



Σχολή Επιστημών Υγείας

Τμήμα Νοσηλευτικής

**Διδακτορική διατριβή**

**Πολυξένη Γρηγορίου**

**ΛΕΜΕΣΟΣ 2025**



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Διδακτορική διατριβή

**Διεπαγγελματική συνεργασία και εργασιακή ικανοποίηση ιατρικού και  
νοσηλευτικού προσωπικού**

της

Πολυξένης Γρηγορίου

**Επιβλέπων Καθηγητής**

**Δρ. Αναστάσιος Μερκούρης**

**Λεμεσός, Απρίλιος 2025**

## **Έντυπο έγκρισης Επιτροπής Επίβλεψης**

Διδακτορική διατριβή

**Διεπαγγελματική συνεργασία και εργασιακή ικανοποίηση ιατρικού και  
νοσηλευτικού προσωπικού**

Παρουσιάστηκε από την

Πολυξένη Γρηγορίου

**Επιβλέπων καθηγητής:** Δρ Αναστάσιος Μερκούρης, Αναπληρωτής Καθηγητής Τμήμα  
Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

**Μέλος επιτροπής:** Δρ Παπασταύρου Ευρυδίκη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήμα  
Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

**Μέλος επιτροπής:** Δρ Αντρέας Χαραλάμπους, Καθηγητής Τμήμα Νοσηλευτικής,  
Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

**Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου**

**Λεμεσός, Ιούνιος 2025**

## **Εξεταστική Επιτροπή**

Δρ Μιχάλης Ροβίθης, Αναπληρωτής Καθηγητής, Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο  
(Εξωτερικό μέλος)

Δρ Νίκος Μιτλεττον, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό  
Πανεπιστήμιο Κύπρου (Εσωτερικό μέλος)

Δρ Αναστάσιος Μερκούρης, Αναπληρωτής Καθηγητής Τμήμα Νοσηλευτικής,  
Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου (Επιβλέπων)

## **Πνευματικά δικαιώματα**

Copyright © Πολυξένη Γρηγορίου, 2025

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από το Τμήμα Νοσηλευτικής του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου δεν υποδηλώνει απαραίτητως και αποδοχή των απόψεων του/της συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος.

*«Σε εσένα που έφυγες από τη ζωή, ποτέ όμως δεν θα φύγεις από την καρδιά, το μυαλό και την ψυχή μας θα είσαι πάντα ζωντανός...»*

## **Ευχαριστίες**

Θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα τον επιβλέποντα καθηγητή μου Δρα Αναστάσιο Μερκούρη για τη διαχρονική υποστήριξη, και τη συνεχή καθοδήγηση κατά τη διάρκεια των σπουδών μου στο Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου.

Θερμές ευχαριστίες και στα μέλη της Συμβουλευτικής επιτροπής Δρα Ευρυδίκη Παπασταύρου και Δρα Αντρέα Χαραλάμπους, των οποίων οι συμβουλές και η υποστήριξη ήταν επίσης σημαντικές.

Τις ιδιαίτερες μου ευχαριστίες στη Δρα Ευρυδίκη Παπασταύρου και στη Δρα Έλενα Ρούσου για τη στήριξη, την ενδυνάμωση και την καθοδήγηση καθώς η παρουσία τους ήταν καθοριστική για την ολοκλήρωση των σπουδών μου.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ στον συνάδελφο και φίλο Αντρέα Χαρίτου για τη στήριξη και την καθοδήγηση τόσο στη αρχή όσο και στην πορεία των σπουδών μου. Ιδιαίτερες επίσης ευχαριστίες στη συνάδελφο Μαρία Παπαϊωάννου για την πολύτιμη βοήθεια της. Ένα μεγάλο ευχαριστώ στην αγαπημένη φίλη και συνάδελφο Έλενα Στυλιανού για τη βοήθεια της στη βιβλιογραφική ανασκόπηση.

Θερμές ευχαριστίες και σε όλους τους συναδέλφους που ανταποκρίθηκαν στο κάλεσμα για συμμετοχή στην έρευνα με συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Ευχαριστώ θερμά τους φίλους μου Νίκο Χριστοφόρου, Χριστιάνα Κυριάκου, Σώτια Νικολάου και τη Στέλλα Φωτίου, τόσο για τη βοήθεια στη διανομή και τη συλλογή των ερωτηματολογίων όσο και για την ανεκτίμητη συνεχή συμπαράσταση.

Τέλος, θέλω να ευχαριστήσω από καρδιάς τον Κυριάκο, τον Λάζαρο, τη Νεφέλη, και τους γονείς μου για τη στήριξη, τη δύναμη που μου έδωσαν και την κατανόηση που επέδειξαν κατά τη διάρκεια των σπουδών μου.

Σας ευχαριστώ όλους από καρδιάς που πιστέψατε σε εμένα πριν από εμένα.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

### Εισαγωγή

Σε ένα διαρκώς μεταβαλλόμενο οικονομικό και εργασιακό περιβάλλον, οι οργανισμοί υγείας καλούνται να ανταποκρίνονται ευέλικτα στις αυξανόμενες ανάγκες, εξισορροπώντας την οικονομία πόρων και ανθρώπινου δυναμικού. Στην Κύπρο, η εφαρμογή του ΓεΣΥ φέρνει προκλήσεις για τα νοσηλευτήρια, όπως η κάλυψη αυξημένων υγειονομικών αναγκών, το υψηλότερο κόστος και οι απαιτήσεις των πολιτών. Μέσα σε περιορισμένους πόρους, γίνεται επιτακτική η ανάγκη για βελτίωση της ποιότητας φροντίδας, της ασφάλειας των ασθενών και της αποδοτικότητας. Είναι, λοιπόν, απαραίτητη η αξιοποίηση όλων των παραμέτρων που ενισχύουν την παραγωγικότητα και την ικανοποίηση χωρίς επιπλέον οικονομική επιβάρυνση. Παράλληλα, οδηγούν στη δημιουργία θετικών συνθηκών εργασίας μέσα από ένα κλίμα συνεργασίας και εργασιακής ικανοποίησης που ενδεχομένως να συμβάλει στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας, της ενδυνάμωση των επαγγελματιών υγείας, της μείωσης της δυσαρέσκειας και της πρόθεσης φυγής.

Η διεπαγγελματική συνεργασία μεταξύ επαγγελματιών υγείας θεωρείται το μέσο για την επίτευξη όλων των προαναφερόμενων. Ουσιαστικά, ο όρος αναφέρεται στη συνεργασία μεταξύ ατόμων που ανήκουν σε διαφορετικά επαγγέλματα, όπως για παράδειγμα οι ιατροί και οι νοσηλευτές. Η ύπαρξη διεπαγγελματικής συνεργασίας συμβάλλει τα μέγιστα στην ασφάλεια του ασθενή, στη γρήγορη αποθεραπεία και στη μείωση του κόστους και του ποσοστού θνησιμότητας. Επιπλέον, σε συνδυασμό με την εργασιακή ικανοποίηση, προωθούν την ενίσχυση και ενδυνάμωση των επαγγελματιών υγείας, τόσο σε προσωπικό όσο και σε επαγγελματικό επίπεδο, έχοντας ως αποτέλεσμα την αύξηση στην αποδοτικότητα, στην παραγωγικότητα και στην ποιοτικότερη φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή. Παράλληλα, επηρεάζει θετικά όλους τους δείκτες παραγωγικότητας και αποδοτικότητας χωρίς να επιβαρύνει περαιτέρω τους ήδη περιορισμένους οικονομικούς πόρους.

## **Σκοπός**

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της στάσης των ιατρών και των νοσηλευτών ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία, καθώς και η διερεύνηση πιθανών διαφορών μεταξύ των δύο επαγγελματικών ομάδων. Περαιτέρω, αναλύεται η σχέση της διεπαγγελματικής συνεργασίας και του βαθμού εργασιακής ικανοποίησης με δημογραφικούς και οργανωσιακούς παράγοντες όπως φύλο, ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης, και έτη υπηρεσίας κ.α. Δευτερευόντως, διερευνάται η διαφορά μεταξύ ιδιωτικού και δημόσιου νοσοκομείου (ιατρών – νοσηλευτών) τόσο ως προς τη στάση τους στη διεπαγγελματική συνεργασία, όσο και την εργασιακή ικανοποίηση. Καθώς και η τμηματική οργανωσιακή και επαγγελματική τάση φυγής των συμμετεχόντων.

## **Υλικό και Μέθοδος**

Για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης αξιοποιήθηκε περιγραφικός σχεδιασμός συσχέτισης. Τον πληθυσμό-στόχο της μελέτης αποτέλεσαν όλοι οι επαγγελματίες υγείας (Ιατροί – Νοσηλευτές), που εργάζονταν σε ένα δημόσιο γενικό νοσοκομείο, σε ένα περιφερειακό δημόσιο γενικό νοσοκομείο και ένα ιδιωτικό γενικό νοσοκομείο (N=882) της επαρχίας Λεμεσού. Το δείγμα της μελέτης αποτελούν 573 επαγγελματίες υγείας, συμπεριλαμβανομένων 79 γιατρών (13,8%) και 494 νοσηλευτών (86,2%) σε 2 δημόσια και 1 ιδιωτικό νοσοκομείο. Συνολικό ποσοστό ανταπόκρισης 63,7% (Νοσηλευτές 81,8% και Ιατροί 53%). Η διερεύνηση της διεπαγγελματικής συνεργασίας έγινε με τη χρήση του εργαλείου Jefferson Scale of Attitudes Toward Nurse-Physician Collaboration και για τη διερεύνηση της εργασιακής ικανοποίησης χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο Job Satisfaction Survey. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν μέσω ερωτηματολογίων απαντημένων από τους συμμετέχοντες με φυσική παρουσία, στο πλαίσιο άμεσης προσωπικής επικοινωνίας.

Στα πλαίσια της έρευνας πραγματοποιήθηκε πιλοτική μελέτη σε δείγμα 10 νοσηλευτών και 10 ιατρών, με στόχο την περαιτέρω αξιολόγηση της εγκυρότητας και αξιοπιστίας των εργαλείων και εντοπισμό πιθανών προβλημάτων κατά τη διεξαγωγή της μελέτης. Οι στατιστικές δοκιμασίες περιλάμβαναν περιγραφική και συμπερασματολογική στατιστική με παραμετρικές δοκιμασίες (t-test, συντελεστή συσχέτισης Pearson). Παράλληλα, προκειμένου να εκτιμηθεί η πρακτική σημασία των διαφορών μεταξύ των δύο επαγγελματικών ομάδων, υπολογίστηκε το μέγεθος επίδρασης (effect size) Cohen's d. Επιπλέον, έγινε μια συνολική ανάλυση παλινδρόμησης (regression analysis) τόσο για τη στάση ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία, όσο και για την εργασιακή ικανοποίηση

ως εξαρτημένες μεταβλητές και με τα δημογραφικά στοιχεία ως ανεξάρτητες μεταβλητές. Πέραν του πολυμεταβλητού μοντέλου, διερευνήθηκαν και οι διαφορές ως προς τον κάθε παράγοντα ξεχωριστά σε μονομεταβλητές αναλύσεις.

### **Αποτελέσματα**

Τα αποτελέσματα αποδεικνύουν ότι οι νοσηλευτές έχουν πιο θετική στάση ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία σε σχέση με τους ιατρούς, ( $MO = 53,4$  και  $49,7$  αντίστοιχα,  $p < 0.001$ ). Οι νοσηλευτές παρουσιάζουν ψηλότερη βαθμολογία σε 3 από τις 4 υποκλίμακες του εργαλείου διεπαγγελματικής συνεργασίας: «εκπαίδευση και ομαδική εργασία» ( $MO = 24.3$  έναντι  $25.4$ ,  $p = 0,0012$ ), στη «φροντίδα έναντι θεραπείας» ( $MO = 11,0$  έναντι  $10,0$   $p < 0,001$ ), στην «κυριαρχία ιατρών» ( $MO 6.1$  έναντι  $4.2$ ,  $p < 0,001$ ), απορρίπτοντας έτσι τον κυρίαρχο ρόλο του ιατρού. Ενώ στην υποκλίμακα «αυτονομία νοσηλευτών», οι ιατροί σημειώνουν υψηλότερη βαθμολογία σε σχέση με τους νοσηλευτές ( $MO 11,3$  έναντι  $10,9$   $p = 0,005$ ).

Όσον αφορά στους δημογραφικούς ή άλλους οργανωσιακούς παράγοντες και τη σχέση τους με τη στάση του ιατρικού προσωπικού ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία, δεν διαπιστώνεται καμία συσχέτιση. Αντίθετα, αναφορικά με το νοσηλευτικό προσωπικό διαπιστώνονται τα ακόλουθα: Τα έτη υπηρεσίας (όσο αυξάνονταν) έχουν μια χαμηλή θετική συσχέτιση με την «Κυριαρχία των ιατρών» ( $r = 0.17$ ,  $p < 0.001$ ), και τη συνολική βαθμολογία της κλίμακας της διεπαγγελματικής συνεργασίας ( $r = 0.12$ ,  $p = 0.008$ ). Η ηλικία φαίνεται να έχει μια αδύναμη θετική συσχέτιση με τον παράγοντα «Εκπαίδευση και Ομαδική Εργασία» ( $r = 0.11$ ,  $p = 0.02$ ), μια χαμηλή θετική συσχέτιση με την «Κυριαρχία των ιατρών» ( $r = 0.15$ ,  $p = 0.001$ ) και με το σύνολο της διεπαγγελματικής συνεργασίας ( $r = 0.14$ ,  $p = 0.002$ ).

Αναφορικά με τον βαθμό εργασιακής ικανοποίησης, οι ιατροί έχουν ψηλότερο βαθμό ικανοποίησης σχεδόν σε όλους τους παράγοντες του ερωτηματολογίου σε σχέση με τους νοσηλευτές, στους παράγοντες «μισθός» ( $p = 0.008$ ), «εποπτεία» ( $p = 0.002$ ), «ενδεχόμενες ανταμοιβές» ( $p = 0.021$ ), «συνάδελφοι» ( $p < 0.001$ ), «φύση εργασίας» ( $p = 0.005$ ) αλλά και στο σύνολο της κλίμακας ( $MO = 123.1$  έναντι  $113.5$ ,  $p = 0.002$ ).

Όσον αφορά τους δημογραφικούς ή άλλους οργανωσιακούς παράγοντες σε σχέση με την εργασιακή ικανοποίηση του ιατρικού προσωπικού, διαπιστώνεται ότι η ηλικία έχει μια

χαμηλή θετική συσχέτιση με την ικανοποίηση από τη «φύση εργασίας» ( $r=0.27$ ,  $p=0.019$ ). Σε σχέση με το νοσηλευτικό προσωπικό φαίνεται ότι τα έτη υπηρεσίας έχουν μια χαμηλή αρνητική συσχέτιση με την «Προαγωγή» ( $r=-0.13$ ,  $p = 0.004$ ), μια χαμηλή αρνητική συσχέτιση με τις «Συνθήκες Λειτουργίας» ( $r=-0.12$ ,  $p = 0.006$ ) και χαμηλή αρνητική συσχέτιση με το σύνολο της εργασιακής ικανοποίησης ( $r= -0.10$ ,  $p=0.026$ ). Επιπρόσθετα, η ηλικία έχει μια αδύναμη θετική συσχέτιση με το σύνολο της εργασιακής ικανοποίησης ( $r=0.11$ ,  $p=0.021$ ). Σε σχέση με το εκπαιδευτικό επίπεδο οι κάτοχοι πτυχίου σημειώνουν υψηλότερη βαθμολογία στους παράγοντες «Προαγωγή», «Προνόμια – Οφέλη», «Ενδεχόμενες Ανταμοιβές», «Συνθήκες Λειτουργίας», «Συναδέλφους» αλλά και στο Σύνολο Εργασιακής Ικανοποίησης ( $p= 0.005$ ). Σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση και το εργαλείο μέτρησης της εργασιακής ικανοποίησης οι άγαμοι φαίνεται να είναι πιο ευχαριστημένοι σε σχέση με τους εγγάμους σε όλους τους παράγοντες εκτός από τον παράγοντα «Εποπτεία- Επίβλεψη». Το ίδιο παρατηρείται και στο σύνολο της εργασιακής ικανοποίησης ( $p < 0.001$ ).

Επιπλέον, από τα ευρήματα της μελέτης προκύπτει θετική συσχέτιση μεταξύ διεπαγγελματικής συνεργασίας και εργασιακής ικανοποίησης. Όσον αφορά το ιατρικό προσωπικό, η «εκπαίδευση και ομαδική εργασία» έχουν μια θετική συσχέτιση με την ικανοποίηση από τη «φύση εργασίας» ( $r=0.28$ ,  $p<0.05$ ), ενώ η «φροντίδα έναντι θεραπειάς» έχει μια θετική συσχέτιση με την ικανοποίηση από την «προαγωγή» ( $r=0.26$ ,  $p<0.05$ ), αλλά και με το σύνολο της εργασιακής ικανοποίησης ( $r=0.30$ ,  $p<0.01$ ). Στους νοσηλευτές η «εκπαίδευση και ομαδική εργασία» έχουν μια θετική συσχέτιση με την ικανοποίηση από την «εποπτεία - επίβλεψη» ( $r= 0,18$ ,  $p<0.01$ ), με τη «φύση εργασίας» ( $r= 0,17$ ,  $p<0.01$ ), και μια αρνητική συσχέτιση με τις «συνθήκες λειτουργίας» ( $r= -0,17$ ,  $p<0.01$ ). Η υποκλίμακα του εργαλείου «φροντίδα έναντι θεραπειάς» έχει θετική συσχέτιση με την ικανοποίηση από την «εποπτεία – επίβλεψη» ( $r= 0,20$ ,  $p<0.01$ ), με τους «συναδέλφους» ( $r= 0,14$ ,  $p<0.01$ ) και τη «φύση εργασίας» ( $r= 0,21$ ,  $p<0.01$ ) ( $p<0.01$ ). Ενώ η «αυτονομία των νοσηλευτών» έχει μια χαμηλή θετική συσχέτιση με την ικανοποίηση από τους παράγοντες «εποπτεία-επίβλεψη» ( $r= 0,19$ ,  $p<0.01$ ), τους «συναδέλφους» ( $r= 0,13$ ,  $p<0.01$ ) και τη «φύση εργασίας» ( $r= 0,25$ ,  $p<0.01$ ). Έχει, επίσης, μια αρνητική συσχέτιση με την ικανοποίηση από τις «συνθήκες λειτουργίας» ( $r= -0,18$ ,  $p<0.01$ ). Όσον αφορά την υποκλίμακα του εργαλείου, η «κυριαρχία των ιατρών» έχει μια αρνητική συσχέτιση με την ικανοποίηση από το «μισθό» ( $r= -0,22$ ,  $p<0.01$ ), «προαγωγή»

( $r = -0,36$ ,  $p < 0.01$ ), από την «εποπτεία – επίβλεψη» ( $r = -0,09$ ,  $p < 0.05$ ), «τα προνόμια – οφέλη» ( $r = -0,23$ ,  $p < 0.01$ ), «συνθήκες λειτουργίας» ( $r = -0,12$ ,  $p < 0.01$ ), «συνάδελφοι» ( $r = -0,15$ ,  $p < 0.01$ ), «επικοινωνία» ( $r = -0,13$ ,  $p < 0.01$ ), ( $p < 0.01$ ) και γενικά από το σύνολο της εργασιακής ικανοποίησης ( $r = -0,25$ ,  $p < 0.01$ ), ( $p < 0.01$ ). Στο σύνολο, η διεπαγγελματική συνεργασία έχει θετική συσχέτιση με το σύνολο της εργασιακής ικανοποίησης ( $r = 0,18$ ,  $p < 0.01$ ).

Όσον αφορά τη σύγκριση μεταξύ ιδιωτικού και δημόσιου τομέα ως προς τη στάση των ιατρών στη διεπαγγελματική συνεργασία δεν υπάρχει στατιστική διαφορά. Υπάρχει, ωστόσο, με τους νοσηλευτές του δημοσίου έναντι των νοσηλευτών του ιδιωτικού σχετικά με τον παράγοντα «Κυριαρχία των Ιατρών», οι νοσηλευτές του Ιδιωτικού έχουν πιο θετική στάση σε σχέση με τους νοσηλευτές του δημοσίου, αφού οι τελευταίοι είναι πιο αρνητικοί στην κυριαρχία των ιατρών ( $MO = 6.4$  έναντι  $4.8$   $p < 0,001$ ).

### **Συμπεράσματα**

Τα ευρήματα αναδεικνύουν πιο θετική στάση των νοσηλευτών ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία, σε σχέση με τους ιατρούς, καθώς και τη σημαντική διαφορά στον βαθμό εργασιακής ικανοποίησης μεταξύ των δύο ομάδων, με τους ιατρούς να εμφανίζονται περισσότερο ικανοποιημένοι. Επιβεβαιώνεται, επίσης, η ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ διεπαγγελματικής συνεργασίας και εργασιακής ικανοποίησης. Παρόλο που οι νοσηλευτές παρουσιάζουν πιο θετική στάση ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία φαίνεται να υπάρχει θετική στάση και από τους ιατρούς τόσο ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία όσο και ως προς τη διεπαγγελματική εκπαίδευση. Τονίζεται, ως εκ τούτου, η σημασία της ενσωμάτωσης της διεπαγγελματικής συνεργασίας στην εκπαίδευση των ιατρών και των νοσηλευτών, ως βασικό μέσο για την ενίσχυση και την καλλιέργεια θετικής στάσης απέναντι στη συνεργασία μεταξύ επαγγελματιών υγείας. Η διεπαγγελματική συνεργασία μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών είναι κρίσιμος παράγοντας για την αύξηση της εργασιακής ικανοποίησης και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Η μελέτη καταδεικνύει ότι η θετική στάση απέναντι στη διεπαγγελματική συνεργασία, καθώς και η συμμετοχή σε κοινές εκπαιδευτικές δραστηριότητες και ομαδική εργασία, συνδέονται άμεσα με την αύξηση της ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας. Ωστόσο, παρά τις θετικές τάσεις, οι διαφορές στις στάσεις των ιατρών και νοσηλευτών, καθώς και οι διαφοροποιήσεις ανάλογα με τον τύπο του

οργανισμού (δημόσιο ή ιδιωτικό), αποκαλύπτουν τις προκλήσεις που παραμένουν στον τομέα της διεπαγγελματική συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Οι οργανισμοί υγείας καλούνται να εστιάσουν στην ενίσχυση της συνεργασίας μέσω κατάλληλης εκπαίδευσης και πολιτικών υποστήριξης, για να εξασφαλίσουν μια πιο αποδοτική και ικανοποιητική εργασιακή εμπειρία για το προσωπικό, ενισχύοντας ταυτόχρονα τη συνολική ποιότητα φροντίδας των ασθενών.

**Λέξεις ευρετηρίου:** «διεπαγγελματική συνεργασία, εργασιακή ικανοποίηση, ιατροί, νοσηλευτές, στάσεις»

## **ABSTRACT**

### **Introduction**

In an ever-evolving economic and professional landscape, healthcare organizations are required to respond flexibly to increasing demands while balancing resource management and human capital. In Cyprus, the implementation of the General Healthcare System, introduced significant challenges for healthcare institutions, such as meeting growing healthcare needs, managing higher costs, and addressing rising public expectations. Within the context of limited resources, there is a pressing need to enhance the quality of care, patient safety, and operational efficiency. It is therefore essential to leverage all factors that can improve productivity and satisfaction without incurring additional financial burden. At the same time, such efforts contribute to fostering positive working conditions through a climate of collaboration and job satisfaction—factors that may enhance organizational effectiveness, empower healthcare professionals, reduce dissatisfaction, and mitigate staff turnover intentions.

Interprofessional collaboration among healthcare professionals is considered a key mechanism for achieving all of the aforementioned goals. The term refers to the cooperation between individuals from different professional backgrounds, such as physicians and nurses. The presence of interprofessional collaboration significantly contributes to patient safety, faster recovery, and the reduction of healthcare costs and mortality rates. Moreover, when combined with job satisfaction, it reinforces and empowers healthcare professionals both personally and professionally, leading to increased efficiency, productivity, and higher-quality patient-centered care. At the same time, it positively influences all productivity and performance indicators without placing additional strain on already limited financial resources.

### **Aim**

The aim of this study is to investigate the attitudes of physicians and nurses toward interprofessional collaboration, as well as to examine potential differences between these two professional groups. Additionally, the study explores the relationship between interprofessional collaboration and the level of job satisfaction in relation to demographic and organizational factors such as gender, age, level of education, and years of service. Furthermore, the study examines differences between private and public hospital staff

(physicians and nurses) in terms of their attitudes toward interprofessional collaboration and job satisfaction. Lastly, it investigates the organizational and professional turnover intention among the participants.

## **Materials and Methods**

A descriptive correlational design was employed for the purposes of this study. The target population consisted of all healthcare professionals (physicians and nurses) working in a general public hospital, a regional general public hospital, and a private general hospital (N=882) in the Limassol district. The study sample included 573 healthcare professionals, comprising 79 physicians (13.8%) and 494 nurses (86.2%). The overall response rate was 63.7% (81.8% for nurses and 53% for physicians). Interprofessional collaboration was assessed using the Jefferson Scale of Attitudes Toward Nurse-Physician Collaboration (JSAPNC) while job satisfaction was evaluated using the Job Satisfaction Survey (JSS). Data were collected through questionnaires distributed in person during direct, face-to-face communication with participants.

A pilot study was conducted with a sample of 10 nurses and 10 physicians to further assess the validity and reliability of the tools and to identify any potential issues in the study's implementation. Statistical analyses included both descriptive and inferential statistics using parametric tests (t-tests and Pearson's correlation coefficient). To evaluate the practical significance of the differences between the two professional groups, Cohen's d effect size was calculated. Furthermore, a multiple regression analysis was conducted with interprofessional collaboration and job satisfaction as dependent variables, and demographic characteristics as independent variables. In addition to the multivariable model, univariate analyses were performed to assess the impact of each factor individually.

## **Results**

The results indicated that nurses had a more positive attitude toward interprofessional collaboration compared to physicians (Mean = 53.4 vs. 49.7,  $p < 0.001$ ). Nurses scored higher on three out of the four subscales of the interprofessional collaboration tool: "Education and Teamwork" (Mean = 25.4 vs. 24.3,  $p = 0.012$ ), "Care Vs Cure" (Mean = 11.0 vs. 10.0,  $p < 0.001$ ), and "Physicians' Dominance" (Mean = 6.1 vs. 4.2,  $p < 0.001$ ),

thereby rejecting the dominant role of the physician. On the subscale “Nurse Autonomy”, physicians scored higher than nurses (Mean = 11.3 vs. 10.9,  $p = 0.005$ ).

Regarding the association between demographic or organizational factors and attitudes toward interprofessional collaboration, no significant correlations were observed among physicians. In contrast, the following associations were found among nurses: Years of service showed a weak positive correlation with the subscale “Physicians’ Dominance” ( $r = 0.17$ ,  $p < 0.001$ ) and the overall score on the interprofessional collaboration scale ( $r = 0.12$ ,  $p = 0.008$ ). Age was weakly positively correlated with “Education and Teamwork” ( $r = 0.11$ ,  $p = 0.02$ ), “Physicians’ Dominance” ( $r = 0.15$ ,  $p = 0.001$ ), and the total interprofessional collaboration score ( $r = 0.14$ ,  $p = 0.002$ ).

In relation to the level of job satisfaction, Physicians reported higher levels of job satisfaction across most dimensions of the questionnaire compared to nurses, particularly in the domains of “Salary” ( $p = 0.008$ ), “Supervision” ( $p = 0.002$ ), “Potential Rewards” ( $p = 0.021$ ), “Colleagues” ( $p < 0.001$ ), and “Nature of Work” ( $p = 0.005$ ), as well as in the overall job satisfaction score (Mean = 123.1 vs. 113.5,  $p = 0.002$ ).

Regarding demographic and organizational factors associated with job satisfaction among physicians, age showed a weak positive correlation with satisfaction related to the “Nature of Work” ( $r = 0.27$ ,  $p = 0.019$ ). Among nurses, years of service exhibited a weak negative correlation with the domains of “Promotion” ( $r = -0.13$ ,  $p = 0.004$ ), “Working Conditions” ( $r = -0.12$ ,  $p = 0.006$ ), and overall job satisfaction ( $r = -0.10$ ,  $p = 0.026$ ). Additionally, age showed a weak positive correlation with overall job satisfaction ( $r = 0.11$ ,  $p = 0.021$ ). In terms of educational level, nurses holding a bachelor's degree reported higher satisfaction scores in the domains of “Promotion”, “Privileges-Benefits”, “Potential Rewards”, “Working Conditions”, “Colleagues”, and overall job satisfaction ( $p = 0.005$ ). Regarding family status, single participants reported greater satisfaction than married participants across all domains, with the exception of “Supervision”. This trend was also observed in the overall job satisfaction score ( $p < 0.001$ ).

Furthermore, the findings of the study indicate a positive correlation between interprofessional collaboration and overall job satisfaction. Among physicians, the “Education and Teamwork” subscale was positively correlated with satisfaction regarding the “Nature of Work” ( $r = 0.28$ ,  $p < 0.05$ ), while the “Care Vs Cure” subscale was positively associated with satisfaction in the domains of “Promotion” ( $r = 0.26$ ,  $p < 0.05$ )

and Overall Job Satisfaction ( $r = 0.30, p < 0.01$ ). Among nurses, “Education and Teamwork” showed a positive correlation with “Supervision” ( $r = 0.18, p < 0.01$ ) and “Nature of Work” ( $r = 0.17, p < 0.01$ ), and a negative correlation with “Working Conditions” ( $r = -0.17, p < 0.01$ ). The “Care Vs Cure” subscale was positively associated with satisfaction in the domains of “Supervision” ( $r = 0.20, p < 0.01$ ), “Colleagues” ( $r = 0.14, p < 0.01$ ), and “Nature of Work” ( $r = 0.21, p < 0.01$ ). The “Nurse Autonomy” subscale demonstrated weak positive correlations with “Supervision” ( $r = 0.19, p < 0.01$ ), “Colleagues” ( $r = 0.13, p < 0.01$ ), and “Nature of Work” ( $r = 0.25, p < 0.01$ ), as well as a negative correlation with “Working Conditions” ( $r = -0.18, p < 0.01$ ). In contrast, the “Physicians’ Dominance” subscale showed negative correlations with several job satisfaction dimensions, including “Salary” ( $r = -0.22, p < 0.01$ ), “Promotion” ( $r = -0.36, p < 0.01$ ), Supervision ( $r = -0.09, p < 0.05$ ), Benefits ( $r = -0.23, p < 0.01$ ), “Working Conditions” ( $r = -0.12, p < 0.01$ ), “Colleagues” ( $r = -0.15, p < 0.01$ ), “Communication” ( $r = -0.13, p < 0.01$ ), and Overall Job Satisfaction ( $r = -0.25, p < 0.01$ ). Overall, interprofessional collaboration was found to be positively correlated with overall job satisfaction ( $r = 0.18, p < 0.01$ ).

With regard to the comparison between the private and public sectors in terms of physicians’ attitudes toward interprofessional collaboration, no statistically significant difference was observed. However, a significant difference was found among nurses: public sector nurses held more negative attitudes toward the “Physicians’ Dominance” factor compared to private sector nurses, indicating that private sector nurses demonstrated a more positive stance. Specifically, public sector nurses were more likely to reject the dominant role of physicians (Mean = 6.4 vs. 4.8,  $p < 0.001$ ).

## **Conclusions**

The findings highlight that nurses demonstrate a more positive attitude toward interprofessional collaboration compared to physicians. They also reveal a significant difference in the level of job satisfaction between the two groups, with physicians appearing more satisfied overall. The study further confirms the existence of a correlation between interprofessional collaboration and job satisfaction. Although nurses showed more favorable attitudes toward interprofessional collaboration, physicians also demonstrated a generally positive stance—both toward collaboration and interprofessional education. This underscores the importance of integrating

interprofessional collaboration into the education of both physicians and nurses, as a key strategy for fostering and cultivating positive attitudes toward teamwork among healthcare professionals. Interprofessional collaboration between physicians and nurses is a critical factor in enhancing both job satisfaction and the quality of healthcare services provided. The study indicates that positive attitudes toward collaboration, as well as participation in joint educational activities and teamwork, are directly associated with increased professional satisfaction. Nevertheless, despite these positive trends, the observed differences in attitudes between physicians and nurses, along with variations depending on the type of healthcare organization (public vs. private), reveal ongoing challenges in achieving effective interprofessional collaboration in healthcare settings. Healthcare organizations must prioritize the reinforcement of collaboration through appropriate education and supportive policies, in order to ensure a more efficient and satisfying work experience for staff while simultaneously improving the overall quality of patient care.

**Keywords:** interprofessional collaboration, job satisfaction, physicians, nurses, attitudes

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

|                                                                                    |    |
|------------------------------------------------------------------------------------|----|
| ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....                                                                     | 7  |
| ABSTRACT .....                                                                     | 13 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ .....                                                         | 18 |
| ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ .....                                                            | 23 |
| ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ .....                                                         | 27 |
| ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ .....                                                       | 28 |
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....                                                                     | 29 |
| A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ .....                                                              | 37 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ – ΣΠΟΥΔΑΙΟΤΗΤΑ ΜΕΛΕΤΗΣ .....                        | 38 |
| 1.1 Ερευνητικό πρόβλημα .....                                                      | 38 |
| 1.2 Σημαντικότητα και χρησιμότητα της μελέτης .....                                | 41 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΑΙ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ .....                                | 43 |
| 2.1 Ορισμός συνεργασίας ιατρών-νοσηλευτών .....                                    | 43 |
| 2.1.1 Μοντέλα πρακτικής συνεργασίας ιατρών-νοσηλευτών .....                        | 44 |
| 2.1.2 Ορισμός διεπαγγελματικής συνεργασίας ιατρών-νοσηλευτών .....                 | 47 |
| 2.1.3 Διεπαγγελματική ή διεπιστημονική συνεργασία; .....                           | 52 |
| 2.2 Ορισμός εργασιακής ικανοποίησης .....                                          | 55 |
| 2.2.1 Θεωρητικές προσεγγίσεις της εργασιακής ικανοποίησης με βάση τα κίνητρα ..... | 60 |
| 2.1.1.1 Οντολογικές θεωρίες .....                                                  | 61 |
| 2.1.1.2 Μηχανιστικές θεωρίες .....                                                 | 65 |
| 2.3 Στάση - Attitude .....                                                         | 70 |

|                                               |                                                                                                                                                 |     |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 2.4.1                                         | 2.4 Λειτουργικοί Ορισμοί Εργαλεία για τη διερεύνηση της Συνεργασίας                                                                             | 71  |
| 2.4.2                                         | Εργαλεία για τη διερεύνηση της Εργασιακής ικανοποίησης.....                                                                                     | 74  |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΚΥΠΡΟΥ ..... |                                                                                                                                                 | 77  |
| 3.1                                           | Εισαγωγή .....                                                                                                                                  | 77  |
| 3.1                                           | Η λειτουργία του συστήματος υγείας της Κύπρου .....                                                                                             | 78  |
| 3.1.1                                         | Η δωρεάν κάλυψη από το κράτος. ....                                                                                                             | 81  |
| 3.1.2                                         | Παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης επί πληρωμή, ανά πράξη.....                                                                                | 82  |
| 3.1.3                                         | Σχέδιο ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης εργοδοτών και εργατικών<br>συνδικαλιστικών οργανώσεων.....                                                 | 82  |
| 3.1.4                                         | Ασφαλιστικά Σχέδια Ιατροφαρμακευτική Περίθαλψης .....                                                                                           | 83  |
| 3.1.5                                         | Το Σχέδιο Παροχής Οικονομικής Αρωγής από το κράτος .....                                                                                        | 83  |
| 3.3                                           | Εφαρμογή Γενικού Συστήματος Υγείας στην Κύπρο-Αυτονόμηση δημόσιων<br>νοσηλευτηρίων.....                                                         | 84  |
| 3.4                                           | Προκλήσεις Δημόσιων Νοσηλευτηρίων ΟΚΥπΥ σήμερα .....                                                                                            | 87  |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ .....     |                                                                                                                                                 | 94  |
| 4.1                                           | Διεπαγγελματική συνεργασία και εργασιακή ικανοποίηση .....                                                                                      | 99  |
| 4.2                                           | Ευρήματα μελετών για τη διεπαγγελματική συνεργασία .....                                                                                        | 100 |
| 4.2.1                                         | Στάσεις ιατρών–νοσηλευτών ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία                                                                                 | 100 |
| 4.2.2                                         | Διαφορά στη στάση των νοσηλευτών και των ιατρών ως προς τη<br>διεπαγγελματική συνεργασία.....                                                   | 102 |
| 4.2.3                                         | Δημογραφικοί ή άλλοι οργανωσιακοί παράγοντες που σχετίζονται με τη<br>στάση των Νοσηλευτών και των Ιατρών ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία | 103 |
| 4.3                                           | Διεπαγγελματική συνεργασία και εργασιακή ικανοποίηση .....                                                                                      | 105 |
| 4.4                                           | Μελέτες που αφορούν την εργασιακή ικανοποίηση.....                                                                                              | 106 |

|                                          |                                                                                                                       |     |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 4.4.1                                    | Εργασιακή ικανοποίηση νοσηλευτικού προσωπικού .....                                                                   | 106 |
| 4.4.2                                    | Εργασιακή ικανοποίηση ιατρικού προσωπικού.....                                                                        | 110 |
| 4.4.3                                    | Μελέτες που αφορούν την Κυπριακή πραγματικότητα.....                                                                  | 112 |
| 4.5                                      | Σύγκριση ιδιωτικού και δημόσιου τομέα.....                                                                            | 113 |
| ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....                        |                                                                                                                       | 124 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ..... |                                                                                                                       | 125 |
| 5.1                                      | Σκοπός.....                                                                                                           | 125 |
| 5.2                                      | Σχεδιασμός.....                                                                                                       | 125 |
| 5.3                                      | Επιμέρους ερωτήματα.....                                                                                              | 125 |
| 5.4                                      | Επιλογή χώρου.....                                                                                                    | 126 |
| 5.5                                      | Δείγμα .....                                                                                                          | 128 |
| 5.6                                      | Ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη .....                                                             | 130 |
| 5.6.1                                    | Εργαλείο μέτρησης της διεπαγγελματικής συνεργασίας.....                                                               | 131 |
| 5.6.2                                    | Εργαλείο μέτρησης της εργασιακής ικανοποίησης .....                                                                   | 134 |
| 5.6.3                                    | Δημογραφικά .....                                                                                                     | 137 |
| 5.7                                      | Συλλογή δεδομένων .....                                                                                               | 137 |
| 5.8                                      | Στατιστική Ανάλυση.....                                                                                               | 138 |
| 5.9                                      | Θέματα ηθικής και δεοντολογίας.....                                                                                   | 140 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ .....            |                                                                                                                       | 141 |
| 6.1                                      | Δημογραφικά στοιχεία.....                                                                                             | 141 |
| 6.2                                      | Τάσεις για τμηματική-οργανωσιακή-επαγγελματική φυγή .....                                                             | 147 |
| Επιμέρους Ερωτήματα.....                 |                                                                                                                       | 151 |
| 6.2.1                                    | Ερώτημα 1: Ποια είναι η στάση του ιατρικού και νοσηλευτικού<br>προσωπικού ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία. .... | 151 |

|       |                                                                                                                                                                                                                                                              |     |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 6.2.2 | Ερώτημα 2: Ποια είναι η διαφορά στη στάση του ιατρικού προσωπικού συγκριτικά με τη στάση του νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία.....                                                                                              | 161 |
| 6.2.3 | Ερώτημα 3: Ποιοι δημογραφικοί ή άλλοι οργανωσιακοί παράγοντες σχετίζονται με τη στάση του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία. ....                                                                               | 166 |
| 6.2.4 | Ερώτημα 4 : Ποιος είναι ο βαθμός εργασιακής ικανοποίησης του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού.....                                                                                                                                                   | 168 |
| 6.2.5 | Ερώτημα 5 : Ποιοι δημογραφικοί ή άλλοι οργανωσιακοί παράγοντες σχετίζονται με την εργασιακή ικανοποίηση .....                                                                                                                                                | 171 |
| 6.3.6 | Ερώτημα 6: Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ εργασιακής ικανοποίησης του ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού και της διεπαγγελματικής συνεργασίας;.....                                                                                                                  | 175 |
| 6.2.7 | Ερώτημα 7 : Υπάρχει διαφορά στην εργασιακή ικανοποίηση και τη στάση του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται στον δημόσιο τομέα συγκριτικά με το προσωπικό που εργάζεται στον ιδιωτικό τομέα, ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία; ..... | 179 |
|       | ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....                                                                                                                                                                                                                      | 202 |
|       | ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ - ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ.....                                                                                                                                                                                                                     | 221 |
| 8.1   | Εισηγήσεις .....                                                                                                                                                                                                                                             | 221 |
| 8.2   | Περιορισμοί .....                                                                                                                                                                                                                                            | 223 |
|       | ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....                                                                                                                                                                                                                                           | 225 |
|       | ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ .....                                                                                                                                                                                                                                            | 237 |
|       | ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1: Ερωτηματολόγιο «Jefferson scale of attitudes toward physician-nurse collaboration» .....                                                                                                                                                        | 238 |
|       | ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2: Ερωτηματολόγιο «Job satisfaction survey».....                                                                                                                                                                                                   | 241 |
|       | ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3: Δημογραφικά Στοιχεία.....                                                                                                                                                                                                                       | 247 |
|       | ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4: Άδεια χρήσης ερωτηματολογίου «Jefferson scale of attitudes toward physician-nurse collaboration» .....                                                                                                                                          | 248 |

|                                                                                                                                                                                   |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5: Άδεια χρήσης ερωτηματολογίου «Job satisfaction survey» .....                                                                                                         | 249 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 6: Άδειες διεξαγωγής της μελέτης .....                                                                                                                                  | 250 |
| Α) Επίτροπος Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα .....                                                                                                                      | 250 |
| Β) Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας .....                                                                                                            | 252 |
| Γ) Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου .....                                                                                                                                         | 254 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 7:.....                                                                                                                                                                 | 256 |
| 7.1 Δημοσίευση άρθρου στο Journal Materia Socio Medica.....                                                                                                                       | 256 |
| 7.2 Δημοσίευσης Βιβλιογραφικής Ανασκόπησης με θέμα: Στάσεις Ιατρών και<br>Νοσηλευτών απέναντι στη Διεπαγγελματική Συνεργασία, στο περιοδικό Κυπριακά<br>Νοσηλευτικά Χρονικά ..... | 257 |
| 7.3 Άρθρο που υποβλήθηκε και έγινε αποδεκτό προς δημοσίευση στο Journal of<br>Interprofessional Care .....                                                                        | 258 |

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

|                                                                                                                                                       |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Πίνακας 1: Παρουσίαση ανασκόπησης επιστημονικής βιβλιογραφίας -διεπαγγελματική συνεργασία.....                                                        | 116 |
| Πίνακας 2: Σύνολο & Δείγμα Πληθυσμού .....                                                                                                            | 129 |
| Πίνακας 3: Εσωτερική συνέπεια για το εργαλείο διεπαγγελματικής συνεργασίας .....                                                                      | 134 |
| Πίνακας 4: Εσωτερική συνέπεια για την κλίμακα εργασιακής ικανοποίησης .....                                                                           | 136 |
| Πίνακας 5: Δημογραφικά Στοιχεία. ....                                                                                                                 | 142 |
| Πίνακας 6: Τάσεις για τμηματική-οργανωσιακή-επαγγελματική φυγή ιατροί-νοσηλευτές .....                                                                | 148 |
| Πίνακας 7: Βαθμός διεπαγγελματικής συνεργασίας ιατροί–νοσηλευτές *t-test .....                                                                        | 152 |
| Πίνακας 8: Μέσο επίπεδο (Τυπική Απόκλιση) [Διάμεσος] Ιατρών και Νοσηλευτών ως προς τη Διεπαγγελματική συνεργασία.....                                 | 154 |
| Πίνακας 9: Δηλώσεις διεπαγγελματικής συνεργασίας Νοσηλευτές, * N / % / .....                                                                          | 157 |
| Πίνακας 10: Δηλώσεις κλίμακας διεπαγγελματικής συνεργασίας Ιατροί , * N / % / ΜΟ(ΤΑ) .....                                                            | 159 |
| Πίνακας 11: Διαφορά στη στάση διεπαγγελματικής συνεργασίας ιατροί–νοσηλευτές                                                                          | 162 |
| Πίνακας 12: Δηλώσεις κλίμακας διεπαγγελματικής συνεργασίας Ιατροί–νοσηλευτές *Mean (SD), Two Sample t-test, CI = Confidence Interval .....            | 164 |
| Πίνακας 13: Γραμμικές συσχετίσεις κατά Pearson μεταξύ Έτη υπηρεσίας-ηλικία και κλίμακα διεπαγγελματικής συνεργασίας-Νοσηλευτές (N=437). *p<0.05 ..... | 167 |
| Πίνακας 14: Συσχέτιση διεπαγγελματικής συνεργασίας και εκπαιδευτικό επίπεδο-Νοσηλευτές * t-test.....                                                  | 168 |
| Πίνακας 15: Περιγραφικά στατιστικά κλίμακας Εργασιακής ικανοποίησης–Ιατροί (N=494) *t-test.....                                                       | 169 |
| Πίνακας 16:Περιγραφικά στατιστικά κλίμακας Εργασιακής ικανοποίησης –Νοσηλευτές (N=79) *t-test.....                                                    | 169 |
| Πίνακας 17:Γραμμικές συσχετίσεις κατά Pearson μεταξύ Ηλικίας και Εργασιακής Ικανοποίησης- Ιατροί (N=72) *p<0.05 .....                                 | 171 |

|                                                                                                                                                                           |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Πίνακας 18: Γραμμικές συσχετίσεις κατά Pearson μεταξύ Έτη υπηρεσίας και κλίμακα Εργασιακής Ικανοποίησης-Νοσηλευτές (N=437). * $p<0.05$ .....                              | 172 |
| Πίνακας 19: Γραμμικές συσχετίσεις κατά Pearson μεταξύ Ηλικίας και κλίμακα Εργασιακής Ικανοποίησης-Νοσηλευτές (N=437). * $p<0.05$ .....                                    | 172 |
| Πίνακας 20: Συσχέτιση επαγγελματικής ικανοποίησης και εκπαιδευτικό επίπεδο-Νοσηλευτές * t-test.....                                                                       | 173 |
| Πίνακας 21: Συσχέτιση εργασιακής ικανοποίησης και οικογενειακής κατάστασης-Νοσηλευτές* t-test.....                                                                        | 174 |
| Πίνακας 22: Γραμμικές συσχετίσεις κατά Pearson μεταξύ κλίμακας διεπαγγελματικής συνεργασίας και Εργασιακής Ικανοποίησης-Ιατροί * $p<0.05$ ,** $p<0.01$ .....              | 176 |
| Πίνακας 23: Γραμμικές συσχετίσεις κατά Pearson μεταξύ κλίμακας διεπαγγελματικής συνεργασίας και εργασιακής ικανοποίησης -Νοσηλευτές (N=494) * $p<0.05$ ,** $p<0.01$ ..... | 178 |
| Πίνακας 24: Στάσεις ως προς τη Διεπαγγελματική Συνεργασία-Δημόσια και Ιδιωτικά Νοσοκομεία-Ιατροί* t-test / MO (Τυπική Απόκλιση) .....                                     | 180 |
| Πίνακας 25: Εργασιακή ικανοποίηση-Δημόσια και Ιδιωτικά Νοσοκομεία-Ιατροί.....                                                                                             | 181 |
| Πίνακας 26: Στάσεις ως προς τη Διεπαγγελματική Συνεργασία-Δημόσια και Ιδιωτικά Νοσοκομεία-Νοσηλευτές* t-test / MO (Τυπική Απόκλιση).....                                  | 182 |
| Πίνακας 27: Εργασιακή ικανοποίηση-Δημόσια και Ιδιωτικά Νοσοκομεία-Νοσηλευτές* t-test/ MO(Τυπική Απόκλιση) .....                                                           | 183 |
| Πίνακας 28: Μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης-Εξαρτημένη μεταβλητή: Εκπαίδευση και Ομαδική Εργασία – Νοσηλευτές .....                                                       | 185 |
| Πίνακας 29: Μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης-Εξαρτημένη μεταβλητή: Φροντίδα έναντι θεραπείας – Νοσηλευτές.....                                                             | 186 |
| Πίνακας 30: Μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης- Εξαρτημένη μεταβλητή: Αυτονομία των Νοσηλευτών – Νοσηλευτές .....                                                            | 187 |
| Πίνακας 31: Μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης, Εξαρτημένη μεταβλητή: Κυριαρχία Ιατρών – Νοσηλευτές .....                                                                    | 188 |

|                                                                                                                                                        |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Πίνακας 32: Μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης - εξαρτημένη μεταβλητή : Συνολικό επίπεδο Στάσεων ως προς τη Διεπαγγελματική Συνεργασία – Νοσηλευτές ..... | 189 |
| Πίνακας 33: Μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης-Εξαρτημένη μεταβλητή: Μισθός - Ιατροί .....                                                                | 190 |
| Πίνακας 34: Μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης- Εξαρτημένη μεταβλητή: Προαγωγή- Ιατροί .....                                                              | 190 |
| Πίνακας 35: Μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης - Εξαρτημένη μεταβλητή : προνόμια/ οφέλη .....                                                             | 191 |
| Πίνακας 36: Μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης- Εξαρτημένη μεταβλητή: Ενδεχόμενες Ανταμοιβές – Ιατροί .....                                               | 192 |
| Πίνακας 37: Μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης- Εξαρτημένη μεταβλητή: Συνθήκες Λειτουργίας- Ιατροί .....                                                  | 192 |
| Πίνακας 38: Μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης- Εξαρτημένη μεταβλητή: Συνάδελφοι- Ιατροί .....                                                            | 193 |
| Πίνακας 39: Μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης-Εξαρτημένη μεταβλητή: Φύση Εργασίας- Ιατροί.....                                                           | 193 |
| Πίνακας 40: Μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης- Εξαρτημένη μεταβλητή: Επικοινωνία- Ιατροί .....                                                           | 194 |
| Πίνακας 41: Μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης-Εξαρτημένη μεταβλητή: Σύνολο Εργασιακής Ικανοποίησης- Ιατροί .....                                         | 195 |
| Πίνακας 42: Μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης- Εξαρτημένη μεταβλητή: Μισθός- Νοσηλευτές.....                                                             | 195 |
| Πίνακας 43: Μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης- Εξαρτημένη μεταβλητή: Προαγωγή- Νοσηλευτές.....                                                           | 196 |
| Πίνακας 44: Μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης- Εξαρτημένη μεταβλητή: Προνόμια /Οφέλη- Νοσηλευτές.....                                                    | 197 |
| Πίνακας 45: Μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης-Εξαρτημένη μεταβλητή: Εποπτεία/ Επίβλεψη- Νοσηλευτές.....                                                  | 197 |

|                                                                                                                    |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Πίνακας 46: Μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης-Εξαρτημένη μεταβλητή: Ενδεχόμενες Ανταμοιβές- Νοσηλευτές.....          | 198 |
| Πίνακας 47: Μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης - Εξαρτημένη μεταβλητή: Συνθήκες Λειτουργίας- Νοσηλευτές.....          | 199 |
| Πίνακας 48: Μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης-Εξαρτημένη μεταβλητή: Συνάδελφοι- Νοσηλευτές.....                      | 199 |
| Πίνακας 49: Μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης-Εξαρτημένη μεταβλητή: Φύση Εργασίας- Νοσηλευτές .....                  | 200 |
| Πίνακας 50: Μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης: Εξαρτημένη μεταβλητή: Επικοινωνία- Νοσηλευτές.....                    | 201 |
| Πίνακας 51: Μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης-Εξαρτημένη μεταβλητή: Σύνολο Εργασιακής Ικανοποίησης- Νοσηλευτές ..... | 201 |

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

|                                                                          |     |
|--------------------------------------------------------------------------|-----|
| Γράφημα 1: Διεπαγγελματική συνεργασία με επίκεντρο τον ασθενή .....      | 51  |
| Γράφημα 2: Αρχές διεπαγγελματικής συνεργασίας στον τομέα της υγείας..... | 55  |
| Γράφημα 3: Παράγοντες που συμβάλλουν στην εργασιακή ικανοποίηση.....     | 60  |
| Γράφημα 4: Συμμετέχοντες Δημόσιο – Ιδιωτικό Νοσοκομείο.....              | 143 |
| Γραφημα 5 : Συμμετέχοντες Δημόσιο – Ιδιωτικό Νοσοκομείο.....             | 144 |
| Γράφημα 6 : Ηλικία συμμετεχόντων Ιατρών-Νοσηλευτών.....                  | 145 |
| Γράφημα 7: Εκπαιδευτικό επίπεδο συμμετεχόντων Ιατρών- Νοσηλευτών.....    | 146 |
| Γράφημα 8: Έτη προϋπηρεσίας συμμετεχόντων Ιατρών-Νοσηλευτών.....         | 147 |
| Γράφημα 9: Τάση για τμηματική φυγή Ιατροί-Νοσηλευτές.....                | 149 |
| Γράφημα 10: Τάση για οργανωσιακή φυγή Ιατροί-Νοσηλευτές .....            | 150 |
| Γράφημα 11: Τάση για επαγγελματική φυγή Ιατροί-Νοσηλευτές .....          | 151 |
| Γράφημα 12: Εργασιακή ικανοποίηση ιατρών–νοσηλευτών *ΜΟ.....             | 170 |

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

|                                                                                                                           |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Διάγραμμα 1: Διάγραμμα ροής επιλογής μελετών σε σχέση με τη διεπαγγελματική<br>συνεργασία και εργασιακή ικανοποίηση ..... | 98 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

*«Όχι πριν από πολλά χρόνια μια από τις αγαπημένες εικόνες της ιατρικής ήταν η συχνά αναπαραγόμενη ζωγραφιά μιας απομονωμένης οικογενειακής γιατρού, που άγρυπνα και στοχαστικά ήταν καθισμένη διπλά σ' ένα άρρωστο παιδί. Αυτή η εικόνα υπήρχε στους τοίχους πολλών αιθουσών αναμονής, μεταφέροντας στο κοινό την εξιδανικευμένη εικόνα της ιατρικής φροντίδας ως μόνη προσπάθεια ενός γιατρού ενάντια στην ασθένεια»* (Wagner, 2004, pp.1037). Είναι γενικά παραδεκτό ότι στον τομέα υγείας επικρατούσε το ιατροκεντρικό μοντέλο, με τις αποφάσεις να παίρνονται αποκλειστικά από τον γιατρό. Ακόμα και σε θέματα οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας, ο γιατρός είχε τον πρώτο λόγο (Σαπουντζή et al., 2001; Elsous, 2017). Ουσιαστικά η κυριαρχία των ιατρών ήταν το κύριο χαρακτηριστικό των αλληλεπιδράσεων νοσηλευτή-γιατρού που είχε ως κύριο χαρακτηριστικό την υποτέλεια των νοσηλευτών και την υπεροχή του γιατρού (Elsous, 2017; Hossny and Sabra, 2021). Οι ιατροί εμφάνιζαν ένα πατριαρχικό και κατευθυντικό ρόλο, ενώ οι νοσηλευτές απλά ακολουθούσαν (House & Havens, 2017). Η σχέση αυτή όπως φάνηκε σε διάφορες μελέτες, οδήγησε στην έλλειψη πλήρους επαγγελματικής δικαιοδοσίας και αυτονομίας (Amsalu et al., 2014).

Η θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενειών, που ήταν το επίκεντρο της ιατρικής επιστήμης, ήταν μονοπώλιο των γιατρών και δεν άφηνε πολλά περιθώρια σε άλλους επαγγελματίες να συμμετέχουν στην παροχή μιας πιο ολοκληρωμένης φροντίδας (Λιαρόπουλος, 1989; Θεοδώρου, Σαρρής et al, 2001; Hossny and Sabra, 2021). Αρχικά, επρόκειτο για μια σχέση επιβολής, μια σχέση εντολέα και εντολοδόχου (Baggs - Gedney, 1994; Yildirim, 2005; Elsous, 2017). Οι ιατροί είχαν την απόλυτη ευθύνη για τη λήψη αποφάσεων και για τη θεραπεία των ασθενών (Chaboyer & Wendy P., 2001; Elsous, 2017). Ο Stein το 1967 σε μια μελέτη περιέγραφε τη σχέση μεταξύ των δύο ως μια σχέση που χαρακτηριζόταν από την κυριαρχία των ιατρών και τη δουλοπρέπεια των νοσηλευτών (Vazirani et al., 2005). Αναμφίβολα, τέτοιου είδους σχέση τοποθετούσε τον ιατρό σταθερά υπεύθυνο και ανώτερο των νοσηλευτών (Tang , 2013). Οι νοσηλευτές αναμενόταν να εκτελούν εντολές και να αποφεύγουν την ανοικτή επικοινωνία με τους γιατρούς όποτε είναι δυνατόν (Vazirani et al., 2005; House & Havens, 2017). Η πλειοψηφία των νοσηλευτών έχουν περιγράψει αυτού του είδους πρακτικές ως μια ασφυκτική εμπειρία που υποβαθμίζει την αξία του νοσηλευτικού επαγγέλματος και αυξάνει τη δυσαρέσκεια στον εργασιακό χώρο (Sirota, 2007).

Από τη δεκαετία του 1960, μέσα από μελέτες του Stein επιβεβαιώθηκε ότι οι απόψεις αυτές είναι βαθιά ριζωμένες στους εμπλεκόμενους, στους ασθενείς αλλά και στο κοινωνικό σύνολο ευρύτερα. Πρώτος ο Stein το 1967 περιέγραφε σε μια μελέτη του, τη σχέση μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών αναφερόμενος σε ένα φαινόμενο που το ονόμασε «παιχνίδι μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών». Οι νοσηλευτές στην προσπάθειά τους να συνδράμουν στο θεραπευτικό πλάνο ή να εμποδίσουν τους ιατρούς από το να κάνουν κάποιο κατά τη γνώμη τους πιθανό σφάλμα, ανέπτυξαν έναν ιδιότυπο κώδικα συμπεριφοράς, ο οποίος ονομάστηκε «το παιχνίδι ιατρού-νοσηλευτή» (Stein, 1967). Ο Stein περιέγραψε αυτό το φαινόμενο, με βασικό χαρακτηριστικό αυτού την προσπάθεια επιρροής του ιατρού στην κατεύθυνση της άποψης του νοσηλευτή με πάρα πολλή προσοχή, ώστε να μην προσβληθεί και αισθανθεί μειονεκτικά (Stein, 1967).

Σήμερα, το περιβάλλον της υγειονομικής φροντίδας δεν είναι το ίδιο. Η ανάγκη για διατήρηση ή βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών με παράλληλη περιστολή των δαπανώμενων πόρων είναι επιτακτική (Lyndon et al., 2011). Έχοντας αυτό υπ' όψη, αντιλαμβάνεται κανείς ότι οι διοικήσεις των οργανισμών υγείας μελετούν και θέλουν να υιοθετούν όλες τις χαμηλού ή μηδενικού κόστους παρεμβάσεις-μεταρρυθμίσεις που μπορεί να βοηθήσουν στην επίτευξη των στόχων τους. Όταν πλήθος ερευνών καταδεικνύουν συστηματικά τη θετική επίδραση της εμπέδωσης διεπαγγελματικής συνεργασίας ιατρών και νοσηλευτών στο παραγόμενο έργο, στην επαγγελματική ικανοποίηση (που συνεπάγεται αύξηση παραγωγικότητας) και στους υγειονομικούς δείκτες του πληθυσμού, η υιοθέτηση τέτοιων πολιτικών, είναι σαφές ότι αποτελεί ίσως μια ιδανική επιλογή (Chaboyer, Wendy, 2001; Resnick, 2003; Steinert, et al., 2006; Stein-Parbury, 2007; Vogwill, 2008; Aymen et al., 2017; Girish 2019; Kaifi et al., 2021). Είναι, επίσης, εμφανές ότι χωρίς τη συμφωνία-επιθυμία των ιατρών, η αλλαγή δεν είναι δυνατή (Leever et al., 2010). Τέλος, εξίσου σαφές είναι ότι και οι τελικοί αποδέκτες των υπηρεσιών υγείας, θα πρέπει να προσπαθήσουν να αποβάλλουν στερεότυπα ετών, γιατί χωρίς την δική τους επιθυμία, καμία αλλαγή δεν είναι δυνατή (Steinert et al., 2006; O'Leary et al., 2010). Φαίνεται, όμως, εκ των πραγμάτων ότι οι αντιλήψεις που επικρατούσαν πριν μια εκατονταετία συνεχίζουν και ενισχύονται στο σήμερα, αφού ο άνθρωπος στην καθημερινότητά του έρχεται σε επαφή ακριβώς με τις ίδιες εικόνες και πρότυπα. Ένα απλό παράδειγμα αποτελούν στην πλειοψηφία τους οι τηλεοπτικές σειρές οι οποίες διαδραματίζονται σε νοσοκομεία και παρουσιάζουν τον ιατρό καθώς και

ολόκληρη την ιατρική ομάδα ως το μοναδικό και επικρατέστερο ρόλο σε ένα νοσοκομείο, με τον ρόλο του νοσηλευτή να είναι ανύπαρκτος, καθώς ακόμη και θέματα καθαρά νοσηλευτικής φροντίδας ή παρακολούθησης επιτελούνται από ιατρούς.

Θετικό είναι το γεγονός ότι η κοινωνία φαίνεται να ενστερνίζεται το γεγονός ότι η νοσηλευτική είναι ένα επάγγελμα το οποίο συμβάλλει τα μέγιστα στον τομέα της υγείας και ως εκ τούτου έχουν γίνει μεγάλες αλλαγές στη νοσηλευτική εκπαίδευση με την ένταξη της σε πανεπιστημιακές σχολές. Στη μελέτη των Aiken et al., (2014), η οποία διεξάχθηκε σε 9 ευρωπαϊκές χώρες και διερευνούσε ανάμεσα σε άλλα τη σχέση μεταξύ επιπέδου εκπαίδευσης των νοσηλευτών και της ενδονοσοκομειακής θνησιμότητας. φάνηκε ότι οι ασθενείς οι οποίοι περιθάλπονταν σε νοσοκομεία στα οποία το 60% των νοσηλευτών είχαν πτυχίο και φρόντιζαν κατά μέσο όρο έξι ασθενείς είχαν 30% χαμηλότερη θνησιμότητα από τους ασθενείς σε νοσοκομεία στα οποία μόνο το 30% των νοσηλευτών είχαν πτυχίο και οι νοσηλευτές φρόντιζαν κατά μέσο όρο οκτώ ασθενείς (H et al., 2015).

Παρόλο, όμως, που η νοσηλευτική μέσα από το πέρασμα των χρόνων άλλαξε και πέρασε μέσα από μία διαδικασία επιστημονικής εξέλιξης και ανόδου, επανατοποθέτησε την θέση της με την πανεπιστημιακή εκπαίδευση και επαναπροσδιορίστηκε στον νοσοκομειακό χώρο, στην επαγγελματική πραγματικότητα λίγα πράγματα είναι αυτά που άλλαξαν στις σχέσεις μεταξύ των δύο επαγγελματικών κατηγοριών, των ιατρών και των νοσηλευτών (House & Havens, 2017).

Όσον αφορά την αποτελεσματικότητα της ομαδικής εργασίας, υπήρξαν μελέτες που έχουν τεκμηριώσει ότι αυτή εξαρτάται από τη σύνθεση της ομάδας (McEwan et al., 2017), η οποία επηρεάζει τις ατομικές στάσεις και συμπεριφορές, τις επιδόσεις των ομάδων και τις οργανωτικές διαδικασίες (Salas et al., 2015). Επίσης, μελέτες που διεξήχθησαν μεταξύ επαγγελματιών υγείας επιβεβαίωσαν ότι η συνεργασία και η συνοχή αυξάνουν σημαντικά την ικανοποίηση του προσωπικού, την αποτελεσματικότητα της ομάδας, την οργανωτική αποτελεσματικότητα και τελικά τη φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή (Gluyas, 2015; Hysong et al., 2019; Reeves et al., 2017). Η ομαδική εργασία και η ομαδική φροντίδα αναγνωρίζονται ως βασικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην ασφάλεια των ασθενών και στην ποιοτική τους φροντίδα (Mitchell et al., 2012). Επιπλέον, η αποτελεσματική ομαδική εργασία έχει συνδεθεί με υψηλότερη ικανοποίηση από την

εργασία και η ικανοποίηση από την εργασία έχει ισχυρή θετική συσχέτιση με την πρόθεση των νοσηλευτών να εγκαταλείψουν την εργασία τους (Kalisch et al., 2010).

Παράλληλα, η υπάρχουσα επιστημονική βιβλιογραφία υποδηλώνει ότι οι διαφορές στο εκπαιδευτικό υπόβαθρο, η διαφορά στα επαγγελματικά επίπεδα και στην εξουσία, οι αντιλήψεις στον χώρο της υγειονομικής περίθαλψης, η ιστορική και κοινωνική θέση των διαφόρων επαγγελματιών υγείας σε συνδυασμό με την ατομική επαγγελματική τους κουλτούρα, ορισμένοι οικονομικοί και οργανωτικοί λόγοι, η ιεραρχία που επικρατεί στο σύστημα υγείας και η επικάλυψη επαγγελματικών ρόλων αποτελούν τους κύριους ανασταλτικούς παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά τη διεπαγγελματική συνεργασία και την επικοινωνία, οδηγώντας σε προβληματικές σχέσεις και αυξάνοντας την πιθανότητα σφαλμάτων στην κλινική πράξη (Price et al., 2014; Reeves et al., 2010). Επιπλέον, επισημαίνεται ότι παρόλο που τόσο οι γιατροί όσο και οι νοσηλευτές αφενός αναγνωρίζουν τη σημασία της συνεργασίας και αφετέρου επιθυμούν μια ειλικρινή συνεργασία στη μεταξύ τους σχέση, εντούτοις, φαίνεται ότι ο διαφορετικός τρόπος που ερμηνεύουν το νόημα της συνεργασίας, ενδεχομένως να αποτελεί το κύριο εμπόδιο στην επίτευξη της (Thistlethwaite et al., 2013).

Η αποτελεσματική και έγκαιρη αντιμετώπιση των θεμάτων υγείας και των μεγάλων προκλήσεων που ταλανίζουν τη σύγχρονη κοινωνία αποτελούν σκοπό της γενικής στρατηγικής υγείας σε επίπεδο κράτους αλλά και σε επίπεδο οργανισμού. Η εύρυθμη και ομαλή λειτουργία ενός οργανισμού αποτελεί τον πιο σημαντικό στόχο της διοίκησης. Η βέλτιστη λειτουργία ενός οργανισμού παροχής υπηρεσιών υγείας και φροντίδας εξαρτάται και από τον βαθμό συνεργασίας επαγγελματιών των επιμέρους ειδικοτήτων υγείας, οι οποίοι απασχολούνται σε αυτόν, δηλαδή από τη διεπαγγελματική συνεργασία (Miller et al., 2008) . Διαχρονικά έχει τεκμηριωθεί ότι η άριστη συνεργασία και η ομαδικότητα μεταξύ των επαγγελματιών υγείας έχει σαν αποτέλεσμα την ποιότητα στην παροχή υπηρεσιών φροντίδας, στη διοίκηση και στην έκβαση των ασθενών, έτσι ώστε η υγεία τους να βελτιωθεί και να αποκατασταθεί το συντομότερο δυνατό (Kenny, 2002; Kaifi et al., 2021). Στις μονάδες υγείας το ανθρώπινο κεφάλαιο είναι ο σημαντικότερος παραγωγικός συντελεστής και διαδραματίζει τον πιο σημαντικό ρόλο στην παροχή των υπηρεσιών υγείας των οποίων η αποδοτικότητα είναι συνισταμένη της ικανοποίησης του από την εργασία, των συνθηκών εργασίας, των κινήτρων, της εξέλιξης του αλλά και της δια βίου επιμόρφωσης του (Σταυροπούλου, 2010; Kontogiannis et al., 2021).

Στο συνεχώς εξελισσόμενο οικονομικό και εργασιακό περιβάλλον οι επιχειρήσεις και οι οργανισμοί δίνουν αδιάκοπο αγώνα επιβίωσης και μια βασική επιλογή αποτελεί η διασφάλιση της ικανοποίησης των εργαζομένων από την εργασία τους. Ο κύριος λόγος είναι, βέβαια, η συνειδητοποίησή που ολοένα και ενισχύεται τα τελευταία χρόνια, ότι ο ικανοποιημένος εργαζόμενος επικεντρώνεται και προωθεί τους επιχειρησιακούς στόχους, αποδίδει περισσότερο, επιδεικνύει συνεργασία και ομαδικότητα και εγκαταλείπει σκέψεις και σχέδια για εύρεση άλλης επαγγελματικής στέγης (Rosenstein et al., 2005; Παπαπαναγιώτου, 2014). Η άριστη συνεργασία και η ομαδική δουλειά μεταξύ των επαγγελματιών υγείας έχει σαν αποτέλεσμα την ικανοποιητική παροχή ποιοτικής και ασφαλέστερης φροντίδας της υγείας του ασθενή, έτσι ώστε η υγεία του να βελτιωθεί και να αποκατασταθεί το συντομότερο δυνατό (Kenny, 2002; Rosenstein et al., 2005; Amsalu 2017).

Η νοσηλευτική και η ιατρική είναι άρρηκτα συνυφασμένες με την παροχή περίθαλψης και ποιοτικής φροντίδας υγείας. Τόσο οι ιατροί όσο και οι νοσηλευτές, αποτελούν αναμφισβήτητα τους βασικούς πυλώνες του υγειονομικού συστήματος, συνεπώς επιβάλλεται η μεταξύ τους συνεργασία, έχοντας κοινό σκοπό την παροχή της καλύτερης δυνατής φροντίδας στους ασθενείς. Ο σκοπός αυτός επιτυγχάνεται στο μέγιστο δυνατό εάν οι εμπλεκόμενοι εργάζονται από κοινού επιδιώκοντας ένα κλίμα συνεργασίας, μιας και είναι αποδεδειγμένο ότι η συνεργασία έχει αντίκτυπο στο παραγόμενο αποτέλεσμα, δηλαδή σε αυτή την περίπτωση, στη δημόσια φροντίδα υγείας. Σήμερα οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης καλούνται να εργαστούν αφενός όσο το δυνατόν πιο ευέλικτα για την κάλυψη των αναγκών και αφετέρου έχοντας ως γνώμονα τόσο την οικονομία πόρων όσο και ανθρώπινου δυναμικού (Kontogiannis et al., 2021). Αναμφίβολα, πρέπει να αξιοποιούνται στο μέγιστο όλες εκείνες οι παράμετροι που επηρεάζουν θετικά, τόσο τους δείκτες παραγωγικότητας και αποδοτικότητας όσο και τους δείκτες ικανοποίησης του πληθυσμού, χωρίς να επιβαρύνουν οικονομικά τους φορείς. Συνεπώς, οι οργανισμοί θα πρέπει να ανατοπρίνονται στην κάλυψη όλων των προαναφερόμενων, γεγονός που απαιτεί την εποικοδομητική και συνάμα αποτελεσματική συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών (Wilcock, Janes, & Chambers, 2009).

Η συνεργασία ιατρών και νοσηλευτών δεν είναι καινούριο θέμα. Αυτές οι δύο επιστημονικές ομάδες συνεργάζονται επί μακρόν και όποια και αν ήταν η διακύμανση των σχέσεων τους, αυτό που τελικά έχει σημασία είναι ότι ο στόχος τους είναι κοινός: η

παροχή ποιοτικής φροντίδας υγείας στους ασθενείς, με παράλληλη προσπάθεια για εξέλιξη των επιστημών τους και των ιδίων, ως άτομα και επαγγελματίες ( Kontogiannis *et al.*, 2021). Η πλειοψηφία των βιβλιογραφικών αναφορών καθιστούν σαφές ότι υπάρχουν μετρήσιμα και ουσιαστικά οφέλη από την ύπαρξη διεπαγγελματικής συνεργασίας ιατρών-νοσηλευτών: στον ασθενή, στο κόστος της υγειονομικής φροντίδας, στο παραγόμενο έργο, στον οργανισμό μα και στους ιδίους τους επιστήμονες (Aiken *et al.*, 2011; Migotto *et al.*, 2019 ). Επιπρόσθετα, η επαγγελματική ικανοποίηση, ο μέσος χρόνος νοσηλείας, το κόστος νοσηλείας και η ικανοποίηση των χρηστών είναι μερικοί από τους δείκτες που επηρεάζονται από τη διεπαγγελματική συνεργασία (Aiken *et al.*, 2011; Migotto *et al.*, 2019). Επιπλέον, ένα από τα σημαντικότερα οφέλη της διεπαγγελματικής συνεργασίας αποτελεί η αποφυγή κλινικών σφαλμάτων καθώς και η βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας της φροντίδας των ασθενών (Reeves *et al.*, 2012). Η διεπαγγελματική συνεργασία νοσηλευτών-γιατρών έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει την ποιότητα της φροντίδας, της διαχείρισης και των αποτελεσμάτων υγείας των ασθενών (Kaifi *et al.*, 2021). Ακόμη, υποστηρίζει την ευημερία, την ικανοποίηση και την ταχύτερη ανάρρωση των ασθενών με αποτέλεσμα χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας (Baggs *et al.*, 1999; Stein-Parbury, 2007; Migotto *et al.*, 2019). Επίσης, μπορεί να επηρεάσει τα αποτελέσματα των ασθενών έμμεσα μέσω της επίδρασής της στο εργασιακό περιβάλλον (Kaifi *et al.*, 2021). Οι McHugh *et al.*, (2016) αναφέρουν ότι εκτός από την αναλογία ασθενή προς νοσηλευτή, ένα καλό εργασιακό περιβάλλον για τους νοσηλευτές αυξάνει το ποσοστό επιβίωσης των ασθενών με καρδιακή ανακοπή εντός του νοσοκομείου (McHugh *et al.*, 2016), γεγονός που τονίζει την ουσιαστική συμβολή της διεπαγγελματικής συνεργασίας σε κρίσιμες και επείγουσες καταστάσεις. Στον αντίποδα η αναποτελεσματική συνεργασία συνδέεται με μειωμένη ικανοποίηση των ιατρών και των νοσηλευτών και επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας (Tang *et al.*, 2013). Επιπροσθέτως, σχετίζεται αρνητικά με το εργασιακό στρες, την επαγγελματική εξουθένωση και την τάση αποχώρησης από την εργασία (Zhang *et al.*, 2016).

Η διεπαγγελματική συνεργασία, η αποτελεσματική επικοινωνία και η επαγγελματική δέσμευση έχουν συσχετιστεί στο παρελθόν με την εργασιακή ικανοποίηση (Kontogiannis *et al.*, 2021). Ο ικανοποιημένος από την εργασία επαγγελματίας υγείας αντλεί από το έργο που προσφέρει δύναμη, πληρότητα και ολοκλήρωση επηρεάζοντας θετικά την ποιότητα

των υπηρεσιών που παρέχει αλλά και την απόδοσή του. Η εργασιακή ικανοποίηση θεωρείται βασική για το συναισθηματικό κόσμο του ατόμου και οι επιχειρήσεις γνωρίζουν καλά ότι ένα άτομο ψυχικά υγιές και εργασιακά και οικονομικά ικανοποιημένο έχει υψηλή αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα (Παπαπαναγιώτου, 2014). Επιπρόσθετα, όπως έχει προαναφερθεί ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που συμβάλλουν τα μέγιστα στην ομαλή λειτουργία ενός οργανισμού είναι η συνεργασία μεταξύ των εργαζομένων (Μπουράντας, 2003; Hossny and Sabra, 2021). Η επίτευξη ενός ικανοποιητικού επιπέδου διεπαγγελματικής συνεργασίας μπορεί να ωφελήσει τόσο τους χρήστες των υπηρεσιών και τους επαγγελματίες υγείας, όσο και την αποτελεσματικότητα των οργανισμών (Kontogiannis *et al.*, 2021). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO 2010), η διεπαγγελματική συνεργασία μπορεί να διαδραματίσει καταλυτικό ρόλο ως στρατηγική διαχείρισης της υγείας που βρίσκεται σε κρίση παγκοσμίως. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO, 2020) καλεί τις χώρες να υιοθετήσουν ένα διαφορετικό τρόπο στη διαχείριση του προσωπικού υγείας που να προωθεί τη βελτιστοποίηση της απόδοσης του μέσω τεκμηριωμένων πολιτικών και πρακτικών, που προωθούν τη διεπαγγελματική συνεργασία, τις ευκαιρίες εργασίας, τη συνεχή εκπαίδευση και την καινοτομία χρησιμοποιώντας τα επιστημονικά στοιχεία.

Η παρούσα μελέτη έχει σκοπό τη διερεύνηση των στάσεων των νοσηλευτών και των ιατρών ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία και την εργασιακή ικανοποίηση.

Η διατριβή αποτελείται από δύο μέρη, το Γενικό και το Ειδικό μέρος και διαρθρώνεται σε εννέα κεφάλαια. Πιο συγκεκριμένα, το πρώτο κεφάλαιο του Γενικού Μέρους αναφέρεται στο ερευνητικό πρόβλημα και στη χρησιμότητα της μελέτης.

Το δεύτερο κεφάλαιο εισάγει τις έννοιες και το θεωρητικό υπόβαθρο της διεπαγγελματικής συνεργασίας, της εργασιακής ικανοποίησης και των στάσεων.

Στο τρίτο κεφάλαιο περιγράφεται το σύστημα υγείας της Κύπρου τόσο στο χρονικό πλαίσιο που διεξήχθη η μελέτη όσο και στο σήμερα.

Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση.

Στο ειδικό μέρος, το πέμπτο κεφάλαιο, αναφέρεται η μεθοδολογία της έρευνας, η παρουσίαση του σκοπού της έρευνας, του σχεδιασμού, των ερευνητικών ερωτημάτων,

της δειγματοληψίας και των εργαλείων του ερωτηματολογίου, η διαδικασία μετάφρασης τους, η συλλογή και επεξεργασία των δεδομένων και τα ηθικά ζητήματα.

Στο έκτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της μελέτης με βάση τα ερευνητικά ερωτήματα που είχαν τεθεί.

Ενώ στο έβδομο κεφάλαιο γίνεται συζήτηση των αποτελεσμάτων και σύνοψη των συμπερασμάτων.

Στο όγδοο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι εισηγήσεις-προτάσεις ενώ παράλληλα γίνεται αναφορά στους περιορισμούς της έρευνας.

Τέλος στο ένατο κεφάλαιο ακολουθεί η σχετική βιβλιογραφία και τα παραρτήματα.

## **A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ – ΣΠΟΥΔΑΙΟΤΗΤΑ ΜΕΛΕΤΗΣ

### 1.1 Ερευνητικό πρόβλημα

Στο συνεχώς μεταβαλλόμενο οικονομικό και εργασιακό περιβάλλον του τομέα της υγείας, οι οργανισμοί δίνουν έναν αδιάκοπο αγώνα επιβίωσης και καλούνται να ανταποκριθούν με τη μέγιστη δυνατή ευελιξία στις αυξανόμενες ανάγκες, έχοντας ως γνώμονα τόσο την ορθολογική διαχείριση των πόρων όσο και του ανθρώπινου δυναμικού (Kontogiannis et al., 2021). Σε ανάλογη πορεία αντιμετώπισης προκλήσεων και προσαρμογής βρίσκεται και ο τομέας υγείας της Κύπρου. Η εφαρμογή του Εθνικού Συστήματος Υγείας, καθώς και οι μεταρρυθμίσεις που το συνόδευσαν, θέτουν τα κρατικά νοσηλευτήρια απέναντι σε σημαντικές προκλήσεις — τόσο στην προσπάθεια κάλυψης των ολοένα αυξανόμενων υγειονομικών αναγκών και του αυξανόμενου κόστους περίθαλψης, όσο και στην ικανοποίηση των απαιτήσεων των πολιτών. Η ανάγκη για περιορισμό των δαπανών, σε συνδυασμό με την επιτακτική απαίτηση για αναβάθμιση της ποιότητας φροντίδας, ενίσχυση της ασφάλειας των ασθενών, καθώς και αύξηση της παραγωγικότητας και αποδοτικότητας των επαγγελματιών υγείας, καθιστά τη διαχείριση αυτών των ζητημάτων άμεσης και κρίσιμης σημασίας.

Συνεπώς, είναι αναγκαία η αξιοποίηση όλων εκείνων των παραμέτρων που επηρεάζουν θετικά τόσο τους δείκτες παραγωγικότητας και αποδοτικότητας, όσο και τους δείκτες ικανοποίησης του πληθυσμού, χωρίς ταυτόχρονα να επιβαρύνουν οικονομικά τους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας. Παράλληλα, αυτές οι παράμετροι συμβάλλουν στη διαμόρφωση θετικών συνθηκών εργασίας, μέσω της καλλιέργειας κλίματος συνεργασίας και εργασιακής ικανοποίησης. Ένα τέτοιο περιβάλλον ενδέχεται να ενισχύσει την αποτελεσματικότητα, να ενδυναμώσει τους επαγγελματίες υγείας, και να συμβάλει στη μείωση της επαγγελματικής δυσарέσκειας και της πρόθεσης αποχώρησης από το επάγγελμα (Elsous, 2017).

Η διεπαγγελματική συνεργασία μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών θεωρείται το μέσο για την επίτευξη όλων των προαναφερόμενων. Επηρεάζει θετικά όλους τους δείκτες παραγωγικότητας και αποδοτικότητας χωρίς περαιτέρω επιβάρυνση των ήδη μειωμένων οικονομικών πόρων. Αξιοσημείωτο δε το γεγονός ότι μέσα από την ανασκόπηση της επιστημονικής βιβλιογραφίας, αλλά και μέσα από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης συσχετίζεται και αυξάνει τον βαθμό εργασιακής ικανοποίησης (Kontogiannis et al.,

2021). Η πλειοψηφία των βιβλιογραφικών αναφορών καθιστούν σαφές ότι υπάρχουν μετρήσιμα και ουσιαστικά οφέλη από την ύπαρξη διεπαγγελματικής συνεργασίας ιατρών - νοσηλευτών: στον ασθενή, στο κόστος της υγειονομικής φροντίδας, στο παραγόμενο έργο, στον οργανισμό μα και στους ιδίους τους επιστήμονες (Aiken et al., 2011). Επιπρόσθετα, η επαγγελματική ικανοποίηση, ο μέσος χρόνος νοσηλείας, το κόστος νοσηλείας και η ικανοποίηση των χρηστών είναι μερικοί από τους δείκτες που επηρεάζονται από τη διεπαγγελματική συνεργασία (Aiken et al., 2011). Συνεπώς, οι οργανισμοί θα πρέπει να ανταποκριθούν στην κάλυψη όλων των προαναφερόμενων γεγονόσ που απαιτεί την εποικοδομητική και συνάμα αποτελεσματική συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών (Wilcock, Janes, & Chambers, 2009).

Το πρόβλημα φαίνεται να εστιάζει στο γεγονός ότι ενώ οι νοσηλευτές είναι πιο ενθουσιώδεις στην από κοινού συνεργασία και στην ομαδική εργασία με τους ιατρούς (Taylor, 2009; Zheng et al., 2016), οι ιατροί δεν προσδίδουν την ανάλογη και ουσιαστική σημασία επι του θέματος (Garber et al., 2009; Girish, 2019). Επίσης, οι δύο ομάδες αντιλαμβάνονται τη συνεργασία τελείως διαφορετικά. Οι ιατροί βλέπουν τη συνεργασία, ως οι νοσηλευτές να ακολουθούν τις οδηγίες και τις εντολές τους, ενώ σε αντίθεση οι νοσηλευτές τη βλέπουν ως ένα συμπληρωματικό και ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο (Elsous, 2017). Η πλειοψηφία των μελετών επί του θέματος έχει εκπονηθεί από νοσηλευτές, με αποτέλεσμα οι απόψεις τους να κυριαρχούν στη βιβλιογραφία. Αυτή η διαφορά στη στάση ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών πιθανόν να οφείλεται στη διαφορά της εκπαίδευσης των δύο ομάδων και την υιοθέτηση διαφορετικών φιλοσοφιών φροντίδας (Zheng, Sim and Koh, 2016). Επιπλέον, η διαφορά αυτή μπορεί να οφείλεται σε εμπόδια τόσο σε επίπεδο οργανισμού όσο και σε επίπεδο ομάδας. Σύμφωνα με τους Kontogiannis et al. (2021), σε επίπεδο οργανισμού ενδέχεται να παρατηρηθούν εμπόδια, όπως η έλλειψη γνώσης και εκτίμησης του ρόλου των υπολοίπων επαγγελματιών υγείας, η απουσία ερευνητικών αποτελεσμάτων για τη συνεργασία, η έλλειψη οικονομικών πόρων, οι γραφειοκρατικοί περιορισμοί, τα νομικά ζητήματα που αφορούν το πεδίο εφαρμογής και ευθύνης, καθώς και οι αυστηρές ιεραρχικές διοικητικές και εκπαιδευτικές δομές που αποθαρρύνουν τη συνεργασία σε επαγγελματικό επίπεδο.

Σύμφωνα με τον Bleakley, (2013) η σύγχρονη ιατρική έχει εξελιχθεί από την αυτονομία και τον κυρίαρχο ρόλο των ιατρών σε μια διεπαγγελματική συνεργατική πρακτική, με

επέκταση του ρόλου του νοσηλευτή. Από τη θέση του υπηρέτη ή βοηθού του ιατρού, ο νοσηλευτής έχει πλέον ενεργό ρόλο στην άσκηση της ιατρικής. Ως αποτέλεσμα, υπάρχει αυξανόμενη ανάγκη για ένα «κοινωνικό συμβόλαιο» για την αποσαφήνιση των επαγγελματικών ρόλων και ευθυνών: ιατρική για τη διαχείριση και θεραπεία ασθενειών και νοσηλευτική για την υποστήριξη και τη φροντίδα ασθενών, δημιουργώντας έτσι μια θεραπευτική συμμαχία (Sharma & Klocke 2014). Η διεπαγγελματική συνεργασία και η επικοινωνία στα νοσοκομεία είναι πολύπλοκη, οι πληροφορίες σε σχέση με τους ασθενείς αλλάζουν τακτικά και πολλοί επαγγελματίες υγείας (ιατροί, νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές, κ.λπ.) παρέχουν ταυτόχρονα και αλληλεξαρτώμενα καθημερινή φροντίδα στους ασθενείς. Οι επαγγελματίες υγείας αλλάζουν συχνά (κυκλικό ωράριο, άδειες ανάπαυσης, άδειες ασθενείας κτλ.) και καλούνται να συνεργαστούν με διαφορετικά άτομα σε καθημερινή βάση. Αυτό φαίνεται να εμποδίζει τόσο τη διεπαγγελματική συνεργασία όσο και τη συνέχεια στην επικοινωνία μεταξύ τους. (Conn L. et al., 2012).

Ενδεχομένως να απαιτείται τόσο από τους ιθύνοντες στη χάραξη πολιτικών, όσο και από τις κατά τόπους διοικήσεις των οργανισμών, η υιοθέτηση και εφαρμογή σχεδίων και εκπαιδευτικών προγραμμάτων για τις δύο ομάδες, τα οποία θα προάγουν και θα στηρίζουν τη διεπαγγελματική συνεργασία. Η αλλαγή στην οργανωσιακή κουλτούρα και συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας, πιθανόν να προκύψει μέσω της ευαισθητοποίησης και της συμμετοχής τους αφενός σε εκπαιδευτικά προγράμματα και αφετέρου στην εμπλοκή τους στη χάραξη πολιτικών σχετικά με τη διεπαγγελματική συνεργασία. Χωρίς τη δική τους συμφωνία, καμία αλλαγή δεν είναι εφικτή (Migotto et al., 2019).

