και εξωγενών παραγόντων κινήτρων. Οι θεωρίες αυτές συνδέονται και με την ηγεσία και την προσωπικότητα του ηγέτη, καθόσον ένα σημαντικό χαρακτηριστικό ενός καλού ηγέτη είναι η ικανότητα να διερευνήσει τα προσωπικά και τα ομαδικά κίνητρα, αλλά και τις πεποιθήσεις στην ολοκλήρωση μιας αλλαγής ή ενός αντιληπτού οράματος της επιτυχίας. Ως μέρος αυτής της διαδικασίας η αληθινή ηγεσία απαιτεί την ικανότητα να αξιολογείται η λειτουργία της ομάδας και τα αποτελέσματα στην πορεία για την επίτευξη ενός κοινού στόχου.

Η ηγεσία έχει χαρακτηριστεί ότι έχει έναν ουσιαστικό ρόλο στο πλαίσιο της νέας νοσηλευτικής διοίκησης Δεν είναι πλέον ανεκτό για τους κλινικούς γιατρούς να αποφεύγουν να αναγνωρίζουν τη σημασία της αποτελεσματικής ηγεσίας στο σημερινό περιβάλλον της υγειονομικής περίθαλψης (Ewens, 2002). Υπάρχει μια αυξανόμενη αναγνώριση ότι οι ευρείες αλλαγές που είναι απαραίτητες στο πλαίσιο του ΕΣΥ, δεν μπορούν να υλοποιηθούν χρησιμοποιώντας ένα δικτατορικό τρόπο διοίκησης που επιβάλλει την αλλαγή χρησιμοποιώντας μια «πάνω προς τα κάτω προσέγγιση». Στο παρελθόν τα μοντέλα ηγεσίας συχνά ακολουθούσαν εκείνα της βιομηχανίας, όπου οι διαχειριστές έχουν την ευθύνη να αποδείξουν τις ηγετικές ικανότητες τους κατά τον διευθυντικό ρόλο. Η ηγεσία θεωρήθηκε απλώς ως ένας ρόλος διαχείρισης – ενώ σήμερα αναγνωρίζεται ότι οι ηγέτες μπορεί να

αναγνωριστούν ή να οριστούν μέσα από την ομάδα τους για συγκεκριμένα καθήκοντα και μπορεί να μην έχουν απαραίτητα κάποιο ρόλο ως αρχή εντός του οργανισμού. Άλλωστε οι νέες τεχνολογίες απαιτούν τη χρήση ομάδων για τη θετική οργανωτική έκβαση στον τομέα της υγείας, με σκοπό την αλλαγή της κατεύθυνσης της παροχής κινήτρων προς την κατανόηση του πώς το κίνητρο επεξεργάζεται τα αποτελέσματα επιρροής (Kanfer et al., 2008). Οι διαχειριστές της υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να κατανοήσουν και να αξιολογήσουν τα ζητήματα που αφορούν τα κίνητρα για να γίνουν αποτελεσματικοί ηγέτες, αλλά και διαχειριστές (Buchbinder & Shanks, 2012).

Το εργατικό δυναμικό είναι ένας από τους πιο κρίσιμους πυλώνες του συστήματος υγείας, που θεωρείται ο "ανθρώπινος σύνδεσμος που συνδέει τη γνώση με τη δράση για την υγεία». Οι περισσότεροι οργανισμοί υγείας, διαθέτουν περιορισμένους πόρους, ιδιαίτερα στις αγροτικές περιοχές και στις χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος χώρες (LMICs), πάσχουν από ανεπαρκή δύναμη και ικανότητα στην παροχή κινήτρων για τους εργαζομένους για την υγεία, μαζί με τις τομεακές και περιφερειακές ανισότητες στην κατανομή τους, με αποτέλεσμα μεγάλες ελλείψεις για την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού και την επίτευξη των εθνικών στόχων για την υγεία (Maslach, Goldberg, 1998). Εκτός από τη διαθεσιμότητα, η ανεπαρκής παραγωγικότητα, οι ικανότητες και η ανταπόκριση των επαγγελματιών υγείας προκαλεί επίσης σοβαρές ανησυχίες. Ως εκ τούτου, εκτός από την αύξηση της παραγωγής και τη διασφάλιση της διατήρησης ικανών εργαζομένων για την υγεία, είναι εξίσου σημαντικό να τους δοθεί η δυνατότητα να βελτιώνουν συνεχώς τις επιδόσεις τους, για να αντιμετωπίσουν τις τρέχουσες και τις αναδυόμενες προκλήσεις. Ένα σημαντικό βήμα, μεταξύ άλλων, για κάτι τέτοιο απαιτεί την αύξηση των επιπέδων της ικανοποίησης από την εργασία και τα κίνητρα των εργαζομένων για την υγεία..

1.1 Σκοπός της Μελέτης

Το βασικό ερώτημα που αυτή η μελέτη προτίθεται να απαντήσει είναι ποιες είναι οι διάφορες θεωρίες που εξηγούν τα κίνητρα στην εργασία στον τομέα της υγείας, ιδίως, και η σχέση μεταξύ των κινήτρων των εργαζομένων για την υγεία και της ποιότητας της τους ή / και την πρόθεσή τους να εγκαταλείψουν το χώρο εργασίας, καθώς και τις κατάλληλες στρατηγικές κινήτρων. Έτσι, σκοπός της μελέτης είναι η εννοιολογική και θεωρητική προσέγγιση της ηγεσίας, των μοντέλων ηγεσίας και της παρακίνησης των εργαζομένων καθώς και η παρουσίαση των εφαρμογών και των επιδράσεών τους στα αποτελέσματα περίθαλψης στο χώρο παροχής υπηρεσιών υγείας.

1.2 Μεθοδολογία

Διενεργήθηκε ανασκόπηση ερευνητικών άρθρων σε μεγάλες ιατρικές βάσεις δεδομένων, όπως οι PubMed, Cinahl, EBSCO, για το χρονικό διάστημα από το 2000 ως το 2015. Η επιλογή των βάσεων δεδομένων αντανακλά, από τη μία πλευρά, τις διαθέσιμες βάσεις δεδομένων και από την άλλη πλευρά, τους τομείς των επιστημών, όπου αναμένεται να εντοπιστούν σχετικές έρευνες. Λόγω του γεγονότος ότι η θεωρία κινήτρων δεν είναι μόνο μέρος της διαχείρισης στον τομέα της υγείας, αλλά και της ψυχολογικής επιστήμης, η μελέτη περιλαμβάνει όχι μόνο τις βάσεις δεδομένων της υγειονομικής περίθαλψης, αλλά και βάσεις δεδομένων του επιχειρηματικού κόσμου (Library Catalogue, Business Source Complete, eBook Collection (EBSCOhost).

Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι λέξεις παρακίνηση, ηγεσία, υγειονομική περίθαλψη, στα ελληνικά και αγγλικά, και σε συνδυασμούς αυτών, και επιλέχθηκαν προκειμένου να επιτευχθεί μια υψηλή πιθανότητα να βρεθούν ποιοτικές και ποσοτικές έρευνες για τις θεωρίες εγγενών και εξωγενών κινήτρων για τους εργαζόμενους που εργάζονται σε υγειονομικούς οργανισμούς. Τα κεφάλαια 2 και 3 παρουσιάζουν αναλυτικότερα τα ευρήματα και την περιγραφή της βιβλιογραφίας σχετικά με τα μοντέλα ηγεσίας, την παρακίνηση και την οργανωτική κουλτούρα.

Κεφάλαιο 2ο

2.0 Ηγεσία

Η ηγεσία έχει περιγραφεί ως η συμπεριφορά ενός ατόμου που κατευθύνει τις δραστηριότητες μιας ομάδας προς ένα κοινό στόχο (Trastek et al, 2014). Οι βασικές πτυχές του ρόλου της ηγεσίας περιλαμβάνουν την επιρροή των δραστηριοτήτων της ομάδας και την αντιμετώπιση της αλλαγής. Η θεωρία της ηγεσίας είναι δυναμική και συνεχίζει να αλλάζει με την πάροδο του χρόνου. Η πρώιμη θεωρία για το Σπουδαίο άνθρωπο υποθέτει ότι ορισμένοι άνθρωποι έχουν χαρακτηριστικά που τους κάνουν καλύτερους ηγέτες. Διάφορες θεωρίες συμπεριφοράς αναπτύχθηκαν μεταξύ του 1940 και 1980, που περιγράφουν τις κοινές μορφές ηγεσίας, όπως η αυταρχική, δημοκρατική και laissez-faire. Οι περισσότερες θεωρίες μεταξύ 1950 και 1980, αναγνώρισαν τη σημασία της ηγεσίας λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες του εργαζόμενου, το έργο που πρέπει να εκτελεστεί, και της κατάστασης ή του περιβάλλοντος. Οι θεωρίες ηγεσίας (1970 έως σήμερα) της αλληλεπίδρασης εστιάζουν στην επιρροή, κατά το ειδικό οργανωτικό περιβάλλον και την αμφίδρομη σχέση του «ηγέτη» με τον «οπαδό».

Μια αναδυόμενη θεωρία περιλαμβάνει την υποστηρικτική ηγεσία, η οποία αναφέρει ότι η υποστήριξη και η οικοδόμηση σχέσεων με τους εργαζόμενους, θα αυξήσει την πιθανότητα ότι θα επηρεαστούν θετικά και θα αποκτήσουν το κίνητρο να εργαστούν προς την κατεύθυνση των στόχων (Lai, & Chen, 2012). Η θεωρία βασίζεται στις οργανωτικές μελέτες συμπεριφοράς που δείχνουν ότι οι άνθρωποι είναι πιο ευτυχισμένοι και πιο ικανοποιημένοι με την εργασία τους όταν έχουν υποστηρικτικούς ηγέτες που συμπάσχουν σε προσωπικό επίπεδο (Lehmann, Dieleman, & Martineau, 2008).

Μια δυσκολία κατά την εξέταση της ηγεσίας των επαγγελματιών υγείας είναι ότι οι περισσότερες θεωρίες δεν είχαν αναπτυχθεί μέσα σε ένα πλαίσιο υγειονομικής περίθαλψης, αλλά συνήθως αναπτύσσονται για τους επιχειρηματικούς οργανισμούς, και στη συνέχεια εφαρμόζονται και στην υγειονομική περίθαλψη (Lai, & Chen, 2012). Δημοσιευμένες έρευνες παρέχουν ελάχιστες ενδείξεις ότι οι εν λόγω

πρωτοβουλίες της ηγεσίας σχετίζονται με βελτιώσεις στην φροντίδα ή τα οργανωτικά αποτελέσματα των ασθενών όταν εφαρμόζεται στο νοσηλευτικό προσωπικό.

2.1 Μοντέλα Ηγεσίας στην Υγεία

Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης αποτελούνται από πολλές επαγγελματικές ομάδες, τμήματα, και ειδικότητες με περίπλοκες, μη γραμμικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ τους (Lam, & Robertson, 2012). Η πολυπλοκότητα των συστημάτων αυτών είναι συχνά ασύγκριτη ως αποτέλεσμα των περιορισμών που σχετίζονται με διάφορους τομείς της νόσου, πολλαπλών κατευθύνσεων στόχους και το διεπιστημονικό προσωπικό. Μέσα σε μεγάλους οργανισμούς, όπως τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, οι πολυάριθμες ομάδες με συναφείς υποκουλτούρες θα μπορούσαν να υποστηρίζονται ή να είναι σε σύγκρουση με το άλλο. Η ηγεσία πρέπει να επωφεληθεί από την ποικιλομορφία μέσα στον οργανισμό ως σύνολο και να κάνει μια αποτελεσματική αξιοποίηση των πόρων κατά το σχεδιασμό των διαδικασιών διαχείρισης, ενώ παράλληλα να ενθαρρύνει το προσωπικό να εργαστεί για την επίτευξη κοινών στόχων. Ένας αριθμός προσεγγίσεων ηγεσίας μπορούν να προσαρμοστούν στο περιβάλλον της υγειονομικής περίθαλψης για τη βελτιστοποίηση της διαχείρισης σε αυτό το εξαιρετικά σύνθετο περιβάλλον (Collins et al, 2009).

