

Πανεπιστήμιο Δυτικής Μακεδονίας



Μεταπτυχιακό πρόγραμμα Διοίκηση Ανθρώπινου Δυναμικού,
Επικοινωνία και Ηγεσία

Σχολή Οικονομικών Επιστημών

Τμήμα Διοικητικής Επιστήμης και Τεχνολογίας

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

Περίοδοι μη κανονικότητας στην υγεία . Η περίπτωση του Covid-
19.Μελέτη περίπτωσης της γαστρεντερολογικής κλινικής του
Πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ιωαννίνων.

ΓΚΟΓΚΟΥ ΣΟΦΙΑ

A.M.113

(υποβλήθηκε στο Τμήμα Διοικητικής Επιστήμης και Τεχνολογίας – Πανεπιστήμιο
Δυτικής Μακεδονίας)

Περίοδοι μη κανονικότητας στην υγεία. Η περίπτωση του covid-19. Μελέτη περίπτωσης της γαστρεντερολογικής κλινικής του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ιωαννίνων

ΚΟΖΑΝΗ 2023

Πανεπιστήμιο Δυτικής Μακεδονίας

**Μεταπτυχιακό πρόγραμμα Διοίκηση Ανθρώπινου Δυναμικού,
Επικοινωνία και Ηγεσία**

Σχολή Οικονομικών Επιστημών

Τμήμα Διοικητικής Επιστήμης και Τεχνολογίας

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

**Περίοδοι μη κανονικότητας στην υγεία . Η περίπτωση του Covid-
19.Μελέτη περίπτωσης της Γαστρεντερολογικής κλινικής του
Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων.**

ΓΚΟΓΚΟΥ ΣΟΦΙΑ

A.M113

Επιβλέπων Καθηγητής:

Κωνσταντίνος Σπινθηρόπουλος

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή :

Σωτηρία Τριαντάρη

Μαρίνα Βέζου

*Περίοδοι μη κανονικότητας στην υγεία. Η περίπτωση του covid-19. Μελέτη περίπτωσης
της γαστρεντερολογικής κλινικής του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ιωαννίνων*

Κωνσταντίνος Σπινθηρόπουλος

Περίοδοι μη κανονικότητας στην υγεία. Η περίπτωση του covid-19. Μελέτη περίπτωσης της γαστρεντερολογικής κλινικής του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ιωαννίνων

«ΔΗΛΩΣΗ ΜΗ ΛΟΓΟΚΛΟΠΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΛΗΨΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ»

Περίοδοι μη κανονικότητας στην υγεία. Η περίπτωση του covid-19. Μελέτη περίπτωσης της γαστρεντερολογικής κλινικής του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ιωαννίνων

Με πλήρη επίγνωση των συνεπειών του νόμου περί πνευματικών δικαιωμάτων, δηλώνω ενυπογράφως ότι είμαι αποκλειστικός συγγραφέας της παρούσας Διπλωματικής Εργασίας, για την ολοκλήρωση της οποίας κάθε βοήθεια είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται λεπτομερώς στην εργασία αυτή. Έχω αναφέρει πλήρως και με σαφείς αναφορές, όλες τις πηγές χρήσης δεδομένων, απόψεων, θέσεων και προτάσεων, ιδεών και λεκτικών αναφορών, είτε κατά κυριολεξία είτε βάσει επιστημονικής παράφρασης. Αναλαμβάνω την προσωπική και ατομική ευθύνη ότι σε περίπτωση αποτυχίας στην υλοποίηση των ανωτέρω δηλωθέντων στοιχείων, είμαι υπόλογος έναντι λογοκλοπής, γεγονός που σημαίνει αποτυχία στην Διπλωματική Εργασία μου και κατά συνέπεια αποτυχία απόκτησης του Διπλώματος Μεταπτυχιακών Σπουδών, πέραν των λοιπών συνεπειών του νόμου περί πνευματικών δικαιωμάτων. Δηλώνω, συνεπώς, ότι αυτή η εργασία μου προετοιμάστηκε και ολοκληρώθηκε από εμένα προσωπικά και αποκλειστικά και ότι, αναλαμβάνω πλήρως όλες τις συνέπειες του νόμου στην περίπτωση κατά την οποία αποδειχθεί, διαχρονικά, ότι η εργασία αυτή ή τμήμα της δεν μου ανήκει διότι είναι προϊόν λογοκλοπής άλλης πνευματικής ιδιοκτησίας.

Όνομα & Επώνυμο Συγγραφέα (Με Κεφαλαία):

.....
...

Υπογραφή (Ολογράφως, χωρίς μονογραφή):

.....
...

Ημερομηνία (Ημέρα – Μήνας – Έτος):

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο	9
1.1 Τι είναι υγεία.....	9
1.2 Οργάνωση υγείας.....	9
1.3 Ποιότητα υπηρεσιών υγείας και κόστος.....	14
1.4 Περίοδοι κανονικότητας στον τομέα της υγείας.....	15
1.5 Μοντέλα κανονικότητας.....	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο	23
2.1 Ο ρόλος της Ηγεσίας στη Διαχείριση κρίσεων.....	23
2.2 Διαχείριση συγκρούσεων.....	26
2.3 Αποτελεσματική ηγεσία στις μονάδες υγείας.....	29
2.4 Διαχείριση συγκρούσεων στις μονάδες υγείας και αποτελεσματική άσκηση διοίκησης εν καιρώ COVID-19.....	33
2.5 Ανάπτυξη ηγεσίας στην υγειονομική περίθαλψη.....	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο	39
3.1 Λήψη αποφάσεων.....	39
3.2 Στρατηγικές, στάσεις και ενέργειες του ηγέτη στην οπτική μιας ορθολογικά ηθικής απόφασης.....	39
3.3 Μοντέλα λήψης αποφάσεων.....	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο	45
Στατιστική Ανάλυση - Μελέτη Περίπτωσης της Γαστρεντερολογικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων.	
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	75

*Περίοδοι μη κανονικότητας στην υγεία. Η περίπτωση του covid-19. Μελέτη περίπτωσης
της γαστρεντερολογικής κλινικής του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ιωαννίνων*

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	76
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	89

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία ασχολείται με τις περιόδους μη κανονικότητας στην υγεία. Αρχικά, στην εργασία γίνεται αναφορά στην υγεία και στην οργάνωση υγείας, ενώ αναφέρεται η έννοια της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Επίσης, γίνεται αναφορά στις περιόδους κανονικότητας στον τομέα της υγείας και στα μοντέλα κανονικότητας. Ειδική αναφορά γίνεται στο ρόλο της ηγεσίας στη διαχείριση κρίσεων, στην αποτελεσματική ηγεσία στις μονάδες υγείας, αλλά και στις στρατηγικές, στάσεις και ενέργειες του ηγέτη στην οπτική μιας ορθολογικά ηθικής απόφασης. Στη συνέχεια, πραγματοποιείται πρωτογενής ποσοτική έρευνα με χρήση ερωτηματολογίου (30) με σκοπό να διερευνήσει την περίπτωση του Covid-19 στην γαστρεντερολογική κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων.

Λέξεις – κλειδιά: κανονικότητα, υγεία, ηγέτης, διαχείριση συγκρούσεων

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 Τι είναι υγεία

Ο ορισμός της υγείας, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ,είναι «μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς την απουσία ασθένειας ή αναπηρίας» και περιλαμβάνει τους φυσικούς, ψυχικούς και κοινωνικούς τομείς. Στον φυσικό τομέα, ένας υγιής οργανισμός όταν έρχεται αντιμέτωπος με φυσιολογικό στρες, μπορεί να μειώσει την πιθανότητα βλάβης και να αποκαταστήσει την ισορροπία. Σε αντίθετη περίπτωση η βλάβη παραμένει και μπορεί να οδηγήσει σε ασθένεια. Στον ψυχικό τομέα, σύμφωνα με τον Antonovsky η «αίσθηση της συνοχής» συμβάλλει στην επιτυχή ικανότητα αντιμετώπισης και αποκατάστασης από ισχυρή ψυχολογικό στρες και αποφυγή μετατραυματικού στρες. Η αίσθηση της συνοχής βελτιώνει την ευεξία με αποτέλεσμα την αυξημένη αλληλεπίδραση μεταξύ νου και σώματος (Huberetal .2011).

Στον κοινωνικό τομέα, η υγεία μπορεί να θεωρηθεί ως μια δυναμική ισορροπία μεταξύ ευκαιριών και περιορισμών, που μετατοπίζεται στη ζωή και επηρεάζεται από εξωτερικές συνθήκες, όπως κοινωνικές και περιβαλλοντικές προκλήσεις. Με την επιτυχή προσαρμογή σε μια ασθένεια, οι άνθρωποι μπορούν να εργαστούν ή να συμμετέχουν σε κοινωνικές δραστηριότητες και να αισθάνονται υγιείς παρά τους περιορισμούς. Εάν οι άνθρωποι είναι σε θέση να αναπτύξουν επιτυχημένες στρατηγικές αντιμετώπισης, η μειωμένη λειτουργικότητα (σχετιζόμενη με την ηλικία) δεν αλλάζει έντονα την αντιληπτή ποιότητα ζωής, ένα φαινόμενο γνωστό ως το παράδοξο της αναπηρίας (Huberetal., 2011).

1.2 Οργάνωση υγείας

Τα συστήματα υγείας έχουν ζωτική και συνεχή ευθύνη για την υγεία των ανθρώπων καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Είναι ζωτικής σημασίας για την υγιή ανάπτυξη των ατόμων, των οικογενειών και των κοινωνιών παντού. Η πραγματική πρόοδος στον τομέα της υγείας προς τους Αναπτυξιακούς Στόχους της Χιλιετίας των Ηνωμένων Εθνών και

άλλες εθνικές προτεραιότητες υγείας εξαρτάται ζωτικά από ισχυρότερα συστήματα υγείας που βασίζονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η βελτίωση της υγείας είναι ξεκάθαρα ο κύριος στόχος κάθε συστήματος υγείας, αλλά δεν είναι ο μόνος. Ο στόχος της ίδιας της καλής υγείας είναι πραγματικά διπλός: το καλύτερο εφικτό μέσο επίπεδο – καλοσύνη – και οι μικρότερες εφικτές διαφορές μεταξύ ατόμων και ομάδων – δικαιοσύνη. Καλοσύνη σημαίνει ένα σύστημα υγείας που ανταποκρίνεται καλά σε αυτό που περιμένουν οι άνθρωποι από αυτό, και δικαιοσύνη σημαίνει ότι ανταποκρίνεται εξίσου καλά σε όλους, χωρίς κανενός είδους διακρίσεις (Donevetal., 2013).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, κάθε εθνικό σύστημα υγείας πρέπει να κατευθύνεται για την επίτευξη τριών γενικών στόχων: καλή υγεία, ανταπόκριση στις προσδοκίες του πληθυσμού και δίκαιη οικονομική συνεισφορά. Η πρόοδος προς αυτά εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το πόσο καλά τα συστήματα εκτελούν τέσσερις ζωτικές λειτουργίες. Αυτά είναι: παροχή υπηρεσιών, δημιουργία πόρων, χρηματοδότηση και διαχείριση. Η σύγκριση του τρόπου με τον οποίο εκτελούνται πραγματικά αυτές οι λειτουργίες παρέχει μια βάση για την κατανόηση των διακυμάνσεων της απόδοσης με την πάροδο του χρόνου και μεταξύ των χωρών. Υπάρχουν ελάχιστες απαιτήσεις που κάθε σύστημα υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να πληροί δίκαια: πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες για οξείες και χρόνιες ανάγκες υγείας, αποτελεσματικές υπηρεσίες προαγωγής της υγείας και πρόληψης ασθενειών και κατάλληλη ανταπόκριση σε νέες απειλές καθώς εμφανίζονται (αναδυόμενες μολυσματικές ασθένειες, γήρανση του πληθυσμού και αυξανόμενο βάρος μη μεταδοτικών ασθενειών και τραυματισμών και επιπτώσεις στην υγεία των παγκόσμιων περιβαλλοντικών αλλαγών), (Donevetal., 2013).

Τα συστήματα υγείας έχουν συμβάλει πάρα πολύ στην καλύτερη υγεία για το μεγαλύτερο μέρος του παγκόσμιου πληθυσμού κατά τον 20ό αιώνα και μετά. Πλέον, τα συστήματα υγείας, σε όλες τις χώρες, πλούσιες και φτωχές, διαδραματίζουν μεγαλύτερο και πιο επιδραστικό ρόλο στις ζωές των ανθρώπων από ποτέ. Τα συστήματα υγείας κάποιου είδους υπάρχουν εδώ και πολύ καιρό, καθώς οι άνθρωποι προσπαθούσαν να προστατεύσουν την υγεία τους και να θεραπεύσουν ασθένειες. Παραδοσιακές πρακτικές, συχνά ενσωματωμένες με πνευματική συμβουλευτική και παροχή τόσο προληπτικής όσο και θεραπευτικής φροντίδας, υπάρχουν εδώ και χιλιάδες χρόνια και συχνά συνυπάρχουν

σήμερα με τη σύγχρονη ιατρική. Πολλές από αυτές εξακολουθούν να αποτελούν τη θεραπεία εκλογής για ορισμένες παθήσεις υγείας ή να καταφεύγουν σε αυτές επειδή οι σύγχρονες εναλλακτικές δεν είναι κατανοητές ή δεν εμπιστεύονται, ή αποτυγχάνουν ή είναι πολύ ακριβές. Τα συστήματα υγείας έχουν υποστεί αλληλεπικαλυπτόμενες γενιές μεταρρυθμίσεων τα τελευταία 100 χρόνια, συμπεριλαμβανομένης της ίδρυσης εθνικών συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης και της επέκτασης των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης. Αργότερα, η προώθηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ήρθε ως ένας δρόμος για την επίτευξη οικονομικής καθολικής κάλυψης – στόχος της υγείας για όλους. Τις τελευταίες δύο δεκαετίες υπήρξε μια σταδιακή μετατόπιση του οράματος προς αυτό που ο ΠΟΥ αποκαλεί «νέα οικουμενικότητα». Αντί για κάθε δυνατή φροντίδα για όλους, ή μόνο για την απλούστερη και βασική φροντίδα για τους φτωχούς, αυτό σημαίνει παροχή σε όλη την βασική φροντίδα υψηλής ποιότητας, που ορίζεται κυρίως από κριτήρια αποτελεσματικότητας, κόστους και κοινωνικής αποδοχής. Αυτή η μετατόπιση οφείλεται εν μέρει στις βαθιές πολιτικές και οικονομικές αλλαγές των τελευταίων 20 ετών περίπου με τη μετατροπή από κεντρικά σχεδιασμένες σε οικονομίες προσανατολισμένες στην αγορά, μειωμένη κρατική παρέμβαση στις εθνικές οικονομίες, λιγότερους κυβερνητικούς ελέγχους και περισσότερη αποκέντρωση (Donevetal., 2013).

Η θεωρία οργάνωσης περιλαμβάνει τη μελέτη της συμπεριφοράς των οργανισμών και των εταιρειών σε καταστάσεις. Δεδομένου ότι οι οργανισμοί αποτελούνται από ανθρώπους που εκτελούν καθήκοντα για την επίτευξη κοινών στόχων ή σκοπών μέσω του καταμερισμού της εργασίας, η κατανόηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς είναι απαραίτητη για να παρέχει κάποια προβλεψιμότητα της ανθρώπινης δράσης, όταν αντιμετωπίζει εσωτερικές και εξωτερικές προκλήσεις, π.χ. διαδικασίες λήψης αποφάσεων, διανομή και διαμόρφωση εξουσίας και ελέγχου, επίλυση συγκρούσεων και, μεταξύ άλλων, η ικανότητα αλλαγής. Η παροχή υπηρεσιών υγείας μπορεί να κατηγοριοποιηθεί ευρέως σε δύο τύπους (Fuchs, 2013). Στην εξατομικευμένη προσέγγιση, η κύρια εστίαση είναι η παροχή υπηρεσιών υγείας υψηλής τεχνολογίας, υψηλού κόστους σε άτομα με οικονομικούς πόρους, προνομιακά οφέλη ή επιδοτούμενο από την κυβέρνηση αλλά αναμένουν τις ίδιες δαπανηρές υπηρεσίες (Lipsitz, 2012). Αντίθετα, η υγειονομική περίθαλψη

προσανατολισμένη στην κοινότητα, κατευθύνεται κυρίως στις ανάγκες της κοινότητας (Smith, 2008).

Οι χώρες με έλλειψη πόρων αντιμετωπίζουν σημαντικές προκλήσεις όσον αφορά την οργάνωση ιδρυμάτων, τη χρηματοδότηση των αναγκών υγειονομικής περίθαλψής τους, τη διασφάλιση της πρόσβασης σε παρεμβάσεις υγειονομικής περίθαλψης που έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές και, τον εντοπισμό και την υπέρβαση φραγμών που εμποδίζουν την πλήρη εφαρμογή των πολιτικών και παρεμβάσεων για την υγεία (Gottret, 2006; Jacobs, 2011; O'Donnell, 2007). Ως εκ τούτου, οι χώρες με έλλειψη πόρων πρέπει να αναδιοργανώσουν τα ιδρύματά τους και να εφαρμόσουν συστήματα χρηματοδότησης για να χρηματοδοτήσουν επαρκώς ένα πρόγραμμα υγειονομικής περίθαλψης για να ανταποκριθούν στις προκλήσεις τους και να διασφαλίσουν δίκαιη πρόσβαση σε αποτελεσματικές παρεμβάσεις στον τομέα της υγείας (Gottret, 2006). Αν και δεν υπάρχει καθολικός ορισμός της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη, μια ευρεία αρχή θα ήταν ο ορισμός των Petersetal. 2008 «η έγκαιρη χρήση των υπηρεσιών ανάλογα με τις ανάγκες» (Peters, 2008) ενώ η χρήση μπορεί να λειτουργήσει για πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη (Jacobs, 2011). Ο O'Donnell, το 2007, διχοτόμησε την πρόσβαση στην υγεία σε στοιχεία από την πλευρά της προσφοράς και της ζήτησης, τα οποία και τα δύο πρέπει να αντιμετωπιστούν για να αυξηθεί η διαθεσιμότητα και να βελτιωθεί η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης σε χώρες χαμηλού εισοδήματος με πρόκληση πόρων. Ενώ η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη μπορεί να αναφέρεται στη γεωγραφική διαθεσιμότητα, έχει τέσσερις διαστάσεις: διαθεσιμότητα, προσβασιμότητα, προσιτή τιμή και αποδοχή (O'Donnell, 2007). Τα εμπόδια στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας συνοψίζονται ως εξής:

- Διαθεσιμότητα. Οι χώροι παροχής υπηρεσιών υγείας πρέπει να είναι προσβάσιμοι στον πληθυσμό που εξυπηρετεί. Μια χώρα χαμηλού εισοδήματος μπορεί να συγκεντρώσει μόνο το 18% του κατά κεφαλήν ΑΕΠ (δηλαδή, 54 \$ των 300 \$) σε όλες τις δημόσιες δαπάνες, συμπεριλαμβανομένων των δαπανών άμυνας, δρόμους, αεροδρόμια, υπηρεσίες κοινής ωφελείας, εκπαίδευση, συντάξεις υγείας κ.λπ., σε αντίθεση με το 32% του υψηλότερο ΑΕΠ σε χώρες υψηλού εισοδήματος (Gottret, 2006). Η υποδομή επικοινωνιών καθίσταται απαραίτητη για την παροχή υπηρεσιών υγείας σε μια κοινότητα. Οι δρόμοι, οι γέφυρες, οι

σήραγγες και άλλες υπηρεσίες μεταφοράς είναι σημαντικές μεταφορές και μεταφορά ασθενών. Η πρόοδος στην τηλεϊατρική, τα ηλεκτρονικά αρχεία υγείας θα συντόνιζε αποτελεσματικότερα την κλινική φροντίδα. Η διαθεσιμότητα εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, εξοπλισμού, φαρμάκων συμβάλλουν στα πλευρικά εμπόδια της προσφοράς στην αποτελεσματική υγειονομική περίθαλψη

- **Προσβασιμότητα.** Ο κύριος παράγοντας που συνεισφέρει στη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα στον αναπτυσσόμενο κόσμο είναι από μολυσματικές ασθένειες για τις οποίες είναι γνωστές και διαθέσιμες αποτελεσματικές μέθοδοι πρόληψης και θεραπείας, αλλά υποχρησιμοποιούνται σημαντικά (O'Donnell, 2007). Η παροχή κακής ποιότητας δημόσιας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μειώνει τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας. Κατά συνέπεια, υπάρχει υποχρησιμοποίηση αποτελεσματικών παρεμβάσεων για την υγεία μεταξύ των φτωχών. Οι εκπαιδευτικοί παράγοντες και οι πολιτισμικές συμπεριφορές μπορεί να μειώσουν τη ζήτηση, ενώ η έλλειψη πόρων και οι προκλήσεις χρηματοδότησης συμβάλλουν στην αναντιστοιχία μεταξύ των βασικών υπηρεσιών υγείας και των πραγματικών αναγκών της κοινότητας, παρά το γεγονός ότι οι αποτελεσματικές παρεμβάσεις υγείας δεν είναι πολύ δαπανηρές (O'Donnell, 2007).

- **Προσιτότητα.** Οι χώρες υψηλού εισοδήματος δαπανούν 100 φορές περισσότερα για την κατά κεφαλήν υγειονομική περίθαλψη από τις χώρες χαμηλού εισοδήματος με έλλειψη πόρων και οι μισές δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη προέρχονται από την τσέπη τους. Στις χώρες χαμηλού εισοδήματος, το 93% του κόστους υγειονομικής περίθαλψης βαρύνει τα άτομα σε αντίθεση με το 56% στις χώρες υψηλού εισοδήματος (Gottret, 2006). Η έλλειψη ολοκληρωμένων προγραμμάτων ασφάλισης υγείας και το υψηλό κόστος των ιατρικών υπηρεσιών είναι αποτρεπτικός παράγοντας για την πρόσβαση στην αποτελεσματική παρέμβαση υγείας, καθώς το κόστος υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να αντιπροσωπεύει υψηλό ποσοστό του ετήσιου εισοδήματος ενός φτωχού ατόμου (O'Donnell, 2007).

- **Αποδοχή.** Οι πολιτιστικές συμπεριφορές και η εξάρτηση από την παραδοσιακή ιατρική μπορεί να εμποδίσουν τη χρήση των παρεμβάσεων για την υγεία, ενώ ο έλεγχος του φύλου μπορεί να περιορίσει την πρόσβαση των γυναικών στην υγειονομική περίθαλψη. Η

αντίσταση των ανδρών στη χρήση προφυλακτικών λόγω πολιτιστικών στάσεων και στάσεων ως προς το φύλο προάγει την εξάπλωση των ΣΜΝ. Άλλοι παράγοντες περιλαμβάνουν την κακή αναγνώριση των συμπτωμάτων της νόσου, την άγνοια των διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας, την έλλειψη εκπαίδευσης για προληπτικά μέτρα όπως ο εμβολιασμός και την έννοια της νόσου (O'Donnell, 2007). Οι κακές ποιότητες, οι ασυνέπειες στην παροχή υπηρεσιών, η έλλειψη φαρμάκων, μεταξύ άλλων, συμβάλλουν επίσης στην κακή χρήση της δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης συχνά έχουν ως αποτέλεσμα οι ασθενείς να παρακάμπτουν το σύστημα για να έχουν πρόσβαση σε ακριβότερη περίθαλψη.

Υπάρχουν διάφορα μοντέλα για την εφαρμογή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης με τρεις βασικές αρχές: παροχή ενός βασικού πακέτου βασικών υπηρεσιών υγείας με δίκαιο, αποτελεσματικό και βιώσιμο τρόπο για την προστασία από καταστροφικές ιατρικές δαπάνες που χρηματοδοτούνται κατάλληλα, διαχείριση κεφαλαίων για τη δίκαιη και αποτελεσματική κατανομή των παροχών και αγορά υπηρεσιών υγείας που είναι τεχνικά αποτελεσματικές και κατανεμημένες σωστά (Gottret, 2006).

1.3 Ποιότητα υπηρεσιών υγείας και κόστος

Η θεωρία της αντίληψης του κόστους χρησιμοποιείται για τη μοντελοποίηση των εξόδων της υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό αναφέρεται στη χρηματική αξία που καταβάλλεται για ένα δεδομένο προϊόν ή υπηρεσία. Το αντιληπτό κόστος μπορεί επίσης να γίνει κατανοητό ως η αξία που ανταλλάσσουν οι καταναλωτές προκειμένου να αποκτήσουν και να χρησιμοποιήσουν ένα συγκεκριμένο προϊόν ή υπηρεσία (Kotler&Armstrong, 2012). Είναι ευρέως κατανοητό ότι το κόστος συνδέεται άμεσα με το προϊόν που προσφέρεται και ότι η τιμή είναι ανάλογη με τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Ο Buttle (1995) εξήγησε περαιτέρω ότι το κόστος είναι το συνολικό άθροισμα όλων των θυσιών που έγιναν από τους καταναλωτές για την απόκτηση των πλεονεκτημάτων ενός συγκεκριμένου προϊόντος. Με απλούστερους όρους, το κόστος είναι το πραγματικό χρηματικό ποσό που δαπανάται για την αγορά αγαθών ή υπηρεσιών, που αντιπροσωπεύει την ανταλλαγή νομίσματος για την επιλογή του προϊόντος ή της υπηρεσίας που παρέχεται από τους πωλητές.

Έρευνες που έχουν διεξαχθεί στο παρελθόν έχουν δείξει μια συσχέτιση μεταξύ της αντίληψης του κόστους και της ικανοποίησης. Μια έρευνα από τους Herrmannetal. (2007) ανέλυσαν την επίδραση της αντίληψης κόστους στην ικανοποίηση και διαπιστώθηκε ότι η ικανότητα να δικαιολογείται ένα σημείο τιμής συνδέεται με το επίπεδο ικανοποίησης που αισθάνεται ο πελάτης. Ωστόσο, τα αποτελέσματα από μια διαφορετική μελέτη που διεξήχθη από τους Lailiaetal. (2012) παρουσιάζουν μια αντίθετη άποψη. Τα ευρήματα δείχνουν ότι παρόλο που η ποιότητα των υπηρεσιών και η αξία των καταναλωτών επηρεάζουν την ικανοποίηση των καταναλωτών, η αντίληψη του κόστους δεν έχει αξιοσημείωτη επίδραση στην ικανοποίηση των πελατών.

Υπάρχουν συνήθως πέντε παράγοντες που χρησιμοποιούνται για να μετρηθεί ο βαθμός ικανοποίησης μεταξύ των πελατών. Αυτοί οι παράγοντες περιλαμβάνουν την ποιότητα του προϊόντος, την ποιότητα της υπηρεσίας, τη συναισθηματική πτυχή, το κόστος και την τιμή. Ο Tjiptono (2008) έχει σημειώσει ότι η ικανοποίηση των πελατών μπορεί να οδηγήσει σε πολλά οφέλη για έναν οργανισμό, όπως η ικανότητα να ανταποκρίνεται σε μια στρατηγική παραγωγού χαμηλού κόστους, το οικονομικό κέρδος μέσω της διατήρησης των πελατών, η αύξηση της αξίας ζωής των πελατών, η διάδοση θετικής από στόμα σε στόμα και συνολική ικανοποίηση των πελατών. Αυτά τα οφέλη χρησιμεύουν ως δείκτης της μελλοντικής επιτυχίας μιας επιχείρησης (Tjiptono, 2008).

Σύμφωνα με τον Chan και τους συνεργάτες του (2003), οι τιμές παίζουν κρίσιμο ρόλο στον καθορισμό της ικανοποίησης των πελατών. Ως αποτέλεσμα, οι πελάτες που είναι ικανοποιημένοι με ένα προϊόν ή μια υπηρεσία είναι πιο πιθανό να μοιραστούν θετικά σχόλια με άλλους. Αντίθετα, η έρευνα των Tomida και Satrio (2016) υποδηλώνει ότι η από στόμα σε στόμα δεν έχει αντίκτυπο στην αντίληψη των πελατών για το κόστος.