## 1.2 Σημαντικότητα και χρησιμότητα της μελέτης

Η παρούσα μελέτη έρχεται να καλύψει ένα κενό στη διεθνή βιβλιογραφία, που είναι η διερεύνηση των στάσεων ιατρών-νοσηλευτών απέναντι στη διεπαγγελματική συνεργασία και την εργασιακή ικανοποίηση. Γενικότερα, δεν υπάρχουν προηγούμενες μελέτες που να συγκρίνουν τη στάση ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία και την εργασιακή ικανοποίηση και να συμπεριλαμβάνουν συγχρόνως και τις 2 επαγγελματικές ομάδες (ιατρούς και νοσηλευτές). Αυτό την κάνει σημαντική τόσο για τη νοσηλευτική όσο και για την ιατρική επιστήμη, γιατί αναδύει δεδομένα που δεν έχουν καταγραφεί στο παρελθόν από άλλες μελέτες. Επιπλέον, δεν έχει προηγηθεί παρόμοια μελέτη στην Κύπρο, και αναμένεται ότι τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης θα συμβάλουν τα μέγιστα στη διασαφήνιση των στάσεων τόσο του νοσηλευτικού όσο και του ιατρικού προσωπικού ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία και την επαγγελματική ικανοποίηση.

Επιπρόσθετα, δεν υπάρχουν μελέτες που να συγκρίνουν τις στάσεις διεπαγγελματικής συνεργασίας και την εργασιακή ικανοποίηση ιατρών-νοσηλευτών, που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία σε σχέση με ιδιωτικά νοσοκομεία. Από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έχουν προκύψει ενδιαφέροντα ευρήματα που πιθανόν να οφείλονται στη διαφορά της οργανωτικής σύνθεσης και κουλτούρας μεταξύ των δημοσίων και ιδιωτικών νοσοκομείων. Επίσης, η παρούσα μελέτη αποκτά ιδιαίτερη σημασία, αφού δεν υπάρχουν διαθέσιμα ερευνητικά δεδομένα από την Κύπρο που να συμπεριλαμβάνουν τον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα.

Η αξιοποίηση των αποτελεσμάτων της έρευνας μπορεί να γίνει τόσο από το Υπουργείο Υγείας όσο και από τον Οργανισμό Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας (Ο.Κ.Υπ.Υ). Αφού μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις που καλείται να αντιμετωπίσει είναι η φυγή ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού από τον δημόσιο στον ιδιωτικό τομέα, τόσο στη μεταβατική, αλλά και στην περίοδο μετά την εφαρμογή εθνικού συστήματος υγείας. Η υιοθέτηση πρακτικών διεπαγγελματικής συνεργασίας ενδεχομένως να συμβάλει στην αύξηση της εργασιακής ικανοποίησης και στη μείωση ή και εξάλειψη της πρόθεσης φυγής.

Επίσης, σε επίπεδο διοίκησης νοσοκομείων, ιδιωτικών και δημόσιων, τα αποτελέσματα της έρευνας θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν για την κατανόηση της στάσης αλλά και του βαθμού ικανοποίησης τόσο του ιατρικού, όσο και του νοσηλευτικού προσωπικού.

Επιπλέον, θα ήταν δυνατό να χρησιμοποιηθούν ως το έναυσμα για την προώθηση της συνεργασίας μέσα από την παροχή κινήτρων αλλά και ενδυνάμωσης του προσωπικού, έχοντας στόχο την ευημερία και την ανάπτυξη του προσωπικού με ευεργετικά αποτελέσματα στους αποδέκτες της φροντίδας, στους ασθενείς και στο σύνολο του πληθυσμού. Έτσι, θα μειωνόταν η δυσaráσκεια και η πρόθεση αποχώρησης του προσωπικού, ακόμη και σε επίπεδο νοσοκομείων.

Παράλληλα, σε επίπεδο εθνικών εκπαιδευτικών φορέων, τόσο για προπτυχιακούς όσο και για μεταπτυχιακούς φοιτητές (ιατρικής και νοσηλευτικής), τα αποτελέσματα της έρευνας μπορούν να αξιοποιηθούν και να ενσωματωθούν στα εκπαιδευτικά προγράμματα σπουδών. Συγκεκριμένα, θα μπορούσαν να συμπεριληφθούν θέματα που προάγουν τη διεπαγγελματική συνεργασία, όπως κοινά εκπαιδευτικά προγράμματα, ομαδική εργασία και πρακτική άσκηση.

Σήμερα, με τη μετάβαση στην οικονομική και διοικητική αυτονομία των κρατικών νοσοκομείων, η αξιοποίηση των αποτελεσμάτων της έρευνας αναμένεται να συνεισφέρει στις προσπάθειες που καταβάλλονται για την αύξηση της ποιότητας, της αποδοτικότητας και της παραγωγικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας υγείας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΚΑΙ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Το εργασιακό περιβάλλον αποτελεί ένα σημαντικό τομέα, όπου οι άνθρωποι διαθέτουν ένα σεβαστό μέρος της ζωής τους και για αυτό επιβάλλεται να εργάζονται αρμονικά σε ένα υγιές εργασιακό περιβάλλον για την επίτευξη ενός κοινού σκοπού. Ειδικά στον τομέα της υγείας, όπου οι βασικοί συντελεστές είναι οι ιατροί και οι νοσηλευτές, τόσο η συνεργασία τους όσο τα κίνητρα τους αλλά και η ικανοποίηση τους από το παραγόμενο έργο, έχουν επιπτώσεις και στη δική τους υγεία και ευημερία αλλά και των ασθενών τους. Έτσι, έχουν αναπτυχθεί διάφορες θεωρίες και μοντέλα γύρω από αυτό το θέμα, οι οποίες έχουν διευκολύνει την κατανόηση του θέματος, αλλά και τον σχεδιασμό της μελέτης.

### 2.1 Ορισμός συνεργασίας ιατρών-νοσηλευτών

Ως συνεργασία ορίζεται η συλλογική δράση προς ένα κοινό στόχο, σε πνεύμα αρμονίας και εμπιστοσύνης (Baggs - Gedney, 1994; Hojat, 2003). Είναι η διαδικασία εκείνη, κατά την οποία συνενώνονται γνώσεις, εμπειρία, δεξιότητες και ικανότητες στα πλαίσια μιας κοινής προσπάθειας (Stein-Parbury, Liaschenko, 2007). Η συνεργασία έχει χαρακτηριστικά ενός συνεχιζόμενου, μη στατικού φαινομένου (Hojat et al., 1999).

Η συνεργασία ιατρών-νοσηλευτών αφορά στην προσωπική μεταξύ τους αλληλεπίδραση, στον τρόπο δηλαδή που οι ιατροί και οι νοσηλευτές αλληλοεπιδρούν ο ένας με τον άλλον σε σχέση με την κλινική λήψη απόφασης (Shortell, 1994). Έχουν δοθεί διάφοροι ορισμοί κατά καιρούς από ερευνητές, όπως «συνεργατική αλληλεπίδραση» που επηρεάζει τη φροντίδα των ασθενών (Weiss & Davis, 1985) και «σχέση αλληλεξάρτησης» όπου οι ιατροί και οι νοσηλευτές έχουν αλληλοσυμπληρωμένους ρόλους (Fagin, 1992). Συγχρόνως, για να θεωρείται επιτυχής η συνεργασία χρειάζεται η από κοινού: εργασία ιατρών-νοσηλευτών, η ανάληψη ευθυνών για την επίλυση προβλημάτων και η λήψη αποφάσεων για τον προγραμματισμό και για την εφαρμογή της φροντίδας των ασθενών (Baggs & Schmitt, 1988). Επιπροσθέτως, η συνεργασία ιατρών-νοσηλευτών ορίζεται ως η δυνατότητα αμφοτέρων να εργάζονται μαζί, να μοιράζονται προβλήματα και ευθύνες που συνεπάγονται αυτών, η από κοινού επίλυση των όποιων προβλημάτων και η λήψη τόσο αποφάσεων που αφορούν στη διαμόρφωση και την εφαρμογή συνεργατικών πλάνων φροντίδας, όσο και αποφάσεις που αφορούν την οργάνωση και τη λειτουργία των μονάδων τους (Baggs et al., 1999). Η συνεργασία θεωρείται απαραίτητη στις υπηρεσίες υγείας, αφού κανένας κλάδος επαγγελματιών υγείας δεν μπορεί από μόνος του να

προσφέρει ή να καλύψει στο σύνολο τις ανάγκες, τη φροντίδα και τη νοσηλεία ενός ασθενή.

Σύμφωνα με τον Petri (2010), η συνεργασία ιατρών-νοσηλευτών προνοεί ότι πρέπει να υπάρχει ισότητα στη λήψη αποφάσεων, στην ευθύνη και εξουσία που αφορά τη διαχείριση της φροντίδα των ασθενών. Καταλήγοντας ότι η εκδήλωση αμοιβαίου σεβασμού, εμπιστοσύνης και αποτελεσματικής επικοινωνίας μεταξύ των μερών είναι απαραίτητη (Petri, 2010). Είναι μια διαδικασία κοινής εργασίας με αποδεκτούς στόχους και φιλοσοφία, ενώ η κατανόηση ιδιαίτερων χαρακτηριστικών των εμπλεκόμενων, όπως οι ικανότητες, οι γνώσεις, η προσωπικότητα και η συμπεριφορά τους, είναι απαραίτητη (Girish, 2019). Επιπλέον, είναι ένα από τα βασικά στοιχεία όχι μόνο προς όφελος των ασθενών αλλά και προς την ευτυχία και την ευημερία όλων των επαγγελματιών υγείας που εμπλέκονται στη συνεργασία αυτή (Hossny and Sabra, 2021).

### **2.1.1 Μοντέλα πρακτικής συνεργασίας ιατρών-νοσηλευτών**

Όπως έχει ήδη προαναφερθεί, ο Stein το 1967 περιέγραφε σε μια μελέτη του, τη σχέση μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών αναφερόμενος σε ένα φαινόμενο που το ονόμασε «παιχνίδι μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών». Οι νοσηλευτές στην προσπάθειά τους να συνδράμουν στο θεραπευτικό πλάνο ή να εμποδίσουν τους ιατρούς από το να κάνουν κάποιο, κατά τη γνώμη τους, πιθανό σφάλμα ανέπτυξαν έναν ιδιότυπο κώδικα συμπεριφοράς, ο οποίος ονομάστηκε «το παιχνίδι ιατρού-νοσηλευτή» (Stein, 1967). Ο Stein περιέγραψε αυτό το φαινόμενο, με βασικό χαρακτηριστικό αυτού, την προσπάθεια επιρροής του ιατρού στην κατεύθυνση της άποψης του νοσηλευτή με πάρα πολλή προσοχή στο να μην προσβληθεί και αισθανθεί μειονεκτικά (Stein, 1967).

Ένα άλλο μοντέλο πρακτικής συνεργασίας αναφερόταν σε μια εχθρική και καταπιεστική στάση από μέρους των ιατρών προς τους νοσηλευτές (Γεωργίου, 2010). Το γεγονός αυτό είχε εγείρει ιδιαίτερες ανησυχίες στους αρμόδιους φορείς και αποτέλεσε το έναυσμα για τη δημιουργία της Εθνικής Μεικτής Επιτροπής Πρακτικής Συλλογικών σχέσεων το 1971 η οποία υποστηρίχθηκε τόσο από τον Αμερικάνικο Σύνδεσμο Νοσηλευτών όσο και από τον Αμερικάνικο Σύνδεσμο Ιατρών (Γεωργίου, 2010). Το αποτέλεσμα ήταν θετικό αφού συνέβαλε στις συλλογικές σχέσεις μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών και οδήγησε στη βελτίωση των πρακτικών συνεργασίας τους έχοντας παράλληλα θετική επίδραση στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας (National Joint Practice Commission, 1974).

Σήμερα, τόσο σε κρατικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο οργανισμών και έχοντας ως απώτερο σκοπό τη βελτίωση κατανομής των υπηρεσιών υγείας και τη μείωση του κόστους για τις παρεχόμενες υπηρεσίες, εκτός από το παραδοσιακό μοντέλο παροχής νοσηλευτικής φροντίδας συναντάται και ο διευρυμένος νοσηλευτικός ρόλος σε περισσότερες από 50 χώρες σε όλο τον κόσμο στις ΗΠΑ, στην Ασία, στην Αυστραλία, στη Νέα Ζηλανδία, στην Ευρώπη (Δυτική και Κεντρική Ευρώπη, Σκανδιναβικές χώρες) και στην Αφρική (Jokiniemi *et al.*, 2014). Ως διευρυμένος νοσηλευτικός ρόλος ορίζεται η προσθήκη δεξιοτήτων και καθηκόντων στους υφιστάμενους ρόλους, αναβαθμίζοντας έτσι τις επαγγελματικές γνώσεις και δεξιότητες σε εξειδικευμένες γνώσεις, σύνθετες δεξιότητες στη λήψη αποφάσεων και κλινικές ικανότητες για διευρυμένη πρακτική, τα χαρακτηριστικά των οποίων διαμορφώνονται από το πλαίσιο ή/και τη χώρα στην οποία έχει πιστοποιηθεί να ασκήσει (Eriksson *et al.*, 2018). Η προσθήκη αυτή περιλαμβάνει ανάμεσα σε άλλα: τη διάγνωση, τη λήψη ιστορικού και την αξιολόγηση της υγείας, τη διαχείριση της χρόνιας νόσου, την αγωγή-προαγωγή της υγείας και την πρόληψη των νοσημάτων καθώς και τη διαλογή των ασθενών. Σε απομακρυσμένες περιοχές ή λόγω έλλειψης ιατρικού προσωπικού σε σχέση με άλλα καθήκοντα έχει προταθεί κάτω από συγκεκριμένες προϋποθέσεις η συνταγογράφηση φαρμάκων και διαγνωστικών εξετάσεων, ο σχεδιασμός της θεραπείας και της φαρμακευτικής αγωγής, η εισαγωγή του ασθενούς και η χορήγηση εξιτηρίου (Pulcini *et al.*, 2010; Kroezen *et al.*, 2011).

Πρόσφατη έρευνα των Wheeler *et al.*, (2022) που είχε ως σκοπό να περιγράψει ανά το παγκόσμιο το επίπεδο του διευρυμένου νοσηλευτικού ρόλου (Advance Practice Nurse-APN) σε θέματα που αφορούν την εκπαίδευση, τη ρύθμιση και το κλίμα πρακτικής, απευθύνθηκε σε 325 συμμετέχοντες (APNs, APN educators, APN administrators, and/or APN researchers) που εκπροσωπούσαν 26 χώρες και τα αποτελέσματα της μελέτης αναφέρουν χαρακτηριστικά ότι παρόλο που αναφέρθηκε πρόοδος, ιδιαίτερα στην εκπαίδευση, ο συγκεκριμένος ρόλος σε όλο τον κόσμο συνεχίζει να αγωνίζεται για τον τίτλο, την υποστήριξη του τίτλου, την ανάπτυξη κανονισμών, τη διαπίστευση και τα εμπόδια στην άσκηση (Wheeler *et al.*, 2022).

Μια επίσης ποιοτική καινοτομία στη συνεργατική πρακτική ιατρών-νοσηλευτών είναι και τα νοσοκομεία-μαγνήτες στα οποία η ποιότητα της συνεργασίας νοσηλευτή-ιατρού είναι το κύριο χαρακτηριστικό υψηλής αποδοτικότητας και επιδόσεων σε ένα υγιές εργασιακό περιβάλλον μειώνοντας έτσι την τάση φυγής των νοσηλευτών ή την αλλαγή

επαγγέλματος (Kramer & Schmalenberg, 2005). Με σαφή θετικά αποτελέσματα στους νοσηλευτές (ικανοποίηση από την εργασία, εξάλειψη εξουθένωσης και πρόθεσης αποχώρησης), στους ασθενείς (μείωση της θνησιμότητας, επιτυχία στη αναζωογόνηση) (Richards et al., 2017). Τα νοσοκομεία-μαγνήτες παρουσιάζουν χαμηλά ποσοστά εναλλαγής προσωπικού και οι νοσηλευτές αντιλαμβάνονται αυτές τις δομές ως καλούς εργοδότες που προσφέρουν ελκυστικό περιβάλλον εργασίας. Σημαντικά χαρακτηριστικά των νοσοκομείων αυτών είναι η διοικητική δέσμευση ως προς τους νοσηλευτές και τη νοσηλευτική, ισχυρή νοσηλευτική ηγεσία και ανταγωνιστικοί μισθοί και οφέλη (Lasater et al., 2019). Τα έξι βασικά πρότυπα που χαρακτηρίζουν τα νοσοκομεία-μαγνήτες είναι: αποτελεσματική επικοινωνία, ειλικρινής συνεργασία, αποτελεσματική λήψη αποφάσεων, κατάλληλη στελέχωση, ουσιαστική αναγνώριση και αυθεντική ηγεσία για τα οποία υπάρχουν αυξανόμενες ενδείξεις ότι η απουσία τους επηρεάζει την ασφάλεια και την ποιότητα της φροντίδας (Ulrich et al., 2014). Το πρώτο νοσοκομείο πιστοποιήθηκε το 1994, η αναγνώριση έχει επεκταθεί και σε άλλες χώρες (Kelly et al., 2012). Υπάρχουν επί του παρόντος 502 νοσοκομεία διαπιστευμένα σε οκτώ χώρες, αλλά πέραν του 90% βρίσκονται στις ΗΠΑ και 2 στην Ευρώπη (Anstee et al., 2020).

Μετά από μελέτες των συνθηκών εργασίας σε σχέση με τα ευρωπαϊκά νοσοκομεία, εντοπίστηκαν υψηλά ποσοστά εργασιακής δυσαρέσκειας και εξουθένωσης, με τα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ των νοσηλευτών να κυμαίνονται από 10% έως 78% (Aiken et al., 2015; Aiken et al., 2012), ενώ αντίστοιχα στοιχεία από μελέτες που αφορούσαν ιατρούς κυμαίνονταν από 25% έως 60%, στοιχεία που ποικίλλουν μεταξύ οργανισμών και ιατρικών ειδικοτήτων (Dyrbye, 2018; Rotenstein, 2018). Ευρήματα διαχρονικών μελετών παρουσιάζουν ότι τα νοσοκομεία-μαγνήτες έχουν βελτιώσει το εργασιακό περιβάλλον τους, την ευημερία του προσωπικού αλλά και τα αποτελέσματα των ασθενών σε σύγκριση με άλλα νοσοκομεία (Sermeus et al., 2022). Με σκοπό να αποδείξουν την επίτευξη θετικών αποτελεσμάτων της εφαρμογής του νοσοκομείου-μαγνήτη και εκτός ΗΠΑ εφαρμόστηκε πιλοτικά σε ένα νοσοκομείο της Αγγλίας το οποίο επικεντρώθηκε στη διαδικασία υλοποίησης (Aiken et al., 2008), και σε 4 νοσοκομεία στη Ρωσία και Αρμενία με παρέμβαση και συνοδευτική αξιολόγηση. Εφάρμοσαν το μοντέλο Μαγνήτη μέσω αδελφοποίησης με αναγνωρισμένα νοσοκομεία Μαγνήτες (Aiken et al., 2009). Τα προαναφερθέντα νοσοκομεία σε διάρκεια 2 χρόνων βελτίωσαν ουσιαστικά το εργασιακό περιβάλλον τους με σαφή καλύτερα αποτελέσματα για το προσωπικό, όπως

μειωμένη δυσαρέσκεια, πρόθεση αποχώρησης και συναισθηματική εξάντληση, ενώ παράλληλα βελτιώθηκε η ποιότητα στη φροντίδα. Παρά το σύνολο θετικών αποδεικτικών στοιχείων και υιοθέτησης σε δύο ευρωπαϊκά νοσοκομεία, τα νοσοκομεία-μαγνήτες δεν έχουν υιοθετηθεί ευρέως στην Ευρώπη (Sermeus *et al.*, 2022).

Με στόχο λοιπόν την αξιολόγηση, την προώθηση και την εφαρμογή των νοσοκομείων μαγνήτης διεξάγεται η μελέτη Magnet4Europe. Η εν λόγω μελέτη έχει ως σκοπό την αξιολόγηση τη μεταφορά, την εφαρμογή, την κλιμάκωση και τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας του μοντέλου Μαγνήτης (Magnet model). Επιπρόσθετος στόχος είναι η αξιολόγηση της ικανότητας του οργανωτικού επανασχεδιασμού στα ευρωπαϊκά νοσοκομεία και της βελτίωσης της ψυχικής υγείας και της ευημερίας των νοσηλευτών και των ιατρών. Η μελέτη θα διεξαχθεί σε περισσότερα από 60 νοσοκομεία στο Βέλγιο, στην Αγγλία, στη Γερμανία, στην Ιρλανδία, στη Νορβηγία και στη Σουηδία. Το πρωταρχικό μέλημα είναι η αντιμετώπιση στα συμμετέχοντα νοσοκομεία της εξουθένωση νοσηλευτών και ιατρών, που διαπιστώνεται σε διαχρονικές έρευνες (Sermeus *et al.*, 2022).

### **2.1.2 Ορισμός διεπαγγελματικής συνεργασίας ιατρών-νοσηλευτών**

Ο όρος διεπαγγελματική συνεργασία αναφέρεται στη συνεργασία ατόμων που ανήκουν σε διαφορετικά επαγγέλματα, όπως για παράδειγμα ιατροί και νοσηλευτές. Είναι η διαδικασία ανάπτυξης συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας που ανήκουν σε διαφορετικές ειδικότητες (Aymen *et al.*, 2017; Kaifi *et al.*, 2021; Σαπουντζή- Κρέπια, 2004).

Επίσης, ορίζεται ως η αλληλεπίδραση μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών που επιτρέπει τη γνώση και τις δεξιότητες και των δύο να επηρεάσουν συνεργατικά την παρεχόμενη φροντίδα του ασθενούς (Girish, 2019). Οι Aymen *et al.*, (2017), ορίζουν τη συνεργασία μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών ως «Νοσηλευτές και ιατροί που λειτουργούν σε συνεργασία, μοιράζονται ευθύνες στην επίλυση δυσκολιών και αποφάσεων οι οποίες λαμβάνονται για να πλαισιώσουν και να εκτελέσουν ένα πλάνο που αφορά τη φροντίδα των ασθενών » ( Aymen *et al.*, 2017).

Σύμφωνα με τον Morgan *et al.*, (2015), η διεπαγγελματική συνεργασία ορίζεται ως μια ενεργή και συνεχής συνεργασία μεταξύ επαγγελματιών, οι οποίοι προέρχονται από διαφορετικά υπόβαθρα με διακριτές επαγγελματικές κουλτούρες, που πιθανόν

αντιπροσωπεύουν διαφορετικούς οργανισμούς ή τομείς και συνεργάζονται για την παροχή υπηρεσιών προς όφελος των χρηστών της υγειονομικής περίθαλψης (Morgan *et al.*, 2015).

Επιπρόσθετα, περιγράφεται ως μια ιδανική τυπική κατάσταση που μπορεί να διακριθεί από άλλες μορφές συνεργασίας και προωθεί μια ολοκληρωμένη προοπτική περίθαλψης ασθενών μεταξύ εργαζομένων από διαφορετικά επαγγέλματα (Kontogiannis *et al.*, 2021) στην οποία όμως απαιτούνται ομαλές εργασιακές σχέσεις εν όψει εξαιρετικά συνδεδεμένων και αλληλεξαρτώμενων εργασιών (Mitzkat *et al.*, 2016).

Η διεπαγγελματική συνεργασία ιατρών-νοσηλευτών στην υγειονομική φροντίδα, περιγράφεται ως ο τρόπος με τον οποίο αυτοί αλληλοεπιδρούν σε σχέση με τη διαδικασία λήψης κλινικών αποφάσεων (Hojat, 2003). Πρώτος ο ΠΟΥ το 1978 υπέδειξε ως βασικό παράγοντα βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών την επαγγελματική συνεργασία, μεταξύ ομάδων επαγγελματιών ίδιας ή διαφορετικής βαθμίδας. Σύμφωνα με την Ένωση Νοσηλευτών της Αμερικής, «πρόκειται για ουσιαστική συνεργασία, με αναγνώριση από όλα τα μέρη της δύναμης των άλλων μελών, όπου οι εμπλεκόμενοι αναγνωρίζουν και αποδέχονται τις αρμοδιότητες μα και τις ευθύνες τους, τόσο ξεχωριστά, όσο και συνδυαστικά με τους άλλους επιστήμονες υγείας. Με αμοιβαία προσπάθεια για προστασία των νομικών δικαιωμάτων του άλλου και με αναγνώριση των κοινών στόχων» (Dougherty, Larson, 2005). Νοσηλευτές και ιατροί βρίσκονται σε ένα δίπολο αυτονομίας μα και επικάλυψης ευθυνών, αρμοδιοτήτων και τομέων ευθύνης. Οι ρόλοι νοσηλευτών και ιατρών είναι συμπληρωματικοί. Απαιτείται συντονισμός των συμμετεχόντων, καταμερισμός των εργασιών, σαφές κανονιστικό πλαίσιο – «καθηκοντολόγιο» αλλά με ευελιξία. Συνεπώς, «συνεργάζομαι» δεν σημαίνει απλά ότι κάποιοι επιστήμονες δουλεύουν μαζί. Σημαίνει ότι αναγνωρίζουν ότι υπό τις ίδιες συνθήκες, με τα ίδια δεδομένα προσπαθεί να κατακτηθεί ένας κοινός σκοπός με αμοιβαίο σεβασμό και αναγνώριση (Gianakos, 1997).

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση των Englander *et al.*(2013) η οποία αποσκοπούσε τη διασαφήνιση μιας κοινής ταξινόμησης του πλαισίου των ικανοτήτων (competencies frame) που πρέπει να διέπει το ιατρικό επάγγελμα αλλά και γενικότερα τους επαγγελματίες υγείας ανέδειξε τη διεπαγγελματική συνεργασία ως μια από τις 8 ικανότητες και χαρακτηριστικά αναφέρεται ως ένας κυρίαρχος και βιώσιμος τομέας. Οι 8 κύριοι τομείς

που σχηματίζουν το πλαίσιο των ικανοτήτων των επαγγελματιών υγείας επικεντρώνονται στα ακόλουθα:

➤ Φροντίδα ασθενούς

Παροχή φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή που είναι συμπονετική, κατάλληλη και αποτελεσματική για τη θεραπεία προβλημάτων υγείας και την προαγωγή της υγείας.

➤ Γνώση για πρακτική

Επίδειξη γνώσης των καθιερωμένων και εξελισσόμενων βιοϊατρικών, κλινικών, επιδημιολογικών και κοινωνικών-συμπεριφορικών επιστημών, καθώς και εφαρμογή αυτής της γνώσης στη φροντίδα των ασθενών

➤ Μάθηση βασισμένη στην πράξη και βελτίωση

Να επιδεικνύει την ικανότητα να διερευνά και να αξιολογεί τη φροντίδα των ασθενών, να αξιολογεί και να αφομοιώνει επιστημονικά στοιχεία και να βελτιώνει συνεχώς τη φροντίδα του ασθενούς με βάση τη συνεχή αυτοαξιολόγηση και τη δια βίου μάθηση.

➤ Διαπροσωπικές και Επικοινωνιακές Δεξιότητες

Να επιδεικνύει διαπροσωπικές και επικοινωνιακές δεξιότητες που έχουν ως αποτέλεσμα την αποτελεσματική ανταλλαγή πληροφοριών και τη συνεργασία με τους ασθενείς, τις οικογένειες των ασθενών και τους επαγγελματίες υγείας

➤ Επαγγελματικότητα

Να επιδεικνύει δέσμευση για την άσκηση επαγγελματικών ευθυνών και τήρηση των ηθικών αρχών.

➤ Πρακτική βασισμένη σε συστήματα

Να επιδεικνύει επίγνωση και ανταπόκριση στο ευρύτερο πλαίσιο και σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και ικανότητα αποτελεσματικής αξιοποίησης άλλων πόρων του συστήματος για την παροχή βέλτιστης υγειονομικής περίθαλψης.

➤ Προσωπική και Επαγγελματική Ανάπτυξη

Να επιδεικνύει τις ιδιότητες που απαιτούνται για τη διατήρηση της δια βίου προσωπικής και επαγγελματικής ανάπτυξης.

➤ Διεπαγγελματική συνεργασία

Η διεπαγγελματική συνεργασία επιδεικνύει την ικανότητα συμμετοχής σε μια διεπαγγελματική ομάδα με τρόπο που επικεντρώνεται και βελτιστοποιεί την ασφάλη, και αποτελεσματική φροντίδα έχοντας πάντα ως επίκεντρο τον ασθενή και τον πληθυσμό.

Συνεχίζοντάς στον τομέα της διεπαγγελματικής συνεργασίας παροτρύνει τους ιατρούς και λοιπούς επαγγελματίες υγείας να:

- Συνεργαστούν με άλλους επαγγελματίες υγείας για να δημιουργήσουν και να διατηρήσουν ένα κλίμα αμοιβαίου σεβασμού, αξιοπρέπειας, διαφορετικότητας, ηθικής ακεραιότητας και εμπιστοσύνης.
- Χρησιμοποιήσουν τη γνώση του δικού τους ρόλου αλλά και των ρόλων άλλων επαγγελματιών υγείας για να αξιολογήσουν και να αντιμετωπίσουν κατάλληλα τις ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης των ασθενών και των πληθυσμών που εξυπηρετούνται.
- Επικοινωνήσουν με άλλους επαγγελματίες υγείας με ανταποκρινόμενο και υπεύθυνο τρόπο που υποστηρίζει τη διατήρηση της υγείας και της θεραπείας της νόσου τόσο σε μεμονωμένους ασθενείς όσο και σε πληθυσμούς.
- Συμμετέχουν σε διαφορετικούς ρόλους της ομάδας για την καθιέρωση, ανάπτυξη και συνεχή ενίσχυση διεπαγγελματικών ομάδων και για την παροχή φροντίδας επικεντρωμένη στον ασθενή και στον πληθυσμό που να είναι ασφαλής, έγκαιρη, αποδοτική, αποτελεσματική και δίκαιη (Englander et al., 2013).

Επιπλέον σύμφωνα με τον Engel, (2013) οι βασικές αρχές της αποτελεσματικής διεπαγγελματικής συνεργασίας σύμφωνα με τον Οργανισμό Διεπαγγελματικής Εκπαίδευσης είναι οι ακόλουθες:

- (α) Ο σεβασμός, μεταξύ των μελών που απαρτίζουν μια ομάδα, ο οποίος αναφέρεται στην αποδοχή της πολυμορφίας και της διαφορετικότητας που χαρακτηρίζει τα μέλη της,
- (β) η κατανόηση των μεταξύ τους κοινών αξιών και στόχων, η οποία είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την κοινή στάση των επαγγελματιών απέναντι στις ευρύτερες ανάγκες

του πληθυσμού, καθώς και την ανάπτυξη πρακτικών ικανοποίησης τους που χαρακτηρίζονται από συνέχεια,

(γ) η επικοινωνία, η οποία αναφέρεται στη δημιουργία μιας κουλτούρας που προάγει τον σεβασμό και την τακτική επικοινωνία, με στόχο τη διαμόρφωση ενός κοινού λεξιλογίου το οποίο ενθαρρύνει την ανταλλαγή της πληροφορίας προς όλες τις απαραίτητες κατευθύνσεις, ώστε να λαμβάνονται οι κατάλληλες αποφάσεις,

(δ) η πελατοκεντρική φροντίδα, που απαιτεί συνεργασία μεταξύ πελατών και επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι εργάζονται μαζί σε επίπεδο ατόμου, οργανισμού και υγειονομικού συστήματος για τη βελτιστοποίηση της υγείας και

(ε) η ομαδική εργασία, που αποσκοπεί στη δημιουργία και στη διατήρηση αποτελεσματικών σχέσεων και διαδικασιών (Engel, 2013)

Στο γράφημα που ακολουθεί αποτυπώνεται η λειτουργία της διεπαγγελματικής συνεργασίας επιδεικνύοντας την ικανότητα συμμετοχής σε μια διεπαγγελματική ομάδα με τρόπο που επικεντρώνεται και βελτιστοποιεί την ασφαλή και αποτελεσματική φροντίδα έχοντας πάντα ως επίκεντρο τον ασθενή (Γράφημα 1).

**Γράφημα 1: Διεπαγγελματική συνεργασία με επίκεντρο τον ασθενή**



Η αναποτελεσματική συνεργασία νοσηλευτή-ιατρού επηρεάζει την έκβαση των ασθενών, την εργασιακή ικανοποίηση και το οργανωτικό κόστος (Amsalu *et al.*, 2014; Kaifi *et al.*, 2021). Ωστόσο, πολλές φορές στη συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας παρουσιάζονται εμπόδια και παράγοντες που δυσχεραίνουν τη μεταξύ τους συνεργασία, τόσο όσον αφορά σε επίπεδο οργανισμού, όσο και σε επίπεδο ομάδας. Σε επίπεδο οργανισμού παρουσιάζονται όταν, για παράδειγμα, υπάρχει έλλειψη γνώσης και εκτίμησης στον ρόλο των υπολοίπων επαγγελματιών υγείας, έλλειψη ερευνητικών αποτελεσμάτων για τη συνεργασία, έλλειψη οικονομικών πόρων και γραφειοκρατικοί περιορισμοί, νομικά ζητήματα στο πεδίο εφαρμογής και ευθύνης και, τέλος, αυστηρές ιεραρχικές διοικητικές και εκπαιδευτικές δομές που αποθαρρύνουν τη συνεργασία σε επαγγελματικό επίπεδο (Kontogiannis *et al.*, 2021). Σε επίπεδο ομάδας, τα εμπόδια μπορεί να αφορούν στην έλλειψη κατάρτισης, στην ασάφεια ρόλων και ηγεσίας, στο μέγεθος της ομάδας, στη σύνθεσή της, στα διαφορετικά επίπεδα εξουσίας, εμπειρίας και εξειδίκευσης, στις διαφορές στην κουλτούρα των συμμετεχόντων, στην κακή επικοινωνία, καθώς και στις διαφορές στις ατομικές προσδοκίες και στους στόχους της ομάδας (Elwyn, 2009).

Σε περιβάλλοντα όπου καλούνται να συνεργαστούν επιστήμονες διαφόρων ειδικοτήτων, ο βαθμός δυσφορίας μπορεί να είναι μεγαλύτερος λόγω των αυξημένων επιπέδων ανταγωνισμού, της ύπαρξης στερεοτύπων, της ανισότητας στη δύναμη που έχει αποδοθεί από τη διοίκηση και τέλος, λόγω των διαφορετικών προτεραιοτήτων της κάθε επαγγελματικής ομάδας. Είναι σαφές, ότι οι προκλήσεις που προκύπτουν σε αυτή την περίπτωση έχουν υψηλότερο βαθμό δυσκολίας από ότι στην περίπτωση ύπαρξης μιας ομότιμης επαγγελματικής-επιστημονικής ομάδας και οι διοικήσεις καλούνται να απαντήσουν σε πολλά ερωτήματα και σε πολλά θέματα που προκύπτουν από αυτή την πολυεπίπεδη μορφή (Wanzer *et al.*, 2009).

### **2.1.3 Διεπαγγελματική ή διεπιστημονική συνεργασία;**

Είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι υπάρχει μια σύγχυση στη χρήση καθώς και στον ορισμό των εννοιών διεπαγγελματική, διεπιστημονική και πολυεπιστημονική. Η Baggs (2022) εκφράζει την απογοήτευση για την ανακριβή χρήση των συγκεκριμένων εννοιών αφού, όπως αναφέρει, σε άρθρο, ενώ ο τίτλος περιλάμβανε την έννοια «διεπαγγελματική», στην πρώτη πρόταση της περίληψης αναφερόταν η έννοια «διεπιστημονική», και συνεχίζοντας στην περίληψη χρησιμοποιήθηκε επίσης η έννοια

«πολυεπιστημονική». Αυτές οι λέξεις τονίζει έχουν διαφορετική σημασία και δεν είναι εναλλάξιμες. Το πρώτο συνεπάγεται συνεργατικές αλληλεπιδράσεις, το δεύτερο αναφέρεται συχνά σε ιατρούς και υπονοεί την αλληλεπίδραση ιατρών από διαφορετικές ειδικότητες (π.χ. ογκολόγος και παθολόγος) και το τρίτο σημαίνει απλώς ότι άτομα από διαφορετικά επαγγέλματα βρίσκονται στον ίδιο χώρο και εργάζονται ίσως παράλληλα ή ίσως διαδοχικά. Τέλος, τονίζει ότι εάν οι νοσηλευτές αισθάνονται απαξιωμένοι και δεν συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων, η συνεργασία δεν είναι διεπαγγελματική ή έστω διεπιστημονική (Baggs, 2022) .

Οι Martin *et al.*, (2022) αναφέρουν ότι η «πολυεπιστημονική» (Multidisciplinary) ομάδα αποτελείται από επαγγελματίες, οι οποίοι προέρχονται από πολλούς και διαφορετικούς κλάδους, που εργάζονται ανεξάρτητα και ολοκληρώνουν συγκεκριμένες αξιολογήσεις και θεραπείες για την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων που αφορούν τον ασθενή και κατευθύνονται από τον ιατρό (που μπορεί ή όχι να συμπληρώνει το έργο άλλων επαγγελματιών). Κάθε μέλος συνεισφέρει τη δική του προοπτική και άποψη, και όλη η επικοινωνία γίνεται μέσω του ιεραρχικά ανώτερου μέλους (συνήθως του ιατρού) ο οποίος έχει όλη την ευθύνη της φροντίδας του ασθενή. Ο εναλλακτικός όρος «multiagency» θα πρέπει να αναφέρεται μόνο σε περίπτωση που διαφορετικοί επαγγελματίες υγείας από διαφορετικούς οργανισμούς καλούνται μαζί για να παρέχουν φροντίδα (Martin *et al.*, 2022).

Συνεχίζει με τον ορισμό της διεπαγγελματικής ομάδας, τονίζοντας ότι ενώ συχνά στη βιβλιογραφία εμφανίζεται ο όρος «διεπιστημονική» ο προτεινόμενος σύγχρονος όρος είναι η «διεπαγγελματική». Ο συγκεκριμένος όρος κερδίζει συνεχώς έδαφος παράλληλα με την τάση προς τη διεπαγγελματική εκπαίδευση στον τομέα της εκπαίδευσης. Αποτελούνται από επαγγελματίες που προέρχονται από διαφορετικούς κλάδους, έχουν ένα ισότιμο επίπεδο και εργάζονται κατά τρόπο αλληλεξαρτώμενο, έχοντας επίκεντρο τον ασθενή. Σε αυτές τις ομάδες, ο επικεφαλής επιβλέπει τη φροντίδα και ο κάθε επαγγελματίας υγείας ολοκληρώνει αξιολογήσεις και θεραπείες της ειδικότητάς του. Τα μέλη έχουν μεταξύ τους κατανόηση τόσο του ρόλου όσο και της ειδικότητας του κάθε μέλους που απαρτίζει την ομάδα, έχουν συχνή επικοινωνία, συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων και συνεργάζονται για τη δημιουργία συντονισμένων σχεδίων και στόχων που αφορούν στο πλάνο θεραπείας των ασθενών. Η διεπαγγελματική συνεργασία θα

πρέπει να αναφέρεται ως το αποτέλεσμα των διεπαγγελματικών ομάδων (Martin *et al.*, 2022).

Η διεπαγγελματική συνεργασία είναι η επιστημονικά σχεδιασμένη και διασυνδεδετική προσπάθεια για την επίτευξη ενός σκοπού που απαιτεί αλληλεξαρτώμενες γνώσεις, εμπειρία και υπηρεσίες διαφορετικών επιστημονικών αντικειμένων. Πέρα όμως από τη δυνατότητα που δίνεται στους επαγγελματίες να αξιοποιήσουν τις γνώσεις και τις ικανότητές τους μέσω της συνεργασίας τους για την παροχή καλύτερης φροντίδας, επιπλέον, έχει και ένα υποστηρικτικό ρόλο για τους εργαζομένους-μέλη της ομάδας, απέναντι στις δύσκολες επαγγελματικές εμπειρίες τους (Αλτάνης, 1991). Προσφέρει, επίσης, μια σαφή απεικόνιση της δομής του οργανισμού και των διαύλων επικοινωνίας μεταξύ των διαφόρων επαγγελματιών και μπορεί να αποτρέψει τη δημιουργία ερωτηματικών μα και συγκρούσεων. Επιπλέον, η αποσαφήνιση όσο το δυνατόν καλύτερα του τι ισχύει στις γκρίζες ζώνες επικάλυψης καθηκόντων, θα αποτρέψει την ανοικτή ρήξη των συνεργατών και την ύπαρξη αισθήματος αδικίας και παραγκωνισμού κάποιων από τους εμπλεκομένους (Steinert, *et al.*, 2006).

Παρόλο που σήμερα η παροχή υγειονομικής περίθαλψης καθίσταται πιο περίπλοκη, η συνεργασία μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να είναι ένας δρόμος για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, ειδικά σε νοσοκομεία όπου το εργασιακό περιβάλλον χαρακτηρίζεται από συνεχή αλληλεπίδραση μεταξύ των επαγγελματιών (Elsous, Radwan and Mohsen, 2017). Αυτό παρουσιάζει χαρακτηριστικά το γράφημα που ακολουθεί με τις αρχές που διέπουν τη διεπαγγελματική συνεργασία στον τομέα της υγείας (Γράφημα 2).

**Γράφημα 2: Αρχές διεπαγγελματικής συνεργασίας στον τομέα της υγείας**



## **2.2 Ορισμός εργασιακής ικανοποίησης**

Η εργασιακή ικανοποίηση (job satisfaction ή work related satisfaction) αποτελεί αντικείμενο μελέτης της Εφαρμοσμένης Ψυχολογίας (Applied Psychology) και μάλιστα του κλάδου της που αποκαλείται Οργανωσιακή και Βιομηχανική Ψυχολογία (Organizational and Industrial Psychology). Στόχος των μελετών, που γίνονται ανά τον κόσμο κυρίως από ψυχολόγους, είναι η κατανόηση στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό της συμπεριφοράς των εργαζομένων μέσα στον χώρο εργασίας τους, μέσα από τη μελέτη του

ιδίου του ατόμου, των στάσεων και πεποιθήσεων του και των αλληλεπιδράσεων του με τον κοινωνικό περίγυρο (Παπαπαναγιώτου, 2014).

Η έννοια της εργασιακής ικανοποίησης πρωτοεμφανίστηκε στις αρχές του 20ου αιώνα στις μελέτες Hawthorne (1924-1933), που ήταν αρχικά αφιερωμένες στον καθηγητή Elton Mayo του Harvard Business School. Οι μελέτες αυτές προσπάθησαν να αξιολογήσουν τον τρόπο που διάφορες καταστάσεις στο εργασιακό χώρο επιδρούν στην παραγωγικότητα των εργαζομένων. Τα αποτελέσματά τους έδειξαν ότι οι αλλαγές προς το καλύτερο στις εργασιακές συνθήκες αυξήσαν προσωρινά την παραγωγικότητα ([Http://www.telelavoro.rassegna.it/fad/socorg03/14/Elton%20MayoHawthorne.htm](http://www.telelavoro.rassegna.it/fad/socorg03/14/Elton%20MayoHawthorne.htm), 201)

Η επαγγελματική ικανοποίηση συνιστά μια από τις σημαντικότερες και συχνότερα μελετώμενες μεταβλητές στο πεδίο της οργανωτικής ψυχολογίας (Locke, 1976). Σύμφωνα με τους Wanous, et al., (1972) η εργασιακή ικανοποίηση προκύπτει όταν οι ανάγκες ενός εργαζόμενου και τα εργασιακά χαρακτηριστικά συμπίπτουν (Wanous, 1972), ενώ παρόμοια είναι και η προσέγγιση της Holland (1996), η οποία θεωρεί ότι η ικανοποίηση και η επαγγελματική εξέλιξη αποτελούν συνάρτηση του βαθμού σύμπτωσης της προσωπικότητας ενός ατόμου και του εργασιακού του περιβάλλοντος.

Οι επιστήμες της Οικονομίας και Κοινωνιολογίας ορίζουν την εργασία ως το σύνολο των δραστηριοτήτων και ενεργειών του κάθε ατόμου και του πληθυσμού γενικά, που είναι απαραίτητες για την επιβίωση της κοινωνίας (Britannica Concise Encyclopedia, 2017). Ο όρος εργασία ερμηνεύεται από τους Heilbroner και Thurow (1968) ως το έργο που παράγει όλο το φάσμα των εργαζομένων. Κατά τον Greenberg (1986), «η εργασία έχει τη δυνατότητα να διαμορφώνει τη συμπεριφορά, τη διάθεση αλλά και τις καθημερινές συνθήκες της ζωής του ανθρώπου. Οι απόψεις, οι στάσεις και τα συναισθήματα των εργαζομένων απέναντι στην εργασία τους αναφέρονται με τον όρο επαγγελματική ικανοποίηση» (Κουκουράβα, 2008).

Το 1969 ο Αμερικανός καθηγητής Locke έρχεται να ορίσει την εργασιακή ικανοποίηση ως «μία ευχάριστη ή θετική συναισθηματική κατάσταση που βιώνει το άτομο όταν, έχοντας αποτιμήσει τα όσα έχει προσφέρει στην εργασία του, βρίσκει τις επιδόσεις και τα αποτελέσματά του σύμφωνα προς τα αξιακά του πρότυπα». Στο άρθρο του «Τι είναι η εργασιακή ικανοποίηση;» ο Locke προωθεί, ουσιαστικά, τη θέση ότι το άτομο είναι ικανοποιημένο, όταν η εργασία του τον ικανοποιεί ή του καλύπτει σημαντικές εργασιακές αξίες, ωστόσο, υποστηρίζει ότι όποια ματαίωση των αξιών αυτών, οδηγεί σε εργασιακή

δυσαρέσκεια του ατόμου (Locke, 1969). Ο ορισμός του Αμερικανού επιστήμονα θεωρείται σήμερα ως ο πιο πολυχρησιμοποιημένος ερευνητικός ορισμός για την εργασιακή ικανοποίηση και αναδεικνύει τη σημασία τόσο του συναισθήματος όσο και της γνώσης (της σκέψης). Όταν σκεφτόμαστε, έχουμε συναισθήματα για αυτά που σκεφτόμαστε. Αντιστρόφως, όταν αισθανόμαστε κάτι, σκεφτόμαστε αυτό που νιώθουμε. Γνώση και συναίσθημα, λοιπόν, συνδέονται άρρηκτα μεταξύ τους. Για αυτό τον λόγο όταν αξιολογούμε την εργασία μας, όπως και κάθε τι σημαντικό για εμάς, ενεργοποιούνται τόσο οι συναισθηματικοί όσο και οι γνωστικοί μηχανισμοί (Παπαπαναγιώτου, 2014).

Επίσης, το 1976, στο βιβλίο του «Handbook of Industrial Psychology», ο Locke δίνει έμφαση στην αξιολόγηση των εμπειριών που αποκομίζει ο εργαζόμενος, καθιερώνοντας τρεις γενικές περιοχές της ικανοποίησης από την εργασία: α) τις αξίες που ένα άτομο έχει ή θέλει, β) την αντίληψη που έχει το άτομο για το πως η επιχείρηση όπου εργάζεται ικανοποιεί αυτές τις αξίες και γ) τη σχετική σημασία που έχουν αυτές οι αξίες για το άτομο (Locke, 1976).

Το θέμα που αφορά στην εργασιακή ικανοποίηση μελετήθηκε και από τον Ινδό καθηγητή Pestonjee ο οποίος το 1973 υποστήριξε σε βιβλίο του ότι η ικανοποίηση από την εργασία ορίζεται ως «το άθροισμα των συναισθημάτων του εργαζομένου για: α) τη φύση της εργασίας, τις ώρες εργασίας, τους συνάδελφους, τις ευκαιρίες και προοπτικές για προαγωγή και ανάπτυξη, τους κανονισμούς για τις υπερωρίες, το περιβάλλον, τα μηχανήματα και τα εργαλεία, β) τη διοίκηση και την εποπτεία, τη συμμετοχή, τις ανταμοιβές και τις τιμωρίες, τους επαίνους και τις κατηγορίες, την πολιτική αδειών και την ευνοιοκρατία, γ) τις κοινωνικές σχέσεις, φίλους και συνεργάτες, γείτονες, άτομα στην ίδια κοινωνία, τη συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες και τις κάστες και δ) την προσωπική προσαρμογή και υγεία» (Pestonjee, 1973). Μάλιστα, την ίδια χρονιά, ο Pestonjee καθιέρωσε την Κλίμακα Ικανοποίησης-Δυσαρέσκειας Εργαζομένων (Satisfaction - Dissatisfaction Employees Inventory) για τη μέτρηση της εργασιακής ικανοποίησης (Pestonjee, 1973).

Μία δεκαετία αργότερα, οι Warr (1987) και Landy (1989) υποστηρίζουν ότι η επαγγελματική ικανοποίηση δεν είναι κάτι το σταθερό και επεξηγούν ότι δεν υφίσταται απόλυτη εργασιακή ικανοποίηση στον εργαζόμενο, γιατί ακόμα και αν υπάρχει, ενδεχομένως να αναστραφεί άμεσα, λόγω των διαφορετικών παραγόντων που την

προσδιορίζουν. Ο Warr, μάλιστα, υπερασπίζεται τη θέση ότι η εργασιακή ικανοποίηση δεν αποτελεί μία απλή έννοια, αλλά συνίσταται από πολλά επιμέρους στοιχεία και κάνει τον διαχωρισμό σε εσωγενή και εξωγενή ικανοποίηση. Η εξωγενής ικανοποίηση έχει σχέση με το περιεχόμενο της εργασίας και αναφέρεται σε εκείνες τις όψεις της εργασίας που έχουν να κάνουν με αυτή καθαυτή όπως: ελευθερία επιλογών και κινήσεων για τον τρόπο εκτέλεσης της εργασίας, βαθμός υπευθυνότητας, χρήση δεξιοτήτων κτλ. Η εξωγενής ικανοποίηση σχετίζεται με το πλαίσιο, μέσα στο οποίο εκτελείται η εργασία και αφορά τις συνθήκες εργασίας, τη διοίκηση, τα ωράρια, την ασφάλεια, τις αμοιβές κτλ. Ο διαχωρισμός αυτός έχει κάποια αντιστοιχία με την ιεράρχηση των αναγκών κατά Maslow και με τον διαχωρισμό του Herzberg σε παράγοντες κίνητρων και παράγοντες υγιεινής (Κάντας, 1998).

Σύμφωνα με τους Granny, et al (1992) η εργασιακή ικανοποίηση συνδέεται άμεσα με τη στάση του ατόμου απέναντι στην εργασία του, έτσι όπως η στάση αυτή διαμορφώνεται από τη σύγκριση που κάνει το άτομο ανάμεσα στα οφέλη που αποκομίζει και σε αυτά που θα επιθυμούσε να έχει. Αναφέρονται, μάλιστα, στην πρακτική διάσταση της ικανοποίησης, λέγοντας ότι η εργασιακή ικανοποίηση ταυτίζεται με την εργασιακή συμπεριφορά (Παπάνης, Ε. Ρόντος, 2005).

Μία άλλη προσέγγιση της εργασιακής ικανοποίησης είναι αυτή των Schultz και Schultz (1998) και αναφέρεται στα θετικά και στα αρνητικά συναισθήματα, στάσεις ή συμπεριφορές των ατόμων που σχετίζονται με την εργασία. Οι δυο επιστήμονες διατείνονται ότι η ικανοποίηση από την εργασία εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, δηλαδή από ένα μεγάλο εύρος περιπτώσεων που μπορεί να περιλαμβάνουν πολλά και ποικίλα θέματα που σχετίζονται με την εργασία: από την απλή ικανοποίηση που προέρχεται από μία διακεκριμένη θέση παρκαρίσματος του αυτοκινήτου στον χώρο στάθμευσης του προσωπικού της εταιρίας, μέχρι και το αίσθημα της ολοκλήρωσης που μπορεί να αισθάνεται ένας εργαζόμενος από την εκπλήρωση των καθημερινών του εργασιακών υποχρεώσεων (Schultz & Schultz, 1998).

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τον Μπουραντά (2002) «Η εργασιακή ικανοποίηση είναι το συγκινησιακό στοιχείο της στάσης του ατόμου ως προς την εργασία του. Πιο συγκεκριμένα, η εργασιακή ικανοποίηση περιλαμβάνει το πόσο ικανοποιημένο αισθάνεται το άτομο από α) τη φύση της εργασίας αυτής καθαυτής, β) την οικονομική αμοιβή του, γ) τις συνθήκες εργασίας, δ) τις προοπτικές προαγωγών και επαγγελματικής

εξέλιξης, ε) τις σχέσεις με τους συνεργάτες του και ζ) τις διαδικασίες και πολιτικές της οργάνωσης. Ασφαλώς, η εργασιακή ικανοποίηση του ατόμου εξαρτάται και από τον ίδιο, ανάλογα με τις ανάγκες του και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του» (Μπουραντάς, 2002).

Οι Wright και Davis (2003) αναφέρουν σε επιστημονικό άρθρο τους ότι η ικανοποίηση ουσιαστικά είναι το πώς το άτομο αξιολογεί τα όσα επιζητεί από την εργασία του και τα όσα τελικά λαμβάνει από αυτήν. Οι δύο καθηγητές υποστηρίζουν ότι τελικά, με αυτή τη λογική, όσο πιο πολλές είναι οι ανάγκες του ατόμου που καλύπτονται, τόσο μεγαλύτερα θα είναι και τα επίπεδα ικανοποίησης που του προσφέρει η εργασία (Davis, Wright, 2003).

Επιπρόσθετα, με τον όρο στάση απέναντι στην εργασία χαρακτηρίζεται η προδιάθεση του εργαζόμενου να αντιδράσει κατά ένα ορισμένο τρόπο στις ιδιαίτερες μορφές της εργασίας, είναι δηλαδή ο τρόπος με τον οποίο βλέπει ο ίδιος την εργασία του και την αντιμετωπίζει σύμφωνα με τις ανάγκες του, τις προσδοκίες, τις ικανότητες του και τις απαιτήσεις που έχει από τη συγκεκριμένη εργασία. Από τη γενικότερη αυτή στάση του ανθρώπου προς την εργασία απορρέει και η ικανοποίησή του από αυτή (Γούλα, 2007).

Μία άλλη προσέγγιση αναφέρει ότι ο όρος εργασιακή ικανοποίηση «με απλά λόγια περιγράφει το πώς αισθάνονται οι εργαζόμενοι για την εργασία τους, καθώς και τις διάφορες διαστάσεις οι οποίες σχετίζονται με αυτήν» (Spector, 1997). Σε βιβλίο, που κυκλοφόρησε ο Spector (1997), αναλύεται σε ποια έκταση η εργασία αρέσει ή δεν αρέσει στους ανθρώπους και υποστηρίζεται ότι η εργασιακή ικανοποίηση δεν εξαρτάται μόνο από τη φύση της εργασίας, αλλά και από τις προσδοκίες τις οποίες τα άτομα τρέφουν για αυτά που μπορεί να τους προσφέρει (Spector, 1997). Ουσιαστικά, ορίζει την εργασιακή ικανοποίηση σύμφωνα με τον βαθμό που οι άνθρωποι συμπαθούν ή αντιπαθούν τη δουλειά τους. Πρόκειται για μία συμπεριφοριστική προσέγγιση στην οποία η συμπάθεια σημαίνει ικανοποίηση και η αντιπάθεια δυσαρέσκεια. Ο Spector (1997) αναφέρει 14 παράγοντες που σχετίζονται άμεσα με την εργασιακή ικανοποίηση: εκτίμηση, επικοινωνία, συνεργάτες, περιθώρια εργασίας, συνθήκες εργασίας, φύση της εργασίας, οργάνωση, προσωπική ανάπτυξη, πολιτικές διαδικασίες, ευκαιρίες προώθησης, αναγνώριση, ασφάλεια και επίβλεψη. Για τους σκοπούς της συγκεκριμένης μελέτης υιοθετείται ο ορισμός που έχει δώσει ο Spector (1997), ότι η ικανοποίηση από την εργασία αντιπροσωπεύει μια συναισθηματική ή μια στάση αντίδρασης σε μια εργασία,

καθώς και το εργαλείο του εν λόγω ερευνητή (το οποίο βασίστηκε στη συγκεκριμένη θεωρία) για τη μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης βασισμένο στους προαναφερόμενους παράγοντες (Γράφημα 3) (Spector 1997).

**Γράφημα 3: Παράγοντες που συμβάλλουν στην εργασιακή ικανοποίηση**



### **2.2.1 Θεωρητικές προσεγγίσεις της εργασιακής ικανοποίησης με βάση τα κίνητρα**

Οι θεωρίες που σχετίζονται με την επαγγελματική ικανοποίηση είναι συνήθως συνδεδεμένες με θεωρίες που ασχολούνται με τα ανθρώπινα κίνητρα συμπεριφοράς γύρω από την εργασία, τις στάσεις και τις αξίες των εργαζομένων. Τα κίνητρα είναι οι δυνάμεις οι οποίες πηγάζουν από τον εσωτερικό κόσμο του ανθρώπου και οδηγούν σε διαθέσεις και ενέργειες, που έχουν ως στόχο να εκπληρώσουν κάθε ανάγκη των εργαζομένων

(Νιάκας, 2004). Οι θεωρίες γύρω από τα κίνητρα, που αποτελούν το θεμέλιο λίθο της θεωρητικής προσέγγισης του φαινομένου της εργασιακής ικανοποίησης, μπορούν να χωριστούν σε δυο μεγάλες κατηγορίες (Tsounis & Sarafis, 2016). Η πρώτη περιλαμβάνει τις οντολογικές προσεγγίσεις, που επικεντρώνονται στο περιεχόμενο και το είδος των κινήτρων και η δεύτερη τις μηχανιστικές ή θεωρίες της διεργασίας, που δίνουν έμφαση στις συνθήκες και τις συμπεριφορές που ενθαρρύνουν την απόδοση στην εργασία (Cole, 2002).

#### **2.1.1.1 Οντολογικές θεωρίες**

##### **Θεωρία της ιεράρχησης των αναγκών του Maslow**

Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, οι ανάγκες του ανθρώπου χωρίζονται σε πέντε κατηγορίες σχηματίζοντας μία πυραμίδα ιεραρχίας, στη βάση της οποίας βρίσκονται οι φυσιολογικές ανάγκες και στην κορυφή οι ανάγκες αυτοπραγμάτωσης. Στη βάση της πυραμίδας βρίσκονται οι σωματικές (φυσιολογικές ανάγκες) και οι ανάγκες ασφάλειας ακολουθούμενες από τις ανώτερες ανάγκες, όπως η ένταξη σε μια ομάδα και η αγάπη, τις ανάγκες για αυτοεκτίμηση και τέλος στην κορυφή της πυραμίδας βρίσκονται οι ανάγκες για αυτοπραγμάτωση (Μερκούρης, 2008). Κατά τον Maslow, για να εμφανιστεί μία κατηγορία αναγκών, δηλαδή για να αποτελέσει κίνητρο για δράση, πρέπει να ικανοποιηθεί, έστω και μερικώς το αμέσως κατώτερο επίπεδο (Maslow, 1954). Όταν δηλαδή ικανοποιούνται οι βασικές ανάγκες τότε το άτομο προχωρεί στην ικανοποίηση ανώτερων αναγκών, ενώ σε αντίθετη περίπτωση οι ανικανοποίητες ανάγκες επηρεάζουν το άτομο και κατευθύνουν ανάλογα τη συμπεριφορά του. Σύμφωνα με τον Μερκούρη (2008), θα μπορούσαμε στο εργασιακό περιβάλλον να αντιστοιχίσουμε τις βασικές ανάγκες με παράγοντες όπως ο μισθός, η συνταξιοδότηση και η μονιμότητα, ενώ στις ανώτερες ανάγκες θα μπορούσαμε να κατατάξουμε την ανάγκη για προαγωγή, αναγνώριση, αυτονομία και την ανάγκη για συμμετοχή στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, βάζοντας στην κορυφή της πυραμίδας την αξιοποίηση των ικανοτήτων του ατόμου, που τον οδηγεί τόσο στην επαγγελματική όσο και στην προσωπική ολοκλήρωση (Μερκούρης 2008). Συνάγεται, λοιπόν, σύμφωνα με τη θεωρία του Maslow ότι οι οργανισμοί που επιθυμούν την επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων τους θα πρέπει να προσπαθήσουν να καλύψουν πρώτα τις βασικές ανάγκες των εργαζομένων για να μπορεί να καταστεί εφικτή η κάλυψη των αναγκών της κορυφής (Maslow, 1995). Ωστόσο, η εμπειρική διερεύνηση δεν φάνηκε να επιβεβαιώνει τη λειτουργία των πέντε

κατηγοριών αναγκών ως ανεξάρτητων παραγόντων (Tsounis & Sarafis, 2016). Την ίδια στιγμή, ορισμένες ανάγκες εντάσσονται σε παραπάνω από μια κατηγορίες, ενώ δεν επιβεβαιώθηκε η βασική θέση του Maslow σύμφωνα με την οποία η ικανοποίηση μιας ανάγκης οδηγεί στη μείωση της σημασίας της και στην εστίαση σε μια ανώτερη (Κάντας, 1998). Παρόλο που η θεωρία του Maslow δεν έχει επιβεβαιωθεί από ερευνητικά δεδομένα, χρησιμοποιείται ευρέως σε πολλές έρευνες και αποτελεί τη βάση για την εξέλιξη άλλων θεωριών.

### **Θεωρία κινήτρων του Alderfer**

Όπως τη θεωρία κινήτρων του Alderfer το 1969 η οποία βασίζεται στη θεωρία του Maslow και συμπυκνώνει τα πέντε επίπεδα αναγκών του Maslow σε τρεις κατηγορίες: ύπαρξη, δημιουργία σχέσεων και ανάπτυξη. Οι ανάγκες ύπαρξης περιλαμβάνουν τα πρώτα δύο επίπεδα του Maslow. Ενώ στη δημιουργία σχέσεων περιλαμβάνονται το τρίτο και το τέταρτο επίπεδο του Maslow (την κοινωνική και εξωτερική εκτίμηση). Ολοκληρώνεται με την ανάπτυξη, η οποία αναφέρεται στην εσωτερική εκτίμηση και αυτοπραγμάτωση, που αφορούν το τέταρτο και το πέμπτο επίπεδο της πυραμίδας του Maslow. Η εν λόγω θεωρία ονομάστηκε ERG από τα αρχικά των τριών αγγλικών λέξεων που περιγράφουν τις τρεις κατηγορίες αναγκών (Existence – Relatedness – Growth). Οι κυριότερες διαφορές των δύο θεωριών είναι οι εξής:

- Η θεωρία του Alderfer περιορίζει τον αριθμό των κατηγοριών, με αποτέλεσμα να μειώνεται η ακαμψία της ιεράρχησης και υποστηρίζει ότι υπάρχει μία συνεχής σειρά αναγκών.
- Δε δέχεται την πορεία των αναγκών του Maslow, αφού υποστηρίζει ότι δεν είναι απαραίτητη πρώτα η ικανοποίηση μιας κατώτερης ανάγκης για να παρακινηθεί το άτομο αργότερα από κάποια ανώτερη ανάγκη. Υπάρχει δηλαδή η δυνατότητα τα άτομα να επιδιώκουν την ικανοποίηση αναγκών ανώτερου επιπέδου ταυτόχρονα και πριν ακόμη ικανοποιηθούν πλήρως οι ανάγκες των κατώτερων επιπέδων.
- Στη θεωρία του Alderfer είναι αποδεκτό ότι μπορεί να υπάρξει οπισθοδρόμηση από ανάγκες ανώτερου επιπέδου σε αυτές του κατώτερου όταν οι πρώτες ματαιώνονται. Με τον όρο ματαίωση νοείται η απογοήτευση που προκύπτει από την αδυναμία ικανοποίησης (Δημητρακοπούλου, 2015; Κάντας 1998).

Παρόλα αυτά, ούτε η θεωρία του Alderfer φάνηκε να επιβεβαιώνεται σε μεγάλο βαθμό μέσα από έρευνες (Tsounis and Sarafis, 2016). Τα αδύναμα σημεία προσομοιάζουν με τους περιορισμούς της θεωρίας του Maslow και αφορούν την ταύτιση των κινήτρων με τις ανάγκες οι οποίες αφενός συνιστούν έννοια που δεν μπορεί να είναι ταυτόσημη στα διαφορετικά άτομα και αφετέρου τόσο η νοητική της επεξεργασία ως προς την κατηγοριοποίηση όσο και σε σχέση με τη σπουδαιότητα διαφέρει για τον καθένα (Arnolds and Boshoff, 2002).

### **1. Η θεωρία των δύο παραγόντων Herzberg**

Ο Herzberg ήταν από τους πρώτους που ουσιαστικά παρουσίασε μία ολοκληρωμένη θεωρία κινήτρων που στηριζόταν στην επαγγελματική ικανοποίηση (Κάντας, 1998). Είναι μια αρκετά δημοφιλής θεωρία κατά την οποία γίνεται προσπάθεια σύνδεσης των κινήτρων εργασίας με την επαγγελματική ικανοποίηση. Ο Herzberg (1968) εστιάζει σε δυο κατηγορίες παραγόντων που σχετίζονται με την επαγγελματική ικανοποίηση. Η πρώτη κατηγορία αναφέρεται στα κίνητρα, (motivation factors) και η δεύτερη στα αντικίνητρα, που σχετίζονται με το εργασιακό περιβάλλον (maintenance factors). Εδώ έχουμε διαχωρισμό των παραγόντων σε αυτούς που υποκινούν θετικά και αυτούς που συντηρούν χωρίς να οδηγούν σε δυσαρέσκεια (Tsounis & Sarafis, 2016). Ο Herzberg με τη θεωρία του υποδηλώνει ότι η επαγγελματική ικανοποίηση και η επαγγελματική δυσαρέσκεια δεν αποτελούν δύο αντίθετα άκρα της ίδιας συνεχούς γραμμής αλλά δύο τελείως ξεχωριστές και πολλές φορές μη συσχετιζόμενες μεταξύ τους θεωρίες (Μερκούρης 2008). Επειδή αυτές οι συνθήκες θεωρούνται ανεξάρτητες μεταξύ τους, είναι πιθανό οι εργαζόμενοι να μην είναι ούτε ικανοποιημένοι ούτε δυσαρεστημένοι (Κάντας, Α. 1998). Τα κίνητρα ταυτίζονται με πέντε διακριτούς παράγοντες που είναι οι εξής: επίτευξη, αναγνώριση του έργου, φύση της εργασίας, υπευθυνότητα και δυνατότητα προαγωγής (ανόδου). Τα αντικίνητρα από την άλλη πλευρά συνίστανται στους εξής οκτώ παράγοντες: διοίκηση και πολιτική του οργανισμού, επίβλεψη, συνθήκες εργασίας, διαπροσωπικές σχέσεις στον οργανισμό, αμοιβή, κύρος, προσωπική ζωή και ασφάλεια εργασίας (Tsounis, 2014). Σύμφωνα με τον Herzberg (1968), η εξάλειψη των παραγόντων δυσαρέσκειας (αντικίνητρα) δεν οδηγεί απαραίτητα στην ικανοποίηση (Tsounis and Sarafis, 2016)

Παρόλο που η θεωρία του Herzberg έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως, εντούτοις, έχει συγχρόνως επικριθεί σε σχέση με τη μεθοδολογία που ακολουθεί τόσο όσον αφορά την

αναδρομική εκτίμηση των αναγκών από τα άτομα και τη συνολική εκτίμηση της ικανοποίησης τους από την εργασία όσο και λόγω του ότι δεν προβλέπει ένα ικανό βαθμό ικανοποίησης αφού υποστηρίζει ότι τα άτομα αντιδρούν πανομοιότυπα (Μερκούρης 2008). Αποτυγχάνοντας έτσι σε ένα βαθμό να λάβει υπόψη τον ρόλο των ατομικών χαρακτηριστικών τόσο στις στάσεις όσο και στις αντιλήψεις των εργαζομένων (Tsounis and Sarafis, 2016). Επιπρόσθετα, ευρήματα ερευνών υποδεικνύουν ότι ο διαχωρισμός σε κίνητρα και αντικίνητρα είναι άκαμptos, αφού τόσο τα κίνητρα, όσο και οι παράγοντες υγιεινής οδηγούν σε αισθήματα ικανοποίησης ή μη ικανοποίησης, ενώ ένας παράγοντας μπορεί να λειτουργεί ταυτόχρονα ως κίνητρο και αντικίνητρο (Rollinson, 2008).

## **2. Θεωρία των Αναγκών του McClelland**

Μια από τις θεωρίες κινήτρων είναι η «Θεωρία της τριχοτόμησης των αναγκών» (Trichotomy of needs theory) ή απλά «Θεωρία των τριών αναγκών» (Three needs theory) ή αλλιώς «Θεωρία των επίκτητων αναγκών» (Acquired needs theory) (Θεοδώρου, 2014). Η θεωρία έγινε ευρέως γνωστή από το θεμελιωτή της, τον David McClelland, Καθηγητή του Πανεπιστημίου Harvard. Πολλά συγγράμματα οργανωσιακής συμπεριφοράς αναφέρονται στη συγκεκριμένη θεωρία των τριών αναγκών. Ο McClelland (1961, 1990) υποστήριξε πως κάθε άτομο έχει, σε διαφορετικό βαθμό, τρεις ξεχωριστές ανάγκες: α) την ανάγκη για επιτεύγματα (need for Achievement -nACH), δηλαδή την επιθυμία να τα πετυχαίνει καλύτερα (ή να είναι πιο αποτελεσματικός) από τους άλλους, να επιλύει προβλήματα και να φέρει εις πέρας δύσκολες εργασίες, β) την ανάγκη για εξουσία (need for Power -nPOW), δηλαδή την επιθυμία να ελέγχει άλλους ανθρώπους, να επηρεάζει τη συμπεριφορά τους ή να είναι υπεύθυνο για άλλα άτομα και την απόδοσή τους και γ) την ανάγκη για συναισθηματική σύνδεση (need for Affiliation -nAFF), την επιθυμία να δημιουργεί και να διατηρεί φιλικές, στενές σχέσεις με άλλα άτομα (Θεοδώρου, 2014).

Οι τρεις αυτές ανάγκες δημιουργούνται σε διαφορετικό βαθμό στα άτομα, βαθμός ο οποίος είναι αποτέλεσμα των εμπειριών τους στη ζωή και η διαφορά βρίσκεται στον βαθμό που η καθεμία χαρακτηρίζει τον καθένα ξεχωριστά. Τα άτομα παρακινούνται από αυτές τις ανάγκες, με αποτέλεσμα, όταν κληθούν να φέρουν εις πέρας μια συγκεκριμένη αποστολή, η σχετική ισχύς της κάθε ανάγκης να προκαλεί την ανάλογη παρακίνηση για την εκτέλεση της αποστολής (Θεοδώρου, 2014). Βάσει της θεωρίας των κινήτρων επίτευξης, η ικανοποίηση στην εργασία έρχεται ως αποτέλεσμα της εξατομικευμένης κάλυψης της σημαντικότερης για κάθε εργαζόμενο ανάγκης, ως εκ τούτου στα άτομα με

υψηλό κίνητρο επίτευξης πρέπει να ανατίθενται σύνθετες και απαιτητικές εργασίες που αποτελούν για αυτούς πρόκληση. Σε όσους έχουν υψηλότερη στην ιεράρχηση τη δημιουργία δεσμών είναι προτιμότερο να ενθαρρύνεται η συμμετοχή σε διαδικασίες που απαιτούν συνεργασία. Τέλος, γι' αυτούς που η ανάγκη για εξουσία είναι η πιο σημαντική, η εργασιακή θέση θα πρέπει να περιλαμβάνει αρμοδιότητες που καλύπτουν την επιθυμία για έλεγχο και επιρροή στους άλλους. Η συγκεκριμένη θεωρία δέχθηκε έντονη κριτική, αφού βασίστηκε στην Αμερικανική κουλτούρα (Μερκούρης 2008).

### **3. Θεωρία του Douglas McGregor X και Y**

Μια ακόμη γνωστική θεωρία είναι η θεωρία X και η θεωρία Y (Employee Motivation Theory X and Theory Y) του Douglas McGregor. Σύμφωνα με αυτή, οι άνθρωποι που ανήκουν στην κατηγορία X έχουν την τάση να εργάζονται λιγότερο, αποφεύγουν να αναλαμβάνουν ευθύνες και πρωτοβουλίες. Αντίθετα, τα άτομα της θεωρίας Y χαρακτηρίζονται από την ανάγκη αυτονομίας, βλέπουν την εργασία ως κάτι ευχάριστο, ενώ παράλληλα αξιοποιούν κάθε ευκαιρία για να πετύχουν τους στόχους τους. Η θεωρία αυτή δεν έχει επιβεβαιωθεί μέσα από εμπειρικά δεδομένα (Μερκούρης, 2008).

Η σημαντικότερη κριτική που έχουν δεχθεί οι δυο παραπάνω θεωρητικές προσεγγίσεις έχει να κάνει από τη μια με το γεγονός της υποτίμησης των χαρακτηριστικών της οργάνωσης και του συνολικότερου πλαισίου της εργασίας και από την άλλη η μονοδιάστατη έμφαση στο γνωστικό πεδίο, παραβλέποντας έτσι την επίδραση των πολιτισμικών παραγόντων (Tsounis & Sarafis, 2016). Στο σύνολο τους αποτελούν θεωρητικές κατασκευές που μπορούν να ενισχύσουν την άσκηση του διευθυντικού ρόλου, δεν μπορούν, όμως, να συμβάλουν στην ερμηνεία και κατανόηση πιο σύνθετων καταστάσεων, όπως η εργασιακή ικανοποίηση (Κάντας, 1998).

Συμπερασματικά στο σύνολο τους οι οντολογικές θεωρίες συνδέουν την επαγγελματική ικανοποίηση με την εκπλήρωση των σημαντικών εργασιακών αξιών του ατόμου, στον βαθμό που οι αξίες αυτές είναι ανάλογες με τις ανάγκες του (Locke, 1976).

#### **2.1.1.2 Μηχανιστικές θεωρίες**

Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν και οι θεωρίες της διεργασίας (μηχανιστικές), που δίνουν έμφαση στις συνθήκες κάτω από τις οποίες ενισχύεται η εργασιακή απόδοση και ικανοποίηση. Οι θεωρίες αυτές προσπαθούν να προσδιορίσουν τη διαδικασία της παρακίνησης, τις μεταβλητές που αυτή περιλαμβάνει καθώς και τις μεταξύ τους σχέσεις.

## **1. Η θεωρία των προσδοκιών του Vroom**

Συνέβαλε στην κάλυψη ενός κενού της θεωρίας του Maslow που ομαδοποιεί τους ανθρώπους θεωρώντας ότι όλοι έχουν τις ίδιες ανάγκες και υποκινούνται με τα ίδια κίνητρα, εξετάζοντας ξεχωριστά όχι τις ανάγκες των ατόμων και τα κίνητρά τους, αλλά τον συνδυασμό προτίμησης και προσδοκίας που αφορούν την υποκινητική διαδικασία αυτού. Σε αντίθεση με τους Maslow και Herzberg, ο Vroom περιγράφει τη διαδικασία της παρακίνησης και όχι τι είναι αυτό που παρακινεί τους εργαζόμενους. Σύμφωνα με αυτή, το άτομο ενεργεί με συγκεκριμένο τρόπο, ο οποίος θεωρεί ότι θα τον οδηγήσει σε ένα συγκεκριμένο αποτέλεσμα, που θα επιφέρει μία ελκυστική ανταμοιβή. Αποτελεί μια απόπειρα σύνδεσης των κινήτρων στην εργασία με την επαγγελματική ικανοποίηση, την επαγγελματική προτίμηση αλλά και τις μεθόδους υποκίνησης (motivation) των εργαζομένων. Η συγκεκριμένη θεωρία εστιάζει σε τρεις παραμέτρους α) την προσδοκία επίτευξης στόχου β) την προσδοκία αποτελέσματος και γ) την αξία αποτελέσματος. Στον εργασιακό χώρο σύμφωνα με τη θεωρία της προσδοκίας ένας προϊστάμενος νοσηλευτής θα πρέπει να εστιαστεί στα ακόλουθα: α) ότι τα άτομα είναι ικανά να φθάσουν στο επιθυμητό επίπεδο επίδοσης με την κατάλληλη υποστήριξη β) να βρει τις ανταμοιβές τις οποίες για κάθε άτομο ξεχωριστά θεωρούνται σημαντικές και γ) τα άτομα να λάβουν την επιβεβαίωση από τον προϊστάμενο τους ότι θα τους δοθεί η ανάλογη ανταμοιβή (Μερκούρης, 2008). Η προτίμηση του ατόμου για μία συγκεκριμένη αμοιβή από την επίτευξη του στόχου μετριέται με τη δυναμικότητα (Κάντας, 1998). Η γνώση του ατόμου για την εργασιακή απόδοση που χρειάζεται ώστε να οδηγηθεί στα επιθυμητά αποτελέσματα μετριέται με την προσδοκία. Η γνώση του ατόμου ότι η υπόσχεση ανταμοιβής θα εκπληρωθεί όταν τελειώσει με επιτυχία την εργασία του μετριέται με την ενεργοποίηση (Kontogiannis *et al.*, 2021). Επομένως, σύμφωνα με τον Vroom, το άτομο υιοθετεί τη συμπεριφορά εκείνη που θα το οδηγήσει στα επιθυμητά αποτελέσματα ως προς την εργασιακή του ικανοποίηση. Αν ο εργαζόμενος αποτύχει αρχίζει ξανά τη διαδικασία της προσδοκίας. Με αυτό τον τρόπο ο εργαζόμενος μπορεί να βιώσει την εργασιακή ικανοποίηση (Κάντας, 1998).

Εν κατακλείδι, σύμφωνα με τον Vroom (1964), η επαγγελματική ικανοποίηση είναι συνάρτηση των υποκειμενικών αντιλήψεων του ατόμου σχετικά με τη συντελεστικότητα της συγκεκριμένης εργασίας στο να εξασφαλίσει στο άτομο ορισμένα επιθυμητά αποτελέσματα. Ο Vroom πιστεύει ότι η επαγγελματική ικανοποίηση είναι συνάρτηση του

σθένους (ελκυστικότητα) της εργασίας για το άτομο. Αυτό σημαίνει ότι η ελκυστικότητα, και κατά συνέπεια, η ικανοποίηση που παίρνει το άτομο από αυτήν την εργασία είναι συνάρτηση όσων το άτομο πιστεύει ότι αποκομίζει από την εργασία του και του βαθμού που τα αποτελέσματα αυτά είναι όντως επιθυμητά ή ανεπιθύμητα. (Καντάς, 1998). Η θεωρία της προσδοκίας αξιοποιήθηκε και συνεχίζει να αξιοποιείται στο σύγχρονο μάνατζμεντ (Tsounis and Sarafis, 2016). Η εμπειρική, όμως, εφαρμογή κρίνεται δύσκολη, ενώ οι εφαρμογές της παρουσιάζουν καλύτερα αποτελέσματα στη διερεύνηση της υποκίνησης και της επαγγελματικής προτίμησης, παρά στο κομμάτι που αφορά την επαγγελματική ικανοποίηση (Κάντας, 1998).

## **2. Η θεωρία των κινήτρων Porter και Lawler**

Οι Porter και Lawler ανέπτυξαν τη δική τους θεωρία το 1968 ύστερα από επεξεργασία της θεωρίας του Vroom. Η θεωρία τους βασίζεται στην υπόθεση ότι αφενός οι ανταμοιβές προκαλούν ικανοποίηση και αφετέρου ότι η απόδοση παράγει ανταμοιβή. Η σχέση μεταξύ ικανοποίησης και απόδοσης σύμφωνα με τη θεωρία συνδέεται με την ανταμοιβή. Εξηγεί τη σχέση μεταξύ κινήτρων, επιδόσεων και ικανοποίησης. Υποστηρίζουν ότι η ικανοποίηση δεν οδηγεί πάντα στην απόδοση. Απεναντίας η απόδοση μπορεί να οδηγήσει σε ικανοποίηση εάν τα συστήματα ανταμοιβής είναι αποτελεσματικά (Μπουραντάς, 2002). Αναφέρονται σε δύο είδη ανταμοιβών τις ενδογενείς, οι οποίες μπορούν να συνδυαστούν με ικανοποίηση αναγκών υψηλού επιπέδου, όπως αυτές καθορίζονται από τον Maslow, αφού αποδίδονται σε ένα άτομο από τον εαυτό του για την καλή απόδοση. Ενώ οι εξωγενείς ανταμοιβές δίδονται από τον οργανισμό και καλύπτουν ανάγκες χαμηλότερου επιπέδου. Οι ανταμοιβές συνδέονται έμμεσα με την ικανοποίηση από την αντίληψη του ατόμου για δίκαιη ανταμοιβή και αναφέρεται στο ποσό των ανταμοιβών που ένα άτομο αισθάνεται ότι πρέπει να λάβει ως αποτέλεσμα της απόδοσής του ή λόγω μιας συγκεκριμένης θέσης εντός του οργανισμού (Porter & Lawler, 1982). Ο καθορισμός της ικανοποίησης ορίζεται από τη διαφορά μεταξύ των πραγματικών ανταμοιβών και των αντιληπτών δίκαιων ανταμοιβών. Εάν η πραγματική ανταμοιβή υπερβαίνει τις αντιληπτές ανταμοιβές, τότε οδηγεί σε ικανοποίηση (Kontogiannis *et al.*, 2021). Οι εργαζόμενοι αισθάνονται ικανοποιημένοι από τις ανταμοιβές μόνο όταν τις θεωρούν δίκαιες (Δημητρακοπούλου, 2015).

## **3. Η θεωρία της ισότητας του Adams**

Η θεωρία στηρίζεται στην υπόθεση ότι οι άνθρωποι επιθυμούν το αίσθημα δικαιοσύνης στις σχέσεις συναλλαγής που έχουν με άλλους ανθρώπους ή με οργανώσεις (Χατζηπαντελή, 1999). Στη συγκεκριμένη θεωρία, οι βασικοί παράγοντες είναι δύο: οι εισροές και τα αποτελέσματα. Ο εργαζόμενος συγκρίνει εισροές δηλαδή την προσπάθεια που καταβάλλει στην εργασία του με τα αποτελέσματα της εργασίας του συγκρίνοντας στη συνέχεια τα αποτελέσματα του με τα αποτελέσματα των άλλων εργαζομένων. Εάν δεν υπάρχει ισότητα, στη σύγκριση των αποτελεσμάτων τότε διακατέχεται από μία ψυχολογική ένταση, η οποία προκύπτει από την ανισότητα της σύγκρισης. Η θεωρία της ισότητας εισάγει στον τομέα της εργασίας-κοινωνίας την έννοια της κοινωνικής σύγκρισης, σύμφωνα με την οποία οι εργαζόμενοι αξιολογούν τις δικές τους εισροές-αποτελέσματα με βάση τη σύγκριση τους με τους δείκτες εισροών-αποτελεσμάτων άλλων υπαλλήλων (Μπουραντάς, 2002). Όταν νιώσουν πως αδικούνται θα ελαττώσουν την απόδοσή τους, ενώ όταν υπάρχει αίσθηση δικαιοσύνης θα προσπαθήσουν να αυξήσουν την ποιότητα και ποσότητα της εργασίας τους (Tsounis, 2014). Όταν το άτομο βιώνει το αίσθημα της αδικίας πιθανόν να καταφύγει σε μια τακτική επιθυμώντας να μειώσει το αίσθημα αδικίας:

- α) να προσφέρει λιγότερα προσπαθώντας να επέλθει η ισότητα με αυτά που προσφέρει το άτομο σύγκρισης,
- β) να λάβει περισσότερα, να αυξηθεί, δηλαδή, η αμοιβή του για να επιτευχθεί η ισότητα με το άτομο σύγκρισης,
- γ) προσπαθεί να παραβλέψει την ενοχλητική ανισότητα διαστρεβλώνοντας και αλλάζοντας τον τρόπο που βλέπει την κατάσταση,
- δ) εγκαταλείπει τον χώρο εργασίας του ή τη σχέση που του προκαλεί αίσθημα ανισότητας και αδικίας,
- ε) καταβάλλει προσπάθειες που αποσκοπούν στο να μεταβάλλουν τα εισερχόμενα ή τα εξερχόμενα του άλλου προς τον οποίο κάνει τη σύγκριση,
- στ) επιλέγει κάποιο άλλο πρόσωπο με το οποίο η σύγκριση δεν του προκαλεί αισθήματα ανισότητας και αδικίας (Κάντας, 1998)

Η θεωρία της ισοτιμίας του Adams έστρεψε το ενδιαφέρον στο θέμα της δίκαιης κατανομής των αμοιβών και στον ρόλο που παίζει για την παραγωγικότητα το αίσθημα της δίκαιης μεταχείρισης. Έτσι, η θεωρία έχει ευρείες συνέπειες για το ηθικό, την

αποδοτικότητα, την παραγωγικότητα και τον κύκλο εργαζομένων (Μπουραντάς, 2002). Συνεπώς, οι διοικήσεις των οργανισμών οφείλουν να εξαλείψουν το αίσθημα αδικίας των εργαζομένων καθώς υπάρχει πληθώρα στοιχείων που υποδεικνύουν ότι η ανισότητα επηρεάζει το μέγεθος της προσπάθειας που καταβάλλεται από τους εργαζόμενους (Δημητρακοπούλου, 2015). Ο προβληματισμός για τη συγκεκριμένη θεωρία έγκειται στο ότι πολλές από τις διαπιστώσεις της στηρίζονται σε πειράματα εργαστηρίου όποτε τίθεται θέμα εξωτερικής εγκυρότητας και γενίκευσης των συμπερασμάτων όσον αφορά την εφαρμογή της (Montana & Charnov, 2008).

#### **4. Η θεωρία του Locke**

Ο Locke (1976) συνδέει την εργασιακή ικανοποίηση με τους στόχους τους οποίους θέτει το άτομο στην εργασία του και τους συνδέει με παράγοντες, όπως ο βαθμός δυσκολίας, η επίτευξη, οι ικανότητες του, η υποστήριξη από τον οργανισμό και οι αμοιβές. Ως θεωρητικό μοντέλο στηρίζεται στη διαπίστωση ότι κάθε ενέργεια πρέπει να κατευθύνεται προς κάποιο στόχο και να έχει ένα σκοπό (Κάντας, 1998; Locke, 1976). Ο στόχος, όμως, θα πρέπει να είναι σαφής και όχι αόριστος. Επιπλέον, εάν ο βαθμός δυσκολίας είναι μεγάλος αλλά ο στόχος εφικτός, τότε αναμένεται ότι η επίδοση των ατόμων είναι μεγαλύτερη. Σύμφωνα με τη θεωρία, οι εργαζόμενοι δεν αποδέχονται τον στόχο όταν αυτός θεωρηθεί ανέφικτος ή όταν θεωρούν ότι δεν διαθέτουν τις απαραίτητες γνώσεις και ικανότητες ή όταν δεν εμπιστεύονται τη διοίκηση ή δεν αναγνωρίζουν κάποιο προσωπικό όφελος από την ολοκλήρωση του. Άρα, οι εργαζόμενοι για να κινηθούν προς ένα στόχο χρειάζονται τα χαρακτηριστικά του να είναι ελκυστικότερα και για αυτόν τον λόγο οι σύγχρονοι οργανισμοί δίνουν ιδιαίτερη σημασία στη διατύπωση στόχων που είναι σαφείς, ρεαλιστικοί και αποδεκτοί ενισχύοντας παράλληλα τους εργαζόμενους στο να συμμετάσχουν στη διαμόρφωσή τους.