2.1.1 Μετασχηματιστική ηγεσία

Η μετασχηματιστική θεωρία εκτείνεται πέρα από το πιο παραδοσιακό ύφος της ηγεσίας συναλλαγής (η οποία επικεντρώνεται στην επίβλεψη, την οργάνωση και την απόδοση της ομάδας) και τονίζει ότι οι άνθρωποι εργάζονται πιο αποτελεσματικά εάν έχουν μια αίσθηση της αποστολής (Lam, & Robertson, 2012). Η μετασχηματιστική θεωρία απαιτεί από τους ηγέτες να επικοινωνήσουν το όραμά τους με τρόπο που να έχει νόημα, με τρόπο συναρπαστικό, που δημιουργεί ενότητα και συλλογικό σκοπό. Ο ηγέτης που έχει δεσμευτεί, έχει όραμα, και είναι σε θέση να ενδυναμώσει τους άλλους μπορεί να περιγραφεί ως μια μετασχηματιστικός ηγέτης. Οι ηγέτες αυτού του

τύπου είναι σε θέση να παρακινήσουν τις επιδόσεις πέρα από τις προσδοκίες μέσω της ικανότητάς τους να επηρεάζουν τις στάσεις των εργαζόμενων (Weick et al, 2006).

2.1.**2 Συνεργατική Ηγεσία**

Η συνεργασία είναι μια δυναμική και συνεργατική διαδικασία που συμβαίνει όταν τα άτομα εργάζονται από κοινού προς αμοιβαίο όφελος, με τη μορφή της οργανωτικής συμβίωσης. Η συνεργατική ηγεσία περιλαμβάνει την παροχή πληροφοριών στους συνεργάτες και τους συναφείς οργανισμούς, για να μπορέσουν να πάρουν τις δικές τους ενημερωμένες αποφάσεις (Lam, & Robertson, 2012). Τέτοιες στρατηγικές συνεργατικής επικοινωνίας ενισχύουν τη διαχείριση της υγειονομικής περίθαλψης με την ενθάρρυνση του διαλόγου μεταξύ πολλών ενδιαφερομένων μερών, την επικοινωνία της εμπειρίας και της γνώσης, μειώνοντας το επίπεδο πολυπλοκότητας στο εσωτερικό των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης. Τα άτομα με διαφορετικά επίπεδα ευθύνης πρέπει να συμμετάσχουν στη διαδικασία της ηγεσίας, έτσι ώστε να συμμετέχουν ενεργά στην επικύρωση και την επικοινωνία των αναγκών και τον εντοπισμό τροποποιήσεων στις πρακτικές που ενδέχεται να απαιτούνται για την αντιμετώπιση των μεταβαλλόμενων απαιτήσεων (Lavis et al, 2005). Η συνεργατική ηγεσία της υγειονομικής περίθαλψης απαιτεί ένα συνεργατικό περιβάλλον εργασίας, όπου τα πολλαπλά μέρη ενθαρρύνονται να συνεργαστούν προς την εφαρμογή αποτελεσματικών πρακτικών και επεξεργασιών. Τέτοιες συνεργασίες προωθούν την κατανόηση των διαφορετικών πολιτισμών και διευκολύνουν την ολοκλήρωση και αλληλεξάρτηση μεταξύ πολλών ενδιαφερόμενων μερών, τα άτομα ενώνονται από κοινά οράματα και αξίες, και οι προκύπτουσες συνεργατικές πρακτικές εργασίας μπορεί να επιτύχουν αποτελέσματα που είναι μεγαλύτερα από το άθροισμα των επιμέρους προσπαθειών (Manion, 2005). Οι ηγέτες πρέπει να είναι οι πρώτοι που θα χρησιμοποιήσουν το μοντέλο συνεργατικής συμπεριφοράς, για να αυξήσουν τα επίπεδα των κινήτρων, και να γαλουχήσουν την αλληλεξάρτηση μεταξύ των διαφόρων επαγγελματιών του τομέα της υγείας

Παρά την αναγνωρισμένη σημασία της συνεργασίας των πρακτικών εργασίας, μόνο ένα μικρό ποσοστό χρόνου δαπανάται στην πραγματική συνεργασία. Συχνή είναι η εκδήλωση συγκρούσεων που μπορεί να είναι μια διάχυτη δύναμη στο εσωτερικό των

οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης που αναπτύσσονται και ενισχύονται από τα κενά στην επικοινωνία ή την αποτυχία στις εργασιακές πρακτικές. Ο ηγέτης της υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να υιοθετήσει μια κατάλληλη προσέγγιση για τη διαχείριση των συγκρούσεων σε όλα τα στάδια με στόχο τη δημιουργία μιας θετικής έκβασης για όλους τους εμπλεκόμενους. Ένας ηγέτης μπορεί να χρησιμοποιεί στρατηγικές όπως ο ανταγωνισμός, η αποφυγή, ο συμβιβασμός, η συνεργασία, οι διαπραγματεύσεις, η διαμεσολάβηση, η διευκόλυνση της επικοινωνίας, να επιδιώκει τη συναίνεση, καθώς και να καλλιεργεί το όραμα που θα βοηθήσει την επίλυση των συγκρούσεων (Greig, 2012).

2.1.3 Επιμερισμένη Ηγεσία

Πολυάριθμες μελέτες έχουν δείξει ότι οι αυτόνομοι εργαζόμενοι στην υγειονομική περίθαλψη με άμεση ευθύνη για τους ασθενείς τους δεν ανταποκρίνονται καλά στην αυταρχική ηγεσία (Chen, 2005). Η ηγεσία, όπως έχει αναφερθεί, πρέπει να επικεντρωθεί στην ανάπτυξη αποτελεσματικών συνεργατικών σχέσεων μέσω της υποστήριξης και του επιμερισμού καθηκόντων, και αυτό θα μπορούσε να αποτελέσει τη βάση για την ευρεία εφαρμογή του μοντέλου κοινής ηγεσίας μέσα στο περιβάλλον της υγειονομικής περίθαλψης, καθώς ενθαρρύνει την από κοινού διακυβέρνηση, τη συνεχή μάθηση στο χώρο εργασίας και την ανάπτυξη αποτελεσματικών σχέσεων εργασίας (Henry , 1999).

Η επιμερισμένη ηγεσία είναι ένα σύστημα ομαδικό, σε επίπεδο διαχείρισης / ηγεσίας που εξουσιοδοτεί το προσωπικό στο πλαίσιο των διαδικασιών λήψης αποφάσεων (Kotter, 2003). Προσφέρει την ευκαιρία στα άτομα τόσο για τη διαχείριση και την ανάπτυξη μέσα σε μια ομάδα όσο και να είναι αποτελεσματικοί στη βελτίωση του εργασιακού περιβάλλοντος και την ικανοποίηση από την εργασία (Wiseman et al, 2011). Η αποτελεσματική ομαδική εργασία είναι το κλειδί για την προσέγγιση της επιμερισμένης ηγεσίας, με έμφαση στον εντοπισμό των αξιών της ομάδας και τη βελτιστοποίηση της απόδοσης της ομάδας για τη βελτίωση των πρακτικών, και τη συνολική επίδοση και αποτελεσματικότητα του οργανισμού (Carl, Gupta, & Javidan, 2004). Η επιμερισμένη ηγεσία ιδανικά οδηγεί τα μεμονωμένα μέλη του προσωπικού

στην υιοθέτηση συμπεριφορών ηγεσίας, σε μεγαλύτερη αυτονομία, και βελτιωμένα αποτελέσματα της περίθαλψης των ασθενών.

Τα εμπόδια στην ανάπτυξη από κοινού ηγεσία μπορεί να περιλαμβάνουν το κακό ήθος στην ομάδα, τον μεγάλο φόρτο εργασίας και τα ποσοστά του κύκλου εργασιών του προσωπικού, το χωρίς ενδιαφέρον έργο, την έλλειψη ευθύνης, και την ανεπαρκή στοχοθεσία. Η επιμερισμένη ηγεσία είναι μια συνεχής και ευέλικτη διαδικασία που απαιτεί συνεχή αξιολόγηση για να μπορεί να ανταποκρίνεται στις συνεχώς μεταβαλλόμενες προκλήσεις της υγειονομικής περίθαλψης, (Chen, 2005) και προϋποθέτει μια καλή σχέση εργασίας μεταξύ των διευθυντών και του προσωπικού (Garman, 2011). Όταν αναπτύσσονται και προωθούνται σχέσεις, για την επίτευξη καθορισμένων στόχων οργανωτικά και μεταξύ της ομάδας, αυτές μπορούν να επηρεάσουν τις πρακτικές των ομάδων και των ατόμων εκτός του πυρήνα της ομάδας και επίσης να αυξήσουν το κύρος της ομάδας μέσα στην ιεραρχία (Mozes, , Josman, & Yaniv, 2011).

2.1.4 Κατανεμημένη Ηγεσία

Η παγκοσμιοποίηση απαιτεί ότι η ευθύνη και η πρωτοβουλία θα πρέπει να διανεμηθούν ευρύτερα και πολλές μεγάλες εταιρείες έχουν αναγνωρίσει αυτή την απαίτηση με την όλο και λιγότερο ιεραρχική και πιο συνεργατική προσέγγιση ηγεσίας τους. Αυτή η κατανεμημένη προσέγγιση ηγεσία απαιτεί 4 βασικά χαρακτηριστικά: *Κατανόηση* - την ικανότητα του ηγέτη να κατανοεί το συνεχώς μεταβαλλόμενο επιχειρηματικό περιβάλλον και να ερμηνεύσει τις επιπτώσεις των αλλαγών μέσα σε έναν οργανισμό.

Σύνδεση - τη δυνατότητα να χτίσει σχέσεις εμπιστοσύνης, και ισορροπία, και να καλλιεργήσει δίκτυα υποστήριξης και εμπιστοσύνης

Οραματισμό - τη δημιουργία αξιόπιστων και συναρπαστικών εικόνων ενός επιθυμητού μέλλοντος, σύμφωνα με το οποίο εκείνοι στην οργάνωση μπορούν να εργαστούν προς την κατεύθυνση αυτή

Δημιουργία - αφορά νέους τρόπους προσέγγισης των καθηκόντων ή την υπέρβαση φαινομενικά ανυπέρβλητων προβλημάτων.

Όλα τα τέσσερα χαρακτηριστικά είναι αλληλένδετα και οι ηγέτες πρέπει να προσδιορίσουν τις δικές τους ικανότητες, τις δυνάμεις και αδυναμίες. Στόχος του ηγέτη είναι να δημιουργήσει ένα ήθος σύμφωνα με την οποία τα άτομα μπορούν να συμπληρώσουν τα πλεονεκτήματά τους και να αντισταθμίσουν μια αδυναμία του άλλου, με την ηγεσία να διανέμεται σε όλη την οργάνωση (Garman, 2011).

2.1.5 Ηθική Ηγεσία

Η εξάσκηση αποτελεσματικής ηγεσίας μπορεί να έχει σημαντικό αντίκτυπο στις ζωές και την εργασία του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης, στα αποτελέσματα των ασθενών, και την αποτελεσματικότητα ενός οργανισμού. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ο ηγέτης θα πρέπει να επηρεάσει τα μέλη της ομάδας δημιουργώντας ενθουσιασμό για ριψοκίνδυνες στρατηγικές, απαιτώντας μια αλλαγή στις υποκείμενες πεποιθήσεις και αξίες που επηρεάζουν τις αποφάσεις που ευνοούν ορισμένους σε βάρος των άλλων. Ωστόσο, από την άσκηση αυτών των συμπεριφορών, σε ορισμένες περιπτώσεις, ο ηγέτης μπορεί να επηρεάσει τους άλλους να συμμετάσχουν σε εγκλήματα υπακοής, που μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της εμπιστοσύνης (Bossidy, 2002, Calhoun, 2009). Ένας καλός ηγέτης πρέπει να έχει τις προθέσεις, τις αξίες και τις συμπεριφορές ώστε να μην κάνει καμία ζημιά και να σέβεται τα δικαιώματα όλων των μερών, αλλά και για να είναι προσανατολισμένη προς τα αποτελέσματα της υγειονομικής περίθαλψης.