1.4 Περίοδοι κανονικότητας στον τομέα της υγείας

Στην κλινική πράξη, η κανονικότητα βρίσκεται στη βάση όλων των συγκρίσεων (Koeslag, 1993). Από την κανονικότητα πηγάζει τόσο η υγεία όσο και η ασθένεια, με επιπτώσεις από την αυτοαντίληψη του ασθενούς και την επικοινωνία γιατρού-ασθενούς, στον στόχο της ιατρικής παρέμβασης, των ασφαλιστηρίων συμβολαίων υγείας και των μέτρων δημόσιας

υγείας (Boorse, 2014). Η διάδοση των ιατρικών πληροφοριών, που είναι στη διάθεση του κοινού, και οι τεχνολογικές δυνατότητες θα πρέπει να συμβαδίζουν με τον εννοιολογικό και ηθικό γραμματισμό. Οι ανησυχητικές ερμηνείες πολλαπλασιάζονται εις βάρος μιας ισορροπημένης σχέσης με θέματα υγείας. Τα διαγνωστικά και τα θεραπευτικά μέσα για την επίτευξη μιας δεδομένης κανονικότητας προκαλούν δημόσια αστάθεια που αξίζει προσοχής, καθώς αυτή η μεταβαλλόμενη φύση της υγείας είναι αναπόφευκτη και η ομαλοποίηση των παραμέτρων δεν αποτελεί λύση για μια ισορροπημένη προσέγγιση της ζωής. Δεδομένου ότι υπάρχουν εργαλεία για την αλλαγή των συνθηκών, η κύρια εστίαση πρέπει να είναι στον καθορισμό του πότε πρέπει να παρέμβει (Beutler&Waaen, 2006). Η ιατρική λέγεται ότι είναι η πιο ανθρώπινη από τις επιστήμες και η πιο επιστημονική από τις ανθρωπιστικές επιστήμες. Ως επιστήμη που αγωνίζεται για την αντικειμενικότητά της και ως ανθρωπότητα που αναζητά την κατανόηση, οι έννοιες που θέτουν τα θεμέλια για την ιατρική πρέπει να καθοριστούν με σαφήνεια. Με την ποικιλία των θεμάτων όπου εφαρμόζεται ο όρος κανονικότητα και με διαφορετικές σημασίες, παρεξηγήσεις συμβαίνουν εύκολα (Boorse, 2014).

Οι φιλόσοφοι της ιατρικής θεωρούν την κανονικότητα είτε άμεσα είτε έμμεσα μαζί με την έννοια της υγείας και της ασθένειας. Καταρχήν, πρέπει να εξεταστούν τα θεμέλια για τη θεωρία της ιατρικής. Ιστορικά, ο Πλάτωνας και ο Αριστοτέλης μεταφέρουν ότι η ιατρική παράγει υγεία. Ο Πλάτων κατανοούσε την υγεία σε μια ιεραρχική σειρά, σύμφωνα με την οποία υγεία θα σήμαινε την υπεροχή της ψυχής έναντι του σώματος, και έτσι το λογικό μέρος θα ξεπερνούσε το επιθυμητό. Σύμφωνα με την άποψη του Αριστοτέλη ότι η κίνηση είναι μια πραγματοποίηση μιας δυνατότητας, η υγεία μπορεί να ερμηνευθεί ως η ικανότητα επίτευξης στόχων, όντας πιο υγιής αυτός με περισσότερες επιλογές ή δυνατότητες (Schmidt, 2010).

Η σύγχρονη ιατρική εμφανίζεται τον δέκατο ένατο αιώνα, και σύμφωνα με την άποψη των Canguilhem και Foulcaut (1991), είναι προϊόν δύο επαναστατικών αλλαγών στον κλινικό προσανατολισμό που οργάνωσαν τη θεωρία της ιατρικής σε οντολογική και φυσιολογική. Η οντολογική ήταν η προσπάθεια συσχέτισης της ανατομικής παθολογίας με κλινικά σημεία και συμπτώματα. Στη συνέχεια, η φυσιολογία έφερε μια πειραματικά βασισμένη ιατρική, καθώς από τη δεκαετία του 1820 ο Broussais παρατήρησε ότι το φυσιολογικό και

το παθολογικό θα μπορούσαν να είναι θέμα διαφορετικής έντασης, σε μια μετρήσιμη συνάρτηση με συνεχείς τιμές. Ο Παστέρ στα μέσα του δέκατου ένατου αιώνα με την πειραματική του εργασία για τη θεωρία των μικροβίων ταιριάζει με την οντολογική αντίληψη, ενώ τον 20ό αιώνα η γαλλική και η γερμανική αναγωγική σχολή ήταν επιρρεπείς στην ποσοτικοποίηση των φυσιολογικών διεργασιών. Αξίζει επίσης να σημειωθεί ο αντίκτυπος από το μοντέλο βιολογικής τάξης και λειτουργίας που έφερε ο Δαρβίνος με τη δημοσίευση *On the Origin of Species*, υποθέτοντας ένα συνεχώς μεταβαλλόμενο είδος που μπορεί να προεκταθεί σε θέματα όπως η ανοσολογία (Tauber, 1994).

Η βιβλιογραφία σχετικά με την εννοιολόγηση της κανονικότητας στην ιατρική αναλύθηκε μέσω αυτής της αναθεώρησης με σκοπό την καλύτερη κατανόηση των μοντέλων που προτείνονται μέχρι στιγμής, ποια είναι τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματά τους όσον αφορά το πώς ταιριάζουν στην τρέχουσα χρήση και πώς προωθούν την επαρκή επικοινωνία και τις επακόλουθες αποφάσεις. Κανένας ασθενής δεν συμμετείχε σε αυτή την εργασία. Το θέμα της κανονικότητας στην ιατρική αποτελεί τη βάση της κλινικής πρακτικής και έχει αρκετές επιπτώσεις στη δημόσια ζωή, που έχει συζητηθεί από την αρχαιότητα σε αυτά τα πλαίσια. Η κανονικότητα ήταν συχνά συνώνυμο με την υγεία, είτε από το BST είτε από άλλες θεωρίες, και αυτός είναι ο πιο δημοφιλής ορισμός. Ωστόσο, έχει χρησιμοποιηθεί εννοώντας ένα ιδανικό, μια διαδικασία ή ένα βιολογικό πλεονέκτημα. Η σύλληψη του τι είναι φυσιολογικό δεν συζητείται συχνά και λόγω του φιλοσοφικού του χαρακτήρα είναι δύσκολο να τεθούν σαφείς ερωτήσεις και απαντήσεις. Με την ανάπτυξη στις κοινωνίες και την πρόοδο στις ιατρικές πληροφορίες και τεχνολογίες, ένας σαφής ορισμός των σκοπών του απαιτεί περαιτέρω σκέψη σχετικά με το τι είναι η κανονικότητα στην ιατρική (Catitaetal., 2020).

1.5 Μοντέλα κανονικότητας

Η κανονικότητα δεν έχει συναινετικό ορισμό στην ιατρική βιβλιογραφία. Δεν διαφέρει μόνο το νόημα, αλλά και ο τρόπος με τον οποίο εννοείται. Σε μια απλοϊκή άποψη, μπορεί να έχει μια νατουραλιστική ή κανονιστική προσέγγιση. Το πρώτο προσπαθεί να

προσδιορίζει τι σημαίνει ο όρος για αυτούς που τον εφαρμόζουν, ανεξάρτητα από αξιολογικές κρίσεις. Το κανονιστικό ως πιο εποικοδομητική πρόθεση, όπου το νόημα καθιερώνεται από τους θεωρητικούς (Hamilton, 2010).

Βιοστατιστική θεωρία (BST)

Το BST της υγείας, είναι μια καθιερωμένη νατουραλιστική ανάλυση του Christopher Boorse, που συζητήθηκε και αναθεωρήθηκε από τη δεκαετία του εβδομήντα (Boorse, 2014). Σύμφωνα με αυτό, η υγεία είναι συνώνυμο της κανονικότητας και αντιπροσωπεύει την πλήρη απουσία παθολογικών καταστάσεων. Εν συντομία, η υγεία είναι η φυσιολογική λειτουργική ικανότητα για ένα μέλος της κατηγορίας αναφοράς. Αυτή η κανονική συνάρτηση αναφέρεται σε μια στατιστικά τυπική συμβολή ενός μέρους ή μιας διαδικασίας στην ατομική τους επιβίωση [ή] αναπαραγωγή. Η κατηγορία αναφοράς καθορίζεται από την ηλικιακή ομάδα και το φύλο, μεταφράζοντας ένα ομοιόμορφο λειτουργικό σχέδιο. Μια παθολογική κατάσταση είναι τότε η εσωτερική κατάσταση στην οποία αυτές οι φυσιολογικές λειτουργίες επηρεάζονται κάτω από την τυπική απόδοση. Αυτή η θεωρία ενοποιεί πολλές έννοιες, μερικές από τις οποίες συζητούνται παρακάτω, και είναι επαρκής για πολλά πρακτικά πλαίσια, καθώς είναι τα κύρια πλεονεκτήματά της η νατουραλιστική και ποσοτικοποιήσιμη προσέγγισή της, τόσο σημαντική για την επίτευξη αντικειμενικότητας και δικαιοσύνης. Δεδομένου ότι αυτή η θεωρία είναι περιεκτική και ο συγγραφέας έκανε αρκετές δημοσιεύσεις και προσαρμογές σε αντίκρουση σε πολλούς από τους κριτικούς, εκτιμάται για τη συνοχή της και για τη δυνατότητα έντονης συζήτησης (Boorse, 2014).

Από την άλλη πλευρά, το απλό γεγονός ότι αυτός ο ορισμός θα σήμαινε ότι ένα άτομο είναι φυσιολογικό μόνο όταν είναι υγιές και ότι ένα άτομο με οποιαδήποτε ασθένεια είναι ανώμαλο είναι κάτι που πρέπει να έχουμε κατά νου σχετικά με τις επιπτώσεις του στις κοινωνικές απόψεις για την ασθένεια. Όπως επισημαίνει ο Koeslag (1993), το φυσιολογικό συνδέεται με το συνηθισμένο. Αυτό σημαίνει ότι ανεξάρτητα από τη λειτουργία που μετράται, το ίδιο ποσοστό ασυμπτωματικών ατόμων θα θεωρείται εκτός του εύρους του φυσιολογικού (5% είναι η τιμή που χρησιμοποιείται από προεπιλογή) και η

υποφυσιολογική ουρά θεωρείται άρρωστη από τον Boorse. Με 10 ανεξάρτητες δοκιμές για διαφορετικές συναρτήσεις, η πιθανότητα να έχουμε τουλάχιστον μία εξωκανονική τιμή είναι 42%, ενώ αν γίνουν 25 δοκιμές, η πιθανότητα είναι 75%. Αντίστροφα, όλες οι ασθένειες θα έχουν την ίδια συχνότητα. Αυτοί είναι φυσικά σημαντικοί περιορισμοί στη χρήση μιας βιοστατιστικής προσέγγισης, καθώς δεν έχει καλή ενσωμάτωση της παραλλαγής και του απλού πολυμορφισμού(Catitaetal., 2020).

Υγεία

Η κανονικότητα που νοείται ως υγεία είναι μια διαδεδομένη άποψη στην ιατρική φιλοσοφία. Οι όροι χρησιμοποιούνται εναλλακτικά. Διαφορετικοί φιλόσοφοι δίνουν κάποιες αποχρώσεις στην αντίληψη της υγείας, οι οποίες μπορούν να ταξινομηθούν είτε ως νατουραλιστικές είτε ως κανονιστικές. Ο Nordenfelt(1993) παρουσιάζει έναν ορισμό για την υγεία στην Ολιστική Θεωρία της Υγείας (HST), που προσδιορίζει την υγεία με την ικανότητα επίτευξης ζωτικών στόχων σε τυπικές συνθήκες. Ο Wakefield(2014) παρουσιάζει την ανάλυση επιβλαβούς δυσλειτουργίας (HDA), προσθέτοντας ότι η μερική δυσλειτουργία δεν αρκεί για να θεωρηθεί μια δεδομένη κατάσταση ως ασθένεια. Σε μια κοινωνική κλίμακα, ο καθορισμός των προσδοκιών για το τι είναι φυσιολογικό καθορίζει, για παράδειγμα, την ασφαλιστική κάλυψη. Ακόμα κι αν η υγεία δεν έχει σαφή ορισμό, η προαγωγή της υγείας θεωρείται γενικά ως στόχος της κλινικής ιατρικής. Σύμφωνα με τον Wakefield (2014), με την HDA, το να είναι φορτωμένο με αξία είναι απαραίτητο για την ανάλυση των θεμελίων μιας πρακτικής δραστηριότητας όπως η ιατρική έναντι μιας καθαρής επιστήμης, επομένως αυτό αποτελεί εκ των ων ουκ άνευ προϋπόθεση για οποιαδήποτε αντίληψη της κανονικότητας ως υγείας. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με τη νατουραλιστική προσέγγιση που προτείνει ο Boorse(2014). Ο Nordenfelt υπερασπίζεται ότι η υγεία δεν είναι κανονικότητα, καθώς οι καταστάσεις δεν είναι ασθένειες επειδή είναι μη φυσιολογικές. Ο καρκίνος δεν είναι ασθένεια επειδή είναι μη φυσιολογικός αλλά επειδή συνεπάγεται φυσιολογικές δυσλειτουργίες. Σημειώνοντας ότι τα περιστατικά γρίπης είναι φυσιολογικά, αλλά όχι υγιή, η υγεία μπορεί να θεωρηθεί ως ειδική περίπτωση

κανονικότητας. Αυτό οδηγεί στην κατεξοχήν πρόκληση της οριοθέτησης μεταξύ του φυσιολογικού και του παθολογικού (Catitaetal., 2020).

Ιδανικό

Ο Vesalius απεικόνισε μια ανατομία που κανένας ζωντανός άνθρωπος δεν έχει. Οι μειώσεις που συνεπάγονται αυτές οι απεικονίσεις είναι μείζονος διδακτικής σημασίας. Επιπλέον, η ιατρική παρέμβαση συνεπάγεται στόχους που πρέπει να επιτευχθούν. Οι απλουστεύσεις αποτελούν ουσιαστικό εγχείρημα όταν αντιμετωπίζονται σύνθετα ζητήματα, καθώς η μείωση σε κατηγορίες επιτρέπει τη λήψη μέτρων (Schwartz, 2014). Επιτρέπει τη διατύπωση κατευθυντήριων γραμμών, αλγορίθμων αποφάσεων και ως εκ τούτου μπορεί επίσης να έχει νομικές λειτουργίες. Αυτό είναι ένα νατουραλιστικό μοντέλο κανονικότητας αφού ο προσδιορισμός των ιδανικών ιδιοτήτων ορίζεται από τη βέλτιστη λειτουργία και όχι από την προσωπική κρίση. Από την άλλη πλευρά, αυτό το ιδανικό χαρακτηριστικό δεν έχει ανεξάρτητο νόημα. Τίποτα δεν μπορεί να είναι παγκοσμίως βέλτιστο. Το καλύτερο σε μια συνάρτηση μπορεί να λειτουργήσει εις βάρος άλλων. Αυτές είναι άπιαστες προσδοκίες ενσωματωμένες στη συλλογική συνείδηση που είναι στην πραγματικότητα μη ρεαλιστικές απαιτήσεις (Tauber, 1994).

Διαδικασία

Σύμφωνα με τον Canguilhem, ο οποίος αντιπαραβάλλει το φυσιολογικό και το παθολογικό αντί για την υγεία και την ασθένεια, η κανονικότητα είναι μια διαδικασία και αντανακλά την ικανότητα προσαρμογής σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο, εσωτερικό και εξωτερικό. Ο οργανισμός δομεί αυτά τα περιβάλλοντα, αντί να υποτάσσεται σε αυτά. Υπάρχει αυτοοργάνωση. Τα άτομα παίρνουν τις δικές τους αποφάσεις σχετικά με το τι θεωρούν καλύτερο για τη ζωή τους. Σε αυτό το μοντέλο η κανονικότητα δεν είναι ούτε στατιστική ούτε η απουσία ασθένειας (Stempsey, 2006). Η κανονικότητα ως διαδικασία έχει το πλεονέκτημα της ενσωμάτωσης της μεταβλητότητας. Ο Rudnick (2000) προτείνει ότι ορισμένες αναπηρίες είναι τόσο συχνές στη ζωή κάποιου που μπορούν να ερμηνευθούν ως

φυσιολογικές παραλλαγές. Αυτά μπορούν να αντισταθμιστούν πλήρως με μηχανισμούς αυτοοργάνωσης όπου βρίσκονται εναλλακτικές λύσεις στις διαταραγμένες δομές και λειτουργίες. Από αυτή την άποψη, η αναπηρία εμφανίζεται ως παθολογική μόνο όταν η αυτοοργάνωση είναι εξασθενημένη και υπάρχει ένα μειονέκτημα που προκύπτει. Αυτή η άποψη συμβαδίζει με την κανονικότητα που θεωρείται ως το τέλος της ιατρικής παρέμβασης, καθώς ενώ οι ιατρικές τεχνολογίες στοχεύουν στην πρόληψη και τη θεραπεία ασθενειών, αλλάζουν επίσης αυτό που θεωρείται φυσιολογικό (Catitaetal., 2020).

Εάν η κανονικότητα θεωρείται ως μια διαδικασία, τότε υπάρχει μια εγγενής συνέχεια που σχετίζεται με αυτήν. Αυτό συνεπάγεται τη χάραξη μιας γραμμής μεταξύ υγείας και ασθένειας που είναι αναπόφευκτα κάπως αυθαίρετη. Ωστόσο, δεν μπορεί να περιοριστεί σε μια αυθαίρετη υποκειμενική προτίμηση, καθώς το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα είναι η προσαρμογή στο πλαίσιο. Επιπλέον, μπορεί να είναι πιο δύσκολο να εφαρμοστεί σε νομικά πλαίσια. Η δικαιοσύνη στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης συνεπάγεται ότι η ασθένεια αναστέλλει την ισότητα ευκαιριών και ότι οι προσπάθειες δημόσιας υγείας θα πρέπει να δημιουργήσουν μηχανισμούς για την προστασία της (Catitaetal., 2020).

Βιολογικό πλεονέκτημα

Η ιατρική και η βιολογία συνδέονται και οι έννοιές τους είναι αλληλένδετες. Η θεωρία της φυσικής επιλογής του Δαρβίνου είναι μια από τις πιο σημαντικές έννοιες της βιολογίας και δηλώνει ότι οι κληρονομικές παραλλαγές που αυξάνουν την ικανότητα του ατόμου να ανταγωνίζεται, να επιβιώνει και να αναπαράγεται είναι αυτό που οδηγεί την εξέλιξη. Αυτή είναι μια νατουραλιστική προσέγγιση που απορρίπτει τη διατύπωση ενός θεωρητικού νοήματος. Η αναλογία με την κανονικότητα στους ανθρώπους είναι ότι οι λειτουργίες που δεν προάγουν τον σκοπό της εξέλιξης θα ήταν ανώμαλες. Η ανοσολογία είναι ένα παράδειγμα επέκτασης αυτού του μοντέλου βιολογικού πλεονεκτήματος. Στις αρχές του ο εαυτός δεν είναι μια δεδομένη οντότητα, αλλά μάλλον είναι αποτέλεσμα της ταύτισης του εαυτού και της δυναμικής αλληλεπίδρασης με το εξωτερικό και προσαρμόζεται σε αυτό, όντας η καλύτερη προσαρμογή αυτή που προσπαθεί. Αυτό το βασικό χαρακτηριστικό του μοντέλου είναι η καθολικότητα του, αφού εφαρμόζει την έννοια της κανονικότητας στο

ανθρώπινο είδος όπως θα έκανε σε οποιοδήποτε άλλο. Μια άλλη πτυχή είναι η καταλληλότητα σε θεωρίες του νου. Ωστόσο, εάν τόσο ο εαυτός όσο και το περιβάλλον αλλάζουν, αλλάζει και η οριοθέτηση του τι συνιστά βιολογικό πλεονέκτημα. Εάν η εξέλιξη είναι μια συνεχής διαδικασία, οι ανθρώπινες λειτουργίες θα διέφεραν ως προς τον στόχο τους σε όλη την ιστορία και η κανονικότητα θα μπορούσε να περιγραφεί μόνο σε σχέση με μια χρονική περίοδο. Ένα άλλο πρόβλημα είναι ότι η φυσική επιλογή είναι ένας κεντρικός μηχανισμός στην εξέλιξη και επικρατεί η καλύτερη προσαρμογή, η αναλογία με την υγεία θα σήμαινε ότι θα αναμενόταν μείωση των ποσοστών παθολογίας με την πάροδο του χρόνου, ακόμη και χωρίς ιατρική, κάτι που δεν ισχύει (Catitaetal., 2020).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 Ο ρόλος της Ηγεσίας στη Διαχείριση κρίσεων

Η ηγεσία αποτελεί αντικείμενο εκτεταμένης έρευνας και μελέτης για πολλά χρόνια, με αποτέλεσμα διαφορετικές θεωρίες και ερμηνείες ανάλογα με την προοπτική που εξετάζεται (π.χ. Mullins, 2007; Bass, 1990). Η έννοια και ο ορισμός της ηγεσίας μπορεί να είναι αυθαίρετη και υποκειμενική, καθώς είναι μια έννοια που μπορεί να γίνει κατανοητή με πολλούς τρόπους (Leithwood, 2012· Manreka, 2015). Γενικά, αναφέρεται στη διαδικασία όπου ένα άτομο επηρεάζει τις στάσεις και τις συμπεριφορές των άλλων για να ενθαρρύνει, να εμπνεύσει, να παρακινήσει και να ενεργοποιήσει τους εργαζόμενους προς κοινούς στόχους (Northouse, 2018). Ένας επιτυχημένος ηγέτης πρέπει να είναι σε θέση να κατευθύνει και να οδηγεί προς συγκεκριμένους στόχους, διασφαλίζοντας παράλληλα ότι όλοι οι εργαζόμενοι είναι αφοσιωμένοι σε αυτούς τους στόχους, λαμβάνοντας υπόψη τις διαφορές στην απόδοση, τις προσδοκίες και τις ανάγκες των μεμονωμένων εργαζομένων. Με το να είναι σε θέση να απευθυνθεί, να εμπνεύσει και να ενεργοποιήσει όλους τους υπαλλήλους, ένας ηγέτης μπορεί να δημιουργήσει ένα περιβάλλον που παρακινεί όλα τα μέλη να επιτύχουν τους στόχους που έχουν τεθεί με την οικοδόμηση εμπιστοσύνης, σεβασμού, κινήτρων και ικανοποίησης και επίτευξης συναίνεσης για τους γενικούς οργανωτικούς στόχους. Επομένως, η εστίαση ενός ηγέτη πρέπει να είναι στις ανάγκες όλων των εργαζομένων. Το επίπεδο ικανοποίησης των εργαζομένων επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από έναν συνδυασμό τόσο εσωτερικών όσο και εξωτερικών χαρακτηριστικών της εργασίας τους. Οι ηγέτες μπορούν να παίξουν ρόλο στην ενίσχυση του επιπέδου ικανοποίησης που προέρχεται από εξωτερικά χαρακτηριστικά, βελτιώνοντας την επικοινωνία και τη συνεργασία με τους υπαλλήλους τους, όπως καταδεικνύεται από τον Αναστασίου (2020). Επιπλέον, οι εργαζόμενοι είναι πιο πιθανό να αισθάνονται ότι ακούγονται και εκτιμώνται όταν οι ηγέτες είναι αποτελεσματικοί στην επίλυση ζητημάτων και στον καθορισμό υψηλότερων στόχων, οδηγώντας σε μεγαλύτερη αίσθηση εμπιστοσύνης, όπως αποδεικνύεται από τους Ross and Gray (2006) και AlRahbi et al. (2017). Για να επιτύχουν επιτυχία και ανάπτυξη για τον οργανισμό τους, οι ηγέτες πρέπει να είναι προσαρμοστικοί και να ανταποκρίνονται στις μεταβαλλόμενες συνθήκες εργασίας, στις κοινωνικές δομές και στις προσδοκίες των εργαζομένων, όπως τονίστηκε

από τον Pongrearchan (2014). Όπως σημειώνει ο Blair (2018), η ηγεσία μπορεί να είναι καθοριστικός παράγοντας για την επιτυχία ή την αποτυχία ενός οργανισμού, με διαφορετικά στυλ ηγεσίας και μεθόδους που καταλήγουν σε διαφορετικά επίπεδα επιτευγμάτων. Η επιλογή του στυλ ηγεσίας μπορεί να έχει σημαντικό αντίκτυπο στο αποτέλεσμα, όπως προτείνουν οι Ross και Gray (2006).

Σύμφωνα με τους Howell και Avolio (2013), ένας ηγέτης που είναι επιτυχημένος μπορεί να εμπνεύσει τους οπαδούς του να επιτύχουν ένα σύνολο στόχων. Σε διάφορους επαγγελματικούς τομείς, υπάρχει απόδειξη ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ των στυλ ηγεσίας, των μορφών διαχείρισης των συγκρούσεων και της ικανοποίησης από την εργασία (Blair, 2018). Ανάλογα με την εμπειρία, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και τις διαχειριστικές τους ικανότητες, οι ηγέτες μπορούν να υιοθετήσουν διαφορετικά στυλ. Οι ηγετικές ιδιότητες μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ανάλογα με τα χαρακτηριστικά τους. Προκειμένου να διαχειριστούν αποτελεσματικά τον οργανισμό τους, οι ηγέτες πρέπει να διαθέτουν υψηλό επίπεδο ικανότητας σε όλες τις πτυχές της επίλυσης συγκρούσεων, κάτι που απαιτεί μια ολοκληρωμένη κατανόηση των διαφόρων τεχνικών που χρησιμοποιούνται στη διαχείριση συγκρούσεων (Wanjiru, 2019).

Όταν πρόκειται για ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης, είναι ευθύνη των οργανισμών να διορίζουν ηγέτες σύμφωνα με την ιεραρχική δομή. Αυτοί οι ηγέτες επιλέγονται από τους γιατρούς, τους νοσηλευτές, τους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας και άλλους υφισταμένους χρησιμοποιώντας διάφορες μεθόδους. Μερικοί επιλέγονται με βάση τις θέσεις που έχουν επιτύχει, ενώ άλλοι επιλέγονται με βάση το χάρισμα ή την προσωπικότητά τους. Για να επηρεάσει τους άλλους μέσα στον οργανισμό, ένας ηγέτης πρέπει να είναι σε θέση να επιδείξει ένα σύνολο συμπεριφορών. Η αποτελεσματική ηγεσία απαιτεί διαφορετικά στυλ, όπως η συναλλακτική ηγεσία, η οποία ακολουθεί μια προσέγγιση από πάνω προς τα κάτω και η μετασχηματιστική ηγεσία, η οποία ενσωματώνει δημοκρατικά στοιχεία. Ανεξάρτητα από το στυλ ηγεσίας που επιλέγει ο οργανισμός, πρέπει να επιτύχει τους πρωταρχικούς στόχους, όπως τη δημιουργία σκοπού και κατεύθυνσης για την παροχή ευθυγράμμισης για τον οργανισμό. Ένας συνδυασμός καλής διαχείρισης και ηγεσίας είναι ζωτικής σημασίας για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης εντός του οργανισμού. Στον τομέα της υγειονομικής

περίθαλψης, είναι σημαντικό για τους διευθυντές να διαθέτουν όχι μόνο αποτελεσματικές δεξιότητες διαχείρισης αλλά και την ικανότητα να ηγούνται. Αντίθετα, οι ηγέτες στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να στοχεύουν στην καλλιέργεια των διαχειριστικών τους ικανοτήτων. Η ανάπτυξη τόσο ηγετικών όσο και διοικητικών δεξιοτήτων μπορεί να διευκολυνθεί με την παροχή οργανωτικής εκπαίδευσης σε στελέχη υγείας, όπως σημειώθηκε στην έρευνα του 2017 του Alabed.