Ο συγκεκριμένος τρόπος στοχοθέτησης μπορεί να έχει θετικά αποτελέσματα, όπως την υψηλή απόδοση, τη σαφήνεια ρόλων, το αίσθημα της υπερηφάνειας μετά την επίτευξη και ακολούθως την επαγγελματική ικανοποίηση. Στην περίπτωση της αποτυχίας το ανθρώπινο δυναμικό βιώνει δυσανεμία και πολλές φορές παραμελώντας άλλες σημαντικές πλευρές της εργασίας, επιλέγει διαφορετικούς πλάγιους δρόμους, ώστε να επιτευχθεί ο στόχος, πού, όμως, δεν έχει άμεση σχέση με τους αρχικούς στόχους που έχουν τεθεί (Locke, 1976).

Η θεωρία του Locke έχει αμφισβητηθεί τόσο όσον αφορά το εάν η επιλογή ενός δύσκολου στόχου εκφράζει αυτό που δείχνει πραγματικά και όχι κάτι άλλο, όπως για παράδειγμα προσπάθεια εντυπωσιασμού ή υιοθέτηση μιας πρόκλησης, όσο και για την πρακτική τεκμηρίωση της (Τσουνής και συν. 2016 , Κάντας, 1998).

Μέσα από τη σύντομη αναφορά μας στις σημαντικότερες μηχανιστικές θεωρίες συνάγεται ότι η υποκίνηση, η συμπεριφορά στον χώρο εργασίας αλλά και το επίπεδο ικανοποίησης των ατόμων επηρεάζονται από τις ατομικές διαφορές και χαρακτηριστικά του εργασιακού περιβάλλοντος, ενώ η συμπεριφορά τους καθορίζεται σύμφωνα με τις εκτιμήσεις τους για τις αναμενόμενες αμοιβές (Tsounis, 2014).

### **2.3 Στάση - Attitude**

Η παρούσα μελέτη έχει ως κύριο σκοπό τη διερεύνηση των στάσεων των ιατρών και των νοσηλευτών ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία. Κρίνεται, λοιπόν, απαραίτητη η αναφορά στη λειτουργία και τον ορισμό των στάσεων.

Η στάση καθορίζεται από δυο παράγοντες: τις πεποιθήσεις σχετικά με το αναμενόμενο αποτέλεσμα της συμπεριφοράς και την αξιολόγηση των θετικών ή αρνητικών συνεπειών της (Ajzen, 2011). Σε αρκετές περιπτώσεις οι στάσεις είναι σταθερές μέσα στον χρόνο και απέναντι σε σχετιζόμενες καταστάσεις (Tsounis, 2014). Έτσι, κάποιος μπορεί να διατηρεί τις συγκεκριμένες του στάσεις απέναντι στην εργασία του διαχρονικά, ακόμα και αν αλλάξει εργασιακό πλαίσιο, καθώς οι προηγούμενες εμπειρίες του εξακολουθούν να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο, αφού οι στάσεις σχετίζονται μόνο με τη συμπεριφορά που συνδέεται με συγκεκριμένες καταστάσεις (Kreitner et al., 2002).

Η στάση είναι ο τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίζει κάποιος ένα ζήτημα, δηλαδή ο τρόπος αντιμετώπισης. Ο όρος αντιστοιχεί στον αγγλικό όρο της ψυχολογίας "*attitude*". Συμπεριφορικός τρόπος σκέψης, φερσίματος προς, συναισθήματος προς κάποιον ή κάτι, στάση, αντιμετώπιση, φέρσιμο, συμπεριφορά, διάθεση (Βικιλεξικό, 2017)

Στάσεις αναφέρονται σε μια έκφραση εύνοιας ή δυσμένειας προς μια συγκεκριμένη κοινωνική πτυχή (διεπαγγελματική συνεργασία) αντανακλώντας έτσι την επιθυμητή προσωπική άποψη στο κοινωνικό πλαίσιο. ( Eagly, Chaiken, 1993).

Με την έννοια στάση εννοούμε τον τρόπο συμπεριφοράς / αντίδρασης ενός ατόμου σε μια κατάσταση (Μπαμπινιώτης, 2002). Η στάση ορίζεται ως μια διαρκής οργάνωση

πεποιθήσεων, συναισθημάτων και συμπεριφορών, με γνωστικά και συναισθηματικά στοιχεία και κάποια τάση προς έκφραση της συμπεριφοράς στα κοινωνικά θέματα, ομάδες, γεγονότα ή σύμβολα (Hogg and Vaughan, 2005).

Ο Jung (1971) ορίζει τις στάσεις με την έννοια της ετοιμότητας της ψυχής, για να δράσει ή να αντιδράσει με έναν ορισμένο τρόπο. Υποστηρίζει ότι οι συμπεριφορές πολύ συχνά έρχονται σε ζεύγη, η μία συνειδητή και η άλλη ασυνείδητη. Ομοίως, οι Ajzen και Fishbein (1977) δηλώνουν ότι οι στάσεις των ατόμων τηρούνται σε σχέση με κάποια πτυχή του κόσμου τους, όπως κάποιο άλλο άτομο, ένα αντικείμενο, μια συμπεριφορά ή μια πολιτική.

Η έννοιας της στάσης συμπεριλαμβάνει τρεις διαστάσεις: τη γνώση, τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά (Breckler, 1984, Hogg and Vaughan, 2005). Τυχόν μεταβολή σε έστω μία από αυτές επηρεάζει τη διαμόρφωση της στάσης. Σύμφωνα με την αρχή της συνοχής, η στάση και η συμπεριφορά βρίσκονται σε απόλυτη συνεκτικότητα μεταξύ τους, με τη συμπεριφορά να εκφράζεται, λόγω προ-υπάρχουσας στάσης (McLeod, 2018).

Ωστόσο, οι κοινωνικοί ψυχολόγοι υποστηρίζουν, ότι οι στάσεις και η πραγματική συμπεριφορά δεν βρίσκονται πάντα σε πλήρη ευθεία. Τα στοιχεία δείχνουν ότι η στάση των ανθρώπων μπορεί να διαμορφωθεί ως αποτέλεσμα μιας οποιασδήποτε πεποίθησης, αντίληψης, περιβαλλοντικής απαίτησης ή αντίδρασης για προστασία του εαυτού του. Οι στάσεις αυτές είναι συχνά ελεγχόμενες ή μπορεί να είναι και αυθόρμητες (Hogg and Copper, 2007).

#### **2.4.1 2.4 Λειτουργικοί Ορισμοί Εργαλεία για τη διερεύνηση της Συνεργασίας**

Διάφορα εργαλεία αναπτύχθηκαν διεθνώς, στην προσπάθεια να μετρηθεί το επίπεδο ή ο βαθμός συνεργασίας:

- Collaborative Practice Scale (CPS) (Weiss, Davis, 1985),
- Communication and Collaboration among physicians and nurses (CCCT), (Vazirani, Hays, Shapiro, & Cowan, 2005)
- Safety Attitudes Questionnaire team work climate (SAQ) (Sexton και συν. 2006)

- Nurse–Physicians Collaboration Scale (NPCS) (Ushiro, 2009).
- Collaboration & Satisfaction About Care Decisions (CSACD) (Baggs, 1994),
- Jefferson scale of attitudes toward physician-nurse collaboration (JSAPNC) (Hojat et al, 1999),
- **Η κλίμακα CPS (Collaborative Practice Scale)**, αποτελεί ένα εργαλείο μέτρησης της αλληλεπίδρασης ιατρών και νοσηλευτών σε επίπεδο συνεργασίας. Προσδιορίζει τη συμπεριφορά των νοσηλευτών μέσα από την εμπειρία και τη συμπεριφορά των ιατρών, συγκριτικά με την ικανότητα να μοιράζονται τις ευθύνες και να θέτουν κοινούς στόχους για την επίτευξη του βέλτιστου θεραπευτικού αποτελέσματος προς όφελος του ασθενή (Weiss & Davis, 1985 ; Kenaszchuk και συν. 2010). Διερευνά, επίσης, τον βαθμό συμμετοχής του νοσηλευτικού προσωπικού τόσο στη διαδικασία λήψης αποφάσεων όσο και στη διαδικασία λήψης κλινικών αποφάσεων, όπως και την ύπαρξη ηγετικών χαρακτηριστικών στους νοσηλευτές.
- **Το ερωτηματολόγιο “Communication and Collaboration among physicians and nurses” (CCCT)**, (Vazirani, Hays, Shapiro, & Cowan, 2005), περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με τη στάση και τις απόψεις των ιατρών και νοσηλευτών για τη διεπαγγελματική συνεργασία και επικοινωνία. Το ερωτηματολόγιο κατασκευάστηκε από τη Vazirani και έχει σταθμιστεί και στα ελληνικά (Vazirani S., Hays R.D., Shapiro M.F., 2005; Matziou *et al.*, 2014).
- **Το ερωτηματολόγιο Safety Attitudes Questionnaire team work climate (SAQ)** (Sexton και συν. 2006). Το οποίο περιλαμβάνει 14 ερωτήσεις και χρησιμοποιεί την κλίμακα Likert όσον αφορά την αξιολόγηση τους με εύρος τιμών από 0 έως 100. Στο δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου αξιολογείται η ποιότητα της συνεργασίας μεταξύ επαγγελματιών υγείας με την κλίμακα 5 σημείων (με το 1 ως πολύ χαμηλή ποιότητα και το 5 ως πολύ ψηλή). Στο τρίτο μέρος αξιολογούνται πιθανά εμπόδια ως προς τη συνεργασία με την κλίμακα 4 σημείων (με το 1 δεν είναι εμπόδιο και το 4 είναι μεγάλο εμπόδιο) (Weaver *et al.*, 2015).

- ***Η κλίμακα Nurse–Physicians Collaboration Scale (NPCS) (Ushiro, 2009).***  
Αποτελείται από 27 στοιχεία-ερωτήσεις με κλίμακα αξιολόγησης Likert 5 βαθμών που ζητά από τους ερωτηθέντες να υποδείξουν τον βαθμό στον οποίο (από ποτέ, έως πάντα) εμφανίζονται συγκεκριμένες συμπεριφορές συνεργασίας. Ο Ushiro περιγράφει τη συνεργασία ως «ενέργειες που σχετίζονται με την ανταλλαγή πληροφοριών σχετικά με ασθενείς, συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη φροντίδα των ασθενών και παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας στους ασθενείς από μια προοπτική που έχει ως επίκεντρο τον ασθενή» (Ushiro, 2009). Σύμφωνα με τον δημιουργό του εργαλείου, οι τρεις διαστάσεις του NPCS αντικατοπτρίζουν τους περισσότερους ορισμούς της συνεργασίας που υπάρχουν στη βιβλιογραφία: 1) κοινή συμμετοχή στη διαδικασία λήψης αποφάσεων θεραπείας/φροντίδας, 2) ανταλλαγή πληροφοριών για τους ασθενείς και 3) συνεργατικότητα.
- ***Η κλίμακα Collaboration & Satisfaction About Care Decisions (CSACD) (Baggs, 1994).*** Η κλίμακα μελέτα τη συνεργασία ιατρών και νοσηλευτών και τη διαδικασία λήψης κλινικών αποφάσεων που αφορούν τη φροντίδα του ασθενή, ενώ, παράλληλα, αξιολογά και την ικανοποίηση από τη συνεργασία. Αποτελείται συνολικά από 10 ερωτήσεις που απαντώνται σε επτάβαθμη κλίμακα αξιολόγησης Likert. Οι 6 ερωτήσεις αφορούν τις αντιλήψεις των νοσηλευτών από τη συνεργασία τους με τους ιατρούς και τη διαδικασία λήψης αποφάσεων για τη φροντίδα του ασθενή. Δύο ερωτήσεις σχετίζονται με την ικανοποίηση των νοσηλευτών από τη συνεργασία τους με τους ιατρούς. Μια ερώτηση η οποία αναφέρεται γενικά στην έννοια της συνεργασίας και τέλος μια ερώτηση η οποία διερευνά την πρόθεση των νοσηλευτών για αποχώρηση από τη θέση εργασίας τους εξαιτίας κάποιου περιστατικού που συνέβη με ιατρό. Σε μεταγενέστερη έρευνα, ο συγγραφέας ανέφερε κάποια θετική συσχέτιση μεταξύ των βαθμολογιών CSACD και την έκβαση των ασθενών. Από την ανάπτυξή του το 1994, αυτό το όργανο έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως και έχει προσαρμοστεί και σε άλλες συνθήκες γι' αυτό και αξιολογείται ως κατάλληλο τόσο για διεπαγγελματική εκπαίδευση καθώς και για περιβάλλοντα πρακτικής (Baggs, 1999).

- ***To εργαλείο Jefferson scale of attitudes toward physician-nurse collaboration (JSAPNC)*** (Hojat et al, 1999). Αυτό το εργαλείο αναπτύχθηκε για να μετρήσει τις στάσεις ή τον προσανατολισμό προς τη συνεργασία ιατρών-νοσηλευτών. Το εργαλείο αυτό χρησιμοποιήθηκε για τη μέτρηση της αντίληψης τόσο των ιατρών όσο και των νοσηλευτών αναφορικά με τη συνεργασία των δύο ομάδων. Αποτελείται από 15 ερωτήσεις και χρησιμοποιεί την κλίμακα Likert όσον αφορά την αξιολόγηση τους με εύρος τιμών 1 (διαφωνώ απολύτως) ως 4 (συμφωνώ απολύτως). Όσο μεγαλύτερο το συνολικό σκορ, τόσο θετικότερη η αντίληψη σχετικά με τη συνεργασία. Η συνολική βαθμολογία είναι το άθροισμα όλων των βαθμολογιών των στοιχείων. Όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία, τόσο περισσότερες θετικές στάσεις απέναντι στη συνεργασία ιατρού-νοσηλευτή. Η δημιουργία του εργαλείου βασίστηκε σε τέσσερις παράγοντες που επηρεάζουν τη στάση ιατρών-νοσηλευτών σε σχέση με τη συνεργασία. Στην κυριαρχία των ιατρών (ερωτήσεις 8 και 10)· οι οποίες βαθμολογούνται αντιστρόφως (Συμφωνώ απόλυτα =1 Διαφωνώ απόλυτα =4). Ενώ η αυτονομία των νοσηλευτών (ερωτήσεις 5, 11 και 13) η εκπαίδευση και ομαδική εργασία (ερωτήσεις 1, 3, 6, 9, 12, 14 και 15) και η φροντίδα έναντι θεραπείας (ερωτήσεις 2, 4, 7), βαθμολογούνται απευθείας στην κλίμακα Likert (Διαφωνώ απόλυτα=1 έως Συμφωνώ απόλυτα=4).

#### **2.4.2 Εργαλεία για τη διερεύνηση της Εργασιακής ικανοποίησης**

- ***To Job Satisfaction Survey (JSS)***. Μια από τις δημοφιλέστερες κλίμακες αξιολόγησης της εργασιακής ικανοποίησης είναι η Job Satisfaction Survey (JSS), την οποία δημιούργησε το 1985 ο Spector και η οποία αν και αρχικά χρησιμοποιήθηκε στις κοινωνικές υπηρεσίες αργότερα επεκτάθηκε και σε άλλους οργανισμούς. Στην κλίμακα αυτή αξιολογούνται εννέα παράγοντες, ο συνδυασμός των οποίων διαμορφώνει και το αποτέλεσμα της συνολικής ικανοποίησης από την εργασία. Έτσι, έχουμε τον παράγοντα του μισθού, της προαγωγής, της εποπτείας επίβλεψης, των προνομίων, των ενδεχόμενων ανταμοιβών (όχι απαραίτητα χρηματικών), των συνθηκών λειτουργίας, των συναδέλφων, της φύσης της εργασίας και της επικοινωνίας. Καθένας από τους προαναφερθέντες παράγοντες

αποτελείται από τέσσερα στοιχεία, με το σύνολο των στοιχείων της κλίμακας να ανέρχονται σε τριάντα έξι, ενώ οι συμμετέχοντες απαντούν με τη χρήση της εξαβάθμιας κλίμακας του Likert για την εργασιακή ικανοποίηση (Spector, 1997).

- **Job Descriptive Index (JDI).** Ένα εξίσου δημοφιλές ερωτηματολόγιο είναι το JDI που δημιούργησαν οι Smith, Kendal και Hulin. Σε αυτή την κλίμακα που περιλαμβάνει εβδομήντα δύο ερωτήσεις αξιολογούνται οι εξής πέντε παράμετροι: η εργασία, οι σχέσεις με τον προϊστάμενο, ο μισθός, οι συναδελφικές σχέσεις και η προαγωγή. Κάθε ερώτηση περιγράφει μέσω μιας μικρής πρότασης ορισμένες όψεις της εργασίας (Spector, 1997). Αν και εστιάζει σε πέντε μόνο τομείς της εργασίας, είναι ιδιαίτερα αξιόπιστη καθώς έχει ευρεία χρήση σε πλήθος ερευνών. Παρ' όλα αυτά, το 1989 έγινε μια προσπάθεια βελτίωσής της από τον Roznowski, ο οποίος με τη χρήση πιο εξελιγμένων στατιστικών μεθόδων στόχευσε στην αύξηση της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας της (Ironson et al., 1989).
- **Job in General Scale (JGS).** Η κλίμακα JGS δημιουργήθηκε από τον Ironson και τους συνεργάτες του στηριζόμενη στην JDI. Η βασική διαφορά των δύο είναι ότι σε αντίθεση με την JDI που εστιάζει στην περιγραφή ορισμένων θέσεων της εργασίας, η JGS εστιάζει στα συναισθήματα που έχουν οι συμμετέχοντες για την εργασία τους. Θεωρείται μια αρκετά έγκυρη και αξιόπιστη κλίμακα και επιπλέον έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες και διαλέκτους. Για τη διαμόρφωση μιας ολοκληρωμένης εικόνας για την εργασιακή ικανοποίηση, οι δύο κλίμακες εφαρμόζονται μαζί και περιλαμβάνουν ένα σύνολο ενενήντα ερωτήσεων. (Κουλάκογλου, 1998)
- Το ερωτηματολόγιο εργασιακής ικανοποίησης της Minnesota (**Minnesota Satisfaction Questionnaire ή MSQ**). Το 1969 οι Weiss, Lofquist και Dawis σχεδίασαν ένα ερωτηματολόγιο προκειμένου να μετρήσουν την εργασιακή ικανοποίηση. Το ερωτηματολόγιο στην μεγάλη του εκδοχή αποτελείται από εκατό ερωτήσεις και στην σύντομη από είκοσι και λαμβάνει υπόψη είκοσι παράγοντες μεταξύ των οποίων είναι η ικανότητα, το επίτευγμα, η εξέλιξη, η εξουσία, οι συνάδελφοι, η ανεξαρτησία κ.α. Η χρήση της συγκεκριμένης μεθόδου είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη καθώς βρίσκει εφαρμογή σε πληθώρα οργανισμών και

αξιολογεί την εργασιακή ικανοποίηση διευθυντών και υπαλλήλων (Weiss et al., 1967).

- **McCloskey/Mueller Satisfaction Scale (MMS)**, ένα ερωτηματολόγιο το οποίο έχει σχεδιαστεί για τη μέτρηση της εργασιακής ικανοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού. Βασισμένο στην πενταβάθμια κλίμακα Likert, μέσα από ένα σύνολο τριάντα μία ερωτήσεων μελετά οκτώ παραμέτρους, όπως οι αμοιβές, η ικανοποίηση από την εργασία, οι συναδελφικές σχέσεις, η αναγνώριση κ.α. (Van-Saane et al., 2003).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΚΥΠΡΟΥ

### 3.1 Εισαγωγή

Τα πρώτα νοσοκομεία στην Κύπρο ιδρύθηκαν στην αρχική περίοδο της Αγγλοκρατίας την περίοδο 1878 – 1883 και ήταν τα νοσοκομεία Λεμεσού, Λάρνακας, Αμμοχώστου και Πάφου. Το 1890 αποπερατώθηκε και λειτούργησε το νοσοκομείο Λευκωσίας και το 1898 το νοσοκομείο Κερύνειας. Το ελάχιστο νοσηλευτικό προσωπικό που υπηρετούσε στα αρχικά στάδια ήταν από την Αγγλία και τη νοσηλευτική διοίκηση. Στα νοσοκομεία ασκούσαν Αγγλίδες νοσηλεύτριες με τη στήριξη φροντιστών. Από το 1897, με την ίδρυση του αποικιακού νοσηλευτικού συνδέσμου, μέχρι το 1955 η νοσηλευτική εκπαίδευση διεξαγόταν στο Γ.Ν Λευκωσίας, στην Αγγλία και στη Βηρυτό. Το 1944 ιδρύθηκε η νοσηλευτική σχολή στην Κύπρο, η οποία παρείχε εκπαίδευση αρχικά σε βοηθούς νοσοκόμους. Από την ίδρυση της Κυπριακής Δημοκρατίας και έπειτα, τις νοσηλευτικές διευθύνσεις ανέλαβαν σταδιακά κύπριες/οι νοσηλεύτές/τριες. Σημειώνεται ότι μέχρι και τις αρχές της δεκαετίας του 2000-2010 οι νοσηλευτικές διευθύνσεις των κρατικών νοσηλευτηρίων υπάγονταν, σε επίπεδο νοσηλευτηρίου, στον επαρχιακό ιατρικό λειτουργό και κεντρικά στη διεύθυνση ιατρικών υπηρεσιών και υπηρεσιών δημόσιας υγείας του Υπουργείου Υγείας .

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζεται ο τρόπος λειτουργίας που διέπει το υγειονομικό σύστημα της Κύπρου κατά την περίοδο διεξαγωγής της μελέτης (2016-2018), αφού η δομή του συστήματος υγείας και η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας θεωρούνται καθοριστικοί παράγοντες για το υπό μελέτη θέμα. Οι πληροφορίες που παρέχονται στο κεφάλαιο αυτό, αναφέρονται μόνο στην υγειονομική κατάσταση της ελεγχόμενης περιοχής κυβέρνησης της Κυπριακής Δημοκρατίας (δηλαδή στο νότιο τμήμα του νησιού), αφού δεν δύναται η πρόσβαση στα σχετικά δεδομένα υγειονομικής περίθαλψης της περιοχής του νησιού, η οποία τελεί υπό κατοχή από την Τουρκία, από το 1974.

Θα αναφερθούμε στις αλλαγές που έγιναν στον τομέα της υγείας με την εφαρμογή του Γενικού Συστήματος Υγείας και τη διαδικασία που ακολουθήθηκε για την αυτονόμηση των δημόσιων νοσηλευτηρίων. Ο λόγος αναφοράς του νέου συστήματος υγείας είναι ότι κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της μελέτης γίνονταν οι προετοιμασίες για την εισαγωγή του γενικού συστήματος, οπότε επικρατούσε μία μεταβατική κατάσταση αβεβαιότητας

και ανακατατάξεων που θα μπορούσε να έχει επηρεάσει τους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας. Επιπρόσθετα, γίνεται αναφορά στα δημόσια νοσηλευτήρια της Κυπριακής Δημοκρατίας, με έμφαση στα νοσοκομεία που συμπεριλήφθηκαν στη συγκεκριμένη μελέτη και τις προκλήσεις που είχαν να αντιμετωπίσουν καθώς και το περιβάλλον στα Δημόσια Νοσηλευτήρια όπως έχει διαμορφωθεί σήμερα.

Στην Κύπρο, το ποσοστό των δημοσίων δαπανών για την υγεία, δεν ξεπερνά το 10% και είναι ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) (OECD, 2020). Η Κύπρος βρίσκεται, επίσης, και στην τελευταία βαθμίδα επενδύσεων κεφαλαίου στον τομέα της υγείας, αφού το 2018, επενδύθηκε ποσό λιγότερο από 0,2% του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος (ΑΕΠ) σε κεφαλαιουχικές υποδομές και εξοπλισμό στον τομέα της υγείας, ενώ το Βέλγιο και η Αυστρία που είχαν την πρωτιά, είχαν διαθέσει περίπου 0,7% του ΑΕΠ τους (OECD, 2020). Ενδεικτικά, οι πληρωμές χρηστών (out-of-pocket) αποτέλεσαν την κύρια πηγή χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης (57 % έναντι 43 % δημόσιας χρηματοδότησης) το 2018. Την ίδια περίοδο, η συνολική δαπάνη για την υγεία της Κύπρου (THE) ως ποσοστό του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ) ήταν 6,7 %, η οποία εκείνη την εποχή κατατάσσονταν μεταξύ των χαμηλότερων στην Ευρώπη (Petrou, 2021a). Οι συνολικές δαπάνες υπηρεσιών υγείας για το 2020 υπολογίστηκαν στα €1.810,24 εκ. από τα οποία €1.393,36 εκ. αφορούσαν δαπάνες του δημόσιου τομέα και €416,88 εκ. του ιδιωτικού τομέα. Οι συνολικές δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ) για το 2020 ήταν 8,3%, ενώ το 2019 ήταν 7,1%. Οι τρέχουσες δαπάνες υπηρεσιών υγείας για το 2020 υπολογίστηκαν στα €1.749,64 εκ. από τα οποία €1366,86 εκ. αφορούσαν δαπάνες του δημόσιου τομέα και €382,78 εκ. του ιδιωτικού τομέα. Οι τρέχουσες δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ ήταν για το 2020 8,0%, ενώ για το 2019 ήταν 6,9%. Η Κύπρος βρίσκεται στη 14η θέση των χωρών της ΕΕ και είναι κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ, που διαμορφώνεται στο 10,4%. (Στατιστικές υγείας και νοσοκομείων, Κυπριακή Δημοκρατία 2020).

### **3.1 Η λειτουργία του συστήματος υγείας της Κύπρου**

Το σύστημα υγείας της Κύπρου είναι μεικτό, γιατί συνυπάρχουν δύο παράλληλοι τομείς παροχής υπηρεσιών: ο δημόσιος και ο ιδιωτικός τομέας. Στην Κύπρο κατά την περίοδο διεξαγωγής της μελέτης δεν υπήρχε εθνικό σύστημα υγείας με καθολική κάλυψη του πληθυσμού. Συγκεκριμένα, μέχρι το 2019 το κυπριακό τοπίο υγειονομικής περίθαλψης

αποτελούνταν από δύο κατακερματισμένους τομείς υγείας που λειτουργούσαν με παράλληλο και ασυντονιστο τρόπο, τον κερδοσκοπικό ιδιωτικό τομέα και τον αυστηρά ρυθμιζόμενο δημόσιο τομέα (Theodorou *et al.*, 2012). Η έλλειψη συντονισμού μεταξύ των δύο τομέων, οδήγησε σε εξαιρετικά αναποτελεσματικό σχεδιασμό χωρητικότητας τόσο από πλευράς ανθρώπινου δυναμικού όσο και υποδομών π.χ. πληθώρα απεικονιστικών κέντρων και σπανιότητα σε ορισμένες ειδικότητες, όπως οι γενικοί ιατροί (Petrou, 2021b). Η κατάσταση στον τομέα της υγείας επιδεινώθηκε μετά την οικονομική κρίση του 2013, η οποία οδήγησε πολλούς επαγγελματίες υγείας να εγκαταλείψουν τον δημόσιο τομέα (πρόωρη συνταξιοδότηση) λόγω μειώσεων μισθών και αβεβαιότητας σχετικά με το καθεστώς απασχόλησής τους ως μόνιμοι δημόσιοι υπάλληλοι. Η κατάσταση επιδεινώθηκε περαιτέρω αφού το μνημόνιο επέβαλε το πάγωμα των προσλήψεων στον δημόσιο τομέα έως το 2016, γεγονός που αύξησε τις λίστες αναμονής και άσκησε ακόμη μεγαλύτερη πίεση (Petrou, 2021b).

Ο Δημόσιος τομέας τύγχανε αποκλειστικής διαχείρισης από το Υπουργείο Υγείας, το οποίο ήταν υπεύθυνο για τη διασφάλιση της προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας από όλους τους δικαιούχους. Το σύστημα υγείας στον δημόσιο τομέα χρηματοδοτείτο αποκλειστικά από τον κρατικό προϋπολογισμό. Υπό το πρίσμα αυτό, το Υπουργείο Υγείας ήταν υπεύθυνο για τον προγραμματισμό, την οργάνωση, τη διοίκηση και τη νομοθέτηση του τομέα της υγείας, καθώς, επίσης, και για την παροχή υπηρεσιών από κέντρα υγείας και τα νοσοκομεία τα οποία βρίσκονταν υπό τον άμεσο έλεγχό του. Είχε κάτω από τον έλεγχό του δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, εξειδικευμένων υπηρεσιών, διαγνωστικών εξετάσεων, παραϊατρικών υπηρεσιών, επειγόντων υπηρεσιών, νοσοκομειακής φροντίδας, φαρμακευτικής φροντίδας, οδοντιατρικής φροντίδας, υπηρεσιών αποκατάστασης και κατ' οίκον φροντίδας. Οι υπηρεσίες υγείας στον δημόσιο τομέα παρέχονταν από 5 περιφερειακά νοσοκομεία και ένα παιδιατρικό/ γυναικολογικό νοσοκομείο, 3 μικρά αγροτικά νοσοκομεία και 38 κέντρα υγείας, μαζί με 230 αγροτικά κέντρα με περιοδεύουσα ιατρική ομάδα. Επιπλέον, το Υπουργείο εφάρμοζε σχέδια επιδότησης ασθενών στο εξωτερικό υπό συγκεκριμένους όρους και προϋποθέσεις.

Ο Ιδιωτικός τομέας χρηματοδοτείται ως επί το πλείστον από πληρωμές των χρηστών και οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται από τα ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές, από τα εργαστηριακά και ακτινοδιαγνωστικά κέντρα, τα φαρμακεία και άλλους ανεξάρτητους

επαγγελματίες, υπό τον έλεγχο, τη νομοθετική ρύθμιση και την αδειοδότηση του Υπουργείου Υγείας (Υπουργείο Υγείας, 2018).

Σύμφωνα με την έκθεση «Στατιστικές Υγείας και Νοσοκομείων» του τμήματος Στατιστικής Υπηρεσίας (Κυπριακή Δημοκρατία 2017), η δυναμικότητα των νοσοκομειακών κλινών κατά το τέλος του έτους 2015 στην Κυπριακή Δημοκρατία ανήλθε σε 3116 κλίνες, εκ των οποίων οι 1755 λειτουργούσαν στον δημόσιο τομέα και οι 1361 στον ιδιωτικό τομέα. Ωστόσο, από το σύνολο των 3057 ιατρών της χώρας, μόνο το 30/8% (942) απασχολείται στον δημόσιο τομέα, ενώ στον ιδιωτικό απασχολείται το 69,2% (2115). Αναφορικά με την απασχόληση των νοσηλευτών, κατά τη διάρκεια του 2015 είχαμε 3342 νοσηλευτές διαφόρων βαθμίδων στον δημόσιο τομέα της Κυπριακής Δημοκρατίας, ενώ μόνο 1.175 νοσηλευτές απασχολούνταν στον ιδιωτικό τομέα (Κυπριακή Δημοκρατία, 2017).

Σύμφωνα με την έκθεση της Στατιστικής Υπηρεσίας Κύπρου (Κυπριακή Δημοκρατία 2017), τα δημόσια νοσηλευτήρια και οι νοσοκομειακές κλίνες που είχαν στο τέλος του 2015 ήταν:

- Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας (496 κλίνες),
- Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού (408 κλίνες),
- Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας (201 κλίνες),
- Γενικό Νοσοκομείο Πάφου (154 κλίνες) και
- Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου (96 κλίνες).

Η μέση διάρκεια νοσηλείας των ασθενών στα νοσοκομεία αυτά κατά το 2016, ήταν 4,7 ημέρες, ενώ οι ασθενείς που εισήχθησαν στο Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας και στο Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού παρέμειναν κατά μέσο όρο περισσότερες μέρες (5,4 και 4,5 ημέρες αντίστοιχα) σε σχέση με τις μέρες που παρέμειναν οι ασθενείς στα άλλα 3 νοσοκομεία (Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου Υπηρεσίες, 2018).

Συνολικά, καταγράφηκαν 1.796.654 επισκέψεις ασθενών κατά τη διάρκεια του 2016 σε όλα τα νοσηλευτήρια και κέντρα υγείας της Κυπριακής Δημοκρατίας (Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου, 2018).

Για την κάλυψη του κόστους των επισκέψεων και δραστηριοτήτων στον τομέα των υπηρεσιών φροντίδας υγείας στην Κύπρο (δημόσιο και ιδιωτικό τομέα), υπήρχαν πέντε διαφορετικοί τρόποι κάλυψης του κόστους της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης:

### **3.1.1 Η δωρεάν κάλυψη από το κράτος.**

Η δωρεάν κάλυψη αναφερόταν για φροντίδα στα Δημόσια Νοσηλευτήρια και δημόσιες δομές υπηρεσιών του κράτους από πολίτες που ήταν κάτοχοι κάρτας νοσηλείας. Η κάρτα νοσηλείας δινόταν μετά από έλεγχο εισοδηματικών και άλλων ειδικών κριτηρίων (δηλαδή εισόδημα κάτω από €19.500, ή για οικογένεια κάτω από €37.000 αυξανόμενο κατά €1700 ανά εξαρτώμενο τέκνο). Για την επίσκεψη σε εξωτερικό ιατρείο, υπήρχε ένα μικρό τέλος εγγραφής €3 για γενικό ιατρό και παιδίατρο και €6 για ειδικό ιατρό. Για την επίσκεψη στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών και Ατυχημάτων το τέλος ήταν €10.

Από 1η Αυγούστου 2013, είχαν τεθεί σε ισχύ νέες ρυθμίσεις, που αφορούσαν την παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στα κρατικά νοσηλευτήρια και περιλάμβαναν νέες προϋποθέσεις για εξασφάλιση ταυτοτήτων νοσηλείας, διαφοροποίηση των εισοδηματικών κριτηρίων, εισαγωγή νέων τελών για φάρμακα και εργαστηριακές εξετάσεις καθώς και αύξηση των τελών που καταβάλλονται για τις παρεχόμενες υπηρεσίες (ΚΔΠ 143, 2013).

Δωρεάν ιατροφαρμακευτική φροντίδα υγείας στα δημόσια νοσηλευτήρια παρεχόταν μόνο σε ειδικές κατηγορίες δικαιούχων (ανάπηροι αγώνων, εξαρτώμενοι αγνοουμένων, ή πεσόντων, αιχμάλωτοι πολέμου του 1974 και οι εξαρτώμενοί τους, ομάδες μεταναστών, αιτητές πολιτικού ασύλου, πολιτικοί πρόσφυγες κ.α.).

Επιπλέον, φροντίδα υγείας παρεχόταν και σε πολίτες άλλων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης κάτοχων Ευρωπαϊκής κάρτας νοσηλείας ή άλλου εγγράφου ταυτοποίησης του δικαιώματος αυτού. Το ίδιο δικαίωμα για δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στην Ευρωπαϊκή Ένωση, είχαν και όλοι οι Κύπριοι πολίτες σε θέματα υγείας, ενώ βρίσκονται

στο εξωτερικό. Για τη χρήση του δικαιώματος αυτού, πρέπει να έχουν εξασφαλίσει την Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης Ασθενών (ΕΚΑΑ).

### **3.1.2 Παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης επί πληρωμή, ανά πράξη**

Για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στον δημόσιο τομέα σε περίπτωση που τα εισοδήματα ήταν περισσότερα από αυτά που καθορίζονταν για τους δικαιούχους κάρτας νοσηλείας, ο ασθενής κατέβαλε ο ίδιος το κόστος για τις παρεχόμενες υπηρεσίες σύμφωνα με σχετική τιμολόγηση από το λογιστήριο του νοσοκομείου για τις παρεχόμενες υπηρεσίες σύμφωνα με τον Περί Κυβερνητικών Ιατρικών Ιδρυμάτων και Υπηρεσιών Γενικοί Τροποποιητικοί Κανονισμοί (ΚΔΠ 143, 2013).

Το ίδιο γινόταν και για τον ιδιωτικό τομέα εάν κάποιος χρειαζόταν υπηρεσίες φροντίδας υγείας, το κόστος φροντίδας επιβάρυνε τους ίδιους αποκλειστικά και η τιμή καθοριζόταν από τον πάροχο υπηρεσιών υγείας, τα οποία ρυθμιζόνταν και ελέγχονταν από το Υπουργείο Υγείας.

### **3.1.3 Σχέδιο ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης εργοδοτών και εργατικών συνδικαλιστικών οργανώσεων**

Τα σχέδια αυτά λειτουργούσαν είτε από τους ίδιους τους εργοδότες είτε από εργατικές συνδικαλιστικές οργανώσεις και ορισμένα ήταν δωρεάν ή σε άλλα πλήρως μικρή συνεισφορά από τις απολαβές τους. Η κάλυψη ίσχυε τόσο για τους ίδιους τους εργαζόμενους, όσο και για τα εξαρτώμενά τους.

Για τα σχέδια που αφορούσαν τον δημόσιο τομέα και τους ημικρατικούς οργανισμούς, γινόταν με εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων στο σχέδιο κοινωνικής ασφάλισης για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και η φροντίδα παρεχόταν από τα δημόσια νοσηλευτήρια.

Τα σχέδια που αφορούσαν τον ιδιωτικό τομέα κυρίως προσφέρονταν από συνδικαλιστικές οργανώσεις της Κύπρου Συνομοσπονδία Εργαζομένων Κύπρου (ΣΕΚ), Παγκύπρια Εργατική Ομοσπονδία (ΠΕΟ) και Δημοκρατική Εργατική Ομοσπονδία Κύπρου (ΔΕΟΚ). Οι εργαζόμενοι έπρεπε να ήταν μέλη της συντεχνίας και πλήρως επιδοτημένη τιμή για την επίσκεψη σε επαγγελματίες υγείας που ήταν συμβεβλημένοι μαζί τους.

### **3.1.4 Ασφαλιστικά Σχέδια Ιατροφαρμακευτική Περίθαλψης**

Στα σχέδια αυτά η κάλυψη της φροντίδας υγείας παρέχεται από ασφαλιστικά σχέδια ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Ο ενδιαφερόμενος πληρώνει μηνιαίο τέλος στην ασφαλιστική εταιρεία και, ανάλογα, η εταιρεία καλύπτει το κόστος φροντίδας ή πληρώνει το κόστος ο ασθενής και του επιστρέφεται το ποσό, είτε ολόκληρο ή μέρος αυτού σύμφωνα με το ασφαλιστικό σχέδιο και την κάλυψη που προβλέπει.

### **3.1.5 Το Σχέδιο Παροχής Οικονομικής Αρωγής από το κράτος**

Το σχέδιο κάλυπτε υπηρεσίες υγείας που δεν προσφέρονταν στον δημόσιο τομέα ή δεν μπορούσαν να καλυφθούν μέσα στα χρονικά όρια που από ιατρικής άποψης επέβαλλε η κατάσταση της υγείας του ασθενούς. Το σχέδιο ισχύει για πολίτες της Κυπριακής Δημοκρατίας που διέμεναν μόνιμα στην Κύπρο ή για υπηκόους κρατών μελών για τους οποίους ίσχυαν οι διατάξεις των πράξεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΚ) αρ. 883/2004 και (ΕΚ) αρ. 1386/2001 για μόνιμους κατοίκους Κύπρου. Η επιδότηση μπορεί να ήταν πλήρης ή μερική, λαμβάνοντας υπόψη τα εισοδηματικά κριτήρια.

Σήμερα, μετά την εφαρμογή του Γενικού Συστήματος Υγείας, το δικαίωμα αυτό για επιδότησης ασθενών από το κράτος για ειδικότητες και υπηρεσίες είναι σε ισχύ και καλύπτει όλους τους Κύπριους πολίτες τόσο για θεραπεία στο εξωτερικό όσο και για ειδικότητες που δεν προσφέρονται στην Κύπρο.

Ο Ιδιωτικός τομέας χρηματοδοτείται ως επί το πλείστον από πληρωμές των χρηστών και οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται από τα ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές, από τα εργαστηριακά και ακτινοδιαγνωστικά κέντρα, τα φαρμακεία και άλλους ανεξάρτητους επαγγελματίες, υπό τον έλεγχο, τη νομοθετική ρύθμιση και την αδειοδότηση του Υπουργείου Υγείας (Υπουργείο Υγείας, 2018).

Ο περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμος ψηφίστηκε το 2017 και άμεσα το Υπουργείο Υγείας κινητοποιήθηκε εντατικά στην εφαρμογή νέου Συστήματος Υγείας (ΓεΣΥ). Το νέο σύστημα συγκεντρώνει χρηματοδότηση από υποχρεωτική εισφορά ασφάλισης υγείας και παρέχει περιεκτική ιατρική φροντίδα στο σύνολο του πληθυσμού για όλα τα επίπεδα υγειονομικής περίθαλψης, ενώ τα βασικά χαρακτηριστικά του είναι η αποδοτικότητα στην παράδοση, τα υψηλά επίπεδα υπηρεσιών και η συγκράτηση του κόστους.

### **3.3 Εφαρμογή Γενικού Συστήματος Υγείας στην Κύπρο-Αυτονόμηση δημόσιων νοσηλευτηρίων**

Ο στόχος αυτής της μεταρρύθμισης είναι να επιτρέψει στο Υπουργείο Υγείας (ΥΥ) να επικεντρωθεί στην κύρια, ρυθμιστική του αποστολή και να εγκαταλείψει τους άλλους δύο αντικρουόμενους ρόλους, του πληρωτή και του παρόχου (Petrrou, 2021b). Τοποθετώντας τον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα κάτω από το ίδιο καθεστώς δημιουργώντας ένα εντελώς νέο και ανταγωνιστικό περιβάλλον υγείας, όπου οι δύο τομείς θα ανταγωνίζονται μεταξύ τους για ασθενείς, με βάση την ποιότητα. Έχοντας ως απώτερο σκοπό να εξαλείψει την ανισότητα, να προστατεύσει τους δικαιούχους από υπερβολικές δαπάνες για την υγεία και να προσφέρει όλο το φάσμα των υπηρεσιών υγείας, διαφυλάσσοντας παράλληλα την ποιότητα μέσω του ιατρικού ελέγχου και της εκτεταμένης χρήσης των κλινικών οδηγιών (Petrrou, 2021b).

Στόχος του Γενικού Συστήματος Υγείας είναι η παροχή καθολικής κάλυψης των αναγκών του πληθυσμού, η βελτίωση της πρόσβασης και η αντιμετώπιση της ανεπάρκειας παροχής υπηρεσιών που υπήρχε. Βάση του νέου συστήματος αρκετές από τις αρμοδιότητες του Υπουργείου Υγείας αναλαμβάνει πλέον ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ), ο οποίος αποτελεί τον μοναδικό αγοραστή υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Ο ΟΑΥ συμβάλλεται με επαγγελματίες υγείας (παροχείς) και νοσηλευτήρια (οντότητες), από τον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα. Ο ΟΑΥ είναι ένα νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου και διευθύνεται από το Διοικητικό Συμβούλιο, στο οποίο σύμφωνα με τον Νόμο 89(I)/2001, συμμετέχουν με εκπρόσωπο η κυβέρνηση, οι εργοδότες και οι εργαζόμενοι.

Μέχρι το τέλος του 2018, τα δημόσια νοσηλευτήρια στην Κύπρο τελούσαν τη λειτουργία τους υπό το καθεστώς του Υπουργείου Υγείας. Από την 1<sup>η</sup> Ιανουαρίου 2019, μετά την ψήφιση του Νόμου 73(I)/2017, για τη δημιουργία του Οργανισμού Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας (ΟΚΥπΥ), κάποιες αρμοδιότητες του Υπουργείου, έχουν μεταβιβαστεί στον ΟΚΥπΥ. Ο ΟΚΥπΥ είναι νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου και έχει αναλάβει την αυτονόμηση των δημόσιων νοσηλευτηρίων, την προώθηση και ανάπτυξη του, καθώς και τη διαχείριση, τον έλεγχο και την εποπτεία των κρατικών νοσηλευτηρίων, δομών, κέντρων υγείας και άλλων κρατικών υπηρεσιών φροντίδας υγείας.

Με την αυτονόμησή των δημόσιων νοσηλευτηρίων, η μορφή της δομής τους διαφοροποιήθηκε. Με βάση τις πρόνοιες της νομοθεσίας δημιουργήθηκαν τρεις διευθύνσεις, με δημιουργία θέσεων εκτελεστικών και οικονομικών διευθύνσεων για κάθε μία. Μέλος της διευθυντικής ομάδας κάθε διεύθυνσης, είναι και ο Επιστημονικός Διευθυντής και στη θέση αυτή έχουν διοριστεί ιατρικοί Διευθυντές των Νοσοκομείων, με πολλά χρόνια προϋπηρεσίας στη Δημόσια Υπηρεσία. Τα 8 κρατικά νοσηλευτήρια είχαν χωριστεί στις πιο κάτω Διευθύνσεις, ανάλογα με τη γεωγραφική περιφέρεια πληθυσμού που εξυπηρετούσαν.

- Διεύθυνση Λευκωσίας (Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας και ΝΑΜ ΙΙΙ),
- Διεύθυνση Λεμεσού – Πάφου (Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού, Γενικό Νοσοκομείο Πάφου, Νοσοκομείο Τροόδους και Νοσοκομείο Πόλης Χρυσοχούς)
- Διεύθυνση Λάρνακας- Αμμοχώστου (Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας και Γενικό Νοσοκομείο Αμμοχώστου).

Επιπρόσθετα λειτουργούν οι πιο κάτω διευθύνσεις:

- Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας,
- Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας και
- Διεύθυνση Υπηρεσίας Ασθενοφόρων.

Κατά τη διαδικασία αυτής της μεταρρύθμισης, τα δημόσια νοσηλευτήρια πρέπει να είναι έτοιμα να ανταγωνιστούν τις ιδιωτικές κλινικές και τα άλλα νοσηλευτήρια σε σχέση με την προσφορά υπηρεσιών, την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα (Council of the European Union 2019, OECD 2019).

Σύμφωνα με την έκθεση «Στατιστικές Υγείας και Νοσοκομείων» του τμήματος Στατιστικής Υπηρεσίας (Κυπριακή Δημοκρατία 2020), προκύπτουν τα ακόλουθα :

### **Νοσοκομειακές κλίνες**

Κατά το 2020 ο συνολικός αριθμός των νοσοκομειακών κλινών ήταν 2.826. Από αυτές 1.473 λειτουργούσαν στον δημόσιο τομέα (ΟΚΥΠΥ) (1.319 στα γενικά νοσοκομεία, 51 στα αγροτικά νοσοκομεία και 103 στο Νοσοκομείο Ψυχικής Υγείας) και 1.353 στον ιδιωτικό τομέα. Οι αριθμοί αυτοί δεν περιλαμβάνουν τις κλίνες των Πρώτων Βοηθειών,

της Αιμοκάθαρσης και της Θαλασσαιμίας. Ο αριθμός ατόμων ανά νοσοκομειακή κλίνη υπολογίστηκε σε 316 το 2020, ενώ το 2019 σε 321. Ο αριθμός νοσοκομειακών κλινών ανά νοσηλευτή παρέμεινε σταθερός σε 0,6 το 2020, όπως ήταν και το 2019.

### **Προσωπικό**

Στο ιατρικό προσωπικό ο αριθμός των ιατρών το 2020 ανήλθε στους 4.176 σε σύγκριση με 3.780 το 2019. Ο δημόσιος τομέας αριθμούσε 963 ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων ή ποσοστό 23,1% και ο ιδιωτικός τομέας 3.213 ή ποσοστό 76,9%. Ο αριθμός ατόμων ανά ιατρό ήταν 214 για το 2020 και 233 για το 2019.

Οι οδοντίατροι το 2020 αριθμούσαν σε 936. Ο δημόσιος τομέας απασχολούσε 38 οδοντίατρος και ο ιδιωτικός τομέας 898. Ο αριθμός ατόμων ανά οδοντίατρο υπολογίστηκε σε 953 το 2020.

Το Νοσηλευτικό προσωπικό κατά το 2020, αποτελείται από 3.519 νοσηλευτές διαφόρων βαθμίδων που απασχολούνται στον δημόσιο τομέα και 1.561 στον ιδιωτικό τομέα, σε σύγκριση με 3.477 και 1.474 αντίστοιχα το 2019. Ο αριθμός των ατόμων ανά νοσηλευτή ήταν 181 το 2020, ενώ το 2019 ήταν 184.

### **Συστήματα χρηματοδότησης**

Κατά το 2020, 78,1% των τρεχουσών δαπανών για την υγεία πληρώθηκαν από τα κρατικά συστήματα χρηματοδότησης και τα υποχρεωτικά συστήματα ασφάλισης υγείας (ΓεΣΥ) κατέχοντας το μεγαλύτερο μερίδιο στη χρηματοδότηση της υγείας. Ακολουθούν οι άμεσες πληρωμές από τα νοικοκυριά με ποσοστό 14,0%, ενώ τα εθελοντικά συστήματα κατέχουν μερίδιο 7,9% (εθελοντικά συστήματα ασφάλισης υγείας και συστήματα χρηματοδότησης από μη κερδοσκοπικά ιδρύματα).

### **Ποσοστό εσωτερικών ασθενών ανά νοσοκομείο**

Τα νοσοκομεία της Λευκωσίας και της Λεμεσού (συμπεριλαμβανομένου του Αγροτικού Νοσοκομείου Κυπερούντας) είχαν μεγαλύτερο ποσοστό εσωτερικών ασθενών σε σύγκριση με τον αντίστοιχο πληθυσμό της επαρχίας τους που ήταν 39,0% η Λευκωσία και 28,0% η Λεμεσός. Το Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας Μακάριος Γ', το Γενικό

Νοσοκομείο Αμμοχώστου και τα νοσοκομεία της Πάφου (συμπεριλαμβανομένου του Αγροτικό Νοσοκομείο Πόλης) είχαν μικρότερο ποσοστό εσωτερικών ασθενών από το ποσοστό πληθυσμού της επαρχίας που ήταν 16,7%, 5,5% και 10,9% αντίστοιχα. Όσον αφορά στα γενικά νοσοκομεία, κατά το 2020, 33,4% των ασθενών νοσηλεύτηκαν και απολύθηκαν από το Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, 10,6% από το Νοσοκομείο Αρχιεπισκόπου Μακαρίου Γ΄ Λευκωσία, 11,6% από το Γενικό Λάρνακας Μακάριος Γ΄, 5,0% από το Γενικό Αμμοχώστου, 27,6% από το Γενικό Λεμεσού και 10,1% από το Γενικό 7 Νοσοκομείο Πάφου. Στα Αγροτικά Νοσοκομεία Κυπερούντας και Πόλης νοσηλεύτηκε το 1,7% του ολικού αριθμού των απολυθέντων ασθενών.

Το ποσοστό καταλήψεως κλινών το 2020 για το Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας ήταν 68,3%, για το Νοσοκομείο Αρχιεπισκόπου Μακαρίου Γ΄ Λευκωσία ήταν 57,5%, για το Γενικό Λάρνακας Μακάριος Γ΄ ήταν 54,8%, για το Γενικό Αμμοχώστου ήταν 55,0%, για το Γενικό Λεμεσού ήταν 70,7% και για το Γενικό Νοσοκομείο Πάφου ήταν 59,6%. Το ποσοστό καταλήψεως κλινών το 2020 για το Αγροτικό Νοσοκομείο Κυπερούντας ήταν 34,3%, ενώ για το Αγροτικό Νοσοκομείο Πόλης ήταν 32,7%.

### **3.4 Προκλήσεις Δημόσιων Νοσηλευτηρίων ΟΚΥπΥ σήμερα**

Μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις που καλούνται να αντιμετωπίσουν τα δημόσια νοσηλευτήρια ΟΚΥπΥ σήμερα, είναι η επιβίωση και η περαιτέρω ανάπτυξή τους στις νέες συνθήκες που διαμορφώθηκαν μετά τη μεταρρύθμιση και την εφαρμογή του Γενικού Συστήματος Υγείας (ΓεΣΥ).

Ο σχεδιασμός του ΓεΣΥ έγινε με τη βοήθεια ειδικών συμβούλων σε θέματα υγείας στη βάση της φιλοσοφίας, της αρχιτεκτονικής και των θεμελιωδών αρχών που καθορίζονται στον Νόμο του 2001 και ενσωματώνει τις βέλτιστες πρακτικές που εισηγείται η Ευρωπαϊκή Επιτροπή όπως αυτές προκύπτουν από την ανάλυση των συστημάτων υγείας των Χωρών Μελών (ΓεΣΥ 2020). Είναι ένα σύγχρονο, ανθρωποκεντρικό σύστημα υγείας που έχει ως κύριο στόχο την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών φροντίδας υγείας στους δικαιούχους.

Κύρια χαρακτηριστικά και βασικές αρχές του ΓεΣΥ είναι η καθολική κάλυψη του πληθυσμού, η ισότιμη μεταχείριση των δικαιούχων, η παροχή ενός ολοκληρωμένου πακέτου υπηρεσιών φροντίδας υγείας, η ελεύθερη επιλογή παροχέα υπηρεσιών φροντίδας

υγείας και η κοινωνική αλληλεγγύη (Επίσημη Εφημερίδα Κυπριακής Δημοκρατίας 2001, ΓεΣΥ 2020).

Η εφαρμογή της παροχής υπηρεσιών του ΓεΣΥ ξεκίνησε την 1<sup>η</sup> Ιουνίου 2019 με την εξωνοσοκομειακή φροντίδα υγείας και σταδιακά εντάχθηκαν και οι υπόλοιπες υπηρεσίες. Κάθε δικαιούχος για να μπορεί να έχει πρόσβαση στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας του ΓΕΣΥ έπρεπε να επιλέξει και να εγγραφεί σε ένα προσωπικό ιατρό ή προσωπικό παιδίατρο (ΠΙ /ΠΠ) της επιλογής του. Στην πρώτη φάση συμπεριλήφθηκε και η εξωνοσοκομειακή φροντίδα από ειδικούς ιατρούς, φαρμακοποιούς και τα κλινικά και ακτινοδιαγνωστικά εργαστήρια (ΓεΣΥ, 2020).

Κατά τη δεύτερη φάση (9/2020) της, εντάχθηκε η ενδονοσοκομειακή φροντίδα υγείας (στον ιδιωτικό τομέα είχε ενταχθεί από τον 6/2020), η φροντίδα στα Τμήματα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών (ΤΑΕΠ), οι υπηρεσίες ασθενοφόρων και οι οδοντιατρικές υπηρεσίες (1 καθαρισμό και αξιολόγηση τον χρόνο) (ΓεΣΥ 2020).

Κατά την τρίτη φάση 12-2020, εντάχθηκαν οι υπηρεσίες νοσηλευτών (γενικής και ψυχικής νοσηλευτικής) για φροντίδα στην κατ' οίκον νοσηλεία, καθώς και άλλοι επαγγελματίες υγείας (φυσιοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, λογοπαθολόγοι και διαιτολόγοι). Μέχρι σήμερα (2025) δεν έχουν ακόμα ενταχθεί οι υπηρεσίες των μαιών, ούτε οι υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδας και αποκατάστασης σε κέντρα/ ιδρύματα αποκατάστασης.

Η μη ένταξη των υπηρεσιών αυτών στο ΓΕΣΥ, επιβαρύνει τα δημόσια νοσηλευτήρια ΟΚΥΠΥ, παρατείνοντας τη διάρκεια νοσηλείας ασθενών που χρήζουν αποκατάστασης με κίνδυνο ανάπτυξης επιπλοκών από την παραμονή τους στο νοσοκομείο. Το ίδιο και η μη ένταξη των μαιών, ζημιώνει τον οργανισμό από τη μη απαίτηση των νοσηλευτικών πράξεων και δραστηριοτήτων που διενεργούν στα πλαίσια της περιγεννητικής φροντίδας εγκύου και νεογνού.

Το περιβάλλον του τομέα υγείας στην Κύπρο άλλαξε σημαντικά λόγω του ΓεΣΥ και ο ΟΚΥΠΥ πλέον βρίσκεται σε ένα ανταγωνιστικό περιβάλλον, όπου ο ασθενής έχει την επιλογή να διαλέξει που θέλει να λάβει τις υπηρεσίες που χρειάζεται. Επιπλέον, με την έναρξη του ΓεΣΥ (2019–2020), παρατηρήθηκε φυγή αρκετών γιατρών και μερικών νοσηλευτών από τα δημόσια νοσηλευτήρια με σκοπό να ιδιωτεύσουν.

Ένα ακόμα πλήγμα για τα δημόσια νοσηλευτήρια ΟΚΥπΥ το 2020 ήταν και η πανδημία. Τα νοσηλευτήρια ΟΚΥπΥ τα τελευταία 2 χρόνια, σήκωσαν και σηκώνουν το πιο μεγάλο βάρος της πανδημίας, κάτι το οποίο δημιούργησε προβλήματα και πολλούς περιορισμούς στη λειτουργία των νοσηλευτηρίων, που αφορούσαν τα μη Covid περιστατικά. Τα τμήματα / κλινικές στα νοσηλευτήρια ΟΚΥπΥ μείωσαν τον κύκλο εργασιών τους και τις κλίνες τους, συμπτύχθηκαν τμήματα και κλινικές έτσι ώστε να κενώσουν τμήματα και να μετακινηθεί προσωπικό, για να δημιουργηθούν νέες μονάδες Covid-19 και μονάδες αυξημένης φροντίδας για την περίθαλψη των περιστατικών που έχρηζαν νοσηλείας. Επιπλέον, ενισχυθήκαν οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και τα Τμήματα Βραχείας Νοσηλείας για εξέταση των θετικών περιστατικών με βαριά συμπτώματα.

Με την ένταξη των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων στο ΓεΣΥ, παρατηρήθηκε μείωση κυρίως στα χειρουργεία των νοσηλευτηρίων ΟΚΥπΥ, που αυτό πιθανό να οφείλεται μερικώς και στη διαχείριση της πανδημίας, αλλά με την πάροδο του χρόνου υπήρξε επιστροφή των ασθενών που είχαν φύγει.

Επιπλέον, υπήρξαν έντονες αντιδράσεις από μέρους των επαγγελματιών υγείας λόγω ανασφάλειας και αβεβαιότητας για το νέο σύστημα υγείας το οποίο δημιούργησε ανησυχίες και δυσπιστία όσο αφορούσε το καθεστώς εργοδότησης τους λόγω του φόβου της απώλειας της δημοσιοϋπαλληλικής τους ταυτότητας.

Η αβεβαιότητα του νέου συστήματος, το αίσθημα ανασφάλειας και εν μέρει οι ευκαιρίες που δημιούργησε η έναρξη του ΓεΣΥ, έχουν οδηγήσει πολλούς επαγγελματίες υγείας (ιατρούς και νοσηλευτές) να εγκαταλείψουν τον δημόσιο τομέα για να ενταχθούν στον πιο κερδοφόρο ιδιωτικό τομέα ή σε ιδιωτικά ιατρεία. Γεγονός που προκαλεί εντονότερα προβλήματα στην υποστελέχωση του δημόσιου τομέα, ο οποίος βρίσκεται σε ένα διαρκή αγώνα δρόμου ενάντια στον χρόνο για να παράσχει επαρκή κίνητρα για τον περιορισμό της φυγής προσωπικού. Σε μια προσπάθεια συγκράτησης του προσωπικού οι δημόσιες υπηρεσίες ανταποκρίθηκαν με αύξηση μισθών (Petrou, 2021).

Επιπλέον, ο Ιατρικός Σύλλογος Κύπρου το 2018 ανακοίνωσε ότι η συμμετοχή τους στο ΓεΣΥ, εξαρτάται από μια δέσμη προϋποθέσεων. Τα σημαντικότερα ήταν τα υψηλότερα τέλη αποζημίωσης και το δικαίωμα άσκησης ιδιωτικής ιατρικής στο πλαίσιο του νέου συστήματος. Υποστήριζαν, επίσης, ότι ο σκληρός παγκόσμιος προϋπολογισμός θα

εμπόδιζε την εισαγωγή της καινοτομίας και θα στερούσε τους ασθενείς από νέες και πιο δαπανηρές διαδικασίες.

Ζήτησαν, ακόμη, οικονομικές εγγυήσεις από την κυβέρνηση, καθώς και παράπλευρες παροχές με τη μορφή:

- Εγγύηση; οικονομικής βιωσιμότητας για τρία χρόνια για ιδιωτικά νοσοκομεία.
- Εισαγωγή; συμπληρωμής για νοσοκομειακή περίθαλψη.
- Διαχωρισμού της αμοιβής των ιατρών από την αποζημίωση νοσοκομείων.
- Επιλεξιμότητας για μη συμβεβλημένους ιατρούς για χρήση των εγκαταστάσεων των κλινικών για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη μη δικαιούχων (Petrrou, 2021b).

Οι προκλήσεις που έχουν να αντιμετωπίσουν τα δημόσια νοσηλευτήρια ΟΚΥπΥ είναι μεγάλες. Τα νοσηλευτήρια ΟΚΥπΥ καλούνται να παρέχουν το μεγαλύτερο φάσμα υπηρεσιών υγείας στην Κύπρο και να λειτουργούν αποδοτικά, εν όψη των νέων μεταρρυθμίσεων στον τομέα της Υγείας και της πανδημίας, σε ένα ανταγωνιστικό περιβάλλον. Παρόλα αυτά ο ΟΚΥπΥ παραμένει να είναι ο μεγαλύτερος πάροχος υπηρεσιών υγείας της Κύπρου.

Ως εκ τούτου, η κυβέρνηση υλοποιεί ένα ολοκληρωμένο Σχέδιο Δράσης για τη διοικητική και οικονομική ανεξαρτησία του ΟΚΥπΥ, με στόχο τη βιωσιμότητα και τη συνεχή βελτίωση των υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες. Προχωρεί μεθοδικά στην ενίσχυση των Δημόσιων Νοσηλευτηρίων με την εφαρμογή δράσεων που στοχεύουν στην οικονομική και διοικητική ανεξαρτησία του ΟΚΥπΥ. Στο πλαίσιο αυτό, το Υπουργικό Συμβούλιο στη συνεδρία του ημερομηνίας 14/11/2024 προχώρησε στην έγκριση Μνημονίου Συναντίληψης με συμβαλλόμενα μέρη τον ΟΚΥπΥ και τα Υπουργεία Οικονομικών και Υγείας με στόχο τη διασφάλιση της βιωσιμότητας και της ενίσχυσης των δημόσιων νοσηλευτηρίων μέσα από την εφαρμογή του Σχεδίου Δράσης του Οργανισμού Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας (ΟΚΥπΥ) και την υλοποίηση σειράς δράσεων με χρονικό ορίζοντα ολοκλήρωσης το τέλος του 2026.

Επισημαίνεται ότι το ολοκληρωμένο Σχέδιο Δράσης για την οικονομική και διοικητική αυτονόμηση του Οργανισμού Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας (ΟΚΥπΥ), που είναι

αποτέλεσμα της εντατικής συνεργασίας μεταξύ του ΟΚΥπΥ, του Υπουργείου Υγείας και του Υπουργείου Οικονομικών σηματοδοτεί την έναρξη μιας νέας εποχής για τη δημόσια υγεία, εξασφαλίζοντας καλύτερες υπηρεσίες προς τους πολίτες και διασφαλίζοντας την οικονομική σταθερότητα του συστήματος υγείας.

Αξίζει να σημειωθεί ότι το Σχέδιο Δράσης, που θα εποπτεύεται στενά από επιτροπή με εκπροσώπους των αρμόδιων υπουργείων και του ΟΚΥπΥ, με στόχο τη δημιουργία ενός πιο ευέλικτου, αποτελεσματικού και βιώσιμου συστήματος υγείας επικεντρώνεται σε πέντε βασικούς άξονες που αφορούν την αύξηση των εσόδων, τη μείωση των εξόδων, την εξασφάλιση αποζημιώσεων για υπηρεσίες που παρέχονται σε άλλα υπουργεία και υπηρεσίες, σε κεφαλαιουχικές επενδύσεις και σε διαρθρωτικές αλλαγές που θα επιφέρουν σταθερότητα και ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Παράλληλα με τα πιο πάνω, στο Σχέδιο Δράσης περιλαμβάνονται μεταξύ άλλων επιμέρους ενέργειες, όπως ο εξορθολογισμός των υπερωριών και των επιδομάτων, η σταδιακή αντικατάσταση νοσηλευτών με φροντιστές υγείας, ο καθορισμός των δικαιωμάτων και των αμοιβών του ΟΚΥπΥ για ιατρικές, νοσηλευτικές ή/ και άλλες υπηρεσίες που παρέχονται εκτός του ΓεΣΥ και η αναβάθμιση των κτηρίων, εξοπλισμού και τεχνολογίας, εναρμονίζοντας τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας με την ευελιξία που απαιτείται για την οικονομική και διοικητική διαχείριση και την ανάπτυξη των υπηρεσιών του Οργανισμού. Ταυτόχρονα, εισάγεται ένα ολοκληρωμένο πληροφοριακό σύστημα υγείας, που αναμένεται να μειώσει τη σπατάλη και να κάνει πιο αποδοτική τη χρήση πόρων.

Η νέα αυτή εποχή για τα Δημόσια Νοσηλευτήρια στην Κύπρο εντάσσεται στις ευρύτερες δράσεις που υλοποιούνται με συνέπεια, στοχεύοντας στη βελτίωση της καθημερινότητας των πολιτών. Μέσα από την οικονομική και διοικητική αυτονομία του ΟΚΥπΥ, η δημόσια υγεία αναβαθμίζεται, με τις δημόσιες υπηρεσίες να γίνονται πιο λειτουργικές, ποιοτικές και έτοιμες να ανταπεξέλθουν στις προκλήσεις του μέλλοντος (<https://www.diakivernisi.gov.cy/gr/>).

Ο τομέας της υγείας στην Κύπρο βρίσκεται σήμερα, περισσότερο από ποτέ, σε ένα διαρκώς μεταβαλλόμενο οικονομικό και εργασιακό περιβάλλον. Η εφαρμογή του Γενικού Συστήματος Υγείας (ΓεΣΥ) έχει επιφέρει σημαντικές προκλήσεις και αυξημένες

απαιτήσεις στα νοσηλευτήρια, όπως η κάλυψη ολοένα και μεγαλύτερων υγειονομικών αναγκών, η διαχείριση του αυξημένου κόστους περίθαλψης και η ανταπόκριση στις προσδοκίες των πολιτών. Υπό το πρίσμα των περιορισμένων διαθέσιμων πόρων, καθίσταται επιτακτική η ανάγκη για αναβάθμιση της ποιότητας φροντίδας, διασφάλιση της ασφάλειας των ασθενών και βελτιστοποίηση της αποδοτικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η ενίσχυση και προώθηση της διεπαγγελματικής συνεργασίας μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών μπορεί να διαδραματίσει καθοριστικό ρόλο στην επίτευξη των παραπάνω στόχων. Ωστόσο, μέχρι σήμερα, δεν έχουν αναπτυχθεί επαρκή μέτρα, ούτε σε κρατικό επίπεδο ούτε από πλευράς των οργανισμών υγείας ή των εκπαιδευτικών πυρήνων των νοσοκομείων για την ενδυνάμωση της συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας.

Παράλληλα, απουσιάζουν εκπαιδευτικές πρωτοβουλίες από τα ακαδημαϊκά ιδρύματα — όπως οι Ιατρικές και Νοσηλευτικές Σχολές— που να στοχεύουν στην ανάπτυξη δεξιοτήτων διεπαγγελματικής συνεργασίας στο πλαίσιο της προπτυχιακής ή μεταπτυχιακής εκπαίδευσης. Ένα από τα ελάχιστα παραδείγματα εφαρμοσμένης διεπαγγελματικής συνεργασίας αποτελεί η δημιουργία και λειτουργία ομάδων αναζωογόνησης (resuscitation teams), οι οποίες συγκροτούνται με σκοπό την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών καρδιακής ανακοπής. Στις ομάδες αυτές, ιατροί και νοσηλευτές συνεργάζονται συντονισμένα με κοινό στόχο τη, επιβίωση του ασθενούς. Επιπλέον, η εκπαίδευση — τόσο η αρχική όσο και η συνεχιζόμενη — των δύο επαγγελματικών ομάδων (ιατρών και νοσηλευτών) σε τεχνικές και μη τεχνικές δεξιότητες που σχετίζονται με την αντιμετώπιση καρδιακής ανακοπής, είναι κοινή και εναρμονισμένη. Ως αποτέλεσμα, οι ρόλοι και οι ευθύνες κάθε μέλους της ομάδας σε καταστάσεις καρδιακής ανακοπής στον κλινικό χώρο είναι σαφώς καθορισμένοι και διακριτοί, γεγονός που ενισχύει τον συντονισμό, μειώνει τις καθυστερήσεις στις παρεμβάσεις και συμβάλλει καθοριστικά στη βελτίωση των κλινικών εκβάσεων. Η κοινή αυτή εκπαιδευτική βάση αποτελεί θεμέλιο για την αποτελεσματική διεπαγγελματική συνεργασία και την επίτευξη υψηλής ποιότητας φροντίδας σε καταστάσεις επείγουσας ανάγκης.

Οι ομάδες αναζωογόνησης λειτουργούν προς το παρόν μόνο σε δύο δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου. Ωστόσο, λόγω της αποδεδειγμένης αποτελεσματικότητάς τους —μέσω της έγκαιρης παρέμβασης και της αύξησης των ποσοστών επιβίωσης των ασθενών— έχει

ξεκινήσει προσπάθεια επέκτασης του θεσμού σε όλα τα δημόσια νοσηλευτήρια της χώρας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Στο κεφάλαιο αυτό θα γίνει αναφορά στην ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που αφορά τη μελέτη του θέματος. Θα γίνει περιγραφή του σκοπού και των σταδίων της μεθοδολογίας που χρησιμοποιήθηκε, καθώς και αναφορά στα ευρήματα και τα αποτελέσματα της ανασκόπησης. Για τον σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκε η μεθοδολογία της βιβλιογραφικής ανασκόπησης–scoping review, σύμφωνα με τις οδηγίες του Ινστιτούτου Joanna Briggs (2015).

Στάδια μεθοδολογίας της βιβλιογραφικής ανασκόπησης (Joanna B.,2015):

### 1. Σαφής Διατύπωση Ερευνητικού Ερωτήματος (σύμφωνα με το πλαίσιο PCC):

**P (Population):** Πληθυσμός ενδιαφέροντος (νοσηλευτές, ιατροί)

**C (Concept):** Κύρια έννοια (διεπαγγελματική συνεργασία και εργασιακή ικανοποίηση)

**C (Context):** Πλαίσιο εφαρμογής (δημόσια νοσοκομεία, ιδιωτικά νοσοκομεία)

### 2. Κριτήρια Συμπερίληψης:

Δημοσιευμένα άρθρα με βάση το PCC

Ερευνητική μελέτη (ανεξαρτήτως σχεδιασμού) σχετικά με το θέμα

Άρθρα σε συγκεκριμένες γλώσσες (Αγγλικά ή Ελληνικά)

Χρονική περίοδος (τελευταία 10 χρόνια)

### 3. Κριτήρια Αποκλεισμού:

Εργασίες που δεν σχετίζονται άμεσα με το ερευνητικό ερώτημα

Άρθρα χωρίς πλήρες κείμενο ή σε άλλη γλώσσα

Αναφορές σε διαφορετικά πεδία από το επιλεγμένο πλαίσιο

### 4. Αναζήτηση Βιβλιογραφίας:

Χρήση επιστημονικών βάσεων δεδομένων (PubMed, CINAHL, Scopus)

Καταγραφή στρατηγικής αναζήτησης και λέξεων-κλειδιών

Ο σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης ήταν η διερεύνηση του επιπέδου στάσεων των ιατρών και νοσηλευτών ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία και τη συσχέτιση αυτών με την εργασιακή ικανοποίηση. Επιπρόσθετα, έγινε μια διερεύνηση για μελέτες που αφορούν την εργασιακή ικανοποίηση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού καθώς και μελέτες που αφορούν την κυπριακή πραγματικότητα, οι οποίες θα παρουσιαστούν στο τέλος του κεφαλαίου.

Η αναζήτηση διενεργήθηκε την περίοδο 2016-2023, για δημοσιευμένα άρθρα τόσο στην αγγλική όσο και στην ελληνική γλώσσα, στις βάσεις δεδομένων PubMed, Scopus, CINAHL Plus, Cochrane, Google Scholar καθώς και ελληνικά επιστημονικά ιατρικά και νοσηλευτικά περιοδικά, χρησιμοποιώντας τις λέξεις-κλειδιά σε συνδυασμούς (interprofessional OR relations OR collaboration OR relationship OR teamwork OR “group work” OR job satisfaction), AND (nurses OR “nursing staff” OR nurse OR nursing), AND (physicians OR doctors).

Λέξεις κλειδιά :

«interprofessional collaboration, nurse, physicians, attitude, job satisfaction»,  
«διεπαγγελματική συνεργασία, ιατροί, νοσηλευτές, στάσεις, εργασιακή ικανοποίηση»

Η αναζήτηση επικεντρώθηκε σε μελέτες που στόχευαν στη διερεύνηση διεπαγγελματικής συνεργασίας μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών ή/ και σε σχέση με την εργασιακή ικανοποίηση. Επιπλέον, για να συμπεριληφθεί ένα άρθρο στην παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση έπρεπε να τηρεί τα ακόλουθα κριτήρια:

- Ερευνητική μελέτη (ανεξαρτήτως σχεδιασμού) σχετικά με το θέμα.
- Μελέτες που έχουν δημοσιευθεί τα τελευταία δέκα χρόνια.
- Ο μελετώμενος πληθυσμός να περιλαμβάνει ιατρούς και νοσηλευτές.
- Άρθρα με πρόσβαση σε πλήρες κείμενο.
- Άρθρο στην Αγγλική ή την Ελληνική γλώσσα.

Τα κριτήρια αποκλεισμού ήταν μελέτες που δεν συμπεριλαμβάναν και τις δύο επαγγελματικές ομάδες (Ιατρούς–Νοσηλευτές). Επιπλέον, από την ανασκόπηση, αποκλείστηκαν όλα τα άρθρα που επικεντρώνονταν σε χρήση εργαλείων ή εκπαιδευτικών προγραμμάτων και αξιολόγηση των παρεμβάσεων.

Επιπρόσθετα, αποκλείστηκαν μελέτες που αφορούσαν θεωρητικές έρευνες, ανασκοπήσεις άλλων ερευνών και κριτικές. Επίσης, αποκλείστηκαν μελέτες που δεν υπήρχε διαθέσιμο το πλήρες κείμενο τους (μετά και τον έλεγχο πρόσβασης μέσω των δικτύων βιβλιοθηκών) και δεν ήταν γραμμένες στην ελληνική ή την αγγλική γλώσσα.

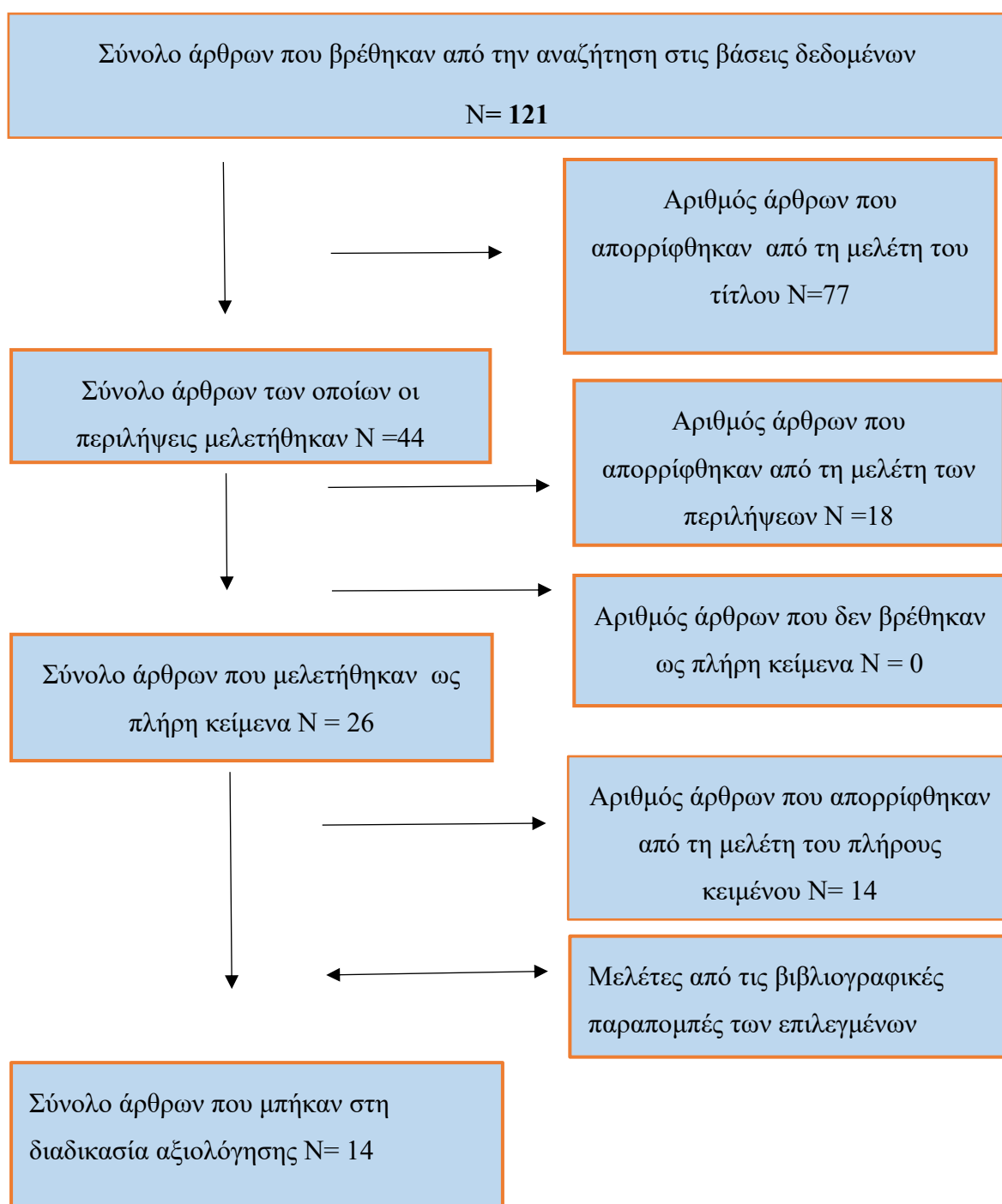
Όσον αφορά τη διεπαγγελματική συνεργασία η αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων έφερε συνολικά 121 αποτελέσματα, αφαιρέθηκαν 77 μελέτες από τη μελέτη του τίτλου και έμειναν 44, οι οποίες αναγνώστηκαν ως προς την περίληψη τους και αποκλείστηκαν 18 μελέτες. Στο στάδιο αυτό οι μελέτες αναγνώστηκαν ως πλήρες κείμενο, αποκλείστηκαν 14 μελέτες και απέμειναν 12 στις οποίες προστέθηκαν 2 μελέτες από τις βιβλιογραφικές παραπομπές των επιλεγμένων άρθρων, σύνολο 14, οι οποίες περιλήφθηκαν στην ανασκόπηση (Διάγραμμα 1). Στην πλειοψηφία των μελετών και συγκεκριμένα 6 μελέτες έχουν διεξαχθεί από νοσηλευτές (Amsalu *et al.*, 2014; Matziou *et al.*, 2014; Bowles, *et al.*, 2016; Suryanto, Plummer and Cornell, 2016; Girish, 2019; Hossny and Sabra, 2021) και 4 από ιατρούς, πιο συγκεκριμένα οι 2 από φοιτητές ιατρικής (Kaifi *et al.*, 2021; Kontogiannis *et al.*, 2021) και οι 2 από ιατρούς (Weaver *et al.*, 2015; Zheng, Sim and Koh, 2016).

Οι προαναφερόμενες μελέτες αφορούν τη διεπαγγελματική συνεργασία ιατρών νοσηλευτών, δεν βρέθηκαν μελέτες μέσα από την ανασκόπηση της επιστημονικής βιβλιογραφίας που να περιλαμβάνουν στον πληθυσμό ιατρούς-νοσηλευτές και να διερευνούν τη συσχέτιση διεπαγγελματικής συνεργασίας και εργασιακής ικανοποίησης εκτός από 1, η οποία διεξήχθη στην Ελλάδα από τους Κοντογιάννης και συν. 2021 και συμπεριλήφθηκε στη βιβλιογραφική ανασκόπηση.

Η απουσία ερευνών δεν υποδηλώνει απαραίτητα έλλειψη ενδιαφέροντος για το συγκεκριμένο θέμα, αντίθετα το ερευνητικό ενδιαφέρον φαίνεται να έχει μετατοπιστεί προς τη διεπαγγελματική εκπαίδευση. Ως εκ τούτου, μεγάλος αριθμός μελετών είχαν παρεμβατικό χαρακτήρα, καθώς αξιολογούσαν την αποτελεσματικότητα συγκεκριμένων εκπαιδευτικών ή συνεργατικών προγραμμάτων για τη βελτίωση της διεπαγγελματικής συνεργασίας. Οι περισσότερες από αυτές εφάρμοσαν σχεδιασμό πριν και μετά ή συγκριτική μελέτη μεταξύ ομάδας παρέμβασης και ομάδας ελέγχου, με θετικά αποτελέσματα ως προς τη στάση των συμμετεχόντων, τη βελτίωση επικοινωνίας και την αλλαγή συμπεριφοράς. Γίνεται αναφορά στο τέλος του κεφαλαίου για έρευνες παρέμβασης.

Η πλειονότητα των μελετών που εντοπίστηκαν ακολουθούσε ποσοτικό ερευνητικό σχεδιασμό, ενώ εντοπίστηκε μόνο μία μελέτη με ποιοτικό προσανατολισμό. Στα αποτελέσματα της εν λόγω ποιοτικής μελέτης γίνεται αναφορά στο τέλος του παρόντος κεφαλαίου.

**Διάγραμμα 1: Διάγραμμα ροής επιλογής μελετών σε σχέση με τη διεπαγγελματική συνεργασία και εργασιακή ικανοποίηση**



Μέσα από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προέκυψε ότι οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι τόσο οι ιατροί όσο και οι νοσηλευτές αναγνωρίζουν τη σπουδαιότητα της διεπαγγελματικής συνεργασίας και τη συμβολή της στην ασφάλεια του ασθενή, στην ικανοποίηση, στη γρήγορη αποθεραπεία και στη μείωση του κόστους και του ποσοστού θνησιμότητας (Messmer 2008, Rosenstein, 2005). Η πλειοψηφία των μελετών αναφέρουν ότι οι ιατροί σε σύγκριση με τους νοσηλευτές δεν δίνουν στη διεπαγγελματική συνεργασία την ανάλογη σημασία και βαρύτητα (Garber et al, 2009). Στον αντίποδα, οι νοσηλευτές προσδίδουν την ανάλογη βαρύτητα, θεωρώντας την ως τον βασικό παράγοντα που συμβάλλει στην καλύτερη παροχή φροντίδας. Έτσι, οι νοσηλευτές επιδεικνύουν περισσότερο ενδιαφέρον και επιθυμία από τους ιατρούς και επιδιώκουν τη διεπαγγελματική συνεργασία (Garber et al, 2009). Το ίδιο φαίνεται να υποστηρίζει και η μελέτη των Hojat et al, (2003). Η συγκεκριμένη έρευνα διεξήχθη στις ΗΠΑ, Μεξικό, Ισραήλ, Ιταλία συμπεριλαμβάνοντας 2522 ιατρούς και νοσηλευτές και στα αποτελέσματα της αναφέρεται ότι παρά τις διαφορές στην κουλτούρα οι νοσηλευτές έχουν πιο θετική στάση από τους ιατρούς όσον αφορά τη διεπαγγελματική συνεργασία (Hojat et al, 2003). Αυτή η διαφορά στην αντίληψη της σημασίας της διεπαγγελματικής συνεργασίας μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών πιθανόν να οφείλεται στη διαφορά της εκπαίδευσης των δύο ομάδων και την υιοθέτηση διαφορετικών φιλοσοφιών φροντίδας (Zheng, Sim and Koh, 2016; Καραλής, 2016).

#### **4.1 Διεπαγγελματική συνεργασία και εργασιακή ικανοποίηση**

Όπως έχει προαναφερθεί και σύμφωνα με το διάγραμμα 1, μέσα από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση έχουν προκύψει 14 μελέτες συναφείς με το υπό εξέταση θέμα και έχουν συμπεριληφθεί στην ανασκόπηση. Οι μελέτες αυτές έχουν διεξαχθεί στις ακόλουθες χώρες: στο Πακιστάν (1) (Kaifi *et al.*, 2021) στην Αίγυπτο (1) (Hossny and Sabra 2020) στην Παλαιστίνη (1) (Elsous A, et al., 2017), στη Σιγκαπούρη (1) (Zheng RM, et al., 2016), στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (2) (Bowles D, et al., 2016; A. Charlotta Weaver, et al., 2015), στην Ιταλία (2) (Matthew Alcusky, et al., 2016; Luca Caricati, et al., 2015), στην Ινδονησία (1) (Suryanto, et al., 2016), στην Κίνα (Yong Wang, et al., 2015), στην Αιθιοπία (2) (E. Amsalu, et al., 2014 ;Girish 2019), στην Ελλάδα ( 2) (V. Matziou, et al., 2014 ;Kontogiannis *et al.*, 2021)(Διάγραμμα 1).

Ο πληθυσμός που συμμετείχε στις μελέτες ήταν ιατροί και νοσηλευτές και ο αριθμός των συμμετεχόντων ήταν από 31 μέχρι 543 νοσηλευτές και από 24 μέχρι 423 ιατροί. Τα τμήματα που εργάζονταν αφορούσαν γενικά νοσηλευτικά τμήματα, εντατικές μονάδες αλλά και δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Τα εργαλεία τα οποία χρησιμοποιήθηκαν για τη μέτρηση της διεπαγγελματικής συνεργασίας ήταν η κλίμακά του Jefferson που χρησιμοποιήθηκε σε 9 από τις 13 μελέτες.

Οι υπόλοιπες 4 μελέτες χρησιμοποίησαν διαφορετικά εργαλεία, όπως η κλίμακα “Interprofessional Collaboration Scale” που αποτελεί ένα εργαλείο αξιολόγησης των αντιλήψεων των ιατρών και των νοσηλευτών όσον αφορά το επίπεδο συνεργασίας, το ερωτηματολόγιο “Communication and Collaboration among physicians and nurses” (CCCT), (Vazirani, Hays, Shapiro, & Cowan, 2005). Επίσης, χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Safety Attitudes Questionnaire team work climate (SAQ) (Sexton και συν. 2006) και η κλίμακα Nurse–Physicians Collaboration Scale (NPCS) (Ushiro, 2009), ενώ η εργασιακή ικανοποίηση μετρήθηκε κυρίως με το Job Satisfaction Survey (JSS).