2.1.6 Ηγεσία προσανατολισμένη σε Λειτουργικά Αποτελέσματα Υγείας

Τα είδη των προκλήσεων που αντιμετωπίζουν οι κλινικοί γιατροί όταν ηγούνται σε έναν οργανισμό με σύγχρονες υπηρεσίες υγείας περιλαμβάνουν ποικίλες και μεταβαλλόμενες ανάγκες, αυξημένες προσδοκίες των ασθενών, καθώς και υψηλό κόστος των νέων παρεμβάσεων και θεραπειών (Lanzoni και Meirelles, 2011). Αυτό απαιτεί από τους κλινικούς ιατρούς να εξετάσουν τις ανάγκες του ευρύτερου πληθυσμού των ασθενών, να λάβουν αποφάσεις που όχι μόνο χρησιμοποιούν τους

πόρους σωστά, αλλά παρέχουν και υψηλή ποιότητα αποτελεσμάτων, και να εφαρμόσουν υπηρεσίες ηγεσίας, για βελτιώσεις που είναι πιθανό να επιτύχουν.

Το στυλ ηγεσίας που είναι προσανατολισμένο στα λειτουργικά αποτελέσματα επικεντρώνεται στην διαδικασία ενός οργανισμού και συνεπάγεται από την ηγεσία να έχει ιδιαίτερο ρόλο και δεξιότητες που είναι απαραίτητες για την επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων του ομίλου με βάση και την ικανοποίηση των αναγκών των τριών περιοχών (Almgre, 2007), δηλαδή τα άτομα, την ομάδα, και τα καθήκοντα. Υπογραμμίζει το ρόλο της ηγεσίας που διευκολύνει την αποτελεσματική και αποδοτική παροχή υγειονομικής περίθαλψης, αλλά και τον τρόπο που επιδρά η ηγεσία στο χώρο παροχής υπηρεσιών υγείας, όπως περιγράφεται στη συνέχεια.

2.2 Επίδραση της ηγεσίας στο χώρο παροχής υπηρεσιών υγείας

Σε επίπεδο οργάνωσης δύο μελέτες διερεύνησαν την επίδραση της ηγεσίας και το κλίμα για την περίθαλψη υψηλής ποιότητας σχετικά με τις επιδόσεις του νοσοκομείου (Shipton, Armstrong, Wset & Dawson, 2008). Στην πρώτη μελέτη, τα δεδομένα είχαν συγκεντρωθεί από την κορυφή της ομάδας διαχείρισης και του επόπτη / ηγέτη από 5.564 υπαλλήλους σε 33 νοσοκομεία και συνδέονται με δεδομένα σχετικά με την εργασιακή ικανοποίηση των εργαζομένων και την πρόθεση να φύγουν από το νοσοκομείο, την εξωτερική αξιολόγηση του σώματος ελέγχου της απόδοσης του νοσοκομείου και τα παράπονα των ασθενών.

Οι αξιολογήσεις που χρησιμοποιήθηκαν στην ανάλυση υπολογίστηκαν με τη χρήση πέντε διαφορετικών μεθόδων: την παράβαση (τον αριθμό των φορών που ένα νοσοκομείο είχε αποτύχει να ανταποκριθεί ένα συγκεκριμένο πρότυπο, για παράδειγμα, οι ασθενείς που περιμένουν περισσότερο από το μέγιστο χρόνο-στόχο) την επιτυχία / αποτυχία (αν το νοσοκομείο είχε στη θέση καθορισμένες διαδικασίες), τους δείκτες διαστήματος εμπιστοσύνης, τους δείκτες νοσοκομείων, κατατάχθηκαν σύμφωνα με την αρχική βαθμολογία τους σε μια ένδειξη, για τα ποσοστά επανεισδοχής και τους δείκτες αλλαγής (δηλαδή να ληφθεί υπόψη η ποσοστιαία μεταβολή με το χρόνο κατά την εκτέλεση των νοσοκομείων σε συγκεκριμένους

δείκτες, για παράδειγμα, οι θάνατοι από καρκίνο, και ως εκ τούτου τον έλεγχο για τυχαίες διακυμάνσεις και εξωτερικούς παράγοντες).

Στη δεύτερη μελέτη, τα δεδομένα συλλέχθηκαν από την ηγετική ομάδα ανώτατων διοικητικών στελεχών από 18.156 υπαλλήλους σε 108 νοσοκομεία του NHS, και συνδέθηκαν με τις κλινικές βαθμολογίες επανεξέτασης της ηγεσίας (εξωτερικού ελέγχου), τις καταγγελίες των ασθενών και την ικανοποίηση των ασθενών. Η έρευνα αποκάλυψε ότι η ανώτατη ηγεσία της ομάδας διαχείρισης μπορεί να προβλέψει την απόδοση των νοσοκομείων και στις δύο μελέτες. Στην πρώτη μελέτη, η ανώτατη ηγεσία της ομάδας διαχείρισης συνδέθηκε έντονα και θετικά με τις αξιολογήσεις της επανεξέτασης κλινικής διακυβέρνησης και σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα καταγγελιών των ασθενών. Στη δεύτερη μελέτη, η αποτελεσματική ηγεσία συνδέθηκε με υψηλή βαθμολόγηση, καθώς και υψηλή βαθμολογία στην κλινική αναθεώρηση της διακυβέρνησης (Shipton et al., 2008).

Οι ερευνητές έχουν συνεχώς τονίσει τη σημασία της ηγεσίας για τον προσδιορισμό της αποτελεσματικότητας των ομάδων κατά τα τελευταία δέκα χρόνια, ενώ υποδηλώνουν ότι, ιδιαίτερα στον τομέα των υπηρεσιών υγείας, η ηγεσία είναι συχνά κακής ποιότητας (Plsek & Wilson, 2001). Οι West και οι συνεργάτες του ανέλυσαν τις αξιολογήσεις της ηγεσίας σε δείγμα 3.447 ερωτηθέντων από 98 ομάδες πρώτων βοηθειών, 113 κοινοτικές ομάδες ψυχικής υγείας, και 72 ομάδες φροντίδας του καρκίνου του μαστού (West, Borrill, Dawson, Brodbeck, Shapiro & Haward, 2003). Αυτή η μελέτη εξέτασε το βαθμό στον οποίο τα μέλη της ομάδας ήταν σαφή σχετικά με την ηγεσία της ομάδας, δεδομένου ότι μπορεί να υπάρχει αβεβαιότητα σχετικά με το ποιος κατέχει το ρόλο ηγέτη λόγω διεπαγγελματικών διαφορών και δυσαρμονίες στον οργανισμό.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ηγεσία συσχετίστηκε με σαφείς στόχους της ομάδας, υψηλά επίπεδα συμμετοχής, δέσμευση για την αριστεία και στήριξη της καινοτομίας. Αυτές οι διαδικασίες προβλέπουν με συνέπεια την καινοτομία. Όπου υπήρχε σύγκρουση για την ηγεσία μέσα στην ομάδα, τόσο οι διαδικασίες όσο και τα αποτελέσματα της ομάδας ήταν άσχημα. Ωστόσο, πιο πρόσφατες έρευνες δείχνουν σταθερά ότι, σε όλους τους τομείς, η από κοινού ηγεσία σε ομάδες προβλέπει την

αποτελεσματικότητα της ομάδας (Wang, Waldman & Zhang, 2014). Τα ευρήματα αυτά δεν είναι αντιφατικά, γιατί έχουν ένα σαφώς καθορισμένο επικεφαλής της ομάδας που μπορεί να σχετίζεται με μικρότερη σύγκρουση για την ηγεσία και έχουν ως συνέπεια την αυξημένη ικανότητα των μελών της ομάδας να αναλάβουν ομαλά τους ρόλους και τις ευθύνες της ηγεσίας, όταν η εμπειρογνωμοσύνη τους είναι σχετική.

Υπάρχει επίσης αρκετό βιβλιογραφικό υλικό που συνδέει την ηγεσία και τα οργανωτικά αποτελέσματα. Αρκετοί δε συγγραφείς έχουν ασχοληθεί με την εξέταση της οργανωτικής κουλτούρας. Η οργανωτική κουλτούρα ορίζεται ως «οι αξίες και οι πεποιθήσεις που χαρακτηρίζουν τις οργανώσεις, όπως μεταδίδονται από την κοινωνικοποίηση που έχουν οι νέοι, οι αποφάσεις που παίρνονται από τη διοίκηση, καθώς και οι ιστορίες και οι μύθοι που οι άνθρωποι λένε και ξαναλένε για τις οργανώσεις τους» (Schneider & Barbera, 2014). Η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη προσέγγιση για τη μέτρηση της κουλτούρας στον τομέα της υγείας είναι οι ανταγωνιστικές αξίες πλαίσιο (CVF) (Quinn & Rohrbaugh, 1983).

Οι Meterko και οι συνεργάτες του (Meterko, Mohr & Young, 2004) αξιολόγησαν την οργανωτική κουλτούρα, χρησιμοποιώντας το CVF με ένα δείγμα 8.454 εργαζομένων σε 125 νοσοκομεία των ΗΠΑ. Βρήκαν μια θετική συσχέτιση μεταξύ της θετικής κουλτούρας και της ικανοποίησης νοσηλευτών και ασθενών. Η θετική κουλτούρα, αφορά στην συνεκτικότητα, τη συμμετοχή, την πίστη, την παράδοση και το ηθικό. Η ιεραρχική κουλτούρα (γραφειοκρατία, ρύθμιση, ιεραρχία) συνδέεται αρνητικά με την ενδο-νοσοκομειακή ικανοποίηση, ενώ τα άλλα δύο είδη (αυθαιρεσία και αγορά) δεν είχαν σημαντική σχέση με τα αποτελέσματα σε όλα τα νοσοκομεία. Οι συγγραφείς προτείνουν τη σημασία μιας κουλτούρας που προάγει την αποτελεσματική λειτουργία της ομάδας, ενώ εφιστούν την προσοχή σε κανόνες και κανονισμούς που μπορούν άμεσα ή έμμεσα να επηρεάσουν αρνητικά την ικανοποίηση των ασθενών.

Σε παρόμοια συμπεράσματα κατέληξε μια ανάλυση των καινοτομιών σε επίπεδο διοικητικού συμβουλίου του νοσοκομείου με βάση το CVF (West & Anderson, 2002). Σε αυτήν την περίπτωση, η κουλτούρα αξιολογήθηκε με την εξέταση των τομέων στα οποία τα μέλη του διοικητικού συμβουλίου είχαν επικεντρώσει τις

προσπάθειες βελτίωσής τους. Οι Gerowitz και συν, μελέτησαν 265 νοσοκομεία στο Ηνωμένο Βασίλειο, τις ΗΠΑ και τον Καναδά, χρησιμοποιώντας το CVF, αξιολογώντας την ιεραρχία, την αυθαιρεσία, και την αγορά ειδών (Gerowitz, Lemieux-Charles, Heginbothan & Johnson, 2006). Οι δείκτες απόδοσης ήταν αφοσίωση των εργαζομένων, εξωτερική ικανοποίηση των ενδιαφερόμενων μερών, εσωτερική συνοχή, απόκτηση των εξωτερικών πόρων, και η συνολική προσαρμοστικότητα. Τα ευρήματά τους κατέδειξαν τη σύνδεση μεταξύ της κουλτούρας και της απόδοσης της περίθαλψης.