Καθώς ο κλάδος της υγειονομικής περίθαλψης συνεχίζει να εξελίσσεται, η πολυπλοκότητα του αυξάνεται, καθιστώντας αναγκαία μια αντίστοιχη εξέλιξη στις δεξιότητες των επαγγελματιών του ιατρικού τομέα. Προκειμένου να συμβαδίσουν με αυτόν τον συνεχώς εξελισσόμενο και προοδευτικό τομέα, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να αναπτύξουν και να επιδείξουν εξελιγμένες δεξιότητες προσανατολισμένες στα αποτελέσματα. Ένας ικανός ηγέτης είναι απαραίτητος για να διασφαλίσει ότι μια ομάδα εργάζεται συνεκτικά για την επίτευξη ενός κοινού στόχου. Η κρίσιμη ποιότητα ενός ηγέτη είναι η ικανότητα να ασκεί θετική επιρροή στην ομάδα του και να την καθοδηγεί στο συνεχώς μεταβαλλόμενο τοπίο της υγειονομικής περίθαλψης. Αν και οι περισσότερες θεωρίες σχετικά με την ηγεσία στην υγειονομική περίθαλψη αναπτύχθηκαν αρχικά για επιχειρηματικά περιβάλλοντα, έκτοτε έχουν εφαρμοστεί στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Ωστόσο, η εφαρμογή αυτών των θεωριών στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης παραμένει μια πρόκληση (Thukral&Madaan, 2017).

Το 2002, ο Drucker έκανε μια παρατήρηση που ισχύει ακόμα και σήμερα: οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης είναι οι πιο περίπλοκοι και προκλητικοί οργανισμοί στην ανθρώπινη ιστορία. Ακόμη και η διαχείριση ενός μικρού ιδρύματος υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να είναι ένα δύσκολο έργο. Παρά το πέρασμα πολλών ετών, οι ηγέτες και οι διευθυντές υγειονομικής περίθαλψης εξακολουθούν να αντιμετωπίζουν το ίδιο επίπεδο πολυπλοκότητας, καθώς αναμένεται να επιτύχουν σημαντικά επιτεύγματα με περιορισμένους πόρους. Οι περιορισμοί των διαφόρων περιοχών ασθενειών, οι διαφορετικοί στόχοι και το πολυεπιστημονικό προσωπικό καθιστούν το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης απaráμιλλο σε πολυπλοκότητα. Οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης είναι μια συνένωση διαφόρων επαγγελματικών ομάδων, τμημάτων και ειδικοτήτων που αλληλεπιδρούν με πολύπλοκους, μη γραμμικούς τρόπους. Αυτές οι

αλληλεπιδράσεις μπορεί να είναι είτε υποστηρικτικές είτε συγκρουσιακές. Οι ηγέτες πρέπει να επωφεληθούν από την ποικιλομορφία τέτοιων οργανισμών εκμεταλλευόμενοι πόρους και ενισχύοντας την αποτελεσματικότητα του συστήματος. Το περίπλοκο οικολογικό πλαίσιο της βιομηχανίας υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να αντιμετωπιστεί υιοθετώντας μια ποικιλία στρατηγικών ηγεσίας. Η ικανότητα του συστήματος να διατηρεί τους επαγγελματίες υγείας και να βελτιώνει την επαγγελματική τους ικανοποίηση συσχετίζεται με την ηθική δυσφορία και το θετικό ηθικό περιβάλλον των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης (Thukral&Madaan, 2017).

2.2 Διαχείριση συγκρούσεων

Πριν συζητηθούν οι θετικές προσεγγίσεις για τη διαχείριση της σύγκρουσης, είναι σημαντικό πρώτα να αναγνωριστούν και να οριστούν οι πιθανές προέλευσές τους. Υπάρχουν πολλοί ορισμοί της σύγκρουσης, συμπεριλαμβανομένων διαπροσωπικών διαφωνιών ή διαφωνιών μεταξύ δύο ή περισσότερων ατόμων που προκαλούνται από διαφορές στη γνώμη, ανταγωνισμό, αρνητικές αντιλήψεις, κακώς καθορισμένες προσδοκίες ρόλου ή έλλειψη επικοινωνίας (Marquis&Huston, 2014). Ο Johansen (2012) προσέφερε μια διαφορετική προοπτική για τις συγκρούσεις στην υγειονομική περίθαλψη, δηλώνοντας ότι προκύπτει από τις διαφορές στην αντίληψη του ατόμου για τη φροντίδα των ασθενών. Έχουν εντοπιστεί παράγοντες κινδύνου για σύγκρουση σε διάφορα περιβάλλοντα, όπως ο αυταρχισμός, η εχθρότητα, η ασέβεια, οι ανισότητες, η ιεραρχία, το χαμηλό ηθικό και η απουσία κοινών στόχων (Barr&Dowding, 2012). Η παρουσίαση μιας σειράς ορισμών παρέχει μια πιο ολοκληρωμένη κατανόηση της περίπλοκης έννοιας της σύγκρουσης. Ως εκ τούτου, η θετική επίλυση της σύγκρουσης απαιτεί την αντιμετώπιση αυτών των υποκείμενων παραγόντων, όπως η αποκατάσταση των σχέσεων, η βελτίωση της επικοινωνίας και η αποδοχή της αλλαγής, η οποία μπορεί να επιτευχθεί μέσω αποτελεσματικής ηγεσίας και διαχείρισης της ομάδας.

Κατά την προσπάθεια κατανόησης της οργανωσιακής σύγκρουσης, μπορεί να αποδειχθεί πλεονεκτικό να χρησιμοποιηθεί ένα μοντέλο ή πλαίσιο που μπορεί να χρησιμεύσει ως μέσο εξήγησης ή πρόβλεψης. Το πλαίσιο του Pondy (1992) προτείνει ότι η σύγκρουση

μπορεί να διαμορφωθεί σε μία από τις πέντε διαφορετικές φάσεις. Η πρώτη φάση, λανθάνουσα, εμφανίζεται όταν υπάρχει ανησυχία και διαφαίνεται η πιθανότητα σύγκρουσης. Η δεύτερη φάση, που γίνεται αντιληπτή, είναι όταν πιστεύεται ότι υπάρχει σύγκρουση αλλά υποβαθμίζεται. Η τρίτη φάση, αισθητή, περιλαμβάνει εξατομικευμένη σύγκρουση και δυσφορία. Οι δύο τελευταίες φάσεις, εκφρασμένες και επακόλουθες, αφορούν την εξωτερική έκφραση της σύγκρουσης και τον αντίκτυπό της στα άτομα και στην ομάδα ως σύνολο. Ο Pondy πίστευε ότι η σύγκρουση αλλάζει συνεχώς, και ανεξάρτητα από την προέλευσή της, μπορεί να εξεταστεί και να ελεγχθεί μέσω της χρήσης αυτού του πλαισίου.

Σύμφωνα με το μοντέλο του Thomas (1992), η σύγκρουση είναι ένα διαρκώς εξελισσόμενο φαινόμενο που χαρακτηρίζεται από έναν συνεχή κύκλο γεγονότων, όπου οι συνέπειες ενός επεισοδίου σύγκρουσης γίνονται αιτία ενός άλλου. Το μοντέλο περιλαμβάνει πολλά κρίσιμα στοιχεία, όπως η επίγνωση, οι σκέψεις, τα συναισθήματα, οι προθέσεις, οι ενέργειες και τα αποτελέσματα. Ο Thomas προτείνει ότι η σύγκρουση είναι μια επίμονη πρόκληση που απαιτεί συνεχή διαχείριση σε οργανωτικά περιβάλλοντα. Η χρήση προγνωστικών πλαισίων και μοντέλων ως εργαλείο διαχείρισης μπορεί να είναι επωφελής για την επίλυση τόσο νέων όσο και υπαρχουσών συγκρούσεων.

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριάντα ετών, οι Monehin&Diers-lawson (2022) έχουν δημιουργήσει τη θεωρία στρατηγικής διαχείρισης συγκρούσεων ως ένα ισχυρό πλαίσιο για τον έλεγχο των διαφόρων παραγόντων που καθορίζουν τον τρόπο με τον οποίο ένας οργανισμός αντιδρά στις κρίσεις. Το έργο τους υπογραμμίζει επίσης τη σημασία της χρήσης δυναμικών και ευέλικτων προσεγγίσεων στη λήψη αποφάσεων και στην επικοινωνία κρίσεων. Αν και η ηγεσία θεωρείται ότι είναι ένας κρίσιμος εσωτερικός παράγοντας έκτακτης ανάγκης, υπήρξε έλλειψη διερεύνησης των επιμέρους χαρακτηριστικών των βασικών υπευθύνων λήψης αποφάσεων. Επιπλέον, παρά την εκτεταμένη διερεύνηση της αισιοδοξίας ως παράγοντα που επηρεάζει την απόδοση και το αποτέλεσμα σε πολλούς τομείς, υπάρχουν ελάχιστα στοιχεία για την εφαρμογή της σε ηγετικούς ρόλους ή σε περιβάλλοντα κρίσεων. Στην πραγματικότητα, η περισσότερη βιβλιογραφία για την αισιοδοξία και την απαισιοδοξία στη διαχείριση κρίσεων υποστηρίζει ότι η απαισιοδοξία είναι η πιο κατάλληλη νοοτροπία για να υιοθετήσουν οι

ηγέτες κρίσεων. Η μελέτη των Monehin&Diers-lawson (2022) περιλάμβανε τη διεξαγωγή συνεντεύξεων σε βάθος με ανώτερους ηγέτες που ήταν υπεύθυνοι για τη διαχείριση των εργαζομένων, καθώς αυτή ήταν η κύρια μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε για την επίτευξη των στόχων της μελέτης τους. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι ένα ζωτικό χαρακτηριστικό στην επιτυχημένη ηγεσία κρίσεων είναι η αισιοδοξία, η οποία συνδέεται με ευνοϊκά αποτελέσματα τόσο για τις ομάδες όσο και για τους οργανισμούς. Επιπλέον, αυτά τα στατιστικά στοιχεία παρέχουν σημαντική διάκριση που βοηθά στην ανάπτυξη μιας πιο ισχυρής κατανόησης του σχεδιασμού έκτακτης ανάγκης για τη διαχείριση κρίσεων.

Παραδοσιακά, η οργανωτική σύγκρουση έχει συσχετιστεί με την επιδείνωση της δυναμικής της ομάδας, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε αστάθεια, απώλεια παραγωγικότητας και διαταραχή των καθιερωμένων κανόνων (Barr&Dowding, 2012). Αυτός ο ορισμός περιλαμβάνει προηγούμενες περιγραφές σύγκρουσης. Η έρευνα δείχνει ότι διαφορετικές κατηγορίες ομαδικών συγκρούσεων μπορεί να προκύψουν από πηγές προσανατολισμένες στην εργασία, στη σχέση και στη διαδικασία, οι οποίες τελικά επηρεάζουν την απόδοση της ομάδας. Ωστόσο, ο βαθμός στον οποίο κάθε τύπος σύγκρουσης επηρεάζει την απόδοση μπορεί να διαφέρει (Jehn, 1997). Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η μειωμένη απόδοση μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη φροντίδα των ασθενών και αυτοί οι παράγοντες πρέπει να ληφθούν υπόψη ως πιθανοί παράγοντες που συμβάλλουν στην κατώτερη φροντίδα.

Το επίκεντρο της σύγκρουσης εντός των ομάδων είναι πρωτίστως όσον αφορά την εργασία και τις σχέσεις, όπως συμφωνήθηκε από τους Bradleyetal (2013). Ωστόσο, είναι σημαντικό να αναγνωρίσουμε άλλες προδιαθεσικές καταστάσεις όπως χαρακτηριστικά σύγκρουσης ή ακόμα και άτομα. Οι Barr και Dowding (2012) προσδιορίζουν τρεις τύπους συγκρούσεων που βασίζονται στη σχέση: ενδοπροσωπική, διαπροσωπική και διαομαδική. Η ενδοπροσωπική σύγκρουση είναι όταν ένα άτομο βιώνει εσωτερική διαφωνία ή σύγκρουση, η οποία μπορεί να εκδηλωθεί ως σύγχυση ρόλων. Η διαπροσωπική σύγκρουση προκύπτει όταν δύο ή περισσότερα άτομα έχουν διαφορετικές απόψεις ή στόχους, οδηγώντας σε παρενόχληση και άγχος. Η διομαδική σύγκρουση περιλαμβάνει δύο ή περισσότερες ομάδες που δεν μοιράζονται τους ίδιους οργανωτικούς στόχους. Η κοινή διαπροσωπική σύγκρουση περιλαμβάνει τριβή, ένταση και δυσαρέσκεια μεταξύ δύο

ή περισσότερων μελών της ομάδας. Είναι σημαντικό να εντοπιστεί και να διαχειριστεί αυτή τη σύγκρουση, καθώς μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την απόδοση της ομάδας, όπως σημειώνεται από τους Bradleyetal (2013).

Η ύπαρξη ιεραρχίας μέσα σε μια ομάδα μπορεί να κάνει τα μέλη να αισθάνονται υπερδύναμα ή ασήμαντα. Επιπλέον, η σύγκρουση μπορεί να προέλθει από διαφωνίες σχετικά με τον τρόπο κατανομής της εργασίας, όπως η σειρά των εργασιών, η οποία μπορεί να έχει αντίκτυπο τόσο στην ατομική όσο και στην ομαδική απόδοση. Όπως σημειώθηκε από τον Jehn (1997), είναι σημαντικό η σύγκρουση να διαχειρίζεται αποτελεσματικά ο διευθυντής της ομάδας. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει την εφαρμογή μέτρων όπως η εποπτεία της ομάδας ή η δημιουργία μιας πλατφόρμας για ομαδική επικοινωνία που προωθεί τον εποικοδομητικό διάλογο και τη συνεργατική επίλυση προβλημάτων.

Ο τρόπος με τον οποίο μια κλινική ομάδα διαχειρίζεται τις συγκρούσεις μπορεί είτε να οδηγήσει σε πρόοδο είτε σε καταστροφή και είναι σημαντικό να καθοριστεί το τελικό αποτέλεσμα (Marquis&Huston, 2014). Οι αρνητικές συνέπειες της σύγκρουσης περιλαμβάνουν τη μειωμένη εργασιακή ικανοποίηση, την ασθένεια, τη δυσπιστία, το άγχος, τις κατεστραμμένες σχέσεις μεταξύ των ομάδων, την κακή επικοινωνία, την αντίσταση και τη μειωμένη λειτουργικότητα (Marquis&Huston, 2014). Αυτές οι αντιπαραγωγικές καταστάσεις αποτελούν απειλή για τη φροντίδα και την ασφάλεια των ασθενών, καθώς και για την επαγγελματική ταυτότητα του ατόμου και τη φήμη του οργανισμού υγειονομικής περίθαλψης.

2.3 Αποτελεσματική ηγεσία στις μονάδες υγείας

Η επιτυχής διοίκηση των μονάδων υγείας είναι μια πολύπλοκη και διαφοροποιημένη διαδικασία που απαιτεί συνδυασμό δεξιοτήτων διαχείρισης, ιατρικής γνώσης και διαπροσωπικών ικανοτήτων. Η αποτελεσματική διαχείριση των εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης περιλαμβάνει μια ποικιλία εργασιών, όπως η κατανομή πόρων, η πρόσληψη και εκπαίδευση προσωπικού, ο προϋπολογισμός και ο ποιοτικός έλεγχος. Περιλαμβάνει επίσης την εφαρμογή πολιτικών και διαδικασιών που έχουν σχεδιαστεί για

να διασφαλίζουν ότι οι ασθενείς λαμβάνουν την καλύτερη δυνατή φροντίδα, ότι το προσωπικό υποστηρίζεται και παρακινείται και ότι η μονάδα λειτουργεί αποτελεσματικά.

Για να επιτύχουν αποτελεσματικά τους στόχους τους, το ιατρικό προσωπικό σε οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης χρειάζεται εκπαίδευση στην ηγεσία και τη διαχείριση. Ο διορισμός ηγετών και διευθυντών από τον οργανισμό υγειονομικής περίθαλψης είναι ανεπαρκής από μόνος του, καθώς δεν τους παρέχεται η απαραίτητη εκπαίδευση για την αποτελεσματική εκτέλεση των καθηκόντων τους. Οι ηγέτες στον τομέα των υπηρεσιών υγείας είναι υπεύθυνοι για τη βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης, τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού που εξυπηρετείται, την προώθηση των υπηρεσιών υγείας και την ανάπτυξη άλλων ιατρικών στελεχών. Οι γιατροί και οι νοσηλευτές που αναλαμβάνουν ηγετικούς ρόλους εντός των οργανισμών πρέπει να διαθέτουν τις απαραίτητες ιδιότητες και στυλ για να εκτελούν τα συγκεκριμένα καθήκοντά τους, όπως σημειώνεται από τους Bhatiaetal. (2015).

Προκειμένου να διασφαλιστεί ότι οι επαγγελματίες γιατροί εκτελούν τα καθήκοντά τους στο μέγιστο των δυνατοτήτων τους, είναι σημαντικό να τους παρέχεται εκπαίδευση. Αυτά τα άτομα αναμένεται να είναι ηγέτες στον κλάδο της υγειονομικής περίθαλψης, προωθώντας την παροχή ασφαλούς, υψηλής ποιότητας και συμπονετικής φροντίδας σε όλους τους ασθενείς. Επιπλέον, πρέπει να δώσουν προτεραιότητα στις ανησυχίες, τις ανάγκες και την ανατροφοδότηση των ασθενών τους εντός του οργανισμού (Sandahletal., 2013). Προκειμένου να επιτευχθούν αυτοί οι στόχοι, είναι σημαντικό για τους ηγέτες να επιδεικνύουν συμπεριφορές όπως η υποστήριξη, η διαθεσιμότητα, ο σεβασμός, η ενσυναίσθηση και η ενδυνάμωση της ηγεσίας. Οι ηγέτες πρέπει επίσης να διασφαλίζουν ότι τα μέλη του προσωπικού ακούγονται και υποστηρίζονται σε όλες τις καταστάσεις. Ο οργανισμός θα πρέπει να διορίσει άτομα που θα λαμβάνουν συχνά ευκαιρίες εκπαίδευσης για βέλτιστη απόδοση (Guo&Anderson, 2005).

Είναι πιθανό για έναν οργανισμό να διαθέτει εξαιρετικούς χαρισματικούς ηγέτες που δεν έχουν τις απαραίτητες διαχειριστικές ικανότητες. Σε περίπτωση που στελέχη της υγείας, όπως επαγγελματίες υγείας και νοσηλευτές, έχουν επιφορτιστεί με τη διαχείριση οργανισμών, πρέπει να εγγυηθούν ότι όλοι οι πόροι οργανώνονται αποτελεσματικά και

χρησιμοποιούνται για να αποφέρουν βέλτιστα αποτελέσματα, όπως δήλωσαν οι Hana και Kirkhaug το 2014. Για να είναι αποτελεσματικοί διαχειριστές Οι οργανισμοί υγείας, τα άτομα πρέπει να διαθέτουν σαφείς στόχους, αποτελεσματικές οργανωτικές δεξιότητες, ικανότητα διαχείρισης χρόνου, άριστες δεξιότητες επικοινωνίας και ικανότητα πλοήγησης στις διοικητικές διαδικασίες, όπως υπέδειξε η Alabed το 2017.

Η ομαδική εργασία είναι πρωταρχικής σημασίας για τη διαχείριση και την ηγεσία ενός οργανισμού υγειονομικής περίθαλψης. Η αποτελεσματική συνεργασία είναι η βάση για την επιτυχία εντός του οργανισμού. Οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης αποτελούνται από διάφορες επαγγελματικές ομάδες, τμήματα και ειδικούς που όλοι αλληλεπιδρούν. Δεδομένης αυτής της ποικιλομορφίας, είναι σημαντικό για τους ηγέτες και τους διευθυντές να διασφαλίζουν ότι όλοι συνεργάζονται για να επιτύχουν τον ίδιο οργανωτικό στόχο. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την αξιοποίηση της ποικιλομορφίας που υπάρχει στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και με την αποτελεσματική διαχείριση των πόρων. Όπως οι Jieetal. (2015) σημείωση, είναι ευθύνη των ηγετών και των διευθυντών να διευκολύνουν την καλή ομαδική εργασία εντός του οργανισμού.

Οι στόχοι των σύγχρονων εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης έχουν μετατοπιστεί τον τελευταίο καιρό και δίνουν προτεραιότητα στην ευημερία των ασθενών, στην υγεία των πληθυσμών και στα πρότυπα του οργανισμού (Solàetal., 2016). Αυτοί οι στόχοι μπορούν να επιτευχθούν μέσω της χρήσης στρατηγικών που βασίζονται σε στοιχεία για την πρόληψη και τη θεραπεία ασθενειών (Flodgrenetal., 2019) καθώς και με τη βελτιστοποίηση των διαθέσιμων οικονομικών και ανθρώπινων πόρων (Galavizetal., 2019), ιδιαίτερα σε περιοχές με χαμηλά επίπεδα εκβιομηχάνισης (Chiguduetal., 2014). Η επίτευξη αυτών των στόχων μπορεί να διευκολυνθεί από την αρμόδια ηγεσία της υγειονομικής περίθαλψης (Galavizetal., 2019). Η αποτελεσματική ηγεσία μπορεί να θεωρηθεί ως ένα δίκτυο ατόμων που ακολουθούν τις οδηγίες και τις επιλογές του ηγέτη, με βάση τους στόχους και τα αιτήματα του οργανισμού (Chen, 2006).

Σε ένα αποτελεσματικό περιβάλλον ηγεσίας, το προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης έχει δείξει αξιοσημείωτη αύξηση στην τήρηση των καθημερινών καθηκόντων του. Οι ηγέτες που μπόρεσαν να ενισχύσουν τη συμμετοχή και την απόδοση των μελών της ομάδας

επέφεραν αυτή τη θετική αλλαγή (Denis&vanGestel, 2016). Ομοίως, οι ασθενείς μπόρεσαν να βελτιώσουν τις συνθήκες υγείας τους όταν υποβλήθηκαν σε θεραπεία σε περιβάλλον ηγεσίας υψηλού επιπέδου (Mutaleetal., 2017). Παρά τις δυνατότητές του να ενισχύσει την απόδοση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και τα αποτελέσματα των ασθενών (Solàetal., 2016), ένα πλαίσιο ηγεσίας που βλάπτει την υγεία και την απόδοση των εργαζομένων μπορεί να διαβρώσει την επαγγελματική εμπιστοσύνη (Braunetal., 2018). Από την άλλη πλευρά, η αποτελεσματική ηγεσία μπορεί να είναι απαραίτητη για την πρόληψη τυχόν επιβλαβών παραγόντων που θα μπορούσαν να συμβιβαστούν απόδοση της ομάδας και τα αποτελέσματα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης (Denis&vanGestel, 2016). Ωστόσο, η μετάβαση από τα απαρχαιωμένα και θεωρητικά στυλ ηγεσίας σε πιο αποτελεσματικά και δυναμικά παραμένει μια πρόκληση (Restivoetal., 2022).

Η τρέχουσα κατάσταση της έρευνας σχετικά με την αποτελεσματικότητα και την επιρροή των παρεμβάσεων ηγεσίας λείπει, με ελάχιστες συστηματικές αναφορές για το θέμα που βρίσκονται στη βιβλιογραφία (Abrahametal., 2021). Αν και έχουν εντοπιστεί και ταξινομηθεί διάφορα στυλ ηγεσίας, κανένα δεν είναι παγκοσμίως αποδεκτό ως το ιδανικό πρότυπο για τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης λόγω των διαφορετικών ερμηνειών της ηγεσίας στον τομέα (Saxenaetal., 2017). Η ταξινόμηση του στυλ ηγεσίας του Goleman εστιάζει στη συμπεριφορά των ηγετών (Saxenaetal., 2017), ενώ ο Chen (2006) πρότεινε ένα σύστημα ταξινόμησης για τα παραδοσιακά στυλ ηγεσίας, συμπεριλαμβανομένων των χαρισματικών, υπηρετικών, συναλλακτικών και μετασχηματιστικών προσεγγίσεων.

Ενώ τα χαρακτηριστικά και οι στόχοι ενός οργανισμού υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να επηρεάσουν το ιδανικό στυλ ηγεσίας (Ford etal., 2016), είναι σημαντικό για τους ηγέτες να διαθέτουν τόσο ισχυρή εκπαιδευτική βάση στην ηγεσία στον τομέα της υγείας όσο και τις διαπροσωπικές δεξιότητες που είναι απαραίτητες για τη δημιουργία θετικών σχέσεων και την επίτευξη οργανωτικούς στόχους (Dubinskyetal., 2015). Θεωρητικά, κάθε επαγγελματίας μπορεί να βελτιώσει τη συναισθηματική του νοημοσύνη και να προσαρμόσει την εκπαίδευση και τις εργασιακές του εμπειρίες ώστε να ανταποκρίνονται στις μοναδικές απαιτήσεις της υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένης της πολιτικής, οικονομικής και διαχείρισης ανθρώπινων πόρων (Denis&vanGestel, 2016).

Παρά τη διαθεσιμότητα εργαλείων αυτοαξιολόγησης και μοντέλων επιλογής για επίδοξους ηγέτες (Dubinskyetal., 2015), δεν υπάρχει επί του παρόντος τυποποιημένη προσέγγιση για την επιλογή ηγετών σε οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης (Restivoetal., 2022). Αυτή η έλλειψη συναίνεσης μπορεί να συμβάλει σε αποτυχίες ηγεσίας που προκύπτουν από κακή εφαρμογή των ηγετικών δεξιοτήτων και αποτυχία προσαρμογής στη δυναμική της ομάδας. Η απουσία ενός ενιαίου προγράμματος ηγεσίας για φοιτητές ιατρικής θα μπορούσε να είναι ένας παράγοντας που συμβάλλει σε αυτό το δυσμενές γεγονός. Ως αποτέλεσμα, πολλοί επαγγελματίες του τομέα της υγείας μπορούν να εφαρμόσουν ένα στυλ ηγεσίας μόνο μέσω της πρακτικής εμπειρίας τους σε περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης, όπως περιγράφεται στην έρευνα των Stahlhutetal. (2021).

2.4 Διαχείριση συγκρούσεων στις μονάδες υγείας και αποτελεσματική άσκηση διοίκησης εν καιρώ COVID-19

Σε κάθε οργανισμό όπου τα άτομα αλληλεπιδρούν και εργάζονται μαζί, η σύγκρουση είναι ένα αναπόφευκτο φαινόμενο, όπως σημειώνουν οι Pitsillidouetal. (2018). Σύμφωνα με τη θεωρία των ανθρώπινων σχέσεων, η σύγκρουση είναι ένα φυσικό αποτέλεσμα της ανθρώπινης αλληλεπίδρασης μέσα στις ομάδες. Οι Zajacetal. (2021) έχουν τονίσει τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι ομάδες υγειονομικής περίθαλψης. Οι διεπιστημονικοί επαγγελματίες υγείας πρέπει να συνεργαστούν για να παρέχουν ασφαλή και αποτελεσματική φροντίδα στους ασθενείς. Ωστόσο, ο τρέχων τομέας της υγειονομικής περίθαλψης στερείται ενός ερευνητικού πλαισίου για αποτελεσματική ομαδική εργασία και επίλυση συγκρούσεων που μπορεί να ενσωματωθεί στην ιατρική εκπαίδευση και πρακτική σε όλα τα επαγγέλματα υγείας. Οι πέντε πιο διαδεδομένες προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι ομάδες υγειονομικής περίθαλψης περιλαμβάνουν τη λογοδοσία, την επίλυση συγκρούσεων, τη λήψη αποφάσεων, τον προβληματισμό για την πρόοδο και την ηγεσία. Αυτές οι προκλήσεις ήταν συγκρίσιμες για κλινικές και διοικητικές ομάδες. Οι συγγραφείς βασίζονται στη συλλογική τους εμπειρία στο σχεδιασμό και την εφαρμογή παρεμβάσεων ανάπτυξης ομάδας για να προσφέρουν στρατηγικές για τη διαχείριση κάθε πρόκλησης. Η έρευνα προτείνει ένα πλαίσιο για την επίλυση προκλήσεων που μπορεί να χρησιμοποιηθεί από διάφορες ομάδες που εμπλέκονται στη φροντίδα ασθενών. Το πλαίσιο

έχει σχεδιαστεί για να βασίζεται σε κάθε επίπεδο για να δημιουργεί τη βέλτιστη δυναμική της ομάδας. Με τη βοήθεια των συνοδευτικών στρατηγικών, αυτό το πλαίσιο μπορεί να παράσχει κατεύθυνση για το πώς και πού να επικεντρωθούν οι προσπάθειες για ανάπτυξη.