## **4.2 Ευρήματα μελετών για τη διεπαγγελματική συνεργασία**

Τα αποτελέσματα των μελετών ταξινομήθηκαν με θεματική ανάλυση και έχουν προκύψει τα ακόλουθα αποτελέσματα:

### **4.2.1 Στάσεις ιατρών–νοσηλευτών ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία**

Αναφορικά με τις στάσεις των ιατρών και των νοσηλευτών μέσα από τα αποτελέσματα, φαίνεται ότι στην πλειοψηφία (Σε 9 από τις 13 μελέτες) των μελετών οι νοσηλευτές παρουσιάζουν θετικότερη στάση ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία σε σχέση με τους ιατρούς (Amsalu et al. 2014; Elsous, Radwan, and Mohsen 2017; Girish 2019; Hossny and Sabra 2021; Kaifi et al. 2021; Alcusky, et al., 2016; Suryanto, Plummer, and Cornell 2016; Yong Wang, Yong-Fang Liu, Hao Li 2015; Zheng, Sim, and Koh 2016). Στον αντίποδα, οι 3 από τις 13 μελέτες αναφέρουν ότι οι ιατροί παρουσιάζουν υψηλότερη βαθμολογία όσον αφορά το επίπεδο αντίληψης ως προς τη συνεργασία σε σχέση με τους νοσηλευτές (Caricati *et al.*, 2015; Weaver *et al.*, 2015; Bowles, et al., 2016). Σημαντικό είναι να αναφέρουμε ότι και στις 9 μελέτες στις οποίες οι νοσηλευτές παρουσιάζουν θετικότερη στάση ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία χρησιμοποιήθηκε η κλίμακά

του Jefferson, η οποία μετρά τις στάσεις. Σε μετανάλυση που περιέλαβε 51 έρευνες από το 1999 μέχρι το 2013 και διερευνούσε τις διαφορές μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία, αναφέρεται ότι στις έρευνες που είχαν χρησιμοποιηθεί κλίμακες για μέτρηση των στάσεων οι νοσηλευτές σημείωναν υψηλότερες βαθμολογίες, ενώ όταν το εργαλείο μετρούσε αντιλήψεις οι ιατροί σημείωναν υψηλότερες βαθμολογίες από τους νοσηλευτές (Sollami, A., et al. 2015). Η μέτρηση των αντιλήψεων αντικατοπτρίζει την τρέχουσα κατάσταση στο περιβάλλον των συμμετεχόντων, ενώ η μέτρηση των στάσεων αντιπροσωπεύει το ιδανικό ή το επιθυμητό επίπεδο της διεπαγγελματικής συνεργασίας για τους συμμετέχοντες (Bowles et al. 2016).

Νοσηλευτές σε χώρες όπου επικρατεί περισσότερο το συμπληρωματικό μοντέλο στην ανάληψη επαγγελματικών ευθυνών ή ανήκουν σε πιο φιλελεύθερο σύστημά, όπως για παράδειγμα οι Ηνωμένες Πολιτείες και η Ελλάδα, είχαν πιο ευνοϊκές στάσεις ως προς τη συνεργασία ιατρού-νοσηλευτή από ότι οι νοσηλευτές σε χώρες όπου το ιεραρχικό μοντέλο είναι πιο διαδεδομένο, όπως η Ιταλία (Hojat, et al. 2003 ; Alcusky, et al., 2016). Τόσο στις χώρες της Μέσης Ανατολής όσο και στις χώρες της Ασίας, όπως, επίσης, και στην Αιθιοπία εξακολουθεί να επικρατεί το ιεραρχικό μοντέλο και ως εκ τούτου, η κυριαρχία των ιατρών στη σχέση ιατρών-νοσηλευτών, γεγονός που συμβάλλει στις δυσκολίες που αφορούν τη συνεργασία νοσηλευτή-ιατρού (Honda, Takamizawa 2018; Girish 2019). Παρά τις πολιτισμικές διαφορές, οι νοσηλευτές έχουν θετικότερη στάση και δίνουν προτεραιότητα στη συνεργασία ιατρού-νοσηλευτή περισσότερο από ότι οι ιατροί (Hojat, M., et al. 2003). Οι νοσηλευτές είναι πιο ενθουσιώδεις στην από κοινού συνεργασία και στην ομαδική εργασία με τους ιατρούς (Taylor, 2009; Zheng, et al. 2016) σε αντίθεση με τους ιατρούς που δεν προσδίδουν την ανάλογη και ουσιαστική σημασία επί του θέματος (Garber *et al.*, 2009).

Αυτού του είδους η σχέση μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών θεωρείται σύμφωνα με τον Elsous (2017) ότι έχει συμβάλει εν μέρει στην αλλαγή καριέρας από μέρους των νοσηλευτών και έχει οδηγήσει στη μείωση και στην έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού (Elsous, et al. 2017).

#### **4.2.2 Διαφορά στη στάση των νοσηλευτών και των ιατρών ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία**

Μέσα από την ανάλυση των υποκλιμάκων της κλίμακας Jefferson αποδεικνύεται ότι οι νοσηλευτές σημείωσαν υψηλότερη βαθμολογία από τους γιατρούς τόσο στη φροντίδα έναντι θεραπείας (Amsalu et al. 2014; Girish 2019; Hossny and Sabra 2021; Kaifi et al. 2021; Suryanto, et al. 2016), όσο και στην ψυχοκοινωνική πτυχή της φροντίδας (Elsous, et al. 2017; Alcusky, M., Hojat, M. 2016). Αυτό σημαίνει ότι οι νοσηλευτές έχουν περισσότερο ευνοϊκές στάσεις για τη συνεισφορά στην ψυχοκοινωνική πτυχή της φροντίδας.

Επιπλέον, οι νοσηλευτές στην πλειοψηφία των ερευνών συμφώνησαν στην απόρριψη του κυρίαρχου ρόλου του γιατρού (Amsalu et al. 2014; Wang, et al 2015; Alcusky M. et al, 2016; Suryanto, et al. 2016; Zheng, et al. 2016 ;Elsous, et al. 2017; Girish 2019; Hossny and Sabra 2020; Kaifi et al. 2021;) και είχαν θετική στάση ως προς την αυτονομία των νοσηλευτών σε αντίθεση με τους ιατρούς (Suryanto, Plummer and Copnell, 2016; Elsous, Radwan and Mohsen, 2017; Hossny and Sabra, 2021).

Στην πλειοψηφία των μελετών, παρουσιάζονται ρητά πιο θετικές στάσεις και προσανατολισμοί ως προς την «κοινή εκπαίδευση και ομαδική εργασία» και για τις 2 ομάδες, παρόλο που οι νοσηλευτές σε σύγκριση με τους ιατρούς είναι πιο θετικοί και στη συγκεκριμένη παράμετρο (Amsalu et al. 2014; Elsous, et al. 2017; Girish 2019; Hossny and Sabra 2021; Kaifi et al. 2021; Alcusky, et al. , 2016; Suryanto, et al. 2016; Wang, et al, 2015; Zheng, et al 2016). Στο σύνολό οι συμμετέχοντες τονίζουν τη σημασία και τη χρησιμότητα της διεπαγγελματικής συνεργασίας και κρίνουν αναγκαία την ένταξη της στην εκπαίδευσή τους (Zheng, Sim and Koh, 2016).

Όσον αφορά τις μελέτες που δεν χρησιμοποίησαν εργαλείο μέτρησης των στάσεων άλλα εργαλείο μέτρησης αντιλήψεων, φάνηκε ότι οι ιατροί αντιλαμβάνονται και βαθμολογούν το επίπεδο συνεργασίας σε πολύ ψηλό επίπεδο σε αντίθεση με τους νοσηλευτές (Bowles et al. 2016; Caricati et al. 2015; Weaver et al. 2015). Στη μελέτη των Bowles et al (2016) αναφέρεται ότι η διαφορά στην αντίληψη των 2 ομάδων οφείλεται στο γεγονός ότι οι ιατροί έχουν μεγαλύτερο όγκο εργασίας σε σχέση με τους νοσηλευτές. Ενώ στη μελέτη Weaver et al. (2015), η οποία έχει διεξαχθεί σε ογκολογικό τμήμα, υποστηρίζεται ότι η διαφορά αυτή ίσως οφείλεται στο γεγονός ότι η φροντίδα σε καρκινοπαθείς απαιτεί

θεραπεία από διεπιστημονικές ομάδες ιατρών (π.χ. χειρουργοί, ογκολόγοι, ακτινοθεραπευτές), κάτι που φαίνεται να παρεμβαίνει αρνητικά στην ομαδική εργασία μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών σε περιβάλλον νοσοκομείου. Όσον αφορά την προαναφερόμενη μελέτη, υπάρχει διαφορά και στην αντίληψη των εμποδίων στη μεταξύ τους συνεργασία. Οι νοσηλευτές αναφέρουν ως σημαντικό εμπόδιο την αρνητική στάση ως προς την επικοινωνία από μέρους των ιατρών. Ενώ οι ιατροί αναφέρουν ως μεγαλύτερο εμπόδιο στην ομαδική εργασία τη δυσκολία στην προσέγγιση άλλων παρόχων (Caricati *et al.*, 2015).

#### **4.2.3 Δημογραφικοί ή άλλοι οργανωσιακοί παράγοντες που σχετίζονται με τη στάση των Νοσηλευτών και των Ιατρών ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία**

Σε σχέση με τους δημογραφικούς παράγοντες όσον αφορά το φύλο των συμμετεχόντων στη μελέτη των Suryanto, *et al* (2016) φάνηκε ότι οι άντρες νοσηλευτές είχαν πιο θετική στάση από τις γυναίκες (Suryanto, *et al* 2016) σε αντίθεση με τα αποτελέσματα των Zheng, *et al.* (2016), όπου οι γυναίκες είχαν θετικότερη στάση (Alcusk, *et al.*, 2016; Zheng, *et al.* 2016). Ενώ στη μελέτη των Kaifi *et al* (2021) σε σχέση με το φύλο φάνηκε ότι οι γυναίκες δεν είχαν ιδιαίτερη διαφορά με τους άντρες στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας, πέραν από την παράμετρο που αφορά τη φροντίδα έναντι θεραπείας στην οποία φάνηκε ότι οι γυναίκες έχουν θετικότερη στάση. Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγει και η μελέτη του Girish (2019) ότι το φύλο δεν συσχετίζεται θετικά με τη ΔΣ (Girish, 2019; Wang, *et al.*, 2015).

Επίσης, φάνηκε ότι οι νοσηλευτές με ανώτερη εκπαίδευση είχαν θετικότερη στάση (Matziou *et al.*, 2014; Suryanto *et al.*, 2016; Zheng *et al.*, 2016). Αντίθετα αποτελέσματα αναφέρονται στη μελέτη των Hossny and Sabra (2021). Επιπλέον, οι νοσηλευτές με εξειδίκευση θεωρώντας ότι έχουν ισότιμο πτυχίο με τους ιατρούς ενοχλούνται από τον υποτακτικό ρόλο που υιοθετούν οι νοσηλευτές ως προς τη σχέση τους με τους ιατρούς και δεν είναι ικανοποιημένοι από το επίπεδο συνεργασίας με τους ιατρούς σε αντίθεση με τους νοσηλευτές (Hossny and Sabra, 2021).

Όσον αφορά την ηλικία, η μελέτη των Elsous, *et al* (2017) αποκάλυψε ότι μια πιο θετική στάση απέναντι στη συνεργασία συσχετίζεται με την ηλικία των νοσηλευτών και των γιατρών. Θετικότερη στάση φαίνεται να έχουν οι νεαρότεροι σε ηλικία (Elsous, *et al.*

2017; Alcusky et al., 2016; Suryanto et al., 2016), γεγονός που δεν ισχύει όσον αφορά τα χρόνια εμπειρίας (Elsous, et al. 2017). Σε αντίθεση, τα ευρήματα της μελέτης των Hossny and Sabra ( 2021 ) δεν συμφωνούν με το ότι η ηλικία συσχετίζεται θετικά με τη διεπαγγελματική συνεργασία (Zheng et al., 2016), αλλά συμφωνούν ότι η εμπειρία δε φαίνεται να επηρεάζει (Elsous et al., 2017; Girish 2019; Hossny and Sabra 2021; Zheng et al., 2016). Στον αντίποδα, η μελέτη των Suryanto, et al 2016, η οποία διεξήχθη σε τμήμα επειγόντων περιστατικών και ατυχημάτων, αναφέρει ότι η εμπειρία έχει σημαντική επίδραση στη στάση ως προς τη ΔΣ. Αναφέρει χαρακτηριστικά ότι όσο πιο έμπειροι ήταν οι συμμετέχοντες τόσο πιο θετική στάση παρουσίαζαν ως προς τη ΔΣ (Matziou et al. 2014; Suryanto, et al. 2016).

Στην ίδια μελέτη φάνηκε ότι οι γενικοί ιατροί είχαν πιο θετική στάση σε σχέση με τους ειδικούς ιατρούς και το αποδίδουν στο γεγονός ότι οι ειδικοί ιατροί έχουν περισσότερες γνώσεις και δεξιότητες που αφορούν τη φροντίδα των ασθενών σε σχέση με τους γενικούς ιατρούς. Κατά συνέπεια, δεν εξαρτώνται από άλλους επαγγελματίες υγείας στην πρακτική τους (Suryanto, et al. 2016).

Αναφορικά με τη σχέση μεταξύ τμημάτων και διεπαγγελματικής συνεργασίας τα τμήματα εντατικών μονάδων είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην παράμετρο κοινή εκπαίδευση και ομαδική εργασία, τα γενικά τμήματα στην παράμετρο φροντίδα έναντι θεραπείας, ενώ τα χειρουργικά τμήματα στην παράμετρο αυτονομία των νοσηλευτών και στην απόρριψη της κυριαρχίας των ιατρών (Hossny and Sabra, 2021). Επιπλέον, στη μελέτη των Elsous et al (2017) αναφέρεται ότι στα γενικά τμήματα υπάρχει πιο θετική στάση ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία σε σχέση με τα χειρουργικά και μαιευτικά τμήματα (Elsous, et al. 2017).

Η μελέτη των Bowles et al (2016) αναφέρει ότι συχνά η διασπόρα των ασθενών ιδιαίτερα στα γενικά τμήματα αυξάνει περαιτέρω τον φόρτο εργασίας των ιατρών, κάτι που θεωρεί ως εμπόδιο στη διεπαγγελματική συνεργασία. Οι ιατροί έχουν υπο τη φροντίδα τους γύρω στους 17 ασθενείς, οι οποίοι μπορεί λόγω αυξημένου αριθμού εισαγωγών και έλλειψης κλινών να σταλούν σε τμήματα άλλων ειδικοτήτων υποχρεώνοντας έτσι τον θεράπων ιατρό να επισκεφθεί τους 17 ασθενείς του, οι οποίοι νοσηλεύονται σε διαφορετικά τμήματα. Αυτό το φαινόμενο εκτός του ότι αυξάνει τον φόρτο εργασίας των ιατρών φαίνεται να δρα και ως ανασταλτικός παράγοντάς στη δημιουργία θετικών στάσεων ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία (Bowles et al. 2016).

#### 4.3 Διεπαγγελματική συνεργασία και εργασιακή ικανοποίηση

Οι έρευνες που αφορούν συνδυαστικά τη διεπαγγελματική συνεργασία μεταξύ νοσηλευτών ιατρών είναι περιορισμένες, τόσο σε εθνικό επίπεδο όσο και σε διεθνές. Ως εκ τούτου, δεν βρέθηκε μέσα από την ανασκόπηση της επιστημονικής βιβλιογραφίας σημαντικός αριθμός μελετών τα τελευταία 10 χρόνια, χρονική περίοδος που έχει τεθεί ως κριτήριο για τη συμπερίληψη ενός άρθρου στην παρούσα μελέτη εκτός από 1 μελέτη. Για λόγους, όμως, καλύτερης κατανόησης του θέματος γίνεται αναφορά και σε παλαιότερες μελέτες. Η απουσία ερευνών δεν υποδηλώνει απαραίτητα έλλειψη ενδιαφέροντος για το συγκεκριμένο θέμα· αντίθετα, το ερευνητικό ενδιαφέρον φαίνεται να έχει μετατοπιστεί προς τη διεπαγγελματική εκπαίδευση, την πιλοτική εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων και την αξιολόγησή τους πριν και μετά την υλοποίησή τους. Στη μελέτη των Κοντογιάννης και συν. (2021) διερευνάται η διεπαγγελματική συνεργασία και η συσχέτιση της με την επαγγελματική ικανοποίηση. Στα ευρήματα της μελέτης αναφέρεται χαρακτηριστικά ότι όσο βελτιώνονταν τα επίπεδα διεπαγγελματικής συνεργασίας τόσο αυξάνονταν και τα επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης (Kontogiannis *et al.*, 2021).

Οι παλιότερες έρευνες διεπαγγελματικής συνεργασίας και συσχέτισης της με την εργασιακή ικανοποίηση, όπως η μελέτη των Proctor-Childs *et al.* (1998), οι οποίοι είναι από τους πρώτους που έχουν ερευνήσει τη συσχέτιση της επαγγελματικής συνεργασίας και της εργασιακής ικανοποίησης μεταξύ επαγγελματιών υγείας, αναφέρουν ότι η διεπαγγελματική συνεργασία μεταξύ των ομάδων στο νοσοκομείο οδήγησε σε αυξημένη επαγγελματική εξέλιξη, όπως και επαγγελματική ικανοποίηση.

Σε μελέτη του 2004 των Dieleman *et al.* (2004), που αφορούσε διεπιστημονική ομάδα ιατρών, φαρμακοποιών και νοσηλευτών, αναφέρεται υψηλή συνάφεια μεταξύ της αποτελεσματικής επικοινωνίας και της συνεργασίας των ομάδων αυτών με το αίσθημα ικανοποίησης. Οι συμμετέχοντες στη μελέτη ανέφεραν άνεση κατά τη διάρκεια της συνεργασίας με τους άλλους επαγγελματίες και εκτίμηση για τις απόψεις των άλλων ομάδων και των μελών τους.

Σε έρευνα που εκπονήθηκε από τους Chang *et al.* (2009) σε μονάδες επειγόντων περιστατικών στην Ταϊβάν συγκρίθηκαν τα επίπεδα της επαγγελματικής ικανοποίησης με τις αντιλήψεις για την ποιότητα στην παρεχόμενη φροντίδα των ασθενών, τη διεπαγγελματική συνεργασία και την ομαδική συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών

υγείας. Φάνηκε ότι οι θετικές διεπαγγελματικές σχέσεις αφενός οδηγούν σε βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας και αφετέρου εξασφαλίζουν επαγγελματική ικανοποίηση στο ανθρώπινο δυναμικό.

Μια πιο πρόσφατη έρευνα (περιλάμβανε μόνο νοσηλευτές) που διερευνούσε τη σχέση μεταξύ διεπαγγελματικής συνεργασίας, εργασιακής ικανοποίησης και ασφάλειας των ασθενών σε μονάδες αυξημένης φροντίδας, ανέδειξε τη θετική συσχέτιση μεταξύ της διεπαγγελματικής συνεργασίας και της εργασιακής ικανοποίησης των νοσηλευτών. Επιπρόσθετα, συμπλήρωνε ότι οι νοσηλευτές πίστευαν ότι η συνεργασία συνέβαλλε σε αύξηση της αίσθησης του κλίματος ασφάλειας στους ασθενείς (Hamlan 2015).

#### **4.4 Μελέτες που αφορούν την εργασιακή ικανοποίηση**

Η επαγγελματική ικανοποίηση είναι η μεταβλητή που έχει αποτελέσει το πιο συχνό αντικείμενο έρευνας στην οργανωσιακή συμπεριφορά (Spector, 1997) και ο κλάδος της υγείας δεν έχει αγνοηθεί κατά την έρευνα της ικανοποίησης από την εργασία. Παρόλα αυτά, στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης λίγοι οργανισμοί έχουν αντιληφθεί ότι η ικανοποίηση από την εργασία αποτελεί ύψιστη προτεραιότητα, ίσως επειδή απέτυχαν να κατανοήσουν τη σημαντική ευκαιρία που βρίσκεται μπροστά τους (Paleologou et al, 2006). Στις περισσότερες διεθνείς μελέτες καταγράφονται μέτρια ή χαμηλά επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης, ανάλογα με τη χώρα διεξαγωγής τους και τις επικρατούσες συνθήκες (Sharp, 2008; El-Jardali et al, 2009; Lu *et al*, 2016).

##### **4.4.1 Εργασιακή ικανοποίηση νοσηλευτικού προσωπικού**

Η έρευνα της ικανοποίησης των νοσηλευτών από την εργασία τους έχει μακρά ιστορία. Η πρώτη σημαντική μελέτη διεξήχθη από τον Nahm, (1940) στο Πανεπιστήμιο της Μινεσότα το 1940, ο οποίος κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση από την εργασία περιλαμβάνουν το εισόδημα, τις ώρες εργασίας, τις σχέσεις με τους ανωτέρους, το ενδιαφέρον για την εργασία, την οικογένεια, τις κοινωνικές σχέσεις, καθώς και τις ευκαιρίες για πρόοδο (Nahm, 1940) .

Η εργασιακή ικανοποίηση συμβάλλει τα μέγιστα στην παραγωγικότητα, την ποιότητα ζωής, τη σωματική και ψυχική υγεία αλλά και τη συνολική απόδοση (Yasin *et al.*, 2020). Μία από τις σημαντικότερες στρατηγικές στη διαχείριση έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού είναι η διατήρηση των σημερινών νοσηλευτών (Yasin *et al.*, 2020). Η φυγή

των νοσηλευτών έχει συσχετιστεί με κακή έκβαση των αποτελεσμάτων των ασθενών, αυξημένο κόστος στον τομέα της υγείας και μειωμένη ποιότητα στη νοσηλευτική φροντίδα (Hayes et al., 2012).

Υπάρχουν αρκετές αναφορές στις οποίες τονίζεται η αύξηση της ζήτησης για νοσηλευτές παγκοσμίως. Ενδεικτικά, αναφέρουμε έρευνα (The National Sample Survey of Registered Nurses) στις ΗΠΑ, όπου η νοσηλευτική είναι το μεγαλύτερο επάγγελμα υγειονομικής περίθαλψης με περίπου 4.349.377 εγγεγραμμένους νοσηλευτές. Στην έρευνα συμμετείχαν 125.000 νοσηλευτές και ο σκοπός της ήταν η διερεύνηση διαφόρων θεμάτων, συμπεριλαμβανομένων και των χαρακτηριστικών απασχόλησης των νοσηλευτών. Τα αποτελέσματα της έρευνας αναφέρουν ότι περίπου τέσσερις στους 10 νοσηλευτές, οι οποίοι αποχώρησαν από το νοσηλευτικό επάγγελμα κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, είχαν πρόθεση να επιστρέψουν, ενώ δύο στους 10 ότι δεν θα επέστρεφαν και οι υπόλοιποι δεν ήταν σίγουροι. Οι κύριοι λόγοι αποχώρησης τους από το επάγγελμα ήταν η μειωμένη εργασιακή ικανοποίηση, η εξουθένωση, η αναζήτηση καλύτερων αμοιβών και παροχών, η υποστελέχωση, το άγχος στον εργασιακό χώρο και η έλλειψη υποστηρικτικής ηγεσίας. Εάν δεν υπάρξει αλλαγή στα δεδομένα, τα αποτελέσματα της έρευνας υποδηλώνουν ότι η ζήτηση για νοσηλευτές το 2036 θα υπερβεί την προσφορά κατά 9% με αποτέλεσμα την έλλειψη 337.970 νοσηλευτών. Χαρακτηριστικό το γεγονός ότι το ποσοστό των νοσηλευτών που εξέφρασε μειωμένη επαγγελματική ικανοποίηση σχεδόν διπλασιάστηκε μεταξύ 2017 και 2022 (αυξήθηκε από 11,0% σε 19,9%) (ΑΗΑ 2024).

Οι ίδιες ανησυχίες απασχολούν και το Ηνωμένο Βασίλειο αφού είναι πολύ περισσότεροι οι νοσηλευτές που εγκαταλείπουν το επάγγελμα της νοσηλευτικής σε σχέση με τους νεοεισερχόμενους (Nursing & Midwifery Council, 2017). Η ίδια τάση παρατηρείται και στον Καναδά, (Καναδικό Ινστιτούτο Πληροφοριών Υγείας [CIHI], 2019), αφού ο ετήσιος ρυθμός αύξησης του νοσηλευτικού εργατικού δυναμικού μειώθηκε από 2,2% το 2014 σε 1% το 2018 (CIHI, 2019).

Η εργασιακή ικανοποίηση θεωρείται καθοριστικός παράγοντας στη διατήρηση των νοσηλευτών τόσο στο επάγγελμα όσο και στο οργανισμό εργοδότησης. Επιπρόσθετα, η ικανοποίηση από τον χώρο εργασίας είναι προϋπόθεση στην προσφορά υψηλής ποιότητας φροντίδα, γεγονός που διαπιστώνεται από τους ασθενείς. Στον αντίποδα η εργασιακή δυσαρέσκεια των νοσηλευτών σχετίζεται με μειωμένη ασφάλεια και μειωμένη

ικανοποίηση των ασθενών (Serafin, et al., 2019).

Η εργασιακή δυσαρέσκεια ευθύνεται κατά κύριο λόγο για την αλλαγή εργασίας των νοσηλευτών και εκδηλώνεται είτε με αλλαγή τμήματος και χώρου εργασίας (nursing turnover), είτε με αποχώρηση από το επάγγελμα (Aiken et al, 2008; Stone et al, 2007), είτε, ακόμη, και με την επαγγελματική μετανάστευση από αναπτυσσόμενες χώρες σε χώρες με προηγμένα υγειονομικά συστήματα (El-Jardali et al, 2009).

Οι κύριοι παράγοντες, οι οποίοι φαίνεται να συμβάλλουν στην επίτευξη της εργασιακής ικανοποίησης, είναι η υποστήριξη από τη διοίκηση, οι συνθήκες εργασίας, η ποιότητα της εποπτείας, τα επιτεύγματα στον εργασιακό χώρο, το εργασιακό ενδιαφέρον και η ευθύνη (Yasin *et al.*, 2020). Επίσης, η ηλικία, ο μισθός, ο φόρτος εργασίας και η συχνότητα εκπαίδευσης σχετίζονται με την εργασιακή ικανοποίηση, υπάρχουν, ωστόσο, αναμφίλεκτα σημαντικές διαφορές στην ικανοποίηση από την εργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας ένεκα της διαφοράς των συστημάτων υγείας και των πολιτισμικών διαφορών (Lu, Xu and Lu, 2025).

Μεγάλος αριθμός ερευνών τεκμηριώνουν στα ευρήματα τους τη θετική επίδραση των υψηλών επιπέδων επαγγελματικής ικανοποίησης στην ψυχική αλλά και τη σωματική ευεξία των εργαζομένων, ενώ παράλληλα τονίζουν τη συμβολή της στη συνολική λειτουργία των οργανισμών. Στον αντίποδα, αρκετές έχουν εντοπίσει σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις μεταξύ εργασιακής ικανοποίησης και εμφάνισης σωματικών (πονοκέφαλους, κόπωση) και ψυχολογικών συμπτωμάτων (άγχος, κατάθλιψη) (Evans et al., 2006 ; Fisher 2010).

Η επαγγελματική ικανοποίηση είναι ένα σημαντικό στοιχείο της ζωής των νοσηλευτών που μπορεί να έχει επιπτώσεις στην ασφάλεια των ασθενών, στο ηθικό του προσωπικού, στην παραγωγικότητα και την απόδοση, στην ποιότητα της περίθαλψης, στη διατήρηση του ανθρώπινου δυναμικού και στη δέσμευση στους οργανωσιακούς στόχους (Κρεμετη, 2010). Χαρακτηρίζεται από δυναμικότητα και μπορεί να ποικίλει ανάλογα με τα ατομικά χαρακτηριστικά, τις προσδοκίες, το στυλ διοίκησης, τις αλλαγές στην πολιτική των οργανισμών και τις προσωπικές επιλογές (Murrells et al, 2008).

Στους νοσηλευτές το εργασιακό άγχος και φαινόμενα, όπως οι συχνές απουσίες και μετακινήσεις των εργαζομένων είναι συνδεδεμένα με χαμηλή ικανοποίηση από την εργασία (Volker et al, 2010) . Προηγούμενες έρευνες για τους νοσηλευτές έδειξαν ότι οι

απαιτήσεις αλλά και οι πόροι της εργασίας είναι σημαντικοί παράγοντες για την ικανοποίηση από αυτή. Οι μελέτες τονίζουν ότι οι απαιτήσεις μπορούν να μειώσουν την ικανοποίηση από την εργασία, ενώ οι πόροι (π.χ. υποστήριξη από τους συναδέλφους) μπορούν να την αυξήσουν (Mache et al, 2009).

Η επαγγελματική ικανοποίηση, ιδιαίτερα στον τομέα των νοσηλευτών, είναι μια κρίσιμη πρόκληση για τους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης, καθώς το κόστος εργασίας είναι υψηλό και οι ελλείψεις σημαντικές. Έτσι, καθώς η ζήτηση για νοσηλευτές αυξάνεται η προσφορά δεν επαρκεί για να ικανοποιήσει τη ζήτηση αυτή (Zangaro, Soeken, 2007; Yasin *et al.*, 2020). Οι οργανισμοί δαπανούν τεράστια ποσά για την πρόσληψη νοσηλευτών, αλλά μόλις προσληφθούν η διατήρησή τους είναι δύσκολη. Οι νοσηλευτές παρέχουν ζωτικής σημασίας υπηρεσίες και υποστήριξη σε όλη τη διάρθρωση των οργανισμών παροχής ιατρικής φροντίδας και είναι, επομένως, ουσιαστική η παραμονή τους σε έναν οργανισμό (Zangaro, Soeken, 2007 ;Yasin *et al.*, 2020).

Αν οι νοσηλευτές δεν παρακινούνται από τους εργοδότες τους το πιο πιθανό είναι ότι θα αποφασίσουν να αναζητήσουν εργασία σε κάποιον άλλο οργανισμό (Kudo et al, 2010). Δεδομένου ότι τα νοσοκομεία αποτελούν τον κύριο πυλώνα ενός αποτελεσματικού συστήματος υγείας και ότι οι νοσηλευτές παρέχουν κρίσιμη περίθαλψη μέσα σε αυτά, παραμένει ένα κρίσιμο ζήτημα της έρευνας η προσέλκυση και διατήρηση των νοσηλευτών στο περιβάλλον του νοσοκομείου (Güteryüz et al, 2008).

Εν κατακλείδι, οι παράγοντες που οδηγούν στην επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών διαχωρίζονται σε τρεις κατηγορίες: εργασιακούς, ατομικούς, οργανωτικούς (Best 2004; Mohr *et al.*, 2018; Yasin *et al.*, 2020; Lu, Xu and Lu, 2025). Ο μισθός, οι συνθήκες και ο φόρτος εργασίας, η έλλειψη προσωπικού, το κυκλικό ωράριο, η ασάφεια του νοσηλευτικού ρόλου, η νοσηλευτική θέση, η κοινωνική καταξίωση, η σχέση με τους ασθενείς, η συνεχιζόμενη εκπαίδευση, η ηλικία και τα έτη προϋπηρεσίας, το επίπεδο εκπαίδευσης, η οικογενειακή κατάσταση θεωρούνται τα βασικότερα αίτια που οδηγούν σε επαγγελματική ικανοποίηση ή δυσαρέσκεια, αύξηση του stress και τελικά αποχώρηση ή παραμονή στην εργασία (Spector, 1997; Evans et al., 2006 ; Fisher, 2010).

#### 4.4.2 Εργασιακή ικανοποίηση ιατρικού προσωπικού

Οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης έχουν αναδείξει πρόσφατα ως βασικό δείκτη απόδοσης την ικανοποίηση από την εργασία των γιατρών. Οι εργασιακές στάσεις μεταξύ των γιατρών συνδέονται τόσο με την απόδοση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης όσο και με τη βιωσιμότητα του εργατικού δυναμικού (Shanafelt, et al., 2017).

Η ικανοποίηση από την εργασία, η επαγγελματική και η οργανωσιακή πρόθεση φυγής και η εξουθένωση των ιατρών παρουσιάζονται ως οι πιο σημαντικοί δείκτες στα προβλήματα απόδοσης και προσφοράς, ιδιαίτερα σε οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης που συχνά αναλαμβάνουν πολλαπλούς ρόλους, συμπεριλαμβανομένων της κλινικής φροντίδας, της έρευνας και της διδασκαλίας (Mohr 2018). Η ενασχόληση με την έρευνα και τη διδασκαλία συμβάλλει στην εργασιακή αυτονομία σε θετικότερες στάσεις ως προς τη συνεργασία, παράγοντες που οδηγούν σε υψηλότερη εργασιακή δέσμευση και ικανοποίηση από την εργασία (Mohr 2018). Ευρήματα μελέτης στις ΗΠΑ καταδεικνύουν ότι η ικανοποίηση από την εργασία συμβάλλει στο να διαθέτουν οι ιατροί σημαντικό χρόνο σε διδακτικές και ερευνητικές δραστηριότητες (Hojat M 2010 ; Mohr 2018). Ο Mohr (2018) αναφέρει ότι η αξιολόγηση των ιατρών σε σχέση με την ποιότητα της περίθαλψης και η επάρκεια στη στελέχωση του ιατρικού προσωπικού ήταν οι ισχυρότεροι προγνωστικοί παράγοντες της συνολικής εργασιακής ικανοποίησης και της πρόθεσης φυγής.

Είναι γνωστό ότι οι ιατροί σήμερα αντιμετωπίζουν καθημερινά αμέτρητες προκλήσεις και αλλαγές. Η δυσαρέσκεια των ιατρών από την εργασία τους έχει βρεθεί να σχετίζεται με το στρες, τα ιατρικά λάθη, την επαγγελματική εξουθένωση, την επιθυμία αποχώρησης από την εργασία, τη μείωση της ποιότητας, την αύξηση του κόστους της παρεχόμενης φροντίδας και τη μειωμένη συμμόρφωσης του ασθενή με τις ιατρικές οδηγίες (Bogue et al, 2006 ; Mohr 2018) . Η δυσαρέσκεια αυτή είναι ένα επίκαιρο θέμα προς συζήτηση στα ιατρικά περιοδικά και φαίνεται να υπάρχει μια γενική ομολογία, τουλάχιστον στους κόλπους του ίδιου του κλάδου, ότι η ικανοποίηση από την εργασία μεταξύ των ιατρών μειώνεται διαχρονικά (Nylenna et al, 2005).

Σήμερα, η ικανοποίηση των ιατρών θεωρείται συχνά ως ένας από τους τέσσερις κρίσιμους δείκτες της ποιότητας της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης, μαζί με την κατάσταση της υγείας, την ικανοποίηση των ασθενών και το κόστος (Qian, Lim, 2008). Σε μια εποχή

σημαντικών αναδιοργανώσεων των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης και τεράστιας πίεσης στους επαγγελματίες υγείας, είναι σημαντικό να γνωρίζουμε τα στοιχεία που επηρεάζουν την εργασιακή τους ικανοποίηση για τους ίδιους, τους ιατρικούς συλλόγους καθώς και για τους ασθενείς γενικότερα (Bovier, Perneger, 2003). Αυτό οφείλεται στο ότι η ικανοποίηση των γιατρών δεν συνδέεται μόνο με την υγεία και την ευημερία τους, αλλά και με την πολιτική συνταγογράφησης που ακολουθούν, την πειθαρχία των ασθενών σε σχέση με τη φαρμακευτική τους αγωγή, την ικανοποίηση των ασθενών, το ηθικό των εργαζομένων στον τομέα της υγείας, καθώς και την ποιότητα της περίθαλψης εν γένει (Κρεμετη, 2010).

Θα ήταν αδύνατον να αντιληφθούμε τα προβλήματα της υγειονομικής περίθαλψης χωρίς την κατανόηση της συμπεριφοράς των ιατρών και θα ήταν αδύνατον να πραγματοποιηθούν σημαντικές αλλαγές στον τομέα της ιατρικής χωρίς αλλαγή της γενικότερης συμπεριφοράς και αντιμετώπισης των ιατρών. Όσο περισσότερο πλησιάσουμε στις σκέψεις και στα συναισθήματά τους τόσο πιθανότερο είναι να επιτύχουμε την ανάπτυξη επιτυχημένων πολιτικών για την υγεία (Qian, 2008).

Οι Floch et al., (2016) μέσα από την ανασκόπηση της επιστημονικής βιβλιογραφίας αναφέρουν στα ευρήματά τους και υπογραμμίζουν ανάμεσα σε άλλα τη σημασία της ισορροπίας μεταξύ φόρτου εργασίας και εισοδήματος. Ένα καλό εισόδημα είναι σημαντικό για κάθε ιατρό. Ωστόσο, οι ιατροί με υψηλότερα ποσοστά εισοδήματος ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι λόγω του μεγάλου φόρτου εργασίας τους. Η πρόκληση είναι να βρεθεί η σωστή ισορροπία μεταξύ των δύο. Στη συνέχεια, η ανάλυση της βιβλιογραφίας υπογραμμίζει τη σημασία των προκλήσεων, όπως η πνευματική διέγερση. Η διδασκαλία και η εκτέλεση ακαδημαϊκών εργασιών βρέθηκε, επίσης, ότι συμβάλλει σε υψηλό επίπεδο ικανοποίησης από την εργασία .

#### 4.4.3 Μελέτες που αφορούν την Κυπριακή πραγματικότητα

Μια πρώτη μελέτη επί του θέματος έγινε στο Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας (Lamprou, Kontodimopoulos, 2010) για τη σχέση κινήτρων και εργασιακής ικανοποίησης σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, στην οποία συμμετείχαν 67 ιατροί και οδοντίατροι και 219 νοσηλευτές. Το εργαλείο, το οποίο χρησιμοποιήθηκε, αναφερόταν σε τέσσερα εργασιακά κίνητρα: στα χαρακτηριστικά της εργασίας, αμοιβή, συνάδελφοι και επιτεύγματα στην εργασία. Τα αποτελέσματα της έρευνας κατέδειξαν ότι τα επιτεύγματα κατέλαβαν την πρώτη θέση μεταξύ των τεσσάρων κινήτρων με επόμενο τον παράγοντα αμοιβή, έπειτα τον παράγοντα συνάδελφοι και τα χαρακτηριστικά της εργασίας. Ο παράγοντας αμοιβή αποκάλυψε στατιστικά σημαντικές διαφορές αναλόγως του φύλου και τμήματος, με γυναίκες ιατρούς και νοσηλεύτριες στο τμήμα ατυχημάτων και επειγόντων περιστατικών να αναφέρουν μεγαλύτερες μέσες βαθμολογίες ( $p < 0,005$ ). Το ιατρικό προσωπικό έδειξε στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη ικανοποίηση από την εργασία σε σχέση με το νοσηλευτικό προσωπικό. Οι νοσηλευτές στα χειρουργικά τμήματα και όσοι ήταν άνω των 55 ετών ανέφεραν μεγαλύτερη ικανοποίηση από την εργασία, συγκριτικά με τις άλλες ομάδες (Lamprou, Kontodimopoulos, 2010).

Το 2012, πραγματοποιήθηκε μια δεύτερη μελέτη έχοντας ως θέμα την επαγγελματική ικανοποίηση όλων των επαγγελματικών ομάδων στα δημόσια νοσηλευτήρια της Κύπρου (Μακρής et al, 2011). Στη συγκεκριμένη μελέτη, πήραν μέρος 770 επαγγελματίες υγείας από τους οποίους οι 123 ήταν ιατροί. Τα αποτελέσματα της έρευνας καταδεικνύουν ότι 8 στους 10 εργαζόμενους δηλώνουν ικανοποιημένοι ή πολύ ικανοποιημένοι από το επάγγελμά τους. Περισσότερο ικανοποιημένοι βρέθηκαν οι εργαζόμενοι στο νοσοκομείο της Πάφου και λιγότερο ικανοποιημένοι οι εργαζόμενοι στο νοσοκομείο Λεμεσού. Παρά τα υψηλά ποσοστά συνολικής ικανοποίησης, για κάποιες επιμέρους παραμέτρους/συνιστάμενές της εργασίας, ο μέσος βαθμός δυσαρέσκειας ήταν ιδιαίτερα αυξημένος. Τέτοιες παράμετροι ήταν η αναγνώριση και η προώθηση της προσωπικής ανάπτυξης, η εξασφάλιση αντικειμενικότητας στις προαγωγές, η αναγνώριση και η επιβράβευση θετικών προσπαθειών, η παροχή κινήτρων και η οργάνωση, καθώς και η διεύθυνση του νοσηλευτηρίου (Μακρής et al, 2011).

#### 4.5 Σύγκριση ιδιωτικού και δημόσιου τομέα

Μέσα από την ανασκόπηση της επιστημονικής βιβλιογραφίας δε βρέθηκαν μελέτες που να συγκρίνουν τη διαφορά στην εργασιακή ικανοποίηση και τη στάση του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού, που εργάζεται στον δημόσιο τομέα, συγκριτικά με το προσωπικό που εργάζεται στον ιδιωτικό τομέα, ως προς την διεπαγγελματική συνεργασία. Γίνεται μια σχετική αναφορά μόνο σε μια μελέτη των Kaifi et al (2021) όπου συγκρίνοντας ιδιωτικό και δημόσιο νοσοκομείο αναφέρουν στα ευρήματα τους ότι οι επαγγελματίες υγείας σε δημόσιο νοσοκομείο (ιατροί και νοσηλευτές) έχουν θετικότερη στάση σε σχέση με τους επαγγελματίες υγείας σε ιδιωτικό νοσοκομείο ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία (Kaifi *et al.*, 2021).

#### **Μελέτη με ποιοτικό σχεδιασμό**

Όπως έχουμε προαναφέρει, η πλειονότητα των μελετών που εντοπίστηκαν ακολουθούσε ποσοτικό ερευνητικό σχεδιασμό, ενώ εντοπίστηκε μόνο μία μελέτη με ποιοτικό προσανατολισμό. Η μελέτη διεξάχθηκε στις ΗΠΑ από τους Lancaster et al., (2015) και σκοπός της ήταν η διερεύνηση της συνεργασίας τριών επαγγελματικών ομάδων (ιατρών, νοσηλευτών και βοηθητικού προσωπικού). Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για τη συλλογή δεδομένων ήταν ατομικές συνεντεύξεις. Από τα αποτελέσματα της μελέτης προέκυψαν τα ακόλουθα: η μελέτη υποδεικνύει ότι, στις περισσότερες περιπτώσεις, οι ιατροί, οι νοσηλευτές και το βοηθητικό προσωπικό λειτουργούν ως ξεχωριστές επαγγελματικές οντότητες στον χώρο της υγειονομικής περίθαλψης, με σπάνια τη μεταξύ τους επικοινωνία. Οι ιατροί αντιλαμβάνονται τους εαυτούς τους ως τους κύριους υπεύθυνους για τη λήψη αποφάσεων που αφορούν τη φροντίδα των ασθενών, αν και αρκετοί αναγνωρίζουν τη σημασία της γνώσης και της εξειδίκευσης των νοσηλευτών. Επίσης, η μελέτη καταδεικνύει την ύπαρξη μιας ιεραρχικής και υποτακτικής σχέσης μεταξύ των νοσηλευτών και του βοηθητικού προσωπικού. Επιπλέον, οι ιατροί και οι νοσηλευτές τείνουν να συνεργάζονται ή να ανταλλάζουν απόψεις μεταξύ τους περιστασιακά, ενώ το βοηθητικό προσωπικό σπανίως συμμετέχει σε ουσιαστικές συζητήσεις που αφορούν την παροχή φροντίδας στους ασθενείς (Lancaster et al., 2015).

## Έρευνες παρέμβασης

Το ενδιαφέρον στο ερευνητικό πεδίο σε σχέση με τη διεπαγγελματική συνεργασία φαίνεται να έχει μετατοπιστεί προς τη διεπαγγελματική εκπαίδευση, την πιλοτική εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων και την αξιολόγησή τους πριν και μετά την υλοποίησή τους. Υπάρχει πληθώρα ερευνών παρέμβασης σε σχέση με τη διεπαγγελματική εκπαίδευση. Ενδεικτικά, αναφέρουμε τη μελέτη των Mokler et al.,(2020), όπου σκοπός ήταν η αξιολόγηση της εφαρμογής προγράμματος διεπαγγελματικής εκπαίδευσης σε φοιτητές από διαφορετικά προγράμματα επαγγελματιών υγείας. Η αξιολόγηση έγινε μέσα από ένα σενάριο προσομοίωσης με τη συμμετοχή εκπαιδευμένων ηθοποιών, με σκοπό την κατανόηση των ρόλων και των ευθυνών των επαγγελματιών τους στο πλαίσιο της διεπαγγελματικής εκπαίδευσης. Πριν και μετά την παρέμβαση, πραγματοποιήθηκαν αξιολογήσεις μέσω των εργαλείων Interprofessional Core Competencies Assessment Scale (ICCAS) και Interprofessional Socialization and Valuing Scale (ISVS) για τη μέτρηση των μαθησιακών αποτελεσμάτων των φοιτητών. Οι στατιστικά σημαντικές διαφορές, πριν και μετά την παρέμβαση στις βαθμολογίες των εργαλείων, επιβεβαίωσαν τη θετική επίδραση στις στάσεις των φοιτητών ως προς τη διεπαγγελματική εκπαίδευση και τη μεταξύ τους μελλοντική συνεργατική πρακτική.

Μια άλλη παρεμβατική μελέτη ήταν των Wheeler et al.,(2019), της οποίας σκοπός ήταν η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας μιας καινοτόμου διεπαγγελματικής δραστηριότητας για την ενίσχυση των διεπαγγελματικών δεξιοτήτων φοιτητών επαγγελματιών υγείας μέσω της μεθόδου της ομαδικής εκπαίδευσης (Team-Based Learning ). Απώτερος στόχος ήταν η ενίσχυση της κατανόησης των ρόλων και των ευθυνών των επαγγελματιών τους. Συλλέχθηκαν οι μέσοι όροι από τις επιδόσεις των φοιτητών στα τεστ ατομικής και ομαδικής ετοιμότητας (individual and team readiness assurance test), ενώ παράλληλα οι φοιτητές κλήθηκαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο **Interprofessional Collaborative Competencies Attainment Survey (ICCAS)** για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της δραστηριότητας. Κατά μέσο όρο, οι βαθμολογίες στην αξιολόγηση της ομαδικής ετοιμότητας ήταν κατά 20% υψηλότερες από εκείνες της ατομικής ετοιμότητας, γεγονός που υποδηλώνει την προστιθέμενη αξία της ομαδικής μάθησης. Σημαντική βελτίωση παρατηρήθηκε σε όλα

τα επιμέρους στοιχεία του ICCAS, με τον τομέα «ρόλοι και ευθύνες» να εμφανίζει τη μεγαλύτερη θετική μεταβολή.

**Πίνακας 1: Παρουσίαση ανασκόπησης επιστημονικής βιβλιογραφίας -διεπαγγελματική συνεργασία**

| A/A | Συγγραφείς/<br>Χρονολογία                                                      | Σκοπός                                                                                                                                                  | Σχεδιασμός /Δείγμα                                                                                                                                                                                   | Συλλογή δεδομένων                                                                                                                                                                                                                                                            | Αποτέλεσμα                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.  | Kaifi A, Tahir MA, Ibad A, Shahid J, Anwar M. (Πακιστάν 2021)                  | Προσδιορισμός των στάσεων των γιατρών και των νοσηλευτών που εργάζονται σε διαφορετικά νοσοκομεία στην περιοχή του Ισλαμαμπάντ-Ραβαλπίντι του Πακιστάν. | Περιγραφική μελέτη συσχέτισης.<br><br>Ευκολίας.<br>374 επαγγελματίες Υγείας<br>Νοσηλευτές (51,1%)<br>Ιατροί (48,9%)<br><br><b>Περιβάλλον:</b> Διεξήχθη σε τρία δημόσια και τρία ιδιωτικά νοσοκομεία. | <b>Εργαλείο:</b> The Jefferson Scale of Attitudes toward Physician – Nurse Collaboration (Hojat et al. 1999)<br><br><b>E:</b> Δεν αναφέρεται<br><b>A:</b> Cronbach alpha .71<br><br><b>Τρόπος συλλογής δεδομένων:</b><br>Ατομική διανομή ερωτηματολογίου στους συμμετέχοντες | Οι νοσηλευτές είχαν πιο θετική στάση ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία σε σύγκριση με τους γιατρούς (mean: 50,81 vs 47,48, $p<.01$ ) σημειώνοντας υψηλότερες βαθμολογίες και στις 4 κλίμακες του εργαλείου. Εκπαίδευση και συνεργασία 24,87 έναντι 23,72 $p<.001$ , φροντίδα έναντι θεραπείας 10,88 έναντι 9,42 $p<.001$ , αυτονομία Νοσηλευτών 10.89 έναντι 10.51 $p=.004$ , Κυριαρχία των ιατρών 4,17 έναντι 3,82 $p=.044$ .                                                                                                                                                                                                |
| 2.  | Κοντογιάννης Ν, Τούντας Γ, Καντζανού Μ, Πάσχου Ε, Τσουνής Α, Σαράφης Π.,(2021) | Η μελέτη της σχέσης της διεπαγγελματικής συνεργασίας και της επαγγελματικής ικανοποίησης στους εργαζόμενους του Οργανισμού Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ). | Συγχρονική μελέτη<br><br>Ευκολίας.<br><br>Ιατροί 16 (16,5%) Νοσηλευτές 34 (35,1%) Λοιπό Προσωπικό 47 (48,5%)<br><br><b>Περιβάλλον:</b> ΟΚΑΝΑ (Οργανισμός αντιμετώπισης εξαρτήσεων)                   | <b>Εργαλεία:</b> Interprofessional Collaboration Scale (ICS), και Job Satisfaction Survey (JSS)<br><br><b>E:</b> Δεν αναφέρεται<br><b>A:</b> Cronbach alpha 0,885 (ICS)<br>Cronbach alpha 0,907(JSS)<br><br><b>Τρόπος συλλογής δεδομένων:</b><br>Διαδικτυακό ερωτηματολόγιο  | Η σχέση μεταξύ διεπαγγελματικής συνεργασίας και επαγγελματικής ικανοποίησης ήταν θετική ( $r=0,36$ , $p<0,001$ ) και αποτελούσε θετικό προγνωστικό παράγοντα της επαγγελματικής ικανοποίησης ( $\beta=0,56$ , $p<0,001$ ).<br><br>Σε επίπεδο διεπαγγελματικής συνεργασίας μεταξύ του προσωπικού δεν υπάρχει στατιστική διαφορά στο συνολικό δείκτη ούτε στις επιμέρους πτυχές τους. Η επικοινωνία μεταξύ τους είναι η πιο ισχυρή ένδειξη συνεργασίας με δεύτερη τη διάθεση συνεργασίας και τελευταία την απομόνωση. Επιπλέον, επηρεάζεται από την οικογενειακή κατάσταση των εργαζομένων και την προϋπηρεσία τους στον οργανισμό. |

| A/A | Συγγραφείς/<br>Χρονολογία           | Σκοπός                                                                                                                                                                                | Σχεδιασμός /Δείγμα                                                                                                                                                                                   | Συλλογή δεδομένων                                                                                                                                                                                                                                                                   | Αποτέλεσμα                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3.  | Hossny EK, Sabra HE.(Αίγυπτος 2020) | Διερεύνηση της στάσης των επαγγελματιών υγείας ως προς τη συνεργασία νοσηλευτών-γιατρών και διερεύνηση του επιπέδου ικανοποίησης σχετικά με την ποιότητα της μεταξύ τους συνεργασίας. | Περιγραφική μελέτη συσχέτισης<br><br>Ευκολίας.<br><br>338 επαγγελματίες υγείας (158 Νοσηλευτές πρακτικής άσκησης, 139 Νοσηλευτές και 41 Ιατροί )<br><br><b>Περιβάλλον:</b> Πανεπιστημιακό νοσοκομείο | <b>Εργαλείο:</b> The Jefferson Scale of Attitudes toward Physician – Nurse Collaboration (Hojat et al. 1999)<br><br><b>E:</b> Δεν αναφέρεται<br><br><b>A:</b> Cronbach alpha 0.70–0.93<br><br><b>Τρόπος συλλογής δεδομένων:</b> Ατομική διανομή ερωτηματολογίου στους συμμετέχοντες | Οι νοσηλευτές πρακτικής άσκησης είχαν τη χαμηλότερη βαθμολογία (38,6%) σε σχέση με το επίπεδο ικανοποίησης, σε αντίθεση με τους ιατρούς (61%). Οι νοσηλευτές είχαν την υψηλότερη θετική στάση (48,45 (4,03)) ως προς τη συνεργασία.                                                                                                                                                                  |
| 4.  | Degavi G., (Αιθιοπία 2019)          | Αξιολόγηση της συνεργασίας μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών                                                                                                                               | Περιγραφική μελέτη συσχέτισης.<br><br>Ευκολίας.<br><br>Νοσηλευτές ( $n = 226$ )<br>Ιατροί ( $n = 67$ )<br><br><b>Περιβάλλον:</b> Διεξήχθη σε 2 μεγάλα περιφερειακά δημόσια νοσοκομεία.               | <b>Εργαλείο:</b> The Jefferson Scale of Attitudes toward Physician – Nurse Collaboration (Hojat et al. 1999)<br><br><b>E:</b> Δεν αναφέρεται<br><br><b>A:</b> Δεν αναφέρεται<br><br><b>Τρόπος συλλογής δεδομένων:</b> Ατομική διανομή ερωτηματολογίου στους συμμετέχοντες.          | Οι νοσηλευτές είχαν πιο θετική στάση ως προς τη συνεργασία σε σχέση με τους ιατρούς ( $p$ -value 0.003). Οι νεαρότεροι σε ηλικία παρουσίαζαν συχνότερα συμπεριφορά συνεργασίας σε σχέση με τους μεγαλύτερους σε ηλικία ( $p$ value-0.002). Την ίδια συμπεριφορά είχαν και οι συμμετέχοντες με λιγότερα χρόνια εμπειρίας σε σχέση με αυτούς που είχαν περισσότερα χρόνια εμπειρίας ( $p$ value-0.000) |

| A/A | Συγγραφείς/<br>Χρονολογία                            | Σκοπός                                                                                                                                                                                                                                                  | Σχεδιασμός /Δείγμα                                                                                                                                                                                                         | Συλλογή δεδομένων                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Αποτέλεσμα                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5.  | Elsous A, Radwan M, Mohsen S.,<br>(Παλαιστίνη, 2017) | Διερεύνηση της στάσης του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού ως προς τη συνεργασία.                                                                                                                                                                   | Περιγραφική μελέτη συσχέτισης.<br><br>Ευκολίας.<br>Νοσηλευτές ( $n = 543$ )<br>Ιατροί ( $n = 423$ )<br><br><b>Π.Α.</b> νοσηλευτές 75.6%<br>ιατροί 24.4%<br><br><b>Περιβάλλον:</b> Διεξήχθη σε 1 πανεπιστημιακό νοσοκομείο. | <b>Εργαλείο:</b> The Jefferson Scale of Attitudes toward Physician – Nurse Collaboration (Hojat et al. 1999)<br><br><b>E:</b> περιεχομένου και κλίμακας κυμαίνεται από 0.77 -1.00 και 0.88 -0.94 αντίστοιχα.<br><br><b>A:</b> Cronbach alpha 73.2<br><br><b>Τρόπος συλλογής δεδομένων:</b><br>Ατομική διανομή ερωτηματολογίου στους συμμετέχοντες. | Οι νοσηλευτές είχαν πιο θετική στάση ως προς τη συνεργασία σε σχέση με τους ιατρούς ( $p < 0.001$ ). Θετική συσχέτιση με την κλίμακα στάσεων έδειξαν να έχουν, η ηλικία (0.127), η κυριαρχία των ιατρών (0.142) και η εκπαίδευση (0.169).                                                                                                                                                                                                                         |
| 6.  | Zheng RM, Sim YF, Koh GC.,<br>(Σιγκαπούρη, 2016)     | Ο καθορισμός των στάσεων των ιατρών και των νοσηλευτών ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία. Επιπλέον, εάν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά μπορούν να επηρεάσουν τις στάσεις και ποιοι παράγοντες μπορούν να διευκολύνουν τη διεπαγγελματική συνεργασία. | Περιγραφική μελέτη συσχέτισης.<br><br>Ευκολίας,<br>νοσηλευτές( $n = 253$ )<br>Ιατροί ( $n = 161$ )<br><b>Π.Α.:</b> 91%<br><b>Περιβάλλον:</b> 9 πολυκλινικές                                                                | <b>Εργαλείο:</b> The Jefferson Scale of Attitudes toward Physician – Nurse Collaboration (Hojat et al. 1999)<br><br><b>E:</b> Δεν αναφέρεται<br><br><b>A:</b> Cronbach alpha 0.776<br><br><b>Τρόπος συλλογής δεδομένων:</b><br>Ατομική διανομή ερωτηματολογίου στους συμμετέχοντες                                                                 | Οι νοσηλευτές είχαν πιο θετική στάση ως προς τη συνεργασία σε σχέση με τους ιατρούς ( $p = .006$ ). Οι νοσηλευτές με υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης είχαν πιο θετική στάση σε σχέση με αυτούς που είχαν μόνο τη βασική εκπαίδευση ( $p = .029$ ). Οι γυναίκες είχαν πιο θετική στάση σε σχέση με τους άντρες συμμετέχοντες ( $p = .036$ ). Η θετική συσχέτιση μεταξύ επιπέδου εκπαίδευσης και θετικής στάσης παρέμεινε και στην ανάλυση παλινδρόμησης ( $p = .018$ ). |

| A/A | Συγγραφείς/<br>Χρονολογία                                                                     | Σκοπός                                                                                                                                                                                                                          | Σχεδιασμός /Δείγμα                                                                                                                                                                                                                    | Συλλογή δεδομένων                                                                                                                                                                                                                               | Αποτέλεσμα                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7.  | Bowles D, McIntosh G, Hemrajani R, Yen MS, Phillips A, Schwartz N, Tu SP, Dow AW., (HΠΑ 2016) | Αξιολόγηση της διαφοράς ως προς την αντίληψη που αφορά τη διεπαγγελματική συνεργασία μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών και η διερεύνηση πιθανών παραγόντων που συμβάλλουν σε ατομικό και οργανωσιακό επίπεδο σε οποιαδήποτε διαφορά. | Περιγραφική μελέτη συσχέτισης.<br><br>Ευκολίας, ιατροί (n = 65 ), νοσηλευτές (n = 54)<br><br><b>Π.Α.:</b> 22% νοσηλευτές (N =54 ), 33% ιατροί (N= 47 ), 50% ειδικοί ιατροί (N=18)<br><br><b>Περιβάλλον:</b> Πανεπιστημιακό νοσοκομείο | <b>Εργαλείο :</b> Interprofessional Collaboration Scale (IPC) ( Kenaszchuk και συν. 2010)<br><br><b>E:</b> Παραπέμπει στον Δημιουργό<br><b>A:</b> Παραπέμπει στον Δημιουργό<br><br><b>Τρόπος συλλογής δεδομένων:</b> Διαδικτυακό ερωτηματολόγιο | Χαμηλότερη αντίληψη σε σχέση με τη διεπαγγελματική συνεργασία παρατηρήθηκε μεταξύ των νοσηλευτών σε σχέση με τους ιατρούς (p = .0001).                                                                                                                                                                                                                              |
| 8.  | Alcusk M, Ferrari L, Rossi G, Liu M, Hojat, M, and Maio V., (Ιταλία 2016)                     | Διερεύνηση των στάσεων ως προς τη συνεργασία των νοσηλευτών και των ιατρών σε νεοσύστατα ιατρικά κέντρα φροντίδας στην Ιταλία.                                                                                                  | Περιγραφική μελέτη συσχέτισης.<br><br>Ευκολίας, ιατροί (n = 104) νοσηλευτές (n = 87)<br><br><b>Π.Α.:</b> 67%                                                                                                                          | <b>Εργαλείο:</b> The Jefferson Scale of Attitudes toward Physician – Nurse Collaboration (Hojat et al. 1999)<br><br><b>E:</b> 0.28 - 0.61.<br><br><b>A:</b> Cronbach α 82<br><br><b>Τρόπος συλλογής δεδομένων:</b> Διαδικτυακό ερωτηματολόγιο   | Οι νοσηλευτές έδειξαν θετικότερη στάση ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία σε σχέση με τους ιατρούς( p < .01).<br><br>Θετική συσχέτιση με την κλίμακα στάσεων έδειξαν να έχουν, η ηλικία ( p < .01 ) η κυριαρχία των ιατρών ( p < .01 ) και η εκπαίδευση ( p < .01 )<br><br>Οι γυναίκες είχαν πιο θετική στάση σε σχέση με τους άντρες συμμετέχοντες ( p < .01 ). |

|            |                                                                        |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|            |                                                                        |                                                                                                                                                                                          | <b>Περιβάλλον:</b> 12 ιατρικά κέντρα                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>A/A</b> | <b>Συγγραφείς/<br/>Χρονολογία</b>                                      | <b>Σκοπός</b>                                                                                                                                                                            | <b>Σχεδιασμός /Δείγμα</b>                                                                                                                                                                                                                         | <b>Συλλογή δεδομένων</b>                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Αποτέλεσμα</b>                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 9.         | Suryanto V P, Cornnell B., (Ινδονησία 2016).                           | Αξιολόγηση της στάσης του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού ως προς τη συνεργασία σε ένα τμήμα επειγόντων περιστατικών στην Ινδονησία.                                                | Συγκριτική Μελέτη.<br>Ευκολίας, ιατροί (n = 24)<br>νοσηλευτές (n = 47)<br><b>Π. Α. :</b> 92% νοσηλευτές και ιατροί 77%<br><b>Περιβάλλον:</b> Γενικό Νοσοκομείο                                                                                    | <b>Εργαλείο:</b> The Jefferson Scale of Attitudes toward Physician – Nurse Collaboration (Hojat et al. 1999)<br><b>E:</b> Δεν αναφέρεται<br><b>A:</b> Cronbach α 85<br><b>Τρόπος συλλογής δεδομένων:</b><br>Ατομική διανομή ερωτηματολογίου στους συμμετέχοντες | Οι νοσηλευτές είχαν πιο θετική στάση όσον αφορά τη διεπαγγελματική συνεργασία συγκριτικά με τους ιατρούς ( P <0,001) . Η εμπειρία φάνηκε να έχει θετική συσχέτιση με τη στάση των συμμετεχόντων έναντι στη συνεργασία (P = 0,023).                                                  |
| 10.        | Weaver C, Callaghan M, Coope A, Brandman J, O’Leary K., (Σικάγο 2015). | Ο καθορισμός του χαρακτήρα της συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών σε ογκολογικό τμήμα ενδονοσοκομειακής περίθαλψης και ο καθορισμός ύπαρξης τυχών εμποδίων στη δημιουργία συνεργασίας. | Περιγραφική μελέτη συσχέτισης. Ευκολίας<br>Νοσηλευτές (n = 89), ιατροί (n = 9)<br>Ειδικευόμενοι ιατροί (n = 16) και Ειδικοί ιατροί (n = 15).<br><b>Π.Α. :</b> 129 (67%)<br>Νοσηλευτές 71%, Ιατροί 67%<br>Ειδικευόμενοι 59% και Ειδικοί Ιατροί 64% | <b>Εργαλείο:</b><br>The Safety Attitudes Questionnaire team work climate (Sexton και συν. 2006)<br><b>E:</b> Παραπέμπει στον Δημιουργό<br><b>A:</b> Παραπέμπει στον Δημιουργό<br><b>Τρόπος συλλογής δεδομένων:</b><br>Διαδικτυακό ερωτηματολόγιο                | Ως προς τη συνεργασία οι νοσηλευτές παρουσίασαν τις χαμηλότερες βαθμολογίες (69,7), ενώ οι ειδικευόμενοι τις υψηλότερες (81,9, P = 0,01). Οι βαθμολογίες συνεργασίας των ιατρών σε σχέση με τους νοσηλευτές ήταν υψηλές και κυμαίνονταν από 87%-100% vs νοσηλευτές 35%-65% (P≤.02). |

|            |                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|            |                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Περιβάλλον:</b> Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ογκολογικό τμήμα.                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>A/A</b> | <b>Συγγραφείς/<br/>Χρονολογία</b>                                                                      | <b>Σκοπός</b>                                                                                                                                                                                                                                  | <b>Σχεδιασμός /Δείγμα</b>                                                                                                                                                                                                       | <b>Συλλογή δεδομένων</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Αποτέλεσμα</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 11.        | Caricati L, Guberti M, Borgognoni P, Prandi C, Spaggiari I, Vezzani E, and Iemmi M.,<br>(Ιταλία 2015). | Η ανάλυση της επίδραση του επαγγέλματος και της ομαδικής δέσμευσης όσον αφορά στη διεπαγγελματική συνεργασία μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών με βάση το μοντέλο διπλής ταυτότητας.                                                                | Περιγραφική μελέτη συσχέτισης.<br>Ευκολίας<br>Νοσηλευτές (n = 447), ιατροί (n = 166)<br><b>Π.Α. :</b> 64.2%<br><br><b>Περιβάλλον:</b> Δημόσιο Νοσοκομείο                                                                        | <b>Εργαλείο:</b> Nurse–Physicians Collaboration Scale (NPCS Ushiro, 2009).<br><br><b>E:</b> Παραπέμπει στη διαδικασία εγκυρότητας τους Fornell and Larker’s (1981)<br><br><b>A:</b> Cronbach $\alpha$ = 0.80<br><br><b>Τρόπος συλλογής δεδομένων:</b><br>Ατομική διανομή ερωτηματολογίου στους συμμετέχοντες | Οι ιατροί σημείωσαν υψηλότερες βαθμολογίες σε σχέση με τους νοσηλευτές όσον αφορά στην αντίληψη της συνεργασίας( $b = 0.21$ , $p < .001$ ).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 12.        | Wang Y, Liu YF, Li H, and Li T.,<br>(Κίνα 2015).                                                       | Η σύγκριση της στάσης των παιδίατρων και των φοιτητών ιατρικής με τους νοσηλευτές και τους φοιτητές νοσηλευτικής ως προς τη συνεργασία . Επιπρόσθετα, τη διερεύνηση τυχών διαφοράς στη στάση ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία, εάν μπορεί | Περιγραφική μελέτη συσχέτισης. Τυχαίο<br>Παιδιάτροι (n = 118)<br>Ασκούμενοι Παιδιάτροι (n = 98) Φοιτητές ιατρικής(n = 96) Παιδιατρικοί Νοσηλευτές (n = 126 )<br>Ασκούμενοι Νοσηλευτές (n = 118) Φοιτητές Νοσηλευτικής (n = 100) | <b>Εργαλείο:</b> The Jefferson Scale of Attitudes toward Physician – Nurse Collaboration (Hojat et al. 1999)<br><br><b>E:</b> Παραπέμπει στον Δημιουργό<br><br><b>A:</b> Παραπέμπει στον Δημιουργό<br><br><b>Τρόπος συλλογής δεδομένων:</b>                                                                  | Οι νοσηλευτές σημείωσαν πιο θετική στάση ως προς την ομαδική συνεργασία σε σχέση με τους ιατρούς ( $p = 0.04$ ). Επιπλέον, στους παράγοντες που αφορούσαν “κοινή εκπαίδευση και ομαδική συνεργασία” και “φροντίδα έναντι θεραπείας,”( 20.58 έναντι 19.26,και 10.3 έναντι 9.72 αντίστοιχα), ενώ στον παράγοντα που αφορά την “κυριαρχία των ιατρών” οι ιατροί σημείωσαν υψηλότερες βαθμολογίες σε σχέση με τους νοσηλευτές (2.95 έναντι 2.29, $p = 0.03$ ). |

|     |                                                                                            | να σχετίζεται με το φύλο ή την κλινική πρακτική εμπειρία                                                                                                                       | <b>Π.Α. :</b> Δεν αναφέρεται<br><b>Περιβάλλον:</b> Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο                                                                                              | Ατομική διανομή ερωτηματολογίου στους συμμετέχοντες                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A/A | Συγγραφείς/<br>Χρονολογία                                                                  | Σκοπός                                                                                                                                                                         | Σχεδιασμός /Δείγμα                                                                                                                                                        | Συλλογή δεδομένων                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Αποτέλεσμα                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 13. | Amsalul E, Boru B, Getahun F and Tulu B., (Αιθιοπία 2014).                                 | Η αξιολόγηση της στάσης των νοσηλευτών και των ιατρών ως προς την συνεργασία ιατρών-νοσηλευτών και το επίπεδο ικανοποίησης που αφορά την ποιότητα της μεταξύ τους συνεργασίας. | Περιγραφική μελέτη συσχέτισης<br><br>Τυχαίο<br>Νοσηλευτές (n = 176) και Ιατροί (n =53)<br><b>Π.Α.:</b> 90.50%.<br><b>Περιβάλλον:</b> 2 Περιφερειακά νοσοκομεία            | <b>Εργαλείο:</b> The Jefferson Scale of Attitudes toward Physician – Nurse Collaboration (Hojat et al. 1999)<br><b>E:</b> Δεν αναφέρεται<br><b>A:</b> 0.79 για τους Νοσηλευτές , 0.84 για τους ιατρούς, 0.78 και για τις 2 ομάδες .<br><b>Τρόπος συλλογής δεδομένων:</b> Ατομική διανομή ερωτηματολογίου στους συμμετέχοντες | Οι νοσηλευτές παρουσίασαν θετικότερη στάση ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία σε σχέση με τους ιατρούς( 49.63 έναντι 47.49 αντίστοιχα , $P = 0.043$ ). Επίσης, στατιστικά σημαντική διαφορά εντοπίστηκε στους παράγοντες “φροντίδα έναντι θεραπείας” και “κυριαρχία των ιατρών” ( $p = 0.01$ , $p = 0.004$ , αντίστοιχα). Όσον αφορά τον βαθμό ικανοποίησης τους από τη μεταξύ τους συνεργασία φάνηκε ότι 72 νοσηλευτές (41%) και 21 (40%) ιατροί την εκτιμούν ως “φτωχή” και μόνο 5 (3%) νοσηλευτές και κανένας ιατρός την εκτιμούν ως εξαιρετική. |
| 14. | Matziou V, Vlahioti E, Perdikaris P, Matziou T, Megapanou E and Petsios K., (Ελλάδα 2014). | Η διερεύνηση των αντιλήψεων των ιατρών και των νοσηλευτών αναφορικά με την επικοινωνία και τη συνεργασία καθώς και τους παράγοντες, οι οποίοι μπορούν να τις επηρεάσουν.       | Περιγραφική μελέτη<br>Ευκολίας<br>Νοσηλευτές (n =200) και Ιατροί (n =100)<br><b>Π.Α. :</b> Νοσηλευτές 98.5% και Ιατροί 93%.<br><b>Περιβάλλον:</b> Δύο δημόσια νοσοκομεία. | <b>Εργαλείο:</b> “Communication and Collaboration among physicians and nurses” questionnaire (Vazirani, Hays, Shapiro, & Cowan, 2005).<br><b>E:</b> Μέρος A (a=0.87) Μέρος B (a=0.75) και συνδυασμός των 2 (a=0.80).<br><b>A:</b> Μέρος A (Νοσηλευτές) Cronbach a=0.87. Μέρος B Ιατροί                                       | Παράγοντες που επηρεάζουν σημαντικά την επικοινωνία και τη συνεργασία είναι τα χρόνια υπηρεσίας, το μέγεθος της κλινικής, το πανεπιστημιακό πτυχίο και οι μεταπτυχιακές σπουδές σύμφωνα με την άποψη των νοσηλευτών ( $p < 0,05$ ). Για τους ιατρούς, η ηλικία, το φύλο, τα χρόνια εμπειρίας και το μέγεθος της κλινικής φαίνεται να επηρεάζουν σημαντικά την επικοινωνία και τη συνεργασία με το νοσηλευτικό προσωπικό ( $p < 0,05$ ).                                                                                                                |

|  |  |  |  |                                                                                                                                                                      |  |
|--|--|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  |  |  |  | <p>Cronbach a= 0.91 και Νοσηλευτές<br/>Cronbach a= 0.78.</p> <p><b>Τρόπος συλλογής δεδομένων:</b></p> <p>Ατομική διανομή ερωτηματολογίου<br/>στους συμμετέχοντες</p> |  |
|--|--|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

### **5.1 Σκοπός**

Η διερεύνηση των στάσεων του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία και την εργασιακή ικανοποίηση.

### **5.2 Σχεδιασμός**

Για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης χρησιμοποιήθηκε ένας περιγραφικός σχεδιασμός συσχέτισης.

### **5.3 Επιμέρους ερωτήματα**

1. Ποια είναι η στάση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία;
2. Υπάρχει διαφορά στη στάση του ιατρικού προσωπικού συγκριτικά με τη στάση του νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία; και πιο συγκεκριμένα ως προς τις τέσσερις παραμέτρους του ερωτηματολογίου: κυριαρχία των ιατρών, στην αυτονομία των νοσηλευτών εκπαίδευση και ομαδική εργασία και φροντίδα έναντι θεραπείας;
3. Ποιοι δημογραφικοί ή άλλοι οργανωσιακοί παράγοντες σχετίζονται με τη στάση του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία.
4. Ποιος είναι ο βαθμός εργασιακής ικανοποίησης του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού;
5. Ποιοι δημογραφικοί ή άλλοι οργανωσιακοί παράγοντες σχετίζονται με την εργασιακή ικανοποίηση;
6. Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ εργασιακής ικανοποίησης του ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού και τη διεπαγγελματική συνεργασία;
7. Υπάρχει διαφορά στη εργασιακή ικανοποίηση και τη στάση του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται στο δημόσιο τομέα συγκριτικά με το προσωπικό που εργάζεται στον ιδιωτικό τομέα, ως προς την διεπαγγελματική συνεργασία;

Δευτερευόντως διερευνήθηκε η τμηματική, οργανωσιακή και η επαγγελματική τάση φυγής.

#### **5.4 Επιλογή χώρου**

Η έρευνα για σκοπούς ευκολίας και άμεσης πρόσβασης διεξήχθη σε 3 νοσοκομεία στην επαρχία Λεμεσού, τα 2 δημόσια νοσοκομεία της επαρχίας (Νοσοκομείο Α και Νοσοκομείο Β) και 1 εκ των 2 ιδιωτικών νοσοκομείων της επαρχίας (Ιδιωτικό Νοσοκομείο) το οποίο είναι το δεύτερο μεγαλύτερο στην επαρχία Λεμεσού. Έγινε προσπάθεια από την ερευνητική ομάδα της παρούσας μελέτης για τη συμμετοχή και του μεγαλύτερου ιδιωτικού νοσοκομείου περιφέρειας Λεμεσού, αλλά η διοίκηση του νοσοκομείου απέρριψε το αίτημα μας, οπότε συμπεριλάβαμε το δεύτερο μεγαλύτερο ιδιωτικό νοσοκομείο.

##### **Νοσοκομείο Α**

Το Νοσοκομείο Α αποτελεί το μεγαλύτερο Νοσηλευτήριο της επαρχίας Λεμεσού και το δεύτερο μεγαλύτερο που ανήκει στο δίκτυο Νοσοκομείων του Οργανισμού Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας, μαζί με τα άλλα 7 Νοσοκομεία που καλύπτουν γεωγραφικά ολόκληρη την ελεύθερη Κύπρο, εξυπηρετώντας τους πολίτες της Επαρχίας και της ευρύτερης περιοχής Λεμεσού. Το Νοσοκομείο στελεχωνόταν το 2022 με 142 ιατρικούς λειτουργούς, 595 νοσηλευτικούς λειτουργούς (τη χρονική περίοδο διεξαγωγής της μελέτης το νοσοκομείο στελέχωναν 129 Ιατροί και 633 Νοσηλευτές) και 101 επαγγελματίες υγείας, ενώ διαθέτει 6 χειρουργικές αίθουσες και 313 κλίνες νοσηλείας ασθενών και 90 κλίνες ημερήσιας φροντίδας. Το Νοσοκομείο διαθέτει Τμήμα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών και περιθάλπει όλα τα επείγοντα περιστατικά της Επαρχίας. Επίσης, το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού διαθέτει, μεταξύ άλλων, το μοναδικό δωμάτιο Φυσικού Τοκετού στην Κύπρο εντός της Μαιευτικής Κλινικής, Κλινική Μαστού και Θυροειδούς ως τμήμα της Γενικής Χειρουργικής, Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής, Ουροδυναμικό Εργαστήριο εντός της Ουρολογικής Κλινικής και Ορθοπεδική Κλινική, όπου αντιμετωπίζονται κατάγματα Θωρακο-οσφυϊκού τραύματος (κατάγματα Σ.Σ.) και κατάγματα Πυελικού Δακτυλίου και Κοτύλης. Μοναδικές για την Επαρχία και την

ευρύτερη περιοχή αποτελούν η Αιματολογική Κλινική και η Νεφρολογική Κλινική, ενώ οι δυο μονάδες, που επίσης ξεχωρίζουν για τις εξειδικευμένες υπηρεσίες τους, είναι η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και η Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών. Το Γενικό Νοσοκομείο διαθέτει σύγχρονο ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, όπως τον Μαγνητικό Τομογράφο (MRI) στο Ακτινολογικό Τμήμα και τον Αγγειογράφο στο Εργαστήριο Επεμβατικής Καρδιολογίας.

### **Νοσοκομείο Β**

Το Νοσοκομείο Β ανήκει στο δίκτυο του Οργανισμού Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας μαζί με τα άλλα 7 Νοσοκομεία που καλύπτουν γεωγραφικά ολόκληρη την ελεύθερη Κύπρο, εξυπηρετώντας καθημερινά ασθενείς 84 κοινοτήτων. Το Νοσοκομείο διαθέτει Τμήμα Πρώτων Βοηθειών, το οποίο έχει ανακαινιστεί πλήρως το 2022, Κλινικό Εργαστήριο καθώς και Ακτινολογικό Τμήμα. Το Νοσοκομείο ξεχωρίζει για τη σύγχρονη Πνευμονολογική – Φυματιολογική Κλινική που διαθέτει, με 16 κλίνες. Το Νοσοκομείο το έτος 2022 διέθετε 34 κλίνες, 15 ιατρικούς λειτουργούς, 47 νοσηλευτικούς λειτουργούς και 11 επαγγελματίες υγείας παρέχοντας υψηλού επιπέδου πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια ιατρική φροντίδα.

### **Ιδιωτικό Νοσοκομείο**

Ξεκίνησε να λειτουργεί τον Ιούλιο του 2013 και αποτελεί το πρώτο Ιδιωτικό Νοσηλευτήριο Παγκύπρια, που εντάχθηκε στο Γενικό Σύστημα Υγείας (ΓΕΣΥ) από την πρώτη ημέρα λειτουργίας του. Είναι ένα οργανωμένο Νοσοκομείο που λειτουργεί σε 24-ωρη βάση και διαθέτει 139 κλίνες νοσηλείας. Τη χρονική περίοδο διεξαγωγής της μελέτης το νοσοκομείο στελεχωνόταν με 20 Ιατρούς και 100 νοσηλευτές. Το νοσοκομείο διαθέτει στις εγκαταστάσεις του Τμήμα Ατυχημάτων & Επειγόντων Περιστατικών, Επεμβατικά & Νοσηλευτικά Τμήματα, Εξωτερικά Ιατρεία που καλύπτουν όλο το φάσμα Ιατρικών Ειδικοτήτων, 3 Ακτινοδιαγνωστικά Τμήματα, Κλινικό Εργαστήριο, Νευρολογικό και Καρδιολογικό Εργαστήριο, Εργαστήριο Παθολογοανατομικής & Κυτταρολογίας, Νοσοκομειακό Φαρμακείο, Μονάδα Διάλυσης Φαρμάκων, Ογκολογικό Τμήμα, Κέντρο Τραύματος, Ενδοσκοπικό Τμήμα, Χειρουργικές & Υβριδικές Αίθουσες με τον κατάλληλο εξοπλισμό και άρτια στελέχωση. Η πολιτική του νοσηλευτηρίου έχει καθοριστεί, όπως αναφέρεται, με επίκεντρο τον άνθρωπο, κάτι το οποίο υλοποιείται με την εξατομικευμένη αντιμετώπιση του κάθε ασθενή και όχι απλά και μόνο της ασθένειάς του.

## 5.5 Δείγμα

Το δείγμα αποτέλεσε όλο το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στα προαναφερόμενα νοσοκομεία από τον Απρίλιο έως τον Σεπτέμβριο του 2019. Συγκεκριμένα, το δημόσιο νοσοκομείο περιλάμβανε συνολικό πληθυσμό 129 Ιατρών και 633 Νοσηλευτών, ενώ το νοσοκομείο του ιδιωτικού τομέα είχε 20 Ιατρούς και 100 Νοσηλευτές (Πίνακας 2). Πραγματοποιήθηκε ανάλυση ισχύος προκειμένου να καθοριστεί το κατάλληλο μέγεθος δείγματος για την ανίχνευση μέτριας επίδρασης σε μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης με πέντε προβλεπτικές μεταβλητές (δημογραφικά χαρακτηριστικά) και εξαρτημένη μεταβλητή το επίπεδο στάσεων. Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του λογισμικού G\*Power (Πραγματοποιήθηκε ανάλυση ισχύος προκειμένου να καθοριστεί το κατάλληλο μέγεθος δείγματος για την ανίχνευση μέτριας επίδρασης σε μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης με πέντε προβλεπτικές μεταβλητές (δημογραφικά χαρακτηριστικά) και εξαρτημένη μεταβλητή το επίπεδο στάσεων.) Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε με χρήση του λογισμικού G\*Power (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) και βασίστηκε σε αναμενόμενο μέγεθος επίδρασης  $f^2 = 0,15$  (που αντιστοιχεί σε μέτρια επίδραση), επίπεδο σημαντικότητας  $\alpha = 0,05$  και επιθυμητή στατιστική ισχύ 0,80. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης έδειξαν ότι απαιτείται ελάχιστο μέγεθος δείγματος 92 ατόμων για την επίτευξη της επιθυμητής ισχύος, γεγονός που διασφαλίζει την επάρκεια του σχεδιασμού για την ανίχνευση της εν λόγω επίδρασης. Συνολικό ποσοστό ανταπόκρισης 63,7% (Νοσηλευτές 81,8% και Ιατροί 53%)(Πίνακας 2).

| <b>Νοσοκομείο</b>              | <b>Ιατροί (n)</b> |            | <b>Νοσηλευτές ( n)</b> |             | <b>Σύνολο (n)</b> |                |
|--------------------------------|-------------------|------------|------------------------|-------------|-------------------|----------------|
|                                | Πληθυσμός         | Δείγμα     | Πληθυσμός              | Δείγμα      | Πληθυσμός         | Δείγμα         |
| <b>Δημόσια<br/>Νοσοκομεία</b>  | 129               | 67 (51,9%) | 633                    | 402 (63,5%) | 762               | 469<br>(61,5%) |
| <b>Ιδιωτικό<br/>Νοσοκομείο</b> | 20                | 12 (60%)   | 100                    | 92 (92%)    | 120               | 104 (86%)      |
| <b>Σύνολο</b>                  | 149               | 79 (53%)   | 733                    | 494 (67,3%) | 882               | 573<br>(63,7%) |

**Πίνακας 2: Σύνολο & Δείγμα Πληθυσμού**

## 5.6 Ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη

Τα ερωτηματολόγια έχουν επιλεγεί μέσα από τη συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση που προηγήθηκε. Τα κύρια κριτήρια, στα οποία βασίστηκε η επιλογή αυτή, είναι ότι ανταποκρίνονται καλύτερα στα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας μελέτης και παρουσιάζουν αποδεκτή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Επιπλέον, είναι τα εργαλεία, τα οποία έχουν χρησιμοποιηθεί και στην πλειοψηφία των ερευνών επί του συγκεκριμένου θέματος από άλλους ερευνητές.

Για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας χρησιμοποιήθηκε ένα γενικό ερωτηματολόγιο που απαρτιζόταν από τρία μέρη. Το πρώτο μέρος περιλάμβανε στοιχεία που αφορούσαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, όπως ηλικία, το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης, η οικογενειακή κατάσταση, ο αριθμός των παιδιών, η ειδικότητα και τα έτη προϋπηρεσίας. Η μέτρηση της τάσης φυγής έγινε με τις παρακάτω ερωτήσεις:

Αν σου δινόταν η ευκαιρία και λαμβάνοντας υπόψη τα ωφελήματα και τις υποχρεώσεις σου (τι παίρνεις, τι δίνεις στην εργασία σου) θα επιθυμούσες να αλλάξεις:

α) Τμήμα      Ναι ☐ Όχι ☐

β) Οργανισμό    Ναι ☐ Όχι ☐

γ) Επάγγελμα    Ναι ☐ Όχι ☐

Το δεύτερο μέρος αφορούσε τη διεπαγγελματική συνεργασία και η μέτρηση των στάσεων πραγματοποιήθηκε με την κλίμακα Jefferson scale of attitudes toward physician-nurse collaboration, (JSAPNC) (Hojat et al, 1999). Το τρίτο και τελευταίο μέρος αφορούσε την επαγγελματική ικανοποίηση, για την εκτίμηση της οποίας χρησιμοποιήθηκε το Job Satisfaction Survey (JSS) (Spector, 1985).

### 5.6.1 Εργαλείο μέτρησης της διεπαγγελματικής συνεργασίας

Στα πλαίσια του ερευνητικού μέρους της παρούσας εργασίας, επελέγη η διερεύνηση των στάσεων ιατρών νοσηλευτών ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία με την κλίμακα Jefferson scale of attitudes toward physician-nurse collaboration , (JSAPNC) (Hojat et al, 1999). Έχει ληφθεί η απαραίτητη άδεια από τον κατασκευαστή (Παράρτημα II). Το ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε αρχικά από ερευνητές στο πανεπιστήμιο Jefferson στη Φιλαδέλφεια των ΗΠΑ. Αρχικά αναπτύχθηκε για τη μέτρηση της στάσης των νοσηλευτών και γενικότερα των νοσηλευτικών υπηρεσιών. Τα στοιχεία της αρχικής κλίμακας επιλέχθηκαν μέσα από την ανασκόπηση της επιστημονικής βιβλιογραφίας επί του θέματος (σχέσεις ιατρών–νοσηλευτών). Οι περιοχές εστίασης ήταν: οι αλληλεπιδράσεις ιατρών – νοσηλευτών, λήψη αποφάσεων, προσδοκίες, εξουσία, αυτονομία και ευθύνη για τη φροντίδα και την παρακολούθηση των ασθενών. Η αρχική κλίμακα τροποποιήθηκε από τον κατασκευαστή του εργαλείου (Hojat et al., 1997) και συμπεριέλαβε τη στάση των ιατρών και των νοσηλευτών ως προς τις συμμαχίες. Περαιτέρω τροποποιήσεις στην κλίμακα έγιναν σε μια τρίτη μελέτη από τον Hojat (1999) στην οποία παρέμειναν 15 από τα 20 αντικείμενα της κλίμακας μετά από εκτεταμένη ψυχομετρική ανάλυση.

Το JSAPNC έχει μεταφραστεί σε 15 γλώσσες (αραβικά, κινέζικα, κροατικά, εσθονικά, γαλλικά, ελληνικά, ιταλικά, ιαπωνικά, κορεατικά, κουρδικά, λιθουανικά, περσικά, ισπανικά, σουηδικά και τουρκικά) από διεθνείς ερευνητές. Ένας μεγάλος αριθμός μελετών έχει δημοσιευθεί διεθνώς από ερευνητές στις οποίες χρησιμοποιήθηκε το συγκεκριμένο εργαλείο (Hojat et al, 2001; Hojat et al, 2003; Yildirim et al, 2005; Sterchi, 2007; Thomson, 2007; Amsalu et al. 2014; Elsous, Radwan, and Mohsen 2017; Girish 2019; Hossny and Sabra 2021; Kaifi et al. 2021; Alcusky, et al., 2016; Suryanto, Plummer, and Copnell 2016; Yong Wang, Yong-Fang Liu, Hao Li 2015; Zheng, Sim, and Koh 2016)

Το εργαλείο έχει χρησιμοποιηθεί αποτελεσματικά σε αρκετές έρευνες που αφορούσαν χειρουργείο, παθολογικά, χειρουργικά, αναισθησιολογικά τμήματα (Thomas, 2007, Sterchi, 2007) τμήματα επειγόντων, εντατικές μονάδες, αλλά και σε πρωτοβάθμιες δομές φροντίδας. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 15 ερωτήσεις και χρησιμοποιεί την κλίμακα Likert όσον αφορά την αξιολόγηση τους με εύρος τιμών 1 (διαφωνώ απολύτως) ως 4 (συμφωνώ απολύτως). Όσο μεγαλύτερο το συνολικό σκορ, τόσο θετικότερη η αντίληψη σχετικά με τη συνεργασία. Η συνολική βαθμολογία είναι το άθροισμα όλων των βαθμολογιών των στοιχείων. Όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία, τόσο περισσότερες

θετικές στάσεις απέναντι στη συνεργασία ιατρού-νοσηλευτή. Πιθανό εύρος τιμών: 15-60 (Παράρτημα Ι).