Πιο συγκεκριμένα, διαφάνηκε ότι, στα νοσοκομεία, όπου οι ομάδες διαχείρισης επιδιώκουν μια ανοιχτή κουλτούρα (εξωτερικά επικεντρωμένη σε ενδιαφερόμενους φορείς και σε ευκαιρίες για καινοτομία) υπήρχε σύνδεσμος μεταξύ αυτού του τύπου της κουλτούρας και της ικανοποίησης των ενδιαφερόμενων μερών. Οι Davies και συν πρότειναν ότι τα πολιτιστικά χαρακτηριστικά εκτιμώνται από τους ηγέτες και θα πρέπει να συνδέονται με συγκεκριμένα οργανωτικά αποτελέσματα (Davies et al., 2007). Χρησιμοποιώντας στοιχεία του CVF από 899 ανώτερα στελέχη σε 189 νοσοκομεία στην Αγγλία, διαπίστωσαν ότι η θετική κουλτούρα ήταν η κυρίαρχη (54% των νοσοκομείων) και χαρακτηρίζεται από λιγότερες καταγγελίες ασθενών και υψηλότερο ηθικό του προσωπικού. Το αντίθετο προέκυψε σε κουλτούρες «αγοράς», με το δεύτερο πιο κυρίαρχο τύπο (29% νοσοκομείων). Τέτοιες κουλτούρες είχαν ένα εξωτερικό προσανατολισμό και έμφαση στον έλεγχο και τη σταθερότητα (ανταγωνιστική κουλτούρα, με την ηγεσία να είναι προσανατολισμένη στο στόχο και να δίνει έμφαση στα αποτελέσματα και το υψηλό επίτευγμα). Η μελέτη αποκάλυψε σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις μεταξύ του μεγέθους της οργάνωσης και της οργανωτικής κουλτούρας.

Μια άλλη διαχρονική μελέτη σε μεγάλη κλίμακα, ενσωματώνοντας 390 οργανώσεις υγείας του NHS στην Αγγλία, προσδιόρισε μια σύνδεση μεταξύ πτυχών της οργανωτικής κουλτούρας (π.χ. εργασία σε καλά δομημένα περιβάλλοντα ομάδα, στήριξη από τους άμεσους ηγέτες, ευκαιρίες για να συμβάλουν προς την κατεύθυνση της βελτίωσης στην εργασία) και μια ποικιλία δεικτών της απόδοσης της οργάνωσης της υγειονομικής περίθαλψης (West, et al, 2011). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η

ικανοποίηση των ασθενών ήταν υψηλότερη σε οργανισμούς που είχαν σαφείς στόχους, και του οποίου το προσωπικό θεωρούσε ότι οι ηγέτες είχαν δημοκρατική πολιτική και προσέγγιση.

Κεφάλαιο 3ο

3.0 Θεωρίες Κινήτρων

Η κατανόηση των κινήτρων έχει εξελιχθεί με την πάροδο του χρόνου και χαρακτηρίζεται από πολυμορφία. Ένας τρόπος για να κατηγοριοποιήσει κανείς τις ξεχωριστές θεωρίες των κινήτρων είναι να τις περιγράψει με βάση τις σημαίνουσες ψυχολογικές σχολές. Στις αρχές του περασμένου αιώνα, ο Φρόιντ, ο ιδρυτής της ψυχαναλυτικής σχολής και πατέρας της ψυχοθεραπείας, πίστευε ότι οι άνθρωποι οδηγούνται από την επιθετικότητα και το φύλο (Freud, 1915/1963).

Ο Lewin στη θεωρία προσδόκιμης αξίας του πρότεινε ότι το κίνητρο είναι συνάρτηση της προσδοκίας ότι η συγκεκριμένη συμπεριφορά θα παράγει συγκεκριμένα αποτελέσματα και την αξία αυτών των αποτελεσμάτων (Lewin, 1935). Ομοίως, ο Vroom πίστευε ότι η συμπεριφορά κατευθύνεται από την «οργανικότητα» (Instrumentalism) που εξασφαλίζει την επέλευση των επιθυμητών συνεπειών και τη μη επέλευση των ανεπιθύμητων ενεργειών (Vroom, 1964). Ο Kelly θεωρεί το κίνητρο ως ένα προσωπικό κατασκεύασμα που καθοδηγεί τη δράση των ατόμων (Kelly, 1962). Τέλος, ο Maslow πίστευε ότι τα κίνητρα είναι η ενσωμάτωση της εμφάνισης της επιθυμίας, της δράσης που διεγείρει, και της ικανοποίησης που παράγεται από την ολοκλήρωση του αντικειμένου - στόχου (Maslow, 1970).

Η θεωρία του Maslow ήταν μια από τις θεωρίες με τη μεγαλύτερη αποδοχή, και μέχρι σήμερα εξακολουθεί να είναι η πιο αναφερόμενη θεωρία όσον αφορά στα κίνητρα. Ο Maslow κατάφερε να γίνει διάσημος με το θεωρητικό μοντέλο του για την Πυραμίδα των αναγκών του. Η Πυραμίδα των Αναγκών περιγράφει πέντε διαφορετικές κατηγορίες αναγκών που πρέπει να πληρούνται προκειμένου να επιτευχθεί το στάδιο της αυτοπραγμάτωσης. Οι κατηγορίες είναι οι φυσιολογικές ανάγκες (π.χ. τρόφιμα, πόσιμο, βασικές ανάγκες για την αυτορρύθμιση του ανθρώπινου σώματος), οι

ανάγκες της ασφάλειας (π.χ. βασική προστασία από το περιβάλλον, τη σταθερότητα και την εξήγηση της καθημερινής ζωής), τις κοινωνικές ανάγκες (π.χ. φίλους , την οικογένεια, το σύντροφο, έναν αναπόσπαστο ρόλο σε μια κοινωνική ομάδα), την αναγκαία αυτοεκτίμηση ή ατομική ανάγκη (π.χ. το κύρος, τη φήμη, την επιτυχία από κάθε άποψη) και, τέλος, το στάδιο της αυτοπραγμάτωσης (το απόλυτα μέγιστο που ένα συγκεκριμένο άτομο μπορεί να φτάσει στη ζωή του) (Viorel, et al., 2009).

Ο Maslow περιγράφει την πυραμίδα ως μια γραμμική διαδικασία. Σύμφωνα με τη θεωρία του, ένα άτομο δεν θα αγωνιστεί για το επόμενο στάδιο, εφ 'όσον το προηγούμενο στάδιο δεν έχει ολοκληρωθεί. Μόλις ολοκληρωθεί η ικανοποίηση αυτής της ανάγκης, το άτομο θα προσπαθήσει να ικανοποιήσει το επόμενο στάδιο. Αφού ικανοποίησε την ανάγκη της αυτοεκτίμησης, το άτομο έχει κίνητρα για να επιτευχθεί το τελικό στάδιο, η ανάγκη της αυτοπραγμάτωσης. Η ανάγκη της αυτοπραγμάτωσης, η ίδια, περιγράφεται από το Maslow ως ένα στάδιο το οποίο δεν μπορεί ποτέ να φτάσει (Viorel, et al 2009). Από τη μία πλευρά, η ανάγκη στη Θεωρία της ιεραρχίας βρίσκει εφαρμογή σχεδόν σε κάθε μεγάλο οργανισμό του δυτικού κόσμου. Για παράδειγμα, η θεωρία εφαρμόζεται για την εκπαίδευση των εργαζομένων και την ανάπτυξη κουλτούρας ηγεσίας στον οργανισμό. Από την άλλη πλευρά, η θεωρία ήταν υπερβολικά άκαμπτη και γραμμική. Επιπλέον, δεν γίνεται απολύτως σαφές πώς ακριβώς μπορεί να γίνει διάκριση μεταξύ των διαφόρων κατηγοριών. Σε μεταγενέστερο χρόνο, ο ίδιος ο Maslow παραδέχθηκε ότι είναι δύσκολο να δεχθούμε ότι όλα τα ανθρώπινα όντα συμπεριφέρονται με αυτόν τον αυστηρό γραμμικό τρόπο, όπως αυτός περιγράφεται στη θεωρία του.

Ο McClelland δήλωσε ότι τα κίνητρα του κάθε ανθρώπινου όντος οδηγούνται από τρεις βασικές ανάγκες: την ανάγκη για επίτευξη, την ανάγκη για εξουσία και την ανάγκη για υπαγωγή (McClelland, 1961). Η ανάγκη για επίτευξη ορίζεται ως το κίνητρο για να ξεπεράσει ένα συγκεκριμένο σύνολο προτύπων. Η ανάγκη για την εξουσία είναι εξ ορισμού, ικανή να επηρεάσει τους ανθρώπους, τους υπαλλήλους με τρόπο που τους οδηγεί στο να συμπεριφέρονται διαφορετικά ως προς το πώς θα συμπεριφέρονται συνήθως. Η ανάγκη για την υπαγωγή αντιπροσωπεύει, για

παράδειγμα, την ανάγκη για στενές σχέσεις, την ανάγκη να είναι κάποιος αρεστός, ή γενικά την ανάγκη να είναι κοντά σε άλλα ανθρώπινα όντα (Viorel et al., 2009).

Αρκετές έννοιες όπως οι στόχοι, οι προθέσεις, και οι αξίες έχουν χρησιμοποιηθεί εναλλακτικά με το κίνητρο. Για να κατανοήσουμε τα κίνητρα, είναι σημαντικό να καθορίσουμε τις ομοιότητες και τις διαφορές μεταξύ αυτών των όρων. Ένας στόχος είναι το αντικείμενο ή ο σκοπός της δράσης και το κίνητρο είναι ο στόχος-κατεύθυνση. Έτσι, ένας στόχος είναι ένα εννοιολογικό σημείο τερματισμού του κινήτρου. Ο Kuhl ορίζει την πρόθεση ως «ένα ενεργοποιημένο πρόγραμμα στο οποίο ένα άτομο έχει θέσει τον εαυτό της ή τον εαυτό του» (Kuhl, 1987). Οι προθέσεις είναι μέρος της διαδικασίας παρακίνησης ως καθοριστικής σημασίας στόχοι, και που επιλέγονται ή προτιμώνται για την επίτευξη των στόχων (Nuttin, 1987). Οι Heckhausen και Kuhl διαχώρισαν την κινητήρια διαδικασία σε δύο διαδοχικές ψυχολογικές καταστάσεις: τα κίνητρα (κατάσταση προ-λήψης αποφάσεων) και βούληση (κατάσταση μετα-λήψης αποφάσεων). Σύμφωνα με αυτούς, το κίνητρο αφορά τη διαδικασία λήψης αποφάσεων, ενώ η βούληση αφορά το πώς και πότε πρέπει να εφαρμόσει κανείς την απόφαση που έχει πάρει (Heckhausen & Kuhl, 1985).

Η Θεωρία του Herzberg αναφέρει ότι σε ένα ελάχιστο, θα πρέπει να πληρωθεί κάποιος με μια τιμή που να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του χαμηλότερου επιπέδου του που να θεωρείται δίκαιη, ενώ παρέχει και ένα αίσθημα ασφάλειας στην εργασία. Ωστόσο, μόλις πληρούνται τα κριτήρια αυτά, οι άνθρωποι ανταποκρίνονται πολύ σε παράγοντες που υποστηρίζουν την εγγενή υποκίνηση στις ανάγκες τους, όπως η αναγνώριση και η επίτευξη (Herzberg, 1968).

Στην πραγματικότητα, πέρα από τη στήριξη των εν λόγω βασικών αναγκών, πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι τα κίνητρα προκαλούν αρνητικές αντιδράσεις από τον «παραγκωνισμό» του εγγενούς κίνητρου που οδηγεί ένα άτομο να πρέπει να αποδίδει καλά σε μια εργασία. Οι χρηματικές ανταμοιβές μπορεί να γίνουν αντιληπτές από ένα άτομο ως εξωτερική παρέμβαση, και ως εκ τούτου, μπορεί να αποσπαστεί το άτομο από τα εσωτερικά κίνητρα που μπορεί να είχε πριν την ανταμοιβή. Μια πρόσφατη έρευνα (Woodhandler & Ariely, 2012) συζητά μια σειρά από πειραματικά

παραδείγματα που έχουν αποδείξει ότι τα οικονομικά κίνητρα συχνά "παραγκωνίζουν" την εσωτερική παρακίνηση.