Aggaretal. (2021) διεξήγαγε μια μελέτη για να αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα μιας ψηφιακής εφαρμογής στην ενίσχυση των επικοινωνιακών και ηγετικών δεξιοτήτων των νοσηλευτών που έλαβαν τα προσόντα τους διεθνώς. Οι συγγραφείς σημείωσαν ότι τέτοιοι νοσηλευτές συχνά στερούνται αυτοπεποίθησης και απαιτούν πρόσθετη υποστήριξη και χρόνο για να καλλιεργήσουν τις επικοινωνιακές και ηγετικές τους ικανότητες στο κλινικό περιβάλλον. Η έρευνα δείχνει ότι προσεγγίσεις που ενισχύουν την επαγγελματική αυτοαντίληψη και την επίλυση συγκρούσεων μπορούν να βελτιώσουν τη νοσηλευτική απόδοση διεθνώς εκπαιδευμένων νοσηλευτών. Η μελέτη αποκάλυψε μια σημαντική βελτίωση στην αυτο-αντίληψη του νοσηλευτή μετά την κλινική τοποθέτηση, επιβεβαιώνοντας την αποτελεσματικότητα του προγράμματος γεφύρωσης για νοσηλευτές διεθνώς καταρτισμένους στην ενίσχυση των ηγετικών και επικοινωνιακών δεξιοτήτων τους. Συγκεκριμένα, η μελέτη διαπίστωσε επίσης ότι οι νοσηλευτές που χρησιμοποίησαν το mPreceptor επέδειξαν σημαντικά μεγαλύτερες ηγετικές δεξιότητες. Ωστόσο, απαιτείται περαιτέρω έρευνα για τον προσδιορισμό της αποτελεσματικότητας των διαδραστικών εφαρμογών για κινητά στη διευκόλυνση της μεταφοράς δεξιοτήτων και γνώσεων μεταξύ των νοσηλευτών, ιδιαίτερα στην επίλυση συγκρούσεων σε περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης.

Η μελέτη που διεξήχθη από τους Rezaeeetal. (2022) ρίχνει φως στους παράγοντες που συμβάλλουν στην εσωτερική επικοινωνία εντός των νοσοκομείων. Λήφθηκαν υπόψη οι στάσεις τόσο του υγειονομικού προσωπικού όσο και των διευθυντών νοσοκομείων. Οι ερευνητές παρατήρησαν ότι υπάρχει ένα πολύπλοκο δίκτυο επικοινωνίας εντός των νοσοκομείων λόγω της παρουσίας διαφόρων κλινικών και διοικητικών υπαλλήλων. Αυτό το δίκτυο μπορεί να προκαλέσει συγκρούσεις και αντιφάσεις, υπογραμμίζοντας τη σημασία της εσωτερικής επικοινωνίας ως βασικής ευθύνης διαχείρισης. Αν και η βελτίωση της διαχείρισης των νοσοκομείων είναι ζωτικής σημασίας για την ενίσχυση της παροχής υγειονομικής περίθαλψης, υπήρξε έλλειψη μελετών που διερευνούν την εσωτερική επικοινωνία ως πρωταρχικό διοικητικό καθήκον στα νοσοκομεία. Η μελέτη

καταλήγει στο συμπέρασμα ότι διάφοροι παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν την εσωτερική επικοινωνία, ορισμένοι από τους οποίους απαιτούν αποτελεσματική εφαρμογή από τους διευθυντές, ενώ άλλοι απαιτούν τη συμμετοχή του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης. Εντοπίζοντας αυτούς τους παράγοντες, οι διευθυντές και το προσωπικό μπορούν να αναγνωρίσουν πώς επηρεάζουν την εσωτερική επικοινωνία και να επιτύχουν αποτελεσματική επικοινωνία που επιλύει τις συγκρούσεις.

Οι Alnajjar και AbouHashish (2022) διεξήγαγαν μια μελέτη που είχε στόχο να διερευνήσει τη συσχέτιση μεταξύ διαχείρισης συγκρούσεων και στυλ ηγεσίας των φοιτητών νοσηλευτικής. Σύμφωνα με ερευνητές, οι φοιτητές νοσηλευτικής πρέπει να αποκτήσουν και να ασκήσουν ηγετικές δεξιότητες και δεξιότητες διαχείρισης συγκρούσεων. Ωστόσο, οι ερευνητές εντόπισαν ένα κενό στην υπάρχουσα βιβλιογραφία σχετικά με τις στρατηγικές για τη διαχείριση συγκρούσεων, τη συμμετοχή των στυλ ηγεσίας στη διαχείριση συγκρούσεων και τη σχέση μεταξύ των στυλ ηγεσίας και της διαχείρισης συγκρούσεων μεταξύ των φοιτητών νοσηλευτικής. Στην περιγραφική συσχετιστική μελέτη τους, στην οποία συμμετείχαν 250 τριτοετείς και τέταρτοι φοιτητές νοσηλευτικής, προσπάθησαν να εξετάσουν εξονυχιστικά τα στυλ ηγεσίας και διαχείρισης συγκρούσεων των φοιτητών νοσηλευτικής και να προσδιορίσουν τη σύνδεση μεταξύ των στυλ ηγεσίας και διαχείρισης συγκρούσεων. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι το δημοκρατικό στυλ ηγεσίας και το στυλ ολοκληρωμένης διαχείρισης συγκρούσεων ήταν τα πιο αποδεκτά μεταξύ των συμμετεχόντων, ενώ το στυλ ηγεσίας laissez-faire και το κυρίαρχο στυλ διαχείρισης συγκρούσεων αναφέρθηκαν λιγότερο. Επιπλέον, ανακάλυψαν σημαντικές θετικές συσχετίσεις μεταξύ των στυλ ηγεσίας και των στυλ διαχείρισης συγκρούσεων των συμμετεχόντων. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης παλινδρόμησης δείχνουν ότι τα στυλ ηγεσίας τόσο του δημοκρατικού όσο και του αυταρχικού αποτελούν σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες σύγκρουσης στυλ διαχείρισης, που αντιπροσωπεύουν το 30% της διακύμανσης. Γενικά, φαίνεται ότι η κατοχή ηγετικών ικανοτήτων είναι ζωτικής σημασίας για τη λήψη κλινικών αποφάσεων και η επιλογή του στυλ διαχείρισης συγκρούσεων μπορεί να επηρεαστεί από τον τύπο του στυλ ηγεσίας που χρησιμοποιείται.

Η πρόσφατη μελέτη των Lang&Keenan (2022) υπογραμμίζει το γεγονός ότι πολλοί ηγέτες στερούνται την κατάλληλη εκπαίδευση στην ηγεσία. Αυτή η ανεπάρκεια μπορεί να οδηγήσει σε μια σειρά ζητημάτων όπως δυσκολία στην αποτελεσματική ηγεσία, σχεδιασμός διαδοχής και εξουθένωση. Συγκεκριμένα, η μελέτη επικεντρώθηκε στην εξέταση των ηγετικών ικανοτήτων που απαιτούνται για να γίνει κάποιος αποτελεσματικός ανώτερος ηγέτης σε καναδική ιατρική σχολή. Η συνέντευξη από διάφορους ηγέτες αποκάλυψε ότι η πιο περιζήτητη ηγετική ικανότητα ήταν η «ικανότητα να επηρεάζεις». Οι ηγέτες που πήραν συνέντευξη ένιωσαν ομόφωνα απροετοίμαστοι όταν ξεκίνησαν για πρώτη φορά τον ηγετικό τους ρόλο. Η έρευνα και οι συνεντεύξεις προσδιόρισαν πέντε βασικά θέματα για τις ηγετικές δεξιότητες: Καθοδήγηση, Οικονομικά, Ανθρώπινοι πόροι, Χτίσιμο Σχέσεων και Προστατευμένος Χρόνος.

2.5 Ανάπτυξη ηγεσίας στην υγειονομική περίθαλψη

Η ανάπτυξη ηγεσίας στην υγειονομική περίθαλψη είναι μια κρίσιμη και διαρκής διαδικασία. Απαιτεί προσοχή σε συγκεκριμένους τομείς όπως η επικοινωνία, ο στρατηγικός σχεδιασμός και η οργανωτική διαχείριση. Επιπλέον, είναι ζωτικής σημασίας να αναγνωρίσουμε και να ανταποκριθούμε στις μοναδικές προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας. Η αποτελεσματική ανάπτυξη ηγεσίας στην υγειονομική περίθαλψη μπορεί να βελτιώσει τα αποτελέσματα των ασθενών, να αυξήσει την ικανοποίηση του προσωπικού και να βελτιώσει τη συνολική οργανωτική απόδοση.

Αν και η ανάπτυξη ηγετών είναι συχνά το επίκεντρο της έρευνας, η ανάπτυξη ηγεσίας, η οποία περιλαμβάνει την ανάπτυξη της ικανότητας ομάδων και οργανισμών να ηγούνται συλλογικά, είναι ένας πολύ λιγότερο εξερευνημένος τομέας. Ωστόσο, τα υπάρχοντα στοιχεία τονίζουν τη σημασία της συλλογικής ηγεσίας (Dickinsonetal, 2013; Westetal., 2014) και υποστηρίζουν την ισορροπία μεταξύ της βελτίωσης των ατομικών δεξιοτήτων και της ενίσχυσης της οργανωτικής ικανότητας (Edmondstone, 2011). Η κοινή ηγεσία είναι ένα κρίσιμο συστατικό μιας συλλογικής κουλτούρας ηγεσίας, όπου η ηγεσία είναι μια δυναμική διαδικασία που αλλάζει με βάση το έργο ή την κατάσταση που αντιμετωπίζει. Η έρευνα δείχνει την αξία της κοινής ηγεσίας, ιδιαίτερα σε επίπεδο ομάδας,

με τις μετα-αναλύσεις να καταδεικνύουν μια συσχέτιση μεταξύ της κοινής ηγεσίας και της αποτελεσματικότητας της ομάδας, ιδιαίτερα σε περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης (Aimeetal., 2014; Wangetal., 2014).

Η αναγκαιότητα για τους ηγέτες να συνεργάζονται πέρα από τα οργανωτικά τους σύνορα δεν περιορίζεται στις ενδοεπιχειρησιακές σχέσεις. Υπάρχει μια αυξανόμενη συναίνεση μεταξύ των υπευθύνων χάραξης πολιτικής, των επαγγελματιών και των κυβερνήσεων ότι η ενσωμάτωση των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας είναι επιτακτική για την αποτελεσματική και αποδοτική κάλυψη των αναγκών των ασθενών, των χρηστών υπηρεσιών και των κοινοτήτων (Ferlieetal., 2010). Η παροχή υγειονομικής περίθαλψης βασίζεται όλο και περισσότερο σε ένα δίκτυο αλληλοεξαρτώμενων οργανισμών. Για να δοθεί προτεραιότητα στη φροντίδα των ασθενών σε σχέση με τις ατομικές επιτυχίες, οι ηγέτες πρέπει να συνεργαστούν και να εκτείνουν τα οργανωτικά όρια εντός και μεταξύ των οργανισμών. Αυτό απαιτεί μια συνεργατική προσέγγιση στην ηγεσία και τη δημιουργία μιας ολοκληρωμένης κουλτούρας ηγεσίας που καλύπτει ολόκληρο το σύστημα.

Παραδοσιακά, οι ακαδημαϊκές προοπτικές για την ηγεσία επικεντρώνονται σε οντότητες όπως ηγέτες, οπαδούς και κοινούς στόχους (Bennis, 2007). Ωστόσο, η συνεχώς εξελισσόμενη φύση των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης και η αυξανόμενη ασάφεια και διασύνδεση μεταξύ τους απαιτούν μια πιο ολοκληρωμένη προσέγγιση. Αυτό απαιτεί μια νέα προοπτική για την ηγεσία που βασίζεται σε συλλογικότητες, όπου οι μεμονωμένοι ηγέτες δεν είναι οι μοναδικοί καθοριστικοί παράγοντες, αλλά όπου τα αποτελέσματα της ηγεσίας όπως γενικοί στόχοι, σκοποί και αποστολές συμφωνούνται από τη συλλογικότητα (ομάδα ή οργανισμό). Επιπλέον, περιλαμβάνει την οργάνωση και τον συντονισμό της γνώσης και της εργασίας εντός της συλλογικότητας και την προθυμία των μελών της να ευθυγραμμίσουν τα ενδιαφέροντά τους με το συλλογικό συμφέρον (Drathetal., 2008). Αυτό σημαίνει ότι η ηγετική πρακτική συνεπάγεται όχι μόνο τους ρόλους των ηγετών, των οπαδών και των κοινών στόχων, αλλά και τη δημιουργία κατεύθυνσης, ευθυγράμμισης και δέσμευσης. Ομοίως, η ανάπτυξη ηγεσίας θα επικεντρωθεί στην ανάπτυξη κατεύθυνσης, ευθυγράμμισης και δέσμευσης σε έναν οργανισμό ή ομάδα. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει

την ανάπτυξη ηγετών, οπαδών και κοινών στόχων, αλλά επικεντρώνεται κυρίως στις διαδικασίες μεταξύ αυτών των οντοτήτων αντί στις ίδιες τις οντότητες.

Η νέα κατανόηση της ηγεσίας υποδηλώνει ότι η τρέχουσα μέθοδος ανάπτυξης ηγετών είναι ελαττωματική λόγω της ενασχόλησής μας με την ανάπτυξη μεμονωμένων ηγετών, η οποία συχνά ανατίθεται σε απομακρυσμένους παρόχους. Η ανάπτυξη συλλογικής ηγεσίας μέσα σε έναν οργανισμό εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το πλαίσιο και είναι η καταλληλότερη για να γίνει εσωτερικά. Αυτό υπογραμμίζει τον κρίσιμο ρόλο της Ανάπτυξης Οργανισμών και όχι μόνο της Ανάπτυξης Ηγετών. Η οργανωτική ηγεσία θα πρέπει να είναι συνεπής όσον αφορά τα στυλ ηγεσίας και τις συμπεριφορές, προάγοντας την κοινή ηγεσία σε όλο τον οργανισμό και ενσταλάσσοντας το όραμα και τις αξίες του οργανισμού. Είναι ζωτικής σημασίας να εξασφαλιστούν συνεπείς προσεγγίσεις για τη διαχείριση της απόδοσης, να καλλιεργηθεί η συμπόνια ως πολιτιστική αξία, να ενθαρρύνεται η συνεχής μάθηση, η βελτίωση της ποιότητας και η καινοτομία και η ενθάρρυνση της ομαδικής εργασίας, τόσο εντός όσο και μεταξύ των οργανισμών υγείας και κοινωνικής φροντίδας. Επιπλέον, οι ηγέτες πρέπει να συνεργαστούν για να δημιουργήσουν μια κουλτούρα όπου η επιτυχία της φροντίδας των ασθενών στο σύνολό της είναι η προτεραιότητα κάθε ηγέτη, όχι μόνο η επιτυχία των επιμέρους τομέων ευθύνης τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1 Λήψη αποφάσεων

Η διαδικασία λήψης αποφάσεων είναι κρίσιμη για κάθε ηγέτη, καθώς αντανακλά τις γνωστικές του ικανότητες, τις διαδικασίες σκέψης και τη συμπεριφορά του, που με τη σειρά τους αποκαλύπτουν τις πνευματικές και ηθικές αξίες του μέσω των πράξεών του. Οι αντιλήψεις του ηγέτη για το περιβάλλον στο οποίο δραστηριοποιούνται συχνά επηρεάζουν τις αποφάσεις του, καθιστώντας ζωτικής σημασίας την εξέταση της αντιληπτικής δραστηριότητας του ηγέτη κατά τη διαδικασία λήψης αποφάσεων (Τριαντάρη, 2020).

3.2 Στρατηγικές, στάσεις και ενέργειες του ηγέτη στην οπτική μιας ορθολογικά ηθικής απόφασης

Κατά την εξέταση της προσέγγισης του ηγέτη ως προς τη λήψη αποφάσεων από μια ορθολογική και ηθική σκοπιά, είναι σημαντικό να ληφθούν υπόψη οι στρατηγικές, οι στάσεις και οι ενέργειές του. Αναλύοντας αυτά τα στοιχεία, μπορούμε να κατανοήσουμε καλύτερα τον τρόπο με τον οποίο ένας ηγέτης προσεγγίζει την ηθική λήψη αποφάσεων.

Ο Αριστοτέλης μετέδωσε στους σύγχρονους ηγέτες μια πρακτική σοφία που τονίζει τη σημασία τόσο της αρετής όσο και της σύνεσης στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Ο συνδυασμός συναισθήματος και σκέψης, ή αντίληψης, είναι κρίσιμος σε αυτή τη διαδικασία. Ωστόσο, ο Αριστοτέλης αναγνώρισε επίσης την ανάγκη για οξυδέρκεια, η οποία περιλαμβάνει κριτική και στρατηγική σκέψη για την αποτελεσματική εφαρμογή των αποφάσεων στην πράξη. Η λήψη μιας απόφασης είναι συχνά μια δύσκολη και περίπλοκη εργασία, που απαιτεί την ικανότητα να πλοηγηθείτε επιδέξια σε αντικρουόμενες συνθήκες, συμφέροντα και καταστάσεις. Για να είναι κάποιος αποτελεσματικός και επωφελής ηγέτης, πρέπει πρώτα να διαμορφώσει μια στρατηγική που να εξετάζει τι πρέπει να γίνει, πώς πρέπει να γίνει, ποιος θα εφαρμόσει την απόφαση και πότε είναι σκόπιμο να δράσει. Για να ακολουθήσετε με επιτυχία την προαναφερθείσα προσέγγιση ως ηγέτης ενός οργανισμού ή μιας επιχείρησης, είναι επιτακτική ανάγκη να εμπλακείτε σε ορθολογική σκέψη. Η αριστοτελική έννοια της καλής θέλησης είναι ένα κρίσιμο στοιχείο, που απαιτεί

την απόκτηση πληροφοριών και αποτελεσματική επικοινωνία για την πραγματοποίηση των στόχων του. Η αποτελεσματική διαχείριση αυτών των πληροφοριών είναι επίσης απαραίτητη. Επιπλέον, η εμπειρία παίζει ζωτικό ρόλο στη διαδικασία, καθώς η γνώση καθίσταται αντικειμενική όταν προέρχεται από προηγούμενη εμπειρία. Εδώ μπαίνει στο παιχνίδι ο εργαλειοκρατικός πραγματισμός του J. Dewey, καθώς η εμπειρία δίνει νόημα στη διαδικασία της αντικειμενικής γνώσης. Αντλώντας από προηγούμενες καταστάσεις, ένας ηγέτης μπορεί να δημιουργήσει νέες λύσεις και να επιλέξει την καταλληλότερη για να αντιμετωπίσει το πρόβλημα που αντιμετωπίζει (Τριαντάρη, 2020).

Αφού εξετάσει τα παραπάνω, είναι επιτακτική ανάγκη για τον ηγέτη να εντοπίσει διάφορες εναλλακτικές λύσεις που σχετίζονται με το υπό εξέταση πρόβλημα. Αυτό περιλαμβάνει τη συνεκτίμηση όλων των διαθέσιμων πόρων, συμπεριλαμβανομένων των ανθρώπινων πόρων, των ευκαιριών, των δυνατοτήτων και των περιβαλλοντικών παραγόντων ή των ηθικών ευθυνών απέναντι στο περιβάλλον. Μόλις εντοπιστεί, ο ηγέτης θα πρέπει στη συνέχεια να αναλύσει κάθε εναλλακτική με προσοχή, κατανοώντας τα δυνατά και τα αδύνατα σημεία κάθε επιλογής. Εδώ είναι απαραίτητη η αξιολόγηση των προτεινόμενων εναλλακτικών λύσεων μέσω της ορθολογικής σκέψης. Η ηθική οντότητα και η ποιότητα του χαρακτήρα του ηγέτη, συμπεριλαμβανομένων των αρετών, της διακριτικότητας και της σύνεσης συμβάλλουν επίσης στο προσωπικό κριτήριο για την επιλογή της απόφασης. Τέλος, η απόφαση ή η εναλλακτική που επιλέγεται πρέπει να δοκιμαστεί για την εφαρμογή της. Όταν ένας ηγέτης έχει επιφορτιστεί με την εφαρμογή μιας επιλεγμένης εναλλακτικής λύσης, καθίσταται ζωτικής σημασίας γι' αυτόν να δώσουν προτεραιότητα σε τέσσερα σημεία επικοινωνίας. Αυτά τα σημεία είναι τα εξής: α) Η μέθοδος ή το σχέδιο για την εφαρμογή της απόφασης, που απαιτεί αριστοτελικές δεξιότητες, ευφυΐα τόσο στη διαδικασία όσο και στο αποτέλεσμα. β) Η διάδοση σαφών και αληθών πληροφοριών στους εταίρους, με την αριστοτελική λογική πειθώ να παίζει βασικό ρόλο στη δημιουργία τεκμηρίωσης με λογικά επιχειρήματα. γ) Η συνοχή και η δέσμευση των εταίρων προς την υλοποίηση της απόφασης. Εδώ, η λογική πειθώ πρέπει να συνδυαστεί με την ψυχολογική πειθώ για να εντυπωθεί στους συνεργάτες η σημασία της συνοχής και της ομαδικής εργασίας στην επιτυχία της απόφασης. Επιπλέον, οι εργαζόμενοι ή τα μέλη της ομάδας θα πρέπει να αισθάνονται τα κίνητρα του ηγέτη να

δημιουργήσουν ένα θεμέλιο κίνητρο. και δ) Τα κατάλληλα μέσα για την εκτέλεση της απόφασης. Κατά την ανάπτυξη σχεδίων, ο ηγέτης πρέπει να είναι έτοιμος να χειριστεί τυχόν απροσδόκητους κινδύνους και κινδύνους για τον οργανισμό ή την επιχείρηση με λογικό τρόπο που ελαχιστοποιεί τις αρνητικές επιπτώσεις. Αυτό σημαίνει ότι ο ηγέτης πρέπει να αναγνωρίσει τους πιθανούς κινδύνους που μπορεί να προκύψουν από τη λήψη αποφάσεων(Τριαντάρη, 2021).

Στην αναζήτηση της αλήθειας κατά τη διαδικασία λήψης αποφάσεων, αξιοποιείται η πραγματιστική έννοια, όπως αναλύεται από τον J. Dewey στο έκτο κεφάλαιο της λογικής του. Η διαδικασία συλλογιστικής αποτελείται από διάφορα στάδια: πρώτον, τον εντοπισμό του προβλήματος και την αναγνώριση της ύπαρξής του. Δεύτερον, ορίζοντας το πρόβλημα. Τρίτον, συγκέντρωση και ανάλυση εναλλακτικών λύσεων, προτάσεων και ιδεών σε σχέση με τη λύση του προβλήματος. Τέταρτον, η λογική αξιολόγηση των εναλλακτικών λύσεων και η πρόβλεψη των συνεπειών κάθε προτεινόμενης λύσης. Τέλος, επιλογή και εμπειρική δοκιμή της επιλεγμένης λύσης ή πρότασης. Η πραγματιστική εμπειρική άποψη του J. Dewey, η οποία βασίζεται στην αριστοτελική άποψη της πρακτικής φιλοσοφίας, εστιάζεται στο πέμπτο στάδιο, το οποίο περιλαμβάνει τον εμπειρικό έλεγχο της προτεινόμενης και επιλεγμένης λύσης, αυστηρά προσανατολισμένη στην αναζήτηση της αλήθειας. Για έναν ηγέτη, το πρόβλημα χρησιμεύει ως εξέδρα εκτόξευσης και καταλύτης για έρευνα και εξερεύνηση, ενεργοποιώντας τις ανθρώπινες νοητικές διαδικασίες και συμμετοχή, καθώς και δοκιμάζοντας την ανθρώπινη συμπεριφορά, τη στάση του ηγέτη και την ευελιξία επικοινωνίας. Η πραγματιστική φιλοσοφία του Dewey, δίνοντας προτεραιότητα στην ψυχική εκπαίδευση των ατόμων μέσω πειραματικού ελέγχου και εμπειρίας, επιδεικνύει θετικά αποτελέσματα τόσο στην επιστήμη όσο και στην ανθρώπινη συμπεριφορά. Μόλις τεθεί σε εφαρμογή μια απόφαση, είναι επιτακτική η αξιολόγηση του αποτελέσματος. Αυτή η αξιολόγηση επιτρέπει τόσο στον ηγέτη όσο και στην ομάδα να καθορίσουν εάν τα αναμενόμενα αποτελέσματα επιτεύχθηκαν πλήρως ή εν μέρει με βάση προκαθορισμένα κριτήρια. Παράγοντες που μπορεί να επηρέασαν το αποτέλεσμα περιλαμβάνουν μεμονωμένους παράγοντες όπως το άγχος, την πίεση, τις πολιτισμικές διαφορές και την προσωπικότητα. Αντιληπτικοί παράγοντες όπως η αίσθηση, η σκέψη, η μνήμη και η φαντασία έπαιξαν επίσης ρόλο. Τέλος, εμπειρικοί και οργανωτικοί

παράγοντες, όπως η προηγούμενη εμπειρία, η γνώση του θέματος και ο περιορισμός της λήψης αποφάσεων για την αποφυγή μεροληψίας ήταν επίσης σχετικοί (Τριαντάρη, 2020).

3.3 Μοντέλα λήψης αποφάσεων

Υπάρχουν πολλά μοντέλα για την προσέγγιση της διαδικασίας λήψης αποφάσεων. Αυτά τα μοντέλα διαφέρουν ως προς την πολυπλοκότητα, το εύρος και την προβλεπόμενη χρήση τους. Ορισμένα μοντέλα επιλέγουν την απλότητα και εστιάζουν σε μερικές βασικές μεταβλητές, ενώ άλλα είναι πιο περίπλοκα και περιλαμβάνουν ένα ευρύτερο φάσμα παραγόντων. Ωστόσο, όλα τα μοντέλα λήψης αποφάσεων μοιράζονται τον στόχο της παροχής ενός δομημένου πλαισίου για την αξιολόγηση εναλλακτικών και τη λήψη τεκμηριωμένων επιλογών(Τριαντάρη, 2021).

Η εστίαση στρέφεται σε μοντέλα λήψης αποφάσεων που δεν περιλαμβάνουν μόνο τον ηγέτη, αλλά και τη σχέση μεταξύ του ηγέτη και της ομάδας. Δύο μοντέλα λήψης αποφάσεων ακολουθούνται από τον ηγέτη: ορθολογισμός και διαίσθηση. Όταν ο ηγέτης πρέπει να λάβει μια απόφαση μαζί με την ομάδα και επομένως πρέπει να λάβει υπόψη τις προτάσεις και τις ιδέες των μελών της ομάδας, χρησιμοποιούνται τα ακόλουθα μοντέλα: καταγιτισμός ιδεών, εικονικές ομάδες, το μοντέλο λήψης αποφάσεων των Δελφών, το Vroom-Yetton και το Jago μοντέλο και η μέθοδος διαλεκτικής απόφασης.

Όσον αφορά το άτομο σε θέση ηγεσίας, το ορθολογικό μοντέλο ηγεσίας περιλαμβάνει τη χρήση της διακριτικότητας και της ορθής κρίσης, που είναι πτυχές του λογικού μέρους του μυαλού, για να ληφθούν οι πιο λογικές και εφικτές αποφάσεις. Αυτό το μοντέλο προϋποθέτει ότι ο ηγέτης είναι ικανός σε πρακτικά θέματα, διαθέτει γνώσεις και επομένως έχει επαρκείς πληροφορίες για το θέμα που εξετάζει. Ο ικανός ηγέτης έχει την ικανότητα να εντοπίζει μοτίβα από προηγούμενες εμπειρίες, γεγονός που του δίνει τη δυνατότητα να λαμβάνουν τεκμηριωμένες αποφάσεις. Το εν λόγω άτομο έχει μια ολοκληρωμένη κατανόηση τόσο των γενικών όσο και των ειδικών ζητημάτων. Διαθέτουν την ικανότητα να εντοπίζουν και να αναλύουν όλες τις διαθέσιμες εναλλακτικές λύσεις χρησιμοποιώντας αντικειμενικά κριτήρια για να καθορίσουν την πιο συμφέρουσα πορεία δράσης. Ωστόσο, πρέπει να σημειωθεί ότι οι ηγέτες συχνά αποκλίνουν από το ορθολογικό μοντέλο λόγω

ανεπαρκών ή πολύπλοκων πληροφοριών, οι οποίες μπορεί να εμποδίσουν την ικανότητά τους να κατανοήσουν πλήρως το πρόβλημα. Σε τέτοιες περιπτώσεις, ο ηγέτης λειτουργεί με περιορισμένο ορθολογισμό, χρησιμοποιώντας απλουστευμένα μοντέλα για να λύσει το πρόβλημα. Αυτό μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα ο ηγέτης να συμβιβάζεται με ικανοποιητικά αποτελέσματα ή να αναζητά λύσεις που είναι απλώς επαρκείς. Το ορθολογικό μοντέλο προϋποθέτει πλήρη και ακριβή αξιολόγηση και αξιολόγηση της πληροφορίας, η οποία μπορεί να είναι χρονοβόρα και έντασης πόρων. Φυσικά, ο ηθικός χαρακτήρας και οι προσωπικές ιδιότητες του ηγέτη αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι αυτής της διαδικασίας.