Η δημιουργία του εργαλείου βασίστηκε σε τέσσερις παράγοντες που επηρεάζουν την στάση ιατρών-νοσηλευτών σε σχέση με τη συνεργασία. Στην «εκπαίδευση και ομαδική εργασία» (ερωτήσεις 1, 3, 6, 9, 12, 14 και 15) η υψηλή βαθμολογία δηλώνει μεγαλύτερο προσανατολισμό ως προς τη διεπαγγελματική εκπαίδευση και τη διεπαγγελματική συνεργασία. Στη «φροντίδα έναντι θεραπείας» (ερωτήσεις 2, 4, 7) η υψηλή βαθμολογία δηλώνει θετική στάση των νοσηλευτών ως προς τη συνεισφορά τους στην ψυχοκοινωνική και εκπαιδευτική πτυχή της φροντίδας των ασθενών. Στην «αυτονομία των νοσηλευτών» (ερωτήσεις 5, 11 και 13), στο συγκεκριμένο παράγοντα υψηλότερη βαθμολογία δηλώνει θετικότερη στάση και συμφωνία στη συμμετοχή των νοσηλευτών στη φροντίδα των ασθενών και στις πολιτικές. Όλοι οι προαναφερόμενοι παράγοντες βαθμολογούνται απευθείας στην κλίμακα Likert (Διαφωνώ απόλυτα=1 έως Συμφωνώ απόλυτα=4). Εκτός από τον παράγοντα «κυριαρχία των ιατρών» (ερωτήσεις 8 και 10) οι οποίες βαθμολογούνται αντιστρόφως (reverse scored) (Συμφωνώ απόλυτα =1 Διαφωνώ απόλυτα =4). Η υψηλότερη βαθμολογία δηλώνει απόρριψη ενός καθολικού κυρίαρχου ρόλου των ιατρών στη φροντίδα των ασθενών.

Ένας ερωτώμενος πρέπει να απαντήσει σε τουλάχιστον 12 σημεία (80%) από τα 15 στοιχεία. Σε αντίθετη περίπτωση, το έντυπο θα πρέπει να θεωρείται ελλιπές και εξαιρείται από τις αναλύσεις δεδομένων. Στην περίπτωση ενός ερωτώμενου με 3 ή λιγότερα αναπάντητα στοιχεία, οι τιμές που λείπουν θα πρέπει να αντικατασταθούν με τη μέση βαθμολογία που υπολογίζεται από στοιχεία που συμπλήρωσε ο ερωτώμενος.

Μέσα από την ανασκόπηση των εργαλείων που μετρούν τη συνεργασία νοσηλευτή-ιατρού, οι Dougherty and Larson (2005) και Jones, et al., (2013) προσδιόρισαν την Κλίμακα Jefferson ως ένα ψυχομετρικά υγιές εργαλείο που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη διερεύνηση της συνεργασία νοσηλευτών-ιατρών (Dougherty& Larson, 2005; Jones, et al., 2013). Παρουσιάζει ικανοποιητικά χαρακτηριστικά μέτρησης, συμπεριλαμβανομένων της καλής δομής και της αξιοπιστίας της εσωτερικής συνέπειας (Ward *et al.*, 2008).

Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί στα ελληνικά από τον Κάραλη (2016) και ο δείκτης εσωτερικής εγκυρότητας Cronbach alpha ήταν 0.67. Σε πρόσφατη μελέτη των Μαλλιαρου και συν., (2021), όπου σκοπός ήταν η μετάφραση και πολιτισμική προσαρμογή του εργαλείου για χρήση στην Ελλάδα αλλά και ο έλεγχος των ψυχομετρικών του ιδιοτήτων,

ο δείκτης Cronbach alpha ήταν 0,74 και όπως αναφέρουν οι συγγραφείς υπήρχαν επαρκή στοιχεία τόσο για τη συγκλίνουσα όσο και για τη διακριτική εγκυρότητα. Η ελληνική έκδοση φαίνεται να είναι ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο για την αξιολόγηση της συνεργασίας μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών (Malliarou *et al.*, 2021).

Παρόλο που το εργαλείο ήταν σταθμισμένο και έχει δοκιμασθεί στην Ελλάδα θεωρήθηκε απαραίτητη η δοκιμή του σε πραγματικές συνθήκες επιτόπιας έρευνας με Κύπριους ιατρούς και νοσηλευτές, αφού το εργαλείο έχει αξιολογηθεί στην ελληνική και όχι στην κυπριακή κουλτούρα.

Ως εκ τούτου, για τον σκοπό της παρούσας μελέτης πραγματοποιήθηκε ξανά η μετάφραση με τη μέθοδο “back translation” όπως περιγράφεται από τους Maneesriwongul και Dixon (2004) και Μερκούρης (2008) και ακολουθήθηκε η διαδικασία “test -retest” για τον έλεγχο της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας της Ελληνικής έκδοσης. Η κλίμακα Jefferson μεταφράστηκε αρχικά στα ελληνικά από 1 ακαδημαϊκό καθηγητή του τμήματος νοσηλευτικής και 1 έμπειρο ερευνητή κλινικό νοσηλευτή που μιλούσαν άπταιστα αγγλικά. Στη συνέχεια, οι 2 ανεξάρτητες μεταφράσεις συγκρίθηκαν μεταξύ τους ανά στοιχείο, μέχρι να επιτευχθεί συμφωνία. Ακολούθως, η ελληνική μετάφραση μεταφράστηκε στα αγγλικά από 1 καθηγητή αγγλικής φιλολογίας και 1 κλινικό έμπειρο νοσηλευτή που μιλούσαν άπταιστα αγγλικά, και οι οποίοι δεν είχαν προηγούμενη γνώση του εργαλείου. Στη συνέχεια, οι 2 μεταφράσεις συγκρίθηκαν μεταξύ τους και διορθώθηκαν και κατέληξαν στην τελική μορφή η οποία συγκρίθηκε με την αρχική αγγλική έκδοση του εργαλείου για τελική επιβεβαίωση της γλωσσικής ακρίβειας. Η μετάφραση της ελληνικής έκδοσης δόθηκε ακολούθως σε 5 ιατρούς και 5 νοσηλευτές για να επαληθευτεί η σαφήνεια κάθε στοιχείου και να εξακριβωθεί η εγκυρότητά του. Δεν χρειάστηκαν τροποποιήσεις στο ερωτηματολόγιο αφού δεν εντοπίστηκαν ασάφειες ή διφορούμενες έννοιες, διασφαλίζοντας, επομένως, την εγκυρότητα του περιεχομένου του. Η διαδικασία αυτή (κριτική του περιεχομένου) διασφαλίζει την εγκυρότητα του εργαλείου, ως προς το αν τα μηνύματα που κατανοούν οι συμμετέχοντες είναι ταυτόσημα με αυτά που ζητά η μελέτη (Μερκούρης, 2008)

Η αξιοπιστία των κλιμάκων και των υποκλιμάκων μελετήθηκε με τον δείκτη εσωτερικής συνέπειας Cronbach alpha. Η ανάλυση αξιοπιστίας έγινε τόσο στο συνολικό δείγμα όσο και ξεχωριστά στο δείγμα των ιατρών και των νοσηλευτών (πίνακας 3).

Συνολικά το εργαλείο (15 δηλώσεις) παρουσίασε ικανοποιητικό βαθμό αξιοπιστίας Cronbach alpha =0.73. Όσον αφορά τις επί μέρους διαστάσεις του εργαλείου, η «Εκπαίδευση και ομαδική εργασία» σημείωσε βαθμό Cronbach alpha = 0.67, η «Φροντίδα έναντι θεραπείας» Cronbach alpha = 0,54, η «Αυτονομία των νοσηλευτών» Cronbach alpha =0.49, και η «Κυριαρχία των ιατρών» Cronbach alpha =0.77 (Πίνακας 3).

**Πίνακας 3: Εσωτερική συνέπεια για το εργαλείο διεπαγγελματικής συνεργασίας**

|                                                    |                             | <i>Cronbach alpha</i>                 |                        |                             |
|----------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|------------------------|-----------------------------|
|                                                    | <i>Αριθμός<br/>δηλώσεων</i> | <i>Συνολικό<br/>δείγμα<br/>N=573)</i> | <i>Ιατροί<br/>N=79</i> | <i>Νοσηλευτές<br/>N=494</i> |
| <i>Εκπαίδευση και<br/>Ομαδική Εργασία</i>          | 7                           | 0.67                                  | 0.67                   | 0.66                        |
| <i>Φροντίδα Έναντι<br/>Θεραπείας</i>               | 3                           | 0.54                                  | 0.61                   | 0.49                        |
| <i>Αυτονομία των<br/>Νοσηλευτών</i>                | 3                           | 0.49                                  | 0.34                   | 0.50                        |
| <i>Κυριαρχία των Ιατρών</i>                        | 2                           | 0.70                                  | 0.57                   | 0.68                        |
| <i>Σύνολο<br/>Διεπαγγελματικής<br/>Συνεργασίας</i> | 15                          | 0.73                                  | 0.70                   | 0.72                        |

### 5.6.2 Εργαλείο μέτρησης της εργασιακής ικανοποίησης

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε κατόπιν εξασφάλισης σχετικής αδείας από τον κατασκευαστή (Παράρτημα II) το στατιστικό εργαλείο Job Satisfaction Survey (JSS). Πρόκειται για δομημένο ερωτηματολόγιο που αναπτύχθηκε το 1985 από τον Spector, καθηγητή του Τμήματος Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου της Νότιας Φλόριντα για να μετρά τις κύριες διαστάσεις της εργασιακής ικανοποίησης.

Η ανάπτυξη του εργαλείου βασίστηκε στη θεωρία ότι η ικανοποίηση από την εργασία αντιπροσωπεύει μια συναισθηματική ή μια στάση αντίδρασης σε μια εργασία (Spector, 1997). Μέσα από την ανάλυση της επιστημονικής βιβλιογραφίας για τις εργασιακές

διαστάσεις, ο Αμερικάνος καθηγητής έχει ομαδοποιήσει τις ερωτήσεις (μεταβλητές), ανά τέσσερεις, σε εννέα υποκλίμακες (παράγοντες), που αντιπροσωπεύουν τον τομέα της εργασιακής ικανοποίησης. Το συγκεκριμένο εργαλείο αποτελείται από 36 κλειστές ερωτήσεις 6-βαθμης διαβάθμισης τύπου Likert, που εξετάζουν την ικανοποίηση του προσωπικού σε σχέση με εννέα πτυχές της εργασίας (αμοιβή, προαγωγή, επίβλεψη, παροχές, προσδοκώμενα οφέλη, λειτουργικές συνθήκες, συνάδελφοι, φύση της εργασίας και επικοινωνία). Σε κάθε πτυχή αντιστοιχούν 4 ερωτήσεις, ενώ το συνολικό σκορ υπολογίζεται από το άθροισμα όλων των ερωτήσεων. Το σκορ για κάθε μία από τις εννέα πτυχές της εργασίας κυμαίνεται από 4 ως 24 (4-12 υποδηλώνει δυσaréσκεια, 16-24 ικανοποίηση, ενώ οι τιμές 12-16 είναι ουδέτερες). Το σκορ για τη συνολική εργασιακή ικανοποίηση κυμαίνεται από 36 ως 216 (36-108 υποδηλώνει δυσaréσκεια, 144-216 ικανοποίηση, ενώ οι τιμές 108-144 κυμαίνονται στην περιοχή της ουδετερότητας) (Spector, 1997).

Το ερωτηματολόγιο JSS του Spector είναι ευρέως διαδεδομένο και έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές έρευνες, με αποτέλεσμα να έχει ελεγχθεί επανειλημμένα η αξιοπιστία του. Ειδικότερα, ερευνά του 2003, που συνέκρινε ερευνητικά εργαλεία ως προς την αξιοπιστία τους, αξιολόγησε την αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής του JSS στο 0.91 και την αξιοπιστία επαναληπτικής μέτρησης στο 0.71, με τη συγκλίνουσα εγκυρότητά του να κυμαίνεται από 0.61-0.80, ενώ η αποκλίνουσα εγκυρότητα να κυμαίνεται από 0.19-0.59 (Παπαπαναγιώτου, 2014).

Το Ερωτηματολόγιο Job Satisfaction Survey θεωρείται ένα ιδιαίτερα φερέγγυο εργαλείο, το οποίο παρουσιάζει υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Το εργαλείο μεταφράστηκε στην ελληνική γλώσσα και έγινε έλεγχος της αξιοπιστίας και των ψυχομετρικών του ιδιοτήτων. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής (συντελεστής Cronbach's alpha) υπολογίστηκε για κάθε υποκατηγορία και τη συνολική κλίμακα. Το καθένα ήταν πάνω από το ελάχιστο 0.50, αλλά δύο ήταν πάνω από 0,70 και η συνολική κλίμακα ήταν 0,91 (Tsounis & Sarafis 2018).

Για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας, η διαδικασία μετάφρασης έγινε με τη μέθοδο "back translation" όπως περιγράφεται από τους Maneesriwongul και Dixon (2004) και Μερκούρης (2008) και ακολουθήθηκε η διαδικασία "test -retest" για τον έλεγχο της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας της Ελληνικής έκδοσης, όπως περιγράφεται πιο πάνω.

Συνολικά το εργαλείο (36 δηλώσεις) παρουσίασε ικανοποιητικό βαθμό αξιοπιστίας Cronbach alpha=0.89. Οι επί μέρους διαστάσεις του εργαλείου παρουσιάζονται στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 4).

**Πίνακας 4: Εσωτερική συνέπεια για την κλίμακα εργασιακής ικανοποίησης**

|                                           |                             | <i>Cronbach alpha</i>                 |                        |                             |
|-------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|------------------------|-----------------------------|
|                                           | <i>Αριθμός<br/>δηλώσεων</i> | <i>Συνολικό<br/>δείγμα<br/>N=573)</i> | <i>Ιατροί<br/>N=79</i> | <i>Νοσηλευτές<br/>N=494</i> |
| <i>Μισθός</i>                             | 4                           | 0.59                                  | 0.67                   | 0.56                        |
| <i>Προαγωγή</i>                           | 4                           | 0.65                                  | 0.67                   | 0.64                        |
| <i>Εποπτεία - Επίβλεψη</i>                | 4                           | 0.83                                  | 0.85                   | 0.82                        |
| <i>Προνόμια - Οφέλη</i>                   | 4                           | 0.71                                  | 0.76                   | 0.69                        |
| <i>Ενδεχόμενες Ανταμοιβές</i>             | 4                           | 0.63                                  | 0.72                   | 0.61                        |
| <i>Συνθήκες Λειτουργίας</i>               | 4                           | 0.35                                  | 0.47                   | 0.33                        |
| <i>Συνάδελφοι</i>                         | 4                           | 0.53                                  | 0.59                   | 0.51                        |
| <i>Φύση Εργασίας</i>                      | 4                           | 0.66                                  | 0.72                   | 0.65                        |
| <i>Επικοινωνία</i>                        | 4                           | 0.64                                  | 0.74                   | 0.62                        |
| <i>Σύνολο Εργασιακής<br/>Ικανοποίησης</i> | 36                          | 0.89                                  | 0.92                   | 0.88                        |

Ο υπολογισμός των παραγόντων στα εργαλεία της διεπαγγελματικής συνεργασίας και εργασιακής ικανοποίησης έγινε σύμφωνα με τις οδηγίες των κατασκευαστών. [Jefferson Scale of Attitudes: [https://www.mededportal.org/doi/10.15766/mep\\_2374-8265.9631](https://www.mededportal.org/doi/10.15766/mep_2374-8265.9631), Job Satisfaction Survey, JSS: <https://paulspecter.com/assessments/pauls-no-cost-assessments/job-satisfaction-survey-jss/>)]

### 5.6.3 Δημογραφικά

Περιλαμβάνει δημογραφικά στοιχεία και οργανωσιακούς παράγοντες, τα οποία μέσα από την ανασκόπηση της επιστημονικής βιβλιογραφίας φαίνεται να επηρεάζουν τη στάση ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία και τον βαθμό ικανοποίησης. Αυτά είναι η ηλικία, το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης, η οικογενειακή κατάσταση, η ειδικότητα τα έτη προϋπηρεσίας και ιδιωτικός–δημόσιος τομέας (Παράρτημα ΙΙΙ).

## 5.7 Συλλογή δεδομένων

Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν από την ίδια την ερευνήτρια στους συμμετέχοντες με άμεση προσωπική επαφή με σκοπό την αύξηση του ποσοστού ανταπόκρισης. Έγινε προφορική ενημέρωση για τον σκοπό διάθεσης των ερωτηματολογίων, η οποία υπήρχε και γραπτώς σε ενημερωτικό φυλλάδιο. Η ερευνήτρια μέσω της προσωπικής επαφής θέλησε να επιβεβαιώσει τη συμμετοχή των ιατρών και των νοσηλευτών εξηγώντας και προφορικά το πιθανό όφελος. Επίσης, διαβεβαιώθηκαν οι συμμετέχοντες ότι οι απαντήσεις θα δίνονται ανώνυμα, η συμμετοχή θα είναι εθελοντική και θα υπάρχει το δικαίωμα της άρνησης συμμετοχής ή διακοπής ανά πάσα στιγμή. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων θεωρήθηκε ως η συγκατάθεση τους για συμμετοχή στην έρευνα. Οι συμμετέχοντες καλούνταν να το συμπληρώσουν, σε ώρες που τους διευκόλυναν, να το τοποθετήσουν σε φάκελο που τους είχε δοθεί, τον οποίο σφράγιζαν, και να το ρίξουν σε κλειδωμένη κάλπη που βρισκόταν εντός του γραφείου του τμήματός τους, προκειμένου να εξασφαλιστεί η προστασία των προσωπικών δεδομένων. Η κάλπη βρισκόταν σε σημείο γνωστό και εύκολα προσπελάσιμο. Επιπλέον, είχε εξασφαλιστεί η ανωνυμία καθώς τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και συμπληρώνονταν σε τυχαία σειρά από το δείγμα. Με την ολοκλήρωση της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, οι κάλπες κλειδώθηκαν σε γραφείο στο οποίο είχε πρόσβαση μόνο η ερευνήτρια.

Κατά τη διάρκεια της έρευνας, με στόχο την αύξηση του ποσοστού ανταπόκρισης, είχαν αναρτηθεί τόσο σε κεντρικά σημεία του κάθε νοσοκομείου ανακοινώσεις-προτροπές για τη συμπλήρωση και την παράδοση του ερωτηματολογίου, όσο και πάνω στον πίνακα ανακοινώσεων κάθε τμήματος. Επιπλέον, οι κάλπες συλλογής ερωτηματολογίων παρέμειναν σε κάθε τμήμα για διάστημα ενός μήνα, χρονικό διάστημα που κρίθηκε ιδανικό για την αύξηση του ποσοστού συμμετοχής, λόγω των δυσκολιών του κυκλικού ωραρίου

αλλά και για να επιβεβαιώσουμε τη συμμετοχή προσωπικού, το οποίο απουσίαζε λόγω άδειών ανάπαυσης ή αναρρωτικής άδειας.

## 5.8 Στατιστική Ανάλυση

Για την ανάλυση των δεδομένων της παρούσας μελέτης εφαρμόστηκαν κατάλληλες στατιστικές μέθοδοι, επιλεγμένες βάσει της φύσης των μεταβλητών και των ερευνητικών ερωτημάτων.

Αρχικά, ο έλεγχος για το επίπεδο στάσεων ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία και το επίπεδο εργασιακής ικανοποίησης έγινε με περιγραφική στατιστική ανάλυση. Συγκεκριμένα, υπολογίστηκαν ο μέσος όρος, η τυπική απόκλιση και το εύρος τιμών για κάθε παράγοντα των αντίστοιχων κλιμάκων, με σκοπό την αποτύπωση της κεντρικής τάσης και της διασποράς των δεδομένων. Η συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου στάσεων και του επιπέδου εργασιακής ικανοποίησης διερευνήθηκε με τον συντελεστή γραμμικής συσχέτισης Pearson ( $r$ ), δεδομένου ότι και οι δύο μεταβλητές είναι συνεχείς και πληρούσαν τις προϋποθέσεις κανονικότητας και γραμμικότητας. Ο συντελεστής Pearson χρησιμοποιείται ευρέως για την αποτίμηση του βαθμού και της κατεύθυνσης της γραμμικής σχέσης μεταξύ δύο μεταβλητών. Για τη σύγκριση των ομάδων ιατρών και νοσηλευτών ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία και την εργασιακή ικανοποίηση εφαρμόστηκε το  $t$ -test για ανεξάρτητα δείγματα, το οποίο επιτρέπει τη σύγκριση των μέσων όρων δύο ανεξάρτητων ομάδων. Πριν από την εφαρμογή του τεστ, εξετάστηκε η κανονικότητα και η ομοιογένεια διασποράς των δεδομένων, προκειμένου να διασφαλιστεί η εγκυρότητα των αποτελεσμάτων.

Παράλληλα, προκειμένου να εκτιμηθεί η πρακτική σημασία των διαφορών μεταξύ των δύο επαγγελματικών ομάδων, υπολογίστηκε το μέγεθος επίδρασης (effect size) Cohen's  $d$ . Οι τιμές του ερμηνεύονται σύμφωνα με τις καθιερωμένες τιμές αναφοράς (0.2 = μικρή διαφορά, 0.5 = μέτρια διαφορά, 0.8+ = μεγάλη διαφορά).

Η επίδραση των δημογραφικών χαρακτηριστικών (όπως φύλο, ηλικία, έτη εμπειρίας κ.λπ.) στο επίπεδο στάσεων ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία μελετήθηκε μέσω πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης. Η μέθοδος αυτή

επιλέχθηκε λόγω της ικανότητάς της να εκτιμά τη σχετική συμβολή κάθε ανεξάρτητης μεταβλητής στην πρόβλεψη της εξαρτημένης μεταβλητής (παράγοντες στάσεων).

Αντίστοιχα, για τη μελέτη της σχέσης μεταξύ δημογραφικών στοιχείων και επαγγελματικής ικανοποίησης, εφαρμόστηκε και πάλι πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση για κάθε παράγοντα της σχετικής κλίμακας. Η μέθοδος αυτή επιτρέπει την ερμηνεία του τρόπου με τον οποίο οι δημογραφικοί παράγοντες επηρεάζουν τα επίπεδα ικανοποίησης, λαμβάνοντας υπόψη πιθανές συνδιαδράσεις μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών.

Πέραν του πολυμεταβλητού μοντέλου, διερευνήθηκαν και οι διαφορές ως προς τον κάθε παράγοντα ξεχωριστά σε μονομεταβλητές αναλύσεις. Όσον αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά στα μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης:

Στα μοντέλα για την ομάδα των ιατρών, σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση έχει αφαιρεθεί η κατηγορία «Εν διάστασή/ Διαζευγμένος/η Χήρος/α» λόγω του πολύ μικρού αριθμού δείγματος ( $N=1$ )

Η μεταβλητή «αριθμός παιδιών» και «οικογενειακή κατάσταση» έχουν υψηλή συσχέτιση [Οι έγγαμοι/ σε συμβίωση έχουν τα περισσότερα παιδιά,  $X^2(2)=306.31$ ,  $p<0.001$ ] οπότε λόγω συγγραμμικότητας (collinearity) στο μοντέλο παρουσιάζεται μόνο η «Οικογενειακή κατάσταση»

Η μεταβλητή «Φύλο» δεν έχει εισαχθεί ως ανεξάρτητη μεταβλητή λόγω του μεγάλου αριθμού ελλειπουσών τιμών (12%).

Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε στο  $p=0.05$ .

## **5.9 Θέματα ηθικής και δεοντολογίας**

Το πρωτόκολλο στάλθηκε στους αρμόδιους φορείς και εξασφαλίστηκαν οι απαιτούμενες άδειες διεξαγωγής της έρευνας, δηλαδή στην Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου, στον Επίτροπο Προστασίας Δεδομένων και Προσωπικού χαρακτήρα και τέλος στην Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών. Μετά την εξασφάλιση των απαιτούμενων αδειών από τους αρμόδιους φορείς λήφθηκε η σχετική άδεια πρόσβασης και από τις διευθύνσεις του κάθε νοσοκομείου. Επιπρόσθετα, έχει διασφαλιστεί η προστασία των προσωπικών δεδομένων και στοιχείων των συμμετεχόντων, με την κωδικοποίηση των δεδομένων τους και την τήρηση της ανωνυμίας τους. Έγινε προφορική ενημέρωση για τον σκοπό διάθεσης των ερωτηματολογίων, η οποία υπήρχε και γραπτώς σε ενημερωτικό φυλλάδιο (έντυπο συγκατάθεσης) για κάθε συμμετέχοντα στην έρευνα. Με τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων τεκμαίρεται η συγκατάθεση τους για συμμετοχή στην έρευνα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα θα παρουσιαστούν σύμφωνα με τα ερευνητικά ερωτήματα τα οποία είχαν τεθεί στην αρχή του ειδικού μέρους της διατριβής, αφού προηγηθούν τα αποτελέσματα της περιγραφής του δείγματος της μελέτης.

### 6.1 Δημογραφικά στοιχεία

Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 573 γιατροί και νοσηλευτές αντικατοπτρίζοντας ένα συνολικό ποσοστό ανταπόκρισης 63,7% (ιατροί 56,83%, νοσηλευτές 68,5%). Εκ των οποίων 469 (61,5%) επαγγελματίες υγείας, ανήκαν στον δημόσιο τομέα, μεταξύ αυτών n=67 (51%) ήταν ιατροί, ενώ 402 (63,5%) ήταν νοσηλευτές. Ενώ από τον ιδιωτικό τομέα συμμετείχαν συνολικά 104, αντιπροσωπεύοντας το 18% του συνολικού δείγματος. Μέσα σε αυτό το υποσύνολο, 12 (60%), ήταν ιατροί και οι υπόλοιποι 92 (92%) ήταν νοσηλευτές.

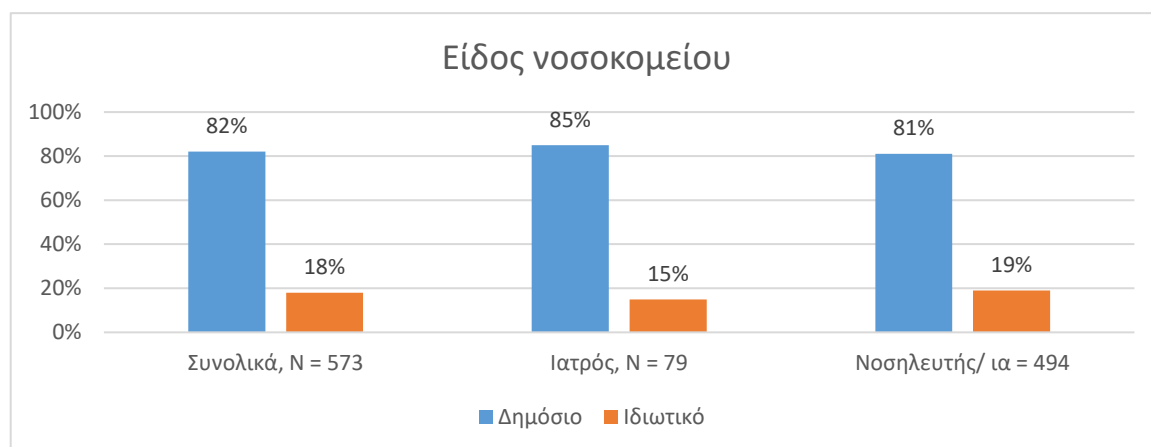
Η πλειοψηφία του δείγματος ήταν γυναίκες (66%) και μέσος όρος της ηλικίας του δείγματος ήταν μεταξύ 31-40 ετών (44%). Επιπλέον, το 74% ήταν παντρεμένοι ή συζούσαν, ενώ το 73% είχε παιδιά. Πάνω από το ήμισυ του δείγματος, το 54 % έχει εμπειρία 0-10 ετών, το 28% 11-20 χρόνια και, τέλος, το υπόλοιπο 18% έχει περισσότερα από 21 χρόνια (Πίνακας 5). Τα υπόλοιπα δημογραφικά στοιχεία περιγράφονται στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 5).

**Πίνακας 5: Δημογραφικά Στοιχεία.**

|                                               | <i>Συνολικά, N =<br/>573</i> | <i>Ιατρός, N =<br/>79</i> | <i>Νοσηλεύτης/ ια =<br/>494</i> |
|-----------------------------------------------|------------------------------|---------------------------|---------------------------------|
| <b><i>Νοσοκομείο</i></b>                      |                              |                           |                                 |
| Δημόσιο Α                                     | 436 (76%)                    | 63 (80%)                  | 373 (76%)                       |
| Ιδιωτικό                                      | 104 (18%)                    | 12 (15%)                  | 92 (19%)                        |
| Δημόσιο Β                                     | 33 (5.8%)                    | 4 (5.1%)                  | 29 (5.9%)                       |
| <b><i>Είδος νοσοκομείου</i></b>               |                              |                           |                                 |
| Δημόσιο                                       | 469 (82%)                    | 67 (85%)                  | 402 (81%)                       |
| Ιδιωτικό                                      | 104 (18%)                    | 12 (15%)                  | 92 (19%)                        |
| <b><i>Τμήμα</i></b>                           |                              |                           |                                 |
| Εξειδικευμένα τμήματα                         | 211 (37%)                    | 26 (33%)                  | 185 (37%)                       |
| Γενικά/Παθολογικά τμήματα                     | 223 (39%)                    | 38 (48%)                  | 185 (37%)                       |
| Χειρουργικά τμήματα                           | 99 (17%)                     | 13 (16%)                  | 86 (17%)                        |
| Εξωτερικά Ιατρεία                             | 40 (7.0%)                    | 2 (2.5%)                  | 38 (7.7%)                       |
| <b><i>Φύλο</i></b>                            |                              |                           |                                 |
| Άνδρας                                        | 172 (34%)                    | 36 (50%)                  | 136 (31%)                       |
| Γυναίκα                                       | 333 (66%)                    | 36 (50%)                  | 297 (69%)                       |
| Άγνωστο                                       | 68                           | 7                         | 61                              |
| <b><i>Ηλικία</i></b>                          |                              |                           |                                 |
| 21-30                                         | 140 (27%)                    | 5 (6.8%)                  | 135 (31%)                       |
| 31-40                                         | 225 (44%)                    | 16 (22%)                  | 209 (48%)                       |
| 41-50                                         | 83 (16%)                     | 27 (36%)                  | 56 (13%)                        |
| 51+                                           | 65 (13%)                     | 26 (35%)                  | 39 (8.9%)                       |
| Άγνωστο                                       | 60                           | 5                         | 55                              |
| <b><i>Επίπεδο εκπαίδευσης</i></b>             |                              |                           |                                 |
| Κάτοχος Πτυχίου                               | 388 (68%)                    | 49 (63%)                  | 339 (69%)                       |
| Κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου Σπουδών          | 164 (29%)                    | 15 (19%)                  | 149 (30%)                       |
| Κάτοχος Διδακτορικού Τίτλου Σπουδών           | 16 (2.8%)                    | 14 (18%)                  | 2 (0.4%)                        |
| Άγνωστο                                       | 5                            | 1                         | 4                               |
| <b><i>Οικογενειακή κατάσταση</i></b>          |                              |                           |                                 |
| Άγαμος/η                                      | 120 (21%)                    | 15 (19%)                  | 105 (22%)                       |
| Έγγαμος/η - σε συμβίωση                       | 420 (74%)                    | 63 (80%)                  | 357 (73%)                       |
| Εν διαστάση/ Διαζευγμένος/η Χήρος/α           | 25 (4.4%)                    | 1 (1.3%)                  | 24 (4.9%)                       |
| Άγνωστο                                       | 8                            | 0                         | 8                               |
| <b><i>Παιδιά</i></b>                          |                              |                           |                                 |
| Ναι                                           | 410(73%)                     | 63 (81%)                  | 347 (72%)                       |
| Άγνωστο                                       | 15                           | 1                         | 14                              |
| <b><i>Έτη Προϋπηρεσίας στον Οργανισμό</i></b> |                              |                           |                                 |
| 0-10                                          | 304 (54%)                    | 45 (58%)                  | 259 (53%)                       |
| 11-20                                         | 161 (28%)                    | 16 (21%)                  | 145 (30%)                       |
| 21+                                           | 102 (18%)                    | 16 (21%)                  | 86 (18%)                        |
| Άγνωστο                                       | 6                            | 2                         | 4                               |

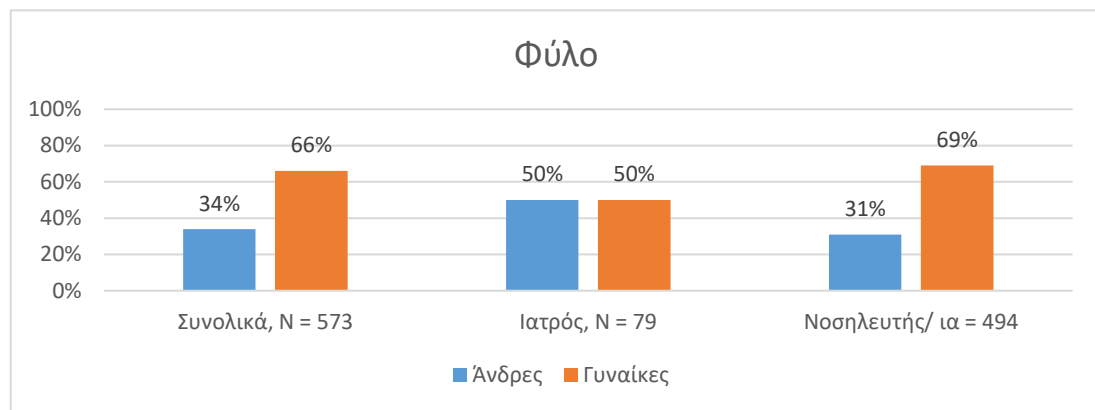
Το γράφημα που ακολουθεί (Γράφημα 4) απεικονίζει την κατανομή των συμμετεχόντων στην παρούσα μελέτη στο δημόσιο και στο ιδιωτικό νοσοκομείο. Το 82% εργάζονται σε δημόσιο νοσοκομείο, ενώ μόλις το 18% σε ιδιωτικό. Αυτό δείχνει σαφή αριθμητική υπεροχή εργαζομένων στο δημόσιο νοσοκομείο, αφού είναι κατά πολύ μεγαλύτερο του ιδιωτικού σε κλίνες, σε αριθμό ασθενών και κατά συνέπεια σε προσωπικό. Σε σχέση με το ιατρικό προσωπικό το 85% εργάζεται σε δημόσια νοσοκομεία και μόνο 15% σε ιδιωτικά. Η ίδια τάση παρατηρείται και στους νοσηλευτές, όπου το 81% απασχολείται στο δημόσιο και το 19% στον ιδιωτικό τομέα. Ποσοστό ανταπόκρισης : Δημόσιο Νοσοκομείο ιατροί N=67 (51.9%) και Νοσηλευτές N= 402 (63.5%) Ιδιωτικό Νοσοκομείο ιατροί N= 12 (60%), Νοσηλευτές N= 104 (86%).

**Γράφημα 4: Συμμετέχοντες Δημόσιο – Ιδιωτικό Νοσοκομείο**



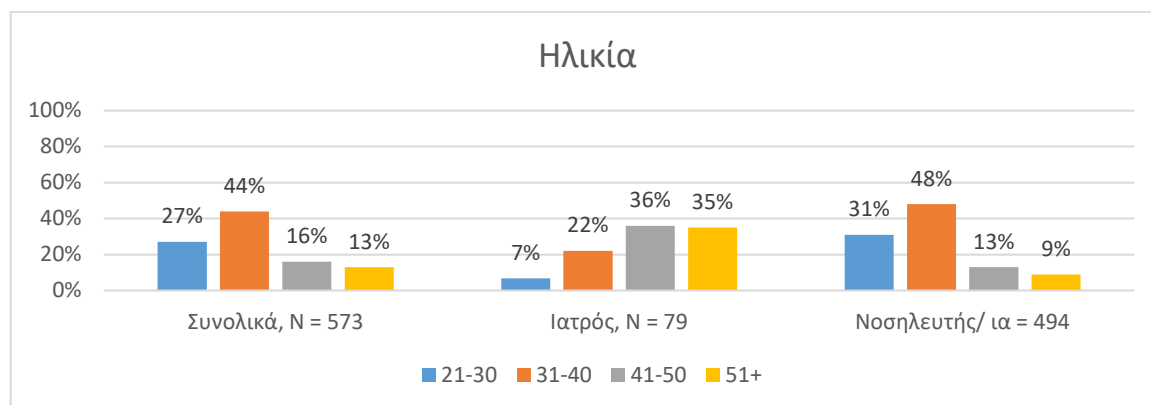
Στο πιο κάτω γράφημα παρουσιάζεται η κατανομή του φύλου στο συνολικό δείγμα, αλλά και ξεχωριστά για ιατρούς και νοσηλευτές. Στο σύνολό η πλειοψηφία του προσωπικού είναι γυναίκες, γεγονός που αντανακλά τη γενική τάση στον χώρο της υγείας, ειδικά σε νοσηλευτικά επαγγέλματα (66% γυναίκες και 34% άνδρες). Στους ιατρούς υπάρχει ισοκατανομή μεταξύ των δύο φύλων ( 50% άνδρες και 50% γυναίκες). Σε αντίθεση με τους νοσηλευτές, όπου υπάρχει σαφής υπεροχή των γυναικών στο σύνολο του δείγματος, φαινόμενο που είναι σύνηθες σε εθνικό αλλά και σε παγκόσμιο επίπεδο, (69% γυναίκες και 31% άνδρες), αν και υπάρχει πλέον μια πιο έντονη παρουσία του ανδρικού φύλου (Γράφημα 5).

**Γραφημα 5 : Συμμετέχοντες Δημόσιο – Ιδιωτικό Νοσοκομείο**



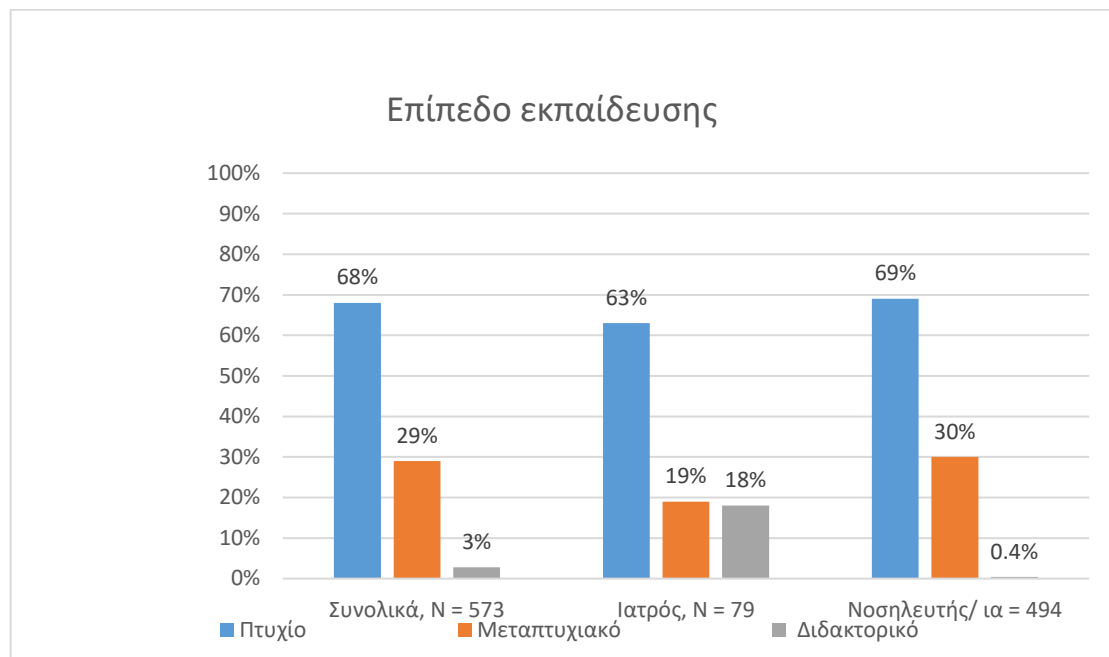
Το γράφημα που ακολουθεί (Γράφημα 6) παρουσιάζει την κατανομή ηλικιακών ομάδων στο συνολικό δείγμα, αλλά και ξεχωριστά για ιατρούς και νοσηλευτές. Στο συνολικό πληθυσμό η μεγαλύτερη ηλικιακή ομάδα είναι μεταξύ 31–40 ετών (44%). Ακολουθούν οι ηλικίες 21–30 (27%), δείχνοντας είσοδο νέου δυναμικού. Ενώ οι ομάδες 41–50 (16%) και 51+ (13%) έχουν μικρότερη παρουσία, ίσως λόγω συνταξιοδοτήσεων ή αποχωρήσεων ή μετάβαση σε άλλους οργανισμούς. Στους ιατρούς οι περισσότεροι συμμετέχοντες συγκεντρώνονται στα 41–50 έτη (36%) και 51+ (35%). Η ομάδα 21–30 έχει πολύ χαμηλό ποσοστό (7%), ίσως λόγω περιορισμένης πρόσληψης νέων ιατρών, ή προσέλκυσης ή διατήρησης νέων επιστημόνων στο ιατρικό προσωπικό. Οι νοσηλευτές στην πλειοψηφία είναι 31–40 ετών (48%). Σημαντική και η παρουσία νεότερων (21–30 ετών, 31%), κάτι που φανερώνει ανανέωση του νοσηλευτικού προσωπικού. Οι μεγαλύτερες ηλικίες είναι πολύ περιορισμένες, ειδικά η ομάδα 51+ (9%). Οι επαγγελματίες υγείας είναι σχετικά σε νεαρή ηλικία, με ιδιαίτερη συγκέντρωση στις ηλικίες 31–40. Οι ιατροί είναι μεγαλύτερης ηλικίας σε σχέση με τους νοσηλευτές, γεγονός που μπορεί να συνδέεται με τη διάρκεια των σπουδών, την εμπειρία ή το ενδιαφέρον για το επάγγελμα.

**Γράφημα 6 : Ηλικία συμμετεχόντων Ιατρών-Νοσηλευτών**



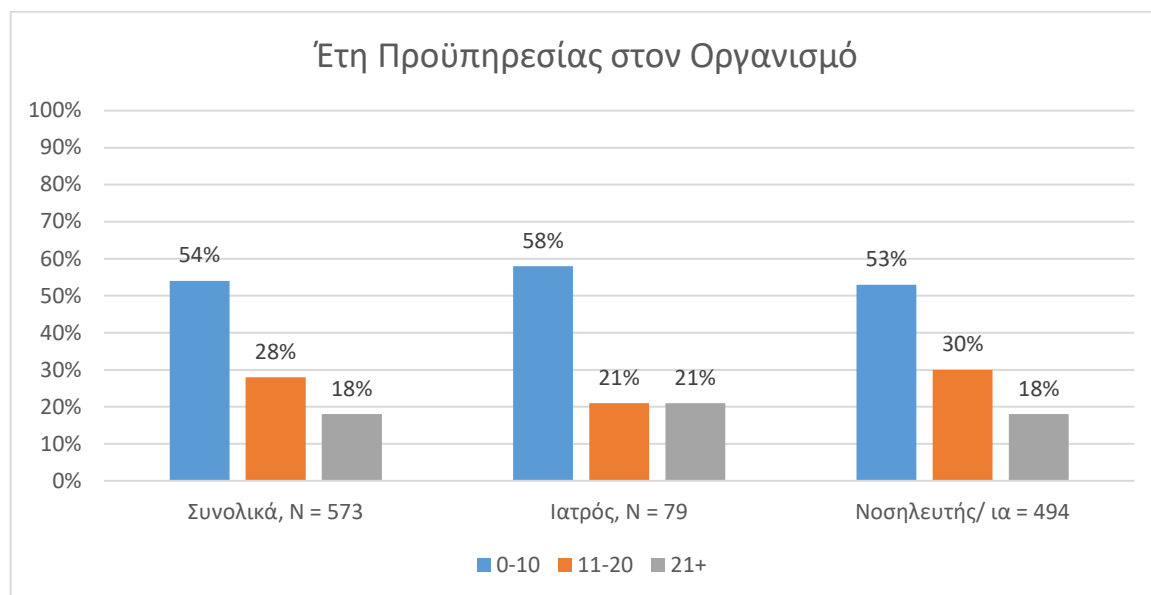
Το πιο κάτω γράφημα (Γράφημα 7) παρουσιάζει το επίπεδο εκπαίδευσης των εργαζομένων, διαχωρισμένο σε κατόχους πτυχίου, μεταπτυχιακού και διδακτορικού τίτλου σπουδών. Στο σύνολο, η πλειοψηφία (68%) είναι κάτοχοι πτυχίου. Ένα σημαντικό ποσοστό (29%) έχει μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών, δείγμα περαιτέρω ακαδημαϊκής εκπαίδευσης και εξειδίκευσης. Μόνο 3% έχει διδακτορικό, ποσοστό αναμενόμενο, αφού δεν θεωρείται απαραίτητο για τους περισσότερους ρόλους και καθήκοντα που επιτελούν οι επαγγελματίες υγείας. Στην ομάδα των ιατρών ποσοστό 63% έχει πτυχίο, 19% μεταπτυχιακό, και 18% διδακτορικό, που είναι και το υψηλότερο ποσοστό διδακτορικού τίτλου σπουδών μεταξύ των δύο ομάδων. Ίσως να υποδεικνύει μεγαλύτερη ερευνητική ή ακαδημαϊκή δραστηριότητα των ιατρών σε σχέση με άλλες κατηγορίες προσωπικού. Σε σχέση με τους νοσηλευτές η πλειοψηφία (69%) διαθέτουν πτυχίο. Ένα σημαντικό ποσοστό (30%) έχει μεταπτυχιακό, φανερώνοντας ίσως τη διάθεση για επαγγελματική ανάπτυξη και ανέλιξη στον κλάδο. Πολύ χαμηλό το ποσοστό διδακτορικού (0,4%), κάτι που πιθανόν να αντικατοπτρίζει τις ανάγκες και απαιτήσεις του επαγγέλματος.

**Γράφημα 7: Εκπαιδευτικό επίπεδο συμμετεχόντων Ιατρών- Νοσηλευτών**



Το γράφημα που ακολουθεί (Γράφημα 8) παρουσιάζει τα ποσοστά προϋπηρεσίας των εργαζομένων, καταναμημένα σε τρεις χρονικές κατηγορίες (0–10, 11–20 και 21+ έτη). Το μεγαλύτερο ποσοστό των εργαζομένων (54%) έχει προϋπηρεσία 0–10 ετών, κάτι που υποδηλώνει έναν σχετικά νέο σε ηλικία ή/και υπηρεσία πληθυσμό. Το 28% έχει 11–20 έτη, ενώ μόνο το 18% έχει πάνω από 21 χρόνια στον οργανισμό. Ποσοστό 58% των ιατρών έχουν προϋπηρεσία 0–10 ετών. Ενδιαφέρον παρουσιάζει η ισοκατανομή μεταξύ των δύο μεγαλύτερων κατηγοριών (21% σε 11–20 και 21% σε 21+ έτη), που πιθανόν να υποδηλώνει μια πιο ισορροπημένη εκπροσώπηση σε θέμα εμπειρίας στις ανώτερες βαθμίδες των επαγγελματικών ομάδων. Στους νοσηλευτές το ποσοστό είναι παρόμοιο με το συνολικό: 53% με προϋπηρεσία 0–10 ετών, 30% με 11–20 έτη και 18% με 21+ έτη. Παρατηρείται ελαφρώς υψηλότερη συγκέντρωση στους νοσηλευτές στην κατηγορία 11–20 έτη προϋπηρεσίας, σε σχέση με τους ιατρούς (30% έναντι 21%). Η πλειοψηφία των εργαζομένων στο σύνολο φαίνεται να έχει λιγότερα από 10 έτη προϋπηρεσίας. Αυτό πιθανόν να οφείλεται σε πρόσφατες προσλήψεις. Ταυτόχρονα, το γεγονός ότι μόνο ένα μικρό ποσοστό έχει πάνω από 21 χρόνια υπηρεσίας μπορεί να σχετίζεται με συνταξιοδοτήσεις ή μετάβαση προσωπικού σε άλλους οργανισμούς.

**Γράφημα 8: Έτη προϋπηρεσίας συμμετεχόντων Ιατρών-Νοσηλευτών**



## 6.2 Τάσεις για τμηματική-οργανωσιακή-επαγγελματική φυγή

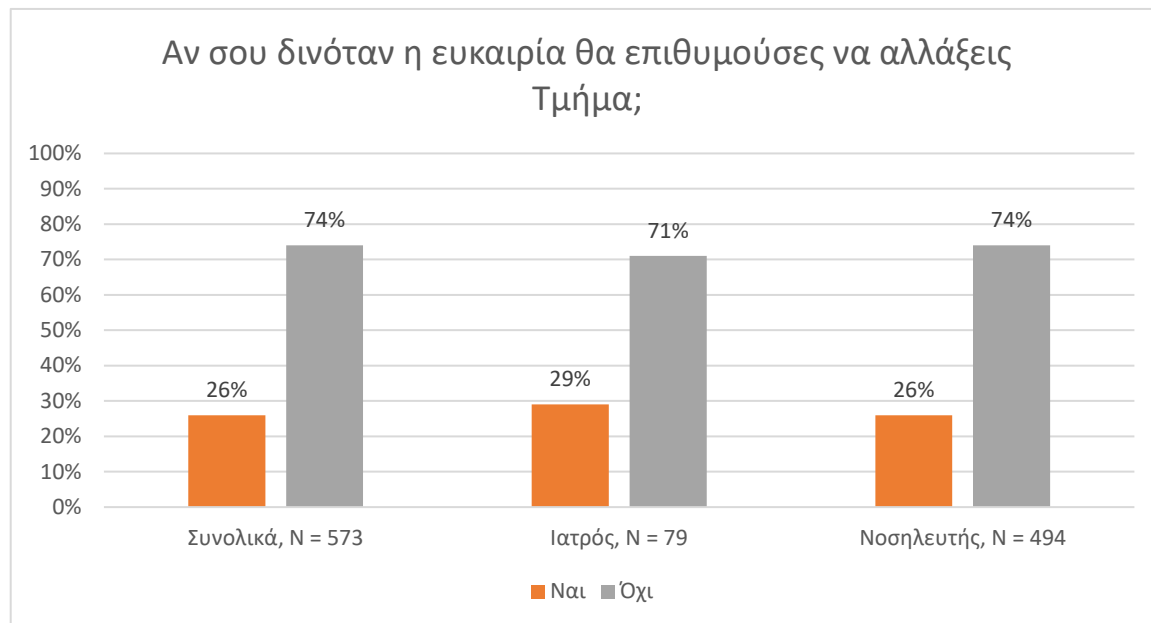
Στα πλαίσια της παρούσας μελέτης έγινε μια προσπάθεια διερεύνησης της τάσης φυγής του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού με τις ερωτήσεις που παρατίθενται στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 6). Συνολικά το 26% (σχεδόν 1 στους 4) των ερωτηθέντων (29% ιατροί, 26% νοσηλευτές) δήλωσαν ότι αν τους δινόταν η ευκαιρία θα άλλαζαν Τμήμα. Στο σύνολο του δείγματος το 36% (σχεδόν 1 στους 3) των ερωτηθέντων (37% ιατροί, 36% νοσηλευτές) δήλωσαν ότι αν τους δινόταν η ευκαιρία θα άλλαζαν οργανισμό. Όσον αφορά την ευκαιρία αλλαγής επαγγέλματος, το 23% των Ιατρών (1 στους 4) δήλωσαν ότι θα το έκαναν, σε σχέση με το 37% (1 στους 3) των Νοσηλευτών. Στους ιατρούς φαίνεται να είναι πιο έντονη η οργανωσιακή τάση φυγής, ενώ οι νοσηλευτές φαίνεται να έχουν οργανωσιακή αλλά και επαγγελματική τάση φυγής.

**Πίνακας 6: Τάσεις για τμηματική-οργανωσιακή-επαγγελματική φυγή ιατροί-νοσηλευτές**

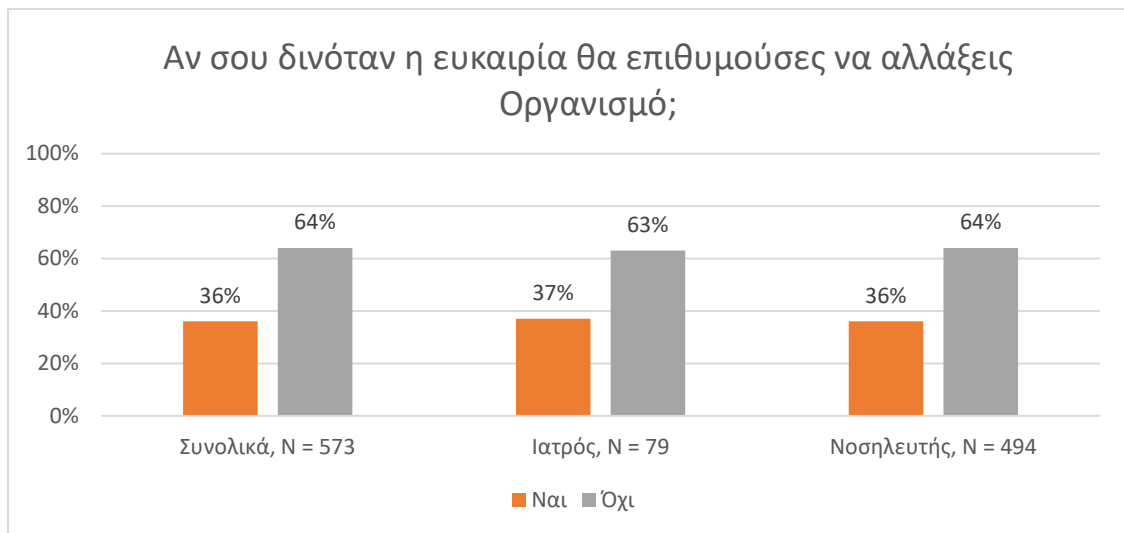
|                                                                        | <i>Συνολικά, N =<br/>573</i> | <i>Ιατρός, N =<br/>79</i> | <i>Νοσηλεύτης, N =<br/>494</i> |
|------------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------|--------------------------------|
| <i>Αν σου δινόταν η ευκαιρία θα επιθυμούσες να αλλάξεις Τμήμα;</i>     |                              |                           |                                |
| Ναι                                                                    | 136 (26%)                    | 21 (29%)                  | 115 (26%)                      |
| Όχι                                                                    | 381 (74%)                    | 52 (71%)                  | 329 (74%)                      |
| Άγνωστο                                                                | 56                           | 6                         | 50                             |
| <i>Αν σου δινόταν η ευκαιρία θα επιθυμούσες να αλλάξεις Οργανισμό;</i> |                              |                           |                                |
| Ναι                                                                    | 186 (36%)                    | 27 (37%)                  | 159 (36%)                      |
| Όχι                                                                    | 326 (64%)                    | 46 (63%)                  | 280 (64%)                      |
| Άγνωστο                                                                | 61                           | 6                         | 55                             |
| <i>Αν σου δινόταν η ευκαιρία θα επιθυμούσες να αλλάξεις Επάγγελμα;</i> |                              |                           |                                |
| Ναι                                                                    | 186 (35%)                    | 17 (23%)                  | 169 (37%)                      |
| Όχι                                                                    | 350 (65%)                    | 57 (77%)                  | 293 (63%)                      |
| Άγνωστο                                                                | 37                           | 5                         | 32                             |

Το γράφημα που ακολουθεί (Γράφημα 9) παρουσιάζει τις απαντήσεις των επαγγελματιών υγείας στην ερώτηση: «Αν σου δινόταν η ευκαιρία, θα επιθυμούσες να αλλάξεις Τμήμα;», στο σύνολό του πληθυσμού το 26% απάντησε θετικά, ενώ το 74% αρνητικά. Αυτό φανερώνει ότι 3 στους 4 εργαζόμενους είναι ικανοποιημένοι με το τμήμα στο οποίο εργάζονται. Σε σχέση με τους ιατρούς το 29% αναφέρει ότι θα άλλαζε τμήμα, ενώ το 71% όχι. Ελαφρώς υψηλότερο ποσοστό επιθυμίας για αλλαγή σε σύγκριση με το γενικό σύνολο, που πιθανόν να σχετίζεται με τον φόρτο εργασίας στο τμήμα ή με την ειδικότητα. Ενώ στους νοσηλευτές τα ποσοστά είναι ίδια με το γενικό δείγμα, ( 26% Ναι, 74% Όχι) γεγονός που υποδεικνύει ότι είναι πιο ικανοποιημένοι με το τμήμα στο οποίο εργάζονται.

**Γράφημα 9: Τάση για τμηματική φυγή Ιατροί-Νοσηλευτές**



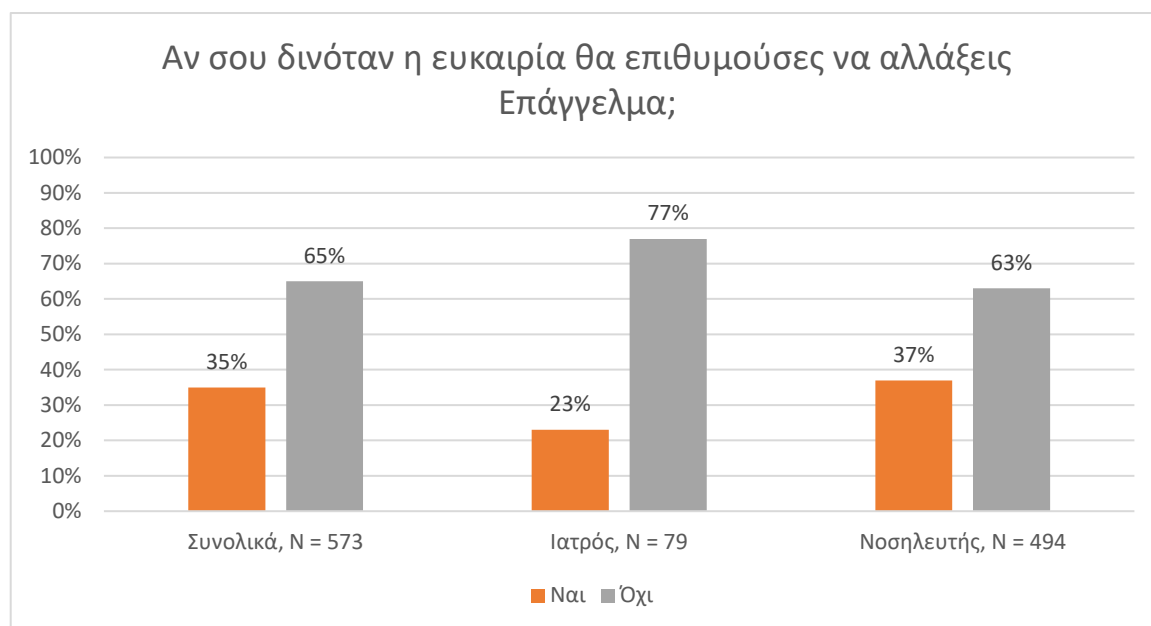
Το πιο κάτω γράφημα ( Γράφημα 10) απεικονίζει τις απαντήσεις των εργαζομένων, με ξεχωριστή καταγραφή για το σύνολο, των ιατρών και των νοσηλευτών στο ερώτημα: «Αν σου δινόταν η ευκαιρία, θα επιθυμούσες να αλλάξεις Οργανισμό;». Στο συνολικό δείγμα ποσοστό 36% (σχεδόν 1 στους 3) δήλωσαν ότι αν τους δινόταν η ευκαιρία θα άλλαζαν οργανισμό. Δηλαδή, ένας στους τρεις εργαζόμενους σκέφτεται την αποχώρηση, κάτι που χρήζει ιδιαίτερης σημασίας. Η πρόθεση αλλαγής οργανισμού δεν διαφέρει σημαντικά ανάμεσα στις δύο επαγγελματικές ομάδες ( 37% ιατροί, 36% νοσηλευτές). Παρόλο που η πλειοψηφία των συμμετεχόντων παρουσιάζονται ικανοποιημένοι, το 36 %-37% που θα άλλαζε οργανισμό θεωρείται σημαντικό ποσοστό. Πιθανόν η τάση αυτή να οφείλεται σε αναζήτηση καλύτερων συνθηκών ή καλύτερων οικονομικών απολαβών ή και καλύτερων προοπτικών επαγγελματικής ανέλιξης. Τη χρονική περίοδο διεξαγωγής της μελέτης στον τομέα της υγείας επικρατούσε αβεβαιότητα και ανασφάλεια λόγω της αναμονής της εφαρμογής του νέου εθνικού συστήματος υγείας. Πιθανόν δικαιολογημένα και η παρατηρούμενη οργανωσιακή τάση φυγής των συμμετεχόντων.



**Γράφημα 10: Τάση για οργανωσιακή φυγή Ιατροί-Νοσηλεύτρις**

Το γράφημα που ακολουθεί (Γράφημα 11) παρουσιάζει τις απαντήσεις των εργαζομένων στο ερώτημα: «Αν σου δινόταν η ευκαιρία, θα επιθυμούσες να αλλάξεις επάγγελμα;», για το σύνολο του πληθυσμού και ξεχωριστά για ιατρούς και για νοσηλεύτρις. Συνολικά, το 35% απάντησε «Ναι» και το 65% «Όχι», δείχνοντας ότι η πλειοψηφία των εργαζομένων δεν θα ήθελε να αλλάξει επάγγελμα. Όσον αφορά τις ομάδες ξεχωριστά οι ιατροί παρουσιάζουν χαμηλότερο ποσοστό επιθυμίας αλλαγής επαγγέλματος (23%) σε σχέση με τους νοσηλεύτρις (37%), κάτι που ίσως υποδηλώνει μεγαλύτερη επαγγελματική κόπωση ή δυσαρέσκεια. Παρόλο που η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δηλώνει ότι δεν θα άλλαζε επάγγελμα, ωστόσο, το ποσοστό των νοσηλευτών που θα το επιθυμούσε είναι ανησυχητικό.

**Γράφημα 11: Τάση για επαγγελματική φυγή Ιατροί-Νοσηλευτές**



### Επιμέρους Ερωτήματα

#### 6.2.1 Ερώτημα 1: Ποια είναι η στάση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία.

Αναφορικά με το πρώτο ερώτημα που αφορά τη στάση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία ο πίνακας (6) που ακολουθεί παρουσιάζει το επίπεδο της διεπαγγελματικής συνεργασίας τόσο στην συνολική κλίμακα όσο και στις επιμέρους διστάσεις (υποκλίμακες) του εργαλείου. Υψηλότερη βαθμολογία δηλώνει θετικότερη στάση απέναντι στη διεπαγγελματική συνεργασία μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών.

Στο σύνολο ο βαθμός διεπαγγελματικής συνεργασίας των ιατρών είναι 49,7 (TA=5,9) με εύρος τιμών από 31 έως 60, ενώ αντίστοιχα των νοσηλευτών είναι 53,4 (TA=5,4) με εύρος τιμών από 23 έως 60. Όσον αφορά το συνολικό επίπεδο της διεπαγγελματικής συνεργασίας, οι νοσηλευτές έχουν υψηλότερο επίπεδο θετικών στάσεων από τους ιατρούς ( $p<0,001$ ) ( Πίνακας 7).

**Πίνακας 7: Βαθμός διεπαγγελματικής συνεργασίας ιατροί–νοσηλευτές \*t-test**

| Υποκλίμακες                                | Ιατροί, N = 7 |       | Νοσηλευτές, N = 494 |       | p-value |
|--------------------------------------------|---------------|-------|---------------------|-------|---------|
|                                            | ΜΟ (ΤΑ)       | Εύρος | ΜΟ (ΤΑ)             | Εύρος |         |
| <i>Εκπαίδευση και Ομαδική Εργασία</i>      | 24.3 (3.7)    | 10-28 | 25.4 (3)            | 9-28  | 0.012   |
| <i>Φροντίδα Έναντι Θεραπείας</i>           | 10.0 (2.1)    | 5-12  | 11.0 (1.5)          | 3-12  | <0.001  |
| <i>Αυτονομία Νοσηλευτών</i>                | 11.3 (1)      | 7-12  | 10.9 (1.6)          | 3-12  | 0.005   |
| <i>Κυριαρχία των Ιατρών</i>                | 4.2 (2)       | 2-8   | 6.1 (2)             | 2-8   | <0.001  |
| <i>Σύνολο Διεπαγγελματικής Συνεργασίας</i> | 49.7 (5.9)    | 31-60 | 53.4 (5.4)          | 23-60 | <0.001  |

Ο

Η διαφορά των 3.7 μονάδων στο συνολικό σκορ με Cohen's  $d = 0.67$  υποδηλώνει μέτρια προς ουσιαστική πρακτική διαφορά, όχι μόνο στατιστικά σημαντική. Αυτό ενισχύεται και από την ομοιομορφία των ευρημάτων σε επιμέρους υποκλίμακες, ιδίως:

- Η μεγάλη τιμή του  $d$  στην "Κυριαρχία των Ιατρών" (0.97) αποκαλύπτει σημαντική αντίληψη ανισότητας στην ισορροπία ρόλων.
- Αντιθέτως, στην "Αυτονομία των Νοσηλευτών", οι ίδιοι οι νοσηλευτές βλέπουν τον ρόλο τους ως λιγότερο αυτόνομο σε σύγκριση με την εκτίμηση των ιατρών. Ίσως να αποτελεί ένδειξη πιθανής υποτίμησης από μέρους των νοσηλευτών για το επάγγελμά τους ή άγνοια της σημαντικότητας του ρόλου τους.

Αν και οι στατιστικά σημαντικές διαφορές ενδέχεται να επηρεάζονται από το μεγάλο μέγεθος δείγματος, η τιμή του δείκτη Cohen's  $d$  στο σύνολο της διεπαγγελματικής συνεργασίας ( $d = 0.67$ ) υποδεικνύει μέτριο προς υψηλό μέγεθος επίδρασης,

καθιστώντας τη διαφορά πρακτικά σημαντική. Ιδιαίτερα αξιοσημείωτη είναι η διαφορά στην υποκλίμακα "Κυριαρχία των Ιατρών", όπου το  $d = 0.97$  φανερώνει έντονα διαφοροποιημένες αντιλήψεις μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών ως προς την ισοτιμία στον ρόλο και τη λήψη αποφάσεων (Πίνακας 8).

Πίνακας 8: ακολουθεί παρουσιάζει το μέσο επίπεδο στάσης ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία ανάμεσα στους Ιατρούς και Νοσηλευτές σε όλο το δείγμα ( $N=583$ ).

Παρατηρείται ότι:

Όσον αφορά την «Εκπαίδευση και Ομαδική Εργασία», οι Νοσηλευτές έχουν υψηλότερο επίπεδο θετικών στάσεων σε σχέση με τους Ιατρούς ( $p=0.012$ ). Η διαφορά αυτή είναι χαμηλή προς μέτρια (Cohen's  $d = 0.36$ ).

Όσον αφορά την «Φροντίδα Έναντι Θεραπείας», οι Νοσηλευτές έχουν υψηλότερο επίπεδο θετικών στάσεων σε σχέση με τους Ιατρούς ( $p<0.001$ ). Η διαφορά αυτή είναι μέτρια (Cohen's  $d = 0.6$ ).

Όσον αφορά την «Αυτονομία των Νοσηλευτών», οι Ιατροί έχουν υψηλότερο επίπεδο θετικών στάσεων σε σχέση με τους Νοσηλευτές ( $p=0.005$ ). Η διαφορά αυτή είναι χαμηλή (Cohen's  $d = -0.36$ ). Αναφορικά με την «Κυριαρχία των Ιατρών», οι Νοσηλευτές έχουν υψηλότερο επίπεδο θετικών στάσεων σε σχέση με τους ιατρούς ( $p<0.001$ ). Η διαφορά αυτή είναι μεγάλη (Cohen's  $d = 0.97$ ). Σχετικά με το συνολικό επίπεδο διεπαγγελματικής συνεργασίας, οι Νοσηλευτές έχουν υψηλότερο επίπεδο θετικών στάσεων σε σχέση με τους ιατρούς ( $p<0.001$ ). Η διαφορά αυτή είναι μέτρια (Cohen's  $d = 0.67$ ).

Η διαφορά των 3.7 μονάδων στο συνολικό σκορ με Cohen's  $d = 0.67$  υποδηλώνει μέτρια προς ουσιαστική πρακτική διαφορά, όχι μόνο στατιστικά σημαντική. Αυτό ενισχύεται και από την ομοιομορφία των ευρημάτων σε επιμέρους υποκλίμακες, ιδίως:

- Η μεγάλη τιμή του  $d$  στην "Κυριαρχία των Ιατρών" (0.97) αποκαλύπτει σημαντική αντίληψη ανισότητας στην ισορροπία ρόλων.
- Αντιθέτως, στην "Αυτονομία των Νοσηλευτών", οι ίδιοι οι νοσηλευτές βλέπουν τον ρόλο τους ως λιγότερο αυτόνομο σε σύγκριση με την εκτίμηση των ιατρών. Ίσως να αποτελεί ένδειξη πιθανής υποτίμησης από μέρους των νοσηλευτών για το επάγγελμά τους ή άγνοια της σημαντικότητας του ρόλου τους.

Αν και οι στατιστικά σημαντικές διαφορές ενδέχεται να επηρεάζονται από το μεγάλο μέγεθος δείγματος, η τιμή του δείκτη Cohen's  $d$  στο σύνολο της διεπαγγελματικής συνεργασίας ( $d = 0.67$ ) υποδεικνύει μέτριο προς υψηλό μέγεθος επίδρασης, καθιστώντας τη διαφορά πρακτικά σημαντική. Ιδιαίτερα αξιοσημείωτη είναι η διαφορά στην υποκλίμακα "Κυριαρχία των Ιατρών", όπου το  $d = 0.97$  φανερώνει έντονα διαφοροποιημένες αντιλήψεις μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών ως προς την ισοτιμία στον ρόλο και τη λήψη αποφάσεων (Πίνακας 8).

**Πίνακας 8: Μέσο επίπεδο (Τυπική Απόκλιση) [Διάμεσος] Ιατρών και Νοσηλευτών ως προς τη Διεπαγγελματική συνεργασία**

|                                | <i>Ιατρός, N = 79</i>           |    | <i>Νοσηλεύτης, N = 494</i>      |    | <i>p-value*</i> | <i>Effect size Cohen's D</i> |
|--------------------------------|---------------------------------|----|---------------------------------|----|-----------------|------------------------------|
|                                | <i>M.O. (T.A.)<br/>Διάμεσος</i> |    | <i>M.O. (T.A.)<br/>Διάμεσος</i> |    |                 |                              |
| Εκπαίδευση και Ομαδική Εργασία | 24.3 (3.7)                      | 25 | 25.4 (3)                        | 26 | 0.012           | 0.36                         |

|                                                    |            |    |            |    |        |       |
|----------------------------------------------------|------------|----|------------|----|--------|-------|
| Φροντίδα Έναντι<br>Θεραπείας                       | 10.0 (2.1) | 11 | 11.0 (1.5) | 11 | <0.001 | 0.66  |
| Αυτονομία των<br>Νοσηλευτών                        | 11.3 (1)   | 12 | 10.9 (1.6) | 12 | 0.005  | -0.26 |
| Κυριαρχία των Ιατρών                               | 4.2 (2)    | 4  | 6.1 (2)    | 4  | <0.001 | 0.97  |
| <i>Σύνολο<br/>Διεπαγγελματικής<br/>Συνεργασίας</i> | 49.7 (5.9) | 51 | 53.4 (5.4) | 52 | <0.001 | 0.67  |

Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 9) παρουσιάζονται απαντήσεις των νοσηλευτών σε κάθε δήλωση των στάσεων διεπαγγελματικής συνεργασίας. Το ερωτηματολόγιο ήταν σε τετραβάθμια κλίμακα Likert, αλλά διχοτομήθηκε σε δυο μέρη για σκοπούς καλύτερης παρουσίασης και κατανόησης των απαντήσεων. Σε γενικές γραμμές το 90% των δηλώσεων συγκεντρώνουν υψηλά ποσοστά συμφωνίας και θετικής στάσης από μέρους των νοσηλευτών ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία. Συγκεκριμένα, η δήλωση (1) «Ο /Η Νοσηλευτής/τρια θα πρέπει να θεωρείται συνεργάτης και συνάδελφος με έναν ιατρό παρά βοηθός του» συγκέντρωσε το υψηλότερο ποσοστό συμφωνίας (97%) και ανήκει στην υποκλίμακα «εκπαίδευση και ομαδική εργασία». Στη ίδια υποκλίμακα ανήκουν και οι ακόλουθες δηλώσεις: «Κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης τους οι σπουδαστές της ιατρικής και της νοσηλευτικής θα πρέπει να συμμετέχουν σε ομαδικές εργασίες» (3), «Οι ιατροί θα πρέπει να εκπαιδεύονται στη δημιουργία σχέσεων συνεργασίας με τους νοσηλευτές» (14) και «Οι διεπαγγελματικές σχέσεις μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών θα πρέπει να συμπεριληφθούν στα εκπαιδευτικά τους προγράμματα» (15), οι οποίες, επίσης, συγκεντρώνουν εξαιρετικά υψηλά ποσοστά συμφωνίας (95–97%). Η θετική στάση και τα υψηλά ποσοστά συμφωνίας τονίζουν πιθανόν την ανάγκη διεπαγγελματικής εκπαίδευσης, για την προώθηση της συνεργασίας από το στάδιο της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας. Πιθανόν να εκφράζει και τη συνειδητοποίηση ότι η ομαδική εργασία οδηγεί σε ποιοτικότερη φροντίδα υγείας. Επίσης, ψηλά ποσοστά συμφωνίας (85%–92%) συγκεντρώνουν και οι ακόλουθες δηλώσεις: «Οι νοσηλευτές θα πρέπει να είναι υπόλογοι στους ασθενείς για τη νοσηλευτική φροντίδα που παρέχουν» (5), «Οι νοσηλευτές θα πρέπει να συμμετέχουν στη λήψη πολιτικών αποφάσεων που σχετίζονται με τις υποστηρικτικές υπηρεσίες του νοσοκομείου από τις οποίες εξαρτάται η εργασία τους»

(11), «Οι νοσηλευτές θα πρέπει να διευκρινίζουν μια ιατρική οδηγία όταν αισθάνονται ότι μπορεί να υπάρξει το ενδεχόμενο επιζήμιων επιπτώσεων στον ασθενή» (13), και «Οι νοσηλευτές διαθέτουν τα προσόντα για να αξιολογούν και να ανταποκρίνονται στις ψυχολογικές πτυχές των αναγκών των ασθενών» (2). Τα υψηλά ποσοστά συμφωνίας δείχνουν ότι η πλειοψηφία των νοσηλευτών παρουσιάζει θετική στάση ως προς την αυτονομία του επαγγελματικού τους ρόλου, εφόσον φαίνεται να συμφωνούν, στην ανάληψη της ευθύνης και της λογοδοσίας όσον αφορά την ποιότητα της φροντίδας που παρέχουν. Ταυτόχρονα, επιθυμούν τόσο τη συμμετοχή τους σε αποφάσεις που τους αφορούν, όσο και στον έλεγχο ιατρικών οδηγιών για την προστασία του ασθενούς. Παράλληλα θεωρούν, ότι διαθέτουν τα προσόντα για ψυχολογική στήριξη και εκπαίδευση των ασθενών συνεισφέροντας έτσι στις ψυχοκοινωνικές πτυχές φροντίδας των ασθενών.

Το χαμηλότερο ποσοστό συμφωνίας βρέθηκε σε δύο δηλώσεις (8) «Οι ιατροί θα πρέπει να είναι η κυρίαρχη αρχή σε όλα τα θέματα υγείας» (31%) και (10) «Η πρωταρχική λειτουργία του νοσηλευτή είναι η εκτέλεση των εντολών του ιατρού» (31%). Κατά συνέπεια οι δύο προαναφερόμενες δηλώσεις είχαν και το υψηλότερο ποσοστό διαφωνίας (69% εκάστη). Οι δηλώσεις αυτές ανήκουν στην υποκλίμακα «Κυριαρχία των ιατρών». Τα υψηλά ποσοστά διαφωνίας από μέρους των νοσηλευτών δηλώνουν την απόρριψη ενός καθολικού κυρίαρχου ρόλου των ιατρών στη φροντίδα των ασθενών και τη στροφή προς πιο ισότιμα και συνεργατικά μοντέλα πρακτικής.

Εν κατακλείδι, μέσα από τα ποσοστά συμφωνίας και διαφωνίας των νοσηλευτών, ο πίνακας καταδεικνύει μια σαφή απόρριψη του ιατροκεντρικού μοντέλου και στροφή προς ένα διεπαγγελματικό μοντέλο συνεργατικής πρακτικής, απορρίπτοντας αντιλήψεις που θέλουν τους ιατρούς ως αποκλειστικούς υπεύθυνους της φροντίδας. Ταυτόχρονα, φαίνεται να αποδέχονται ευρύτερους ρόλους και αρμοδιότητες.

**Πίνακας 9: Δηλώσεις διεπαγγελματικής συνεργασίας Νοσηλευτές, \* N / % /**

| Δήλωση                                                                                                                                 | Διαφωνώ / Διαφωνώ<br>απόλυτα | Συμφωνώ / Συμφωνώ<br>απόλυτα |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1. Ο /Η Νοσηλευτής/τρια θα πρέπει να θεωρείται συνεργάτης και συνάδελφος με έναν ιατρό παρά βοηθός του.                                | 17 (3.4%)                    | 477 (97%)                    |
| 2. Οι νοσηλευτές διαθέτουν τα προσόντα για να αξιολογούν και να ανταποκρίνονται στις ψυχολογικές πτυχές των αναγκών των ασθενών.       | 22 (4.5%)                    | 472 (96%)                    |
| 3. Κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης τους οι σπουδαστές της ιατρικής και της νοσηλευτικής θα πρέπει να συμμετέχουν σε ομαδικές εργασίες | 22 (4.5%)                    | 472 (96%)                    |
| 4. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να συμμετέχουν στη λήψη πολιτικών αποφάσεων που επηρεάζουν τις συνθήκες εργασίας τους.                      | 18 (3.6%)                    | 476 (96%)                    |

| Δήλωση                                                                                                                                                                           | Διαφωνώ / Διαφωνώ<br>απόλυτα | Συμφωνώ / Συμφωνώ<br>απόλυτα |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 5. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να είναι υπόλογοι στους ασθενείς για τη νοσηλευτική φροντίδα που παρέχουν.                                                                            | 48 (9.7%)                    | 446 (90%)                    |
| 6. Υπάρχουν πολλές αλληλοκαλυπτόμενες περιοχές ευθύνης μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών.                                                                                             | 47 (9.5%)                    | 447 (90%)                    |
| 7. Οι νοσηλευτές είναι εξειδικευμένοι στην εκπαίδευση και στην ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών.                                                                                | 74 (15%)                     | 420 (85%)                    |
| 8. Οι ιατροί θα πρέπει να είναι η κυρίαρχη αρχή σε όλα τα θέματα υγείας.                                                                                                         | 341 (69%)                    | 153 (31%)                    |
| 9. Οι ιατροί και οι νοσηλευτές θα πρέπει να συμβάλουν στις αποφάσεις σχετικά με το εξιτήριο των ασθενών.                                                                         | 131 (27%)                    | 363 (73%)                    |
| 10. Η πρωταρχική λειτουργία του νοσηλευτή είναι η εκτέλεση των εντολών του ιατρού.                                                                                               | 343 (69%)                    | 151 (31%)                    |
| 11. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να συμμετέχουν στην λήψη πολιτικών αποφάσεων που σχετίζονται με τις υποστηρικτικές υπηρεσίες του νοσοκομείου από τις οποίες εξαρτάται η εργασία τους | 48 (9.7%)                    | 446 (90%)                    |
| 12. Θα πρέπει και οι νοσηλευτές να έχουν ευθύνη για την παρακολούθηση των αποτελεσμάτων της ιατρικής θεραπείας.                                                                  | 96 (19%)                     | 398 (81%)                    |
| 13. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να διευκρινίζουν μια ιατρική οδηγία όταν αισθάνονται ότι μπορεί να υπάρξει το ενδεχόμενο επιζήμιων επιπτώσεων στον ασθενή.                           | 38 (7.7%)                    | 456 (92%)                    |
| 14. Οι ιατροί θα πρέπει να εκπαιδεύονται στη δημιουργία σχέσεων συνεργασίας με τους νοσηλευτές.                                                                                  | 18 (3.6%)                    | 476 (96%)                    |
| 15. Οι διεπαγγελματικές σχέσεις μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών θα πρέπει να συμπεριληφθούν στα εκπαιδευτικά τους προγράμματα.                                                      | 24 (4.9%)                    | 470 (95%)                    |

Ο πίνακας που ακολουθεί (Πίνακας 10) απεικονίζει τις απαντήσεις των ιατρών σε κάθε δήλωσή των στάσεων διεπαγγελματικής συνεργασίας. Το ερωτηματολόγιο ήταν σε τετραβάθμια κλίμακα Likert αλλά διχοτομήθηκε σε δυο μέρη για σκοπούς καλύτερης παρουσίασης και κατανόησης των απαντήσεων. Σε γενικές γραμμές το υψηλότερο ποσοστό συμφωνίας εντοπίζεται στη δήλωση (11), «Οι νοσηλευτές θα πρέπει να συμμετέχουν στη λήψη πολιτικών αποφάσεων που σχετίζονται με τις υποστηρικτικές υπηρεσίες του νοσοκομείου από τις οποίες εξαρτάται η εργασία τους» (99%), η οποία ανήκει στην υποκλίμακα «Αυτονομία των νοσηλευτών», όπως και οι δηλώσεις (5) «Οι νοσηλευτές θα πρέπει να είναι υπόλογοι στους ασθενείς για τη νοσηλευτική φροντίδα που

παρέχουν» (96%) και (13) «Οι νοσηλευτές θα πρέπει να διευκρινίζουν μια ιατρική οδηγία όταν αισθάνονται ότι μπορεί να υπάρξει το ενδεχόμενο επιζήμιων επιπτώσεων στον ασθενή» (97%). Οι υψηλές βαθμολογίες από μέρους των ιατρών στη συγκεκριμένη υποκλίμακα, τονίζουν τη θετική τους στάση ως προς την αυτονομία των νοσηλευτών και τη συμμετοχή τους τόσο στη φροντίδα των ασθενών όσο και στις πολιτικές.

Επιπρόσθετα, ψηλές βαθμολογίες (90–91%) παρουσιάζουν και οι ακόλουθες δηλώσεις (1, 3, 14 και 15) : «Ο /Η Νοσηλευτής/τρια θα πρέπει να θεωρείται συνεργάτης και συνάδελφος με έναν ιατρό παρά βοηθός του», «Κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης τους οι σπουδαστές της ιατρικής και της νοσηλευτικής θα πρέπει να συμμετέχουν σε ομαδικές εργασίες», «Οι ιατροί θα πρέπει να εκπαιδεύονται στη δημιουργία σχέσεων συνεργασίας με τους νοσηλευτές» και «Οι διεπαγγελματικές σχέσεις μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών θα πρέπει να συμπεριληφθούν στα εκπαιδευτικά τους προγράμματα». Ψηλά ποσοστά συμφωνίας στις προαναφερόμενες δηλώσεις δείχνουν μεγαλύτερο προσανατολισμό ως προς τη διεπαγγελματική εκπαίδευση και τη διεπαγγελματική συνεργασία. Παράμετρος στην οποία και οι δύο ομάδες εκφράζουν συγκλίνουσες θετικές απόψεις, αναγνωρίζοντας τη σημασία της διεπαγγελματικής εκπαίδευσης και της ένταξης των διεπαγγελματικών σχέσεων στα προγράμματα σπουδών των επαγγελματιών υγείας. Ενώ στην πλειοψηφία των δηλώσεων που αφορούν την παράμετρο «εκπαίδευση και ομαδική εργασία» οι ιατροί είχαν ψηλά ποσοστά συμφωνίας, στην ίδια παράμετρο σημείωσαν και το χαμηλότερο ποσοστό συμφωνίας. Συγκεκριμένα, στη δήλωση «Οι ιατροί και οι νοσηλευτές θα πρέπει να συμβάλλουν στις αποφάσεις σχετικά με το εξιτήριο των ασθενών» (61%).

Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι οι δηλώσεις (8 και 10), «Οι ιατροί θα πρέπει να είναι η κυρίαρχη αρχή σε όλα τα θέματα υγείας» και « Η πρωταρχική λειτουργία του νοσηλευτή είναι η εκτέλεση των εντολών του ιατρού» παρουσιάζουν επίσης ψηλά ποσοστά συμφωνίας (68% και 66% αντίστοιχα). Οι δηλώσεις αυτές εκφράζουν θετική στάση ως προς τον κυρίαρχο ρόλο των ιατρών ή ένα εκτελεστικό ρόλο των νοσηλευτών. Παρόλο που αναγνωρίζεται από τους ιατρούς σε μεγάλο βαθμό η αξία της συνεργασίας, της εκπαίδευσης σε ομαδικά πλαίσια και της ενδυνάμωσης των νοσηλευτών, φαίνεται ότι παράλληλα παραμένουν ενεργές παραδοσιακές αντιλήψεις ιεραρχίας.