Η αξιολόγηση αυτής της θεωρίας του συνωστισμού κινήτρων (Frey, 2008) έχει δηλώσει ότι υπάρχουν τρεις ψυχολογικές διεργασίες που μπορούν να λογοδοτήσουν για το «κρυφό κόστος των ανταμοιβών» όπου η εισαγωγή των ανταμοιβών μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τα εσωτερικά κίνητρα. Αυτές είναι:

- Η διεργασία ελέγχου: όταν ένα άτομο αντιλαμβάνεται μια εξωτερική παρέμβαση που μειώνει τον έλεγχο επί των δικών του ενεργειών ή της αυτοδιάθεσης, η εστίαση μετατοπίζεται από τους εγγενείς σε εξωγενείς παράγοντες. Το αποτέλεσμα είναι μια συμπεριφορά που είναι πιο ορθολογική και λιγότερο εγγενής ως προς τα κίνητρα.
- Η διεργασία αναγνώρισης: αν μια εξωτερική παρέμβαση υπονομεύει ή δεν αναγνωρίζει τα εσωτερικά κίνητρα ενός ατόμου, το άτομο επηρεάζεται και αισθάνεται ότι η αρμοδιότητα του δεν έχει εκτιμηθεί και οδηγεί σε μειωμένη προσπάθεια.
- Η διεργασία επίδειξης: αν ένα άτομο δεν έχει την ευκαιρία να αποδείξει ότι οι ενέργειές του οδηγούνται από εγγενή κίνητρα, τα εσωτερικά κίνητρά τους στη συνέχεια μειώνεται. Κατά το σχεδιασμό των κινήτρων, είναι σημαντικό τα κίνητρα να συμπληρώνουν ή να ενισχύουν τα εσωτερικά κίνητρα που κάποιος εργαζόμενος έχει ήδη.

Μια πρώιμη μελέτη (Deci, 1971) σχετικά με τις επιπτώσεις των ανταμοιβών στην εσωτερική παρακίνηση δείχνουν ότι (α) όταν τα χρήματα χρησιμοποιούνται ως μια εξωτερική ανταμοιβή, το εγγενές κίνητρο τείνει να μειώνεται ενώ (β) όταν χρησιμοποιηθούν η λεκτική ενίσχυση και τα θετικά σχόλια, τα εσωτερικά κίνητρα έτειναν να αυξάνονται. Μια μεταγενέστερη μετα-ανάλυση (Deci, Koestner και Ryan, 1999) για την επίδραση που οι ανταμοιβές έχουν στην εσωτερική παρακίνηση, επίσης, έδειξε ότι τα οφέλη μπορεί να έχουν τόσο θετικές όσο και αρνητικές επιπτώσεις στα κίνητρα, με ορισμένες πτυχές των ανταμοιβών να θεωρούνται έλεγχος και ως εκ τούτου να μειώνουν τα εσωτερικά κίνητρα. Επομένως, η συμπεριφορά μπορεί να επηρεαστεί θετικά από την εξωτερική επιρροή και τις εξωγενείς

ανταμοιβές, ωστόσο, εάν η ανταμοιβή θεωρείται ως έλεγχος, η μακροπρόθεσμη επίδραση στην εσωτερική παρακίνηση (και η μακροχρόνια αλλαγή συμπεριφοράς) μπορεί να επηρεαστεί αρνητικά.

Η σύγχρονη έρευνα αναγνωρίζει τρεις κύριες συνιστώσες στα εσωτερικά κίνητρα, ή τρεις κύριους παράγοντες που θα παράσχουν ένα κίνητρο στον εργαζόμενο και θα στηρίξουν την προσπάθεια του στην εργασία. Αυτά είναι: 1. Η αντιληπτή σημασία της εργασίας 2. Η αντίληψη της πιθανότητας για επιτυχία (που ονομάζεται αυτο-αποτελεσματικότητα) 3. Η προσδοκία για την προσωπική ανταμοιβή (ονομάζεται Προσδόκιμο). Η αντιληπτή σημασία της εργασίας, αναφέρεται στην αξία που κάποιος τοποθετεί στο επάγγελμα ή την εργασία, ώστε να μπορεί να την εκτελέσει με άνεση. Αν κάποιος πιστεύει ότι η αξία της εργασίας του είναι εξαιρετικά υψηλή, μπορεί κανείς να αντέξει μεγάλες κακουχίες, χαμηλές αμοιβές, προκειμένου να επιτευχθεί ένας στόχος. τα παραδείγματα των επαγγελματιών υγείας είναι συχνά και πολλά σε αυτήν την περίπτωση. Για αυτούς τους εργαζόμενους, η σημασία της επίτευξης των στόχων ή της σωτηρία της ζωής, τους οδηγεί να εργαστούν ακούραστα, ακόμη και χωρίς υψηλές αποδοχές, ή με πολλές ώρες εργασίας (Vroom, 1964). Το προσδόκιμο είναι πρόβλεψη μας για το τι θα μας συμβεί εάν δεν επιτευχθεί ο στόχος της εργασίας. Σε όλες τις περιπτώσεις, τα καθήκοντα εργασίας συνεπάγονται κάποια προσπάθεια από την πλευρά των εργαζομένων. Οι εργαζόμενοι αναμένουν κάτι σε αντάλλαγμα. Το κίνητρο είναι πιθανό να ελαττώνεται όταν οι εργαζόμενοι πιστεύουν ότι κανείς δεν θα παρατηρήσει τη σκληρή προσπάθεια τους ή όταν βλέπουν τους εργαζόμενους των οποίων η παραγωγικότητα είναι χαμηλή να λαμβάνουν ανταμοιβές ίσες με εκείνους που προσπαθούν σκληρότερα (Lawler, 1990).

Η Αυτο-αποτελεσματικότητα αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο πιστεύουμε ότι μπορεί να είμαστε επιτυχείς στην εργασία μας. Αν νομίζουμε ότι δεν έχουμε καμία πιθανότητα επιτυχίας, θα είναι απίθανο να έχουμε κάποιο υψηλό κίνητρο για να ξεκινήσουμε και να διατηρήσουμε μια συγκεκριμένη εργασία. Για παράδειγμα, αναλαμβάνοντας τη διαχείριση ενός οργανισμού που υποχρηματοδοτείται, και που είναι υπό-στελεχωμένος τότε αυτή δεν είναι μια θέση που πολλοί από εμάς θα δέχονταν ευχαρίστως. Σε άλλες περιπτώσεις, οι πεποιθήσεις μας σχετικά με την αυτο-

αποτελεσματικότητα προέρχονται από τις αντιλήψεις για τα δικά μας χαρακτηριστικά (Bandura, 1997).

Είναι πολύ σημαντικό να γίνει κατανοητό ότι υπάρχει μια διαφορά μεταξύ του κινήτρου να αποδίδει κάποιος καλά και να λαμβάνει ικανοποίηση από την εργασία. Πράγματι, ένα καλά ανεπτυγμένο σώμα της βιβλιογραφίας δείχνει ότι η συσχέτιση μεταξύ της εργασιακής ικανοποίησης και της απόδοσης είναι ασυνεπής (Lopez, 2002). Άρθρο σχετικά με την Ικανοποίηση Εργασίας καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η ικανοποίηση από την εργασία ελέγχεται από το γενικότερο κλίμα στο χώρο εργασίας, ενώ η βελτιωμένη απόδοση στηρίζεται περισσότερο από την εργασία που φαίνεται να σχετίζεται με τη συγκεκριμένη κατάσταση (Fisher, 1980).

3.1 Κίνητρα Εργαζομένων στο χώρο παροχής υπηρεσιών υγείας και η σημασία τους

Το αυξανόμενο χάσμα μεταξύ της προσφοράς επαγγελματιών στον τομέα της υγείας και της ζήτησης για τις υπηρεσίες τους αναγνωρίζεται ως ένα βασικό ζήτημα για την υγεία και την ανάπτυξη σε όλο τον κόσμο. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναφέρει παγκόσμια έλλειψη 4,3 εκατομμύρια εργαζόμενων στην υγεία, συμπεριλαμβανομένων των περίπου 3 εκατομμύριων επαγγελματιών του τομέα υγείας. Πολλές χώρες έχουν πληγεί από την έλλειψη, και πενήντα επτά έχουν ταυτοποιηθεί ως «σε κρίση». Οι ανθρώπινοι πόροι για την υγεία είναι πλέον υψηλή προτεραιότητα στην πολιτική ατζέντα (Hasselhorn et al, 2004).

Στις περισσότερες χώρες, οι ανισορροπίες στην προσφορά εργασίας οφείλονται σε διάφορες αιτίες. Αυτές περιλαμβάνουν κακό σχεδιασμό ανθρώπινου δυναμικού (HR), κακό προγραμματισμό και διαχείριση και μη ικανοποιητικές συνθήκες εργασίας που χαρακτηρίζονται από υψηλό φόρτο εργασίας, έλλειψη επαγγελματικής αυτονομίας, πολλές ώρες εργασίας, ανασφαλείς θέσεις εργασίας και άδικη αμοιβή (Hasselhorn et al, 2004). Μέσα σε αυτό το πλαίσιο οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής, οι σχεδιαστές και διαχειριστές έχουν στρέψει την προσοχή τους στον εντοπισμό και την εφαρμογή

συστημάτων κινήτρων τα οποία θα είναι αποτελεσματικά στη βελτίωση της πρόσληψης και διατήρηση του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει τα κίνητρα ως " τις ανταμοιβές και τιμωρίες που αντιμετωπίζουν οι πάροχοι ως συνέπεια των οργανισμών στους οποίους εργάζονται, τα θεσμικά όργανα σύμφωνα με την οποία λειτουργούν και τις συγκεκριμένες παρεμβάσεις που παρέχουν" (ΠΟΥ, 2000). Σε απλή μετάφραση τα κίνητρα είναι οι παράγοντες και / ή οι συνθήκες μέσα στα περιβάλλοντα εργασίας των επαγγελματιών της υγείας που επιτρέπουν και ενθαρρύνουν τους επαγγελματίες να παραμείνουν στην εργασία τους, στο επάγγελμά τους και στις χώρες τους (Mathauer & Imhoff, 2006). Τα κίνητρα μπορεί να είναι θετικά, αρνητικά (όπως τα αντικίνητρα), οικονομικά ή μη οικονομικά, απτά ή άυλα. Τα οικονομικά κίνητρα περιλαμβάνουν τη μεταφορά νομισματικών αξιών, όπως οι μισθοί, οι συντάξεις, τα επιδόματα, τα επιδόματα, δάνεια, κ.λπ. και τα μη οικονομικά κίνητρα περιλαμβάνουν την αυτονομία εργασίας, το ευέλικτο ωράριο και τον προγραμματισμό, την αναγνώριση της εργασίας, το coaching και mentoring, την υποστήριξη για την εξέλιξη της σταδιοδρομίας, και άλλα (Luoma, 2006).

Το κίνητρο είναι στενά συνδεδεμένο με την ικανοποίηση από την εργασία, η οποία διατηρεί τους εργαζομένους κατά την εργασία τους με την πάροδο του χρόνου (Deussom, et al, 2014). Η συγκράτηση των εργαζομένων της υγείας μειώνει το κόστος για το σύστημα υγείας και μπορεί να προσανατολίσει τους νέων εργαζομένους σωστά και επίσης μειώνει την πιθανότητα των κενών θέσεων (Eastwood et al, 2005]. Καθώς πολλές χώρες βιώνουν σήμερα μια έλλειψη ειδικευμένων εργαζομένων στον τομέα της υγείας, ενώ η απώλεια κάθε εργαζόμενου-ειδικά όσον αφορά γιατρούς για την υγεία και νοσηλευτές-έχει σοβαρές συνέπειες για την υγεία των ανθρώπων σε αυτό επίπεδο. Η διατήρηση των επαγγελματιών υγείας ικανοποιημένων και με κίνητρα βοηθά το σύνολο του έργου του συστήματος υγείας να κινείται ομαλά (Franco et al, 2002).