Η διαδικασία λήψης αποφάσεων που είναι γνωστή ως διαίσθηση δεν βασίζεται στην ορθολογική σκέψη, και ως εκ τούτου, δεν περιλαμβάνει συνειδητή σκέψη. Οι ηγέτες που χρησιμοποιούν τη διαίσθηση βασίζονται κυρίως στις προηγούμενες εμπειρίες τους. Η διαισθητική λήψη αποφάσεων βασίζεται σε κατακερματισμένες πληροφορίες και συναισθηματικές συνδέσεις και υποκινείται από συναισθήματα. Ο Αριστοτέλης κατέταξε τη διαίσθηση ως την έκτη αίσθηση, η οποία συνδέεται με τη συναισθηματική αναγνώριση και ειλικρίνεια. Η διαίσθηση είναι ένα χρήσιμο εργαλείο για τη λήψη αποφάσεων, αλλά θα πρέπει πάντα να επιβεβαιώνεται με αντικειμενικά δεδομένα και αμερόληπτη ανάλυση(Τριαντάρη, 2021).

Περίοδοι μη κανονικότητας στην υγεία. Η περίπτωση του covid-19. Μελέτη περίπτωσης της γαστρεντερολογικής κλινικής του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ιωαννίνων

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

Στατιστική Ανάλυση - Μελέτη Περίπτωσης της Γαστρεντερολογικής κλινικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων.

Στον πίνακα 1 που ακολουθεί παρατηρείται ότι από τους συμμετέχοντες, 11 (36,7%) είναι άνδρες και 19 (63,3%) είναι γυναίκες. Σχετικά με την ηλικιακή ομάδα παρατηρείται ότι 1 (3,3%) είναι 18-24 ετών, 3 (10,0%) είναι 25-30 ετών, 5 (16,7%) είναι 31-40 ετών, 17 (56,7%) είναι 41-55 ετών και 4 (13,3%) είναι άνω των 55 ετών. Επιπλέον, σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση, 6 (20,0%) είναι άγαμοι, 22 (73,3%) είναι έγγαμοι και 2 (6,7%) είναι διαζευγμένοι. Στην συνέχεια, όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο 7 (23,3%) έχουν ολοκληρώσει την φοίτησή τους στην δευτεροβάθμια εκπαίδευση, 6 (20,0%) έχουν ολοκληρώσει την φοίτησή τους στην τριτοβάθμια εκπαίδευση, 8 (26,7%) έχουν αποκτήσει μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών και 9 (30,0%) έχουν αποκτήσει διδακτορικό τίτλο σπουδών. Τέλος, τα χρόνια εργασιακής εμπειρίας των συμμετεχόντων είναι, 1-5 χρόνια με ποσοστό 3 (10,0%), 6-10 χρόνια με ποσοστό 6 (20,0%) και άνω των 16 χρόνων με ποσοστό 21 (70,0%).

		N	N %
Φύλο	Άνδρας	11	36,7%
	Γυναίκα	19	63,3%
Ηλικία	18-24	1	3,3%
	25-30	3	10,0%
	31-40	5	16,7%
	41-55	17	56,7%
	>55	4	13,3%
	Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος	6	20,0%
Έγγαμος		22	73,3%
Διαζευγμένος		2	6,7%
Μορφωτικό επίπεδο	Δευτεροβάθμια	7	23,3%
	Τριτοβάθμια	6	20,0%
	Μεταπτυχιακό	8	26,7%

Περίοδοι μη κανονικότητας στην υγεία. Η περίπτωση του covid-19. Μελέτη περίπτωσης της γαστρεντερολογικής κλινικής του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ιωαννίνων

	Διδακτορικό	9	30,0%
Χρόνια εργασίας	1-5 χρόνια	3	10,0%
	6-10 χρόνια	6	20,0%
	> από 16 χρόνια	21	70,0%

Πίνακας 1: Δημογραφικά Χαρακτηριστικά

Στον πίνακα 2 που ακολουθεί παρατηρείται ότι οι συμμετέχοντες απάντησαν στο ερώτημα «Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εργασία που κάνετε;», όπου 2 (6,7%) απάντησαν «Καθόλου», 4 (13,3%) απάντησαν «Λίγο», 7 (23,3%) απάντησαν «Μέτρια», 12 (40,0%) απάντησαν «Αρκετά» και 5 (16,7%) απάντησαν «Πολύ». Στην συνέχεια, οι συμμετέχοντες απάντησαν στο ερώτημα «Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εκπαίδευση;», όπου 1 (3,3%) απάντησε «Καθόλου», 3 (10,0%) απάντησαν «Λίγο», 13 (43,3%) απάντησαν «Μέτρια», 10 (33,3%) απάντησαν «Αρκετά» και 3 (10,0%) απάντησαν «Πολύ». Επίσης, στο ερώτημα «Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την δυνατότητα εξέλιξης;» 6 (20,0%) απάντησαν «Καθόλου», 4 (13,3%) απάντησαν «Λίγο», 11 (36,7%) απάντησαν «Μέτρια», 6 (20,0%) απάντησαν «Αρκετά» και 3 (10,0%) απάντησαν «Πολύ». Επιπλέον, στο ερώτημα «Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την παροχή ησυχίας και συγκέντρωσης;» 5 (16,7%) απάντησαν «Καθόλου», 6 (20,0%) απάντησαν «Λίγο», 10 (33,3%) απάντησαν «Μέτρια», 7 (23,3%) απάντησαν «Αρκετά» και 2 (6,7%) απάντησαν «Πολύ». Παράλληλα, στο ερώτημα «Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την παροχή διαλλειμάτων;» 7 (23,3%) απάντησαν «Καθόλου», 7 (23,3%) απάντησαν «Λίγο», 7 (23,3%) απάντησαν «Μέτρια», 7 (23,3%) απάντησαν «Αρκετά» και 2 (6,7%) απάντησαν «Πολύ». Τέλος, στο ερώτημα «Πόσο ικανοποιημένοι είστε από το οργανωτικό κλίμα;» 3 (10,0%) απάντησαν «Καθόλου», 8 (26,7%) απάντησαν «Λίγο», 8 (26,7%) απάντησαν «Μέτρια», 8 (26,7%) απάντησαν «Αρκετά» και 3 (10,0%) απάντησαν «Πολύ».

	Καθόλου		Λίγο		Μέτρια		Αρκετά		Πολύ	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εργασία που κάνετε;	2	6,7%	4	13,3%	7	23,3%	12	40,0%	5	16,7%

Περίοδοι μη κανονικότητας στην υγεία. Η περίπτωση του covid-19. Μελέτη περίπτωσης της γαστρεντερολογικής κλινικής του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ιωαννίνων

Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εκπαίδευση;	1	3,3%	3	10,0%	13	43,3%	10	33,3%	3	10,0%
Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την δυνατότητα εξέλιξης;	6	20,0%	4	13,3%	11	36,7%	6	20,0%	3	10,0%
Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την παροχή ησυχίας και συγκέντρωσης;	5	16,7%	6	20,0%	10	33,3%	7	23,3%	2	6,7%
Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την παροχή διαλλειμάτων;	7	23,3%	7	23,3%	7	23,3%	7	23,3%	2	6,7%
Πόσο ικανοποιημένοι είστε από το οργανωτικό κλίμα;	3	10,0%	8	26,7%	8	26,7%	8	26,7%	3	10,0%

Πίνακας 2: Βαθμός ικανοποίησης από το εργασιακό περιβάλλον

Στον πίνακα 3 που ακολουθεί παρατηρείται ότι οι συμμετέχοντες απάντησαν στο ερώτημα «Πόσο ικανοποιημένοι είστε σε σχέση με τον προϊστάμενο σας στον εργασιακό χώρο;», όπου 3 (10,0%) απάντησαν «Λίγο», 4 (13,3%) απάντησαν «Μέτρια», 14 (46,7%) απάντησαν «Αρκετά» και 9 (30,0%) απάντησαν «Πολύ». Στην συνέχεια, οι συμμετέχοντες απάντησαν στο ερώτημα «Πόσο ικανοποιημένοι είστε σε σχέση με τους συναδέλφους σας στον εργασιακό χώρο;», όπου 1 (3,3%) απάντησε «Καθόλου», 1 (3,3%) απάντησε «Λίγο», 5 (16,7%) απάντησαν «Μέτρια», 15 (50,0%) απάντησαν «Αρκετά» και 8 (26,7%) απάντησαν «Πολύ». Επίσης, στο ερώτημα «Πόσο ικανοποιημένοι είστε με την υποστήριξη που εισπράττετε από τον προϊστάμενο σας;» 1 (3,3%) απάντησε «Καθόλου», 5 (16,7%) απάντησαν «Λίγο», 4 (13,3%) απάντησαν «Μέτρια», 9 (30,0%) απάντησαν «Αρκετά» και 11 (36,7%) απάντησαν «Πολύ». Επιπλέον, στο ερώτημα «Πόσο ικανοποιημένοι είστε με τον σεβασμό που εισπράττετε από τους συναδέλφους σας;» 3 (10,0%) απάντησαν «Καθόλου», 1 (3,3%) απάντησε «Λίγο», 4 (13,3%) απάντησαν «Μέτρια», 13 (43,3%) απάντησαν «Αρκετά» και 9 (30,0%) απάντησαν «Πολύ». Παράλληλα, στο ερώτημα «Πόσο ικανοποιημένοι είστε με την επικοινωνία σας πάνω σε θέματα εργασίας;» 2 (6,7%) απάντησαν «Καθόλου», 3 (10,0%) απάντησαν «Λίγο», 9 (30,0%) απάντησαν «Μέτρια», 8 (26,7%) απάντησαν «Αρκετά» και 8 (26,7%) απάντησαν «Πολύ». Τέλος, στο ερώτημα «Πόσο ικανοποιημένοι είστε με τον καταμερισμό εργασίας σε σχέση με τους συναδέλφους σας;» 2 (6,7%) απάντησαν «Καθόλου», 4 (13,3%) απάντησαν «Λίγο», 4 (13,3%) απάντησαν «Μέτρια», 12 (40,0%) απάντησαν «Αρκετά» και 8 (26,7%) απάντησαν «Πολύ».

Περίοδοι μη κανονικότητας στην υγεία. Η περίπτωση του covid-19. Μελέτη περίπτωσης της γαστρεντερολογικής κλινικής του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ιωαννίνων

	Καθόλου		Λίγο		Μέτρια		Αρκετά		Πολύ	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Πόσο ικανοποιημένοι είστε σε σχέση με τον προϊστάμενο σας στον εργασιακό χώρο;	0	0,0%	3	10,0%	4	13,3%	14	46,7%	9	30,0%
Πόσο ικανοποιημένοι είστε σε σχέση με τους συναδέλφους σας στον εργασιακό χώρο;	1	3,3%	1	3,3%	5	16,7%	15	50,0%	8	26,7%
Πόσο ικανοποιημένοι είστε με την υποστήριξη που εισπράττετε από τον προϊστάμενο σας;	1	3,3%	5	16,7%	4	13,3%	9	30,0%	11	36,7%
Πόσο ικανοποιημένοι είστε με τον σεβασμό που εισπράττετε από τους συναδέλφους σας;	3	10,0%	1	3,3%	4	13,3%	13	43,3%	9	30,0%
Πόσο ικανοποιημένοι είστε με την επικοινωνία σας πάνω σε θέματα εργασίας;	2	6,7%	3	10,0%	9	30,0%	8	26,7%	8	26,7%

Περίοδοι μη κανονικότητας στην υγεία. Η περίπτωση του covid-19. Μελέτη περίπτωσης της γαστρεντερολογικής κλινικής του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ιωαννίνων

Πόσο ικανοποιημένοι είστε με τον καταμερισμό εργασίας σε σχέση με τους συναδέλφους σας;	2	6,7%	4	13,3%	4	13,3%	12	40,0%	8	26,7%
---	---	------	---	-------	---	-------	----	-------	---	-------

Πίνακας 3: Βαθμός ικανοποίησης από εργασιακές σχέσεις

Στον πίνακα 4 που ακολουθεί παρατηρείται ότι οι συμμετέχοντες απάντησαν στο ερώτημα «Πόσο σημαντικό ρόλο έχει για την αύξηση της αποδοτικότητας η αγάπη για το επάγγελμα;», όπου 2 (7,1%) απάντησαν «Καθόλου», 2 (7,1%) απάντησαν «Λίγο», 2 (7,1%) απάντησαν «Μέτρια», 9 (32,1%) απάντησαν «Αρκετά» και 13 (46,4%) απάντησαν «Πολύ». Στην συνέχεια, οι συμμετέχοντες απάντησαν στο ερώτημα «Πόσο σημαντικό ρόλο έχει για την αύξηση της αποδοτικότητας το σύνολο των καθηκόντων που πρέπει να εκπληρωθούν;», όπου 3 (10,0%) απάντησαν «Καθόλου», 5 (16,7%) απάντησαν «Μέτρια», 14 (46,7%) απάντησαν «Αρκετά» και 8 (26,7%) απάντησαν «Πολύ». Επίσης, στο ερώτημα «Πόσο σημαντικό ρόλο έχουν για την αύξηση της αποδοτικότητας οι οικονομικές απολαβές;» 3 (10,0%) απάντησαν «Καθόλου», 2 (6,7%) απάντησαν «Λίγο», 4 (13,3%)

Περίοδοι μη κανονικότητας στην υγεία. Η περίπτωση του covid-19. Μελέτη περίπτωσης της γαστρεντερολογικής κλινικής του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ιωαννίνων

απάντησα «Μέτρια», 7 (23,3%) απάντησαν «Αρκετά» και 14 (46,7%) απάντησαν «Πολύ». Επιπλέον, στο ερώτημα «Πόσο σημαντικό ρόλο έχει για την αύξηση της αποδοτικότητας η παροχή ανταμοιβών και επαίνων;» 4 (13,3%) απάντησαν «Καθόλου», 1 (3,3%) απάντησε «Λίγο», 4 (13,3%) απάντησαν «Μέτρια», 11 (36,7%) απάντησαν «Αρκετά» και 10 (33,3%) απάντησαν «Πολύ». Παράλληλα, στο ερώτημα «Πόσο σημαντικό ρόλο έχει για την αύξηση της αποδοτικότητας η ανάπτυξη των εργασιακών σχέσεων;» 2 (6,7%) απάντησαν «Καθόλου», 6 (20,0%) απάντησαν «Μέτρια», 12 (40,0%) απάντησαν «Αρκετά» και 10 (33,3%) απάντησαν «Πολύ». Τέλος, στο ερώτημα «Πόσο σημαντικό ρόλο έχει για την αύξηση της αποδοτικότητας η υποστήριξη από τον προϊστάμενο;» 1 (3,3%) απάντησε «Καθόλου», 1 (3,3%) απάντησαν «Λίγο», 2 (6,7%) απάντησαν «Μέτρια», 12 (40,0%) απάντησαν «Αρκετά» και 14 (46,7%) απάντησαν «Πολύ».

	Καθόλου		Λίγο		Μέτρια		Αρκετά		Πολύ	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Πόσο σημαντικό ρόλο έχει για την αύξηση της αποδοτικότητας η αγάπη για το επάγγελμα;	2	7,1%	2	7,1%	2	7,1%	9	32,1%	13	46,4%

Περίοδοι μη κανονικότητας στην υγεία. Η περίπτωση του covid-19. Μελέτη περίπτωσης της γαστρεντερολογικής κλινικής του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ιωαννίνων

Πόσο σημαντικό ρόλο έχει για την αύξηση της αποδοτικότητας το σύνολο των καθηκόντων που πρέπει να εκπληρωθούν;	3	10,0%	0	0,0%	5	16,7%	14	46,7%	8	26,7%
Πόσο σημαντικό ρόλο έχουν για την αύξηση της αποδοτικότητας οι οικονομικές απολαβές;	3	10,0%	2	6,7%	4	13,3%	7	23,3%	14	46,7%
Πόσο σημαντικό ρόλο έχει για την αύξηση της αποδοτικότητας η παροχή ανταμοιβών και επαίνων;	4	13,3%	1	3,3%	4	13,3%	11	36,7%	10	33,3%
Πόσο σημαντικό ρόλο έχει για την αύξηση της αποδοτικότητας η ανάπτυξη των εργασιακών σχέσεων;	2	6,7%	0	0,0%	6	20,0%	12	40,0%	10	33,3%
Πόσο σημαντικό ρόλο έχει για την αύξηση της αποδοτικότητας η υποστήριξη από τον προϊστάμενο;	1	3,3%	1	3,3%	2	6,7%	12	40,0%	14	46,7%

Πίνακας 4: Παράγοντες που παίζουν σημαντικό στην αύξηση της αποδοτικότητας

Περίοδοι μη κανονικότητας στην υγεία. Η περίπτωση του covid-19. Μελέτη περίπτωσης της γαστρεντερολογικής κλινικής του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ιωαννίνων

Στον πίνακα 5 που ακολουθεί παρατηρείται ότι οι συμμετέχοντες απάντησαν στο ερώτημα «Το υγειονομικό προσωπικό θα πρέπει να είναι εμβολιασμένο;», όπου 27 (96,4%) απάντησαν «Καθόλου» και 1 (3,6%) απάντησε «Μέτρια. Στην συνέχεια, οι συμμετέχοντες απάντησαν στο ερώτημα «Το εμβολιασμένο υγειονομικό προσωπικό επηρεάζεται από το μη εμβολιασμένο;», όπου 15 (51,7%) απάντησαν «Καθόλου», 4 (13,8%) απάντησαν «Λίγο», 4 (13,8%) απάντησαν «Μέτρια», 5 (17,2%) απάντησαν «Αρκετά» και 1 (3,4%) απάντησε «Πολύ». Τέλος, στο ερώτημα «Πόσο σημαντικό είναι οι ανεμβολίαστοι να επιστρέψουν στην εργασία τους και να είναι παραγωγικοί;» 2 (6,9%) απάντησαν «Καθόλου», 2 (6,9%) απάντησαν «Λίγο», 4 (13,8%) απάντησαν «Μέτρια», 7 (24,1%) απάντησαν «Αρκετά» και 14 (48,3%) απάντησαν «Πολύ».

	Καθόλου		Λίγο		Μέτρια		Αρκετά		Πολύ	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Το υγειονομικό προσωπικό θα πρέπει να είναι εμβολιασμένο;	27	96,4%	0	0,0%	1	3,6%	0	0,0%	0	0,0%
Το εμβολιασμένο υγειονομικό προσωπικό επηρεάζεται από το μη εμβολιασμένο;	15	51,7%	4	13,8%	4	13,8%	5	17,2%	1	3,4%
Πόσο σημαντικό είναι οι ανεμβολίαστοι να επιστρέψουν στην εργασία τους και να είναι παραγωγικοί;	2	6,9%	2	6,9%	4	13,8%	7	24,1%	14	48,3%

Πίνακας 5: Υγειονομικό προσωπικό

Στον πίνακα 6 που ακολουθεί παρατηρείται ότι οι συμμετέχοντες απάντησαν στο ερώτημα «Υπάρχουν προστριβές/διαφωνίες μεταξύ του εμβολιασμένου και μη εμβολιασμένου προσωπικού;», όπου 7 (24,1%) απάντησαν «Ναι», 10 (34,5%) απάντησαν «Μέτρια και 12 (41,4%) απάντησαν «Δεν ξέρω». Στην συνέχεια, οι συμμετέχοντες απάντησαν στο ερώτημα «Θα έπρεπε να επιστρέψει το μη εμβολιασμένο προσωπικό στην εργασία του;», όπου 18 (66,7%) απάντησαν «Ναι», 3 (11,1%) απάντησαν «Όχι» και 6 (22,2%) απάντησαν «Δεν ξέρω». Επίσης, στο ερώτημα «Θεωρείται ορθό το διαχωρισμό ανάμεσα στους υγειονομικούς συναδέλφους, ανεμβολίαστοι και μη ανεμβολίαστοι;», 3 (10,7%) απάντησαν «Ναι», 22 (78,6%) απάντησαν «Όχι» και 3 (10,7%) απάντησαν «Δεν ξέρω». Επιπλέον, στο ερώτημα «Θα έπρεπε κατά τη γνώμη σας να παρέχει το νοσοκομείο ψυχολογική υποστήριξη κατά την περίοδο του Covid στο υγειονομικό προσωπικό;» 28 (93,3%) απάντησαν «Ναι», 1 (3,3%) απάντησε «Όχι» και 1 (3,3%) απάντησε «Δεν ξέρω». Παράλληλα, στο ερώτημα «Θεωρείτε επαρκή την εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού για την αντιμετώπιση περιστατικών Covid;» 12 (40,0%) απάντησαν «Ναι», 13 (43,3%) απάντησαν «Όχι» και 5 (16,7%) απάντησαν «Δεν ξέρω». Επιπρόσθετα, στο ερώτημα «Θεωρείτε επαρκή τον αριθμό των υγειονομικών για την περίθαλψη περιστατικών Covid;» 6 (20,7%) απάντησαν «Ναι», 22 (75,9%) απάντησαν «Όχι» και 1 (3,4%) απάντησε «Δεν ξέρω». Τέλος, στο ερώτημα «Θεωρείται σημαντική τη συμβολή των ιδιωτικών θεραπευτηρίων, στη Δημόσια υγεία, κατά την περίοδο του Covid;» 6 (21,4%) απάντησαν «Ναι», 14 (50,0%) απάντησαν «Όχι» και 8 (28,6%) απάντησαν «Δεν ξέρω».

Περίοδοι μη κανονικότητας στην υγεία. Η περίπτωση του covid-19. Μελέτη περίπτωσης της γαστρεντερολογικής κλινικής του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ιωαννίνων

Περίοδοι μη κανονικότητας στην υγεία. Η περίπτωση του covid-19. Μελέτη περίπτωσης της γαστρεντερολογικής κλινικής του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ιωαννίνων

	Ναι		Όχι		Δεν ξέρω	
	N	%	N	%	N	%
Υπάρχουν προστριβές/διαφωνίες μεταξύ του εμβολιασμένου και μη εμβολιασμένου προσωπικού;	7	24,1%	10	34,5%	12	41,4%
Θα έπρεπε να επιστρέψει το μη εμβολιασμένο προσωπικό στην εργασία του;	18	66,7%	3	11,1%	6	22,2%
Θεωρείται ορθό το διαχωρισμό ανάμεσα στους υγειονομικούς συναδέλφους, ανεμβολίαστοι και μη ανεμβολίαστοι;	3	10,7%	22	78,6%	3	10,7%
Θα έπρεπε κατά τη γνώμη σας να παρέχει το νοσοκομείο ψυχολογική υποστήριξη κατά την περίοδο του Covid στο υγειονομικό προσωπικό;	28	93,3%	1	3,3%	1	3,3%
Θεωρείτε επαρκή την εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού για την αντιμετώπιση περιστατικών Covid;	12	40,0%	13	43,3%	5	16,7%
Θεωρείτε επαρκή τον αριθμό των υγειονομικών για την περίθαλψη περιστατικών Covid;	6	20,7%	22	75,9%	1	3,4%
Θεωρείται σημαντική τη συμβολή των ιδιωτικών θεραπευτηρίων, στη Δημόσια υγεία, κατά την περίοδο του Covid;	6	21,4%	14	50,0%	8	28,6%

Πίνακας 6: Διαχωρισμός σε εμβολιασμένο και μη εμβολιασμένο προσωπικό, επαρκής εκπαίδευση και αριθμός προσωπικού και συμβολή ιδιωτικών θεραπευτηρίων στην Δημόσια υγεία κατά την περίοδο του Covid

Στον πίνακα 7 που ακολουθεί παρατηρείται ο μέσος όρος και η τυπική απόκλιση σχετικά με το πόσο οι συμμετέχοντες είναι ικανοποιημένοι με τους παρακάτω παράγοντες. Οι συμμετέχοντες είναι ικανοποιημένοι από την εργασία που κάνουν με μέσο όρο $M=3,47$ και τυπική απόκλιση $S.D.=1,137$, από την εκπαίδευση με μέσο όρο $M=3,37$ και τυπική απόκλιση $S.D.=0,928$, από την δυνατότητα εξέλιξης με μέσο όρο $M=2,87$ και τυπική απόκλιση $S.D.=1,252$, από την παροχή ησυχίας και συγκέντρωσης με μέσο όρο $M=2,83$ και τυπική απόκλιση $S.D.=1,177$, από την παροχή διαλειμμάτων με μέσο όρο $M=2,67$ και τυπική απόκλιση $S.D.=1,269$ και από το οργανωτικό κλίμα με μέσο όρο $M=3,00$ και τυπική απόκλιση $S.D.=1,174$. Έπειτα, παρατηρείται ότι οι συμμετέχοντες είναι ικανοποιημένοι με τον προϊστάμενο στον εργασιακό χώρο με μέσο όρο $M=3,97$ και τυπική απόκλιση $S.D.=0,928$, με τους συναδέλφους στον εργασιακό χώρο με μέσο όρο $M=3,93$ και τυπική απόκλιση $S.D.=0,944$, με την υποστήριξη που εισπράττετε από τον προϊστάμενο σας με μέσο όρο $M=3,80$ και τυπική απόκλιση $S.D.=1,215$, με τον σεβασμό που εισπράττετε από τον προϊστάμενο σας με μέσο όρο $M=3,80$ και τυπική απόκλιση

Περίοδοι μη κανονικότητας στην υγεία. Η περίπτωση του covid-19. Μελέτη περίπτωσης της γαστρεντερολογικής κλινικής του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ιωαννίνων

S.D.=1,215, με την επικοινωνία σας πάνω σε θέματα εργασίας με μέσο όρο M= 3,57 και τυπική απόκλιση S.D.=1,194, και τέλος με τον καταμερισμό εργασίας σε σχέση με τους συναδέρφους σας με μέσο όρο M= 3,67 και τυπική απόκλιση S.D.=1,213.

	Mean	Standard Deviation
Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εργασία που κάνετε	3,47	1,137
Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εκπαίδευση	3,37	,928
Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την δυνατότητα εξέλιξης	2,87	1,252
Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την παροχή ησυχίας και συγκέντρωσης	2,83	1,177
Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την παροχή διαλειμάτων	2,67	1,269
Πόσο ικανοποιημένοι είστε από το οργανωτικό κλίμα	3,00	1,174
Πόσο ικανοποιημένοι είστε σε σχέση με τον προϊστάμενο σας στον εργασιακό χώρο	3,97	,928
Πόσο ικανοποιημένοι είστε σε σχέση με τους συναδέρφους σας στον εργασιακό χώρο	3,93	,944
Πόσο ικανοποιημένοι είστε με την υποστήριξη που εισπράττετε από τον προϊστάμενο σας	3,80	1,215
Πόσο ικανοποιημένοι είστε με τον σεβασμό που εισπράττετε από τους συναδέρφους σας	3,80	,215
Πόσο ικανοποιημένοι είστε με την επικοινωνία σας πάνω σε θέματα εργασίας	3,57	1,194
Πόσο ικανοποιημένοι είστε με τον καταμερισμό εργασίας σε σχέση με τους συναδέρφους σας	3,67	1,213

Πίνακας 7: Μέσος όρος και τυπική απόκλιση σχετικά με το πόσο ικανοποιημένοι είναι οι συμμετέχοντες σε θέματα εργασίας

Στον πίνακα 8 που ακολουθεί παρατηρείται ο μέσος όρος και η τυπική απόκλιση σχετικά με το πόσο οι συμμετέχοντες θεωρούν σημαντικούς τους παράγοντες που αυξάνουν την αποδοτικότητα. Οι συμμετέχοντες θεωρούν ότι για την αύξηση της αποδοτικότητας σημαντικό ρόλο έχει, η αγάπη για το επάγγελμα (M=4,04 , SD=1,232), το σύνολο των καθηκόντων που πρέπει να εκπληρωθούν (M=3,80 , SD=1,157), οι οικονομικές απολαβές (M=3,90 , SD=1,348), η παροχή ανταμοιβών και επαίνων (M=3,73 , SD=1,337), η ανάπτυξη εργασιακών σχέσεων (M=3,93 , SD=1,081) και η υποστήριξη από τον

Περίοδοι μη κανονικότητας στην υγεία. Η περίπτωση του covid-19. Μελέτη περίπτωσης της γαστρεντερολογικής κλινικής του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ιωαννίνων

προϊστάμενο (M=4,23 , SD=0,971). Στα ερωτήματα αν το υγειονομικό προσωπικό θα πρέπει να είναι εμβολιασμένο είναι (M=1,07 , SD=0,378), αν επηρεάζεται το εμβολιασμένο υγειονομικό προσωπικό από το μη εμβολιασμένο είναι (M=2,07 , SD=1,307) και αν οι ανεμβολίαστοι θα πρέπει να επιστρέψουν στην εργασία τους και να είναι παραγωγικοί είναι (M=4,00 , SD=1,254).