**Πίνακας 10: Δηλώσεις κλίμακας διεπαγγελματικής συνεργασίας Ιατροί , \* N / % / MO(TA)**

| Δήλωση                                                                                                                                 | Διαφωνώ<br>/ Διαφωνώ<br>απόλυτα | Συμφωνώ<br>/<br>Συμφωνώ<br>απόλυτα | M.O.<br>(T.A.) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|----------------|
| 1. Ο /Η Νοσηλευτής/τρια θα πρέπει να θεωρείται συνεργάτης και συνάδελφος με έναν ιατρό παρά βοηθός του.                                | 8 (10%)                         | 71 (90%)                           | 1.9<br>(0.3)   |
| 2. Οι νοσηλευτές διαθέτουν τα προσόντα για να αξιολογούν και να ανταποκρίνονται στις ψυχολογικές πτυχές των αναγκών των ασθενών.       | 10 (13%)                        | 69 (87%)                           | 1.9<br>(0.3)   |
| 3. Κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης τους οι σπουδαστές της ιατρικής και της νοσηλευτικής θα πρέπει να συμμετέχουν σε ομαδικές εργασίες | 7 (8.9%)                        | 72 (91%)                           | 1.9<br>(0.3)   |
| 4. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να συμμετέχουν στη λήψη πολιτικών αποφάσεων που επηρεάζουν τις συνθήκες εργασίας τους.                      | 8 (10%)                         | 71 (90%)                           | 1.9<br>(0.3)   |
| 5. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να είναι υπόλογοι στους ασθενείς για τη νοσηλευτική φροντίδα που παρέχουν.                                  | 3 (3.8%)                        | 76 (96%)                           | 2.0<br>(0.2)   |
| 6. Υπάρχουν πολλές αλληλοκαλυπτόμενες περιοχές ευθύνης μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών.                                                   | 9 (11%)                         | 70 (89%)                           | 1.9<br>(0.3)   |
| 7. Οι νοσηλευτές είναι εξειδικευμένοι στην εκπαίδευση και στην ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών.                                      | 18 (23%)                        | 61 (77%)                           | 1.8<br>(0.4)   |
| 8. Οι ιατροί θα πρέπει να είναι η κυρίαρχη αρχή σε όλα τα θέματα υγείας.                                                               | 25 (32%)                        | 54 (68%)                           | 1.7<br>(0.5)   |
| 9. Οι ιατροί και οι νοσηλευτές θα πρέπει να συμβάλλουν στις αποφάσεις σχετικά με το εξιτήριο των ασθενών.                              | 31 (39%)                        | 48 (61%)                           | 1.6<br>(0.5)   |
| 10. Η πρωταρχική λειτουργία του νοσηλευτή είναι η εκτέλεση των εντολών του ιατρού.                                                     | 27 (34%)                        | 52 (66%)                           | 1.7<br>(0.5)   |

| Δήλωση                                                                                                                                                                          | Διαφωνώ<br>/ Διαφωνώ<br>απόλυτα | Συμφωνώ<br>/<br>Συμφωνώ<br>απόλυτα | M.O.<br>(T.A.) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|----------------|
| 11. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να συμμετέχουν στη λήψη πολιτικών αποφάσεων που σχετίζονται με τις υποστηρικτικές υπηρεσίες του νοσοκομείου από τις οποίες εξαρτάται η εργασία τους | 1 (1.3%)                        | 78 (99%)                           | 2.0<br>(0.1)   |
| 12. Θα πρέπει και οι νοσηλευτές να έχουν ευθύνη για την παρακολούθηση των αποτελεσμάτων της ιατρικής θεραπείας.                                                                 | 13 (16%)                        | 66 (84%)                           | 1.8<br>(0.4)   |
| 13. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να διευκρινίζουν μια ιατρική οδηγία όταν αισθάνονται ότι μπορεί να υπάρξει το ενδεχόμενο επιζήμιων επιπτώσεων στον ασθενή.                          | 2 (2.5%)                        | 77 (97%)                           | 2.0<br>(0.2)   |
| 14. Οι ιατροί θα πρέπει να εκπαιδεύονται στη δημιουργία σχέσεων συνεργασίας με τους νοσηλευτές.                                                                                 | 7 (8.9%)                        | 72 (91%)                           | 1.9<br>(0.3)   |
| 15. Οι διεπαγγελματικές σχέσεις μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών θα πρέπει να συμπεριληφθούν στα εκπαιδευτικά τους προγράμματα.                                                     | 7 (8.9%)                        | 72 (91%)                           | 1.9<br>(0.3)   |

## 6.2.2 Ερώτημα 2: Ποια είναι η διαφορά στη στάση του ιατρικού προσωπικού συγκριτικά με τη στάση του νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία

Η διαφορά στη στάση του ιατρικού προσωπικού συγκριτικά με τη στάση του νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία και πιο συγκεκριμένα ως προς τις τέσσερεις παραμέτρους του ερωτηματολογίου: «κυριαρχία των ιατρών», «αυτονομία των νοσηλευτών» «εκπαίδευση και ομαδική εργασία» και «φροντίδα έναντι θεραπείας», παρουσιάζεται στον πιο κάτω πίνακα. Όσον αφορά την «εκπαίδευση και την ομαδική εργασία», οι νοσηλευτές έχουν υψηλότερο επίπεδο θετικών στάσεων σε σχέση με τους

ιατρούς ( $p=0.012$ ). Όσον αφορά τη «φροντίδα έναντι θεραπείας», οι νοσηλευτές έχουν υψηλότερο επίπεδο θετικών στάσεων σε σχέση με τους ιατρούς ( $p<0.001$ ). Σε σχέση με την «αυτονομία των νοσηλευτών», οι ιατροί έχουν υψηλότερο επίπεδο θετικών στάσεων σε σχέση με τους νοσηλευτές ( $p=0.005$ ). Όσον αφορά την «κυριαρχία των ιατρών», οι νοσηλευτές έχουν υψηλότερο επίπεδο θετικών στάσεων σε σχέση με τους ιατρούς ( $p<0.001$ ), άρα πιο θετική στάση ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία αφού διαφωνούν με την κυριαρχία των ιατρών και αφού ο συγκεκριμένος παράγοντας βαθμολογείται αντίστροφα. Τέλος, όσον αφορά το συνολικό επίπεδο διεπαγγελματικής συνεργασίας, οι νοσηλευτές έχουν υψηλότερο επίπεδο θετικών στάσεων σε σχέση με τους ιατρούς ( $p<0.001$ ) (Πίνακας 11).

**Πίνακας 11: Διαφορά στη στάση διεπαγγελματικής συνεργασίας ιατροί–νοσηλευτές**

| Υποκλίμακες                                | Ιατροί, N = 79 |       | Νοσηλευτές,<br>N = 494 |       |                    | p-value | Διαφορά |
|--------------------------------------------|----------------|-------|------------------------|-------|--------------------|---------|---------|
|                                            | ΜΟ<br>(ΤΑ)     | Εύρος | ΜΟ<br>(ΤΑ)             | Εύρος | Θεωρητικό<br>Εύρος |         |         |
| <i>Εκπαίδευση και Ομαδική Εργασία</i>      | 24.3<br>(3.7)  | 10-28 | 25.4 (3)               | 9-28  | 4-28               | 0.012   | 1.1     |
| <i>Φροντίδα Έναντι Θεραπείας</i>           | 10.0<br>(2.1)  | 5-12  | 11.0<br>(1.5)          | 3-12  | 3-12               | <0.001  | 1       |
| <i>Αυτονομία Νοσηλευτών</i>                | 11.3 (1)       | 7-12  | 10.9<br>(1.6)          | 3-12  | 3-12               | 0.005   | 0.4     |
| <i>Κυριαρχία των Ιατρών</i>                | 4.2 (2)        | 2-8   | 6.1 (2)                | 2-8   | 2-8                | <0.001  | 1.9     |
| <i>Σύνολο Διεπαγγελματικής Συνεργασίας</i> | 49.7<br>(5.9)  | 31-60 | 53.4<br>(5.4)          | 23-60 | 15-60              | <0.001  | 3.7     |

Στον πίνακα που ακολουθεί ( Πίνακας 12) παρουσιάζονται απαντήσεις των ιατρών και των νοσηλευτών και η διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων, σε κάθε δήλωσή των στάσεων διεπαγγελματικής συνεργασίας. Οι νοσηλευτές και στις τέσσερις παραμέτρους του ερωτηματολογίου: «κυριαρχία των ιατρών», «αυτονομία των νοσηλευτών», «εκπαίδευση και ομαδική εργασία» και «φροντίδα έναντι θεραπείας», παρουσιάζουν θετικότερη στάση σε σχέση με τους ιατρούς. Με εξαίρεση τις δηλώσεις (5 και 11) ): «Οι νοσηλευτές θα πρέπει να είναι υπόλογοι στους ασθενείς για τη νοσηλευτική φροντίδα που παρέχουν» ( $p = 0.018$ ), «Οι νοσηλευτές θα πρέπει να συμμετέχουν στη λήψη πολιτικών αποφάσεων που σχετίζονται με τις υποστηρικτικές υπηρεσίες του νοσοκομείου από τις οποίες εξαρτάται η εργασία τους» ( $p = 0.018$ ), οι οποίες ανήκουν στην υποκλίμακα «Αυτονομία των νοσηλευτών». Στον συγκεκριμένο παράγοντα τα ψηλότερα ποσοστά από μέρους των

ιατρών δηλώνουν θετικότερη στάση και συμφωνία στη συμμετοχή των νοσηλευτών στη φροντίδα των ασθενών και στις πολιτικές.

Επίσης, στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων υπήρξε και στην υποκλίμακα «φροντίδα έναντι θεραπείας». Ιδιαίτερα στις δηλώσεις, (2 και 7), «Οι νοσηλευτές διαθέτουν τα προσόντα για να αξιολογούν και να ανταποκρίνονται στις ψυχολογικές πτυχές των αναγκών των ασθενών» (Διαφορά -0.39,  $p < 0.001$ ) και «Οι νοσηλευτές είναι εξειδικευμένοι στην εκπαίδευση και στην ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών» (Διαφορά 0.90,  $p < 0.001$ ). Φαίνεται ότι οι ιατροί διαφωνούν ή είναι πιο επιφυλακτικοί ως προς τη συνεισφορά των νοσηλευτών στην ψυχοκοινωνική και εκπαιδευτική πτυχή της φροντίδας των ασθενών.

Επιπρόσθετα, μεγάλη διαφορά και στατιστική σημαντικότητα εντοπίζεται στην παράμετρο «κυριαρχία των ιατρών» στις δηλώσεις (8 και 10): «Οι ιατροί θα πρέπει να είναι η κυρίαρχη αρχή σε όλα τα θέματα υγείας» (Διαφορά 1.0,  $p < 0.001$ ), και «Η πρωταρχική λειτουργία του νοσηλευτή είναι η εκτέλεση των εντολών του ιατρού» (Διαφορά 0.90,  $p < 0.001$ ). Φαίνεται ότι οι ιατροί διατηρούν μια θετική στάση ως προς την κυριαρχία του ρόλου τους, και επιθυμούν την καθοδήγηση της φροντίδας, σε όλες τις πτυχές φροντίδας των ασθενών.

**Πίνακας 12: Δηλώσεις κλίμακας διεπαγγελματικής συνεργασίας Ιατροί–νοσηλευτές**

**\*Mean (SD), Two Sample t-test, CI = Confidence Interval**

| Δήλωση                                                                                                                                      | Ιατρός,<br>N = 79 | Νοσηλευτής,<br>N = 494 | Difference | 95% CI       | p-value |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------------|------------|--------------|---------|
| 1.Ο /Η Νοσηλευτής/τρια θα πρέπει να θεωρείται συνεργάτης και συνάδελφος με έναν ιατρό παρά βοηθός του. (ΕΚ)                                 | 3.7<br>(0.8)      | 3.9 (0.5)              | -0.19      | -0.38, 0.00  | 0.051   |
| 2. Οι νοσηλευτές διαθέτουν τα προσόντα για να αξιολογούν και να ανταποκρίνονται στις ψυχολογικές πτυχές των αναγκών των ασθενών.(ΦΡ)        | 3.4<br>(0.9)      | 3.8 (0.6)              | -0.39      | -0.59, -0.18 | <0.001  |
| 3. Κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης τους οι σπουδαστές της ιατρικής και της νοσηλευτικής θα πρέπει να συμμετέχουν σε ομαδικές εργασίες (ΕΚ) | 3.7<br>(0.8)      | 3.8 (0.5)              | -0.09      | -0.28, 0.09  | 0.3     |
| 4. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να συμμετέχουν στη λήψη πολιτικών αποφάσεων που επηρεάζουν τις συνθήκες εργασίας τους.(ΦΡ)                       | 3.6<br>(0.8)      | 3.8 (0.5)              | -0.23      | -0.42, -0.04 | 0.016   |
| 5. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να είναι υπόλογοι στους ασθενείς για τη νοσηλευτική φροντίδα που παρέχουν. (Α)                                   | 3.7<br>(0.6)      | 3.6 (0.8)              | 0.17       | 0.03, 0.32   | 0.018   |
| 6. Υπάρχουν πολλές αλληλοκαλυπτόμενες περιοχές ευθύνης μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών. (ΕΚ)                                                   | 3.5<br>(0.9)      | 3.6 (0.8)              | -0.08      | -0.29, 0.13  | 0.5     |
| 7. Οι νοσηλευτές είναι εξειδικευμένοι στην εκπαίδευση και στην ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών.(ΦΡ)                                       | 3.0<br>(1.0)      | 3.4 (0.9)              | -0.42      | -0.66, -0.17 | 0.001   |

| Δήλωση                                                                                                                                                     | Ιατρός,<br>N = 79 | Νοσηλευτ<br>ής, N =<br>494 | Difference | 95% CI       | p-value |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------------------|------------|--------------|---------|
| 8. Οι ιατροί θα πρέπει να είναι η κυρίαρχη αρχή σε όλα τα θέματα υγείας.(Κ)                                                                                | 3.0<br>(1.3)      | 1.9 (1.1)                  | 1.0        | 0.73, 1.3    | <0.001  |
| 9. Οι ιατροί και οι νοσηλευτές θα πρέπει να συμβάλλουν στις αποφάσεις σχετικά με το εξιτήριο των ασθενών.(ΕΚ)                                              | 2.7<br>(1.2)      | 3.2 (1.1)                  | -0.46      | -0.76, -0.17 | 0.002   |
| 10. Η πρωταρχική λειτουργία του νοσηλευτή είναι η εκτέλεση των εντολών του ιατρού. (Κ)                                                                     | 2.9<br>(1.2)      | 2.0 (1.2)                  | 0.90       | 0.62, 1.2    | <0.001  |
| 11. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να συμμετέχουν στη λήψη πολιτικών αποφάσεων που σχετίζονται με τις υποστηρικτικές υπηρεσίες. (Α)                               | 3.7<br>(0.5)      | 3.6 (0.7)                  | 0.10       | -0.03, 0.22  | 0.12    |
| 12. Θα πρέπει και οι νοσηλευτές να έχουν ευθύνη για την παρακολούθηση των αποτελεσμάτων της ιατρικής θεραπείας. (ΕΚ)                                       | 3.3<br>(1.0)      | 3.3 (1.0)                  | 0.02       | -0.23, 0.27  | 0.9     |
| 13. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να διευκρινίζουν μια ιατρική οδηγία όταν αισθάνονται ότι μπορεί να υπάρξει το ενδεχόμενο επιζήμιων επιπτώσεων στον ασθενή. (Α) | 3.8<br>(0.5)      | 3.7 (0.7)                  | 0.12       | -0.02, 0.25  | 0.085   |
| 14. Οι ιατροί θα πρέπει να εκπαιδεύονται στη δημιουργία σχέσεων συνεργασίας με τους νοσηλευτές.(ΕΚ)                                                        | 3.6<br>(0.8)      | 3.9 (0.5)                  | -0.22      | -0.39, -0.05 | 0.014   |
| 15. Οι διεπαγγελματικές σχέσεις μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών θα πρέπει να συμπεριληφθούν στα εκπαιδευτικά τους προγράμματα.(ΕΚ)                            | 3.7<br>(0.7)      | 3.8 (0.6)                  | -0.09      | -0.25, 0.06  | 0.2     |

### **6.2.3 Ερώτημα 3: Ποιοι δημογραφικοί ή άλλοι οργανωσιακοί παράγοντες σχετίζονται με τη στάση του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία.**

Σε σχέση με το τρίτο ερώτημα που αφορά τους δημογραφικούς ή άλλους οργανωσιακούς παράγοντες και τη σχέση τους με τη στάση του ιατρικού προσωπικού ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία, δεν διαπιστώθηκε καμία συσχέτιση με δημογραφικούς ή άλλους οργανωσιακούς παράγοντες.

Αντίθετα, όσον αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό και τη στάση του ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία σε σχέση με τους δημογραφικούς ή άλλους οργανωσιακούς παράγοντες διαπιστώθηκαν τα ακόλουθα:

α) Τα έτη υπηρεσίας (όσο αυξάνονταν) έχουν μια χαμηλή θετική συσχέτιση με την «Κυριαρχία των ιατρών» ( $r = 0.174, p < 0.001$ ), και το σύνολο της διεπαγγελματικής συνεργασίας ( $r = 0.121, p = 0.008$ ) (Πίνακας 12).

β) Η ηλικία φαίνεται να έχει μια αδύναμη θετική συσχέτιση με τον παράγοντα «Εκπαίδευση και Ομαδική Εργασία» ( $r = 0.11, p = 0.02$ ), μια χαμηλή θετική συσχέτιση με την «Κυριαρχία των ιατρών» ( $r = 0.151, p = 0.001$ ) και με το σύνολο της διεπαγγελματικής συνεργασίας ( $r = 0.148, p = 0.002$ ) (Πίνακας 13).

Στην κλίμακα "Κυριαρχία των Ιατρών", παρατηρήθηκε θετική και στατιστικά σημαντική συσχέτιση τόσο με τα έτη υπηρεσίας ( $r = 0.174, p < 0.001$ ) όσο και με την ηλικία ( $r = 0.151, p = 0.001$ ). Δεδομένου ότι η συγκεκριμένη υποκλίμακα βαθμολογείται αντίστροφα, τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι, όσο αυξάνεται η ηλικία και η επαγγελματική εμπειρία των νοσηλευτών, τόσο πιο θετικές είναι οι στάσεις τους απέναντι στην κυριαρχία των ιατρών. Πιθανώς, οι περισσότεροι έμπειροι νοσηλευτές αντιλαμβάνονται την ιεραρχική δομή ως λειτουργικό στοιχείο της επαγγελματικής συνεργασίας ή έχουν εξοικειωθεί με την υφιστάμενη κατανομή των ρόλων στο πλαίσιο της κλινικής πράξης

**Πίνακας 13: Γραμμικές συσχετίσεις κατά Pearson μεταξύ Έτη υπηρεσίας-ηλικία και κλίμακα διεπαγγελματικής συνεργασίας-Νοσηλευτές (N=437). \*p<0.05**

| ΕΤΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ                                       |              |                  | ΗΛΙΚΙΑ       |                |
|-----------------------------------------------------|--------------|------------------|--------------|----------------|
|                                                     | <i>r</i>     | <i>p-value</i>   | <i>r</i>     | <i>p-value</i> |
| <b>Κλίμακα Στάσεων διεπαγγελματικής συνεργασίας</b> |              |                  |              |                |
| Εκπαίδευση και Ομαδική Εργασία                      | 0.08         | 0.056            | 0.11*        | 0.021          |
| Φροντίδα Έναντι Θεραπείας                           | -0.00        | 0.916            | 0.02         | 0.662          |
| Αυτονομία των Νοσηλευτών                            | 0.03         | 0.417            | 0.08         | 0.069          |
| Κυριαρχία των Ιατρών                                | <b>0.17*</b> | <b>&lt;0,001</b> | <b>0.15*</b> | <b>0.001</b>   |
| Σύνολο Διεπαγγελματικής Συνεργασίας                 | <b>0.12*</b> | <b>0.008</b>     | <b>0.14*</b> | <b>0.002</b>   |

γ) Σε σχέση με το εκπαιδευτικό επίπεδο και την κλίμακα της διεπαγγελματικής συνεργασίας φαίνεται ότι οι κάτοχοι Μεταπτυχιακού/Διδακτορικού τίτλου σπουδών έχουν πιο θετική στάση ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία, αφού παρουσιάζουν υψηλότερο ποσοστό διαφωνίας ως προς την «κυριαρχία των ιατρών» σε σχέση με τους κάτοχους πτυχίου ( $p = 0.006$ ). Το εύρημα αυτό μπορεί να συνδέεται με επαγγελματική αυτοπεποίθηση, τη θεωρητική κατάρτιση και την εμβάθυνση στην έννοια της διεπαγγελματικής συνεργασίας που πιθανόν να παρέχει η μεταπτυχιακή εκπαίδευση. (Πίνακας 14).

**Πίνακας 14: Σύσχετιση διεπαγγελματικής συνεργασίας και εκπαιδευτικό επίπεδο-Νοσηλευτές \* t-test**

|                                     | <b>Μεταπτυχιακό<br/>M.O. (T.A.)</b> | <b>Πτυχίο<br/>M.O. (T.A.)</b> | <b>Διαφορά<br/>(95% Δ.Ε.)</b> | <b>p-value</b> |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|----------------|
| Εκπαίδευση και Ομαδική Εργασία      | 25.6 (3)                            | 25.3 (3)                      | 0.3 (-0.9, 0.3)               | 0.278          |
| Φροντίδα Έναντι Θεραπείας           | 10.9 (1.4)                          | 11.1 (1.5)                    | -0.1 (-0.1, 0.4)              | 0.329          |
| Αυτονομία των Νοσηλευτών            | 10.9 (1.7)                          | 10.9 (1.5)                    | 0 (-0.3, 0.3)                 | 0.835          |
| Κυριαρχία των Ιατρών                | 6.5 (1.8)                           | 6.0 (2.1)                     | 0.5 (-0.9, -0.2)              | 0.006          |
| Σύνολο Διεπαγγελματικής Συνεργασίας | 53.9 (5.5)                          | 53.2 (5.4)                    | 0.7 (-1.7, 0.4)               | 0.212          |

#### **6.2.4 Ερώτημα 4 : Ποιος είναι ο βαθμός εργασιακής ικανοποίησης του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού**

Στο πέμπτο ερώτημα που αναφέρεται στον βαθμό εργασιακής ικανοποίησης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, το επίπεδο συνολικής εργασιακής ικανοποίησης στους ιατρούς είναι MO=123.1 (T.A.=25,7) όπου το εύρος τιμών κυμαίνεται από 48 έως 194 (Πίνακας 15).

**Πίνακας 15: Περιγραφικά στατιστικά κλίμακας Εργασιακής ικανοποίησης–Ιατροί (N=494) \*t-test**

|                                | <b>M.O. (T.A.)</b> | <b>Διάμεσος</b> | <b>Δ.Ε</b> |
|--------------------------------|--------------------|-----------------|------------|
| Μισθός                         | 12.2 (4.5)         | 12              | [4-24]     |
| Προαγωγή                       | 11.7 (4.2)         | 12              | [4-24]     |
| Εποπτεία - Επίβλεψη            | 18.1 (4.9)         | 19              | [4-24]     |
| Προνόμια - Οφέλη               | 10.5 (4.4)         | 10              | [4-24]     |
| Ενδεχόμενες Ανταμοιβές         | 11.8 (4.2)         | 12              | [4-24]     |
| Συνθήκες Λειτουργίας           | 10.2 (3.3)         | 10              | [4-24]     |
| Συνάδελφοι                     | 16.8 (3.4)         | 17              | [4-24]     |
| Φύση Εργασίας                  | 19.0 (3.8)         | 19              | [4-24]     |
| Επικοινωνία                    | 12.8 (4.5)         | 12              | [4-24]     |
| Σύνολο Εργασιακής Ικανοποίησης | 123.1(25.7)        | 122             | [36-216]   |

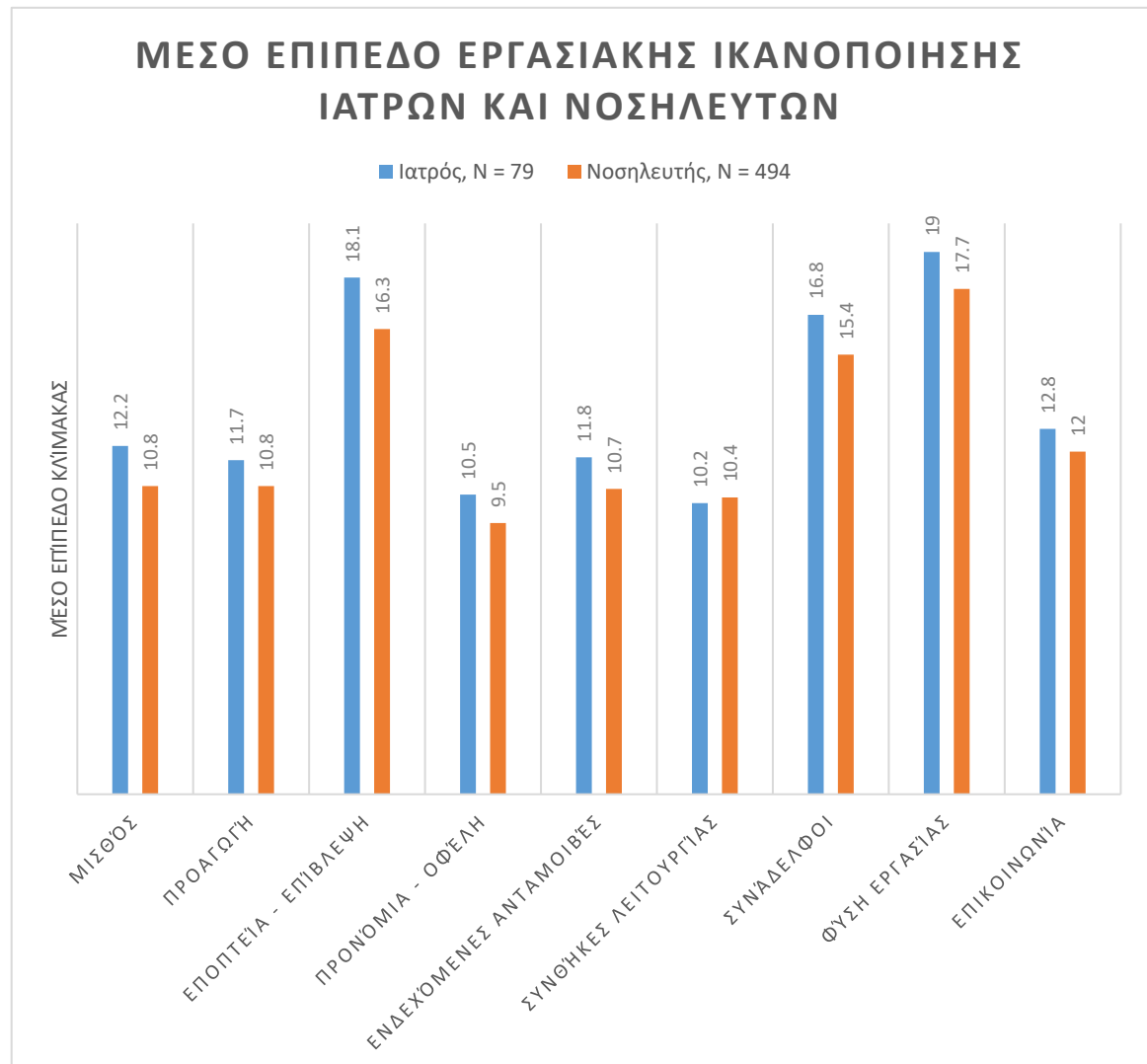
Ενώ το συνολικό επίπεδο εργασιακής ικανοποίησης στους νοσηλευτές είναι M.O=113,5 (T.A.=21,9) όπου το εύρος τιμών κυμαίνεται από 50 έως 187 (**Error! Reference source not found.**).

**Πίνακας 16:Περιγραφικά στατιστικά κλίμακας Εργασιακής ικανοποίησης – Νοσηλευτές (N=79) \*t-test**

|                                | <b>M.O. (T.A.)</b> | <b>Διάμεσος</b> | <b>Δ.Ε</b> |
|--------------------------------|--------------------|-----------------|------------|
| Μισθός                         | 10.8 (3.8)         | 11              | [4-24]     |
| Προαγωγή                       | 10.8 (4)           | 11              | [4-24]     |
| Εποπτεία - Επίβλεψη            | 16.3 (5.1)         | 17              | [4-24]     |
| Προνόμια - Οφέλη               | 9.5 (3.8)          | 9               | [4-24]     |
| Ενδεχόμενες Ανταμοιβές         | 10.7 (3.8)         | 11              | [4-24]     |
| Συνθήκες Λειτουργίας           | 10.4 (3)           | 10              | [4-24]     |
| Συνάδελφοι                     | 15.4 (3.3)         | 15              | [4-24]     |
| Φύση Εργασίας                  | 17.7 (3.9)         | 18              | [4-24]     |
| Επικοινωνία                    | 12.0 (3.7)         | 12              | [4-24]     |
| Σύνολο Εργασιακής Ικανοποίησης | 113.5 (21.9)       | 115             | [36-216]   |

Στο Γράφημα που ακολουθεί παρουσιάζεται ο μέσος όρος εργασιακής ικανοποίησης στους ιατρούς και στους νοσηλευτές σε σχέση με την εργασιακή ικανοποίηση. Σε όλους τους παράγοντες, οι ιατροί παρουσιάζουν μεγαλύτερο ΜΟ εργασιακής ικανοποίησης σε σχέση με τους νοσηλευτές εκτός από τις συνθήκες λειτουργίας, όπου οι απόψεις είναι συγκλίνουσες. Τα ίδια αποτελέσματα καταγράφονται και στο σύνολο της εργασιακής ικανοποίησης με τους ιατρούς να παρουσιάζουν ψηλότερο βαθμό ικανοποίησης από τους νοσηλευτές (123.1 έναντι 113,5) (Γράφημα 12).

**Γράφημα 12: Εργασιακή ικανοποίηση ιατρών–νοσηλευτών \*ΜΟ**



### 6.2.5 Ερώτημα 5 : Ποιοι δημογραφικοί ή άλλοι οργανωσιακοί παράγοντες σχετίζονται με την εργασιακή ικανοποίηση

Σε σχέση με το τέταρτο ερώτημα που αφορά τους δημογραφικούς ή άλλους οργανωσιακούς παράγοντες και τη σχέση τους με τη στάση του ιατρικού προσωπικού ως προς την εργασιακή ικανοποίηση, διαπιστώθηκε ότι σε σχέση με τους ιατρούς η ηλικία έχει μια χαμηλή θετική συσχέτιση με την ικανοποίηση από τη Φύση εργασίας ( $r=0.271$ ,  $p=0.019$ ). Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία συμμετέχοντες έχουν μια χαμηλή θετική συσχέτιση με την ικανοποίηση από την Φύση εργασίας (Πίνακας 17).

**Πίνακας 17:Γραμμικές συσχετίσεις κατά Pearson μεταξύ Ηλικίας και Εργασιακής Ικανοποίησης- Ιατροί (N=72) \* $p<0.05$**

| <i>Κλίμακα Εργασιακής Ικανοποίησης</i> | 0.05         | 0.61        |
|----------------------------------------|--------------|-------------|
| Μισθός                                 | 0.17         | 0.14        |
| Προαγωγή                               | -0.00        | 0.96        |
| Εποπτεία - Επίβλεψη                    | 0.00         | 0.98        |
| Προνόμια - Οφέλη                       | 0.07         | 0.51        |
| Ενδεχόμενες Ανταμοιβές                 | 0.05         | 0.66        |
| Συνθήκες Λειτουργίας                   | 0.07         | 0.50        |
| Συνάδελφοι                             | 0.18         | 0.11        |
| Φύση Εργασίας                          | <b>0.27*</b> | <b>0.01</b> |
| Επικοινωνία                            | 0.14         | 0.22        |
| Σύνολο Εργασιακής Ικανοποίησης         | 0.02         | 0.85        |

Όσον αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό σε σχέση με τους δημογραφικούς ή άλλους οργανωσιακούς παράγοντες και τη σχέση τους ως προς την εργασιακή ικανοποίηση διαπιστώθηκαν τα ακόλουθα:

α) Φαίνεται ότι τα έτη υπηρεσίας έχουν μια χαμηλή αρνητική συσχέτιση με την Προαγωγή ( $r=-0.13$ ,  $p = 0.004$ ), μια χαμηλή αρνητική συσχέτιση με τις Συνθήκες Λειτουργίας ( $r=-0.123$ ,  $p = 0.006$ ), και χαμηλή αρνητική συσχέτιση με το σύνολο της εργασιακής ικανοποίησης ( $r= -0.1$ ,  $p=0.026$ )( Πίνακας 18.)

**Πίνακας 18: Γραμμικές συσχετίσεις κατά Pearson μεταξύ Έτη υπηρεσίας και κλίμακα Εργασιακής Ικανοποίησης-Νοσηλευτές (N=437). \*p<0.05**

| <i>Κλίμακα Εργασιακής Ικανοποίησης</i> |               |             |
|----------------------------------------|---------------|-------------|
| Μισθός                                 | 0.05          | 0.22        |
| Προαγωγή                               | <b>-0.13*</b> | <b>0.00</b> |
| Εποπτεία - Επίβλεψη                    | -0.08         | 0.07        |
| Προνόμια - Οφέλη                       | -0.05         | 0.25        |
| Ενδεχόμενες Ανταμοιβές                 | -0.02         | 0.56        |
| Συνθήκες Λειτουργίας                   | <b>-0.12*</b> | <b>0.00</b> |
| Συνάδελφοι                             | -0.08         | 0.05        |
| Φύση Εργασίας                          | -0.05         | 0.24        |
| Επικοινωνία                            | -0.08         | 0.05        |
| Σύνολο Εργασιακής Ικανοποίησης         | <b>-0.10*</b> | <b>0.02</b> |

β) Επιπρόσθετα, η ηλικία έχει μια αδύναμη θετική συσχέτιση με το σύνολο της εργασιακής ικανοποίησης ( $r=0.111$ ,  $p=0.021$ ) (Πίνακας 19).

**Πίνακας 19: Γραμμικές συσχετίσεις κατά Pearson μεταξύ Ηλικίας και κλίμακα Εργασιακής Ικανοποίησης-Νοσηλευτές (N=437). \*p<0.05**

|                                        | <i>r</i>     | <i>p-value</i> |
|----------------------------------------|--------------|----------------|
| <i>Κλίμακα Εργασιακής Ικανοποίησης</i> | 0.06         | 0.201          |
| Μισθός                                 | -0.09        | 0.06           |
| Προαγωγή                               | -0.00        | 0.936          |
| Εποπτεία - Επίβλεψη                    | -0.03        | 0.503          |
| Προνόμια - Οφέλη                       | -0.00        | 0.871          |
| Ενδεχόμενες Ανταμοιβές                 | -0.08        | 0.062          |
| Συνθήκες Λειτουργίας                   | -0.06        | 0.174          |
| Συνάδελφοι                             | -0.03        | 0.452          |
| Φύση Εργασίας                          | -0.04        | 0.356          |
| Επικοινωνία                            | -0.05        | 0.297          |
| Σύνολο Εργασιακής Ικανοποίησης         | <b>0.11*</b> | <b>0.021</b>   |

γ) Σε σχέση με το εκπαιδευτικό επίπεδο και το εργαλείο μέτρησης της εργασιακής ικανοποίησης οι κάτοχοι πτυχίου είναι πιο θετικοί στους παράγοντες Προαγωγή, Προνόμια–Οφέλη, Ενδεχόμενες Ανταμοιβές, Συνθήκες Λειτουργίας, Συνάδελφοι αλλά και στο Σύνολο Εργασιακής Ικανοποίησης ( $p= 0.005$ ) (Πίνακας 20).

**Πίνακας 20: Συσχέτιση επαγγελματικής ικανοποίησης και εκπαιδευτικό επίπεδο-Νοσηλεύτες \* t-test**

|                                   | <b>Μεταπτυχιακό<br/>M.O. (T.A.)</b> | <b>Πτυχίο<br/>M.O.<br/>(T.A.)</b> | <b>Διαφορά (95%<br/>Δ.Ε.)</b> | <b>p-<br/>value</b> |
|-----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|---------------------|
| Μισθός                            | 10.3 (3.7)                          | 10.9 (3.7)                        | -0.6 (-0.1, 1.4)              | 0.079               |
| Προαγωγή                          | 10.1 (3.8)                          | 11.2 (4)                          | -1.1 (0.3, 1.8)               | 0.004               |
| Εποπτεία - Επίβλεψη               | 16.1 (5.1)                          | 16.3 (5.1)                        | -0.2 (-0.8, 1.1)              | 0.764               |
| Προνόμια - Οφέλη                  | 8.6 (3.4)                           | 9.8 (3.9)                         | -1.2 (0.5, 1.9)               | <0.001              |
| Ενδεχόμενες Ανταμοιβές            | 10.1 (3.8)                          | 10.9 (3.8)                        | -0.7 (0, 1.5)                 | 0.047               |
| Συνθήκες Λειτουργίας              | 9.8 (3.2)                           | 10.6 (2.8)                        | -0.8 (0.2, 1.4)               | 0.011               |
| Συνάδελφοι                        | 14.9 (3.3)                          | 15.6 (3.3)                        | -0.6 (0, 1.3)                 | 0.046               |
| Φύση Εργασίας                     | 17.5 (4.3)                          | 17.7 (3.7)                        | -0.2 (-0.6, 1)                | 0.605               |
| Επικοινωνία                       | 11.7 (3.7)                          | 12.1 (3.7)                        | -0.4 (-0.3, 1.1)              | 0.288               |
| Σύνολο Εργασιακής<br>Ικανοποίησης | 109.2 (20.8)                        | 115.1<br>(21.7)                   | -5.9 (1.8, 9.9)               | 0.005               |

δ) Σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση και το εργαλείο μέτρησης της εργασιακής ικανοποίησης οι άγαμοι φαίνεται να είναι πιο ευχαριστημένοι σε σχέση με τους εγγάμους σε όλους τους παράγοντες εκτός από τον παράγοντα Εποπτεία-Επίβλεψη. Το ίδιο παρατηρείται και στο σύνολο της εργασιακής ικανοποίησης (<0.001) (Πίνακας 21 ).

**Πίνακας 21: Συσχέτιση εργασιακής ικανοποίησης και οικογενειακής κατάστασης-  
Νοσηλεύτες\* t-test**

|                                   | Έγγαμος/η - σε<br>συμβίωση<br>M.O. (T.A.) | Άγαμος/η<br>M.O.<br>(T.A.) | Διαφορά (95%<br>Δ.Ε.) | p-<br>value |
|-----------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------|-----------------------|-------------|
| Μισθός                            | 10.4 (3.7)                                | 12.1 (3.8)                 | -1.6 (0.8, 2.5)       | <0.001      |
| Προαγωγή                          | 10.2 (3.8)                                | 12.7 (4.1)                 | -2.4 (1.6, 3.3)       | <0.001      |
| Εποπτεία - Επίβλεψη               | 16.4 (5)                                  | 16.3 (5.2)                 | 0.2 (-1.3, 1)         | 0.778       |
| Προνόμια - Οφέλη                  | 9.1 (3.7)                                 | 11.0 (4.1)                 | -1.8 (1, 2.7)         | <0.001      |
| Ενδεχόμενες<br>Ανταμοιβές         | 10.4 (3.7)                                | 11.3 (4.1)                 | -0.9 (0, 1.8)         | 0.049       |
| Συνθήκες Λειτουργίας              | 10.2 (2.9)                                | 11.2 (2.9)                 | -1 (0.4, 1.6)         | 0.002       |
| Συνάδελφοι                        | 15.2 (3.2)                                | 16.2 (3.7)                 | -0.9 (0.2, 1.7)       | 0.019       |
| Φύση Εργασίας                     | 17.5 (3.9)                                | 18.5 (3.7)                 | -1 (0.2, 1.8)         | 0.018       |
| Επικοινωνία                       | 11.7 (3.6)                                | 13.1 (3.9)                 | -1.4 (0.6, 2.3)       | 0.001       |
| Σύνολο Εργασιακής<br>Ικανοποίησης | 111.3 (20.8)                              | 122.3<br>(23.4)            | -11 (6, 16)           | <0.001      |

### **6.3.6 Ερώτημα 6: Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ εργασιακής ικανοποίησης του ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού και της διεπαγγελματικής συνεργασίας;**

Το έκτο ερώτημα αφορά το εάν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ εργασιακής ικανοποίησης του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία. Στον πίνακα που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι γραμμικές συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων της κλίμακας διεπαγγελματικής συνεργασίας και των παραγόντων της εργασιακής ικανοποίησης στους ιατρούς.

Φαίνεται ότι η εκπαίδευση και η ομαδική εργασία έχουν μια θετική συσχέτιση με την ικανοποίηση από τη φύση εργασίας ( $p<0.05$ ), ενώ η φροντίδα έναντι θεραπείας έχει μια θετική συσχέτιση με το σύνολο της εργασιακής ικανοποίησης ( $p<0.01$ ) και με την ικανοποίηση από την προαγωγή ( $p<0.05$ ) (Πίνακας 22). Διαπιστώνεται ότι όσο μεγαλύτερη είναι η συμμετοχή των ιατρών σε εκπαιδευτικές δραστηριότητες και συνεργατικές (ομαδικές) μορφές εργασίας, τόσο υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης αναφέρουν, ιδίως ως προς το περιεχόμενο και τη φύση της εργασίας τους. Επιπλέον, οι ιατροί που υιοθετούν θετική στάση απέναντι στη φροντίδα – δηλαδή, που εμπλέκονται ενεργά και στην ψυχοκοινωνική και εκπαιδευτική διάσταση της φροντίδας του ασθενούς, πέρα από την αυστηρά ιατρική/θεραπευτική προσέγγιση – εμφανίζουν υψηλότερη συνολική επαγγελματική ικανοποίηση, καθώς και μεγαλύτερη ικανοποίηση αναφορικά με τις δυνατότητες επαγγελματικής εξέλιξης και προαγωγής.

**Πίνακας 22: Γραμμικές συσχετίσεις κατά Pearson μεταξύ κλίμακας διεπαγγελματικής συνεργασίας και Εργασιακής Ικανοποίησης-Ιατροί \* $p<0.05$ ,\*\* $p<0.01$**

|                                           | <i>Κλίμακα Διεπαγγελματικής συνεργασίας</i>   |                                          |                                         |                                     |                                                    |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------|
|                                           | <i>Εκπαίδευση<br/>και Ομαδική<br/>Εργασία</i> | <i>Φροντίδα<br/>Έναντι<br/>Θεραπείας</i> | <i>Αυτονομία<br/>των<br/>Νοσηλευτών</i> | <i>Κυριαρχία<br/>των<br/>Ιατρών</i> | <i>Συνολική<br/>Διεπαγγελματική<br/>Συνεργασία</i> |
| <i>Εργασιακή<br/>ικανοποίηση</i>          |                                               |                                          |                                         |                                     |                                                    |
| <i>Μισθός</i>                             | 0.16                                          | -0.08                                    | -0.01                                   | 0.09                                | 0.04                                               |
| <i>Προαγωγή</i>                           | 0.18                                          | <b>0.26*</b>                             | 0.06                                    | -0.18                               | <b>0.3**</b>                                       |
| <i>Εποπτεία -<br/>Επίβλεψη</i>            | 0.22                                          | 0.08                                     | 0.03                                    | 0.05                                | 0.16                                               |
| <i>Προνόμια - Οφέλη</i>                   | 0.15                                          | -0.03                                    | -0.09                                   | 0.02                                | 0.07                                               |
| <i>Ενδεχόμενες<br/>Ανταμοιβές</i>         | 0.02                                          | -0.03                                    | -0.09                                   | 0.04                                | 0.1                                                |
| <i>Συνθήκες<br/>Λειτουργίας</i>           | -0.04                                         | -0.06                                    | -0.12                                   | 0.04                                | -0.09                                              |
| <i>Συνάδελφοι</i>                         | 0.17                                          | -0.01                                    | -0.01                                   | 0.09                                | 0.07                                               |
| <i>Φύση Εργασίας</i>                      | <b>0.28*</b>                                  | 0                                        | 0.05                                    | -0.04                               | 0.05                                               |
| <i>Επικοινωνία</i>                        | -0.01                                         | 0.16                                     | -0.14                                   | -0.13                               | 0.08                                               |
| <i>Σύνολο Εργασιακής<br/>Ικανοποίησης</i> | 0.19                                          | 0.05                                     | -0.05                                   | -0.01                               | 0.14                                               |

Στο ίδιο ερώτημα αναφέρεται και ο πίνακας που ακολουθεί, ο οποίος παρουσιάζει τις γραμμικές συσχετίσεις μεταξύ των υποκλίμακων της κλίμακας στάσεων διεπαγγελματικής συνεργασίας και των παραγόντων της εργασιακής ικανοποίησης στους νοσηλευτές. Η εκπαίδευση και η ομαδική εργασία έχουν μια θετική συσχέτιση με την ικανοποίηση από την εποπτεία-επίβλεψη, με τις συνθήκες εργασίας και με την φύση εργασίας ( $p<0.01$ ) και μια αρνητική συσχέτιση με τις συνθήκες λειτουργίας ( $p<0.01$ ). Η υποκλίμακα του εργαλείου φροντίδα έναντι θεραπείας έχει θετική συσχέτιση με την ικανοποίηση από την εποπτεία-επίβλεψη, με τους συναδέλφους και τη φύση εργασίας ( $p<0.01$ ). Ενώ η αυτονομία των νοσηλευτών έχει μια χαμηλή θετική συσχέτιση με την ικανοποίηση από τους παράγοντες εποπτεία-επίβλεψη, τους συναδέλφους και την φύση εργασίας ( $p<0.01$ ). Έχει, επίσης, μια αρνητική συσχέτιση με την ικανοποίηση από τις συνθήκες λειτουργίας ( $p<0.01$ ). Η υποκλίμακα του εργαλείου «κυριαρχία των ιατρών» έχει μια αρνητική συσχέτιση με την ικανοποίηση από τον μισθό, την προαγωγή, τα προνόμια-οφέλη, τις συνθήκες λειτουργίας, τους συνάδελφοι, την επικοινωνία ( $p<0.01$ ) και από την εποπτεία-επίβλεψη ( $p<0.05$ ) και γενικά από το σύνολο της εργασιακής ικανοποίησης ( $p<0.01$ ). Δηλαδή, η ύπαρξη κυριαρχίας, και ανισότητας των ρόλων μεταξύ των δύο επαγγελματικών ομάδων, έχει αρνητική επίδρασή στην ικανοποίηση σε όλες τις προαναφερόμενες πτυχές εργασίας. Στο σύνολο, η διεπαγγελματική συνεργασία έχει θετική συσχέτιση με το σύνολο της εργασιακής ικανοποίησης ( $p<0.01$ ) (Πίνακας 23).

**Πίνακας 23: Γραμμικές συσχετίσεις κατά Pearson μεταξύ κλίμακας διεπαγγελματικής συνεργασίας και εργασιακής ικανοποίησης -Νοσηλευτές (N=494)**

**\*p<0.05,\*\* p<0.01**

|                                           | <i>Διεπαγγελματική συνεργασία</i>                 |                                          |                                         |                                     |                                                    |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------|
|                                           | <i>Εκπαίδευση<br/>και<br/>Ομαδική<br/>Εργασία</i> | <i>Φροντίδα<br/>Έναντι<br/>Θεραπείας</i> | <i>Αυτονομία<br/>των<br/>Νοσηλευτών</i> | <i>Κυριαρχία<br/>των<br/>Ιατρών</i> | <i>Συνολική<br/>Διεπαγγελματική<br/>Συνεργασία</i> |
| Εργασιακή<br>ικανοποίηση                  |                                                   |                                          |                                         |                                     |                                                    |
| <i>Μισθός</i>                             | -0.02                                             | -0.01                                    | 0.03                                    | -0.22**                             | 0.08                                               |
| <i>Προαγωγή</i>                           | -0.02                                             | 0.09                                     | -0.01                                   | -0.36**                             | 0.14**                                             |
| <i>Εποπτεία - Επίβλεψη</i>                | 0.18**                                            | 0.20**                                   | 0.19**                                  | -0.09*                              | 0.25**                                             |
| <i>Προνόμια - Οφέλη</i>                   | 0                                                 | -0.05                                    | -0.04                                   | -0.23**                             | 0.06                                               |
| <i>Ενδεχόμενες<br/>Ανταμοιβές</i>         | -0.03                                             | -0.03                                    | 0.02                                    | -0.06                               | 0.11**                                             |
| <i>Συνθήκες<br/>Λειτουργίας</i>           | -0.17**                                           | -0.10                                    | -0.18**                                 | -0.12**                             | -0.13**                                            |
| <i>Συνάδελφοι</i>                         | 0.02                                              | 0.14**                                   | 0.13**                                  | -0.15**                             | 0.14**                                             |
| <i>Φύση Εργασίας</i>                      | 0.17**                                            | 0.21**                                   | 0.25**                                  | -0.08                               | 0.18**                                             |
| <i>Επικοινωνία</i>                        | 0.02                                              | 0.05                                     | 0.02                                    | -0.13**                             | 0.08                                               |
| <i>Σύνολο Εργασιακής<br/>Ικανοποίησης</i> | 0.04                                              | 0.10                                     | 0.08                                    | -0.25**                             | 0.18**                                             |

**6.2.7 Ερώτημα 7 : Υπάρχει διαφορά στην εργασιακή ικανοποίηση και τη στάση του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται στον δημόσιο τομέα συγκριτικά με το προσωπικό που εργάζεται στον ιδιωτικό τομέα, ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία;**

Το έβδομο ερώτημα επικεντρώνεται στο αν υπάρχει διαφορά στην εργασιακή ικανοποίηση και τη στάση του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται στον δημόσιο τομέα συγκριτικά με το προσωπικό που εργάζεται στον ιδιωτικό τομέα, ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία.

Ο πίνακας που ακολουθεί παρουσιάζει τον μέσο όρο στάσεων ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία ανάμεσα σε ιατρούς του δημοσίου και ιδιωτικού νοσοκομείου.

Δεν παρατηρείται κάποια διαφορά ανάμεσα στο ιδιωτικό και δημόσιο νοσοκομείο σε κανένα παράγοντα των στάσεων και ως εκ τούτου δεν προκύπτει στατιστική σημαντικότητα άλλα φαίνεται ότι οι ιατροί στο δημόσιο έχουν θετικότερη στάση σε όλες τις υποκλίμακες του εργαλείου άλλα και ως προς το σύνολο της διεπαγγελματικής συνεργασίας (Πίνακας 24: Στάσεις ως προς τη Διεπαγγελματική Συνεργασία-Δημόσια και Ιδιωτικά Νοσοκομεία-Ιατροί\* t-test / ΜΟ (Τυπική Απόκλιση)

24).

**Πίνακας 24: Στάσεις ως προς τη Διεπαγγελματική Συνεργασία-Δημόσια και Ιδιωτικά Νοσοκομεία-Ιατροί\* t-test / ΜΟ (Τυπική Απόκλιση)**

| <b>ΔΙΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ<br/>ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ</b>  | <i>Δημόσιο, N<br/>= 67</i> | <i>Ιδιωτικό,<br/>N = 12</i> | <i>p-<br/>value*</i> | <i>Effect size<br/>Cohen's D</i> |
|----------------------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------|----------------------------------|
| Εκπαίδευση και Ομαδική<br>Εργασία      | 24.4 (3.6)                 | 23.6 (4.2)                  | 0.6                  | -0.22                            |
| Φροντίδα Έναντι<br>Θεραπείας           | 10.1 (2.0)                 | 9.2 (2.6)                   | 0.3                  | -0.41                            |
| Αυτονομία των<br>Νοσηλευτών            | 11.3 (1.0)                 | 11.2 (1.5)                  | 0.7                  | -0.16                            |
| Κυριαρχία των Ιατρών                   | 4.3 (2.1)                  | 3.6 (1.9)                   | 0.3                  | -0.35                            |
| Σύνολο Διεπαγγελματικής<br>Συνεργασίας | 50.1 (5.4)                 | 47.6 (8.1)                  | 0.3                  | -0.43                            |

**Ο Error! Reference source not found.** που ακολουθεί παρουσιάζει τον μέσο όρο των παραγόντων εργασιακής ικανοποίησης ανάμεσα σε ιατρούς του δημοσίου και ιδιωτικού νοσοκομείου. Γενικά, κατά μέσο όρο, οι ιατροί του ιδιωτικού είναι πιο ικανοποιημένοι από όλους τους παράγοντες εργασιακής ικανοποίησης σε σχέση με τους ιατρούς του δημοσίου.

Στατιστικά σημαντικές διαφορές παρατηρούνται στους παράγοντες Προαγωγή ( $p=0.047$ , Cohen's  $d=0.83$ ), Προνόμια-Οφέλη ( $p<0,001$ , Cohen's  $d=1.51$ ), Ενδεχόμενες ανταμοιβές ( $p=0.002$ , Cohen's  $d=1.24$ ), Συνάδελφοι ( $p=0,003$ ,  $d=1.13$ ), Φύση εργασίας ( $p=0.006$ ,  $d=0.78$ , Επικοινωνία ( $p=0.03$ ,  $d=0.93$ ) και στη Συνολική κλίμακα ( $p=0.003$ ,  $d=1.46$ ) (Πίνακας 24).

**Πίνακας 25: Εργασιακή ικανοποίηση-Δημόσια και Ιδιωτικά Νοσοκομεία-Ιατροί**

| <b><i>ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ<br/>ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ</i></b> | <b><i>Δημόσιο,<br/>N = 67</i></b> | <b><i>Ιδιωτικό,<br/>N = 12</i></b> | <b><i>p-<br/>value</i></b> | <b><i>Effect size<br/>Cohen's D</i></b> |
|-----------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| Μισθός                                  | 11.7 (4.3)                        | 14.9 (5.0)                         | 0.059                      | 0.73                                    |
| Προαγωγή                                | 11.2 (3.9)                        | 14.5 (5.0)                         | 0.047                      | 0.83                                    |
| Εποπτεία - Επίβλεψη                     | 17.9 (5.0)                        | 19.8 (3.9)                         | 0.2                        | 0.39                                    |
| Προνόμια - Οφέλη                        | 9.6 (3.8)                         | 15.3 (4.1)                         | <0.001                     | 1.51                                    |
| Ενδεχόμενες Ανταμοιβές                  | 11.1 (3.8)                        | 15.8 (4.2)                         | 0.002                      | 1.24                                    |
| Συνθήκες Λειτουργίας                    | 9.6 (3.0)                         | 13.5 (2.8)                         | <0.001                     | 1.36                                    |
| Συνάδελφοι                              | 16.3 (3.2)                        | 19.8 (3.1)                         | 0.003                      | 1.13                                    |
| Φύση Εργασίας                           | 18.6 (3.8)                        | 21.4 (2.7)                         | 0.006                      | 0.78                                    |
| Επικοινωνία                             | 12.2 (4.1)                        | 16.1 (5.3)                         | 0.030                      | 0.93                                    |
| Σύνολο Εργασιακής<br>Ικανοποίησης       | 118.1 (21.6)                      | 151.2 (29.7)                       | 0.003                      | 1.46                                    |

Ο πίνακας που ακολουθεί παρουσιάζει το μέσο επίπεδο στάσεων ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία ανάμεσα σε νοσηλευτές του δημοσίου και ιδιωτικού νοσηλευτηρίου. Οι νοσηλευτές του ιδιωτικού έχουν θετικότερη στάση όσον αφορά τον παράγοντα «Κυριαρχία Ιατρών», σε σχέση με τους νοσηλευτές του δημοσίου ( $p < 0.001$ , cohen's  $d = -0.82$ ) (Πίνακας 24: Στάσεις ως προς τη Διεπαγγελματική Συνεργασία- Δημόσια και Ιδιωτικά Νοσοκομεία-Ιατροί\* t-test / MO (Τυπική Απόκλιση)

26).

**Πίνακας 26: Στάσεις ως προς τη Διεπαγγελματική Συνεργασία-Δημόσια και Ιδιωτικά Νοσοκομεία-Νοσηλευτές\* t-test / ΜΟ (Τυπική Απόκλιση)**

| <b>ΔΙΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ<br/>ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ</b>  | <b>ΔΗΜΟΣΙΟ<br/>Μ.Ο.<br/>(Τ.Α.)</b> | <b>ΙΔΙΩΤΙΚΟ<br/>Μ.Ο.<br/>(Τ.Α.)</b> | <b>Διαφορά (95%<br/>Δ.Ε.)</b> | <b>p-value</b> |
|----------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|----------------|
| Εκπαίδευση και Ομαδική<br>Εργασία      | 25.3 (3.1)                         | 25.7 (2.4)                          | -0.4 (-0.9, 0.2)              | 0.222          |
| Φροντίδα Έναντι Θεραπείας              | 11.0 (1.5)                         | 11.1 (1.4)                          | -0.1 (-0.4, 0.2)              | 0.612          |
| Αυτονομία των Νοσηλευτών               | 10.9 (1.6)                         | 11.1 (1.3)                          | -0.3 (-0.6, 0)                | 0.084          |
| Κυριαρχία των Ιατρών                   | 6.4 (1.8)                          | 4.8 (2.2)                           | 1.6 (1.1, 2)                  | <0.001         |
| Σύνολο Διεπαγγελματικής<br>Συνεργασίας | 53.5 (5.6)                         | 52.7 (4.7)                          | 0.8 (-0.3, 1.9)               | 0.146          |

Ο πίνακας που ακολουθεί παρουσιάζει το μέσο επίπεδο των παραγόντων εργασιακής ικανοποίησης ανάμεσα σε νοσηλευτές του δημοσίου και ιδιωτικού νοσηλευτηρίου. Κατά μέσο όρο, οι νοσηλευτές του ιδιωτικού έχουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερα επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης σε όλους τους παράγοντες, σε σχέση με τους νοσηλευτές του δημοσίου και στο σύνολό της ( $<0.001$ ) (Πίνακας 27).

**Πίνακας 27: Εργασιακή ικανοποίηση-Δημόσια και Ιδιωτικά Νοσοκομεία-Νοσηλευτές\* t-test/ ΜΟ(Τυπική Απόκλιση)**

|                                   | <b>ΔΗΜΟΣΙΟ<br/>Μ.Ο.<br/>(Τ.Α.)</b> | <b>ΙΔΙΩΤΙΚΟ<br/>Μ.Ο.<br/>(Τ.Α.)</b> | <b>Διαφορά (95%<br/>Δ.Ε.)</b> | <b>p-value</b> |
|-----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|----------------|
| Μισθός                            | 10.4 (3.5)                         | 12.5 (4.3)                          | -2.1 (-3, -1.1)               | $<0.001$       |
| Προαγωγή                          | 10.1 (3.6)                         | 14.2 (3.9)                          | -4.1 (-5, -3.2)               | $<0.001$       |
| Εποπτεία - Επίβλεψη               | 15.9 (5.2)                         | 18.1 (4.3)                          | -2.3 (-3.3, -1.3)             | $<0.001$       |
| Προνόμια - Οφέλη                  | 8.9 (3.5)                          | 12.2 (4)                            | -3.3 (-4.2, -2.4)             | $<0.001$       |
| Ενδεχόμενες Ανταμοιβές            | 10.2 (3.7)                         | 12.6 (4)                            | -2.4 (-3.3, -1.5)             | $<0.001$       |
| Συνθήκες Λειτουργίας              | 10.2 (2.9)                         | 11.2 (3.3)                          | -1 (-1.8, -0.3)               | 0.008          |
| Συνάδελφοι                        | 14.9 (3)                           | 17.5 (3.7)                          | -2.6 (-3.4, -1.8)             | $<0.001$       |
| Φύση Εργασίας                     | 17.2 (3.7)                         | 19.7 (3.9)                          | -2.5 (-3.4, -1.6)             | $<0.001$       |
| Επικοινωνία                       | 11.4 (3.4)                         | 14.6 (4.2)                          | -3.2 (-4.1, -2.3)             | $<0.001$       |
| Σύνολο Εργασιακής<br>Ικανοποίησης | 109.1 (18.9)                       | 132.6 (24)                          | -23.5 (-28.8, -<br>18.2)      | $<0.001$       |

### **Εκτιμήσεις μοντέλου γραμμικής παλινδρόμησης- σε σχέση με τη διεπαγγελματική συνεργασία**

Πέραν από τις συσχετίσεις που έχουν διενεργηθεί, στις οποίες διαπιστώθηκε ότι τα έτη υπηρεσίας, η ηλικία και το εκπαιδευτικό επίπεδο συσχετίζονται με τη στάση ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία στους νοσηλευτές, κρίθηκε σκόπιμη η συσχέτιση των προαναφερθέντων δημογραφικών στοιχείων με το επίπεδο στάσεων ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία χρησιμοποιώντας την πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση. Εξαρτημένη μεταβλητή ήταν ο κάθε παράγοντας της κλίμακας ξεχωριστά και ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν τα δημογραφικά στοιχεία.

Σε σχέση με τους δημογραφικούς ή άλλους οργανωσιακούς παράγοντες και τη σχέση τους με τη στάση του νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία, προέκυψαν τα εξής:

α) Θετική συσχέτιση με τον παράγοντα «Εκπαίδευση και ομαδική» εργασία με τους νοσηλευτές στο ιδιωτικό νοσοκομείο να έχουν υψηλότερη θετική στάση σε σχέση με τους νοσηλευτές του δημοσίου ( $p=0.001$ ). Επίσης, οι νοσηλευτές με περισσότερα έτη υπηρεσίας φάνηκε να έχουν πιο θετική στάση ως προς την «εκπαίδευση και ομαδική εργασία» ( $p = 0.005$ ) (Πίνακας 28).

**Πίνακας 28: Μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης-Εξαρτημένη μεταβλητή:  
Εκπαίδευση και Ομαδική Εργασία – Νοσηλευτές**

| <i>Παράγοντας</i>                    | <i>B</i> | <i>95% Δ.Ε.</i> | <i>p-value</i> |
|--------------------------------------|----------|-----------------|----------------|
| <i>Νοσηλευτήριο</i>                  |          |                 |                |
| ΔΗΜΟΣΙΟ                              |          |                 |                |
| ΙΔΙΩΤΙΚΟ                             | 1.4      | 0.56, 2.3       | 0.001          |
| <b>Επίπεδο εκπαίδευσης</b>           |          |                 |                |
| Κάτοχος Πτυχίου                      |          |                 |                |
| Κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου Σπουδών | 0.52     | [-0.07, 1.1]    | 0.087          |
| Κάτοχος Διδακτορικού Τίτλου Σπουδών  | 0.17     | [-4.0, 4.4]     | >0.9           |
| <b>Οικογενειακή κατάσταση</b>        |          |                 |                |
| Άγαμος/η                             |          |                 |                |
| Έγγαμος/η - σε συμβίωση              | 0.63     | [-0.10, 1.4]    | 0.091          |
| Έτη Προϋπηρεσίας στον Οργανισμό      | 0.05     | 0.01, 0.08      | 0.005          |

β) Όσον αφορά τον παράγοντα «Φροντίδα έναντι θεραπείας» οι νοσηλευτές που είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού και διδακτορικού τίτλου σπουδών έχουν πιο αρνητική στάση σε σχέση με τους νοσηλευτές που είναι κάτοχοι πτυχίου ( $p=0.033$ ) (Πίνακας 29).

**Πίνακας 29: Μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης-Εξαρτημένη μεταβλητή:  
Φροντίδα έναντι θεραπείας – Νοσηλευτές**

| <i>Παράγοντας</i>                    | <i>B</i> | <i>95% Δ.Ε.</i> | <i>p-value</i> |
|--------------------------------------|----------|-----------------|----------------|
| <i>Νοσηλευτήριο</i>                  |          |                 |                |
| ΔΗΜΟΣΙΟ                              |          |                 |                |
| ΙΔΙΩΤΙΚΟ                             | 0.32     | [-0.10, 0.75]   | 0.14           |
| <b>Επίπεδο εκπαίδευσης</b>           |          |                 |                |
| Κάτοχος Πτυχίου                      |          |                 |                |
| Κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου Σπουδών | -0.07    | [-0.36, 0.22]   | 0.6            |
| Κάτοχος Διδακτορικού Τίτλου Σπουδών  | -2.2     | -4.3, -0.19     | 0.033          |
| <b>Οικογενειακή κατάσταση</b>        |          |                 |                |
| Άγαμος/η                             |          |                 |                |
| Έγγαμος/η - σε συμβίωση              | 0.25     | [-0.11, 0.61]   | 0.2            |
| Έτη Προϋπηρεσίας στον Οργανισμό      | 0.00     | [-0.02, 0.02]   | >0.9           |

γ) Όσον αφορά τον παράγοντα «Αυτονομία των Νοσηλευτών», οι νοσηλευτές του ιδιωτικού έχουν πιο θετική στάση σε σχέση με τους νοσηλευτές του δημοσίου ( $p=0.007$ ) (Πίνακας 30).

**Πίνακας 30: Μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης- Εξαρτημένη μεταβλητή:  
Αυτονομία των Νοσηλευτών – Νοσηλευτές**

| <i>Παράγοντας</i>                    | <i>B</i> | <i>95% Δ.Ε.</i> | <i>p-value</i> |
|--------------------------------------|----------|-----------------|----------------|
| <i>Νοσηλευτήριο</i>                  |          |                 |                |
| ΔΗΜΟΣΙΟ                              |          |                 |                |
| ΙΔΙΩΤΙΚΟ                             | 0.63     | 0.18, 1.1       | 0.007          |
| <b>Επίπεδο εκπαίδευσης</b>           |          |                 |                |
| Κάτοχος Πτυχίου                      |          |                 |                |
| Κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου Σπουδών | 0.07     | [-0.24, 0.38]   | 0.7            |
| Κάτοχος Διδακτορικού Τίτλου Σπουδών  | -2.1     | [-4.3, 0.04]    | 0.055          |
| <b>Οικογενειακή κατάσταση</b>        |          |                 |                |
| Άγαμος/η                             |          |                 |                |
| Έγγαμος/η - σε συμβίωση              | 0.15     | [-0.23, 0.53]   | 0.4            |
| Έτη Προϋπηρεσίας στον Οργανισμό      | 0.02     | 0.00, 0.04      | 0.071          |

δ) Όσον αφορά τον παράγοντα «Κυριαρχία των Ιατρών», οι νοσηλευτές του Ιδιωτικού έχουν πιο θετική στάση σε σχέση με τους νοσηλευτές του δημοσίου, αφού οι τελευταίοι είναι πιο αρνητικοί στην κυριαρχία των ιατρών και κατά συνέπεια πιο θετικοί ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία ( $p < 0,001$ ) (Πίνακας 31).

**Πίνακας 31: Μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης, Εξαρτημένη μεταβλητή:  
Κυριαρχία Ιατρών – Νοσηλευτές**

| <i>Παράγοντας</i>                    | <i>B</i> | <i>95% Δ.Ε.</i> | <i>p-value</i> |
|--------------------------------------|----------|-----------------|----------------|
| <i>Νοσηλευτήριο</i>                  |          |                 |                |
| ΔΗΜΟΣΙΟ                              |          |                 |                |
| ΙΔΙΩΤΙΚΟ                             | -1.5     | -2.1, -0.94     | <0.001         |
| <b>Επίπεδο εκπαίδευσης</b>           |          |                 |                |
| Κάτοχος Πτυχίου                      |          |                 |                |
| Κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου Σπουδών | 0.36     | [-0.02, 0.73]   | 0.065          |
| Κάτοχος Διδακτορικού Τίτλου Σπουδών  | 2.3      | [-0.34, 5.0]    | 0.089          |
| <b>Οικογενειακή κατάσταση</b>        |          |                 |                |
| Άγαμος/η                             |          |                 |                |
| Έγγαμος/η - σε συμβίωση              | -0.23    | [-0.69, 0.24]   | 0.3            |
| Έτη Προϋπηρεσίας στον Οργανισμό      | 0.01     | [-0.01, 0.03]   | 0.4            |

ε) Όσον αφορά το συνολικό επίπεδο στάσεων ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία, οι νοσηλευτές με περισσότερα έτη υπηρεσίας έχουν πιο θετική στάση ( $p = 0.019$ ) (Πίνακας 32).

**Πίνακας 32: Μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης - εξαρτημένη μεταβλητή :**  
**Συνολικό επίπεδο Στάσεων ως προς τη Διεπαγγελματική Συνεργασία – Νοσηλευτές**

| <i>Παράγοντας</i>                    | <i>B</i> | <i>95% A.E.</i> | <i>p-value</i> |
|--------------------------------------|----------|-----------------|----------------|
| <i>Νοσηλευτήριο</i>                  |          |                 |                |
| ΔΗΜΟΣΙΟ                              |          |                 |                |
| ΙΔΙΩΤΙΚΟ                             | 0.89     | [-0.69, 2.5]    | 0.3            |
| <b>Επίπεδο εκπαίδευσης</b>           |          |                 |                |
| Κάτοχος Πτυχίου                      |          |                 |                |
| Κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου Σπουδών | 0.87     | [-0.20, 1.9]    | 0.11           |
| Κάτοχος Διδακτορικού Τίτλου Σπουδών  | -1.9     | [-9.5, 5.7]     | 0.6            |
| <b>Οικογενειακή κατάσταση</b>        |          |                 |                |
| Άγαμος/η                             |          |                 |                |
| Έγγαμος/η - σε συμβίωση              | 0.80     | [-0.52, 2.1]    | 0.2            |
| Έτη Προϋπηρεσίας στον Οργανισμό      | 0.08     | 0.01, 0.14      | 0.019          |

#### **Μετρήσεις Γραμμικής Παλινδρόμησης- σε σχέση με την - Εργασιακή ικανοποίηση**

Πέραν από τις συσχετίσεις που έχουν διενεργηθεί, κρίθηκε σκόπιμη η συσχέτιση δημογραφικών στοιχείων με το επίπεδο επαγγελματικής ικανοποίησης και μελετήθηκε με τη χρήση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης. Εξαρτημένη μεταβλητή ήταν ο κάθε παράγοντας της κλίμακας ξεχωριστά. Ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν τα δημογραφικά στοιχεία.

Σε σχέση με τους δημογραφικούς-οργανωσιακούς παράγοντες και την εργασιακή ικανοποίηση, έχουν εντοπισθεί τα ακόλουθα: όσον αφορά τον παράγοντα «μισθό», οι ιατροί του ιδιωτικού, έχουν υψηλότερη ικανοποίηση σε σχέση με τους ιατρούς του δημοσίου ( $b=3.4$ ,  $p=0.038$ ) και οι κάτοχοι μεταπτυχιακού - διδακτορικού τίτλου έχουν χαμηλότερη ικανοποίηση σε σχέση με τους ιατρούς με πτυχίο ( $p = 0.037$ ) (Πίνακας 33).

**Πίνακας 33: Μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης-Εξαρτημένη μεταβλητή: Μισθός - Ιατροί**

| <i>Παράγοντας</i>                    | <i>B</i> | <i>95% Δ.Ε.</i> | <i>p-value</i> |
|--------------------------------------|----------|-----------------|----------------|
| <b>Νοσηλευτήριο</b>                  |          |                 |                |
| ΔΗΜΟΣΙΟ                              |          |                 |                |
| ΙΔΙΩΤΙΚΟ                             | 3.0      | [0.22, 5.9]     | 0.038          |
| <b>Επίπεδο εκπαίδευσης</b>           |          |                 |                |
| Κάτοχος Πτυχίου                      |          |                 |                |
| Κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου Σπουδών | -0.29    | [-2.9, 2.4]     | 0.8            |
| Κάτοχος Διδακτορικού Τίτλου Σπουδών  | -3.0     | [-5.7, -0.23]   | 0.037          |
| <b>Οικογενειακή κατάσταση</b>        |          |                 |                |
| Άγαμος/η                             |          |                 |                |
| Έγγαμος/η - σε συμβίωση              | 0.48     | [-2.0, 3.0]     | 0.7            |

Όσον αφορά τον παράγοντα «Προαγωγή», οι ιατροί του ιδιωτικού είναι περισσότερο ικανοποιημένοι σε σχέση με του ιατρούς στο δημόσιο ( $b=4.0$ ,  $p=0.003$ ) (Πίνακας 34).

**Πίνακας 34: Μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης- Εξαρτημένη μεταβλητή: Προαγωγή- Ιατροί**

| <i>Παράγοντας</i>                    | <i>B</i> | <i>95% Δ.Ε.</i> | <i>p-value</i> |
|--------------------------------------|----------|-----------------|----------------|
| <b>Νοσηλευτήριο</b>                  |          |                 |                |
| ΔΗΜΟΣΙΟ                              |          |                 |                |
| ΙΔΙΩΤΙΚΟ                             | 4.0      | [1.5, 6.6]      | 0.003          |
| <b>Επίπεδο εκπαίδευσης</b>           |          |                 |                |
| Κάτοχος Πτυχίου                      |          |                 |                |
| Κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου Σπουδών | 0.03     | [-2.3, 2.4]     | >0.9           |
| Κάτοχος Διδακτορικού Τίτλου Σπουδών  | -2.5     | [-5.0, -0.06]   | 0.049          |
| <b>Οικογενειακή κατάσταση</b>        |          |                 |                |
| Άγαμος/η                             |          |                 |                |
| Έγγαμος/η - σε συμβίωση              | -0.38    | [-2.6, 1.8]     | 0.7            |

Όσον αφορά τον παράγοντα «Προνόμια / Οφέλη», οι ιατροί του ιδιωτικού είναι περισσότερο ικανοποιημένοι σε σχέση με τους ιατρούς στο δημόσιο ( $b=5.8$ ,  $p<0.001$ ) (Πίνακας 35).

**Πίνακας 35: Μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης - Εξαρτημένη μεταβλητή :  
προνόμια/ οφέλη**

| <i>Παράγοντας</i>                    | <i>B</i> | <i>95% Δ.Ε.</i> | <i>p-value</i> |
|--------------------------------------|----------|-----------------|----------------|
| <b>Νοσηλευτήριο</b>                  |          |                 |                |
| ΔΗΜΟΣΙΟ                              |          |                 |                |
| ΙΔΙΩΤΙΚΟ                             | 5.8      | [3.3, 8.3]      | <0.001         |
| <b>Επίπεδο εκπαίδευσης</b>           |          |                 |                |
| Κάτοχος Πτυχίου                      |          |                 |                |
| Κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου Σπουδών | -0.67    | [-3.0, 1.7]     | 0.6            |
| Κάτοχος Διδακτορικού Τίτλου Σπουδών  | -1.5     | [-4.0, 0.93]    | 0.2            |
| <b>Οικογενειακή κατάσταση</b>        |          |                 |                |
| Άγαμος/η                             |          |                 |                |
| Έγγαμος/η - σε συμβίωση              | 0.94     | [-1.3, 3.1]     | 0.4            |

Όσον αφορά την ικανοποίηση από τις «Ενδεχόμενες Ανταμοιβές» οι ιατροί του ιδιωτικού είναι περισσότερο ικανοποιημένοι, σε σχέση με του ιατρούς στο δημόσιο ( $b=5.0$ ,  $p<0.001$ ) Επίσης, οι κάτοχοι διδακτορικού τίτλου σπουδών έχουν μειωμένη ικανοποίηση σε σχέση με τους κάτοχους πτυχίου ( $p=0.018$ ) (Πίνακας 36).

**Πίνακας 36: Μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης- Εξαρτημένη μεταβλητή: Ενδεχόμενες Ανταμοιβές – Ιατροί**

| <i>Παράγοντας</i>                    | <i>B</i> | <i>95% Δ.Ε.</i> | <i>p-value</i> |
|--------------------------------------|----------|-----------------|----------------|
| <b>Νοσηλευτήριο</b>                  |          |                 |                |
| ΔΗΜΟΣΙΟ                              |          |                 |                |
| ΙΔΙΩΤΙΚΟ                             | 5.0      | [2.6, 7.5]      | <0.001         |
| <b>Επίπεδο εκπαίδευσης</b>           |          |                 |                |
| Κάτοχος Πτυχίου                      |          |                 |                |
| Κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου Σπουδών | -0.14    | [-2.4, 2.1]     | >0.9           |
| Κάτοχος Διδακτορικού Τίτλου Σπουδών  | -2.9     | [-5.3, -0.56]   | 0.018          |
| <b>Οικογενειακή κατάσταση</b>        |          |                 |                |
| Άγαμος/η                             |          |                 |                |
| Έγγαμος/η - σε συμβίωση              | 1.3      | [-0.80, 3.5]    | 0.2            |

Όσον αφορά τις «Συνθήκες Λειτουργίας», οι ιατροί του Ιδιωτικού είναι περισσότερο ικανοποιημένοι σε σχέση με του ιατρούς στο δημόσιο ( $b=3.92$ ,  $p<0.001$ ) (Πίνακας 37).

**Πίνακας 37: Μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης- Εξαρτημένη μεταβλητή: Συνθήκες Λειτουργίας- Ιατροί**

| <i>Παράγοντας</i>                    | <i>B</i> | <i>95% Δ.Ε.</i> | <i>p-value</i> |
|--------------------------------------|----------|-----------------|----------------|
| <b>Νοσηλευτήριο</b>                  |          |                 |                |
| ΔΗΜΟΣΙΟ                              |          |                 |                |
| ΙΔΙΩΤΙΚΟ                             | 3.9      | [1.9, 5.8]      | <0.001         |
| <b>Επίπεδο εκπαίδευσης</b>           |          |                 |                |
| Κάτοχος Πτυχίου                      |          |                 |                |
| Κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου Σπουδών | 0.07     | [-1.7, 1.9]     | >0.9           |
| Κάτοχος Διδακτορικού Τίτλου Σπουδών  | -1.1     | [-2.9, 0.79]    | 0.3            |
| <b>Οικογενειακή κατάσταση</b>        |          |                 |                |
| Άγαμος/η                             |          |                 |                |
| Έγγαμος/η - σε συμβίωση              | 0.92     | [-0.76, 2.6]    | 0.3            |

Όσον αφορά τον παράγοντα Συνάδελφοι, οι ιατροί του ιδιωτικού είναι περισσότερο ικανοποιημένοι, σε σχέση με του ιατρούς στο δημόσιο ( $b=4.3$ ,  $p<0.001$ ) (Πίνακας 38).

**Πίνακας 38: Μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης- Εξαρτημένη μεταβλητή: Συνάδελφοι- Ιατροί**

| <i>Παράγοντας</i>                    | <i>B</i> | <i>95% Δ.Ε.</i> | <i>p-value</i> |
|--------------------------------------|----------|-----------------|----------------|
| <b>Νοσηλευτήριο</b>                  |          |                 |                |
| ΔΗΜΟΣΙΟ                              |          |                 |                |
| ΙΔΙΩΤΙΚΟ                             | 3.9      | [1.9, 5.9]      | <0.001         |
| <b>Επίπεδο εκπαίδευσης</b>           |          |                 |                |
| Κάτοχος Πτυχίου                      |          |                 |                |
| Κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου Σπουδών | -0.02    | [-1.9, 1.9]     | >0.9           |
| Κάτοχος Διδακτορικού Τίτλου Σπουδών  | -1.6     | [-3.6, 0.40]    | 0.12           |
| <b>Οικογενειακή κατάσταση</b>        |          |                 |                |
| Άγαμος/η                             |          |                 |                |
| Έγγαμος/η - σε συμβίωση              | 1.5      | [-0.25, 3.3]    | 0.10           |

Όσον αφορά τον παράγοντα «Φύση Εργασίας», οι ιατροί του ιδιωτικού είναι περισσότερο ικανοποιημένοι, σε σχέση με του ιατρούς στο δημόσιο ( $b=3.5$ ,  $p=0.002$ ). Επίσης, περισσότερα έτη προϋπηρεσίας συσχετίζονται με αυξημένη ικανοποίηση ( $b=0.11$ ,  $p=0.019$ ) (Πίνακας 39).

**Πίνακας 39: Μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης-Εξαρτημένη μεταβλητή: Φύση Εργασίας- Ιατροί**

| <i>Παράγοντας</i>                    | <i>B</i> | <i>95% Δ.Ε.</i> | <i>p-value</i> |
|--------------------------------------|----------|-----------------|----------------|
| <b>Νοσηλευτήριο</b>                  |          |                 |                |
| ΔΗΜΟΣΙΟ                              |          |                 |                |
| ΙΔΙΩΤΙΚΟ                             | 3.5      | [1.3, 5.6]      | 0.002          |
| <b>Επίπεδο εκπαίδευσης</b>           |          |                 |                |
| Κάτοχος Πτυχίου                      |          |                 |                |
| Κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου Σπουδών | -0.49    | [-2.5, 1.5]     | 0.6            |
| Κάτοχος Διδακτορικού Τίτλου Σπουδών  | -1.8     | [-3.9, 0.35]    | 0.11           |
| <b>Οικογενειακή κατάσταση</b>        |          |                 |                |
| Άγαμος/η                             |          |                 |                |
| Έγγαμος/η - σε συμβίωση              | 1.6      | [-0.29, 3.5]    | 0.10           |
| Έτη Προϋπηρεσίας στον Οργανισμό      | 0.11     | [0.02, 0.20]    | 0.019          |

Όσον αφορά την επικοινωνία, οι ιατροί του ιδιωτικού είναι περισσότερο ικανοποιημένοι, σε σχέση με του ιατρούς στο δημόσιο ( $b=4.6$ ,  $p=0.002$ ) (Πίνακας 40).

**Πίνακας 40: Μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης- Εξαρτημένη μεταβλητή: Επικοινωνία- Ιατροί**

| <i>Παράγοντας</i>                    | <i>B</i> | <i>95% A.E.</i> | <i>p-value</i> |
|--------------------------------------|----------|-----------------|----------------|
| <b>Νοσηλευτήριο</b>                  |          |                 |                |
| ΔΗΜΟΣΙΟ                              |          |                 |                |
| ΙΔΙΩΤΙΚΟ                             | 4.6      | [1.9, 7.4]      | 0.002          |
| <b>Επίπεδο εκπαίδευσης</b>           |          |                 |                |
| Κάτοχος Πτυχίου                      |          |                 |                |
| Κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου Σπουδών | 0.79     | [-1.8, 3.4]     | 0.6            |
| Κάτοχος Διδακτορικού Τίτλου Σπουδών  | -1.3     | [-3.9, 1.4]     | 0.4            |
| <b>Οικογενειακή κατάσταση</b>        |          |                 |                |
| Άγαμος/η                             |          |                 |                |
| Έγγαμος/η - σε συμβίωση              | 0.36     | [-2.1, 2.8]     | 0.8            |
| Έτη Προϋπηρεσίας στον Οργανισμό      | 0.11     | [0.00, 0.23]    | 0.055          |

Οι ιατροί του ιδιωτικού νοσοκομείου είναι περισσότερο ικανοποιημένοι όσον αφορά το Σύνολο εργασιακής ικανοποίησης, σε σχέση με του ιατρούς στο δημόσιο ( $b=36$ ,  $p<0.001$ ). Επίσης, οι κάτοχοι διδακτορικού τίτλου σπουδών είναι λιγότερο ικανοποιημένοι σε σχέση με τους κάτοχους πτυχίου ( $b = -18$ ,  $p=0.016$ ) (Πίνακας 41).

**Πίνακας 41: Μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης-Εξαρτημένη μεταβλητή: Σύνολο Εργασιακής Ικανοποίησης- Ιατροί**

| <i>Παράγοντας</i>                    | <i>B</i> | <i>95% Δ.Ε.</i> | <i>p-value</i> |
|--------------------------------------|----------|-----------------|----------------|
| <b>Νοσηλευτήριο</b>                  |          |                 |                |
| ΔΗΜΟΣΙΟ                              |          |                 |                |
| ΙΔΙΩΤΙΚΟ                             | 36       | 21, 50          | <0.001         |
| <b>Επίπεδο εκπαίδευσης</b>           |          |                 |                |
| Κάτοχος Πτυχίου                      |          |                 |                |
| Κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου Σπουδών | 0.10     | -13, 14         | >0.9           |
| Κάτοχος Διδακτορικού Τίτλου Σπουδών  | -18      | -32, -3.7       | 0.016          |
| <b>Οικογενειακή κατάσταση</b>        |          |                 |                |
| Άγαμος/η                             |          |                 |                |
| Έγγαμος/η - σε συμβίωση              | 6.7      | [-5.9, 19]      | 0.3            |
| Έτη Προϋπηρεσίας στον Οργανισμό      | 0.41     | [-0.19, 1.0]    | 0.2            |

Όσον αφορά τον «Μισθό», οι νοσηλευτές στο ιδιωτικό νοσοκομείο φάνηκαν περισσότερο ικανοποιημένοι, σε σχέση με τους νοσηλευτές στο δημόσιο ( $b=2.4$ ,  $p<0.001$ ). Οι έγγαμοι/σε συμβίωση είναι λιγότερο ικανοποιημένοι σε σχέση με τους άγαμους ( $b=-1.3$ ,  $p=0.005$ ). Περισσότερα έτη προϋπηρεσίας συσχετίζονται με αυξημένη ικανοποίηση ( $b=0.10$ ,  $p<0.001$ ) (Πίνακας 42).

**Πίνακας 42: Μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης- Εξαρτημένη μεταβλητή: Μισθός-Νοσηλευτές**

| <i>Παράγοντας</i>                    | <i>B</i> | <i>95% Δ.Ε.</i> | <i>p-value</i> |
|--------------------------------------|----------|-----------------|----------------|
| <b>Νοσηλευτήριο</b>                  |          |                 |                |
| ΔΗΜΟΣΙΟ                              |          |                 |                |
| ΙΔΙΩΤΙΚΟ                             | 2.4      | [1.3, 3.5]      | <0.001         |
| <b>Επίπεδο εκπαίδευσης</b>           |          |                 |                |
| Κάτοχος Πτυχίου                      |          |                 |                |
| Κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου Σπουδών | -0.32    | [-1.0, 0.40]    | 0.4            |
| Κάτοχος Διδακτορικού Τίτλου Σπουδών  | 3.0      | [-2.0, 8.1]     | 0.2            |
| <b>Οικογενειακή κατάσταση</b>        |          |                 |                |
| Άγαμος/η                             |          |                 |                |
| Έγγαμος/η - σε συμβίωση              | -1.3     | [-2.2, -0.41]   | 0.005          |
| Έτη Προϋπηρεσίας στον Οργανισμό      | 0.10     | [0.05, 0.14]    | <0.001         |

Όσον αφορά την «Προαγωγή», οι νοσηλευτές του ιδιωτικού είναι περισσότερο ικανοποιημένοι, σε σχέση με τους νοσηλευτές στο δημόσιο ( $b=3.8$ ,  $p<0.001$ ). Οι έγγαμοι/ σε συμβίωση είναι λιγότερο ικανοποιημένοι σε σχέση με τους άγαμους ( $b=-1.2$ ,  $p=0.012$ ) (Πίνακας 43).

**Πίνακας 43: Μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης- Εξαρτημένη μεταβλητή: Προαγωγή- Νοσηλευτές**

| <i>Παράγοντας</i>                    | <i>B</i> | <i>95% Δ.Ε.</i> | <i>p-value</i> |
|--------------------------------------|----------|-----------------|----------------|
| <b>Νοσηλευτήριο</b>                  |          |                 |                |
| ΔΗΜΟΣΙΟ                              |          |                 |                |
| ΙΔΙΩΤΙΚΟ                             | 3.8      | [2.8, 4.9]      | <0.001         |
| <b>Επίπεδο εκπαίδευσης</b>           |          |                 |                |
| Κάτοχος Πτυχίου                      |          |                 |                |
| Κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου Σπουδών | -0.70    | [-1.4, 0.03]    | 0.060          |
| Κάτοχος Διδακτορικού Τίτλου Σπουδών  | -3.0     | [-8.1, 2.1]     | 0.3            |
| <b>Οικογενειακή κατάσταση</b>        |          |                 |                |
| Άγαμος/η                             |          |                 |                |
| Έγγαμος/η - σε συμβίωση              | -1.2     | [-2.0, -0.25]   | 0.012          |
| Έτη Προϋπηρεσίας στον Οργανισμό      | 0.04     | [0.00, 0.08]    | 0.081          |

Όσον αφορά τα «Προνόμια/ Οφέλη», οι νοσηλευτές του ιδιωτικού είναι περισσότερο ικανοποιημένοι, σε σχέση με τους νοσηλευτές στο δημόσιο ( $b=3.3$ ,  $p<0.001$ ). Περισσότερα έτη προϋπηρεσίας συσχετίζονται με αυξημένη ικανοποίηση ( $b=0.07$ ,  $p=0.002$ ) (Πίνακας 44).

**Πίνακας 44: Μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης- Εξαρτημένη μεταβλητή: Προνόμια /Οφέλη- Νοσηλευτές**

| <i>Παράγοντας</i>                    | <i>B</i> | <i>95% Δ.Ε.</i> | <i>p-value</i> |
|--------------------------------------|----------|-----------------|----------------|
| <b>Νοσηλευτήριο</b>                  |          |                 |                |
| ΔΗΜΟΣΙΟ                              |          |                 |                |
| ΙΔΙΩΤΙΚΟ                             | 3.3      | [2.2, 4.3]      | <0.001         |
| <b>Επίπεδο εκπαίδευσης</b>           |          |                 |                |
| Κάτοχος Πτυχίου                      |          |                 |                |
| Κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου Σπουδών | -0.90    | [-1.6, -0.20]   | 0.012          |
| Κάτοχος Διδακτορικού Τίτλου Σπουδών  | 2.1      | [-2.9, 7.0]     | 0.4            |
| <b>Οικογενειακή κατάσταση</b>        |          |                 |                |
| Άγαμος/η                             |          |                 |                |
| Έγγαμος/η - σε συμβίωση              | -0.88    | [-1.8, -0.02]   | 0.046          |
| Έτη Προϋπηρεσίας στον Οργανισμό      | 0.07     | [0.02, 0.11]    | 0.002          |

Όσον αφορά την Εποπτεία/ Επίβλεψη, οι νοσηλευτές του ιδιωτικού είναι περισσότερο ικανοποιημένοι σε σχέση με τους νοσηλευτές στο δημόσιο ( $b=3.6$ ,  $p<0.001$ ). Οι έγγαμοι/ σε συμβίωση είναι περισσότερο ικανοποιημένοι σε σχέση με τους αγάμους ( $b = 1.3$ ,  $p=0.039$ ) (Πίνακας 45).