Τα ανεπαρκή κίνητρα των εργαζομένων για την υγεία μπορεί να έχουν αρνητικό αντίκτυπο στους επιμέρους τομείς και σε ένα ολόκληρο σύστημα υγείας (Henderson et al, 2002). Τα κίνητρα των εργαζομένων για την υγεία μπορούν να επηρεάσουν σε

μεγάλο βαθμό τη θέση τους και την εργασία τους στα νοσοκομεία. Συχνά είναι αυτοί οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται περισσότερες ώρες, των οποίων οι θέσεις εργασίας έχουν λιγότερους πόρους, και που μπορεί να αισθάνονται πιο κουρασμένοι (Engeda et al, 2014). Οι εργαζόμενοι για την υγεία χωρίς κίνητρα είναι γνωστό ότι εγκαταλείπουν την εργασία τους, ειδικά όταν πρόκειται για εργασία σε δημόσια νοσοκομεία, σε αναζήτηση μιας καλύτερης και πιο προσοδοφόρας εργασίας (Henderson et al, 2002). Ορισμένοι δυσαρεστημένοι εργαζόμενοι για την υγεία μπορεί και να φύγουν από τον ιατρικό τομέα οριστικά (Engeda et al, 2014).

Τα κίνητρα επηρεάζεται από ένα περίπλοκο σύνολο κοινωνικών, επαγγελματικών και οικονομικών παραγόντων (Bennett et al, 2000). Υπάρχουν πολλοί λόγοι για τους εργαζόμενους στην υγεία να αποφασίσουν να μείνουν στην εργασία τους. Σε γενικές γραμμές, ένας εργαζόμενος για την υγεία θα παρακινηθεί και θα εκφράσει την ικανοποίηση του από την εργασία, αν αισθάνεται ότι είναι αποτελεσματικός στη δουλειά του και αποδίδει καλά. Παράγοντες που συμβάλλουν στα κίνητρα και την ικανοποίηση από την εργασία περιλαμβάνει επίσης ισχυρή ανάπτυξη της σταδιοδρομίας, επαρκή αποζημίωση, και επαρκείς συνθήκες εργασίας και διαβίωσης (Bennett et al, 2000). Έχοντας θέσει ισχυρούς μηχανισμούς του ανθρώπινου δυναμικού σε εφαρμογή εντός του συστήματος υγείας μπορεί να βοηθήσει να διασφαλιστεί ότι οι σωστοί παράγοντες που υποκινούν είναι στη θέση τους σε επαρκή επίπεδα για να κρατήσουν τους εργαζόμενους για την υγεία ικανοποιημένους.

Η διατήρηση μιας θετικής σχέσης με τους συναδέλφους μπορεί να αυξήσει τα κίνητρα. Σε μια μελέτη, οι νοσηλευτές βιώνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από την εργασία, αν ένιωθαν ότι είχαν μεγαλύτερη αυτονομία για να πάρουν τις δικές τους αποφάσεις σε σχέση με τις ανάγκες των ασθενών (Bennett et al, 2000). Ωστόσο, αντιστρόφως, τα προβλήματα με την εξέλιξη της σταδιοδρομίας, οι μισθοί και η εργασία και οι συνθήκες διαβίωσης είναι οι λόγοι για τους οποίους οι επαγγελματίες υγείας μπορεί να αισθάνονται χωρίς κίνητρα. Οποιαδήποτε από αυτά τα θέματα-ή ένας συνδυασμός αυτών, μπορεί να οδηγήσει σε δυσαρέσκεια των εργαζομένων υγεία.

Η εξέλιξη της σταδιοδρομίας γενικά ορίζεται ως η δυνατότητα να ειδικεύεται ένας εργαζόμενος σε ένα συγκεκριμένο τομέα ή να προωθείται μέσα από τις τάξεις των εργαζομένων για την υγεία (Bennett et al, 2000). Οι ιατροί και οι εργαζόμενοι της υγείας αναφέρουν συνήθως τις περιορισμένες ευκαιρίες ανάπτυξης καριέρας ως αντικίνητρο (Manongi et al, 2006). Μια μελέτη σε ιατρούς που εργάζονται σε αγροτικές περιοχές διαπίστωσε ότι πολλά παράπονα μπορούν να συνδεθούν με την έλλειψη ευκαιριών προώθησης, και προαγωγής, που μπορεί να οδηγήσουν σε άσχημα συναισθήματα. Σε αυτήν την περίπτωση οι ερευνητές επισημαίνουν ότι η απλή επικοινωνία, οι εκτιμήσεις του προσωπικού και οι διαφανείς διαδικασίες προαγωγής-θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε υψηλότερο ηθικό (Manongi et al, 2006).

Έχοντας περιορισμένη συνεχιζόμενη επαγγελματική ανάπτυξη των ευκαιριών-ή την κατάλληλη κατάρτιση κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης pre-service ή στη δουλειά, είναι ένα άλλο σημαντικό θέμα μεταξύ των δυσαρεστημένων εργαζομένων για την υγεία (Clark et al, 2000). Σε ανεπαρκείς κλινικές και νοσοκομεία, οι εργαζόμενοι της υγείας καλούνται συχνά να εκτελούν καθήκοντα πέρα από το πεδίο εφαρμογής της πρακτικής, αλλά χωρίς την κατάλληλη εκπαίδευση. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε απογοήτευση και έλλειψη κινήτρων (Manongi et al, 2006). Αυτό δημιουργεί επίσης ανησυχίες σχετικά με την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται.

Οι ανεπαρκείς και ξεπερασμένοι ιατρικοί πόροι και προμήθειες σε κλινικές και νοσοκομεία μπορούν επίσης να συμβάλουν στην απογοήτευση των εργαζομένων υγείας στην εργασία, και να επιφέρουν και ενδεχόμενη φθορά. Οι επαγγελματίες υγείας υποστηρίζουν ότι μια έλλειψη επαρκών πόρων τους απαγορεύει να κάνουν τη δουλειά τους σωστά (Clark et al, 2000). Ένα άλλο ζήτημα είναι η διατήρηση μιας θετικής σχέσης με τη διαχείριση (Clark et al, 2000). Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι κενές θέσεις μένουν κενές για μεγάλο χρονικό διάστημα, αυξάνοντας το φόρτο εργασίας για τους υπόλοιπους εργαζόμενους στην υγεία. Οι εργαζόμενοι για την υγεία, διαμαρτύρονται για την έλλειψη εποπτείας (ή την ακανόνιστη επίβλεψη) από τους διευθυντές ή τους επόπτες τους (Eichler et al, 2001). Η ανατροφοδότηση του προσωπικού είναι ιδιαίτερα προβληματική.

Τα παράπονα σχετικά με τους μισθούς και τις γενικότερες αποδοχές είναι ένα άλλο θέμα. Οι επαγγελματίες υγείας συχνά παραπονούνται ότι δεν κερδίζουν αρκετά χρήματα σε σχέση με τους λοιπούς δημοσίους υπαλλήλους σε επαγγέλματα - λειτουργήματα (Eichler et al, 2001).

Αν το ζητούμενο είναι η διατήρηση των εργαζομένων υγειονομικής περίθαλψης στις θέσεις τους, τότε θα πρέπει να υπάρχει σαφής προσανατολισμός στην ικανοποίηση από την εργασία: τίποτα δε συσχετίζεται πιο πολύ με την διατήρηση των εργαζομένων (Cangliosi, 2008). Με μεγάλα τμήματα του εργατικού δυναμικού της δημόσιας υγείας στις αναπτυσσόμενες χώρες να την εγκαταλείπουν, για τον πιο προσοδοφόρο τομέα της εργασίας στον ιδιωτικό τομέα, με τους επαγγελματίες υγείας να μεταναστεύουν σε υψηλότερα αμειβόμενες χώρες ή να εξέρχονται από το πεδίο της υγειονομικής περίθαλψης εξ ολοκλήρου, η διατήρηση δικαίως λαμβάνει πολλή προσοχή ως κύριο μέτωπο στη μάχη για να διατηρήσει σε φυσιολογικά επίπεδα την αναλογία πάροχος προς ασθενή. Ορισμένες πρόσφατες μελέτες σχετικά με την εφαρμογή των αμοιβών και άλλων άμεσων κίνητρων προς βελτίωση της διατήρησης των εργαζόμενων έχουν ανάμεικτα αποτελέσματα (Perry, 2006). Οι καλύτερες μέθοδοι για τη βελτίωση του κλίματος στο χώρο εργασίας, η ικανοποίηση από την εργασία και ως εκ τούτου η διατήρηση δεν είναι ακόμη γνωστή. Είναι σαφές, ωστόσο, ότι τα κίνητρα για να βελτιώσουν τις επιδόσεις και την τάση να μείνουν σε μια εργασία ελέγχονται από διαφορετικούς μηχανισμούς.

3.2 Ενίσχυση των κινήτρων των επαγγελματιών υγείας

Οι στρατηγικές κίνητρων θα πρέπει να προσεγγίσουν αυτά τα σύνθετα προβλήματα ολιστικά: να παρέχουν ευκαιρίες για την εξέλιξη της σταδιοδρομίας, να καταβάλουν προσπάθειες για τη διασφάλιση επαρκών αποζημιώσεων, καθώς και την προώθηση θετικών περιβαλλόντων εργασίας, συμπεριλαμβανομένης της υποστηρικτικής εποπτείας (Johnson et al, 2011).

Γνωρίζοντας ότι υπάρχει χώρος στο εσωτερικό της καριέρας ενός επαγγελματία υγείας για περαιτέρω ανάπτυξη είναι ένας κρίσιμος παράγοντας στην παρακίνηση των εργαζομένων και τους επιτρέπει να συνεχίσουν να ανταποκρίνονται στις

μεταβαλλόμενες ιατρικές ανάγκες των κοινοτήτων τους (McCoy et al, 2008). Η αύξηση του αριθμού των θέσεων εργασίας, και οι προαγωγές μέσα στην ιεραρχία του οργανισμού ή η παροχή της δυνατότητας να μάθουν νέα πράγματα, είναι ένας σημαντικός δείκτης της ικανοποίησης από την εργασία (Johnson et al, 2011). Ο σχεδιασμός της σταδιοδρομίας - είτε σε προσωπικό ή θεσμικό επίπεδο- επιτρέπει στους εργαζόμενους της υγείας να αυξήσουν τη μάθηση και τη δέσμευση για δουλειά. Οι οργανισμοί ή τα συστήματα υγείας τα οποία θα βοηθήσουν τους εργαζόμενους της υγείας στο σχεδιασμό της σταδιοδρομίας τους μπορούν να βελτιώσουν το ηθικό και να ενθαρρύνουν τη διατήρηση των φιλοδοξιών του προσωπικού (Johnson et al, 2011).

Η ασφάλιση των εργαζομένων για την υγεία τους κάνει να αισθάνονται ασφαλείς στην εργασία τους, και είναι επίσης σημαντικό κίνητρο, τόσο όσον αφορά στην παραγωγικότητα όσο και την απόφασή τους να παραμείνουν στην εργασία (Deussom & Jaskiewicz, 2012). Αυτό περιλαμβάνει θέματα όπως η παροχή πρόσβασης των επαγγελματιών υγείας σε επαρκή εξοπλισμό ασφαλείας και η εκπαίδευση για να χειριστούν τις χημικές ουσίες σωστά, είναι παράγοντες που θεωρούνται σημαντικοί για την καθημερινότητα των εργαζόμενων. Περαιτέρω οι μικρές προσαρμογές στο φυσικό περιβάλλον - όπως η αύξηση της εργονομίας του εξοπλισμού και η μείωση των υπερωριών για τους εργαζόμενους της υγείας - μειώνει τον αριθμό των απουσιών (Deussom & Jaskiewicz, 2012).