	Mean	Standard Deviation
Πόσο σημαντικό ρόλο έχει για την αύξηση της αποδοτικότητας η αγάπη για το επάγγελμα	4,04	1,232
Πόσο σημαντικό ρόλο έχει για την αύξηση της αποδοτικότητας το σύνολο των καθηκόντων που πρέπει να εκπληρωθούν	3,80	1,157
Πόσο σημαντικό ρόλο έχουν για την αύξηση της αποδοτικότητας οι οικονομικές απολαβές	3,90	1,348
Πόσο σημαντικό ρόλο έχει για την αύξηση της αποδοτικότητας η παροχή ανταμοιβών και επαίνων	3,73	1,337
Πόσο σημαντικό ρόλο έχει για την αύξηση της αποδοτικότητας η ανάπτυξη των εργασιακών σχέσεων	3,93	1,081
Πόσο σημαντικό ρόλο έχει για την αύξηση της αποδοτικότητας η υποστήριξη από τον προϊστάμενο	4,23	,971
Το υγειονομικό προσωπικό θα πρέπει να είναι εμβολιασμένο;	1,07	,378
Το εμβολιασμένο υγειονομικό προσωπικό επηρεάζεται από το μη εμβολιασμένο;	2,07	1,307
Πόσο σημαντικό είναι οι ανεμβολίαστοι να επιστρέψουν στην εργασία τους και να είναι παραγωγικοί;	4,00	1,254

Πίνακας 8: Παράγοντες που έχουν σημαντικό ρόλο για την αύξηση της αποδοτικότητας

Περίοδοι μη κανονικότητας στην υγεία. Η περίπτωση του covid-19. Μελέτη περίπτωσης της γαστρεντερολογικής κλινικής του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ιωαννίνων

Στον πίνακα 9 που ακολουθεί παρατηρείται ο μέσος όρος και η τυπική απόκλιση στο ερώτημα «Υπάρχουν προστριβές/διαφωνίες μεταξύ του εμβολιασμένου και μη εμβολιασμένου προσωπικού;» είναι (M=2,17 , SD=0,805), στο ερώτημα «Θα έπρεπε να επιστρέψει το μη εμβολιασμένο προσωπικό στην εργασία του;» είναι (M=1,56 , SD=0,847), στο ερώτημα «Θεωρείται ορθό το διαχωρισμό ανάμεσα στους υγειονομικούς συναδέλφους, ανεμβολίαστοι και μη ανεμβολίαστοι;» είναι (M=2,00 , SD=0,471), στο ερώτημα «Θα έπρεπε κατά τη γνώμη σας να παρέχει το νοσοκομείο ψυχολογική υποστήριξη κατά την περίοδο του Covid στο υγειονομικό προσωπικό;» είναι (M=1,10 , SD=0,403) , στο ερώτημα «Θεωρείτε επαρκή την εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού για την αντιμετώπιση περιστατικών Covid;» είναι (M=1,77 , SD=0,728) , στο ερώτημα «Θεωρείται επαρκή τον αριθμό των υγειονομικών για την περίθαλψη περιστατικών Covid;» είναι (M=1,83 , SD=0,468) , στο ερώτημα «Θεωρείται σημαντική τη συμβολή των ιδιωτικών θεραπευτηρίων, στη Δημόσια υγεία, κατά την περίοδο του Covid;» είναι (M=2,07 , SD=0,716).

	Mean	Standard Deviation
Υπάρχουν προστριβές/διαφωνίες μεταξύ του εμβολιασμένου και μη εμβολιασμένου προσωπικού;	2,17	,805
Θα έπρεπε να επιστρέψει το μη εμβολιασμένο προσωπικό στην εργασία του;	1,56	,847
Θεωρείται ορθό το διαχωρισμό ανάμεσα στους υγειονομικούς συναδέλφους, ανεμβολίαστοι και μη ανεμβολίαστοι;	2,00	,471
Θα έπρεπε κατά τη γνώμη σας να παρέχει το νοσοκομείο ψυχολογική υποστήριξη κατά την περίοδο του Covid στο υγειονομικό προσωπικό;	1,10	,403
Θεωρείτε επαρκή την εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού για την αντιμετώπιση περιστατικών Covid;	1,77	,728
θεωρείται επαρκή τον αριθμό των υγειονομικών για την περίθαλψη περιστατικών Covid;	1,83	,468
Θεωρείται σημαντική τη συμβολή των ιδιωτικών θεραπευτηρίων, στη Δημόσια υγεία, κατά την περίοδο του Covid;	2,07	,716

Πίνακας 9: Ερωτήσεις σχετικά με το υγειονομικό προσωπικό κατά την περίοδο του Covid

Περίοδοι μη κανονικότητας στην υγεία. Η περίπτωση του covid-19. Μελέτη περίπτωσης της γαστρεντερολογικής κλινικής του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ιωαννίνων

Από τον έλεγχο ανάλυσης διακύμανσης του πίνακα που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της ερώτησης «Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εργασία που κάνετε;» ανάλογα με την ηλικία, δηλαδή αν είναι στην ηλικιακή ομάδα των 18-24 (M=1,00, SD=-), στην ηλικιακή ομάδα των 25-30 (M=3,67, SD=0,577), στην ηλικιακή ομάδα των 31-40 (M=3,20, SD=1,304), στην ηλικιακή ομάδα των 41-55 (M=3,53, SD=1,007) και στην ηλικιακή ομάδα των 55+ (M=4,00, SD=1,414), καθώς $F(4, 25)=1,634$ και $p=0,197 > 0,05$.

Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εργασία που κάνετε

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	
					Lower Bound	Upper Bound
18-24	1	1,00	.	.	.	.
25-30	3	3,67	,577	,333	2,23	5,10
31-40	5	3,20	1,304	,583	1,58	4,82
41-55	17	3,53	1,007	,244	3,01	4,05
>55	4	4,00	1,414	,707	1,75	6,25
Total	30	3,47	1,137	,208	3,04	3,89

Πίνακας 10

Από τον έλεγχο ανάλυσης διακύμανσης του πίνακα που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της ερώτησης «Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εργασία που κάνετε;» ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση, δηλαδή αν οι συμμετέχοντες είναι άγαμοι (M=2,50, SD=1,049), αν είναι έγγαμοι (M=3,77, SD=1,020) και αν είναι διαζευγμένοι (M=3,00, SD=1,414), καθώς $F(2, 27)=3,725$ και $p=0,037 < 0,05$.

Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εργασία που κάνετε

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	
					Lower Bound	Upper Bound
Άγαμος	6	2,50	1,049	,428	1,40	3,60
Έγγαμος	22	3,77	1,020	,218	3,32	4,23

Περίοδοι μη κανονικότητας στην υγεία. Η περίπτωση του covid-19. Μελέτη περίπτωσης της γαστρεντερολογικής κλινικής του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ιωαννίνων

Διαζευγμένος	2	3,00	1,414	1,000	-9,71	15,71
Total	30	3,47	1,137	,208	3,04	3,89

Πίνακας 11

Από τον έλεγχο ανάλυσης διακύμανσης του πίνακα που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της ερώτησης «Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εργασία που κάνετε;» ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης, δηλαδή ανέχουν ολοκληρώσει την φοίτησή τους στην δευτεροβάθμια εκπαίδευση ($M=3,14$, $SD=1,215$), αν έχουν ολοκληρώσει την φοίτησή τους στην τριτοβάθμια εκπαίδευση ($M=3,83$, $SD=0,753$), αν έχουν αποκτήσει μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών ($M=3,50$, $SD=0,926$) και αν έχουν αποκτήσει διδακτορικό τίτλο σπουδών ($M=3,44$, $SD=1,509$), καθώς $F(3, 26)=0,375$ και $p=0,772>0,05$.

Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εργασία που κάνετε

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	
					Lower Bound	Upper Bound
Δευτεροβάθμια	7	3,14	1,215	,459	2,02	4,27
Τριτοβάθμια	6	3,83	,753	,307	3,04	4,62
Μεταπτυχιακό	8	3,50	,926	,327	2,73	4,27
Διδακτορικό	9	3,44	1,509	,503	2,28	4,60
Total	30	3,47	1,137	,208	3,04	3,89

Πίνακας 12

Από τον έλεγχο ανάλυσης διακύμανσης του πίνακα που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της ερώτησης «Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εργασία που κάνετε;» ανάλογα με τα έτη εργασίας, δηλαδή αν έχουν 1-5 έτη εργασίας ($M=4,00$, $SD=0$), αν έχουν 6-10 έτη εργασίας ($M=3,17$, $SD=1,169$) και αν έχουν 16 χρόνια και άνω ($M=3,48$, $SD=1,209$), καθώς $F(2, 27)=0,522$ και $p=0,599>0,05$.

Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εργασία που κάνετε

N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	
				Lower Bound	Upper Bound

Περίοδοι μη κανονικότητας στην υγεία. Η περίπτωση του covid-19. Μελέτη περίπτωσης της γαστρεντερολογικής κλινικής του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ιωαννίνων

1-5 χρόνια	3	4,00	,000	,000	4,00	4,00
6-10 χρόνια	6	3,17	1,169	,477	1,94	4,39
> από 16 χρόνια	21	3,48	1,209	,264	2,93	4,03
Total	30	3,47	1,137	,208	3,04	3,89

Πίνακας 13

Από τον έλεγχο ανάλυσης διακύμανσης του πίνακα που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της ερώτησης «Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εργασία που κάνετε;» ανάλογα με τις απαντήσεις της ερώτησης «Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εκπαίδευση;», δηλαδή αν απάντησαν «Καθόλου» (M=1,00, SD=-), αν απάντησαν «Λίγο» (M=2,00, SD=0,000), αν απάντησαν «Μέτρια» (M=3,31, SD=0,630), αν απάντησαν «Αρκετά» (M=4,30, SD=0,483) και αν απάντησαν «Πολύ» (M=3,67, SD=2,309) καθώς $F(4, 25)=7,104$ και $p=0,001 < 0,05$.

Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εργασία που κάνετε

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	
					Lower Bound	Upper Bound
Καθόλου	1	1,00	.	.	.	.
Λίγο	3	2,00	,000	,000	2,00	2,00
Μέτρια	13	3,31	,630	,175	2,93	3,69
Αρκετά	10	4,30	,483	,153	3,95	4,65
Πολύ	3	3,67	2,309	1,333	-2,07	9,40
Total	30	3,47	1,137	,208	3,04	3,89

Πίνακας 14

Από τον έλεγχο ανάλυσης διακύμανσης του πίνακα που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της ερώτησης «Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εργασία που κάνετε;» ανάλογα με τις απαντήσεις της ερώτησης «Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την δυνατότητα εξέλιξης;», δηλαδή αν απάντησαν «Καθόλου» (M=2,33, SD=1,211), αν απάντησαν «Λίγο» (M=3,00, SD=1,155), αν απάντησαν «Μέτρια» (M=3,45, SD=0,820), αν απάντησαν «Αρκετά» (M=4,33, SD=0,516) και αν απάντησαν «Πολύ» (M=4,67, SD=0,577) καθώς $F(4, 25)=5,423$ και $p=0,003 < 0,05$.

Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εργασία που κάνετε

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	
					Lower Bound	Upper Bound
Καθόλου	6	2,33	1,211	,494	1,06	3,60

Περίοδοι μη κανονικότητας στην υγεία. Η περίπτωση του covid-19. Μελέτη περίπτωσης της γαστρεντερολογικής κλινικής του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ιωαννίνων

Λίγο	4	3,00	1,155	,577	1,16	4,84
Μέτρια	11	3,45	,820	,247	2,90	4,01
Αρκετά	6	4,33	,516	,211	3,79	4,88
Πολύ	3	4,67	,577	,333	3,23	6,10
Total	30	3,47	1,137	,208	3,04	3,89

Πίνακας 15

Από τον έλεγχο ανάλυσης διακύμανσης του πίνακα που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της ερώτησης «Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εργασία που κάνετε;» ανάλογα με τις απαντήσεις της ερώτησης «Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την παροχή ησυχίας και συγκέντρωσης;», δηλαδή αν απάντησαν «Καθόλου» (M=3,00, SD=1,581), αν απάντησαν «Λίγο» (M=2,83, SD=0,753), αν απάντησαν «Μέτρια» (M=3,60, SD=0,843), αν απάντησαν «Αρκετά» (M=4,43, SD=0,535) και αν απάντησαν «Πολύ» (M=2,50, SD=2,121) καθώς $F(4, 25)=2,952$ και $p=0,040<0,05$.

Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εργασία που κάνετε

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	
					Lower Bound	Upper Bound
Καθόλου	5	3,00	1,581	,707	1,04	4,96
Λίγο	6	2,83	,753	,307	2,04	3,62
Μέτρια	10	3,60	,843	,267	3,00	4,20
Αρκετά	7	4,43	,535	,202	3,93	4,92
Πολύ	2	2,50	2,121	1,500	-16,56	21,56
Total	30	3,47	1,137	,208	3,04	3,89

Πίνακας 16

Από τον έλεγχο ανάλυσης διακύμανσης του πίνακα που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της ερώτησης «Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εργασία που κάνετε;» ανάλογα με τις απαντήσεις της ερώτησης «Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την παροχή διαλλειμάτων;», δηλαδή αν απάντησαν «Καθόλου» (M=3,00, SD=1,291), αν απάντησαν «Λίγο» (M=3,43, SD=1,134), αν απάντησαν «Μέτρια» (M=3,43, SD=0,976), αν απάντησαν «Αρκετά» (M=3,71, SD=1,254) και αν απάντησαν «Πολύ» (M=4,50, SD=0,707) καθώς $F(4, 25)=0,770$ και $p=0,555>0,05$.

Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εργασία που κάνετε

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	
					Lower Bound	Upper Bound

Περίοδοι μη κανονικότητας στην υγεία. Η περίπτωση του covid-19. Μελέτη περίπτωσης της γαστρεντερολογικής κλινικής του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ιωαννίνων

					LowerBound	UpperBound
Καθόλου	7	3,00	1,291	,488	1,81	4,19
Λίγο	7	3,43	1,134	,429	2,38	4,48
Μέτρια	7	3,43	,976	,369	2,53	4,33
Αρκετά	7	3,71	1,254	,474	2,55	4,87
Πολύ	2	4,50	,707	,500	-1,85	10,85
Total	30	3,47	1,137	,208	3,04	3,89

Πίνακας 17

Από τον έλεγχο ανάλυσης διακύμανσης του πίνακα που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της ερώτησης «Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εργασία που κάνετε;» ανάλογα με τις απαντήσεις της ερώτησης «Πόσο ικανοποιημένοι είστε από το οργανωτικό κλίμα;», δηλαδή αν απάντησαν «Καθόλου» (M=3,00, SD=2,000), αν απάντησαν «Λίγο» (M=3,13, SD=0,835), αν απάντησαν «Μέτρια» (M=3,13, SD=1,246), αν απάντησαν «Αρκετά» (M=4,00, SD=0,926) και αν απάντησαν «Πολύ» (M=4,33, SD=0,577) καθώς $F(4, 25)=1,449$ και $p=0,248 > 0,05$.

Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εργασία που κάνετε

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	
					LowerBound	UpperBound
Καθόλου	3	3,00	2,000	1,155	-1,97	7,97
Λίγο	8	3,13	,835	,295	2,43	3,82
Μέτρια	8	3,13	1,246	,441	2,08	4,17
Αρκετά	8	4,00	,926	,327	3,23	4,77
Πολύ	3	4,33	,577	,333	2,90	5,77
Total	30	3,47	1,137	,208	3,04	3,89

Πίνακας 18

Από τον έλεγχο ανάλυσης διακύμανσης του πίνακα που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της ερώτησης «Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εργασία που κάνετε;» ανάλογα με τις απαντήσεις της ερώτησης «Πόσο ικανοποιημένοι είστε σε σχέση με τον προϊστάμενο σας στον εργασιακό χώρο;», δηλαδή αν απάντησαν «Λίγο» (M=3,67, SD=1,528), αν απάντησαν «Μέτρια» (M=2,50, SD=0,577), αν απάντησαν «Αρκετά» (M=3,64, SD=0,842) και αν απάντησαν «Πολύ» (M=3,56, SD=1,509) καθώς $F(3, 26)=1,142$ και $p=0,350 > 0,05$.

Περίοδοι μη κανονικότητας στην υγεία. Η περίπτωση του covid-19. Μελέτη περίπτωσης της γαστρεντερολογικής κλινικής του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ιωαννίνων

Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εργασία που κάνετε

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% ConfidenceInterval for Mean		Minimum	Maximum
					LowerBound	UpperBound		
Λίγο	3	3,67	1,528	,882	-,13	7,46	2	5
Μέτρια	4	2,50	,577	,289	1,58	3,42	2	3
Αρκετά	14	3,64	,842	,225	3,16	4,13	2	5
Πολύ	9	3,56	1,509	,503	2,40	4,72	1	5
Total	30	3,47	1,137	,208	3,04	3,89	1	5

Πίνακας 19

Από τον έλεγχο ανάλυσης διακύμανσης του πίνακα που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της ερώτησης «Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εργασία που κάνετε;» ανάλογα με τις απαντήσεις της ερώτησης «Πόσο ικανοποιημένοι είστε σε σχέση με τους συναδέλφους σας στον εργασιακό χώρο;», δηλαδή αν απάντησαν «Καθόλου» (M=1,00, SD=-), αν απάντησαν «Λίγο» (M=2,00, SD=-), αν απάντησαν «Μέτρια» (M=3,20, SD=1,095), αν απάντησαν «Αρκετά» (M=3,67, SD=0,976) και αν απάντησαν «Πολύ» (M=3,75, SD=1,165) καθώς $F(4, 25)=2,224$ και $p=0,095 > 0,05$.

Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εργασία που κάνετε

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% ConfidenceInterval for Mean	
					LowerBound	UpperBound
Καθόλου	1	1,00	.	.	.	.
Λίγο	1	2,00	.	.	.	.
Μέτρια	5	3,20	1,095	,490	1,84	4,56
Αρκετά	15	3,67	,976	,252	3,13	4,21
Πολύ	8	3,75	1,165	,412	2,78	4,72
Total	30	3,47	1,137	,208	3,04	3,89

Πίνακας 20

Από τον έλεγχο ανάλυσης διακύμανσης του πίνακα που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της ερώτησης «Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εργασία που κάνετε;» ανάλογα με τις απαντήσεις της ερώτησης «Πόσο ικανοποιημένοι είστε με την υποστήριξη που εισπράττετε από τον προϊστάμενο σας;», δηλαδή αν απάντησαν «Καθόλου» (M=3,00, SD=-), αν απάντησαν «Λίγο» (M=3,20, SD=1,304), αν απάντησαν «Μέτρια» (M=2,75, SD=0,500), αν απάντησαν «Αρκετά»

Περίοδοι μη κανονικότητας στην υγεία. Η περίπτωση του covid-19. Μελέτη περίπτωσης της γαστρεντερολογικής κλινικής του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ιωαννίνων

(M=3,78, SD=0,972) και αν απάντησαν «Πολύ» (M=3,64, SD=1,362) καθώς $F(4, 25)=0,709$ και $p=0,594>0,05$.

Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εργασία που κάνετε

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	
					Lower Bound	Upper Bound
Καθόλου	1	3,00	.	.	.	.
Λίγο	5	3,20	1,304	,583	1,58	4,82
Μέτρια	4	2,75	,500	,250	1,95	3,55
Αρκετά	9	3,78	,972	,324	3,03	4,52
Πολύ	11	3,64	1,362	,411	2,72	4,55
Total	30	3,47	1,137	,208	3,04	3,89

Πίνακας 21

Από τον έλεγχο ανάλυσης διακύμανσης του πίνακα που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της ερώτησης «Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εργασία που κάνετε;» ανάλογα με τις απαντήσεις της ερώτησης «Πόσο ικανοποιημένοι είστε με τον σεβασμό που εισπράττετε από τους συναδέλφους σας;», δηλαδή αν απάντησαν «Καθόλου» (M=2,33, SD=1,155), αν απάντησαν «Λίγο» (M=2,00, SD=-), αν απάντησαν «Μέτρια» (M=3,50, SD=1,291), αν απάντησαν «Αρκετά» (M=3,54, SD=0,967) και αν απάντησαν «Πολύ» (M=3,89, SD=1,167) καθώς $F(4, 25)=1,612$ και $p=0,202>0,05$.

Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εργασία που κάνετε

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	
					Lower Bound	Upper Bound
Καθόλου	3	2,33	1,155	,667	-,54	5,20
Λίγο	1	2,00	.	.	.	.
Μέτρια	4	3,50	1,291	,645	1,45	5,55
Αρκετά	13	3,54	,967	,268	2,95	4,12
Πολύ	9	3,89	1,167	,389	2,99	4,79
Total	30	3,47	1,137	,208	3,04	3,89

Πίνακας 22

Από τον έλεγχο ανάλυσης διακύμανσης του πίνακα που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της ερώτησης «Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εργασία που κάνετε;» ανάλογα με τις απαντήσεις της ερώτησης «Πόσο ικανοποιημένοι είστε με την επικοινωνία σας πάνω σε θέματα εργασίας;», δηλαδή αν

Περίοδοι μη κανονικότητας στην υγεία. Η περίπτωση του covid-19. Μελέτη περίπτωσης της γαστρεντερολογικής κλινικής του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ιωαννίνων

απάντησαν «Καθόλου» (M=2,00, SD=1,414), αν απάντησαν «Λίγο» (M=3,67, SD=1,155), αν απάντησαν «Μέτρια» (M=2,89, SD=0,928), αν απάντησαν «Αρκετά» (M=4,00, SD=0,756) και αν απάντησαν «Πολύ» (M=3,88, SD=1,246) καθώς $F(4, 25)=2,610$ και $p=0,060 > 0,05$.

Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εργασία που κάνετε

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	
					Lower Bound	Upper Bound
Καθόλου	2	2,00	1,414	1,000	-10,71	14,71
Λίγο	3	3,67	1,155	,667	,80	6,54
Μέτρια	9	2,89	,928	,309	2,18	3,60
Αρκετά	8	4,00	,756	,267	3,37	4,63
Πολύ	8	3,88	1,246	,441	2,83	4,92
Total	30	3,47	1,137	,208	3,04	3,89

Πίνακας 23

Από τον έλεγχο ανάλυσης διακύμανσης του πίνακα που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της ερώτησης «Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εργασία που κάνετε;» ανάλογα με τις απαντήσεις της ερώτησης «Πόσο ικανοποιημένοι είστε με τον καταμερισμό εργασίας σε σχέση με τους συναδέλφους σας;», δηλαδή αν απάντησαν «Καθόλου» (M=2,00, SD=1,414), αν απάντησαν «Λίγο» (M=3,25, SD=1,258), αν απάντησαν «Μέτρια» (M=3,50, SD=1,291), αν απάντησαν «Αρκετά» (M=3,50, SD=0,905) και αν απάντησαν «Πολύ» (M=3,88, SD=1,246) καθώς $F(4, 25)=1,154$ και $p=0,354 > 0,05$.

Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εργασία που κάνετε

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	
					Lower Bound	Upper Bound
Καθόλου	2	2,00	1,414	1,000	-10,71	14,71
Λίγο	4	3,25	1,258	,629	1,25	5,25
Μέτρια	4	3,50	1,291	,645	1,45	5,55
Αρκετά	12	3,50	,905	,261	2,93	4,07
Πολύ	8	3,88	1,246	,441	2,83	4,92
Total	30	3,47	1,137	,208	3,04	3,89

Πίνακας 24

Περίοδοι μη κανονικότητας στην υγεία. Η περίπτωση του covid-19. Μελέτη περίπτωσης της γαστρεντερολογικής κλινικής του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ιωαννίνων

Από τον έλεγχο ανάλυσης διακύμανσης του πίνακα που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της ερώτησης «Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εργασία που κάνετε;» ανάλογα με τις απαντήσεις της ερώτησης «Πόσο σημαντικό ρόλο έχει για την αύξηση της αποδοτικότητας η αγάπη για το επάγγελμα;», δηλαδή αν απάντησαν «Καθόλου» (M=2,00, SD=1,414), αν απάντησαν «Λίγο» (M=2,00, SD=0,000), αν απάντησαν «Μέτρια» (M=3,50, SD=0,707), αν απάντησαν «Αρκετά» (M=3,11, SD=0,782) και αν απάντησαν «Πολύ» (M=4,00, SD=1,080) καθώς $F(4, 23)=3,573$ και $p=0,021<0,05$.

Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εργασία που κάνετε

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	
					Lower Bound	Upper Bound
Καθόλου	2	2,00	1,414	1,000	-10,71	14,71
Λίγο	2	2,00	,000	,000	2,00	2,00
Μέτρια	2	3,50	,707	,500	-2,85	9,85
Αρκετά	9	3,11	,782	,261	2,51	3,71
Πολύ	13	4,00	1,080	,300	3,35	4,65
Total	28	3,39	1,133	,214	2,95	3,83

Πίνακας 25

Από τον έλεγχο ανάλυσης διακύμανσης του πίνακα που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της ερώτησης «Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εργασία που κάνετε;» ανάλογα με τις απαντήσεις της ερώτησης «Πόσο σημαντικό ρόλο έχει για την αύξηση της αποδοτικότητας το σύνολο των καθηκόντων που πρέπει να εκπληρωθούν;», δηλαδή αν απάντησαν «Καθόλου» (M=2,00, SD=1,000), αν απάντησαν «Μέτρια» (M=3,20, SD=1,095), αν απάντησαν «Αρκετά» (M=3,50, SD=1,160) και αν απάντησαν «Πολύ» (M=4,13, SD=0,641) καθώς $F(3, 26)=3,282$ και $p=0,037<0,05$.

Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εργασία που κάνετε

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	
					Lower Bound	Upper Bound
Καθόλου	3	2,00	1,000	,577	-,48	4,48
Μέτρια	5	3,20	1,095	,490	1,84	4,56
Αρκετά	14	3,50	1,160	,310	2,83	4,17
Πολύ	8	4,13	,641	,227	3,59	4,66
Total	30	3,47	1,137	,208	3,04	3,89

Περίοδοι μη κανονικότητας στην υγεία. Η περίπτωση του covid-19. Μελέτη περίπτωσης της γαστρεντερολογικής κλινικής του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ιωαννίνων

Πίνακας 26

Από τον έλεγχο ανάλυσης διακύμανσης του πίνακα που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της ερώτησης «Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εργασία που κάνετε;» ανάλογα με τις απαντήσεις της ερώτησης «Πόσο σημαντικό ρόλο έχουν για την αύξηση της αποδοτικότητας οι οικονομικές απολαβές;», δηλαδή αν απάντησαν «Καθόλου» (M=3,00, SD=2,000), αν απάντησαν «Λίγο» (M=3,50, SD=2,121), αν απάντησαν «Μέτρια» (M=3,00, SD=0,816), αν απάντησαν «Αρκετά» (M=3,57, SD=1,272) και αν απάντησαν «Πολύ» (M=3,64, SD=0,929) καθώς $F(4, 25)=0,360$ και $p=0,835 > 0,05$.

Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εργασία που κάνετε

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	
					Lower Bound	Upper Bound
Καθόλου	3	3,00	2,000	1,155	-1,97	7,97
Λίγο	2	3,50	2,121	1,500	-15,56	22,56
Μέτρια	4	3,00	,816	,408	1,70	4,30
Αρκετά	7	3,57	1,272	,481	2,39	4,75
Πολύ	14	3,64	,929	,248	3,11	4,18
Total	30	3,47	1,137	,208	3,04	3,89

Πίνακας 27

Από τον έλεγχο ανάλυσης διακύμανσης του πίνακα που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της ερώτησης «Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εργασία που κάνετε;» ανάλογα με τις απαντήσεις της ερώτησης «Πόσο σημαντικό ρόλο έχει για την αύξηση της αποδοτικότητας η παροχή ανταμοιβών και επαίνων;», δηλαδή αν απάντησαν «Καθόλου» (M=3,50, SD=1,915), αν απάντησαν «Λίγο» (M=2,00, SD=-), αν απάντησαν «Μέτρια» (M=3,00, SD=0,816), αν απάντησαν «Αρκετά» (M=3,36, SD=1,120) και αν απάντησαν «Πολύ» (M=3,90, SD=0,876) καθώς $F(4, 25)=0,967$ και $p=0,443 > 0,05$.

Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εργασία που κάνετε

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	
					Lower Bound	Upper Bound
Καθόλου	4	3,50	1,915	,957	,45	6,55

Περίοδοι μη κανονικότητας στην υγεία. Η περίπτωση του covid-19. Μελέτη περίπτωσης της γαστρεντερολογικής κλινικής του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ιωαννίνων

Λίγο	1	2,00	.	.	.	.
Μέτρια	4	3,00	,816	,408	1,70	4,30
Αρκετά	11	3,36	1,120	,338	2,61	4,12
Πολύ	10	3,90	,876	,277	3,27	4,53
Total	30	3,47	1,137	,208	3,04	3,89

Πίνακας 28

Από τον έλεγχο ανάλυσης διακύμανσης του πίνακα που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της ερώτησης «Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εργασία που κάνετε;» ανάλογα με τις απαντήσεις της ερώτησης «Πόσο σημαντικό ρόλο έχει για την αύξηση της αποδοτικότητας η ανάπτυξη των εργασιακών σχέσεων;», δηλαδή αν απάντησαν «Καθόλου» (M=2,00, SD=1,414), αν απάντησαν «Μέτρια» (M=3,83, SD=1,169), αν απάντησαν «Αρκετά» (M=3,42, SD=0,900) και αν απάντησαν «Πολύ» (M=3,60, SD=1,265) καθώς $F(3, 26)=1,433$ και $p=0,256 > 0,05$.

Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εργασία που κάνετε

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	
					Lower Bound	Upper Bound
Καθόλου	2	2,00	1,414	1,000	-10,71	14,71
Μέτρια	6	3,83	1,169	,477	2,61	5,06
Αρκετά	12	3,42	,900	,260	2,84	3,99
Πολύ	10	3,60	1,265	,400	2,70	4,50
Total	30	3,47	1,137	,208	3,04	3,89

Πίνακας 29

Από τον έλεγχο ανάλυσης διακύμανσης του πίνακα που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της ερώτησης «Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εργασία που κάνετε;» ανάλογα με τις απαντήσεις της ερώτησης «Πόσο σημαντικό ρόλο έχει για την αύξηση της αποδοτικότητας η υποστήριξη από τον προϊστάμενο;», δηλαδή αν απάντησαν «Καθόλου» (M=1,00, SD=-), αν απάντησαν «Λίγο» (M=3,00, SD=-), αν απάντησαν «Μέτρια» (M=2,50, SD=0,707), αν απάντησαν «Αρκετά» (M=3,58, SD=0,996) και αν απάντησαν «Πολύ» (M=3,71, SD=1,139) καθώς $F(4, 25)=2,032$ και $p=0,121 > 0,05$.

Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εργασία που κάνετε

Περίοδοι μη κανονικότητας στην υγεία. Η περίπτωση του covid-19. Μελέτη περίπτωσης της γαστρεντερολογικής κλινικής του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ιωαννίνων

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	
					Lower Bound	Upper Bound
Καθόλου	1	1,00	.	.	.	.
Λίγο	1	3,00	.	.	.	.
Μέτρια	2	2,50	,707	,500	-3,85	8,85
Αρκετά	12	3,58	,996	,288	2,95	4,22
Πολύ	14	3,71	1,139	,304	3,06	4,37
Total	30	3,47	1,137	,208	3,04	3,89

Πίνακας 30

Από τον έλεγχο ανάλυσης διακύμανσης του πίνακα που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της ερώτησης «Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εργασία που κάνετε;» ανάλογα με τις απαντήσεις της ερώτησης «Το υγειονομικό προσωπικό θα πρέπει να είναι εμβολιασμένο;», δηλαδή αν απάντησαν «Καθόλου» (M=3,52, SD=1,156), και αν απάντησαν «Μέτρια» (M=4,00, SD=-), καθώς $F(1, 26)=0,167$ και $p=0,686 > 0,05$.

Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εργασία που κάνετε

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	
					Lower Bound	Upper Bound
Καθόλου	27	3,52	1,156	,222	3,06	3,98
Μέτρια	1	4,00	.	.	.	.
Total	28	3,54	1,138	,215	3,09	3,98

Πίνακας 31

Από τον έλεγχο ανάλυσης διακύμανσης του πίνακα που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της ερώτησης «Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εργασία που κάνετε;» ανάλογα με τις απαντήσεις της ερώτησης «Το εμβολιασμένο υγειονομικό προσωπικό επηρεάζεται από το μη εμβολιασμένο;», δηλαδή αν απάντησαν «Καθόλου» (M=3,33, SD=1,175), αν απάντησαν «Λίγο» (M=3,00, SD=1,414), αν απάντησαν «Μέτρια» (M=2,75, SD=0,500), αν απάντησαν «Αρκετά»

Περίοδοι μη κανονικότητας στην υγεία. Η περίπτωση του covid-19. Μελέτη περίπτωσης της γαστρεντερολογικής κλινικής του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ιωαννίνων

(M=4,20, SD=0,447) και αν απάντησαν «Πολύ» (M=5,00, SD=-) καθώς $F(4, 24)=1,819$ και $p=0,158>0,05$.

Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εργασία που κάνετε

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	
					LowerBound	UpperBound
Καθόλου	15	3,33	1,175	,303	2,68	3,98
Λίγο	4	3,00	1,414	,707	,75	5,25
Μέτρια	4	2,75	,500	,250	1,95	3,55
Αρκετά	5	4,20	,447	,200	3,64	4,76
Πολύ	1	5,00	.	.	.	.
Total	29	3,41	1,119	,208	2,99	3,84

Πίνακας 32

Από τον έλεγχο ανάλυσης διακύμανσης του πίνακα που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της ερώτησης «Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εργασία που κάνετε;» ανάλογα με τις απαντήσεις της ερώτησης «Πόσο σημαντικό είναι οι ανεμβολίαστοι να επιστρέψουν στην εργασία τους και να είναι παραγωγικοί;», δηλαδή αν απάντησαν «Καθόλου» (M=2,00, SD=1,414), αν απάντησαν «Λίγο» (M=4,00, SD=1,414), αν απάντησαν «Μέτρια» (M=4,25, SD=0,957), αν απάντησαν «Αρκετά» (M=3,14, SD=1,345) και αν απάντησαν «Πολύ» (M=3,50, SD=0,941) καθώς $F(4, 24)=1,663$ και $p=0,191>0,05$.

Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εργασία που κάνετε

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	
					LowerBound	UpperBound
Καθόλου	2	2,00	1,414	1,000	-10,71	14,71
Λίγο	2	4,00	1,414	1,000	-8,71	16,71
Μέτρια	4	4,25	,957	,479	2,73	5,77
Αρκετά	7	3,14	1,345	,508	1,90	4,39
Πολύ	14	3,50	,941	,251	2,96	4,04
Total	29	3,45	1,152	,214	3,01	3,89

Πίνακας 33

Από τον έλεγχο ανάλυσης διακύμανσης του πίνακα 34 που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της ερώτησης «Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εργασία που κάνετε;» με το φύλο, δηλαδή αν είναι άνδρας (M=3,73 ,

SD=1,191) και αν είναι γυναίκα (M=3,32 , SD=1,108), καθώς $p=0,567>0,05$. Επιπλέον, διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της ερώτησης «Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εκπαίδευση;» με το φύλο, δηλαδή αν είναι άνδρας (M=3,55 , SD=1,036) και αν είναι γυναίκα (M=3,26 , SD=0,872), καθώς $p=0,314>0,05$. Παράλληλα, διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της ερώτησης «Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την δυνατότητα εξέλιξης;» με το φύλο, δηλαδή αν είναι άνδρας (M=3,45 , SD=0,934) και αν είναι γυναίκα (M=3,53 , SD=1,307), καθώς $p=0,093>0,05$. Επιπρόσθετα, διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της ερώτησης «Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την παροχή ησυχίας και συγκέντρωσης;» με το φύλο, δηλαδή αν είναι άνδρας (M=2,64, SD=1,027) και αν είναι γυναίκα (M=2,95 , SD=1,268), καθώς $p=0,876>0,05$. Στην συνέχεια, διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της ερώτησης «Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την παροχή διαλλειμάτων;» με το φύλο, δηλαδή αν είναι άνδρας (M=2,27, SD=1,009) και αν είναι γυναίκα (M=2,89 , SD=1,370), καθώς $p=0,153>0,05$. Συγχρόνως, διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της ερώτησης «Πόσο ικανοποιημένοι είστε από το οργανωτικό κλίμα;» με το φύλο, δηλαδή αν είναι άνδρας (M=2,64, SD=1,027) και αν είναι γυναίκα (M=3,21 , SD=1,228), καθώς $p=0,663 >0,05$. Παρόμοια, διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της ερώτησης «Πόσο ικανοποιημένοι είστε σε σχέση με τον προϊστάμενο σας στον εργασιακό χώρο;» με το φύλο, δηλαδή αν είναι άνδρας (M=3,82, SD=1,079) και αν είναι γυναίκα (M=4,05 , SD=0,848), καθώς $p=0,731>0,05$. Αντίστοιχα, διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της ερώτησης «Πόσο ικανοποιημένοι είστε σε σχέση με τους συναδέλφους σας στον εργασιακό χώρο;» με το φύλο, δηλαδή αν είναι άνδρας (M=3,91, SD=0,831) και αν είναι γυναίκα (M=3,95 , SD=1,026), καθώς $p=0,459>0,05$. Ακόμη, διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της ερώτησης «Πόσο ικανοποιημένοι είστε με την υποστήριξη που εισπράττετε από τον προϊστάμενο σας;» με το φύλο, δηλαδή αν είναι άνδρας (M=3,82, SD=1,168) και αν είναι γυναίκα (M=3,79 , SD=1,273), καθώς $p=0,797>0,05$. Ύστερα, διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της ερώτησης «Πόσο ικανοποιημένοι είστε με τον σεβασμό που εισπράττετε από τους συναδέλφους σας;» με το φύλο, δηλαδή αν είναι άνδρας (M=3,73, SD=0,905) και αν είναι γυναίκα (M=3,84 , SD=1,385), καθώς $p=0,381>0,05$.

Περίοδοι μη κανονικότητας στην υγεία. Η περίπτωση του covid-19. Μελέτη περίπτωσης της γαστρεντερολογικής κλινικής του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ιωαννίνων

Συμπληρωματικά, διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της ερώτησης «Πόσο ικανοποιημένοι είστε με την επικοινωνία σας πάνω σε θέματα εργασίας;» με το φύλο, δηλαδή αν είναι άνδρας (M=3,55, SD=1,036) και αν είναι γυναίκα (M=3,58 , SD=1,305), καθώς $p=0,378>0,05$. Τέλος, , διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της ερώτησης «Πόσο ικανοποιημένοι είστε με τον καταμερισμό εργασίας σε σχέση με τους συναδέλφους σας;» με το φύλο, δηλαδή αν είναι άνδρας (M=3,55, SD=0,934) και αν είναι γυναίκα (M=3,74 , SD=1,368), καθώς $p=0,206>0,05$.

	Φύλο	N	Mean	Std. Deviation	p
Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εργασία που κάνετε	Άνδρας	11	3,73	1,191	0,567
	Γυναίκα	19	3,32	1,108	
Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εκπαίδευση	Άνδρας	11	3,55	1,036	0,314
	Γυναίκα	19	3,26	,872	
Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την δυνατότητα εξέλιξης	Άνδρας	11	3,45	,934	0,093
	Γυναίκα	19	2,53	1,307	
Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την παροχή ησυχίας και συγκέντρωσης	Άνδρας	11	2,64	1,027	0,876
	Γυναίκα	19	2,95	1,268	
Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την παροχή διαλλειμάτων	Άνδρας	11	2,27	1,009	0,153
	Γυναίκα	19	2,89	1,370	
Πόσο ικανοποιημένοι είστε από το οργανωτικό κλίμα	Άνδρας	11	2,64	1,027	0,663
	Γυναίκα	19	3,21	1,228	
Πόσο ικανοποιημένοι είστε σε σχέση με τον προϊστάμενο σας στον εργασιακό χώρο	Άνδρας	11	3,82	1,079	0,731
	Γυναίκα	19	4,05	,848	
Πόσο ικανοποιημένοι είστε σε σχέση με τους συναδέλφους σας στον εργασιακό χώρο	Άνδρας	11	3,91	,831	0,459
	Γυναίκα	19	3,95	1,026	
Πόσο ικανοποιημένοι είστε με την υποστήριξη που εισπράττετε από τον προϊστάμενο σας	Άνδρας	11	3,82	1,168	0,797
	Γυναίκα	19	3,79	1,273	
Πόσο ικανοποιημένοι είστε με τον σεβασμό που εισπράττετε από τους συναδέλφους σας	Άνδρας	11	3,73	,905	0,381
	Γυναίκα	19	3,84	1,385	
Πόσο ικανοποιημένοι είστε με την επικοινωνία σας πάνω σε θέματα εργασίας	Άνδρας	11	3,55	1,036	0,378
	Γυναίκα	19	3,58	1,305	

Περίοδοι μη κανονικότητας στην υγεία. Η περίπτωση του covid-19. Μελέτη περίπτωσης της γαστρεντερολογικής κλινικής του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ιωαννίνων

Πόσο ικανοποιημένοι είστε με τον καταμερισμό	Ανδρας	11	3,55	,934	0,206
εργασίας σε σχέση με τους συναδέλφους σας	Γυναίκα	19	3,74	1,368	

Πίνακας 34: Ύπαρξη διαφοροποίησης του φύλου ανάλογα με τα ερωτήματα

Από τον έλεγχο ανάλυσης διακύμανσης του πίνακα 35 που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της ερώτησης «Πόσο σημαντικό ρόλο έχει για την αύξηση της αποδοτικότητας η αγάπη για το επάγγελμα;» με το φύλο, δηλαδή αν είναι άνδρας ($M=3,78$, $SD=1,202$) και αν είναι γυναίκα ($M=4,16$, $SD=1,259$), καθώς $p=0,816>0,05$. Επιπλέον, διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της ερώτησης «Πόσο σημαντικό ρόλο έχει για την αύξηση της αποδοτικότητας το σύνολο των καθηκόντων που πρέπει να εκπληρωθούν;» με το φύλο, δηλαδή αν είναι άνδρας ($M=3,45$, $SD=1,036$) και αν είναι γυναίκα ($M=4,00$, $SD=1,202$), καθώς $p=0,901>0,05$. Παράλληλα, διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της ερώτησης «Πόσο σημαντικό ρόλο έχουν για την αύξηση της αποδοτικότητας οι οικονομικές απολαβές;» με το φύλο, δηλαδή αν είναι άνδρας ($M=3,45$, $SD=1,368$) και αν είναι γυναίκα ($M=4,16$, $SD=1,302$), καθώς $p=0,578>0,05$. Ακόμη, διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της ερώτησης «Πόσο σημαντικό ρόλο έχει για την αύξηση της αποδοτικότητας η παροχή ανταμοιβών και επαίνων;» με το φύλο, δηλαδή αν είναι άνδρας ($M=3,18$, $SD=1,328$) και αν είναι γυναίκα ($M=4,05$, $SD=1,268$), καθώς $p=0,571>0,05$. Στην συνέχεια, διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της ερώτησης «Πόσο σημαντικό ρόλο έχει για την αύξηση της αποδοτικότητας η ανάπτυξη των εργασιακών σχέσεων;» με το φύλο, δηλαδή αν είναι άνδρας ($M=3,82$, $SD=0,751$) και αν είναι γυναίκα ($M=4,00$, $SD=1,247$), καθώς $p=0,400>0,05$. Ύστερα, διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της ερώτησης «Πόσο σημαντικό ρόλο έχει για την αύξηση της αποδοτικότητας η υποστήριξη από τον προϊστάμενο;» με το φύλο, δηλαδή αν είναι άνδρας ($M=4,18$, $SD=0,751$) και αν είναι γυναίκα ($M=4,26$, $SD=1,098$), καθώς $p=0,473>0,05$. Παρόμοια, διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της ερώτησης «Το υγειονομικό προσωπικό θα πρέπει να είναι εμβολιασμένο;» με το φύλο, δηλαδή αν είναι άνδρας ($M=1,00$, $SD=0,000$) και αν είναι γυναίκα ($M=1,11$, $SD=0,459$), καθώς $p=0,161>0,05$. Συμπληρωματικά, διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της ερώτησης «Το εμβολιασμένο υγειονομικό προσωπικό

Περίοδοι μη κανονικότητας στην υγεία. Η περίπτωση του covid-19. Μελέτη περίπτωσης της γαστρεντερολογικής κλινικής του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ιωαννίνων

επηρεάζεται από το μη εμβολιασμένο;» με το φύλο, δηλαδή αν είναι άνδρας (M=2,20, SD=1,476) και αν είναι γυναίκα (M=2,00 , SD=1,247), καθώς $p=0,462>0,05$. Τέλος, διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της ερώτησης «Πόσο σημαντικό είναι οι ανεμβολίαστοι να επιστρέψουν στην εργασία τους και να είναι παραγωγικοί;» με το φύλο, δηλαδή αν είναι άνδρας (M=4,30, SD=0,823) και αν είναι γυναίκα (M=3,84 , SD=1,425), καθώς $p=0,087>0,05$.

	Φύλο	N	Mean	Std. Deviation	p
Πόσο σημαντικό ρόλο έχει για την αύξηση της αποδοτικότητας η αγάπη για το επάγγελμα	Άνδρας	9	3,78	1,202	0,816
	Γυναίκα	19	4,16	1,259	
Πόσο σημαντικό ρόλο έχει για την αύξηση της αποδοτικότητας το σύνολο των καθηκόντων που πρέπει να εκπληρωθούν	Άνδρας	11	3,45	1,036	0,901
	Γυναίκα	19	4,00	1,202	
Πόσο σημαντικό ρόλο έχουν για την αύξηση της αποδοτικότητας οι οικονομικές απολαβές	Άνδρας	11	3,45	1,368	0,578
	Γυναίκα	19	4,16	1,302	
Πόσο σημαντικό ρόλο έχει για την αύξηση της αποδοτικότητας η παροχή ανταμοιβών και επαίνων	Άνδρας	11	3,18	1,328	0,571
	Γυναίκα	19	4,05	1,268	
Πόσο σημαντικό ρόλο έχει για την αύξηση της αποδοτικότητας η ανάπτυξη των εργασιακών σχέσεων	Άνδρας	11	3,82	,751	0,400
	Γυναίκα	19	4,00	1,247	
Πόσο σημαντικό ρόλο έχει για την αύξηση της αποδοτικότητας η υποστήριξη από τον προϊστάμενο	Άνδρας	11	4,18	,751	0,473
	Γυναίκα	19	4,26	1,098	
Το υγειονομικό προσωπικό θα πρέπει να είναι εμβολιασμένο;	Άνδρας	9	1,00	,000	0,161
	Γυναίκα	19	1,11	,459	
Το εμβολιασμένο υγειονομικό προσωπικό επηρεάζεται από το μη εμβολιασμένο;	Άνδρας	10	2,20	1,476	0,462
	Γυναίκα	19	2,00	1,247	
Πόσο σημαντικό είναι οι ανεμβολίαστοι να επιστρέψουν στην εργασία τους και να είναι παραγωγικοί;	Άνδρας	10	4,30	,823	0,087
	Γυναίκα	19	3,84	1,425	

Πίνακας 35: Ύπαρξη διαφοροποίησης του φύλου ανάλογα με τα ερωτήματα

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Για την περιγραφή των δημογραφικών χαρακτηριστικών, των ερωτημάτων σχετικά με τον βαθμό ικανοποίησης από το εργασιακό περιβάλλον, τον βαθμό ικανοποίησης από

Περίοδοι μη κανονικότητας στην υγεία. Η περίπτωση του covid-19. Μελέτη περίπτωσης της γαστρεντερολογικής κλινικής του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ιωαννίνων

εργασιακές σχέσεις, τους παράγοντες που παίζουν σημαντικό στην αύξηση της αποδοτικότητας και το υγειονομικό προσωπικό χρησιμοποιήθηκαν πλήθη, ποσοστά, μέσος όρος και τυπική απόκλιση. Πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι ανάλυσης διακύμανσης για την διαφοροποίηση των ερωτημάτων ανάλογα με τις απαντήσεις σε ερωτήσεις που αφορούν τον βαθμό ικανοποίησης, την αύξηση της αποδοτικότητας και το υγειονομικό προσωπικό. Τέλος, πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι t για δύο ανεξάρτητα δείγματα για τις διαφοροποιήσεις των ερωτημάτων ανάλογα με το φύλο. Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το λογισμικό SPSS v 26.0 και το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0.05 σε όλες τις περιπτώσεις.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ένα γεγονός ενεργοποιεί μια κρίση, η οποία εμπεριέχει μεγάλη αστάθεια και προκαλεί δυσμενή αποτελέσματα στην λειτουργία ενός οργανισμού. Παρόλα αυτά επανέρχεται στην ομαλή λειτουργία του μέσω ενός αποτελεσματικού ηγέτη. Η οργάνωση που προκύπτει είναι συνήθως καλύτερη από την προϋπάρχουσα διότι η ηγεσία στηρίζεται στην καθοδήγηση ,στην λήψη αποφάσεων ,στην παρότρυνση και στην μετάδοση οράματος αφού η κρίση επηρεάζει τα συναισθήματα και την συμπεριφορά των ανθρώπων. Ο ηγέτης πρέπει να είναι ρεαλιστής, επικοινωνιακός , να υποστηρίζει τους εργαζόμενους και να τους εμπνέει εμπιστοσύνη. Απαραίτητη θεωρείται η επιστημονική κατάρτιση του ηγέτη. Παράλληλα οι εργαζόμενοι παρουσιάζουν υψηλότερη εργασιακή ικανοποίηση όταν αφοσιώνονται στους εργασιακούς τους στόχους αφού απουσιάζουν οι διαμάχες και παρέχονται καλύτερες οικονομικές απολαβές. Για την καλύτερη φροντίδα των ασθενών ο επαγγελματισμός των εργαζομένων στον τομέα της υγείας ξεπερνά την τυπική επικοινωνία και οδηγεί ακόμη και στην διαχείριση υγειονομικών κρίσεων όπως covid-19. Η έρευνα κατέληξε ότι ο ηγέτης οφείλει να επαινεί όπου χρειάζεται τους εργαζόμενους , να τους δημιουργήσει ένα ασφαλές εργασιακό περιβάλλον και να τους παροτρύνει στην συνεχής επιστημονική κατάρτιση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Τριαντάρη, Σ. Α. *Ηθική στη ληψη αποφάσεων*. Θεσσαλονίκη: Ι. Αρχ. Χαρμπαντίδης, 2021.

Τριαντάρη, Σ. Α. *Ηγεσία. Θεωρίες Ηγεσίας. Από τον αριστοτελικό Ρήτορα στο σύγχρονο Ηγέτη*. Θεσσαλονίκη: Ι. Αρχ. Χαρμπαντίδης, 2020.

Abraham , T.H.; Stewart , G.L.; Solimeo , S.L. The Importance of Soft Skills Development in a Hard Data World: Learning from Interviews with Healthcare Leaders. BMC Med. Educ. 2021 , 21 , 1–7.

Adim , C. ,Odili , C. ,&Aigboje , P. (2020). Conflict Management and Performance of Health Care Professionals in Teaching Hospitals in Rivers State .European Journal of Human Resource , 4(2). <https://doi.org/10.47672/ejh.620>

Aggar , C. , Shinnars , L. , Penman , O. , Mainey , L. , Kurup , C. , Hallett , J. , ... Raddi , S. (2021). Evaluation of a digital application to support internationally qualified nurses' communication and leadership skills. Nurse Education Today , 104 , 104982. doi:10.1016/j.nedt.2021.104982

Akerjordet , K. ,& Severinsson , E. (2010). The state of the science of emotional intelligence related tonursing leadership: an integrative review. Journal of Nursing Management , 18 (4) , 363–82.

AlRahbi ,D. ,Khalid ,K. ,&Khan ,M. (2017). The Effects of Leadership Styles on Team Motivation. *Academy of Strategic Management Journal* , 16(3) , 1 - 14.

Alabed , A. (2017). Leadership and Management in Healthcare. *Smile Dental Journal* , 12(1).http://www.smiledentaljournal.me/files/smiledentaljournal_files_20200303014954.pdf

Alnajjar , H. ,& Abou Hashish , E. (2022). Exploring the relationship between leadership and conflict management styles among nursing students. *Nursing management* (Harrow , London , England : 1994) , 29(3) , 25–31. <https://doi.org/10.7748/nm.2022.e2023>

Anastasiou , S. (2020). The significant effect of leadership and conflict management on job satisfaction. *Academic Journal of Interdisciplinary Studies* , 9(6) , 9 - 9. Available at: <https://doi.org/10.36941/ajis-2020-0107>.

Astrom , A.N.; Nasir , E.F. Predicting intention to treat HIV - infected patients among Tanzanian and Sudanese medical and dental students using the theory of planned behaviour—a cross sectional study. *BMC Health Serv. Res.* 2009 , 9 , 213.

Aufegger , L. , Alabi , M. , Darzi , A. ,& Bicknell , C. (2020). Sharing leadership: current attitudes , barriers and needs of clinical and non - clinical managers in UK's integrated care system. *BMJ Leader* , leader–2020–000228. doi:10.1136/leader-2020-000228

Barr J , Dowding L (2012) *Leadership in Healthcare*. SAGE Publications , London.

Bass , B.M. (1990). *Bass and Stogdill's Handbook of leadership: Theory , research , and managerial applications* (3rd edition). New York: Free Press.

Bass , M. B. & Avolio , B. J. (1994). Transformational leadership and organizational culture. *Public Administration Quarterly* , 114 - 121.

Basu, S., J. Andrews, S. Kishore, R. Panjabi & D. Stuckler. 2012. Comparative performance of private and public healthcare systems in low-and middle-income countries: a systematic review. *PLoS medicine*, 9: e1001244.

Bennis , W. G. (2007). The challenges of leadership in the modern world: An introduction to the special issue. *American Psychologist* , 62 (1) , 2 - 5.

Beutler E, Waalen J. The definition of Anemia: what is the lower limit of Normal of the blood hemoglobin concentration? *Blood*. 2006;107(5):1747–50. <https://doi.org/10.1182/blood-2005-07-3046>.

Περίοδοι μη κανονικότητας στην υγεία. Η περίπτωση του covid-19. Μελέτη περίπτωσης της γαστρεντερολογικής κλινικής του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ιωαννίνων

Bhatia K , Morris C A , Wright S C , Takayesu J K , Sharma R , Katz J T. Leadership Training for Residents: A Novel Approach. *Physician Leadership Journal*. 2015;2(2):76 - 80.

Bibi M. Linkage between performance of healthcare professionals and management practices in health care organizations. *JPM The Journal of the Pakistan Medical Association*. 2021;71(2 (B)):725 - 9.

Blair , E. (2018). Transformative teacher leadership education is inclusive. *Responding to Learner Diversity and Learning Difficulties* , 417.

Blanc-Brude, F., H. Goldsmith & T. Valila. 2008. Public-private partnerships in Europe: An update. *European Investment Bank Economic & Financial Report*, 2007/03.

Boorse C. A second rebuttal on health. *J Med Philos*. 2014;39(6):683–724.<https://doi.org/10.1093/jmp/jhu035>.

Borghgi , J.; Lohmann , J.; Dale , E.; Meheus , F.; Goudge , J.; Oboirien , K.; Kuwawenaruwa , A. How to do (or not to do) . . . Measuring health worker motivation in surveys in low- and middle - income countries. *Health Policy Plan*. 2018 , 33 , 192–203.