**Πίνακας 45: Μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης-Εξαρτημένη μεταβλητή: Εποπτεία/ Επίβλεψη- Νοσηλευτές**

| <i>Παράγοντας</i>                    | <i>B</i> | <i>95% Δ.Ε.</i> | <i>p-value</i> |
|--------------------------------------|----------|-----------------|----------------|
| <b>Νοσηλευτήριο</b>                  |          |                 |                |
| ΔΗΜΟΣΙΟ                              |          |                 |                |
| ΙΔΙΩΤΙΚΟ                             | 2.6      | [1.1, 4.0]      | <0.001         |
| <b>Επίπεδο εκπαίδευσης</b>           |          |                 |                |
| Κάτοχος Πτυχίου                      |          |                 |                |
| Κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου Σπουδών | -0.04    | [-1.0, 0.95]    | >0.9           |
| Κάτοχος Διδακτορικού Τίτλου Σπουδών  | 1.4      | [-5.6, 8.4]     | 0.7            |
| <b>Οικογενειακή κατάσταση</b>        |          |                 |                |
| Άγαμος/η                             |          |                 |                |
| Έγγαμος/η - σε συμβίωση              | 1.3      | [0.07, 2.5]     | 0.039          |
| Έτη Προϋπηρεσίας στον Οργανισμό      | -0.01    | [-0.07, 0.05]   | 0.7            |

Όσον αφορά τις «Ενδεχόμενες Ανταμοιβές», οι νοσηλευτές του ιδιωτικού είναι περισσότερο ικανοποιημένοι, σε σχέση με τους νοσηλευτές στο δημόσιο ( $b=2.7$ ,  $p<0.001$ ). Περισσότερα έτη προϋπηρεσίας συσχετίζονται με αυξημένη ικανοποίηση ( $b=0.05$ ,  $p=0.026$ ). Οι κάτοχοι διδακτορικού τίτλου είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τους κάτοχους πτυχίου ( $b=5.3$ ,  $p < 0.044$ ) (Πίνακας 46).

**Πίνακας 46: Μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης-Εξαρτημένη μεταβλητή: Ενδεχόμενες Ανταμοιβές- Νοσηλευτές**

| <i>Παράγοντας</i>                    | <i>B</i> | <i>95% A.E.</i> | <i>p-value</i> |
|--------------------------------------|----------|-----------------|----------------|
| <b>Νοσηλευτήριο</b>                  |          |                 |                |
| ΔΗΜΟΣΙΟ                              |          |                 |                |
| ΙΔΙΩΤΙΚΟ                             | 2.7      | [1.6, 3.7]      | <0.001         |
| <b>Επίπεδο εκπαίδευσης</b>           |          |                 |                |
| Κάτοχος Πτυχίου                      |          |                 |                |
| Κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου Σπουδών | -0.54    | [-1.3, 0.19]    | 0.15           |
| Κάτοχος Διδακτορικού Τίτλου Σπουδών  | 5.3      | [0.16, 11]      | 0.044          |
| <b>Οικογενειακή κατάσταση</b>        |          |                 |                |
| Άγαμος/η                             |          |                 |                |
| Έγγαμος/η - σε συμβίωση              | -0.08    | [-1.0, 0.83]    | 0.9            |
| Έτη Προϋπηρεσίας στον Οργανισμό      | 0.05     | [0.01, 0.09]    | 0.026          |

Όσον αφορά τις «Συνθήκες Λειτουργίας», οι κάτοχοι μεταπτυχιακού είναι λιγότερο ικανοποιημένοι σε σχέση με τους νοσηλευτές με πτυχίο, ( $b=-0.93$ ,  $p=0.002$ ) ενώ οι κάτοχοι διδακτορικού είναι περισσότερο ικανοποιημένοι σε σχέση με τους κατόχους πτυχίου ( $b = 4.7$ ,  $p=0.025$ ) (Πίνακας 47).

**Πίνακας 47: Μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης - Εξαρτημένη μεταβλητή: Συνθήκες Λειτουργίας- Νοσηλευτές**

| <i>Παράγοντας</i>                    | <i>B</i> | <i>95% Δ.Ε.</i> | <i>p-value</i> |
|--------------------------------------|----------|-----------------|----------------|
| <b>Νοσηλευτήριο</b>                  |          |                 |                |
| ΔΗΜΟΣΙΟ                              |          |                 |                |
| ΙΔΙΩΤΙΚΟ                             | 0.20     | [-0.65, 1.0]    | 0.6            |
| <b>Επίπεδο εκπαίδευσης</b>           |          |                 |                |
| Κάτοχος Πτυχίου                      |          |                 |                |
| Κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου Σπουδών | -0.93    | [-1.5, -0.35]   | 0.002          |
| Κάτοχος Διδακτορικού Τίτλου Σπουδών  | 4.7      | [0.60, 8.8]     | 0.025          |
| <b>Οικογενειακή κατάσταση</b>        |          |                 |                |
| Άγαμος/η                             |          |                 |                |
| Έγγαμος/η - σε συμβίωση              | -0.66    | [-1.4, 0.06]    | 0.073          |
| Έτη Προϋπηρεσίας στον Οργανισμό      | -0.03    | [-0.06, 0.01]   | 0.11           |

Όσον αφορά τον παράγοντα «Συνάδελφοι», οι νοσηλευτές του ιδιωτικού είναι περισσότερο ικανοποιημένοι, σε σχέση με τους νοσηλευτές στο δημόσιο ( $b=2.8$ ,  $p<0.001$ ) (Πίνακας 48).

**Πίνακας 48: Μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης-Εξαρτημένη μεταβλητή: Συνάδελφοι- Νοσηλευτές**

| <i>Παράγοντας</i>                    | <i>B</i> | <i>95% Δ.Ε.</i> | <i>p-value</i> |
|--------------------------------------|----------|-----------------|----------------|
| <b>Νοσηλευτήριο</b>                  |          |                 |                |
| ΔΗΜΟΣΙΟ                              |          |                 |                |
| ΙΔΙΩΤΙΚΟ                             | 2.8      | [1.9, 3.7]      | <0.001         |
| <b>Επίπεδο εκπαίδευσης</b>           |          |                 |                |
| Κάτοχος Πτυχίου                      |          |                 |                |
| Κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου Σπουδών | -0.40    | [-1.0, 0.23]    | 0.2            |
| Κάτοχος Διδακτορικού Τίτλου Σπουδών  | -0.24    | [-4.7, 4.2]     | >0.9           |
| <b>Οικογενειακή κατάσταση</b>        |          |                 |                |
| Άγαμος/η                             |          |                 |                |
| Έγγαμος/η - σε συμβίωση              | 0.02     | [-0.76, 0.79]   | >0.9           |
| Έτη Προϋπηρεσίας στον Οργανισμό      | 0.03     | [-0.01, 0.07]   | 0.10           |

Όσον αφορά τη «Φύση Εργασίας», οι νοσηλευτές του ιδιωτικού είναι περισσότερο ικανοποιημένοι, σε σχέση με τους Νοσηλευτές στο δημόσιο ( $b=3.1$ ,  $p<0.001$ ). Οι κάτοχοι διδακτορικού είναι λιγότερο ικανοποιημένοι σε σχέση με τους κατόχους πτυχίου ( $b = -5.4$ ,  $p=0.046$ ). Περισσότερα έτη υπηρεσίας συσχετίζονται με αυξημένη ικανοποίηση ( $b=0.05$ ,  $p = 0.026$ ) (Πίνακας 49).

**Πίνακας 49: Μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης-Εξαρτημένη μεταβλητή: Φύση Εργασίας- Νοσηλευτές**

| <i>Παράγοντας</i>                    | <i>B</i> | <i>95% A.E.</i> | <i>p-value</i> |
|--------------------------------------|----------|-----------------|----------------|
| <b><i>Νοσηλευτήριο</i></b>           |          |                 |                |
| ΔΗΜΟΣΙΟ                              |          |                 |                |
| ΙΔΙΩΤΙΚΟ                             | 3.1      | [2.0, 4.2]      | <0.001         |
| <b><i>Επίπεδο εκπαίδευσης</i></b>    |          |                 |                |
| Κάτοχος Πτυχίου                      |          |                 |                |
| Κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου Σπουδών | 0.22     | [-0.52, 1.0]    | 0.6            |
| Κάτοχος Διδακτορικού Τίτλου Σπουδών  | -5.4     | -11, -0.11      | 0.046          |
| <b><i>Οικογενειακή κατάσταση</i></b> |          |                 |                |
| Άγαμος/η                             |          |                 |                |
| Έγγαμος/η - σε συμβίωση              | -0.12    | [-1.0, 0.80]    | 0.8            |
| Έτη Προϋπηρεσίας στον Οργανισμό      | 0.05     | [0.01, 0.09]    | 0.026          |

Όσον αφορά την «Επικοινωνία», οι νοσηλευτές του ιδιωτικού είναι περισσότερο ικανοποιημένοι, σε σχέση με τους νοσηλευτές στο δημόσιο ( $b=3.4$ ,  $p<0.001$ ). Περισσότερα έτη υπηρεσίας συσχετίζονται με αυξημένη ικανοποίηση ( $b=0.04$ ,  $p = 0.038$ ) (Πίνακας 50).

**Πίνακας 50: Μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης: Εξαρτημένη μεταβλητή: Επικοινωνία- Νοσηλευτές**

| <i>Παράγοντας</i>                    | <i>B</i> | <i>95% Δ.Ε.</i> | <i>p-value</i> |
|--------------------------------------|----------|-----------------|----------------|
| <b>Νοσηλευτήριο</b>                  |          |                 |                |
| ΔΗΜΟΣΙΟ                              |          |                 |                |
| ΙΔΙΩΤΙΚΟ                             | 3.4      | [2.4, 4.5]      | <0.001         |
| <b>Επίπεδο εκπαίδευσης</b>           |          |                 |                |
| Κάτοχος Πτυχίου                      |          |                 |                |
| Κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου Σπουδών | -0.13    | [-0.83, 0.56]   | 0.7            |
| Κάτοχος Διδακτορικού Τίτλου Σπουδών  | 3.3      | [-1.7, 8.2]     | 0.2            |
| <b>Οικογενειακή κατάσταση</b>        |          |                 |                |
| Άγαμος/η                             |          |                 |                |
| Έγγαμος/η - σε συμβίωση              | -0.28    | [-1.1, 0.58]    | 0.5            |
| Έτη Προϋπηρεσίας στον Οργανισμό      | 0.04     | [0.00, 0.08]    | 0.038          |

Όσον αφορά το σύνολο της εργασιακής ικανοποίησης, οι νοσηλευτές του ιδιωτικού είναι περισσότερο ικανοποιημένοι, σε σχέση με τους νοσηλευτές στο δημόσιο ( $b=24$ ,  $p<0.001$ ). Περισσότερα έτη υπηρεσίας συσχετίζονται με αυξημένη ικανοποίηση ( $b=0.33$ ,  $p = 0.005$ ) (Πίνακας 51).

**Πίνακας 51: Μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης-Εξαρτημένη μεταβλητή: Σύνολο Εργασιακής Ικανοποίησης- Νοσηλευτές**

| <i>Παράγοντας</i>                    | <i>B</i> | <i>95% Δ.Ε.</i> | <i>p-value</i> |
|--------------------------------------|----------|-----------------|----------------|
| <b>Νοσηλευτήριο</b>                  |          |                 |                |
| ΔΗΜΟΣΙΟ                              |          |                 |                |
| ΙΔΙΩΤΙΚΟ                             | 24       | 19, 30          | <0.001         |
| <b>Επίπεδο εκπαίδευσης</b>           |          |                 |                |
| Κάτοχος Πτυχίου                      |          |                 |                |
| Κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου Σπουδών | -3.7     | [-7.6, 0.17]    | 0.062          |
| Κάτοχος Διδακτορικού Τίτλου Σπουδών  | 11       | -16, 39         | 0.4            |
| <b>Οικογενειακή κατάσταση</b>        |          |                 |                |
| Άγαμος/η                             |          |                 |                |
| Έγγαμος/η - σε συμβίωση              | -3.2     | [-8.0, 1.7]     | 0.2            |
| Έτη Προϋπηρεσίας στον Οργανισμό      | 0.33     | [0.10, 0.57]    | 0.005          |

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι έρευνες που αφορούν συνδυαστικά τη διεπαγγελματική συνεργασία και την εργασιακή ικανοποίηση μεταξύ νοσηλευτών ιατρών φαίνεται να είναι περιορισμένες, τόσο σε εθνικό επίπεδο όσο και σε διεθνές, και ως εκ τούτου καθίσταται δύσκολό το εγχείρημα σύγκρισης των ευρημάτων της παρούσας μελέτης.

Τα ευρήματα αυτής της μελέτης καταδεικνύουν ότι οι νοσηλευτές παρουσιάζουν θετικότερη στάση από τους ιατρούς ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία, ( $p < 0,001$ ). Τα ευρήματα είναι σε συμφωνία με προηγούμενες μελέτες, οι οποίες έχουν χρησιμοποιήσει στα πλαίσια της ερευνητικής τους μελέτης το ίδιο εργαλείο με τη δική μας μελέτη, την κλίμακα στάσεων του Jefferson (Amsalu et al., 2014; Wang et al., 2015; Alcusky et al., 2016; Suryanto, Plummer, and Copnell, 2016; Zheng, Sim, and Koh, 2016; Elsous, Radwan, and Mohsen, 2017; Girish, 2019; Hossny and Sabra, 2021; Kaifi et al., 2021;). Σε αντίθεση είναι τα αποτελέσματα στις μελέτες των Caricati et al., (2015) Weaver et al., (2015) Bowles et al., (2016), όπου οι ιατροί εκφράζουν θετικότερες στάσεις και αντιλήψεις σε σχέση με τους νοσηλευτές ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία (Caricati et al., 2015; Weaver et al., 2015; Bowles et al., 2016). Αξίζει να σημειωθεί ότι στις προαναφερόμενες μελέτες χρησιμοποιήθηκαν διαφορετικά εργαλεία. Σε μετανάλυση που περιέλαβε 51 έρευνες από το 1999 μέχρι το 2013 και διερευνούσε τις διαφορές μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία, αναφέρεται ότι στις έρευνες που είχαν χρησιμοποιηθεί κλίμακες για μέτρηση των στάσεων οι νοσηλευτές σημείωναν υψηλότερες βαθμολογίες, ενώ όταν το εργαλείο μετρούσε αντιλήψεις οι ιατροί σημείωναν υψηλότερες βαθμολογίες από τους νοσηλευτές (Sollami et al., 2015). Η μέτρηση των αντιλήψεων αντικατοπτρίζει την τρέχουσα κατάσταση στο περιβάλλον των συμμετεχόντων, ενώ η μέτρηση των στάσεων αντιπροσωπεύει το ιδανικό ή το επιθυμητό επίπεδο της διεπαγγελματικής συνεργασίας για τους συμμετέχοντες (Bowles et al., 2016).

Σε σχέση με τις μελέτες που δεν χρησιμοποίησαν εργαλείο μέτρησης των στάσεων, άλλα εργαλείο μέτρησης αντιλήψεων φάνηκε ότι οι ιατροί αντιλαμβάνονται και βαθμολογούν το επίπεδο της συνεργασίας σε πολύ ψηλό επίπεδο σε αντίθεση με τους νοσηλευτές (Caricati et al., 2015; Weaver et al., 2015; Bowles et al., 2016). Στη μελέτη των Bowles et al (2016) αναφέρεται ότι η διαφορά στη αντίληψη των 2 ομάδων προκύπτει από το γεγονός ότι οι ιατροί έχουν μεγαλύτερο όγκο εργασίας σε σχέση με τους νοσηλευτές (Bowles et

al., 2016). Ενώ στη μελέτη Weaver et al. (2015), η οποία έχει διεξήχθη σε ογκολογικό τμήμα, υποστηρίζεται ότι η διαφορά αυτή ίσως να οφείλεται στο γεγονός ότι όταν η φροντίδα σε καρκινοπαθείς απαιτεί θεραπεία από διεπιστημονικές ομάδες ιατρών (π.χ. χειρουργοί, ογκολόγοι, ακτινοθεραπευτές), περιβάλλον στο οποίο φαίνεται να υπερισχύει η ιεραρχία των ιατρών, συμβάλλει αρνητικά στην ομαδική εργασία μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών σε περιβάλλον νοσοκομείου (Weaver et al., 2015). Όσον αφορά στην προαναφερόμενη μελέτη υπάρχει διαφορά και στην αντίληψη των εμποδίων στη μεταξύ τους συνεργασία. Οι νοσηλευτές αναφέρουν ως σημαντικό εμπόδιο την αρνητική στάση ως προς την επικοινωνία από μέρους των ιατρών. Ενώ οι ιατροί αναφέρουν ως μεγαλύτερο εμπόδιο στην ομαδική εργασία, τη δυσκολία στην προσέγγιση ή την επικοινωνία με άλλες ειδικότητες (Caricati *et al.*, 2015). Αρκετές μελέτες αποκαλύπτουν ότι το επίπεδο συνεργασίας μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών είναι χαμηλό (Elham and Hanafy 2018), ενώ κάποιες άλλες ότι το επίπεδο συνεργασίας από μέρους των νοσηλευτών είναι υψηλότερο σε σχέση με το επίπεδο συνεργασίας των ιατρών (Melkamu et., al 2020). Επιπλέον, φαίνεται ότι οι απόψεις μεταξύ των δύο δίστανται όσον αφορά το επίπεδο ικανοποίησης ως προς τη μεταξύ τους συνεργασία, με τους ιατρούς στην πλειοψηφία των μελετών να τη θεωρούν ικανοποιητική σε αντίθεση με τους νοσηλευτές (Hossny and Sabra 2021).

Σύμφωνα με τον Bleakley (2013), η σύγχρονη ιατρική έχει εξελίξει την αυτονομία και τον κυρίαρχο ρόλο των ιατρών σε μια διεπαγγελματική συνεργατική πρακτική με επέκταση του ρόλου του νοσηλευτή. Από τη θέση του υπηρέτη ή βοηθού του ιατρού, ο νοσηλευτής έχει πλέον ενεργό ρόλο στην άσκηση της ιατρικής. Ως αποτέλεσμα, υπάρχει αυξανόμενη ανάγκη ενός «κοινωνικού συμβολαίου» για την αποσαφήνιση των επαγγελματικών ρόλων και ευθυνών: ιατρική για τη διαχείριση και θεραπεία ασθενειών και νοσηλευτική για την υποστήριξη και τη φροντίδα ασθενών, δημιουργώντας, έτσι, μια θεραπευτική συμμαχία (Sharma & Klocke, 2014). Η διεπαγγελματική συνεργασία και η επικοινωνία στα νοσοκομεία είναι πολύπλοκη, οι πληροφορίες σε σχέση με τους ασθενείς αλλάζουν τακτικά και πολλοί πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης (ιατροί, νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές, κ.λπ.) παρέχουν ταυτόχρονα και αλληλεξαρτώμενα καθημερινή φροντίδα στους ασθενείς. Οι επαγγελματίες υγείας αλλάζουν συχνά λόγω κυκλικού ωραρίου, αδειών ανάπαυσης, αδειών ασθενείας κ.λπ., και συχνά καλούνται να συνεργαστούν με διαφορετικά άτομα σε καθημερινή βάση. Αυτό φαίνεται να εμποδίζει

τόσο τη διεπαγγελματική συνεργασία όσο και τη συνέχεια στην επικοινωνία μεταξύ τους. (Conn L. et al., 2012).

Σύμφωνα με τον Hughes (2010), η εκπαίδευση των ιατρών εστιάζει στην ανάπτυξη τεχνικών δεξιοτήτων και όχι στις διαπροσωπικές δεξιότητες και αυτό μπορεί να οδηγήσει σε μια στάση μεταξύ των ιατρών, όπου δρουν μόνοι τους παρά ως μέλος μιας ομάδας (Hughes and Fitzpatrick, 2010 ; Weaver et al., 2015). Παρόλο που πολλοί οργανισμοί εφάρμοσαν προγράμματα εκπαίδευσης σε σχέση με την ομαδική εργασία έχοντας ως απώτερο σκοπό την προώθηση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων των επαγγελματιών υγείας, εντούτοις αυτό καθίσταται ανέφικτο στις πλείστες των περιπτώσεων αφού οι ιατροί σπάνια βρίσκονται στο ίδιο μέρος. Οι ιατροί, στο πλαίσιο της εργασίας τους εντός των οργανισμών, καλούνται συχνά να φροντίζουν ασθενείς σε διαφορετικά τμήματα και να συνεργάζονται με πληθώρα επαγγελματιών υγείας. Ως εκ τούτου, ο περιορισμός του φαινομένου της διασποράς των ασθενών ενδέχεται να έχει θετική επίδραση, καθώς θα επιτρέπει στους ιατρούς να συνεργάζονται και να επικοινωνούν συχνότερα με την ίδια σταθερή ομάδα νοσηλευτών (Weaver et al., 2015).

Μέσα από τη βιβλιογραφία η σχέση αυτή νοσηλευτή-ιατρού αποδίδεται στο ιεραρχικό μοντέλο περίθαλψης ασθενών, με την ερμηνεία ότι οι νοσηλευτές είναι βοηθοί γιατρών και θεωρούνται υποδεέστεροι (Elsous, Radwan and Mohsen, 2017). Σύμφωνα με τον Hojat et al., (2003) αυτό συνάδει με την «αρχή του ελάχιστου ενδιαφέροντος» που περιγράφεται από άλλους ερευνητές ως «όσοι βρίσκονται σε μεγαλύτερη θέση εξουσίας είναι λιγότερο πιθανό να εκφράσουν την επιθυμία για μια σχέση συνεργασίας» (Hojat et al., 2003). Στην πλειοψηφία των μελετών παρά τις πολιτισμικές διαφορές, οι νοσηλευτές έχουν θετικότερη στάση και δίνουν προτεραιότητα στη συνεργασία ιατρού-νοσηλευτή περισσότερο από ό,τι οι ιατροί (Hojat, Mohammadreza, 2003; Kaifi et al., 2021). Οι νοσηλευτές εμφανίζονται πιο πρόθυμοι και ενθουσιώδεις όσον αφορά τη συνεργασία και την ομαδική εργασία με τους ιατρούς (Taylor, 2009· Zheng et al., 2016), σε αντίθεση με τους ιατρούς, οι οποίοι συχνά δεν αποδίδουν την ανάλογη βαρύτητα στη διεπαγγελματική συνεργασία (Garber et al., 2009· Zheng et al., 2016).

Συνάγεται από τα προαναφερθέντα ότι σημαντικός αριθμός μελετών αποκαλύπτει πως το επίπεδο συνεργασίας μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών παραμένει χαμηλό (Elham, 2018), ενώ άλλες μελέτες δείχνουν ότι το επίπεδο συνεργασίας, όπως αναφέρεται από τους νοσηλευτές είναι υψηλότερο σε σύγκριση με αυτό που αναφέρεται από τους ιατρούς

(Melkamu et al., 2020). Επιπλέον, διαφαίνεται ότι οι απόψεις των δύο ομάδων διίστανται όσον αφορά το επίπεδο ικανοποίησης από τη μεταξύ τους συνεργασία, με τους ιατρούς σύμφωνα με την πλειοψηφία των μελετών, να τη θεωρούν ικανοποιητική σε αντίθεση με τους νοσηλευτές (Hossny and Sabra, 2021).

Στην τρέχουσα μελέτη, οι νοσηλευτές επέδειξαν, επίσης, πιο θετική στάση από τους ιατρούς σε τρεις από τις τέσσερις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου «κοινή εκπαίδευση και ομαδική εργασία» ( $p=0.012$ ), «φροντίδα έναντι της θεραπείας» ( $p<0,001$ ) και απόρριψη της «κυριαρχίας των ιατρών» ( $p<0,001$ ). Πιο θετική στάση φαίνεται να έχουν οι ιατροί ως προς την «αυτονομία των νοσηλευτών» σε σχέση με τους νοσηλευτές ( $p=0.005$ ,  $MO$  ιατροί 11.3 έναντι 10.9 νοσηλευτές).

Η πρώτη υποκλίμακα με την υψηλότερη βαθμολογία «φροντίδα έναντι θεραπείας» υπογραμμίζει περαιτέρω τη σημασία της ( $p<0,001$ ). Αυτό αναδεικνύει ότι, σε σύγκριση με τους ιατρούς, οι νοσηλευτές στην παρούσα μελέτη έδειξαν πιο ευνοϊκή στάση απέναντι στη συνεισφορά των νοσηλευτών στην «ολιστική φροντίδα», ιδιαίτερα στις ψυχολογικές και εκπαιδευτικές πτυχές της φροντίδας των ασθενών. Η ίδια τάση παρατηρήθηκε και σε προηγούμενες μελέτες (Amsalu et al., 2014; Wang et al., 2015; Elsous, Radwan and Mohsen, 2017; Hossny and Sabra, 2021; Kaifi et al., 2021). Σύμφωνα με τους Pakrour, και συν., (2019) η υψηλή βαθμολογία σε αυτή την υποκλίμακα δείχνει ότι οι νοσηλευτές έχουν την ικανότητα όχι μόνο να παρέχουν εκπαίδευση και συμβουλευτική στους ασθενείς, αλλά και να συμμετέχουν ενεργά στη διαμόρφωση πολιτικών που επηρεάζουν το εργασιακό περιβάλλον τους. Επιπλέον, οι αυξημένες βαθμολογίες σε αυτήν την υποκλίμακα επιβεβαιώνουν ότι, οι νοσηλευτές επιδεικνύουν μια πιο θετική στάση ως προς τη συμμετοχή τους στις ψυχοκοινωνικές και εκπαιδευτικές πτυχές της φροντίδας των ασθενών, όπως έχει διαπιστωθεί και στη μελέτη των Amsalu et al. (2014) και Elsous, et al. (2017).

Μέσα από τα ευρήματα αυτής της μελέτης φαίνεται ότι οι νοσηλευτές διαφωνούν με τον κυρίαρχο ρόλο του ιατρού ως τη μόνη αρχή στην παροχή φροντίδας στον ασθενή ( $p<0,001$ ). Διαπιστώσεις που συμφωνούν με ευρήματα σε προηγούμενες μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στην Ιταλία, την Ινδονησία, την Κίνα και την Παλαιστίνη (Amsalu et al., 2014; Wang et al., 2015; Alcusky et al., 2016; Suryanto et al., 2016; Zheng et al., 2016; Elsous et al., 2017; Girish, 2019; Hossny and Sabra, 2020; Kaifi et al., 2021). Όπου η παραδοσιακή ιεραρχική σχέση μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών, η οποία χαρακτηρίζεται

από την κυριαρχία των ιατρών και έναν υποδεέστερο ρόλο των νοσηλευτών, αυτόν των βοηθών και όχι ως συνεργάτες στην παροχή φροντίδας, ήταν ένα σταθερό εύρημα (Vazirani et al., 2005; Hossny and Sabra, 2020; Kaifi et al., 2021 ).

Πολυάριθμες μελέτες τονίζουν τα οφέλη από την προώθηση της συνεργασίας και του αμοιβαίου σεβασμού, συμπεριλαμβανομένων της αυξημένης ικανοποίησης στον χώρο εργασίας, της μειωμένης εξουθένωσης νοσηλευτών και των χαμηλότερων ποσοστών τάσης φυγής. Παρά τα αναγνωρισμένα πλεονεκτήματα της συνεργασίας, η σχέση μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών συχνά παραμένει άνιση, αφού χαρακτηρίζεται από την κυριαρχία των γιατρών και τους νοσηλευτές να αναλαμβάνουν ένα υποδεέστερο ρόλο (Dailey & Loeb, 2007; Elsous et al., 2017). Σύμφωνα με τον Elsous et al., (2017) στη συνεργασία η επίλυση προβλημάτων είναι μια αμοιβαία προσπάθεια στην οποία δεν υπάρχει υπεροχή στη σχέση μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών. Παραδοσιακά, οι γιατροί βλέπουν τους νοσηλευτές ως υφισταμένους οι οποίοι εκτελούν οδηγίες κατόπιν εντολών τους (Kaifi et al., 2021). Αυτές οι παραδοσιακές απόψεις για τη σχέση ιατρού-νοσηλευτή μπορούν να επηρεάσουν τη στάση των εργαζομένων στον τομέα της υγείας απέναντι στη συνεργασία (Elsous et al., 2017). Συγκεκριμένα, μελέτες των MacDonald et al.,(2002) υποδηλώνουν ότι η αυξημένη γνώση για τον νοσηλευτικό ρόλο μπορεί να οδηγήσει σε ευνοϊκές αλλαγές στη στάση των ιατρών απέναντι στη συνεργασία (MacDonald, 2002; Roots and MacDonald, 2014; Elsous, et al., 2017). Αντίθετα, η περιορισμένη γνώση σχετικά με τους ρόλους του νοσηλευτή επηρεάζει αρνητικά την προθυμία των ιατρών να συμμετάσχουν σε πρακτικές συνεργασίας (Elsous et al., 2017). Οι νοσηλευτές σε χώρες όπου επικρατεί περισσότερο το συμπληρωματικό μοντέλο στην ανάληψη επαγγελματικών ευθυνών, ή και ανήκουν σε πιο φιλελεύθερο σύστημά, όπως για παράδειγμα οι Ηνωμένες Πολιτείες, είχαν πιο ευνοϊκές οι στάσεις ως προς τη συνεργασία ιατρού-νοσηλευτή από ό,τι οι νοσηλευτές σε χώρες όπου το ιεραρχικό μοντέλο είναι πιο διαδεδομένο, όπως η Ιταλία (Hojat et al., 2003 ; Alcusky et al., 2016). Τόσο στις χώρες της Μέσης Ανατολής όσο και στις χώρες της Ασίας, όπως επίσης και στην Αιθιοπία εξακολουθεί να επικρατεί το ιεραρχικό μοντέλο και ως εκ τούτου η κυριαρχία των ιατρών στη σχέση ιατρών–νοσηλευτών, γεγονός που συμβάλει στις δυσκολίες που αφορούν τη συνεργασία νοσηλευτή-ιατρού (Honda, Takamizawa, 2018; Girish, 2019). Αυτού του είδους η σχέση μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών θεωρείται σύμφωνα με τον Elsous, (2017) ότι έχει συμβάλει εν μέρει στην

αλλαγή καριέρας από μέρους των νοσηλευτών και έχει οδηγήσει στη μείωση και στην έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού.

Αξιοσημείωτο το γεγονός, ότι στην πλειοψηφία των μελετών οι ιατροί είναι άντρες και η πλειοψηφία των νοσηλευτών γυναίκες και όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται στη μελέτη των Hossny and Sabra, (2021) στις χώρες της Μέσης Ανατολής τόσο η νοοτροπία όσο και η κουλτούρα των χωρών αυτών, αποδέχεται και επικροτεί τον ρόλο του ιατρού ως κυρίαρχο και του νοσηλευτή ως «υπηρετή», πεποιθήσεις που είναι βαθιά ριζωμένες από αρχαιοτάτων χρόνων (Zakerimoghadam et al., 2015; Elham & El-Hanafy, 2018; Hossny and Sabra, 2021).

Τα προαναφερόμενα σε συνδυασμό με την υποδιέστειλη θέση που έχει η γυναίκα σε σχέση με τον άντρα συμβάλλουν στον κυρίαρχο ρόλο του ιατρού που στην πλειοψηφία τους είναι άντρες (Amsalu *et al.*, 2014a). Σύμφωνα με τον Migotto et al.(2019), σε μελέτη του συναφή επι του θέματος, υπάρχει μειωμένη συνεργασία, όπως αναφέρουν οι νοσηλευτές, όταν κυρίως ηγούνται άνδρες στις νοσηλευτικές ομάδες και η συνεργασία αφορά σε γυναίκες ιατρούς. Ωστόσο, σε μονάδες που ηγούνται γυναίκες ιατροί, και η νοσηλευτική ομάδα, αποτελείται στην πλειοψηφία από γυναίκες, τότε υπάρχουν θετικότερες στάσεις ως προς τη συνεργασία (Migotto *et al.*, 2019). Λόγω της κουλτούρας και των αντιλήψεων που επικρατούν στις χώρες αυτές, μεγάλος αριθμός νοσηλευτών αλλά και ιατρών είναι ικανοποιημένοι τόσο από τον τρόπο όσο και από τον βαθμό της μεταξύ τους συνεργασίας, με τους ιατρούς να έχουν τον κυρίαρχο ρόλο σε όλες τις πτυχές φροντίδας του ασθενή (Hossny and Sabra, 2021).

Όσον αφορά την υποκλίμακα «κοινή εκπαίδευση και ομαδική εργασία» οι 2 ομάδες συμμετεχόντων είχαν συγκλίνουσες απόψεις με θετικότερη, όμως, στάση από μέρους των νοσηλευτών ( $p=0.012$ , MO 25.4 νοσηλευτές έναντι ιατροί 24.3), γεγονός που μπορεί να υποδεικνύει ότι και οι δύο ομάδες κατανοούν τη σημασία της κοινής εκπαίδευσης και της συνεργασίας. Αυτό το αποτέλεσμα υπογραμμίζει τον ουσιαστικό ρόλο της εκπαίδευσης στην προώθηση και ενίσχυση της συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, όπως τονίζεται από τον Hojat (2003). Αυτό το αποτέλεσμα συνάδει με ευρήματα προηγούμενων μελετών (Suryanto et al., 2016; Zheng et al., 2016; Elsous et al., 2017; Hossny and Sabra, 2021; Kaifi et al., 2021). Στη μελέτη των Zheng et al., (2016) αναφέρεται ότι οι νοσηλευτές με ανώτερη εκπαίδευση σημείωσαν θετικότερες στάσεις σε σχέση με τους νοσηλευτές που είχαν μόνο τη βασική εκπαίδευση. Αυτό αποδίδεται στο γεγονός ότι στο εκπαιδευτικό

πρόγραμμα σπουδών ανώτερης εκπαίδευσης προωθείται η ανάπτυξη θετικών στάσεων ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία (Zheng et al., 2016). Την ίδια θέση υποστηρίζουν και τα ευρήματα στη μελέτη των Suryanto et al., (2016) αφού οι νοσηλευτές με πτυχίο παρά το νεαρό της ηλικίας τους ήταν πιο θετικοί στις στάσεις τους. Αυτό υποδηλώνει ότι όσο πιο ψηλό είναι το εκπαιδευτικό υπόβαθρο στους νοσηλευτές τόσο θετικότερη είναι η στάση ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία (Suryanto et al., 2016). Τα ίδια ευρήματα αναφέρονται και στη μελέτη των Matziou et al. (2014), όπου οι νοσηλευτές με πτυχίο και μεταπτυχιακές σπουδές εμφανίζονται πιο πρόθυμοι στην επικοινωνία με τους ιατρούς και θεωρούν ότι οι απόψεις τους για τη λήψη αποφάσεων σε σχέση με το πλάνο φροντίδας λαμβάνονται υπόψη από τους ιατρούς.

Όλα τα προαναφερόμενα υποδηλώνουν, όπως υποστηρίζουν οι Pakrour και συν., (2019) την επιτακτική ανάγκη για συμπερίληψη της κοινής εκπαίδευσης και ομαδικής εργασίας στα προγράμματα σπουδών των ιατρών και των νοσηλευτών.

Η σπουδαιότητα της συγκεκριμένης παραμέτρου τονίζεται και από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ο οποίος προωθεί και στηρίζει τη διεπαγγελματική εκπαίδευση μέσα από σχέδια δράσης, όπως το πλαίσιο δράσης για την επαγγελματική εκπαίδευση και τη συνεργατική πρακτική (WHO, 2010). Μέσα από αυτό προέκυψε η έκδοση του Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice του 2010. Στο συγκεκριμένο διασαφηνίζεται η διεπαγγελματική εκπαίδευση και η συνεργασία, ενώ παράλληλα αναφέρονται τρόποι με τους οποίους μπορεί να ενσωματωθεί η διεπαγγελματική εκπαίδευση σε προγράμματα σπουδών και οργανισμούς μέσα από μια εποικοδομητική και αποτελεσματική εφαρμογή (WHO, 2010). Αυτό ήταν το έναυσμα για την έναρξη της ενσωμάτωσης και της προώθησης της διεπαγγελματικής εκπαίδευσης στην ανώτερη και ανώτατη εκπαίδευση από διεθνείς οργανισμούς. Όπως ο οργανισμός American Interprofessional Health Collaborative (AIHC, 2018) στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, το Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE, 2020) στο Ηνωμένο Βασίλειο, το Nordic Interprofessional Network (NIPNet, 2020) το οποίο αποτελεί δίκτυο ερευνητών προερχόμενο από τη Δανία, τη Φινλανδία τη Νορβηγία και τη Σουηδία και το European Interprofessional Education Network (EIPEN, 2020), το οποίο στα μέλη του περιλαμβάνει διάφορες Ευρωπαϊκές χώρες όπως τη Φινλανδία, την Ουγγαρία, την Πολωνία, τη Σλοβενία, τη Σουηδία, το Βέλγιο, το Ηνωμένο Βασίλειο και την Ελλάδα (Kontogiannis et al., 2021).

Η διεπαγγελματική εκπαίδευση είναι το μέσο για να ξεπεραστεί η άγνοια και η προκατάληψη μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και της ευρύτερης κοινωνίας (Barr, H. 2013). Ενώ παράλληλα μέσω της συνεχιζόμενης επαγγελματικής εκπαίδευσης το υγειονομικό προσωπικό καθοδηγείται και μαθαίνει να συνεργάζεται επιλύοντας τις όποιες διαφωνίες μπορεί να προκύψουν και αποφεύγοντας τις συγκρούσεις, εφόσον η ομάδα λειτουργεί με έναν κοινό στόχο που είναι η παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας στον ασθενή (Thistlethwaite & Moran, 2010). Οι ιατροί και οι νοσηλευτές αποτελούν τους δυο βασικούς πυλώνες παροχής φροντίδας στον τομέα της υγείας και ενώ απαιτείται η μεταξύ τους συνεργασία, έχουν εκπαιδευτεί σε τελείως διαφορετικά περιβάλλοντα χωρίς ποτέ να συμμετέχουν σε κοινή εκπαίδευση ή αλληλεπίδραση ή συνεργασία στον κλινικό χώρο. Οι μεν φοιτητές ιατρικής συνεργάζονται συνήθως με φοιτητές ιατρικής, το ίδιο ακριβώς μοτίβο ακολουθούν και οι φοιτητές νοσηλευτικής, είναι λοιπόν αναμενόμενη η δυσκολία τόσο στη μετέπειτα μεταξύ τους συνεργασία όσο και στην κατανόηση και διασαφήνιση των ρόλων που επιτελούν. Θα πρέπει να δίδεται έμφαση και να προωθείται τόσο στη βασική εκπαίδευση των νοσηλευτών όσο και των ιατρών, η εκπαίδευση στη διεπαγγελματική συνεργασία, καθώς επίσης και η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και επανεκπαίδευση επί του θέματος (Zheng, Sim and Koh, 2016). Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός, ότι και οι δύο επαγγελματικές ομάδες στην παρούσα μελέτη εκφράζουν θετική στάση απέναντι στην κοινή εκπαίδευση και την ομαδική εργασία. Το στοιχείο αυτό ενδεχομένως να απορρέει από την αναγνώριση, εκ μέρους και των δύο, της σημασίας και του οφέλους που απορρέει από τη μεταξύ τους συνεργασία.

Ωστόσο, μέχρι σήμερα, στην Κύπρο δεν έχουν αναπτυχθεί επαρκή μέτρα, ούτε σε κρατικό επίπεδο ούτε από πλευράς των οργανισμών υγείας ή των εκπαιδευτικών πυρήνων των νοσοκομείων, για την ενδυνάμωση της συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Παράλληλα, απουσιάζουν εκπαιδευτικές πρωτοβουλίες από τα ακαδημαϊκά ιδρύματα — όπως οι Ιατρικές και Νοσηλευτικές Σχολές— που να στοχεύουν στην ανάπτυξη δεξιοτήτων διεπαγγελματικής συνεργασίας στο πλαίσιο της προπτυχιακής ή μεταπτυχιακής εκπαίδευσης. Ένα από τα ελάχιστα παραδείγματα εφαρμοσμένης διεπαγγελματικής συνεργασίας αποτελεί η δημιουργία και λειτουργία ομάδων αναζωογόνησης (resuscitation teams), οι οποίες συγκροτούνται με σκοπό την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών καρδιακής ανακοπής. Στις ομάδες αυτές, ιατροί και νοσηλευτές συνεργάζονται συντονισμένα με κοινό στόχο την επιβίωση του ασθενούς.

Επιπλέον, η εκπαίδευση — τόσο η αρχική όσο και η συνεχιζόμενη — των δύο επαγγελματικών ομάδων (ιατρών και νοσηλευτών) σε τεχνικές και μη τεχνικές δεξιότητες που σχετίζονται με την αντιμετώπιση καρδιακής ανακοπής, είναι κοινή και εναρμονισμένη. Ως αποτέλεσμα, οι ρόλοι και οι ευθύνες κάθε μέλους της ομάδας σε καταστάσεις καρδιακής ανακοπής στον κλινικό χώρο είναι σαφώς καθορισμένοι και διακριτοί, γεγονός που ενισχύει τον συντονισμό, μειώνει τις καθυστερήσεις στις παρεμβάσεις και συμβάλλει καθοριστικά στη βελτίωση των κλινικών εκβάσεων. Η κοινή αυτή εκπαιδευτική βάση αποτελεί θεμέλιο για την αποτελεσματική διεπαγγελματική συνεργασία και την επίτευξη υψηλής ποιότητας φροντίδας σε καταστάσεις επείγουσας ανάγκης.

Οι ομάδες αναζωογόνησης λειτουργούν προς το παρόν μόνο σε δύο δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου. Ωστόσο, λόγω της αποδεδειγμένης αποτελεσματικότητάς τους —μέσω της έγκαιρης παρέμβασης και της αύξησης των ποσοστών επιβίωσης των ασθενών— έχει ξεκινήσει προσπάθεια επέκτασης του θεσμού σε όλα τα δημόσια νοσηλευτήρια της χώρας.

Στην περίπτωση της υποκλίμακας αυτονομίας των νοσηλευτών, υπήρχε οριακή διαφορά στη στάση, με τους ιατρούς να εκφράζουν μια ελαφρώς πιο θετική στάση ( $p=0.005$ , ΜΟ ιατροί 11.3 έναντι 10.9 νοσηλευτές) που συνάδει με τα ευρήματα των Amsalu et al., (2014). Ωστόσο, και οι δύο ομάδες εμφάνισαν συγκλίνουσες απόψεις, υπογραμμίζοντας τη σημασία της συγκεκριμένης υποκλίμακας. Σε αντίθεση με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, σημαντικός αριθμός ερευνών καταγράφει θετική στάση των νοσηλευτών απέναντι στην επαγγελματική αυτονομία, σε αντίθεση με τους ιατρούς που εμφανίζονται πιο επιφυλακτικοί (Suryanto, Plummer and Copnell, 2016; Elsous, Radwan and Mohsen, 2017; Hossny and Sabra, 2021). Η εισαγωγή των πανεπιστημιακών προσόντων και η αναβάθμιση της νοσηλευτικής με την παράλληλη υποστήριξη από τους νοσηλευτικούς συνδέσμους, ωθεί τους νοσηλευτές στο να αμφισβητούν τα όρια προσόντων τους και να αποκτούν περαιτέρω αυτονομία και δύναμη στην παροχή φροντίδας ασθενών (Hossny and Sabra, 2021). Επίσης, σήμερα οι νοσηλευτές έχουν αποκτήσει μια ανώτερη και ευρεία γνώση μέσα από την καθημερινή επικοινωνία και αλληλεπίδραση με τους ασθενείς τους (Hossny and Sabra, 2021) ενισχύοντας έτσι περαιτέρω την αυτονομία τους. Ωστόσο, το επίπεδο αυτονομίας των νοσηλευτών φαίνεται συχνά να επηρεάζεται αρνητικά, καθώς

στην πράξη δεν τους δίνεται η δυνατότητα να την ασκούν πλήρως. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι ιατροί διατηρούν συνήθως τον κυρίαρχο ρόλο σε όλους τους τομείς της φροντίδας του ασθενούς, γεγονός που περιορίζει τη συμμετοχή των νοσηλευτών στην παροχή φροντίδας υγείας (Hossny and Sabra, 2021). Η Sterchi, (2007) το απέδωσε στην έλλειψη οργανωτικής υποστήριξης ως προς τη συμβολή των νοσηλευτών στην ολιστική φροντίδα των ασθενών (Sterchi, 2007).

Σε σχέση με δημογραφικούς ή οργανωτικούς παράγοντες που μπορεί να συσχετίζονται με τη στάση των ιατρών και των νοσηλευτών ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία, τα ευρήματα της μελέτης μας υποστηρίζουν ότι οι νοσηλευτές με περισσότερα έτη υπηρεσίας επέδειξαν μια πιο θετική στάση απέναντι στη συνεργασία ( $p=0.008$ ), ενώ στους ιατρούς δεν φάνηκε να υπάρχει κάποια συσχέτιση. Τα ίδια αποτελέσματα υπήρξαν και στη μελέτη των Elsous et al., (2017). προβάλλοντας ότι περισσότερα έτη υπηρεσίας μπορούν να συμβάλουν στην ανάπτυξη μιας θετικής στάσης όσον αφορά τη διεπαγγελματική συνεργασία. Μια πιθανή εξήγηση θα μπορούσε να είναι ότι η νοοτροπία, η σκέψη και η αποδοχή του ρόλου των άλλων στο πλαίσιο του συμπληρωματικού μοντέλου συνεργατικής πρακτικής φροντίδας, φαίνεται να ωριμάζουν όταν αυξάνεται η ηλικία (Elsous et al., 2017). Ενώ η Sterchi (2007) διαπίστωσε ότι η στάση των ιατρών απέναντι στη συνεργασία έγινε πιο θετική με την αύξηση των ετών υπηρεσίας, σε αντίθεση, οι νοσηλευτές επέδειξαν λιγότερο θετική στάση καθώς αυξάνονταν τα χρόνια υπηρεσίας τους (Sterchi 2007). Τα ίδια αποτελέσματα εμφανίζονται και στη μελέτη των Κοντογιάννης και συν (2020), όπου το σύνολο των εργαζομένων παρουσιάζει καλύτερη βαθμολόγηση σε επίπεδο συνεργασίας, με εξαίρεση όσους έχουν ξεπεράσει τα 15 έτη προϋπηρεσίας, οι οποίοι παρουσιάζουν χειρότερη διασυνεργατικότητα, πιθανώς, όπως αναφέρεται, στα πλαίσια εργασιακής κόπωσης (Κοντογιάννης και συν., 2020). Σε σχέση με τα προαναφερόμενα στον αντίποδα βρίσκονται τα ευρήματα των Amsalu et al.,(2014) και Hossny and Sabra (2021), όπου δεν παρατηρήθηκε καμία συσχέτιση σε σχέση με τα έτη υπηρεσίας. Ίσως επειδή, όπως αναφέρουν οι συγγραφείς στην πρώτη μελέτη, οι συμμετέχοντες είχαν λιγότερα από 5 χρόνια και επιπλέον το δείγμα σε θέμα εμπειρίας δεν ήταν επαρκές για να τεκμηριώσει οποιοδήποτε αποτέλεσμα (Amsalu et al.,2014). Ενώ στη δεύτερη περίπτωση οι συμμετέχοντες στη μελέτη ήταν από 20 έως 25 ετών και συνεπώς με πολύ λίγα έτη υπηρεσίας (Hossny and Sabra, 2021).

Τα έτη υπηρεσίας διατηρήθηκαν στο μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης, καθώς διαπιστώθηκε ότι οι νοσηλευτές με περισσότερα έτη προϋπηρεσίας παρουσιάζουν θετικότερη στάση απέναντι στο σύνολο της διεπαγγελματικής συνεργασίας ( $p = 0.019$ ). Παράλληλα, οι νοσηλευτές με περισσότερα έτη υπηρεσίας εμφανίζουν θετικότερη στάση και απέναντι στην εκπαίδευση ( $p = 0.005$ ). Η πολυετής εμπειρία συνδυάζεται με την απόκτηση εμπειρικών γνώσεων στον εργασιακό χώρο, γεγονός που ενισχύει την αναγνώριση της αναγκαιότητας για συνεχή εκπαίδευση και την ενδυνάμωση των γνώσεων και δεξιοτήτων μέσω της δια βίου μάθησης. Η ανάγκη για συνεχή εκπαίδευση ενδέχεται να βιώνεται εντονότερα από τους μεγαλύτερους σε ηλικία νοσηλευτές, ενδεχομένως, λόγω του μεγάλου χρονικού διαστήματος που έχει παρέλθει από την ολοκλήρωση των βασικών τους σπουδών. Το γεγονός αυτό καθιστά απαραίτητη την επικαιροποίηση των γνώσεων και την προσαρμογή στις συνεχώς μεταβαλλόμενες απαιτήσεις του τομέα της υγείας. Το εύρημα αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό, καθώς αποδεικνύει το έντονο αίσθημα ευθύνης που διακατέχει τους μεγαλύτερους σε ηλικία νοσηλευτές αναφορικά με τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση. Αυτή η ανάγκη για εκπαίδευση ενδέχεται να προκύπτει από το βάρος της ευθύνης που αναλαμβάνουν μέσω της ενασχόλησής τους με διοικητικά θέματα, καθώς και από τη σημασία που αποδίδουν στη μετάδοση γνώσεων και εκπαίδευσης στους νεότερους ή νεοεισερχόμενους νοσηλευτές.

Σε σχέση με την ηλικία τα ευρήματα της παρούσας μελέτης υποστηρίζουν ότι οι νεαρότεροι νοσηλευτές επέδειξαν μια πιο θετική στάση απέναντι στη διεπαγγελματική συνεργασία ( $p = 0.008$ ), ενώ στους ιατρούς δεν φάνηκε να υπάρχει κάποια συσχέτιση. Η ίδια τάση παρατηρήθηκε και στα ευρήματα της μελέτης του Girish, (2019) αφού φάνηκε ότι οι νεαρότεροι σε ηλικία είχαν περισσότερο θετικές στάσεις σε σχέση με τους μεγαλύτερους ηλικιακά (Girish, 2019). Στη μελέτη των Matziou et al. (2014) παρατηρήθηκε επίσης ότι οι νεαρότεροι σε ηλικία ιατροί με λιγότερη κλινική εμπειρία αναγνώριζαν τις διοικητικές ικανότητες των νοσηλευτών και αποδέχονταν ευκολότερα τις απόψεις τους σε θέματα λήψης αποφάσεων αλλά και σε σχέση με τη θεραπεία. Σε αντίθεση οι νοσηλευτές με λιγότερα χρόνια εμπειρίας δήλωσαν χαμηλότερα επίπεδα συνεργασίας και ικανοποίησης σε σχέση με την αναγνώριση των διοικητικών τους ικανοτήτων, και εξέφρασαν ότι οι ιατροί δεν τους συμπεριφέρονται ως ίσα μέλη της ομάδας φροντίδας των ασθενών (Matziou et al. 2014 ).

Η μελέτη των Elsous, et al (2017) αποκάλυψε ότι μια πιο θετική στάση απέναντι στη συνεργασία σχετίζεται με την ηλικία των νοσηλευτών και των γιατρών, καθώς θετικότερη στάση φαίνεται να έχουν οι νεαρότεροι σε ηλικία (Elsous, et al. 2017; Alcusky, et al. 2016; Suryanto, et al 2016). Εύρημα που επιβεβαιώνεται από τους Alcusky et al. (2016), αφού αναφέρουν ότι οι επαγγελματίες υγείας άνω των 55 ετών σημείωσαν χαμηλότερες βαθμολογίες σε σχέση με τη στάση τους ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία (Alcusky et al., 2016). Σε αντίθεση με τη μελέτη των Hossny and Sabra (2021), όπου τα ευρήματα δεν συμφωνούν ότι η ηλικία συσχετίζεται με τη διεπαγγελματική συνεργασία (Zheng, et al. 2016; Hossny and Sabra 2021; Amsalu et al., 2014), αλλά συμφωνούν ότι η εμπειρία δεν φαίνεται να επηρεάζει (Elsous, et al. 2017; Girish 2019; Hossny and Sabra 2021; Zheng, et al. 2016). Ενώ η μελέτη των Suryanto, et al 2016, η οποία διεξήχθη σε τμήμα επειγόντων περιστατικών παρόλο που δεν βρέθηκε συσχέτιση με την ηλικία, αναφέρει χαρακτηριστικά ότι η πολυετής εμπειρία στο ίδιο τμήμα έχει σημαντική θετική επίδραση στη στάση ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία. Συνεχίζοντας αναφέρει ότι όσο πιο έμπειροι ήταν οι συμμετέχοντες τόσο πιο θετική στάση παρουσίαζαν ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία (Suryanto, et al. 2016). Τα ίδια ευρήματα παρουσιάζονται και στη μελέτη των (Wang et al., (2015) αφού τονίζουν ότι η εμπειρία συμβάλλει στις θετικές στάσεις ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία (Wang et al., 2015). Αυτά τα αποτελέσματα συμφωνούν με άλλες μελέτες που δείχνουν ότι η διάρκεια της εμπειρίας επηρεάζει τη στάση απέναντι στη συνεργασία (Nelson, King and Brodine, 2008; Lu, et al., 2016), καθώς οι επαγγελματίες, που αποκτούν περισσότερη εμπειρία (Yong et al., 2015), έχουν θετικότερη στάση. Αυτό υποδηλώνει μια πιθανή θετική συσχέτιση μεταξύ της εργασιακής εμπειρίας και της θετικής τάσης σε πρακτικές συνεργασίας.

Η παρούσα μελέτη διερεύνησε και το επίπεδο εργασιακής ικανοποίησης στους συμμετέχοντες. Μέσα από τα ευρήματα γίνεται φανερό ότι οι ιατροί είναι κατά πολύ μεγαλύτερο βαθμό ικανοποιημένοι σε σχέση με τους νοσηλευτές (ιατροί MO=123.1 έναντι MO= 113.5 νοσηλευτές). Οι ιατροί έχουν υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης σχεδόν σε όλους τους παράγοντες του ερωτηματολογίου σε σχέση με τους νοσηλευτές: στους παράγοντες μισθός ( $p=0.008$ ), εποπτεία ( $p=0.002$ ), ενδεχόμενες ανταμοιβές ( $p=0.021$ ), συνάδελφοι ( $p<0.001$ ), φύση εργασίας ( $p=0.005$ ), αλλά και στο σύνολο της κλίμακας ( $p=0.002$ ). Στη ζώνη ουδετερότητας κινήθηκαν οι απόψεις των 2 ομάδων όσον αφορά τους παράγοντες προαγωγή, προνόμια και οφέλη και συνθήκες λειτουργίας. Ουσιαστικά, η

εργασιακή ικανοποίηση ορίζεται σύμφωνα με τον βαθμό που οι άνθρωποι συμπαθούν ή αντιπαθούν την εργασία τους. Σύμφωνα με τον Spector (1997), η εργασιακή ικανοποίηση είναι μια συμπεριφοριστική προσέγγιση στην οποία η συμπάθεια σημαίνει ικανοποίηση και η αντιπάθεια δυσαρέσκεια, η ικανοποίηση από την εργασία αντιπροσωπεύει μια συναισθηματική ή μια στάση αντίδρασης σε μια εργασία. Ίσως έτσι θα μπορούσαμε να εξηγήσουμε τον βαθμό ικανοποίησης των νοσηλευτών σε σχέση με τους ιατρούς. Επιπρόσθετα, ο υψηλότερος βαθμός ικανοποίησης στους ιατρούς ίσως να σχετίζεται με την ικανοποίηση που αντλούν από το επάγγελμά τους, το γόητρο του επαγγέλματός, την κοινωνική καταξίωση του ρόλου τους και αναμφισβήτητα τη σχέση μεταξύ ιατρού-ασθενή. Ενδεχομένως, οι παράγοντες αυτοί να συμβάλλουν στο να αγνοούν άλλες οργανωσιακές δυσκολίες ή προβληματικές συνθήκες.

Σε αντίθεση έρχονται τα αποτελέσματα της έρευνας των Λάμπρου και συν (2010), όπου το ιατρικό προσωπικό έδειξε στατιστικά χαμηλότερη ικανοποίηση από την εργασία σε σχέση με το νοσηλευτικό προσωπικό. (Lamprou, Kontodimopoulos, 2010). Σε συμφωνία είναι τα ευρήματά μας με τα αποτελέσματα της έρευνας των Μακρή και συν. (2012), στην οποία διερευνήσαν την επαγγελματική ικανοποίηση όλων των επαγγελματιών ομάδων στα δημόσια νοσηλευτήρια της Κύπρου με τους ιατρούς να εκφράζουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης σε σχέση με τους νοσηλευτές. Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός, ότι λιγότερο ικανοποιημένοι ήταν οι εργαζόμενοι στο νοσοκομείο Λεμεσού (Μακρής et al, 2011).

Όσον αφορά στην εργασιακή ικανοποίηση τόσο οι ιατροί στο ιδιωτικό νοσοκομείο όσο και οι νοσηλευτές σε σύγκριση με τους ιατρούς και τους νοσηλευτές του δημοσίου ήταν κατά πολύ περισσότερο ικανοποιημένοι. Οι ιατροί του ιδιωτικού νοσοκομείου ήταν πιο ικανοποιημένοι σε όλους τους παράγοντες: Προαγωγή ( $p=0.047$ ), Προνόμια - Οφέλη ( $p<0,001$ ), Ενδεχόμενες ανταμοιβές ( $p=0.002$ ), Συνάδελφοι ( $p=0,003$ ), Φύση εργασίας ( $p=0.006$ ), Επικοινωνία ( $p=0.03$ ), αλλά και στη συνολική κλίμακα ( $p=0.003$ ) σε σχέση με τους ιατρούς στο δημόσιο. Την ίδια εικόνα παρουσιάζουν και οι νοσηλευτές στο ιδιωτικό νοσοκομείο, αφού παρουσιάζουν υψηλότερο βαθμό εργασιακής ικανοποίησης σε όλους τους προαναφερόμενους παράγοντες αλλά και στο σύνολο της εργασιακής ικανοποίησης ( $p= <0.001$ ) σε σχέση με τους νοσηλευτές του δημοσίου.

Όσον αφορά τα ευρήματα της παρούσας μελέτης και την υψηλότερη ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας στον ιδιωτικό τομέα, αυτό ενδέχεται να οφείλεται στο γεγονός ότι το ιδιωτικό νοσοκομείο είναι μικρότερο σε μέγεθος συγκριτικά με το δημόσιο. Αυτή η

μικρότερη κλίμακα μπορεί να διευκολύνει την καλύτερη επικοινωνία μεταξύ του προσωπικού, καθιστώντας πιο άμεση και αποτελεσματική τη διαδικασία επικοινωνίας, την επίλυση προβλημάτων και τη μείωση συγκρούσεων. Επιπλέον, όπως έχουμε ήδη αναφέρει, στο ιδιωτικό νοσοκομείο οι ιατροί είναι και οι εργοδότες, γεγονός που ενδέχεται να επηρεάζει σε κάποιο βαθμό τις απαντήσεις τόσο των ιατρών όσο και των νοσηλευτών σχετικά με την ικανοποίησή τους από τον εργασιακό τους χώρο. Αυτό μπορεί ενδεχομένως να περιορίζει τον βαθμό ελευθερίας στην έκφραση των απόψεών τους. Επιπλέον, στη χρονική περίοδο διεξαγωγής της παρούσας μελέτης το κλίμα που επικρατούσε στον τομέα της υγείας γενικότερα αλλά και στα υπό μελέτη δημόσια νοσοκομεία χαρακτηριζόταν από ένα μεγάλο βαθμό ανασφάλειας και αβεβαιότητας. Αυτό προέκυψε λόγω του γεγονότος ότι η μελέτη διεξήχθη σε μια μεταβατική περίοδο κατά την οποία πραγματοποιούνταν μεγάλες αλλαγές στο εθνικό σύστημα υγείας. Επομένως, τόσο η αβεβαιότητα για τους επαγγελματίες υγείας, όσο και ο φόβος της πιθανής απώλειας της δημοσιοϋπαλληλικής τους ταυτότητας, πιθανόν να επηρέασαν σε μεγάλο βαθμό τις απαντήσεις τους και για την εργασιακή ικανοποίηση αλλά και για τις στάσεις τους προς τη μεταξύ τους συνεργασία..

Όσον αφορά τους δημογραφικούς ή άλλους οργανωσιακούς παράγοντες σε σχέση με την εργασιακή ικανοποίηση του ιατρικού προσωπικού, διαπιστώθηκε ότι η ηλικία έχει μια χαμηλή θετική συσχέτιση με την ικανοποίηση από τη «φύση εργασίας» ( $r=0.271$ ,  $p=0.019$ ). Το γεγονός οι μεγαλύτεροι σε ηλικία είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τη φύση εργασίας ίσως μπορεί να αποδίδεται στο γεγονός των διαφορετικών καλύτερων συνθηκών εργασίας, ίσως στην ανέλιξη σε υψηλότερες βαθμίδες προαγωγής αλλά και στις υψηλότερες απολαβές σε σχέση με τους νεότερους.

Σε σχέση με το νοσηλευτικό προσωπικό φαίνεται ότι τα έτη υπηρεσίας έχουν μια χαμηλή αρνητική συσχέτιση με την «Προαγωγή» ( $r=-0.13$ ,  $p = 0.004$ ), μια χαμηλή αρνητική συσχέτιση με τις «Συνθήκες Λειτουργίας» ( $r=-0.123$ ,  $p = 0.006$ ) και χαμηλή αρνητική συσχέτιση με το σύνολο της εργασιακής ικανοποίησης ( $r= -0.1$ ,  $p=0.026$ ). Πιθανόν, επειδή οι νεαρότεροι σε ηλικία έχουν μειωμένες προσδοκίες, λόγω της συνειδητοποίησης ότι οι προοπτικές ανέλιξης είναι ελάχιστες, αφού η θέση του προϊσταμένου έρχεται μετά από πολλά χρόνια υπηρεσίας και είναι η μόνη ανέλιξη, όσα πτυχία και προσόντα και αν διαθέτει ένας νοσηλευτής. Επίσης, ο φόρτος εργασίας ίσως στους νεότερους να είναι μεγαλύτερος, καθώς και οι συχνότερες νυχτερινές βάρδιες, σε σχέση με τους μεγαλύτερους νοσηλευτές. Επιπλέον, η υποστελέχωση τμημάτων αυξάνει τον φόρτο εργασίας, η

αναλογία νοσηλευτή-ασθενών συχνά δεν είναι η ιδανική, όποτε πιθανόν ο όγκος των νοσηλευτικών καθηκόντων να είναι πολύ μεγάλος. Επιπρόσθετα, τα αυξημένα ακαδημαϊκά προσόντα που ενδέχεται να έχουν οι νεότεροι σε ηλικία νοσηλευτές δεν αποτελούν προαπαιτούμενο για τις θέσεις που κατέχουν και, ως εκ τούτου, δεν αξιοποιούνται κατάλληλα. Αυτός ο παράγοντας μπορεί να συμβάλει στη μείωση της εργασιακής ικανοποίησης.

Επιπροσθέτως, η ηλικία έχει μια αδύναμη θετική συσχέτιση με το σύνολο της εργασιακής ικανοποίησης ( $r=0.111$ ,  $p=0.021$ ). Σε σχέση με το εκπαιδευτικό επίπεδο οι κάτοχοι πτυχίου είναι πιο θετικοί στους παράγοντες «Προαγωγή», «Προνόμια–Οφέλη», «Ενδεχόμενες Ανταμοιβές», «Συνθήκες Λειτουργίας», «Συνάδελφοι» αλλά και στο Σύνολο Εργασιακής Ικανοποίησης ( $p=0.005$ ). Ίσως οι μεγαλύτεροι σε ηλικία να εμφανίζονται πιο ικανοποιημένοι επειδή τυγχάνουν καλύτερης μεταχείρισης στο πρόγραμμα εργασίας τους και στις βάρδιες τους γενικότερα. Πιθανώς, οι επαγγελματίες υγείας με περισσότερα έτη προϋπηρεσίας να τυγχάνουν πιο ήπιας μεταχείρισης από τη διοίκηση, καθώς ενδέχεται να ανήκουν και οι ίδιοι στη διοίκηση του τμήματος ή του οργανισμού. Αυτό τους επιτρέπει να ρυθμίζουν το ωράριο εργασίας τους σύμφωνα με τις οικογενειακές ή κοινωνικές τους υποχρεώσεις, γεγονός που μπορεί να συμβάλλει στην αύξηση της εργασιακής ικανοποίησης. Επιπλέον, οι υψηλότερες απολαβές που απολαμβάνουν λόγω της θέσης τους ενδέχεται να αποτελούν επίσης παράγοντα ενίσχυσης της ικανοποίησης τους από την εργασία.

Σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση και το εργαλείο μέτρησης της εργασιακής ικανοποίησης οι άγαμοι φαίνεται να είναι πιο ευχαριστημένοι σε σχέση με τους εγγάμους σε όλους τους παράγοντες εκτός από τον παράγοντα «Εποπτεία–Επίβλεψη». Το ίδιο παρατηρείται και στο σύνολο της εργασιακής ικανοποίησης ( $<0.001$ ). Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι οι άγαμοι πιθανόν να έχουν λιγότερες υποχρεώσεις σε σχέση με τους έγγαμους.

Ένα από τα ερωτήματα που τέθηκαν στην παρούσα μελέτη ήταν κατά πόσο υφίσταται συσχέτιση μεταξύ εργασιακής ικανοποίησης ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία. Από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης προκύπτει ότι όσον αφορά το ιατρικό προσωπικό υπάρχει συσχέτιση, αφού η εκπαίδευση και η ομαδική εργασία έχουν μια θετική συσχέτιση με την ικανοποίηση από τη φύση εργασίας ( $p<0.05$ ), ενώ η φροντίδα έναντι θεραπείας έχει μια θετική συσχέτιση με την

ικανοποίηση από την προαγωγή ( $p<0.05$ ), αλλά και με το σύνολο της εργασιακής ικανοποίησης ( $p<0.01$ ). Τα ίδια αποτελέσματα φαίνεται να έχουν και οι νοσηλευτές αφού τρεις από τους παράγοντες της εργασιακής ικανοποίησης συσχετίζονται με την κλίμακα στάσεων, ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία. Η εκπαίδευση και η ομαδική εργασία έχουν μια θετική συσχέτιση με την ικανοποίηση από την εποπτεία-επίβλεψη με τις συνθήκες εργασίας και με τη φύση εργασίας ( $p<0.01$ ) και μια αρνητική συσχέτιση με τις συνθήκες λειτουργίας του οργανισμού ( $p<0.01$ ). Η υποκλίμακα του εργαλείου φροντίδα έναντι θεραπείας έχει θετική συσχέτιση με την ικανοποίηση από την εποπτεία-επίβλεψη, με τους συναδέλφους και τη φύση εργασίας ( $p<0.01$ ). Ενώ η αυτονομία των νοσηλευτών έχει μια χαμηλή θετική συσχέτιση με την ικανοποίηση από τους παράγοντες εποπτεία-επίβλεψη, τους συναδέλφους και τη φύση εργασίας ( $p<0.01$ ). Έχει, επίσης, μια αρνητική συσχέτιση με την ικανοποίηση από τις συνθήκες λειτουργίας ( $p<0.01$ ). Όσον αφορά την υποκλίμακα του εργαλείου, η κυριαρχία των ιατρών παρουσιάζει μια αρνητική συσχέτιση με την ικανοποίηση από τον μισθό, την προαγωγή, τα προνόμια-οφέλη, τις συνθήκες λειτουργίας, τους συναδέλφους, την επικοινωνία ( $p<0.01$ ), καθώς και από την εποπτεία-επίβλεψη ( $p<0.05$ ) και γενικά από το σύνολο της εργασιακής ικανοποίησης ( $p<0.01$ ). Στο σύνολο η διεπαγγελματική συνεργασία έχει θετική συσχέτιση με το σύνολο της εργασιακής ικανοποίησης ( $p<0.001$ ). Τα αποτελέσματα ενισχύουν τη θετική συσχέτιση μεταξύ διεπαγγελματικής συνεργασίας και εργασιακής ικανοποίησης. Συγκεκριμένα, όσο πιο θετική είναι η στάση προς τη συνεργασία, τόσο μεγαλύτερη είναι η εργασιακή ικανοποίηση του προσωπικού. Παρόμοια αποτελέσματα αναφέρονται και στη μελέτη των Κοντογιάννης και συν. (2021), αφού αποδεικνύεται ότι όσο βελτιώνονταν τα επίπεδα διεπαγγελματικής συνεργασίας τόσο αυξάνονταν και τα επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης (Kontogiannis *et al.*, 2021). Στη μελέτη των Proctor-Childs *et al.* (1998), οι οποίοι είναι από τους πρώτους που έχουν ερευνήσει τη συσχέτιση της επαγγελματικής συνεργασίας και της εργασιακής ικανοποίησης μεταξύ επαγγελματιών υγείας, αναφέρεται ότι η διεπαγγελματική συνεργασία μεταξύ των ομάδων στο νοσοκομείο οδήγησε σε αυξημένη επαγγελματική εξέλιξη και επαγγελματική ικανοποίηση. Επιπλέον, σε έρευνα, που εκπονήθηκε από τους Chang *et al.* (2009) σε μονάδες επειγόντων περιστατικών στην Ταϊβάν, φάνηκε ότι οι θετικές διεπαγγελματικές σχέσεις αφενός οδηγούν σε βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας και αφετέρου εξασφαλίζουν επαγγελματική ικανοποίηση στο ανθρώπινο δυναμικό. Μια πιο πρόσφατη έρευνα, η οποία, όμως, περιλάμβανε μόνο νοσηλευτές ανέδειξε τη θετική συσχέτιση μεταξύ της διεπαγγελματικής

συνεργασίας και της εργασιακής ικανοποίησης των νοσηλευτών (Hamlan 2015). Σε ένα υγιές εργασιακό περιβάλλον, το οποίο χαρακτηρίζεται από συνεργατικές πρακτικές, συνάγεται ότι η εργασιακή ικανοποίηση θεωρείται φυσικό επακόλουθο και ιδανική συνθήκη για την προώθηση και ανέλιξη τόσο σε προσωπικό όσο και σε επαγγελματικό επίπεδο των επαγγελματιών υγείας, αλλά και της προσφοράς ποιοτικής φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή, αφού αυτός είναι ο απώτερος στόχος των οργανισμών.

Αναφορικά με τη σύγκριση μεταξύ ιδιωτικού και δημόσιου τομέα, ως προς τη στάση στη διεπαγγελματική συνεργασία σε σχέση με τους ιατρούς, η μελέτη αποκάλυψε μια αξιοσημείωτη τάση: οι γιατροί στον δημόσιο τομέα επέδειξαν πιο θετική στάση σε σύγκριση με τους γιατρούς του ιδιωτικού τομέα, στο σύνολο της διεπαγγελματικής συνεργασίας ( $p=0,053$ ). Αν και το επίπεδο σημαντικότητας πλησιάζει τα συμβατικά όρια, τα αποτελέσματα υποδηλώνουν μια πιθανή συσχέτιση μεταξύ του οργανωτικού τομέα (δημόσιου έναντι ιδιωτικού) και της στάσης των γιατρών απέναντι στη διεπαγγελματική συνεργασία. Σε σχέση με τους νοσηλευτές του δημοσίου έναντι των νοσηλευτών του ιδιωτικού, ως προς τη στάση τους σε σχέση με τη διεπαγγελματική συνεργασία, φάνηκε ότι δεν υπάρχουν ιδιαίτερες διαφορές στις υποκλίμακες του εργαλείου πλην της υποκλίμακας «κυριαρχία των ιατρών» στην οποία οι νοσηλευτές του ιδιωτικού έχουν πιο θετική στάση έναντι των νοσηλευτών του δημοσίου, οι οποίοι φαίνεται να είναι πιο αρνητικοί απορρίπτοντας τον κυρίαρχο ρόλο του ιατρού ( $p<0,001$ , MO 6.4 Δημόσιο έναντι 4.8 Ιδιωτικό). Είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι στον ιδιωτικό τομέα συνήθως οι ιατροί είναι και οι εργοδότες, αφού είναι οι ιδιοκτήτες των νοσοκομείων, γεγονός που πιθανόν να επηρεάζει σε κάποιο βαθμό τόσο τη στάση των ιατρών όσο και των νοσηλευτών ως προς τη συνεργασία. Περαιτέρω έρευνα και μεγαλύτερα μεγέθη δειγμάτων μπορεί να βοηθήσουν στην αποσαφήνιση και επιβεβαίωση της παρατηρούμενης τάσης.

Σχετικά με τη σύγκριση των ευρημάτων της παρούσας μελέτης με ευρήματα άλλων ερευνών, καθίσταται ανέφικτο, αφού δεν υπάρχουν παρόμοιες μελέτες επί του θέματος. Για τη σύγκριση μεταξύ οργανισμών γίνεται αναφορά μόνο σε μια μελέτη των Kaifi et al (2021), όπου συγκρίνοντας ιδιωτικό και δημόσιο νοσοκομείο αναφέρει στα ευρήματα τους ότι οι επαγγελματίες υγείας σε δημόσιο νοσοκομείο (ιατροί και νοσηλευτές) έχουν θετικότερη στάση σε σχέση με τους επαγγελματίες υγείας σε ιδιωτικό νοσοκομείο ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία, εύρημα που είναι σε συμφωνία με τα δικά μας ευρήματα. Η σημασία της διεπαγγελματικής συνεργασίας ήταν ουσιαστικά στην πλειοψηφία των

απαντήσεων, ιδιαίτερα από μέρους των νοσηλευτών, ομοιόμορφη και στις δύο εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης που συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη, δημόσιες και ιδιωτικές. Αυτό υποδεικνύει ότι η ανάγκη για μεταρρύθμιση και βελτίωση των πρακτικών συνεργασίας γίνεται εξίσου αισθητή και στους δύο τομείς.

Τέλος, τέθηκε ως δευτερεύων ερώτημα και διερευνήθηκε η πρόθεση τμηματικής, επαγγελματικής και οργανωσιακής τάσης φυγής. Όσον αφορά την τμηματική τάση φυγής, στο σύνολό του πληθυσμού το 26% απάντησε θετικά, ενώ το 74% αρνητικά. Αυτό φανερώνει ότι 3 στους 4 εργαζόμενους είναι ικανοποιημένοι με το τμήμα στο οποίο εργάζονται. Σε σχέση με τους ιατρούς το 29% αναφέρει ότι θα άλλαζε τμήμα, ενώ το 71% όχι. Ελαφρώς υψηλότερο ποσοστό επιθυμίας για αλλαγή σε σύγκριση με το γενικό σύνολο, που πιθανόν να σχετίζεται με τον φόρτο εργασίας στο τμήμα ή με την ειδικότητα. Ενώ στους νοσηλευτές τα ποσοστά είναι ίδια με το γενικό δείγμα, ( 26% Ναι, 74% Όχι) γεγονός που υποδεικνύει ότι είναι πιο ικανοποιημένοι με το τμήμα στο οποίο εργάζονται.

Αναφορικά με την επαγγελματική τάση φυγής, συνολικά το 35% απάντησε «Ναι» και το 65% «Όχι», δείχνοντας ότι η πλειοψηφία των εργαζομένων δε θα ήθελε να αλλάξει επάγγελμα. Όσον αφορά τις ομάδες ξεχωριστά, οι ιατροί παρουσιάζουν χαμηλότερο ποσοστό επιθυμίας αλλαγής επαγγέλματος (23%) σε σχέση με τους νοσηλευτές (37% ), κάτι που ίσως υποδηλώνει μεγαλύτερη επαγγελματική κόπωση ή δυσαρέσκεια. Παρόλο που η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δηλώνει ότι δε θα άλλαζε επάγγελμα, ωστόσο, το ποσοστό των νοσηλευτών που θα το επιθυμούσε είναι ανησυχητικό.

Σε σχέση με την οργανωσιακή τάση φυγής, στο συνολικό δείγμα ποσοστό 36% (σχεδόν 1 στους 3) δήλωσαν ότι αν τους δινόταν η ευκαιρία θα άλλαζαν οργανισμό. Δηλαδή, ένας στους τρεις εργαζόμενους σκέφτεται την αποχώρηση, κάτι στο οποίο θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη σημασία. Η πρόθεση αλλαγής οργανισμού δε διαφέρει σημαντικά ανάμεσα στις δύο επαγγελματικές ομάδες ( 37% ιατροί, 36% νοσηλευτές). Παρόλο που η πλειοψηφία των συμμετεχόντων παρουσιάζονται ικανοποιημένοι, το 36%-37% που θα άλλαζε οργανισμό θεωρείται σημαντικό ποσοστό. Πιθανόν η τάση αυτή να οφείλεται σε αναζήτηση καλύτερων συνθηκών ή καλύτερων οικονομικών απολαβών ή και καλύτερων προοπτικών επαγγελματικής ανέλιξης.

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης υποδεικνύουν ότι ένα σημαντικό ποσοστό των επαγγελματιών υγείας εκφράζει τάση φυγής είτε από το τμήμα τους, είτε από τον οργανισμό στον οποίο εργάζονται, είτε, ακόμη, και από το επάγγελμα γενικότερα. Τη χρονική περίοδο διεξαγωγής της μελέτης ο τομέας της υγείας βρισκόταν σε ένα κρίσιμο μεταβατικό στάδιο καθώς βρισκόταν σε εξέλιξη η διαδικασία προετοιμασίας και αναμονής για την εφαρμογή του νέου Εθνικού Συστήματος Υγείας. Το γεγονός αυτό δημιουργούσε κλίμα αβεβαιότητας και ανασφάλειας, ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά: τις εργασιακές σχέσεις και τις θέσεις εργασίας, τις αμοιβές και τα κίνητρα παραμονής στο επάγγελμα και τις προοπτικές εξέλιξης και σταθερότητας. Πιθανόν οι απαντήσεις των συμμετεχόντων να επηρεάστηκαν από το κλίμα αυτό που επικρατούσε. Η διαπίστωση σημαντικής τμηματικής, επαγγελματικής και ιδιαίτερα οργανωσιακής τάσης φυγής και σε συνδυασμό με το ευρύτερο κλίμα αβεβαιότητας λόγω της επικείμενης εφαρμογής του νέου Εθνικού Συστήματος Υγείας, αναδεικνύει την ανάγκη για στοχευμένες παρεμβάσεις ενίσχυσης της διεπαγγελματικής συνεργασίας και της εργασιακής ικανοποίησης, προκειμένου να διασφαλιστεί η συγκράτηση του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγείας.

Συμπερασματικά, η διεπαγγελματική συνεργασία μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών είναι κρίσιμος παράγοντας για την αύξηση της εργασιακής ικανοποίησης και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Η μελέτη καταδεικνύει ότι η θετική στάση απέναντι στη διεπαγγελματική συνεργασία, καθώς και η συμμετοχή σε κοινές εκπαιδευτικές δραστηριότητες και η ομαδική εργασία, συνδέονται άμεσα με την αύξηση της ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας. Ωστόσο, παρά τις θετικές τάσεις, οι διαφορές στις στάσεις των ιατρών και νοσηλευτών, καθώς και οι διαφοροποιήσεις ανάλογα με τον τύπο του οργανισμού (δημόσιο ή ιδιωτικό), αποκαλύπτουν τις προκλήσεις που παραμένουν στον τομέα της διεπαγγελματικής συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Οι οργανισμοί υγείας καλούνται να εστιάσουν στην ενίσχυση της συνεργασίας μέσω κατάλληλης εκπαίδευσης και πολιτικών υποστήριξης, για να εξασφαλίσουν μια πιο αποδοτική και ικανοποιητική εργασιακή εμπειρία για το προσωπικό, ενισχύοντας ταυτόχρονα τη συνολική ποιότητα φροντίδας των ασθενών.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ - ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ**

### **8.1 Εισηγήσεις**

Οι εισηγήσεις αφορούν σε πολιτικές παρεμβάσεις και κλινική πρακτική, σε κλινική εκπαίδευση και σε μελλοντική διερεύνηση του θέματός.

#### **Στρατηγικές**

Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν ότι η διεπαγγελματική συνεργασία θα μπορούσε να ενισχυθεί μέσω της θεσμοθέτησης κοινών συνεργατικών δράσεων μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών.

Επιβάλλεται η υιοθέτηση μεταπτυχιακών και μετεκπαιδευτικών προγραμμάτων από το κράτος και τους οργανισμούς υγείας, με στόχο την ενδυνάμωση του ρόλου του νοσηλευτή, την καλλιέργεια κουλτούρας συνεργασίας, καθώς και τη διασαφήνιση των ρόλων και αρμοδιοτήτων των επαγγελματιών υγείας.

Απαραίτητη θεωρείται η ενίσχυση της διοικητικής ηγεσίας, ώστε να λειτουργεί υποστηρικτικά, ενδυναμώνοντας το προσωπικό και προάγοντας ένα περιβάλλον εμπιστοσύνης, επαγγελματικής αυτονομίας και ασφάλειας.

Προτείνεται η δημιουργία μόνιμων διεπαγγελματικών ομάδων εντός των νοσοκομείων, στις οποίες κάθε επαγγελματίας θα συμβάλλει με βάση τις ειδικές του γνώσεις και την εμπειρογνωμοσύνη του, ενισχύοντας την ισότιμη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων.

#### **Κλινική εκπαίδευση**

Αξιοσημείωτη είναι η ανάγκη ενσωμάτωσης της διεπαγγελματικής εκπαίδευσης στα προγράμματα σπουδών των ακαδημαϊκών ιδρυμάτων, τόσο στην Ιατρική όσο και στη Νοσηλευτική, με σκοπό την καλλιέργεια σχέσεων αμοιβαίου σεβασμού και κατανόησης των ρόλων των δύο επαγγελματικών ομάδων.

Η εισαγωγή κοινών μαθημάτων ή θεματικών ενοτήτων, όπως η ηθική, η επικοινωνία, η ενσυναίσθηση, η ηγεσία και η λήψη αποφάσεων, μπορεί να συμβάλει στην προώθηση της συνεργασίας χωρίς να θίγει την επαγγελματική αυτονομία ή τα όρια πρακτικής κάθε ειδικότητας.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης μπορούν να αξιοποιηθούν από τα εκπαιδευτικά ιδρύματα για τη σχεδίαση διεπιστημονικών προγραμμάτων που στοχεύουν στην ανάπτυξη συνεργατικού πνεύματος και κοινής επαγγελματικής ταυτότητας.

Προγράμματα που θα προωθούν την αλληλεπίδραση μεταξύ φοιτητών ιατρικής και νοσηλευτικής θα βοηθούν τους μελλοντικούς επαγγελματίες υγείας να κατανοήσουν ο ένας τον ρόλο αλλά και την ευθύνη του άλλου. Εφόσον θεωρείται και από τις 2 ομάδες σημαντική τόσο η κοινή εκπαίδευση όσο και η ομαδική εργασία, προβάλλεται η αναγνώριση από μέρους των επαγγελματιών υγείας της μεγάλης και ουσιαστικής σημασίας της διεπαγγελματικής συνεργασίας.

Επιπλέον, επιβάλλεται η υιοθέτηση μεταπτυχιακών και μετεκπαιδευτικών προγραμμάτων από το κράτος και τους οργανισμούς υγείας, με στόχο την ενδυνάμωση του ρόλου του νοσηλευτή, την καλλιέργεια κουλτούρας συνεργασίας, καθώς και τη διασαφήνιση των ρόλων και αρμοδιοτήτων των επαγγελματιών υγείας.

### **Μελλοντική έρευνα**

Το επόμενο ερευνητικό βήμα είναι η επανάληψη της παρούσας μελέτης υπό το πρίσμα των νέων δεδομένων στον τομέα της υγείας. Θέλοντας να διερευνήσουμε τον βαθμό που επηρέασαν όλες οι προαναφερόμενες συνθήκες τόσο το ιατρικό όσο και το νοσηλευτικό προσωπικό ως προς τη συνεργασία τους αλλά και τον βαθμό ικανοποίησης και να συγκριθούν με τα ήδη υπάρχοντα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης. Επιπλέον, μια μεικτή ερευνητική προσέγγιση επί του θέματος θα συνέβαλε στη βαθύτερη κατανόηση των παραγόντων που δυσχεραίνουν τη διεπαγγελματική συνεργασία. Με ομάδες εστίασης ιατρών και νοσηλευτών ώστε να ακουστούν και να εκφραστούν οι απόψεις και των δυο επαγγελματικών ομάδων. Θα μπορούσε, επίσης, να επεκταθεί και σε άλλες επαγγελματικές ομάδες, όπως φυσιοθεραπευτές, ακτινολόγους αλλά και διοικητικά στελέχη των οργανισμών. Ευελπιστούμε ότι η παρούσα μελέτη θα αποτελέσει το έναυσμα για περαιτέρω έρευνα αφού τόσο σε εθνικό επίπεδο όσο και σε διεθνές δεν υπάρχει ουσιαστικός αριθμός μελετών που να διερευνούν συνδυαστικά τη διεπαγγελματική συνεργασία και την εργασιακή ικανοποίηση. Θα ήταν πιο ασφαλές να μελετηθούν και να συγκριθούν περισσότερες χώρες ενδεχομένως με κοινό ερευνητικό εργαλείο για τεκμηρίωση και ασφαλέστερη γενίκευση των αποτελεσμάτων.

## 8.2 Περιορισμοί

Στη χρονική περίοδο διεξαγωγής της παρούσας μελέτης το κλίμα που επικρατούσε στον τομέα της υγείας γενικότερα αλλά και στα υπό μελέτη δημόσια νοσοκομεία χαρακτηριζόταν από ένα μεγάλο βαθμό ανασφάλειας και αβεβαιότητας. Αφού ήταν η μεταβατική περίοδος της μεγάλης αλλαγής σε εθνικό σύστημα υγείας, τόσο το άγνωστο για τους επαγγελματίες υγείας όσο και ο φόβος από την πιθανή απώλεια της δημοσιοϋπαλληλικής τους ταυτότητας πιθανόν να επηρέασε σε μεγάλο βαθμό τις απαντήσεις τους τόσο όσον αφορά στο θέμα της εργασιακής ικανοποίησης, όσο και στις στάσεις τους ως προς τη μεταξύ τους συνεργασία. Ακολούθησε στη συνέχεια το πλήγμα στον τομέα της υγείας από την πανδημία, οι συνέπειες του οποίου επηρέασαν το σύνολο του πληθυσμού και είχαν μεγάλο αντίκτυπο στους επαγγελματίες υγείας τόσο στην αύξηση του φόρτου εργασίας, όσο και στη σωματική αλλά και ψυχολογική επιφόρτιση. Υπήρχε έντονος φόβος και ανασφάλεια ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας τόσο για την εξέλιξη όσο και για την πορεία της πανδημίας. Συνέπειες που σίγουρα δεν άφησαν ανεπηρέαστες και τις σχέσεις μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Σιγουρά η διεξαγωγή της ίδιας μελέτης στο παρόν θα είχε διαφορετικά αποτελέσματα. αφού πλέον έχει παρέλθει ουσιαστικός χρόνος από τη μετάβαση στο εθνικό σύστημα υγείας, αλλά και από την ύφεση της πανδημίας.