Τα θετικά πρωτόκολλα διαχείρισης και η παροχή εποπτείας για την ποιότητα είναι επίσης σημαντική (Kotzee et al, 2006). Αυτό μπορεί να γίνει με τη βελτίωση της συνολικής ποιότητας της διαχείρισης. Τα παραδείγματα περιλαμβάνουν την απασχόληση κατάλληλα εκπαιδευμένων ηγετών - διαχειριστών οι οποίοι μπορούν να θέσουν σαφείς στόχους (Bonenberger et al, 2014) να αυξήσουν το χρόνο που περνούν με τους εργαζόμενους για την υγεία, να παρέχουν την κατάλληλη και εποικοδομητική κριτική (World Health Organization, 2006), και να θεσπίσουν διαφανή συστήματα παροχής κινήτρων (Franco et al, 2002).

Οι Deussom και Jaskiewicz υποστηρίζουν ότι τα καλά σχεδιασμένα, με βάση την απόδοση, συστήματα χρηματοδότησης ή άλλων πληρωμών για τις επιδόσεις μπορούν

να ενισχύουν τη λογοδοσία για τις συγκεκριμένες υπηρεσίες, μέσω της επαλήθευσης και της περισσότερης ή καλύτερης εποπτείας. Η αύξηση της λογοδοσίας θα αναγκάσει το προσωπικό να έχει μεγαλύτερη συμμετοχή στην επίτευξη των στόχων απόδοσης της εγκατάστασης (Deussom & Jaskiewicz, 2012).

Η παροχή κίνητρων στους εργαζόμενους για την υγεία δεν εμπίπτει μόνο στην ευθύνη των προϊσταμένων τους. Οι φορείς χάραξης πολιτικής πρέπει να εργάζονται για το σχεδιασμό εθνικών σχεδίων για να προσελκύσουν, να παρακινήσουν και να διατηρούν τους εργαζομένους της υγείας μέσω της τεκμηριωμένης λήψης αποφάσεων (Eastwood et al, 2005). Αυτό περιλαμβάνει τη μόχλευση κατάλληλων δεδομένων για να βοηθήσουν την πολιτική κίνηση και τις αποφάσεις (Deussom & Jaskiewicz, 2012). Ωστόσο, όσον αφορά στα συστήματα υγείας, είναι συχνά δύσκολο να ξέρει κανείς τι να μετρήσει - ειδικά στον αναπτυσσόμενο κόσμο (Eastwood et al, 2005).

Κάθε κίνητρο και η διατήρηση της στρατηγικής δεν είναι πλήρης χωρίς μια ανάλυση κόστους-οφέλους, η οποία επιτρέπει τους φορείς χάραξης πολιτικής να ζυγίσουν τα υπέρ και τα κατά των συγκεκριμένων προτάσεων (World Health Organization, 2010). Η χάραξης πολιτικής θα πρέπει να συγκεντρώσει ένα ποικίλο μίγμα των ενδιαφερόμενων φορέων για την προτεινόμενη αλλαγή πολιτικής. Τέλος, η προσεκτική ανακοίνωση είναι αναγκαία για να εξασφαλιστούν οι σωστές προσδοκίες για τους εργαζόμενους της υγείας (World Health Organization, 2010).

Οι Ray και Marion (2002), χρησιμοποίησαν στην έρευνα τους, τη θεμελιωμένη θεωρία, προκειμένου να διερευνήσουν πώς τα νοσοκομεία μπορούν να φροντίσουν τους υπαλλήλους τους, λαμβάνοντας ωστόσο υπόψη και τις δαπάνες και τα έξοδα, δηλαδή λαμβάνοντας υπόψη και τους ανθρώπινους και τους οικονομικούς πόρους. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι υπάρχει απώλεια της εμπιστοσύνης μεταξύ των εργαζομένων προς τη διοίκηση, όταν ο οργανισμός για την υγεία οδηγείται από οικονομικά κίνητρα. Η επαναληπτική έλλειψη υποστήριξης από τη διοίκηση, η έλλειψη σεβασμού των νοσηλευτικού προσωπικού, η ανάγκη για αποτελεσματική επικοινωνία και μεγαλύτερη διαφάνεια στη διαχείριση και την επιθυμία για μεγαλύτερη συμμετοχή των νοσηλευτών στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, ήταν οι κυριότεροι παράγοντες που επηρεάζουν την εμπιστοσύνη των επαγγελματιών υγείας.

Η ενδυνάμωση του προσωπικού και η συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων έχουν αποδειχθεί από διάφορες μελέτες, οι οποίες διεξάγονται τα τελευταία χρόνια, να συσχετίζεται θετικά με τη μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Σε μία μελέτη οι νοσηλευτές απάντησαν σε ερωτηματολόγια που μετρούν την ενδυνάμωση που τους δίνεται στο χώρο εργασίας (Hochwälder & Brucefors, 2005). Η ενδυνάμωση συσχετίστηκε με ανάλυση παλινδρόμησης, με οκτώ από τους δείκτες που σχετίζονται με την υγεία, μεταξύ των οποίων ήταν η σοβαρή κατάθλιψη, το άγχος, η αϋπνία και η επαγγελματική εξουθένωση,. Η εισαγωγή της ενδυνάμωσης ως επεξηγηματική μεταβλητή φάνηκε να είναι πιο στατιστικά σημαντική στην περίπτωση της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Σε μια μελέτη που διεξήχθη από τους διαπιστώθηκε ότι τα υψηλότερα επίπεδα της αυτονομίας, ο έλεγχος και η συνεργασία συνδέθηκαν με υψηλότερα επίπεδα εμπιστοσύνης στη διοίκηση, η οποία στη συνέχεια οδήγησε σε σημαντική αύξηση της ικανοποίησης από την εργασία (Laschinger et al., 2005). Τα θετικά χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος εργασίας συνδέθηκαν με χαμηλότερη συναισθηματική εξάντληση και υψηλότερη ικανοποίηση από την εργασία και τις αντιλήψεις που είχαν οι εργαζόμενοι για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Το πιο σημαντικό συμπέρασμα αυτής της μελέτης ίσως ήταν ότι το περιβάλλον εργασίας που δημιουργήθηκε από τους ηγέτες του οργανισμού έχει τα χαμηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης.

Έχει υποστηριχθεί, ότι η ικανοποίηση από την εργασία μειώνεται, αφού έχουν εργαστεί για μια οργάνωση για περίπου έξι μήνες (Sirota et al., 2005). Ένας από τους λόγους που αναφέρονται για αυτό είναι ότι οι ηγέτες δεν παρουσιάζουν ενδιαφέρον για τους υπαλλήλους τους. Για να διατηρήσουν τον ενθουσιασμό των εργαζομένων, οι ηγέτες πρέπει να απομακρυνθούν από την αντίληψη που απαιτεί τη συνεχή επίβλεψη και αντίθετα, να αναγνωρίσουν ότι χρειάζονται κοινωνική επαφή και φιλία, και θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με δικαιοσύνη, σεβασμό και αξιοπρέπεια (Sirota et al., 2005).

Ο Carney αναφέρει ότι η υγειονομική περίθαλψη του 21ου αιώνα απαιτεί από τους ηγέτες να αρθρώσουν ένα όραμα που να μπορεί να παρακινήσει τους εργαζομένους

να προσαρμοστούν στις μεταβαλλόμενες συνθήκες (Carney, 2006). Οι ηγέτες πρέπει να αναγνωρίσουν την κουλτούρα των οργανισμών τους και να είναι σε θέση να αναπτύξουν ένα περιβάλλον που είναι υγιές και ευνοϊκό για την αλλαγή. Η μετασχηματιστική ηγεσία αγκαλιάζει τη λογοδοσία, την υπευθυνότητα και τη δύναμη, και ενδυναμώνει τους εργαζόμενους να βοηθήσουν τους ηγέτες και τους διευθυντές να επιτύχουν τους οργανωτικούς στόχους. Αυτό το στυλ ηγεσίας είναι συνεπές με τους στόχους των σύγχρονων περιβαλλόντων υγειονομικής περίθαλψης.

Η σημασία των θετικών μορφών ηγεσίας έχει αναδειχθεί ως ένα θέμα για τους οργανισμούς παροχής υγειονομικής περίθαλψης λόγω της επιρροής τους στα εσωτερικά περιβάλλοντα εργασίας της υγειονομικής περίθαλψης. Για παράδειγμα, μία συστηματική ανασκόπηση του στυλ ηγεσίας σε νοσηλευτικά ιδρύματα τόνισε ότι μια μετασχηματιστική προσέγγιση ηγεσίας σχετίστηκε με υψηλότερη ικανοποίηση από την εργασία, μρ τη βελτίωση της οργανωτικής δέσμευσης, με τη μείωση του στρες, και με τη μεγαλύτερη παραγωγικότητα και μεγαλύτερη ενδυνάμωση (Cummings et al., 2010). Η μετασχηματιστική ηγεσία είναι ένα αναγνωρισμένο στοιχείο στη σχέση των εργαζομένων σε έναν οργανισμό (Chiok et al, 2001), και έχει επίσης αντίκτυπο στην διατήρηση του νοσηλευτικού προσωπικού (Force, 2005), την ικανοποίηση από την εργασία και την ευημερία (Nielsen et al., 2008). Αντίθετα, οι συναλλακτικές, top down και προσανατολισμένες στο έργο ή «laissez faire» προσεγγίσεις ηγεσίας συνδέονται με αρνητικές εκβάσεις κατά κύριο λόγο (Cummings et al 2010).

Κεφάλαιο 4ο

Συμπεράσματα

Η υγειονομική περίθαλψη λειτουργεί σε ένα μεταβαλλόμενο περιβάλλον, έτσι ώστε το να διατηρηθούν τα υψηλά πρότυπα της φροντίδας των ασθενών και η αποτελεσματική και αποδοτική διαχείριση των υπηρεσιών να απαιτεί ένα ιδιαίτερο είδος ηγεσίας. Η μετασχηματιστική ηγεσία είναι μια κατάλληλη επιλογή για τους οργανισμούς περίθαλψης διότι προωθεί τη συμμετοχή και τη χειραφέτηση και αυξάνει τα κίνητρα του προσωπικού. Υπάρχουν αρκετές στρατηγικές σε αυτό το στυλ ηγεσίας που οι διαχειριστές μπορούν να χρησιμοποιήσουν για να διατηρήσουν ή να αυξήσουν τα κίνητρα, συμπεριλαμβανομένης της δημιουργίας ενός περιβάλλοντος εργασίας που ενθαρρύνει τους εργαζόμενους να συμπεριφέρονται σε ένα ώριμο και δημιουργικό τρόπο, επιτρέποντας διαδικασίες συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων, ενισχύοντας τα περιβάλλοντα εργασίας, ευθυγραμμίζοντας τις αλλαγές στην πρακτική με τις θέσεις εργασίας και τα καθήκοντα, με την αύξηση της ενδυνάμωσης των εργαζομένων, και προσφέροντας μια καλύτερη ποιότητα της ισορροπίας μεταξύ εργασίας και ζωής

Η ηγεσία, η παρακίνηση, η ενδυνάμωση και η εμπιστοσύνη είναι τέσσερις σημαντικές πτυχές προς την κατεύθυνση της βιώσιμης λύσης της απόδοσης του συστήματος υγείας. Η αποτελεσματική ηγεσία, λαμβάνει υπόψη παράγοντες, όπως οι προσδοκίες και τα κίνητρα της συμπεριφοράς τους, καθώς και τις συνθήκες εντός του οργανισμού. Ο απώτερος στόχος της ηγεσίας είναι να ενθαρρύνει και να ενισχύσει τους εργαζομένους, με βάση συγκεκριμένες μεθόδους που θα βοηθήσουν στη βελτίωση της αποδοτικότητας των εργαζομένων, χωρίς να διαταραχθεί η νοοτροπία τους. Σημείο αναφοράς για μια αποτελεσματική ηγεσία είναι να δημιουργηθεί ένα κλίμα εμπιστοσύνης με τους εργαζομένους. Χωρίς αυτό, πολλές από τις προσπάθειες της ηγεσίας θα ήταν ανεπιτυχείς. Τέλος, η ενδυνάμωση του προσωπικού συμβάλει θετικά στη διατήρηση τους και την ικανοποίηση τους από την εργασία.