Bradley BH , Klotz A , Baur JE , Banford CG (2013) When Does Conflict Improve Team Performance? A Review of Evidence and Framework for Future Research. *Acad Manage Proc* January 2013. doi: [https:// dx.doi.org / 10.5465 / AMBPP.2013.17093abstract](https://dx.doi.org/10.5465/AMBPP.2013.17093abstract)

Braun , S.; Kark , R.; Wisse , B. Editorial: Fifty Shades of Grey: Exploring the Dark Sides of Leadership and Followership. *Front.Psychol*. 2018 , 9 , 1877.

Brefo - Manuh , AB. ,&Anlesinya , A. (2021). Performance appraisal justice and work attitudes of health - care workers in Ghana. *European Journal of Training and Development*. DOI: 10.1108 / EJTD - 02 - 2021 - 0027

Brefo - Manuh AB ,Anlesinya A. Performance appraisal justice and work attitudes of health - care workers in Ghana. *European Journal of Training and Development*. 2021.

Buttle, F. 1995. SERVQUAL: Review, Critique, Research Agenda. *European Journal of Marketing*, 30 (1): 8 – 32

Cabral L , Johnson C. Generating Staff Buy - in for the Patient - Centered Medical Home. *Physician Leadership Journal*. 2015;2(5):64 - 7.

Canguilhem G, Foucault M. In: Carolyn R, New F, editors. *The Normal and the Pathological*. Translated by. New York: Zone Books; 1991.

Catita, M., Águas, A. & Morgado, P. (2020). Normality in medicine: a critical review. *Philos Ethics Humanit Med* 15, 3. <https://doi.org/10.1186/s13010-020-00087-2>

Chan, Lai K., Yee V. Hui, Hing P. Lo, Siu K. Tse, Geoffrey K.F. Tso and Ming L. Wu. 2003. Consumer Satisfaction Index: New Practice and Findings. *European Journal of Marketing*. 37 (5/6): 872 - 909.

Chen , D.S. - S. Leadership Styles and Organization Structural Configurations. *J. Hum. Resour. Adult Learn*. 2006 , 2 , 39–46.

Cheung, E., A. P. C. Chan, P. T. I. Lam, D. W. M. Chan, and Y. J. Ke. 2012. A comparative study of critical success factors for public private partnerships (PPP) between Mainland China and the Hong Kong Special Administrative Region. *Facilities*, 30: 647-666.

Chigudu , S.; Jasseh , M.; d’Alessandro , U.; Corrah , T.; Demba , A.; Balen , J. The Role of Leadership in People - Centred Health Systems: A Sub - National Study in The Gambia. *Health Policy Plan*. 2014 , 33 , e14–e25.

Colton D. Strategies for implementing performance measurement in behavioural health care organisations. *Journal of Health Management*. 2007;9(3):301 - 16.

Denis , J. - L.; van Gestel , N. Medical Doctors in Healthcare Leadership: Theoretical and Practical Challenges. *BMC Health Serv. Res*. 2016 , 16 , 158.

Dickinson , H. , Ham , C. , Snelling , I. ,& Spurgeon , P. (2013). Are we there yet? Models of medical leadership and their effectiveness: An exploratory study. Retrieved from http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_FR_08-1808-236_V07.pdf

Drath , W. H. , McCauley , C. D. , Palus , C. J. , Van Velsor , E. , O'Connor , P. M. G. , and McGuire , J. B. (2008). Direction , alignment , commitment: Toward a more integrative ontology of leadership. *The Leadership Quarterly* , 19 (6) , 635–653.

Drucker P. *Managing in the next society. Common competencies for all healthcare managers.* New York: Truman Talley Books , St. Martin's Griffin; 2002.

Dubinsky , I.; Feerasta , N.; Lash , R. A Model for Physician Leadership Development and Succession Planning. *Healthc. Q. Tor. Ont* 2015 , 18 , 38–42.

Edmonstone J. (2011). Developing leaders and leadership in healthcare: A case for rebalancing? *Leadership in Health Services* , 24 , 8 - 18.

Elarabi HM , Johari F. The impact of human resources management on healthcare quality. *Asian journal of management sciences & education.* 2014;3(1):13 - 22.

Engel GL. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science.* 1977;196(4286):129–36. <https://doi.org/10.1126/science.847460>.

Ferlie , E. , McGivern , G. & De Moraes , A. (2010). Developing a Public Interest School of Management. *British Journal of Management* , 21 , no. SUPPL. 1 , s60 - s70.

Fisher, E. S., J. P. Bynum & J. S. Skinner. 2009. Slowing the growth of health care costs—lessons from regional variation. *New England Journal of Medicine*, 360: 849-852.

Flodgren , G.; O'Brien , M.A.; Parmelli , E.; Grimshaw , J.M. Local Opinion Leaders: Effects on Professional Practice and Healthcare Outcomes. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2019 , 6 , CD000125.

Ford , K.; Menchine , M.; Burner , E.; Arora , S.; Inaba , K.; Demetriades , D.; Yersin , B. Leadership and Teamwork in Trauma and Resuscitation. *West. J. Emerg. Med.* 2016 , 17 , 549–556.

Fried Y, Agassi J. “The paradoxes of paranoia revisited.” In Paranoia: A Study in Diagnosis. In: Fried Y, Agassi J, editors. Boston Studies in the Philosophy of Science. Dordrecht: Springer Netherlands; 1976. p. 52–60. https://doi.org/10.1007/978-94-010-1506-6_6.

Gagné , M.N.; Deci , E.L. Self - determination theory and work motivation. Organ. Behav. 2005 , 26 , 331–362.

Galaviz , K.I.; Narayan , K.M.V.; Manders , O.C.; Torres - Mejía , G.; Goenka , S.; McFarland , D.A.; Reddy , K.S.; Lozano , R.; Valladares , L.M.; Prabhakaran , D.; et al. The Public Health Leadership and Implementation Academy for Noncommunicable Diseases. Prev.Chronic. Dis. 2019 , 16 , E49.

Gilmartin , M. J. ,&D’Aunno , T. A. (2007). Leadership Research in Healthcare: A Review and Roadmap. The Academy of Management Annals , 1 (1) , 387 - 438.

Goleman , D. (1995). Emotional intelligence. New York: Bantam.

Grigoroudis E , Zopounidis C. Developing an employee evaluation management system: the case of a healthcare organization. Operational research. 2012;12(1):83 - 106.

Grill C , Ahlborg Jr G , Wikström E. Health care managers learning by listening to subordinates’ dialogue training. Journal of Health Organization and Management. 2014;28(3):437 - 54.

Guo K L , Anderson D. The new health care paradigm. Leadership in Health Services. 2005;18(4):12 - 20. doi:<http://dx.doi.org/10.1108/13660750510625733>

Hamilton RP. The concept of health: beyond Normativism and naturalism. J Eval Clin Pract. 2010;16(2):323–9. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01393.x>.

Hana J , Kirkhaug R. Physicians’ leadership styles in rural primary medical care: How are they perceived by staff? Scandinavian Journal of Primary Health Care. 2014;32(1) , 4 - 10. doi:[10.3109/02813432.2013.874083](https://doi.org/10.3109/02813432.2013.874083)

Herrmann, A., Xia, L., Monroe, K.B., and Huber, F. 2007. The Influence Of Price Fairness On Customer Satisfaction: An Empirical Test In The Context Of Automobile Purchases. *Journal of Product & Brand Management*. 16 (1): 49–58.

Homauni , A. ,Mosadeghrad , A. M. ,&Jaafaripooyan , E. (2021). The Effectiveness of Employee Performance Appraisal System in Health Sector: Evidence from Iranian organizations. *Asia Pacific Journal of Health Management* , 16(4) , 36 - 44. <https://doi.org/10.24083/apjhm.v16i4.813>

Howell , J. M. ,& Avolio , B. J. (2013). Transformational leadership , transactional leadership , locus of control , and support for innovation: Key predictors of consolidated business unit performance. *Journal of Applied Psychology* , 7 , 891–902.

<https://doi.org/10.7595/management.fon.2018.0022>

Jehn KA (1997) A qualitative analysis of conflict types and dimensions in organizational groups. *Admin Sci Q* 42(3): 530–57. doi: <https://dx.doi.org/10.2307/2393737>

Jie L , Juan L , Thornicroft G , Hui Y , Wen C ,Yuanguang H. Training community mental health staff in Guangzhou , China: evaluation of the effect of a new training model. *BMC Psychiatry*. 2015;15:263. doi:10.1186/s12888-015-0660-1

Johansen ML (2012) Keeping the peace: Conflict management strategies for nurse managers. *Nurs Manag* 43(2): 50–4. doi: <https://dx.doi.org/10.1097/01.NUMA.0000410920.90831.96>

Kaimenyi , C. K. (2014). The Influence of Conflict Management Styles on Leadership Approaches. *Journal of Business and Management* , 16 (9) Sept. , 55 - 59.

Katrinli , A. , Atabay , G. , Gunay , G. ,&Guner , B. (2008). Leader–member exchange , organizational identificationand the mediating role of job involvement for nurses. *Journal of Advanced Nursing* , 64 (4) , 354 - 362.

Koeslag JH. “What is Normal?” *South African. Med J*. 1993;83(1):47–50 50.

Kotler, P. and G, Armstrong. 2012. Marketing and Introduction. Prentice Hall International. New Jersey.

Krijgsheld , M. ,Tummers , L. G. ,& Scheepers , F. E. (2022). Job performance in healthcare: a systematic review. BMC health services research , 22(1) , 149. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07357-5>

Krstic , M. , Obradovic , V. , Terzic - Supic , Z. ,Stanisavljevic , D. ,& Todorovic , J. (2019). Leadership and Motivation among Employees in Health - Care Facilities in Serbia. Management: Journal of Sustainable Business and Management Solutions in Emerging Economies , 24 , 33 - 43.

Kumar , R. ,&Khiljee , N. (2016). Leadership in Healthcare. *Anaesthesia& Intensive Care Medicine* , 17 , 63 - 65. <https://doi.org/10.1016/j.mpaic.2015.10.012>

Kundu PK. Performance Evaluation of Hospital Employees through Ongoing Appraisal Systems. International Journal of Thesis Projects and Dissertations. 2015;3(2):19 - 27.

Laila, Q., Nimas., S. Surjoko., and Saryadi. 2012. PengaruhKualitasPelayanan, Harga dan Nilai Pelangganterhadap

Lang , M. ,& Keenan , L. (2022). Canadian medical faculty senior leaders: what skills do they need?. Leadership in health services (Bradford , England) , ahead - of - print(ahead - of - print) , 10.1108 / LHS - 03 - 2022 - 0023. <https://doi.org/10.1108/LHS-03-2022-0023>

Leithwood , K. (2012). The move towards transformational leadership. *Educational Leadership* , 49(5) , 8–9.

Leonard , K.L.; Masatu , M.C. Using the Hawthorne effect to examine the gap between a doctor's best possible practice and actual performance. J. Dev. Econ. 2010 , 93 , 226–234.

Liarigovinou A. (2005). The new role of the private health sector in the welfare state in Greece. 2nd LSE PhD symposium on modern Greece. London

LutwamaGW ,Roos JH ,Dolamo BL. Assessing the implementation of performance management of health care workers in Uganda. BMC health services research. 2013;13(1):355.

Mackey , J. D. (2021). Why and how predators pick prey: Followers' personality and performance as predictors of destructive leadership. Journal of Business Research , 130 , 159–169. doi:10.1016 / j.jbusres.2021.03.002

Manreka , A. (2015). Concept of Teacher Leaders and Creation of Friendly Climate in the Classroom: In Secondary Education (High School) , in Albania. *Academic Journal of Interdisciplinary Studies* , 4(3 S1) , 322. Retrieved from <http://www.richtmann.org/journal/index.php/ajis/article/view/8390>

Marquis BL , Huston CJ (2014) Leadership Roles and Management Functions in Nursing: Theory and Application. Wolters Kluwer , Philadelphia

McKee, M., Edwards, N., Atun, R. (2006). Public–Private Partnerships for Hospitals. Bulletin of the World Health Organization 2006; 84:890–896.

Moilanen , T. , Leino - Kilpi , H. , Kuusisto , H. ,Rautava , P. , Seppänen , L. , Siekkinen , M. ,Sulosaari , V. ,Vahlberg , T. ,& Stolt , M. (2020). Leadership and administrative support for interprofessional collaboration in a cancer center. Journal of Health Organization and Management , ahead - of - print(ahead - of - print). doi:10.1108 / jhom - 01 - 2020 - 0007

Monehin , D. ,& Diers - lawson , A. (2022). Pragmatic optimism , crisis leadership , and contingency theory: A view from the C - suite. Public Relations Review , 48(1) , 102224. DOI: 10.1016 / j.pubrev.2022.102224

Mullins , L.J. (2007). *Management and Organizational Behavior* (7th edition). Harlow: FT / Prentice Hall.

Munir , F. , Nielsen , K. , Garde , H. , Albertsen , K. ,& Carneiro , G. (2012). Mediating the effects of work - lifeconflict between transformational leadership and health - care

workers' job satisfaction and psychological wellbeing. *Journal of Nursing Management* , 20 (4) , 512.

Mutale , W.; Vardoy - Mutale , A. - T.; Kachemba , A.; Mukendi , R.; Clarke , K.; Mulenga , D. Leadership and Management Training as a Catalyst to Health System Strengthening in Low - Income Settings: Evidence from Implementation of the Zambia Management and Leadership Course for District Health Managers in Zambia. *PLoS ONE* 2017 , 12 , e0174536.

Muthuku M. Soft HRM Model: Human Capital as the Greatest Asset for Organizational Performance. *Journal of Human Resource & Leadership*. 2020;4(2):14 - 29.

Muthuri , R. N. D. K. , Senkubuge , F. , & Hongoro , C. (2020). Determinants of Motivation among Healthcare Workers in the East African Community between 2009–2019: A Systematic Review. *Healthcare* , 8(2) , 164. doi:10.3390 / healthcare8020164

Nagel , C. & Andenoro , A.C. (2012). Healing leadership: The serving leader's impact on patient outcomes in a clinical environment. *Journal of Healthcare Leadership* , 4 , 25 - 31.

Nordenfelt L. Concepts of health and their consequences for health care. *Theor Med*. 1993;14(4):277–85.

Northouse , P. G. (2018). *Leadership: Theory and practice*. Sage publications.

Parsa M , Shahandeh A , Kamali A , Naji B , Sami M. Offering Two New Methods for Employees' Performance Appraisal (Case Study: Iran Aircraft Manufacturing Company). *International Journal of Industrial Engineering*. 2013;24(3):377 - 93.

Pitsillidou , M. , Farmakas , A. , Noula , M. , & Roupa , Z. (2018). Conflict management among health professionals in hospitals of Cyprus. *Journal of Nursing Management*. doi:10.1111 / jonm.12631

Pondy LR (1992) Reflections on organisational conflict. *J Org Behav* 13(3): 257–61. doi: <https://dx.doi.org/10.1002/job.4030130305>

Pongpearchan , P. (2016). Effect of Transformational Leadership and High Performance Work System on Job Motivation and Task Performance: Empirical Evidence from Business Schools of Thailand Universities. *Journal of Business and Retail Management Research* , 10(3) , 93 - 105.

Restivo , V.; Minutolo , G.; Battaglini , A.; Carli , A.; Capraro , M.; Gaeta , M.; Odone , A.; Trucchi , C.; Favaretti , C.; Vitale , F.; et al. Leadership Effectiveness in Healthcare Settings: A Systematic Review and Meta - Analysis of Cross - Sectional and Before–After Studies. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022 , 19 , 10995. <https://doi.org/10.3390/ijerph191710995>

Rezaee , R. , Zare , S. , Niknam , F. , Akbari , A. , Shirdeli , M. , Falahati , F. , & Aghajani , S. (2022). Contributing Factors in Hospital Internal Communication based on Hospital Managers and Healthcare Personnel’s Attitudes: A Qualitative Study. *Journal of Health Sciences & Surveillance System* , 10(3) , 341 - 350.

Ross , J. A. & Gray , P. (2006). Transformational leadership and teacher commitment to organizational values: the mediating effects of collective teacher efficacy. *School Effectiveness and School Improvement* , 17(2) , 179 - 201.

Roumboutsos, A. & K. P. Anagnostopoulos. 2008. "Public–private partnership projects in Greece: risk ranking and preferred risk allocation." *Construction Management and Economics*, 26(7): 751-763.

Rudnick A. The ends of medical intervention and the demarcation of the Normal from the pathological. *J Med Philos.* 2000;25(5):569–80. [https://doi.org/10.1076/0360-5310\(200010\)25:5;1-W;FT569](https://doi.org/10.1076/0360-5310(200010)25:5;1-W;FT569).

Sandahl C , Gustafsson H , Wallin C , Meurling L , Øvretveit J , Brommels M , Hansson J. Simulation team training for improved teamwork in an intensive care unit. *International Journal of Health Care Quality Assurance.* 2013;26(2):174 - 88. doi:<http://dx.doi.org/10.1108/09526861311297361>

Santra , S. ,& Alat , P. (2021). Adaptive leadership of doctors during COVID - 19. Leadership in health services (Bradford , England) , ahead - of - print(ahead - of - print) , 10.1108 / LHS - 08 - 2021 - 0073. <https://doi.org/10.1108/LHS-08-2021-0073>

Saxena , A.; Desanghere , L.; Stobart , K.; Walker , K. Goleman's Leadership Styles at Different Hierarchical Levels in Medical Education. BMC Med. Educ. 2017 , 17 , 169.

Schmidt JM. The concept of health - in the history of medicine and in the writings of Hahnemann. Homeopathy. 2010;99(3):215–20. <https://doi.org/10.1016/j.homp.2010.05.004>.

Schwartz PH. Reframing the disease debate and defending the biostatistical theory. J Med Philos. 2014;39(6):572–89. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhu039>.

Siskou, O., D. Kaitelidou, M. Theodorou & L. Liaropoulos. 2008. Private health expenditure in Greece: The Greek paradox. Archives of Hellenic Medicine, 25: 663-672.

Solà , G.J.I.; Badia , J.G.I.; Hito , P.D.; Osaba , M.A.C.; Del Val García , J.L. Self - Perception of Leadership Styles and Behaviour in Primary Health Care. BMC Health Serv. Res. 2016 , 16 , 572.

Stahlhut , R.W.; Porterfield , D.S.; Grande , D.R.; Balan , A. Characteristics of Population Health Physicians and the Needs of Healthcare Organizations. Am. J. Prev. Med. 2021 , 60 , 198–204.

Stempsey WE. Emerging medical technologies and emerging conceptions of health. Theor Med Bioeth. 2006;27(3):227–43. <https://doi.org/10.1007/s11017-006-9003-z>.

Täljedal I-B. Strong holism, weak holism, and health. Med Health Care Philos. 2004;7(2):143–8 discussion 149-152.

Tauber AI. Darwinian aftershocks: repercussions in late twentieth century medicine. J R Soc Med. 1994;87(1):27–31.

Teame , K. , Debie , A. ,&Tullu , M. (2022). Healthcare leadership effectiveness among managers in Public Health institutions of Addis Ababa , Central Ethiopia: a mixed methods

study. BMC health services research , 22(1) , 540. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07879-6>

Thomas KW (1992) ‘Conflict and Negotiation Processes in Organizations’. In: Dunnette MD (ed) , Hough LM (ed) Handbook of Industrial and Organizational Psychology. Consulting Psychology Press , California

Thukral G , Madaan V. Health care Leadership and Management—The Changing Face , Making Difference. Curr Trends Diagn Treat 2017; 1 (2):107 - 110.

Tjiptono, F. 2008. PemasaranStrategik. Andi Ofset. Yogyakarta.

Tomida and Satrio. 2016. Pengaruhharga dan citramerekterhadaployalitaspelangganproduk footwear YongkiKomaladi. JurnalIlmu dan Riset Manajemen. 5 (7): 1 - 15.

Vainieri , M. ,Ferrè , F. , Giacomelli , G. ,& Nuti , S. (2019). Explaining performance in health care: How and when top management competencies make the difference. Health care management review , 44(4) , 306–317. <https://doi.org/10.1097/HMR.000000000000164>

Vu , J. V. , Harbaugh , C. M. , De Roo , A. C. , Biesterveld , B. E. , Gauger , P. G. , Dimick , J. B. ,& Sandhu , G. (2019). Leadership - Specific Feedback Practices in Surgical Residency: A Qualitative Study. Journal of Surgical Education. doi:10.1016/j.jsurg.2019.08.020

Wakefield JC. The biostatistical theory versus the harmful dysfunctionanalysis, part 1: is part-dysfunction a sufficient condition for medicaldisorder? J Med Philos. 2014;39(6):648–82. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhu038>.

Wang , D. , Waldman , D. A. ,& Zhang , Z. (2014). A meta - analysis of shared leadership and team effectiveness.Journal of Applied Psychology , 99 (2) , 181.

Wanjiru , J. (2019). School leadership and post - conflict education: How can their roles in developing inclusive practices in post - conflict schooling be understood and

conceptualized? *Educational Management Administration & Leadership* , 174114321988469. doi:10.1177 / 1741143219884693

West , M. A. ,Lyubovnikova , J. , Eckert , R. ,& Denis , J.L. (2014) Collective leadership for cultures of high qualityhealth care. *Journal of Organizational Effectiveness: People and Performance* , 1 , 240 – 260.

West , M.A. , Eckert , R. , Steward , K. and Pasmore , B. (2014) Developing collective leadership for healthcare.London: The King’s Fund.

Wong , C. A. & Giallonardo , L.M. (2013). Authentic leadership and nurse - assessed adverse patient outcomes.*Journal of Nursing Management* , 21 (5) , 740–52.

Wong , C. A. ,& Cummings , G. G. (2007). The relationship between nursing leadership and patient outcomes:a systematic review. *Journal of Nursing Management* , 15 (5) , 508–21.

Wong , C. A. , Cummings , G. G. ,& Ducharme , L. (2013). The relationship between nursing leadership and patientoutcomes: a systematic review update. *Journal of Nursing Management* , 21 (5) , 709–24.

World Health Organization. Working Together for Health: The World Health Report 2006: Policy Briefs; WHO: Geneva , Switzerland , 2006.

Zajac , S. , Woods , A.L. , Tannenbaum , S.I. , Salas , E. ,& Holladay , C.L. (2021). Overcoming Challenges to Teamwork in Healthcare: A Team Effectiveness Framework and Evidence - Based Guidance. *Frontiers in Communication*.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

1.Φύλο

- Άνδρας Γυναίκα

2.Ηλικία

- 18-24 25-30 31-40 41-55 >=55

3.Οικογενειακή κατάσταση

- Άγαμος Έγγαμος Διαζευγμένος

4.Μορφωτικό Επίπεδο

- Δευτεροβάθμια Τριτοβάθμια Μεταπτυχιακό Διδακτορικό

5.Χρόνια εργασίας

- 1-5χρόνια 6-10χρόνια 11-15χρόνια > από 16 χρόνια

6.Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εργασία που κάνετε

- Καθόλου Λίγο Μέτρια Αρκετά Πολύ

7. Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την εκπαίδευση

Περίοδοι μη κανονικότητας στην υγεία. Η περίπτωση του covid-19. Μελέτη περίπτωσης της γαστρεντερολογικής κλινικής του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ιωαννίνων

Καθόλου Λίγο Μέτρια Αρκετά Πολύ

8. Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την δυνατότητα εξέλιξης

Καθόλου Λίγο Μέτρια Αρκετά Πολύ

9. Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την παροχή ησυχίας και συγκέντρωσης

Καθόλου Λίγο Μέτρια Αρκετά Πολύ

10. Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την παροχή διαλλειμάτων

Καθόλου Λίγο Μέτρια Αρκετά Πολύ

11. Πόσο ικανοποιημένοι είστε από το οργανωτικό κλίμα

Καθόλου Λίγο Μέτρια Αρκετά Πολύ

12. Πόσο ικανοποιημένοι είστε σε σχέση με τον προϊστάμενο σας στον εργασιακό χώρο

Καθόλου Λίγο Μέτρια Αρκετά Πολύ

13. Πόσο ικανοποιημένοι είστε σε σχέση με τους συναδέλφους σας στον εργασιακό χώρο

Καθόλου Λίγο Μέτρια Αρκετά Πολύ

14. Πόσο ικανοποιημένοι είστε με την υποστήριξη που εισπράττετε από τον προϊστάμενο σας

Καθόλου Λίγο Μέτρια Αρκετά Πολύ

15. Πόσο ικανοποιημένοι είστε με τον σεβασμό που εισπράττετε από τους συναδέλφους σας

Καθόλου Λίγο Μέτρια Αρκετά Πολύ

16. Πόσο ικανοποιημένοι είστε με την επικοινωνία σας πάνω σε θέματα εργασίας

Καθόλου Λίγο Μέτρια Αρκετά Πολύ

17. Πόσο ικανοποιημένοι είστε με τον καταμερισμό εργασίας σε σχέση με τους συναδέλφους σας

Καθόλου Λίγο Μέτρια Αρκετά Πολύ

18. Πόσο σημαντικό ρόλο έχει για την αύξηση της αποδοτικότητας η αγάπη για το επάγγελμα

Καθόλου Λίγο Μέτρια Αρκετά Πολύ

19. Πόσο σημαντικό ρόλο έχει για την αύξηση της αποδοτικότητας το σύνολο των καθηκόντων που πρέπει να εκπληρωθούν

Καθόλου Λίγο Μέτρια Αρκετά Πολύ

20. Πόσο σημαντικό ρόλο έχουν για την αύξηση της αποδοτικότητας οι οικονομικές απολαβές

- Καθόλου Λίγο Μέτρια Αρκετά Πολύ

21. Πόσο σημαντικό ρόλο έχει για την αύξηση της αποδοτικότητας η παροχή ανταμοιβών και επαίνων

- Καθόλου Λίγο Μέτρια Αρκετά Πολύ

22. Πόσο σημαντικό ρόλο έχει για την αύξηση της αποδοτικότητας η ανάπτυξη των εργασιακών σχέσεων

- Καθόλου Λίγο Μέτρια Αρκετά Πολύ

23. Πόσο σημαντικό ρόλο έχει για την αύξηση της αποδοτικότητας η υποστήριξη από τον προϊστάμενο

- Καθόλου Λίγο Μέτρια Αρκετά Πολύ

24. Το υγειονομικό προσωπικό θα πρέπει να είναι εμβολιασμένο ?

- Ναι Όχι Δεν ξέρω Δεν απαντώ

25. Το εμβολιασμένο υγειονομικό προσωπικό επηρεάζεται από το μη εμβολιασμένο;

- Καθόλου Λίγο Μέτρια Αρκετά Πολύ

26. Υπάρχουν προστριβές/διαφωνίες μεταξύ του εμβολιασμένου και μη εμβολιασμένου προσωπικού?

- Ναι Όχι Δεν ξέρω Δεν απαντώ

27. Θα έπρεπε να επιστρέψει το μη εμβολιασμένο προσωπικό στην εργασία του?

- Ναι Όχι Δεν ξέρω Δεν απαντώ

28. Πόσο σημαντικό είναι οι ανεμβολίαστοι να επιστρέψουν στην εργασία τους και να είναι παραγωγικοί?

- Καθόλου Λίγο Μέτρια Αρκετά Πολύ

29. Θεωρείται ορθό το διαχωρισμό ανάμεσα στους υγειονομικούς συναδέλφους, ανεμβολίαστοι και μη ανεμβολίαστοι?

- Ναι Όχι Δεν ξέρω Δεν απαντώ

30. Θα έπρεπε κατά τη γνώμη σας να παρέχει το νοσοκομείο ψυχολογική υποστήριξη κατά την περίοδο του Covid στο υγειονομικό προσωπικό?

- Ναι Όχι Δεν ξέρω Δεν απαντώ

31. Θεωρείτε επαρκή την εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού για την αντιμετώπιση περιστατικών Covid?

- Ναι Όχι Δεν ξέρω Δεν απαντώ

32. Θεωρείται επαρκής τον αριθμό των υγειονομικών για την περίθαλψη περιστατικών Covid?

- Ναι Όχι Δεν ξέρω Δεν απαντώ

33. Θεωρείται σημαντική τη συμβολή των ιδιωτικών θεραπευτηρίων, στη Δημόσια υγεία, κατά την περίοδο του Covid?

- Ναι Όχι Δεν ξέρω Δεν απαντώ