Ενώ η περαιτέρω μελέτη είναι απαραίτητη σχετικά με τα κίνητρα για τους εργαζομένους της υγειονομικής περίθαλψης στις αναπτυσσόμενες χώρες, ορισμένα

σημεία είναι σαφή ήδη από τα όσα συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση. Το ενισχυμένο κίνητρο οδηγεί σε βελτιωμένη απόδοση, ενώ η αυξημένη ικανοποίηση από την εργασία οδηγεί σε μείωση του κύκλου εργασιών (μεγαλύτερη διατήρηση). Αν το κίνητρο είναι μια εσωτερική κατάσταση, είναι δυνατόν να επηρεάσει τις εξωτερικές αλλαγές στο χώρο εργασίας. Από τις διαθέσιμες μεθόδους για τη βελτίωση των κινήτρων, το σύστημα παροχής κινήτρων φαίνεται να είναι η πιο αξιόπιστη. Προκειμένου να είναι αποτελεσματικά , τα συστήματα παροχής κινήτρων θα πρέπει να είναι ανοικτά και διαφανή, δίκαια και συνεκτικά και να εφαρμόζεται εξαρτάται από την επίτευξη ενός στόχου. Υπάρχουν μέθοδοι χαμηλού κόστους παροχής κινήτρων, όπως είναι τα συστήματα αναγνώρισης, η ανακατανομή των υφιστάμενων προϋπολογισμών και η απόσπαση των δεδομένων απόδοσης.

Οι ηγέτες θα πρέπει επίσης να εξετάσουν την ανάπτυξη δεξιοτήτων ηγεσίας στο πιο χαμηλόβαθμο προσωπικό, ιδίως σε περιπτώσεις όπου υπάρχουν ελλείψεις σε νοσηλευτικό ή ιατρικό προσωπικό, όταν κάποιοι είναι απρόθυμοι να αναλάβουν ηγετικούς ρόλους. Η ηγεσία στη νοσηλευτική φροντίδα και στους επαγγελματίες υγείας είναι ζωτικής σημασίας για τη διασφάλιση των συνεπών προτύπων σε όλες τις πτυχές της φροντίδας και την οικοδόμηση ενός περιβάλλοντος για την αριστεία.

Βιβλιογραφία

Almgren G. (2007) Health care politics, policy, and services: a social justice analysis. New York: Springer Publishing Company

Bass B (1985) Leadership and Performance Beyond Expectations. Free Press, New York NY.

Bossidy L, Charan R. (2002) Execution: the discipline of getting things done. New York: Crown Business

Burns J (1978) Leadership. harper & Row, New York NY.

Calhoun JG, Dollett L, Sinioris ME, Wainio JA, Butler PW, Griffith JR, et al. Development of an interprofessional competency model for healthcare leadership. J Healthc Manag 2008. Nov-Dec;53(6):375-389, discussion 390-391

Carl, D., Gupta, V., & Javidan, M. (2004). Power distance. In R. J. House, P. J. Hanges, M. Javidan, P. W. Dorfman & V. Gupta (Eds.), Culture, leadership, and organizations: The GLOBE study of 62 societies (pp. 513- 563). Thousand Oaks, CA: Sage.

Carney M (2006) Health Service Management: Culture, Consensus & the Middle Manager. Oak Tree Press, Cork

Chen, Jui-chen, (2005), Leadership effectiveness, leadership style and employee redness. Leadership and organization development journal, v26, no 4, page 280-288(9).

Collins, M. H., Hair Jr, J. F., & Rocco, T. S. (2009). The older-worker—younger – supervisor dyad: A test of the Reverse Pygmalion effect. Human resource development q arterly, 20(1), 21-41.

Cummings G, MacGregor T, Davey M et al (2010) leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: a systematic review. International Journal of Nursing Studies. 47, 3, 363-385.

Deussom, Rachel, Jaskiewicz, Wanda (2014) "Using Evidence for Human Resources for Health Decision-Making: An Example from Uganda on Health Workforce

Recruitment and Retention." Online, at http://www.capacityplus.org/using-evidence-for-human-resources-for-health-decision-making

Deussom, Rachel, Wanda Jaskiewicz, Sarah Dwyer, and Kate Tulenko. (2012)."Holding Health Workers Accountable: Governance Approaches to Reducing Absenteeism." Technical Brief 3

Eastwood, John B., Rachel E. Conroy, Sarala Naicker, Peter A. West, Roger C. Tutt, and Jacob Plange-Rhule. (2005): "Loss of health professionals from sub-Saharan Africa: the pivotal role of the UK." *The Lancet 365, no. 9474 1893-1900.*

Eichler R, Auxilia P, Pollock J. (2001), *Output-based health care: paying for performance in Haiti. World Bank Reports on Public Policy for the Private Sector*, Note 236. Washington, DC: World Bank

Franco, Lynne Miller, Sara Bennett, and Ruth Kanfer. (2002): "Health sector reform and public sector health worker motivation: a conceptual framework." *Social science & medicine 54, no. 8 1255-1266.*

Garman AN, Brinkmeyer L, Gentry D, Butler P, Fine D. Healthcare leadership 'outliers': An analysis of Senior administrators from the top U.S. hospitals. J Health Adm Educ 2010;27(2):87-97

Gerowitz MB, Lemieux-Charles L, Heginbotham C and Johnson B (2006) Top management culture and performance in Canadian, UK and US hospitals, Health Services Management Research, 9: 69-78

Hasselhorn, H.M., Conway, P.M., Widerszal-Bazyl, M., Simon, M., Tackenberg, P., Schmidt, S.G. et al, (2004) Contribution of job strain to nurses' consideration of leaving the profession—results from the longitudinal European nurses' early exit study. Scandinavian Journal of Work Environment and Health. 6:75–82.

Hemphill, J. K., & Coons, A. E. (1957). Development of the leader behavior description questionnaire. In R. M. Stodgill and A. E. Coons (Eds.), Leader behavior: Its description and measurement. Columbus, Ohio: Bureau of Business Research, Ohio State University, pp. 6-38.

Henderson, Lyn N., and Jim Tulloch. (2002): "Incentives for retaining and motivating health workers in Pacific and Asian countries." Human resources for health 6, no. 1 18.

Herzberg, F. (1959). The motivation to work. New York: Wiley

Hofstede, G. (1980). Culture's consequences: International differences in work-related values. Beverly Hills: Sage.

Hofstede, G., & Hofstede, G. J. (2005). Cultures and organizations: Software of the mind. New York: McGraw-Hill.

House, R. J. (1999) Preface. In R. J. House, P. J. Hanges, M. Javidan, P. W. Dorfman & V. Gupta (Eds.), Culture, leadership, and organizations: The GLOBE study of 62 societies (pp. xxii-xxviii). Thousand Oaks, CA: Sage.

Kanfer, R., Chen, G., & Pritchard, R. D. (Eds.) (2008). Work motivation: Past, present, and future. New York: Taylor and Francis Group.

Kotter JP.(2001) What Leaders Really Do, Harvard Business Review, Special Issue. 2001:85–96.

Kotzee, T. J., and I. D. Couper. (2006): "What interventions do South African qualified doctors think will retain them in rural hospitals of the Limpopo province of South Africa." *Rural Remote Health 6, no. 3 581*

Lai, M., & Chen, Y. (2012). Self-efficacy, effort, job performance, job satisfaction, and turnover intention: The effect of personal characteristics on organization performance. International Journal of Innovation, Management and Technology, 3, 387-391. doi:10.7763/IJIMT.2012.V3.260

Lam, M., & Robertson, D. (2012). Organizational culture, tenure, and willingness to participate in continuous improvement projects in health care. The Quality Management Journal, 19(3), 7-15. Retrieved from http://www.asq.org/pub/qmj/

Lanzoni GMM, Meirelles BHS (2011), Leadership of the nurse: an integrative literature review. Rev latino-Am Enfermagem. 19(3):651-8.

Latham, G. P. (2012). Work motivation: History, theory, research, and practice. (2nd ed. E-Reader version). Retrieved from http://books.google.com/books

Lehmann, U., Dieleman, M., & Martineau, T. (2008). Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: A literature review of attraction and retention. BMC Health Services Research, 8 (1), 19.

Lewin, K. (1935). A dynamic theory of personality. New York, NY, US: McGraw-Hill.

Lord, R. G., Brown, D. J., & Freiberg, S. J. 1999. Understanding the dynamics of leadership: The role of follower self-concepts in the leader/follower relationship. Organizational Behavior and Human Decision Processes, 78: 167-203.

Manion J. (2005) From management to leadership: practical strategies for healthcare leaders.2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass

Maslach C, Goldberg J. (1998) Prevention of burnout: New perspectives. Applied Prevention Psychology;7:63–74

Maslach C, Schaufeli W, Leiter MP. (2001), job burnout. Annual Review of Psychology 52:397–422

McShane, S.L & Von Glinow, M.A 2003. Organizational behavior, McGraw Hill: Irwin

Mozes, M., Josman, Z., & Yaniv, E. (2011). Corporate social responsibility organizational identification and motivation. Social Responsibility Journal, 7, 310-325. doi:10.1108/17471111111141558

Northouse, P. G. (2007). Leadership: Theory and practice (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage

Petri, H.L & Govern, J.M (2004). Motivation: Theory, Research and Application. Wadsworth/Thomson, Inc.

Plsek, P. E., & Wilson, T. (2001). Complexity, leadership, and management in healthcare. British Medical Journal, 323, 746-749

Quinn RE, Kimberly JR. (1984). Paradox, planning, and perseverance: guidelines for managerial practice. In Managing Organizational Transitions, ed. JR Kimberly, RE Quinn, pp. 295–313. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin

Richards, D., & Engle, S. (1986). After the vision: Suggestions to corporate visionaries and vision chapmions. In Gray, J.H., & Densten I.L., & Sarros, J.C.;1; (2003). Profilling Australian small business leadership, Working Paper Series, ISBN 1327-5216, www.buseco.monash.edu/mgt/research/working-papers, 13.9.2011, 14:16.

Schneider B, Barbera KM, eds. (2013). The Oxford Handbook of Organizational Climate and Culture. Cheltenham, UK: Oxford Univ. Press. In press

Shipton, H., Armstrong, C., West, M. and Dawson, J. (2008), The impact of leadership and quality climate on hospital performance. International Journal for Quality in Health Care, 20 (6), 439-445

Stogdill, R.M., (1974): Handbook of leadership: A survey of the literature. New York: Free Press.

Trastek, V., Hamilton, N., & Niles, E. (2014). Leadership models in health care - a case for servant leadership. Mayo Clinic Proceedings, 89(3), 374-381.

Viorel, L., Aurel, M., Virgil, M. C., & Stefania, P. R. (2009). Employees Motivation Theories Developed At An International Level Annals of the University of Oradea, Economic Science Series, 18 (4), 324-328

Vroom VH. (1964), Work and motivation. New York, NY: John Wiley and Sons

Wang, D., Waldman, D. A., & Zhang, Z. (2014). A metaanalysis of shared leadership and team effectiveness. Journal of Applied Psychology, 99, 181–198.

Weick, K. E., Sutcliffe, K. M., & Obstfeld, D. (2006). Organizing and the process of sensemaking. Organization Science, 16, 409-421.

West, M., Borrill, C. S., Dawson, J. F., Brodbeck, F., Shapiro, D. A., & Haward, B. (2003). Leadership clarity and team innovation in health care. The Leadership Quarterly, 14(4-5), 393-410. 10.1016/S1048-9843(03)00044-4

Wiseman L, McKeown G. Multipliers: how the best leaders make everyone smarter. New York: Harper Collins. Garman, A. N. "Evidence update: Linking leadership Practices to organizational outcomes." Presentation to the NCHL Leadership Excellence Networks web meeting, October 21, 2011.

World Health Organization. (2006)"The world health report: 2006: working together for health."

World Health Organization. (2010) "Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations." World Health Organization

Yukl, G., (2006): Leadership in Organizations. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education