Για την υποστήριξη της διατριβής έχουν χρησιμοποιηθεί μελέτες, οι οποίες έχουν διεξαχθεί σε διάφορα περιβάλλοντα τόσο εντός όσο και εκτός νοσοκομείου και, ως εκ τούτου, δεν υπάρχει ομοιογένεια. Επιπρόσθετα, δεδομένου του γεγονότος ότι έχουν χρησιμοποιηθεί μελέτες δημοσιευμένες στην αγγλική γλώσσα και όπως είναι αναμενόμενο έρευνες σε άλλες γλώσσες ή από διαφορετικά συναφή υπόβαθρα, όπως προαναφέραμε, μπορεί να υπάρχουν διαφορές ή να επιβεβαιώνουν τα ευρήματα. Στην παρούσα μελέτη, επίσης, ο υπό μελέτη πληθυσμός άνηκε σε 2 διαφορετικούς τομείς, στο δημόσιο και στο ιδιωτικό νοσοκομείο με μεγάλες διαφορές τόσο στην οργανωσιακή κουλτούρα και νοοτροπία όσο και στον τρόπο λειτουργίας. Όπως έχουμε προαναφέρει, στο ιδιωτικό νοσοκομείο οι ιατροί είναι και οι εργοδότες, γεγονός που πιθανόν να επηρεάζει σε κάποιο βαθμό τόσο τις απαντήσεις των ιατρών όσο και των νοσηλευτών, τόσο ως προς τις στάσεις τους στη διεπαγγελματική συνεργασία όσο και την ικανοποίηση από το εργασιακό τους χώρο και πιθανόν να περιορίζεται ο βαθμός ελευθερίας στην έκφραση των απόψεων τους.

Οι ίδιες επιφυλάξεις μπορούν να εκφραστούν σε σχέση με τα αποτελέσματα μας και τη γενίκευση τους σε εθνικό επίπεδο αφού ακόμα και μεταξύ των δημόσιων νοσοκομείων υπάρχουν οι προαναφερόμενες διαφορές και επιπρόσθετα το δείγμα του πληθυσμού αφορά μόνο μια επαρχία.

Επιπλέον, πάρα το γεγονός ότι ακολουθήθηκε πιστά η μέθοδος της συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης, με τα ανάλογα κριτήρια αποκλεισμού, μπορεί να μην έχει εντοπιστεί όλη η σχετική βιβλιογραφία επί του θέματος. Επίσης, ο σχετικά μικρός αριθμός άρθρων που πληρούσε τα κριτήρια για να συμπεριληφθούν στην ανασκόπηση καθώς και η διαφορά στη μεθοδολογική τους προσέγγιση μπορεί να δυσχεραίνουν τη χρήση των ερευνητικών αποτελεσμάτων στην ερμηνεία ή τη στήριξη των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης. Καθώς, επίσης, και το γεγονός ότι 8 μελέτες χρησιμοποίησαν εργαλείο μέτρησης των στάσεων, ενώ οι υπόλοιπες διαφορετικά εργαλεία, τα οποία μετρούσαν αντιλήψεις, με επακόλουθο η σύγκρισή καθώς και η χρήση των αποτελεσμάτων τους να γίνεται με επιφύλαξη. Επιπρόσθετα, ο εντοπισμός μελετών από χώρες με μεγάλες διαφορές όσον αφορά την κουλτούρα, τη θέση της γυναίκας (η οποία συμβαδίζει με τη θέση της νοσηλευτικής) και τα συστήματα υγείας, είναι στοιχεία τα οποία ενδεχομένως να δυσκολεύουν την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων όσον αφορά τη σχέση μεταξύ των δύο επαγγέλμάτων. Ένα άλλο σημείο που προκαλεί επιφυλάξεις στα αποτελέσματα είναι η έννοια του «επαγγελματία νοσηλευτή», η οποία δεν υποδηλώνει ότι όλοι οι νοσηλευτές στις χώρες που μελετήθηκαν είχαν πανεπιστημιακή εκπαίδευση. Αυτό το γεγονός ενδέχεται να επηρεάζει την αντίληψη των συμμετεχόντων για τη διεπαγγελματική συνεργασία, καθώς οι νοσηλευτές με διαφορετικό επίπεδο εκπαίδευσης ενδέχεται να προσεγγίζουν την εργασία τους και τις διαπροσωπικές σχέσεις με διαφορετικό τρόπο. Η διαφοροποίηση στην εκπαίδευση μπορεί να έχει σημαντική επίδραση στις στάσεις τους απέναντι στην ομαδική εργασία και τη συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας και, συνεπώς, να επηρεάζει τα αποτελέσματα σχετικά με την εργασιακή ικανοποίηση και τη δυναμική των επαγγελματιών υγείας. Το γεγονός αυτό δεν έχει αποσαφηνιστεί στις μελέτες, ούτε υποστηρίζεται από ένα διεθνές σύστημα αναγνώρισης, με κλασικό παράδειγμα την οδηγία της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τη νοσηλευτική εκπαίδευση, σύμφωνα με την οποία ο πανεπιστημιακός τίτλος δεν είναι κατ' ανάγκη η απαραίτητη προϋπόθεση για να μπορεί να αναγνωρισθεί ένα άτομο ως «επαγγελματίας νοσηλευτής».

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- American Hospital association (2024) Survey: Nursing workforce diversity up, job satisfaction down. Access on 25<sup>th</sup> March 2025. <https://www.aha.org/news/headline/2024-04-01-hrsa-survey-nursing-workforce>.
- Aiken L.H., Buchan J., Ball J., et al., (2008). Transformative impact of magnet designation: England case study. *J Clin Nurs*; 17:3330–7.
- Aiken L.H., Poghosyan L., (2009). Evaluation of magnet journey to nursing excellence program in Russia and Armenia. *J Nurs Scholarsh*; 41:166–74
- Aiken L.H., Sloane D. M., Clarke S., Poghosyan L., Cho E., You L., Aungurock Y., (2011). Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(4), 357–364.
- Aiken L. *et al.*, (2011). The Effects of Nurse Staffing and Nurse Education on Patient Deaths in Hospitals With Different Nurse Work Environments. *Medical Care*, 49(12), pp. 1047–1053. doi: 10.1097/MLR.0b013e3182330b6e.
- Aiken L.H., Sloane D.M., Bruyneel L., Van den Heede K., Griffiths P., et al., (2014) RN4CAST consortium. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*. 24;383(9931):1824-30. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62631-8.
- Ajzen I. (2011). The theory of planned behaviour: Reactions and reflections. *Psychology and Health*, 26(9), pp. 1113–1127. doi: 10.1080/08870446.2011.613995.
- Amsalu E., Brihanu B., Firehiwot G., and Begna T., (2014). Attitudes of nurses and physicians towards nurse-physician collaboration in northwest Ethiopia: a hospital based cross-sectional study. *BMC Nursing*, 13(1), p. 37. doi: 10.1186/s12912-014-0037-7.
- Alcuskys M., Ferrari L., Rossi G., Liu M., Hojat M., Maio V., (2016). Attitudes Toward Collaboration Among Practitioners in Newly Established Medical Homes: A Survey of Nurses, General Practitioners, and Specialists. *Am J Med Qual*. 31(6):526-535. doi: 10.1177/1062860615597744.
- Arnolds C. A. and Boshoff C. (2002). Compensation, esteem valence and job performance: An empirical assessment of Alderfer's ERG theory'. *International Journal of Human Resource Management*, 13(4), pp. 697–719. doi: 10.1080/09585190210125868.
- Aysegul Y., Metin A., Fevzi A., Thomas R., Deniz S., Halim I., Aylin E., M. A., (2005). Physicians- nurse attitudes towards collaboration in Instabul's public hospitals. *International Journal of nursing studies*, 42(4), pp. 429–437.
- Baggs J. G., Schmitt M. H., Mushlin A. I., Mitchell P. H., Eldredge D. H., Oakes D., & Hutson A.D.,(1999). Association between nurse-physician collaboration and patient outcomes in three intensive care units. *Critical Care Medicine*, 27(9), 199. doi: <https://doi.org/10.1097/00003246-199909000-00045>.

- Baggs - Gedney J., (1994). Development of an instrument to measure collaboration and satisfaction about care decisions. *Journal of Advanced Nursing*, 20(1), pp. 176–182.
- Bleakley A., (2013). The dislocation of medical dominance: Making space for interprofessional care. *Journal of Interprofessional Care*, 27, 24–30.
- Bogue R.J., Guarneri J.G., Reed M., Bradley K. & Hughes J., (2006). Secrets of Physician Satisfaction. *The physician executive*, 32(6):30-9.
- Bovier P.A. & Perneger, T. V., (2003). Predictors of work satisfaction among physicians. *The European Journal of Public Health*, 13(4), pp. 299-305.
- Bowles D., McIntosh G., Hemrajani R., Yen M.-S., Phillips A., Schwartz N., Tu S.-P. and Dow Alan W., (2016). Nurse-physician collaboration in an academic medical centre: The influence of organisational and individual factors. *Journal of interprofessional care*, 30(5), pp. 655–60. doi: 10.1080/13561820.2016.1201464.
- Britannica Concise Encyclopedia (2017) <http://www.britannica.com/search?query=work>.
- Canadian Institute for Health Information (2019). A lens on supply and workforce. Retrieved from <https://www.cihi.ca/en/access-data-reports/results?query=nurses&Search+Submit=> Access on 25<sup>th</sup> March 2025
- Caricati L., Guberti M., Borgognoni P., Prandi C., Spaggiari I., Vezzani E., Iemmi M., (2015). The role of professional and team commitment in nurse-physician collaboration: A dual identity model perspective. *Journal of interprofessional care*, 29(5), pp. 464–8. doi: 10.3109/13561820.2015.1016603.
- Chaboyer Wendy P. E., (2001). Australian hospital generalist and critical care nurses' perceptions of doctor nurse collaboration. *Nursing and health sciences*, 3(2), pp. 73–79.
- Cole G., (2002). *Personnel and Human Resource Management*. 5nd Ed Thomson Learning, London. pp: 95-105.
- Conn L., Reeves S., Dainty K., Kenaszchuk C., Zwarenstein M., (2012). Interprofessional communication with hospitalist and consultant physicians in general internal medicine: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 12:437. doi: 10.1186/1472-6963-12-437.
- Dailey M., Loeb B. P. C., (2007). Communication, collaboration and critical thinking, quality outcomes. *Patient Safety and Quality Healthcare*, 4((6)), pp. 22–30.
- Davis, B.S. & Wright, B. E., (2003). Job satisfaction in the public sector: The role of the work environment. *The American Review of Public Administration*, 33((1)), p. pp.70-90.
- Dougherty MB L. E., (2005). A review of instruments measuring nurse—physician collaboration. *J Nurs Adm*, 35((5):), p. 244-53.
- El-Jardali F., Dimassi H., Dumit N., J. D. & M. G., (2009). A national cross-sectional study on nurses' intent to leave and job satisfaction in Lebanon: implications for policy and practice. *BMC Nurs*, 8(3) <https://doi.org/10.1186/1472-6955-8-3>
- Elham Y., & El-Hanafy Y., (2018). Nurse physician work-related relationship as

- perceived by both of them. *Egyptian Nursing Journal*, 15 (2) pp. 188–195  
DOI: 10.4103/ENJ.ENJ\_42\_17,
- Elsous A., Radwan, M. and Mohsen S. (2017). Nurses and Physicians Attitudes toward Nurse-Physician Collaboration: A Survey from Gaza Strip, Palestine. *Nursing research and practice* 2017: 7406278. doi: 10.1155/2017/7406278.
- Elwyn G., E. A. (2009) Shared decision making in health care: Achieving evidence-based patient choice. *Oxford university Press, Oxford* ,second edition.
- Engel J., Prentice D. (2013). The ethics of interprofessional collaboration. *Nurs Ethics*. 20(4):426-35. doi: 10.1177/0969733012468466.
- Eriksson I., Lindblad M., Möller U., Gillsjö C., (2018). Holistic health care: Patients' experiences of health care provided by an Advanced Practice Nurse. *International Journal of Nursing Practice*, 24(1), pp. 1–7. doi: 10.1111/ijn.12603.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). *Statistical power analyses using GPower 3.1: Tests for correlation and regression analyses.\* Behavior Research Methods*, 41(4), 1149–1160. <https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>
- Kenny G., (2002). The importance of nursing values in interprofessional collaboration. *British Journal of Nursing* (Mark Allen Publishing). 10-23;11(1):65-68. DOI: 10.12968/bjon.2002.11.1.9328.
- Garber J.S., Madigan E.A., Click E.R., Fitzpatrick J.J., (2009). Attitudes towards collaboration and servant leadership among nurses, physicians and residents. *Journal of interprofessional care*, 23(4), pp. 331–40. doi: 10.1080/13561820902886253.
- Girish D., (2019). Collaboration between Nurses and Physicians. *International Journal of Advances in Nursing Management*, 7(1), p. 63. doi: 10.5958/2454-2652.2019.00016.7.
- Gluyas, H. (2015). Effective communication and teamwork pro- motes patient safety. *Nursing Standard*, 29(49), pp. 50–57. doi: <https://doi.org/10.7748/ns.29.49.50.e10042>.
- Güteryüz G., Güney S., Aydın E.M. & Aşan Ö., (2008). The mediating effect of job satisfaction between emotional intelligence and organisational commitment of nurses: A questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, 45(11), pp. 1625–1635.
- Hayes L.J., O'Brien-Pallas L., Duffield C., Shamian J., Buchan J., Hughes F., Laschinger H.K., (2012). North N. Nurse turnover: a literature review - an update. *Int J Nurs Stud*. 49(7):887-905. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.10.001. Epub 2011 Oct 22. PMID: 22019402.
- Hojat M., Kowitt B., Doria C., Gonnella J.S. (2010) Career satisfaction and professional accomplishments. *Med Educ*. 44:969–76
- Hojat M., Gonnella J.S., Nasca T.J., Fields S.K., Cicchetti A., Lo Scalzo A., et al. (2003) Comparizon of American, Israeli, Italian, and Mexican physicians and nurses on the total and factor scores of the Jefferson scale of attitudes toward physician nurse collaborative relationships. *International Jurnal of nursing studies*, 40(4), pp. 427–435.

- Honda K., Takamizawa E., (2018). Characteristics of Nurse-physician Collaboration' as Perceived by Nurses at an Emergency Care Centre in Japan. *International Journal of Nursing & Clinical Practices* Volume 5 p.298, 7 pages <https://doi.org/10.15344/2394-4978/2018/298>
- Holland J.L. (1996) Exploring careers with a typology: What we have learned and some new directions. *American Psychologist*, 51(4): 397-406.
- Hossny E. K. and Sabra H. E., (2021). The attitudes of healthcare professionals towards nurse–physician collaboration. *Nursing Open*, 8(3), pp. 1406–1416. doi: 10.1002/nop2.756.
- House S., & Havens D., (2017). Staff nurses and physicians perceptions of nurse-physician collaboration. *Journal of Nursing Administration(JONA)*, 47(3). Available at: <https://doi.org/10.1097/nna.0000000000000460>.
- Hughes B. and Fitzpatrick, J. J., (2010). Nurse-physician collaboration in an acute care community hospital. *Journal of Interprofessional Care*, 24(6), pp. 625–632. doi: 10.3109/13561820903550804.
- Hysong S. J., Amspoker A. B., Hughes A. M., Woodard L., Oswald F. L., Petersen L. A., & Lester H. F., (2019). Impact of team configuration and team stability on primary care quality. *Implementation Science*, 14(1) (22.). doi: <https://doi.org/10.1186/s13012-019-0864-8>.
- Joanna Briggs Institute. (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition/ supplement, Methodology for JBI Scoping Reviews*, The Joanna Briggs Institute, Australia.
- Jonsson S., (2012). Psychosocial work environment and prediction of job satisfaction among Swedish registered nurses and physicians – A follow-up study. *Scand J Caring Sci*. 26(2):236–44, <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00924.x>
- Jokiniemi K. R. (2014). Advanced practice nursing roles: the phases of the successful role implementation process. *International Journal of Caring Sciences*, 7(3), p. 946.
- Kaifi A., Tahir M.A., Ibad A., Shahid J., Anwar M.. (2021). Attitudes of nurses and physicians toward nurse–physician interprofessional collaboration in different hospitals of Islamabad–Rawalpindi Region of Pakistan. *Journal of Interprofessional Care*, 35(6), pp. 863–868. doi: 10.1080/13561820.2020.1853079.
- Kontogiannis N., Tountas Y., Katzanou M., Pashou E., Tsounis A., Sarafis P. (2021). Interprofessional collaboration and job satisfaction in employees of the greek organization against drugs (OkAna). *Archives of Hellenic Medicine*, 38(3), pp. 376–384.
- Kreitner R., Kinicki A., Buelens M. (2002). *Fundamentals of organizational behavior*. 2nd Ed. McGraw Hill, Toronto. pp: 22-113
- Kroezen M., Francke A.L., Groenewegen P.P., van Dijk L., (2011). Nurse prescribing of

- medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: A systematic review of the literature. *BMC Health Services Research*, 11. doi: 10.1186/1472-6963-11-127.
- Kudo Y., Kido S., Shahzad M. T., Shida K., Satoh T., (2010). Enhancing work motivation for Japanese female nurses in small to medium-sized private hospitals by analyzing job satisfaction. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 220, pp. 237–245.
- Lambrou P., Kontodimopoulos N. & Niakas D., (2010). Motivation and job satisfaction among medical and nursing staff in a Cyprus public general hospital. *Hum Resour Health* 8, 26 <https://doi.org/10.1186/1478-4491-8-26>
- Lancaster G, Kolakowsky-Hayner S, Kovacich J, Greer-Williams N. Interdisciplinary communication and collaboration among physicians, nurses, and unlicensed assistive personnel. *J Nurs Scholarsh*. 2015 May;47(3):275-84. doi: 10.1111
- Lasater K.B., Richards M.R., Dandapani N.B., Burns L.R., McHugh M.D., (2019). Magnet hospital recognition in hospital systems over time. *Health Care Manage J*, 44(1):19-29. doi: 10.1097/HMR.0000000000000167.
- Locke E., (1976). “*The nature and causes of job satisfaction*” in M. D. Dunette (Ed.), *Handbook of industrial and organizational psychology*, Chicago.
- Locke E., (1969). “What is a job satisfaction?” *Organizational Behavior and Human Performance*, pp. 309–334.
- Zhao Y., Lu HQ., Xu Y., Lu JY., (2025). Analysis of nursing staff job satisfaction and its influencing factors: a cross-sectional study of 38 hospitals/nursing homes in China. *Front Public Health*. 4; 13:1526324. doi: 10.3389/fpubh.2025.1526324.
- Lu Y., Hu X.M., Huang X.L., Zhuang X.D., Guo P, Feng L.F., Hu W., Chen L., Hao Y.T., (2016). Job satisfaction and associated factors among healthcare staff: a cross-sectional study in Guangdong Province, China. *BMJ Open*, 6(7), p. e011388. doi: 10.1136/bmjopen-2016-011388.
- Lyndon A., Zlatnik M.G., Wachter R.M., (2011). Effective physician-nurse communication: a patient safety essential for labor and delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 205(2):91-6. doi: 10.1016/j.ajog.2011.04.021.
- MacDonald A. K., (2002). Physicians’ perceptions of nurse practitioners. *The Canadian nurse*, 98(7), pp. 28–31.
- Mache S., Vitzthum K., Nienhaus A., Klapp B.F. & Groneberg D. A. (2009). Physicians’ working conditions and job satisfaction: does hospital ownership in Germany make a difference?. *BMC Health Services Research*, 9(148), pp. 1–9.
- Malliarou M., Domeyer P., Bamidis P., Sarafis P., (2021). Translation and validation of the Greek version of the Jefferson Scale of Attitudes toward Physician and Nurse Collaboration (JSAPNC). *Journal of Interprofessional Care*, 35(2), pp. 293–300. doi: 10.1080/13561820.2020.1713061.
- Mannahan CA. (2010). Different worlds: a cultural perspective on nurse-physician

communication. *Nurs Clin North Am.* 45(1):71-9. doi: 10.1016/j.cnur.2009.10.005.

Martin A.K., Green T.L., McCarthy A.L., Sowa P.M., Laakso E.L., (2022). Healthcare Teams: Terminology, Confusion, and Ramifications. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 15(March), pp. 765–772. doi: 10.2147/JMDH.S342197.

Matziou V., Vlahioti E., Perdikaris P., Matziou T., Megapanou E., Petsios K., (2014). Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 28(6), pp. 526–533. doi: 10.3109/13561820.2014.934338.

McEwan D., Ruissen G. R., Eys M. A., Zumbo B. D., & Beauchamp M. R. (2017). The effectiveness of teamwork training on teamwork behaviors and team performance: A systematic review and meta-analysis of controlled interventions. *PLoS ONE*, 12(1), e0169604. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0169604>.

McHugh M.D., Rochman M.F., Sloane D.M., Berg R.A., Mancini M.E., Nadkarni V.M., Merchant R.M., Aiken L.H., (2016). Better Nurse Staffing and Nurse Work Environments Associated With Increased Survival of In-Hospital Cardiac Arrest Patients and American Heart Association's Get With The Guidelines-Resuscitation Investigators. *Med Care*, 54(1), pp. 74–80. doi: 10.1097/MLR.0000000000000456.

Melkamu E., Woldemariam S., & Haftu A., (2020). Interprofessional collaboration of nurses and midwives with physicians and associated factors in JIMMA University specialized teaching hospital, JIMMA, south West Ethiopia, cross sectional study.', *BMC Nursing*, (19, 2–9.). doi: <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00426-w>.

Migotto S., Garlatti Costa G., Ambrosi E., Pittino D., Bortoluzzi G., Palese A., (2019). Gender issues in physician-nurse collaboration in healthcare teams: Findings from a cross-sectional study. *J Nurs Manag.* 27(8):1773-1783. doi: 10.1111/jonm.12872.

Miller K., Reeves S., Zwarenstein M., Beales J., Kenaszchuk C., (2008). Nursing emotion work an interprofessional collaboration in general internal medicine wards :a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 64(4), p. 332-343.

Mitzkat A., Berger S., Reeves S., Mahler C., (2016). More terminological clarity in the interprofessional field - a call for reflection on the use of terminologies, in both practice and research, on a national and international level. *GMS J Med Educ.* 29;33(2): Doc36. doi: 10.3205/zma001035.

Mohr D.C., Eaton J.L., Meterko M., Stolzmann K.L., Restuccia J.D., (2018). Factors associated with internal medicine physician job attitudes in the Veterans Health Administration. *BMC Health Services Research*, 18(1), pp. 1–7. doi: 10.1186/s12913-018-3015-z.

Mokler DJ, Konrad SC, Hall K, Rodriguez K, St Pierre S, Thieme VS, Van Deusen J. Learning Together: Interprofessional Education at the University of New England. *J Am Osteopath Assoc.* 2020 Aug 1;120(8):509-515. doi: 10.7556/jaoa.2020.084.

- Montana P., Charnov B.H., (2008). Management. 4nd Ed Barons Educational Series, New York. pp: 235-252
- Morgan S., Pullon S., & McKinlay E., (2015). Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: An integrative literature review. *Int J Nurs Stud*, 52: pp. 1217–1230.
- Murrells T. Robinson S. & Griffiths P., (2008). Job satisfaction trends during nurses early career. *BMC Nursing*, 7(7), pp. 1–13.
- Nahm H., (1940). Job satisfaction in nursing. *Am J Nurs*, 40(12), p. 1389-1392.
- Nelson G. A., King M. L. and Brodine S., (2008). Nurse-physician collaboration on medical-surgical units. *Medsurg nursing: official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, 17(1), pp. 35–40. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18429539>.
- Nylenna M., Gulbrandsen P., Forde R. & Aasland O. G., (2005). Job satisfaction among Norwegian general practitioners. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 23, pp. 198-202.
- Nursing and Midwifery Council. (2017). The NMC register. <https://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/other-publications/nmc-register-2013-2017.pdf>
- O’Keeffe A.P., Corry M., Moser D.K., (2015). Measuring job satisfaction of advanced nurse practitioners and advanced midwife practitioners in the Republic of Ireland: A survey. *J Nurs Manag*. 23(1):107–17, <https://doi.org/10.1111/jonm.12096>.
- Pakpour V., Ghafourifard M. and Salimi S., (2019). Iranian Nurses’ Attitudes Toward Nurse-Physician Collaboration and its Relationship with Job Satisfaction. *Journal of Caring Sciences*, 8(2), pp. 111–116. doi: 10.15171/jcs.2019.016.
- Paleologou V., Kontodimopoulos N., Stamouli A., Aletras V. & Niakas D., (2006) Developing and testing an instrument for identifying performance incentives in the Greek health care sector. *BMC Health Services Research*, 6(1), p. 118.
- Pestonjee D., (1973). *Organizational structures and job attitudes*. Calcutta: Minerva Associates.
- Petri L., (2010). Concept analysis of interdisciplinary collaboration. *Nursing Forum*, 45(2), 73–82. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2010.00167.x>
- Petrou P. (2021). The 2019 introduction of the new National Healthcare System in Cyprus. *Health Policy*, 125(3), pp. 284–289. doi: 10.1016/j.healthpol.2020.12.018.
- Porter L.W., Lawler E.E., (1982). What job attitudes tell about motivation. Harvard Business Review Reprint Service. pp: 118-126.
- Price S., Doucet S., & Hall L. M., (2014). The historical social positioning of nursing and medicine: Implications for career choice, early socialization and interprofessional

collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 28, pp. 103–109.

Proctor-Childs T., Freeman M., & Miller C. (1998). Visions of teamwork: The realities of an interdisciplinary approach. *British Journal of Therapy and Rehabilitation*, 5, 616–635

Pulcini J., Jelic M., Gul R., Loke A.Y., (2010). An international survey on advanced practice nursing education, practice, and regulation. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(1), pp. 31–39. doi: 10.1111/j.1547-5069.2009.01322.x.

Qian F. & Lim M. K. (2008). Professional satisfaction among Singapore physicians. *Health Policy*, 85(3), pp. 363–371.

Reeves S., Lewin S., Espin S., Z. M., (2010). *Interprofessional Teamwork for Health and Social Care*. London:, 2010.: Blackwell-Wiley.

Resnick B., (2003). Collaboration: foundation for a successful practice. *American Medical Directors Association*, 4(6), pp. 344–349.

Rollinson D., (2008). Organisational behaviour and analysis: An integrated approach. 4th Ed. Pearson Education Limited, Essex. pp: 65–311.

Roots A. and MacDonald M. (2014). Outcomes associated with nurse practitioners in collaborative practice with general practitioners in rural settings in Canada: a mixed methods study. *Human Resources for Health*, 12(1), p. 69. doi: 10.1186/1478-4491-12-69.

Rosenstein A.H., O'Daniel M., (2005). Disruptive behavior & clinical outcomes: perceptions of nurses and physicians. *Nursing Management*, 36(1), pp. 18–29.

Rosales R.A., Labrague L.J., Rosales G.L. (2013). Nurses' job satisfaction and burnout: Is there a connection? *Int J Adv Nurs Stud*. 2013;2(1):1–10, <https://doi.org/10.14419/ijans.v2i1.583>

Salas E., Shuffler M. L., Thayer A. L., Bedwell W. L., & Lazzara E. H. (2015) Understanding and improving teamwork in organizations: A scientifically based practical guide. *Human Resource Management*, 54(4), pp. 599–622. doi: <https://doi.org/10.1002/hrm.21628>.

Schultz, P.D. & Schultz S. E., (1998) *Theories of personality*. 6th edn. S. Florida,.

Reeves S., Pelone F., Harrison R., Goldman J., Zwarenstein M., (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Jun 22;6(6):CD000072. doi: 10.1002/14651858.CD000072.pub3.

Serafin L., Bjerså K. and Doboszyńska A., (2019). Nurse job satisfaction at a surgical ward - a comparative study between Sweden and Poland', *Medycyna pracy*, 70(2), pp. 155–167. doi: 10.13075/mp.5893.00768.

Sermeus W, Aiken LH, Ball J, Bridges J, Bruyneel L, Busse R, et al. (2022). A workplace organisational intervention to improve hospital nurses' and physicians' mental health:

study protocol for the Magnet4Europe wait list cluster randomised controlled trial. *BMJ Open*, 12(7), pp. 1–11. doi: 10.1136/bmjopen-2021-059159.

Shahrzad G., Masoumeh Z., & Anoushiravan K. . (2015). Nurse- physician collaboration: The attitudes of Baccalaureate Nursing Students at Tehran University of medical sciences. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 17(4),. doi: e23247. [https://doi.org/10.5812/ircmj.17\(4\)2015.23247](https://doi.org/10.5812/ircmj.17(4)2015.23247).

Sharma U., Klocke D., (2014). Attitudes of nursing staff toward interprofessional in-patient-centered rounding. *J Interprof Care*. 28(5):475-7. doi: 10.3109/13561820.2014.907558.

Sharp T., (2008). Job satisfaction among psychiatric registered nurses in New England. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 15(5), pp. 374–8.

Shanafelt T.D., Noseworthy J.H., (2017). Executive leadership and physician wellbeing: nine organizational strategies to promote engagement and reduce burnout. *Mayo Clin Proc*, 92(1):129–46

Sirota T., (2007). Nurse/physician relationships: improving or not? *Nursing*. 37(1):52-5. doi: 10.1097/00152193-200701000-00040.

Sollami A., Caricati L., Sarli L., (2015). Nurse - Physician collaboration : A meta-analytical investigation of survey scores. *Interprofessional care*, 29((3)), pp. 223–229.

Spector P. E., (1997). *Job satisfaction: Application, Assessment, Causes and Consequences (Advanced Topics in Organizational Behaviors)*. USA: Sage Publications.

Spector P. E. (1985). Measurement of human service staff satisfaction: Development of the Job Satisfaction Survey. *American journal of community psychology*, 13(6), 693-713.

Stein-Parbury J., Liaschenko J., (2007) Understanding collaboration between nurses and physicians as knowledge at work. *American journal of critical care*, 16(5), pp. 470–477.

Stein, L. I., (1967). The doctor -nurse game. *Archives of general phychiatry*, 16(6), p. 699.

Steinert T., Goebel R., Rieger W., (2006). A nurse-physician co-leadership model in psychiatric hospitals: results of a survey among leading staff members in three sites. *Int J Ment Health Nurs*. 15(4):251-7. doi: 10.1111/j.1447-0349.2006.00431. x.

Sterchi, L. S. (2007). Perceptions that affect physician-nurse collaboration in the perioperative setting. *AORN journal*, 86(1), pp. 45–57. doi: 10.1016/j.aorn.2007.06.009.

Stone P., Mooney-Kane C., Larson E., Pastor D., Zwanziger J., (2007). Nurse Working Conditions, Organizational Climate, and Intent to Leave in ICUs: An Instrumental Variable Approach. *Health Serv Res*, 42(1), pp. 1085–1104.

Suryanto, Plummer V. and Copnell B. (2016) . Collaboration between nurses and physicians in an Indonesian Emergency Department. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 19(2), pp. 82–89. doi: 10.1016/j.aenj.2016.04.001.

Tang C.J., Chan S.W., Zhou W.T., Liaw S.Y., (2013). Collaboration between hospital

- physicians and nurses: An integrated literature review. *International Nursing Review*, 60(3), pp. 291–302. doi: 10.1111/inr.12034.
- Taylor C. L. (2009). Attitudes Toward Physician-Nurse Collaboration in Anesthesia. *AANA J.*, 77, pp. 343–348.
- Theodorou M., Charalambous C., Petrou C., Cylus J., (2012). Cyprus health system review. *Health systems in transition*, 14(6), pp. 1–128.
- Thistlethwaite J., Jackson A., & Moran M., (2013). Interprofessional collaborative practice: A deconstruction. *Journal of Interprofessional Care*, 27, pp. 50–56.
- Tsounis A., (2014) Motivation among Physicians in Greek Public Health-Care Sector, *British Journal of Medicine and Medical Research*, 4(5), pp. 1094–1105. doi: 10.9734/bjmmr/2014/6821.
- Tsounis A. and Sarafis P., (2018) Validity and reliability of the Greek translation of the Job Satisfaction Survey (JSS). *BMC Psychol*, 6:27.
- Ushiro R. (2009). Nurse - Physician Collaboration Scale: Development and psychometric testing. *Journal of Advanced Nursing*, 65, pp. 1497–1508.
- Vazirani S, Hays RD, Shapiro MF, Cowan M., (2005). Effect of a multidisciplinary intervention on communication and collaboration among physicians and nurses. *American journal of critical care*, 1(14), pp. 71–77.
- Vogwill V., Reeves S., (2008) Challenges of information exchange between nurses and physicians in multidisciplinary team meetings. *J Interprof Care*. 2008 Dec;22(6):664-7. doi: 10.1080/13561820802114772.
- Volker R., Bernhard B., Anna K., Fabrizio S., Robin R., Jessica P., Rudolf S., Lucia D., Jürgen R., Franz H., Christine S. & Norbert S. (2010). Burnout, coping and job satisfaction in service staff treating opioid addicts - from Athens to Zurich. *Stress and Health*, 26(2), pp. 149–159.
- Vroom V.H. (1995) *Work and Motivation*. Jossey-Bass Publishers, San Fransisco. pp: 115-245.
- Wagner, E. H. (2004). Effective teamwork and quality of care. *Medical Care*, 42(11), pp. 1037-1039. doi: 10.1097/01.mlr.0000145875.60036.ed.
- Wang Y., Liu Y.F., Li H., Li T., (2015). Attitudes toward physician-nurse collaboration in pediatric workers and undergraduate medical/nursing students. *Behavioural Neurology*, doi: 10.1155/2015/846498.
- Wanous, J. P., & Lawler, E. E., (1972). Measurement and meaning of job satisfaction. *Journal of Applied Psychology*, 56(2), 95–105. <https://doi.org/10.1037/h0032664>
- Ward J., Schaal M., Sullivan J., Bowen M.E., Erdmann J.B., Hojat M., (2008). The Jefferson Scale of Attitudes toward Physician-Nurse Collaboration: A study with

undergraduate nursing students. *Journal of Interprofessional Care*, 22(4), pp. 375–386. doi: 10.1080/13561820802190533.

Weaver A.C., Callaghan M., Cooper A.L., Brandman J., O'Leary K.J., (2015). Assessing Interprofessional Teamwork in Inpatient Medical Oncology Units. *Journal of oncology practice*, 11(1), pp. 19–22. doi: 10.1200/JOP.2014.001536.

Wheeler S., Valentino A.S., Liston B.W., Li J., McAuley J.W., (2019). A team-based learning approach to interprofessional education of medical and pharmacy students. *Curr Pharm Teach Learn*. 11(11):1190-1195. doi: 10.1016/j.cptl.2019.07.010.

Wheeler K.J., Miller M., Pulcini J., Gray D., Ladd E., Rayens M.K. (2022). Advanced Practice Nursing Roles, Regulation, Education, and Practice: A Global Study', *Annals of Global Health*, 88(1), pp. 1–21. doi: 10.5334/aogh.3698.

Yasin Y.M., Kerr M.S., Wong C.A., Bélanger C.H., (2020). Factors affecting job satisfaction among acute care nurses working in rural and urban settings. *Journal of Advanced Nursing*, 76(9), pp. 2359–2368. doi: 10.1111/jan.14449.

Wang Y., Liu Y.F., Li H., Li T. (2015). Attitudes toward Physician-Nurse Collaboration in Pediatric Workers and Undergraduate Medical/Nursing Students. *Behav Neurol*. 2015:846498. doi: 10.1155/2015/846498.

Zakerimoghadam M., Ghiyasvandian S., Kazemnejad Leili A., (2015). Nurse-physician collaboration: the attitudes of baccalaureate nursing students at tehran university of medical sciences. *Iran Red Crescent Med J*. 25;17(4): e23247. doi: 10.5812/ircmj.17(4)2015.23247.

Zangaro G.A. & Soeken K. L. (2007). A meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction. *Research in nursing & health*, 30(4), pp. 445-458.

Zhang L., Huang L., Liu M., Yan H., Li X., (2016). Nurse-physician collaboration impacts job satisfaction and turnover among nurses: A hospital-based cross-sectional study in Beijing. *International journal of nursing practice*, 22(3), pp. 284–290. doi: 10.1111/ijn.12424.

Zheng R.M., Sim Y.F., Koh G.C., (2016). Attitudes towards interprofessional collaboration among primary care physicians and nurses in Singapore. *Journal of Interprofessional Care*, 30(4), pp. 505–511. doi: 10.3109/13561820.2016.1160039.

Βικιλεξικό (2017) *στάση - Βικιλεξικό*. Available at: <https://el.wiktionary.org/wiki/στάση> (Accessed: 1 June 2024).

Γενικό Σύστημα Υγείας (ΓΕΣΥ) (2020) Βασικές Αρχές ΓΕΣΥ, <https://www.gesy.org.cy/>

Θεοδώρου, Μ. Σαρρή, Μ. Σούλης, Σ. (2001) *Συστήματα υγείας*. Αθήνα: Παπαζήση.

Θεοδώρου, Χ. (2014). Επιδρά το προφίλ παρακίνησης του διευθυντή στην αποτελεσματική άσκηση σχολικής ηγεσίας ; Εισαγωγή, pp. 109–135.

Κάντας, Α. (1998) *Οργανωτική – Βιομηχανική Ψυχολογία*,. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Καραλής Άγγελος (2016) Στασεις και αντιλήψεις σχετικά με τη διεπαγγελματική

συνεργασία και επικοινωνία: Συγκριτική μελέτη ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού Ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου. Διπλωματική Εργασία Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο Πάτρα.

Κουκουράβα, Ε. (2008) *Η επίδραση της οργανωτικής κουλτούρας στην εργασιακή ικανοποίηση και στο εργασιακό άγχος*. (Διπλωματική εργασία). Αθήνα: Πάντειο Πανεπιστήμιο.

Κρεμετη, Μ. (2010) Ικανοποίηση των εργαζομένων στο Γενικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας (Διπλωματική εργασία).

Λιαρόπουλος Α. Α., (1989). Η ζήτηση για τις υπηρεσίες υγείας - Μια κρυφή επανάσταση', *Ιατρική*, 56, pp. 419–425.

Μακρής Μ., Θεοδώρου Μ., Μιτλεττόν Ν., (2011). Η επαγγελματική ικανοποίηση στα δημόσια γενικά νοσοκομεία της Κύπρου, Λευκωσία. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 28(2), pp. 234–244.

Μερκούρης Α., (2008). *Μεθοδολογία Νοσηλευτικής Έρευνας*, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα σ.114

Παπάνης Ε., Ρόντος Κ., (2005) *Ψυχολογία – Κοινωνιολογία της εργασίας και διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού: Θεωρία και εμπειρική έρευνα*. Αθήνα: Εκδόσεις Σιδέρης.

Σαπουντζή- Κρέπια Δ., (2004) *Χρόνια ασθένεια και νοσηλευτική φροντίδα*. Β έκδοση. Αθήνα.

Σαπουντζή-Κρέπια Δ., Κάντζος Κ. Παπαδημητρίου Π., Γεώργιος, Γ., (2001) Διεπαγγελματική συνεργασία μεταξύ νοσηλευτριών-κοινωνικών λειτουργών και διαφορές αντιλήψεων. *Νοσηλευτική*, 2, pp. 79–86.

Κυπριακή Δημοκρατία, (2018). Έκθεση «Στατιστικές Υγείας και Νοσοκομείων 2016» Στατιστικές Υγείας, Υπουργείο Οικονομικών Σειρά Ι, Αρ. Έκθεσης 37, ISSN: 0258-7955

Κυπριακή Δημοκρατία, (2019). Έκθεση «Στατιστικές Υγείας και Νοσοκομείων 2017» Στατιστικές Υγείας, Υπουργείο Οικονομικών Σειρά Ι, Αρ. Έκθεσης 38, ISSN: 0258-7955

Παπαϊωάννου Μ. (2022). *Διερεύνηση των γνώσεων και στάσεων των Νοσηλευτών για την Οξεία Σύγχυση / Παραλήρημα* [Πτυχιακή εργασία, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου]. Ktisis. <https://hdl.handle.net/20.500.14279/26867>

Τσουνης Α. και Σαραφης Π., (2016). Η έννοια της επαγγελματικής ικανοποίησης: θεωρητικές προσεγγίσεις και αποτελέσματα στην εργασιακή απόδοση. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*. Τόμος 8, Τεύχος 2, 36-47

Χατζηπαντελή Π., (1999). Διοίκηση Ανθρώπινου Δυναμικού: στελέχωση, παρακίνηση, αμοιβές, διαχείριση της υπαλληλικής σχέσης, εργασιακό κλίμα, Μεταίχμιο, Αθήνα .

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ**

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1: Ερωτηματολόγιο «Jefferson scale of attitudes toward physician-nurse collaboration»

### JEFFERSON SCALE OF ATTITUDES TOWARD PHYSICIAN-NURSE COLLABORATION

**INSTRUCTIONS:** Please indicate the extent of your *agreement* or *disagreement* with each of the following statements by circling the appropriate number. For the purposes of this survey, a nurse is defined as “a registered nurse (RN) who is engaged in providing or directly supervising the care of hospitalized patients.”

**Gender:** [1] Male. [2] Female. **Age** (in years): \_\_\_\_

You are a: [1] **Nurse** (Please specify your degree: \_\_\_\_\_ Your specialization: \_\_\_\_\_ ).  
[2] **Physician** (Please specify your primary specialty: \_\_\_\_\_ ).

|                                                                                                                                           | Strongly Agree | Tend to Agree | Tend to Disagree | Strongly Disagree |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------|------------------|-------------------|
| 1. A nurse should be viewed as a collaborator and colleague with a physician rather than his/her assistant....                            | 4              | 3             | 2                | 1                 |
| 2. Nurses are qualified to assess and respond to psychological aspects of patients' needs.....                                            | 4              | 3             | 2                | 1                 |
| 3. During their education, medical and nursing students should be involved in teamwork in order to understand their respective roles..... | 4              | 3             | 2                | 1                 |
| 4. Nurses should be involved in making policy decisions affecting their working conditions.....                                           | 4              | 3             | 2                | 1                 |
| 5. Nurses should be accountable to patients for the nursing care they provide.....                                                        | 4              | 3             | 2                | 1                 |
| 6. There are many overlapping areas of responsibility between physicians and nurses.....                                                  | 4              | 3             | 2                | 1                 |
| 7. Nurses have special expertise in patient education and psychological counseling.....                                                   | 4              | 3             | 2                | 1                 |
| 8. Doctors should be the dominant authority in all health care matters.....                                                               | 4              | 3             | 2                | 1                 |
| 9. Physicians and nurses should contribute to decisions regarding the hospital discharge of patients.....                                 | 4              | 3             | 2                | 1                 |
| 0. The primary function of the nurse is to carry out the physician's orders.....                                                          | 4              | 3             | 2                | 1                 |
| 1. Nurses should be involved in making policy decisions concerning the hospital support services upon which their work depends.....       | 4              | 3             | 2                | 1                 |
| 2. Nurses should also have responsibility for monitoring the effects of medical treatment.....                                            | 4              | 3             | 2                | 1                 |
| 3. Nurses should clarify a physician's order when they feel that it might have the potential for detrimental effects on the patient.....  | 4              | 3             | 2                | 1                 |
| 4. Physicians should be educated to establish collaborative relationships with nurses.....                                                | 4              | 3             | 2                | 1                 |
| 5. Interprofessional relationships between physicians and nurses should be included in their educational programs.....                    | 4              | 3             | 2                | 1                 |

© Thomas Jefferson University, 2001. All rights reserved. Reprinted by permission from Mohammadreza Hojat, Ph.D.

## ΔΙΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ

**Παρακαλώ κυκλώστε τον αριθμό που αντιπροσωπεύει, όσο το δυνατό καλύτερα, τη γνώμη σας για την εργασία σας**

|    |                                                                                                                                                                                             | <b>Διαφωνώ<br/>απόλυτα</b> | <b>Διαφωνώ<br/>λίγο</b> | <b>Συμφωνώ<br/>λίγο</b> | <b>Συμφωνώ<br/>απόλυτα</b> |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------|-------------------------|----------------------------|
| 1  | Ο /Η Νοσηλεύτης/τρια θα πρέπει να θεωρείται συνεργάτης και συνάδελφος με έναν ιατρό παρά βοηθός του.                                                                                        | 1                          | 2                       | 3                       | 4                          |
| 2  | Οι νοσηλευτές διαθέτουν τα προσόντα για να αξιολογούν και να ανταποκρίνονται στις ψυχολογικές πτυχές των αναγκών των ασθενών.                                                               | 1                          | 2                       | 3                       | 4                          |
| 3  | Κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης τους οι σπουδαστές της ιατρικής και της νοσηλευτικής θα πρέπει να συμμετέχουν σε ομαδικές εργασίες έτσι ώστε να κατανοήσουν τους αντίστοιχους ρόλους τους. | 1                          | 2                       | 3                       | 4                          |
| 4  | Οι νοσηλευτές θα πρέπει να συμμετέχουν στη λήψη πολιτικών αποφάσεων που επηρεάζουν τις συνθήκες εργασίας τους.                                                                              | 1                          | 2                       | 3                       | 4                          |
| 5  | Οι νοσηλευτές θα πρέπει να είναι υπόλογοι στους ασθενείς για τη νοσηλευτική φροντίδα που παρέχουν.                                                                                          | 1                          | 2                       | 3                       | 4                          |
| 6  | Υπάρχουν πολλές αλληλοκαλυπτόμενες περιοχές ευθύνης μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών.                                                                                                           | 1                          | 2                       | 3                       | 4                          |
| 7  | Οι νοσηλευτές είναι εξειδικευμένοι στην εκπαίδευση και στην ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών.                                                                                              | 1                          | 2                       | 3                       | 4                          |
| 8  | Οι ιατροί θα πρέπει να είναι η κυρίαρχη αρχή σε όλα τα θέματα υγείας.                                                                                                                       | 1                          | 2                       | 3                       | 4                          |
| 9  | Οι ιατροί και οι νοσηλευτές θα πρέπει να συμβάλλουν στις αποφάσεις σχετικά με το εξιτήριο των ασθενών.                                                                                      | 1                          | 2                       | 3                       | 4                          |
| 10 | Η πρωταρχική λειτουργία του νοσηλευτή είναι η εκτέλεση των εντολών του ιατρού.                                                                                                              | 1                          | 2                       | 3                       | 4                          |

|    |                                                                                                                                                                              |   |   |   |   |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| 11 | Οι νοσηλευτές θα πρέπει να συμμετέχουν στη λήψη πολιτικών αποφάσεων που σχετίζονται με τις υποστηρικτικές υπηρεσίες του νοσοκομείου από τις οποίες εξαρτάται η εργασία τους. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12 | Θα πρέπει και οι νοσηλευτές να έχουν ευθύνη για την παρακολούθηση των αποτελεσμάτων της ιατρικής θεραπείας.                                                                  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13 | Οι νοσηλευτές θα πρέπει να διευκρινίζουν μια ιατρική οδηγία όταν αισθάνονται ότι μπορεί να υπάρξει το ενδεχόμενο επιζήμιων επιπτώσεων στον ασθενή.                           | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14 | Οι ιατροί θα πρέπει να εκπαιδεύονται στη δημιουργία σχέσεων συνεργασίας με τους νοσηλευτές.                                                                                  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15 | Οι διεπαγγελματικές σχέσεις μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών θα πρέπει να συμπεριληφθούν στα εκπαιδευτικά τους προγράμματα.                                                      | 1 | 2 | 3 | 4 |

Στην «εκπαίδευση και ομαδική εργασία» αντιστοιχούν οι δηλώσεις 1, 3, 6, 9, 12, 14 και 15. Η υψηλή βαθμολογία δηλώνει μεγαλύτερο προσανατολισμό ως προς τη διεπαγγελματική εκπαίδευση και τη διεπαγγελματική συνεργασία.

Στη «φροντίδα έναντι θεραπείας» αντιστοιχούν οι δηλώσεις 2, 4, 7, όπου υψηλή βαθμολογία δηλώνει θετική στάση των νοσηλευτών ως προς τη συνεισφορά τους στην ψυχοκοινωνική και εκπαιδευτική πτυχή της φροντίδας των ασθενών.

Στην «αυτονομία των νοσηλευτών» αντιστοιχούν οι δηλώσεις 5, 11 και 13, όπου υψηλότερη βαθμολογία δηλώνει θετικότερη στάση και συμφωνία στη συμμετοχή των νοσηλευτών στη φροντίδα των ασθενών και στις πολιτικές.

Στην «κυριαρχία των ιατρών» αντιστοιχούν οι δηλώσεις 8 και 10· οι οποίες βαθμολογούνται αντιστρόφως (reverse scored) (Συμφωνώ απόλυτα =1 Διαφωνώ απόλυτα =4). Υψηλότερη βαθμολογία δηλώνει απόρριψη ενός καθολικού κυρίαρχου ρόλου των ιατρών στη φροντίδα των ασθενών.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2: Ερωτηματολόγιο «Job satisfaction survey»

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                    |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | <p align="center"><b>JOB SATISFACTION SURVEY</b></p> <p align="center">Paul E. Spector</p> <p align="center">Department of Psychology</p> <p align="center">University of South Florida</p> <p align="center">Copyright Paul E. Spector 1994, All rights reserved.</p> |                                                                                                                                                    |
|    | <p align="center">PLEASE CIRCLE THE ONE NUMBER FOR EACH QUESTION THAT COMES CLOSEST TO REFLECTING YOUR OPINION ABOUT IT.</p>                                                                                                                                           | <p align="center">Disagree very much<br/>Disagree moderately<br/>Disagree slightly<br/>Agree slightly<br/>Agree moderately<br/>Agree very much</p> |
| 1  | I feel I am being paid a fair amount for the work I do.                                                                                                                                                                                                                | 1 2 3 4 5 6                                                                                                                                        |
| 2  | There is really too little chance for promotion on my job.                                                                                                                                                                                                             | 1 2 3 4 5 6                                                                                                                                        |
| 3  | My supervisor is quite competent in doing his/her job.                                                                                                                                                                                                                 | 1 2 3 4 5 6                                                                                                                                        |
| 4  | I am not satisfied with the benefits I receive.                                                                                                                                                                                                                        | 1 2 3 4 5 6                                                                                                                                        |
| 5  | When I do a good job, I receive the recognition for it that I should receive.                                                                                                                                                                                          | 1 2 3 4 5 6                                                                                                                                        |
| 6  | Many of our rules and procedures make doing a good job difficult.                                                                                                                                                                                                      | 1 2 3 4 5 6                                                                                                                                        |
| 7  | I like the people I work with.                                                                                                                                                                                                                                         | 1 2 3 4 5 6                                                                                                                                        |
| 8  | I sometimes feel my job is meaningless.                                                                                                                                                                                                                                | 1 2 3 4 5 6                                                                                                                                        |
| 9  | Communications seem good within this organization.                                                                                                                                                                                                                     | 1 2 3 4 5 6                                                                                                                                        |
| 10 | Raises are too few and far between.                                                                                                                                                                                                                                    | 1 2 3 4 5 6                                                                                                                                        |

|    |                                                                                           |   |   |   |   |   |   |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| 11 | Those who do well on the job stand a fair chance of being promoted.                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12 | My supervisor is unfair to me.                                                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13 | The benefits we receive are as good as most other organizations offer.                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14 | I do not feel that the work I do is appreciated.                                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15 | My efforts to do a good job are seldom blocked by red tape.                               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16 | I find I have to work harder at my job because of the incompetence of people I work with. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17 | I like doing the things I do at work.                                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18 | The goals of this organization are not clear to me.                                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

|    |                                                                                                                                                                           |                    |                     |                   |                |                  |                 |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------|-------------------|----------------|------------------|-----------------|
|    | <p>PLEASE CIRCLE THE ONE NUMBER FOR EACH QUESTION THAT COMES CLOSEST TO REFLECTING YOUR OPINION ABOUT IT.</p> <p>Copyright Paul E. Spector 1994, All rights reserved.</p> | Disagree very much | Disagree moderately | Disagree slightly | Agree slightly | Agree moderately | Agree very much |
| 19 | I feel unappreciated by the organization when I think about what they pay me.                                                                                             | 1                  | 2                   | 3                 | 4              | 5                | 6               |
| 20 | People get ahead as fast here as they do in other places.                                                                                                                 | 1                  | 2                   | 3                 | 4              | 5                | 6               |
| 21 | My supervisor shows too little interest in the feelings of subordinates.                                                                                                  | 1                  | 2                   | 3                 | 4              | 5                | 6               |
| 22 | The benefit package we have is equitable.                                                                                                                                 | 1                  | 2                   | 3                 | 4              | 5                | 6               |

|    |                                                                         |   |   |   |   |   |   |
|----|-------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| 23 | There are few rewards for those who work here.                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 24 | I have too much to do at work.                                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 25 | I enjoy my coworkers.                                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 26 | I often feel that I do not know what is going on with the organization. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 27 | I feel a sense of pride in doing my job.                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 28 | I feel satisfied with my chances for salary increases.                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 29 | There are benefits we do not have which we should have.                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 30 | I like my supervisor.                                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 31 | I have too much paperwork.                                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 32 | I don't feel my efforts are rewarded the way they should be.            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 33 | I am satisfied with my chances for promotion.                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 34 | There is too much bickering and fighting at work.                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 35 | My job is enjoyable.                                                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 36 | Work assignments are not fully explained.                               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

## ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ

**Παρακαλώ κυκλώστε τον αριθμό  
που αντιπροσωπεύει,  
όσο το δυνατό καλύτερα, τη γνώμη  
σας**

**Διαφωνώ  
απόλυτα**

**Διαφωνώ  
αρκετά**

**Διαφωνώ  
λίγο**

**Συμφωνώ  
λίγο**

**Συμφωνώ  
αρκετά**

**Συμφωνώ  
απόλυτα**

|    |                                                                                                                     |   |   |   |   |   |   |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| 1  | Αισθάνομαι ότι ο μισθός μου είναι ικανοποιητικός για τη δουλειά που κάνω.                                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2  | Υπάρχει πραγματικά πολύ μικρή πιθανότητα για προαγωγή στη δουλειά μου.                                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3  | Η/Ο Προϊστάμενη/ος μου είναι αρκετά ικανή/ός στην εργασία της/ου.                                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4  | Δεν είμαι ικανοποιημένη/ος με τα ωφέληματα που λαμβάνω.                                                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5  | Όταν κάνω καλά τη δουλειά μου, παίρνω την απαιτούμενη αναγνώριση που πρέπει να πάρω.                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6  | Πολλοί από τους κανονισμούς και τις διαδικασίες του οργανισμού μας, με δυσκολεύουν στο να κάνω καλά τη δουλειά μου. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7  | Μου αρέσουν τα άτομα με τα οποία εργάζομαι                                                                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8  | Μερικές φορές αισθάνομαι ότι η δουλειά μου δεν έχει νόημα.                                                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9  | Η επικοινωνία φαίνεται καλή μέσα σε αυτόν τον οργανισμό.                                                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10 | Οι μισθολογικές αυξήσεις είναι μικρές και ανά μεγάλα χρονικά διαστήματα.                                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11 | Όσοι κάνουν καλά τη δουλειά τους έχουν καλές πιθανότητες για προαγωγή.                                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12 | Ο/Η Προϊστάμενος/η μου είναι άδικος/η απέναντι μου.                                                                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

|    |                                                                                                           |   |   |   |   |   |   |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| 13 | Τα ωφελήματα που λαμβάνουμε είναι εξίσου καλά με αυτά που προσφέρουν άλλοι οργανισμοί.                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14 | Δεν αισθάνομαι ότι η δουλειά που κάνω εκτιμάται.                                                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15 | Οι προσπάθειες μου να κάνω καλή δουλειά σπάνια παρεμποδίζονται από τη γραφειοκρατία.                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16 | Θεωρώ ότι πρέπει να εργάζομαι σκληρότερα στη δουλειά μου, λόγω της ανεπάρκειας κάποιων συναδέλφων.        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17 | Μου αρέσει το αντικείμενο της εργασίας μου.                                                               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18 | Οι στόχοι του οργανισμού δε μου είναι ξεκάθαροι                                                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19 | Όταν σκέφτομαι το ποσό που αμείβομαι, αισθάνομαι ότι δεν με εκτιμούν στον οργανισμό στον οποίο εργάζομαι. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20 | Οι άνθρωποι στον οργανισμό που εργάζομαι εξελίσσονται όπως και σε άλλους οργανισμούς.                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21 | Ο/Η Προϊστάμενος/η μου δείχνει πολύ λίγο ενδιαφέρον για τα συναισθήματα των υφισταμένων του.              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 22 | Το πακέτο ωφελημάτων μας είναι δίκαιο.                                                                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 23 | Υπάρχουν λίγες ανταμοιβές για τα άτομα τα οποία εργάζονται εδώ.                                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 24 | Έχω να κάνω πολλά πράγματα στη δουλειά μου.                                                               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 25 | Περνώ καλά με τους συναδέλφους μου.                                                                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

|    |                                                                            |   |   |   |   |   |   |
|----|----------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| 26 | Αισθάνομαι συχνά ότι δεν ξέρω τι συμβαίνει μέσα στον οργανισμό.            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 27 | Αισθάνομαι υπερήφανη/ος όταν κάνω τη δουλειά μου.                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 28 | Νιώθω ικανοποιημένη/ος με τις πιθανότητες για αύξηση στον μισθό.           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 29 | Υπάρχουν ωφέληματα που δεν έχουμε, ενώ θα έπρεπε να έχουμε.                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 30 | Συμπαθώ την/ον Προϊστάμενη/ο μου.                                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 31 | Έχω πάρα πολλή γραφική δουλειά.                                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 32 | Δεν νιώθω ότι οι προσπάθειες μου ανταμείβονται με τον τρόπο που θα έπρεπε. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 33 | Είμαι ικανοποιημένη/ος με τις πιθανότητες μου για προαγωγή.                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 34 | Υπάρχουν πολλές λογομαχίες και καυγάδες στη δουλειά.                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 35 | Η δουλειά μου είναι ευχάριστη.                                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 36 | Όταν ανατίθενται εργασίες, δεν εξηγούνται με σαφήνεια.                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

### ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3: Δημογραφικά Στοιχεία

**ΟΔΗΓΙΕΣ:** Παρακαλώ απαντήστε τις ακόλουθες ερωτήσεις, σημειώνοντας την κατάλληλη εναλλακτική.

**Επάγγελμα:** Ιατρός ☐ Νοσηλευτής ☐

**Φύλο:** Άνδρας ☐ Γυναίκα ☐

**Ηλικία:** \_\_\_\_\_

**Επίπεδο εκπαίδευσης :**

Απόφοιτος Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης ☐

Πτυχίο ( BSc) ☐

Μεταπτυχιακό (MSc) ☐

Διδακτορικό (PhD) ☐

**Οικογενειακή κατάσταση :**

Άγαμος/η ☐

Έγγαμος/η - σε συμβίωση ☐

Εν διαστάση/ Διαζευγμένος/η Χήρος/α ☐

**Αριθμός τέκνων** \_\_\_\_\_

**Έτη Προϋπηρεσίας στον Οργανισμό :** \_\_\_\_\_ χρόνια.

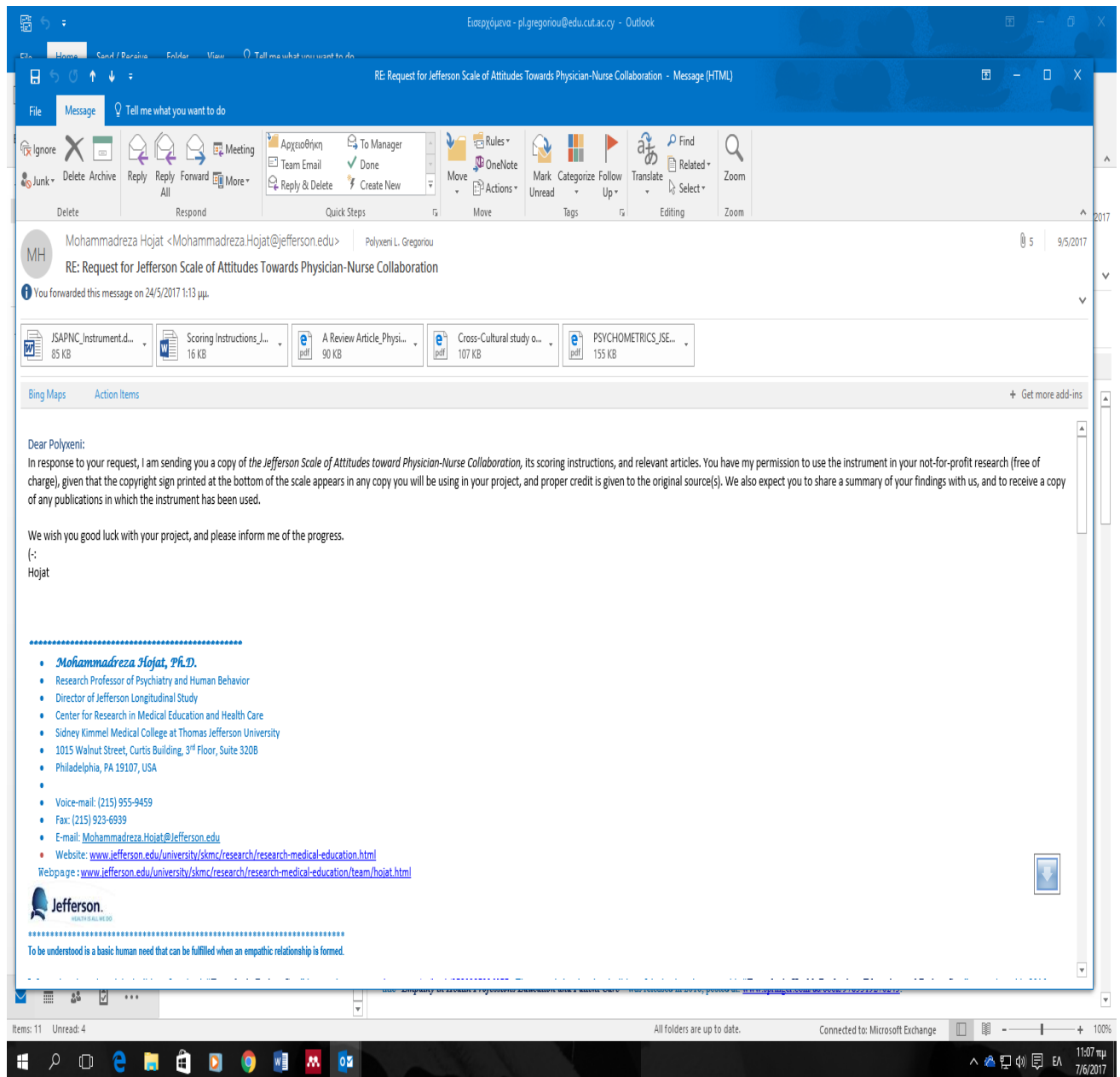
**Αν σου δινόταν η ευκαιρία και λαμβάνοντας υπόψη τα οφέληματα και τις υποχρεώσεις σου (τι παίρνεις τι δίνεις στην εργασία σου) θα επιθυμούσες να αλλάξεις:**

α) Τμήμα    Ναι ☐ Όχι ☐

β) Οργανισμό    Ναι ☐ Όχι ☐

γ) Επάγγελμα    Ναι ☐ Όχι ☐

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4: Άδεια χρήσης ερωτηματολογίου «Jefferson scale of attitudes toward physician-nurse collaboration»



## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5: Άδεια χρήσης ερωτηματολογίου «Job satisfaction survey»**

Dear Polyxeni Gregoriou:

You have my permission for noncommercial research/teaching use of the JSS. You can find copies of the scale in the original English and several other languages, as well as details about the scale's development and norms in the Scales section of my website (link below). I allow free use for noncommercial research and teaching purposes in return for sharing of results. This includes student theses and dissertations, as well as other student research projects. Copies of the scale can be reproduced in a thesis or dissertation as long as the copyright notice is included, "Copyright Paul E. Spector 1994, All rights reserved." Results can be shared by providing an e-copy of a published or unpublished research report (e.g., a dissertation). You also have permission to translate the JSS into another language under the same conditions in addition to sharing a copy of the translation with me. Be sure to include the copyright statement, as well as credit the person who did the translation with the year.

Thank you for your interest in the JSS, and good luck with your research.

Best,

Paul Spector, Distinguished Professor  
Department of Psychology  
PCD 4118  
University of South Florida  
Tampa, FL 33620  
813-974-0357  
[Pspector@usf.edu](mailto:Pspector@usf.edu)  
<http://shell.cas.usf.edu/~spector>

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 6: Άδειες διεξαγωγής της μελέτης

### Α) Επίτροπος Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Αρ. Φακ.: 3.28.239  
Αρ. Τηλ.: 22818303



ΓΡΑΦΕΙΟ ΕΠΙΤΡΟΠΟΥ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ  
ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ  
ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

29 Ιανουαρίου 2018

Κυρία Πολυξένη Γρηγορίου  
Αρμαχώστου 1  
4640 Ακρωτήρι  
Λεμεσός

Γνωστοποίηση Σύστασης και Λειτουργίας Αρχείου/ Έναρξης Επεξεργασίας που υποβλήθηκε από την κ. Πολυξένη Γρηγορίου, νοσηλευτική λειτουργό και φοιτήτρια διδακτορικού επιπέδου στο Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, για έρευνα με τίτλο: «Η διερεύνηση της στάσης του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία και την εργασιακή ικανοποίηση», με ενημέρωση και λήψη συγκατάθεσης των υποκειμένων των δεδομένων

Αναφέρομαι στο έντυπο Γνωστοποίηση Σύστασης και Λειτουργίας Αρχείου/ Έναρξης Επεξεργασίας με ημερομηνία 25.12.2017, σχετικά με το πιο πάνω θέμα, καθώς και στο έντυπο ενημέρωσης και λήψης συγκατάθεσης των υποκειμένων των δεδομένων, το οποίο θα χρησιμοποιήσετε για τους σκοπούς της πιο πάνω έρευνας, που υποβάλατε στο Γραφείο Επιτρόπου Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα με το ηλεκτρονικό μήνυμά σας ημερομηνίας 25.1.2018, και έχω οδηγίες να σας πληροφορήσω τα εξής:

- 2.1. Αφού ελήφθη υπόψη η ιδιότητα σας ως νοσηλευτικής λειτουργού η οποία δεσμεύεται με καθήκον εχεμύθειας από επαγγελματικό κώδικα δεοντολογίας, συνεπώς έχετε επίγνωση της σημασίας της τήρησης του απόρρητου και της ασφάλειας της επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων,
- 2.2. ότι είστε μεταπτυχιακή φοιτήτρια διδακτορικού επιπέδου στο Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου και συνεπώς η έρευνα σας είναι επιστημονικού επιπέδου,
- 2.3. ότι η επεξεργασία των δεδομένων θα γίνει αποκλειστικά για τους σκοπούς της πιο πάνω επιστημονικής έρευνας,
- 2.4. ότι η συμμετοχή στην έρευνα θα είναι εθελοντική και τα υποκείμενα των δεδομένων θα ενημερώνονται και η επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων τους θα γίνεται με τη συγκατάθεσή τους,
- 2.5. ότι η καταγραφή των απαντήσεων στα ερωτηματολόγια θα γίνει ανώνυμα και από τις πληροφορίες που θα συλλεχθούν θα είναι δύσκολο να προσδιοριστούν τα υποκείμενα των δεδομένων, αφού η ηλικία θα ληφθεί ανά πενταετία 20-25, 26-30, 31-35 ετών κλπ, στο επάγγελμα η απάντηση θα είναι επιλογή ιατρός ή νοσηλεύτης,
- 2.6. ότι δεν υπάρχουν αποδέκτες των δεδομένων,
- 2.7. ότι στο σημείο «Η» έχετε περιλάβει μέτρα ασφάλειας και προστασίας των πληροφοριών, τόσο σε χάρτινη όσο και σε ηλεκτρονική μορφή,
- 2.8. ότι οι πληροφορίες που θα συλλεχθούν θα διαγραφούν/καταστραφούν στο τέλος Δεκεμβρίου 2020.

3. η Γνωστοποίηση φαίνεται να είναι σύμφωνη με τις διατάξεις του άρθρου 7(1)(2) των περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμων του 2001 μέχρι 2012 (Ν. 138(Ι)/2001 όπως τροποποιήθηκε με τους Ν. 37(Ι)/2003 και Ν. 105(Ι)/2012), στο εξής «ο Νόμος», και, ως εκ τούτου, έχει καταχωριστεί στο Μητρώο Αρχείων και Επεξεργασιών που τηρεί ο Επίτροπος δυνάμει των διατάξεων των άρθρων 7(4), 23(1)(ιγ) και 24(1)(α) του Νόμου.

4. Το πιο πάνω Μητρώο είναι προσβάσιμο στο κοινό, σύμφωνα με το άρθρο 24(2) του Νόμου.

5. Να σημειωθεί ότι η καταχώρηση της Γνωστοποίησης στο εν λόγω μητρώο σε καμία περίπτωση δεν ισοδυναμεί με άδεια επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων, ούτε απαλλάσσει τον εκάστοτε υπεύθυνο επεξεργασίας από ενδεχόμενη ευθύνη του σε σχέση με τα στοιχεία τα οποία έχουν δηλωθεί στο έντυπο Γνωστοποίησης ή σε σχέση με την εν γένει επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων ιδίως σε περίπτωση που υποβληθούν στο Γραφείο μας αιτήσεις νομιμότητας, παράπονα, καταγγελίες ή ακόμη και σε περιπτώσεις αυτεπάγγελτης εξέτασης. Σε κάθε περίπτωση η καταχώρηση της Γνωστοποίησης στο εν λόγω Μητρώο δεν ισοδυναμεί με νομιμότητα της σχετικής επεξεργασίας.

6. Επιπλέον επισημαίνουμε ότι από τις 25.5.2018 τίθεται σε εφαρμογή ο Κανονισμός (ΕΕ) 2016/679 της 27<sup>ης</sup> Απριλίου 2016 και θεωρούμε χρήσιμο να σας πληροφορήσουμε ότι θα ισχύουν οι διατάξεις του άρθρου 30 για τα Αρχεία των δραστηριοτήτων επεξεργασίας.



(Μάριος Παπαχριστοδούλου)  
για Επίτροπο Προστασίας Δεδομένων  
Προσωπικού Χαρακτήρα

MFPlot



## Β) Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Αρ. Φακ. : ΥΥ 5.34.01.7.6Ε

Αρ. Πρωτ.: 466/2018

18 Μαΐου 2018

Προϊστάμενη Νοσηλευτικό Λειτουργό Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού  
Β. Προϊστάμενη Νοσηλευτικό Λειτουργό Νοσοκομείου Κυπερουντας

**Θέμα : Άδεια για διεξαγωγή ερευνών από την Επιστημονική Επιτροπή  
προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας**

Έχω οδηγίες να αναφερθώ στο πιο πάνω θέμα για να σας ενημερώσω πως η Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας έχει παραχωρήσει σχετική άδεια στην κα Πολυξένη Γρηγορίου, Νοσηλευτικό Λειτουργό- Διδακτορική Φοιτήτρια, για διεξαγωγή έρευνας με τίτλο «Διεπαγγελματική συνεργασία και εργασιακή ικανοποίηση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού».

Διευκρινίζεται πως τα ερωτηματολόγια θα διανεμηθούν από την ερευνήτρια σε Νοσηλευτικούς Λειτουργούς και θα συμπληρωθούν κατά τον ελεύθερο τους χρόνο.

Στη διάθεση σας για οποιεσδήποτε διευκρινήσεις.

(Χριστίνα Ιωαννίδου-Ευσταθίου)

για Διευθυντή Νοσηλευτικών Υπηρεσιών

✓ κοιν. κα Πολυξένη Γρηγορίου, Νοσηλευτικό Λειτουργό- Διδακτορική Φοιτήτρια



Προδρόμου 1 Χίλωνος 17 Υπουργείο Υγείας, 1448 Λευκωσία  
Τηλ: 22605740 Φαξ: 22605528 Ιστοσελίδα: <http://www.moh.gov.cy>



ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΗΣ  
ΠΡΟΤΗΡΗΣΗΣ

Αρ. φακ: 5.34.01.7.2<sup>ε</sup>  
Αρ. τηλ. 22605738  
Email: lgeorgiou@moH.gov.cy

Αρ. Πρωτοκόλλου: 0466/2018

17 Μαΐου 2018

κα Πολυξένη Γρηγορίου  
Αμμοχώστου 1,  
4640 Ακρωτήρι, Λεμεσός

Θέμα: Ερευνητική Πρόταση με θέμα: «Διεπαγγελματική συνεργασία και εργασιακή ικανοποίηση  
ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού»

Έχω οδηγίες να ενημερωθείτε από την Επιτροπή Διαπραγμάτευσης όσον αφορά διεξαγωγή έρευνας σχετικά με το πιο πάνω θέμα που υποβλήθηκε στην Επιτροπή Διαπραγμάτευσης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας με ημερομηνία 12 Μαρτίου 2018 και να σας ενημερώσω ότι το αίτημα σας έχει εγκριθεί με την προϋπόθεση ότι η έρευνα θα πραγματοποιηθεί στον ελεύθερο σας χρόνο.

Σημειώνεται ότι το Υπουργείο Υγείας δεν φέρει οποιoδήποτε ευθύνη για την έκβαση των αποτελεσμάτων σας.

Νοείται ότι θα πρέπει να τηρηθεί η λειτουργία των πρωταρχικών των τμημάτων /υπηρεσιών για την διεξαγωγή της σχετικής έρευνας. Επισημαίνεται ότι σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει να διαταράσσεται η ομαλή λειτουργία των τμημάτων όπου θα διεξάγεται η έρευνα.

Επίσης, με την ολοκλήρωση της έρευνάς σας δε πρέπει να παραδώσετε στην γραμματεία της επιτροπής τα ακόλουθα:

- Αντίγραφο ολοκληρωμένης πρότασης έρευνας, τεχνική και έντυπη μορφή
- Γραπτή συγκατάθεση σας για την διαχείριση των αποτελεσμάτων της έρευνας από το Υπουργείο Υγείας.
- Περίληψη της έρευνας σε συγκεκριμένη μορφή, καθώς και τα στοιχεία επικοινωνίας σε τα οποία θα αναρτούνται στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας.

(Ειρήνη Γεωργίου)  
Γραφική Διευθύντρια

Κοιν: ΠΛΥ  
Διευθυντή ΙΥ&ΥΔΥ  
Διευθυντή ΝΥ



17/5/18  
Τηλ: 22605738 ή 22605739 ή 22605740 ή 22605741 ή 22605742 ή 22605743 ή 22605744 ή 22605745 ή 22605746 ή 22605747 ή 22605748 ή 22605749 ή 22605750 ή 22605751 ή 22605752 ή 22605753 ή 22605754 ή 22605755 ή 22605756 ή 22605757 ή 22605758 ή 22605759 ή 22605760 ή 22605761 ή 22605762 ή 22605763 ή 22605764 ή 22605765 ή 22605766 ή 22605767 ή 22605768 ή 22605769 ή 22605770 ή 22605771 ή 22605772 ή 22605773 ή 22605774 ή 22605775 ή 22605776 ή 22605777 ή 22605778 ή 22605779 ή 22605780 ή 22605781 ή 22605782 ή 22605783 ή 22605784 ή 22605785 ή 22605786 ή 22605787 ή 22605788 ή 22605789 ή 22605790 ή 22605791 ή 22605792 ή 22605793 ή 22605794 ή 22605795 ή 22605796 ή 22605797 ή 22605798 ή 22605799 ή 22605800 ή 22605801 ή 22605802 ή 22605803 ή 22605804 ή 22605805 ή 22605806 ή 22605807 ή 22605808 ή 22605809 ή 22605810 ή 22605811 ή 22605812 ή 22605813 ή 22605814 ή 22605815 ή 22605816 ή 22605817 ή 22605818 ή 22605819 ή 22605820 ή 22605821 ή 22605822 ή 22605823 ή 22605824 ή 22605825 ή 22605826 ή 22605827 ή 22605828 ή 22605829 ή 22605830 ή 22605831 ή 22605832 ή 22605833 ή 22605834 ή 22605835 ή 22605836 ή 22605837 ή 22605838 ή 22605839 ή 22605840 ή 22605841 ή 22605842 ή 22605843 ή 22605844 ή 22605845 ή 22605846 ή 22605847 ή 22605848 ή 22605849 ή 22605850 ή 22605851 ή 22605852 ή 22605853 ή 22605854 ή 22605855 ή 22605856 ή 22605857 ή 22605858 ή 22605859 ή 22605860 ή 22605861 ή 22605862 ή 22605863 ή 22605864 ή 22605865 ή 22605866 ή 22605867 ή 22605868 ή 22605869 ή 22605870 ή 22605871 ή 22605872 ή 22605873 ή 22605874 ή 22605875 ή 22605876 ή 22605877 ή 22605878 ή 22605879 ή 22605880 ή 22605881 ή 22605882 ή 22605883 ή 22605884 ή 22605885 ή 22605886 ή 22605887 ή 22605888 ή 22605889 ή 22605890 ή 22605891 ή 22605892 ή 22605893 ή 22605894 ή 22605895 ή 22605896 ή 22605897 ή 22605898 ή 22605899 ή 22605900 ή 22605901 ή 22605902 ή 22605903 ή 22605904 ή 22605905 ή 22605906 ή 22605907 ή 22605908 ή 22605909 ή 22605910 ή 22605911 ή 22605912 ή 22605913 ή 22605914 ή 22605915 ή 22605916 ή 22605917 ή 22605918 ή 22605919 ή 22605920 ή 22605921 ή 22605922 ή 22605923 ή 22605924 ή 22605925 ή 22605926 ή 22605927 ή 22605928 ή 22605929 ή 22605930 ή 22605931 ή 22605932 ή 22605933 ή 22605934 ή 22605935 ή 22605936 ή 22605937 ή 22605938 ή 22605939 ή 22605940 ή 22605941 ή 22605942 ή 22605943 ή 22605944 ή 22605945 ή 22605946 ή 22605947 ή 22605948 ή 22605949 ή 22605950 ή 22605951 ή 22605952 ή 22605953 ή 22605954 ή 22605955 ή 22605956 ή 22605957 ή 22605958 ή 22605959 ή 22605960 ή 22605961 ή 22605962 ή 22605963 ή 22605964 ή 22605965 ή 22605966 ή 22605967 ή 22605968 ή 22605969 ή 22605970 ή 22605971 ή 22605972 ή 22605973 ή 22605974 ή 22605975 ή 22605976 ή 22605977 ή 22605978 ή 22605979 ή 22605980 ή 22605981 ή 22605982 ή 22605983 ή 22605984 ή 22605985 ή 22605986 ή 22605987 ή 22605988 ή 22605989 ή 22605990 ή 22605991 ή 22605992 ή 22605993 ή 22605994 ή 22605995 ή 22605996 ή 22605997 ή 22605998 ή 22605999 ή 22606000

## Γ) Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΕΘΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΚΥΠΡΟΥ

Αρ. Φακ.: ΕΕΒΚ ΕΠ 2017.01.125  
Αρ. Τηλ.: 22809038/039  
Αρ. Φαξ: 22353878

9 Νοεμβρίου, 2017

Κυρία Πολυξένη Γρηγορίου  
Αμμοχώστου 6  
Ακρωτήρι  
4640 Λεμεσός

Αγαπητή κυρία Γρηγορίου,

**Αίτηση γνωμοδότησης για την πρόταση με τίτλο:**  
**«Διεπαγγελματική συνεργασία και εργασιακή ικανοποίηση**  
**ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού»**

Αναφέρομαι στην αίτηση σας ημερομηνίας 03 Νοεμβρίου, 2017 για το πιο πάνω θέμα, και επιθυμώ να σας πληροφορήσω ότι από τη μελέτη του περιεχομένου των εγγράφων που έχετε καταθέσει, που αφορούν την πιο πάνω έρευνα, έχω την γνώμη ότι η εν λόγω έρευνα σας **δεν εμπίπτει** στη σφαίρα αρμοδιοτήτων της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου (ΕΕΒΚ) για βιοηθική αξιολόγηση.

2. Παραμένει περαιτέρω ευθύνη δική σας η διεξαγωγή της έρευνας με τρόπο που να διασφαλίζεται η τήρηση της εμπιστευτικότητας και ανωνυμίας των συμμετεχόντων με βάση τον περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμο του 2001 (Ν.138(I)/2001) και με τις εκάστοτε τροποποιήσεις.

3. Σας ενημερώνουμε ότι για σκοπούς καλύτερου συντονισμού και αποφυγής επανάληψης ερευνών με το ίδιο θέμα ή/και υπό εξέταση πληθυσμό μέσα σε σύντομο σχετικά χρονικό διάστημα, η ΕΕΒΚ δημοσιεύει στην ιστοσελίδα της το θέμα της έρευνας, τον φορέα και τον υπό εξέταση πληθυσμό.

4. Κατά τη διάρκεια εκπόνησης της έρευνας, ο συντονιστής / επιστημονικός υπεύθυνος θα ενημερώνει την ΕΕΒΚ για κάθε τροποποίηση των αρχικά κατατεθειμένων εγγράφων (πρωτόκολλο ή άλλα ερευνητικά έγγραφα) και θα υποβάλλει τις απαιτούμενες έντυπες τροποποιήσεις στην Επιτροπή.

5. Σε περίπτωση διακοπής της έρευνας, ο συντονιστής/ επιστημονικός υπεύθυνος θα ενημερώσει γραπτώς την Επιτροπή κάνοντας αναφορά και στους λόγους διακοπής της έρευνας.

.../2

ΕΘΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΚΥΠΡΟΥ

---

Κέντρο Υγείας Έγκομης, Νίκου Κρανιδιώτη, 2411 Λευκωσία,  
Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο: [enbc@bioethics.gov.cy](mailto:enbc@bioethics.gov.cy) Ιστοσελίδα: [www.bioethics.gov.cy](http://www.bioethics.gov.cy)

6. Ο συντονιστής/ επιστημονικός υπεύθυνος θα ενημερώσει την Επιτροπή σε περίπτωση αδυναμίας να συνεχίσει ως συντονιστής και θα υποβάλει τα στοιχεία επικοινωνίας του αντικαταστάτη του.

7. Με το πέρας της ερευνητικής πρότασης, ο συντονιστής / επιστημονικός υπεύθυνος θα ενημερώσει εγγράφως την Επιτροπή ότι το υπό αναφορά ερευνητικό πρωτόκολλο ολοκληρώθηκε.

8. Σας ευχόμαστε κάθε επιτυχία στη διεξαγωγή της έρευνάς σας.

Με εκτίμηση,

Handwritten signature in blue ink, appearing to read 'N. Phellias'.

Καθ. Κωνσταντίνος Ν. Φελλάς  
Πρόεδρος  
Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου

ΕΘΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΚΥΠΡΟΥ

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 7:

### 7.1 Δημοσίευση άρθρου στο Journal Materia Socio Medica

Attitudes of Physicians and Nurses Toward Interprofessional Collaboration: a Systematic Literature Review

DOI: 10.5455/msm.2025.37.64-73

Received: Feb 05 2025; Accepted: Mar 07, 2025

© 2025 Polyxeni Lazarou Gregoriou, Andreas Charalambous, Elena Rousou, Evridiki Papastavrou, Anastasios Merkouris

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ORIGINAL PAPER

Mater Sociomed. 2025; 37(1): 64-73

# Attitudes of Physicians and Nurses Toward Interprofessional Collaboration: a Systematic Literature Review

<sup>1</sup>Nursing Officer /  
Resuscitation Officer  
Limassol General  
Hospital, Leoforos  
Nikaia, Limassol,  
Cyprus

Polyxeni Lazarou Gregoriou<sup>1</sup>, Andreas Charalambous<sup>2</sup>, Elena Rousou<sup>2</sup>,  
Evridiki Papastavrou<sup>2</sup>, Anastasios Merkouris<sup>2</sup>



materia socio media article published.pdf

DOI: 10.5455/msm.2025.37.64-73

Received: Feb 05 2025; Accepted: Mar 07, 2025

© 2025 Polyxeni Lazarou Gregoriou, Andreas Charalambous, Elena Rousou, Evridiki Papastavrou, Anastasios Merkouris

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

## ORIGINAL PAPER

Mater Sociomed. 2025; 37(1): 64-73

# Attitudes of Physicians and Nurses Toward Interprofessional Collaboration: a Systematic Literature Review

Polyxeni Lazarou Gregoriou<sup>1</sup>, Andreas Charalambous<sup>2</sup>, Elena Rousou<sup>2</sup>, Evridiki Papastavrou<sup>2</sup>, Anastasios Merkouris<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Nursing Officer / Resuscitation Officer  
Limassol General Hospital, Leoforos Nikaias, Limassol, Cyprus

<sup>2</sup>Department of Nursing, Cyprus University of Technology, Limassol, Cyprus

**Corresponding author:**  
Department of Nursing, Cyprus University of Technology, 30, Archbishop Kyprianou Str., 3036 Limassol, Cyprus. Polyxeni Lazarou Gregoriou (xgregoriou@gmail.com)

## ABSTRACT

**Background:** Interprofessional collaboration involves coordinated efforts by professionals from various disciplines, such as physicians and nurses, aimed at improving patient care outcomes. This teamwork enhances cooperation among healthcare professionals with diverse expertise, contributing significantly to patient safety, satisfaction, expedited recovery, cost-effectiveness, and reduced mortality rates.

**Objective:** This paper explores the available evidence regarding the attitudes of physicians and nurses towards interprofessional collaboration and identifies factors that influence their willingness to engage in collaborative practice. **Methods:** A systematic review was conducted spanning from 2016 to 2023, adhering to predefined criteria and the PRISMA guidelines and checklist. Searches were performed in PubMed, Scopus, CINAHL Plus, Cochrane, and Google Scholar. The inclusion criteria comprised studies (regardless of design) addressing interprofessional collaboration, published within the last ten years, and involving both physicians and nurses. Only articles with full text access and written in English or Greek were included.

**Results:** The review identified 13 relevant studies. The analysis revealed that nurses generally exhibit more favourable attitudes towards interprofessional collaboration compared to physicians. Moreover, thematic analysis highlighted key factors influencing the attitudes of both nurses and physicians, including education level, age and years of experience. **Conclusion:** This review highlights critical aspects and gaps in current literature, emphasizing the need for future research to further explore these areas. Findings also underscore the importance of incorporate these insights into hospital policies to effectively enhance interprofessional collaboration.

**Keywords:** Interprofessional collaboration, physicians, nurses, attitudes.

## 1. BACKGROUND

The effective and timely response to public health challenges remains a key priority in general health strategies at both the state and organizational levels. Ensuring the seamless and efficient operation of healthcare organizations is a fundamental management objective, with employee collaboration playing a vital role in achieving success (1, 2).

The optimal functioning of a healthcare organization depends on the level of collaboration among various healthcare professionals, commonly referred to as interprofessional cooperation (3). Effective teamwork and collaboration among health professionals contribute to high-quality care delivery, efficient management, and improved patient outcomes, ultimately facilitating timely recovery and overall health improvement (4, 5).

Interprofessional collaboration refers to the cooperative interaction between professionals from different disciplines, such as physicians and nurses. It involves fostering teamwork among healthcare professionals from diverse specialties to enhance patient care (5, 6). Collaboration is defined as the interaction between physicians and nurses that allows the knowledge and skills of both to collaboratively influence the care provided to the patient (7). Aymen et al. (2017)

describe nurse–physician collaboration as “Nurses and doctors work together, sharing responsibilities in resolving difficulties and decisions that are made to frame and execute a plan related to patient care”(6). Poor collaboration between nurses and physicians negatively impacts patient outcomes, job satisfaction, and organizational costs (5, 8).

### Historical data

Historically, the physician-centered model has dominated healthcare sector, with medical decision-making being the exclusive responsibility of physicians. For decades, physicians held primary authority not only in clinical decisions but also in the overall organization of healthcare services. The hierarchical structure of nurse-physician interactions was marked by physician dominance and nurse subordination, with doctors adopting a paternalistic and directive role while nurses were expected to follow their instructions (2, 10). Research indicates that this traditional dynamic has limited nurses' professional autonomy and authority, further reinforcing power imbalances within the healthcare system (8).

The therapeutic management of diseases, which was the primary focus of medical science, was largely controlled by physicians, leaving little room for other healthcare professionals to contribute to a more holistic approach to patient care (11, 12). Physicians held ultimate responsibility for patient treatment, further reinforcing their dominance within the healthcare system (15). Stein (1967) famously described this dynamic as one of physician dominance and nurse servility, a dynamic that persisted for decades (16). This imbalance placed physicians in a position of continuous authority over nurses, who were expected to follow directives and minimal direct communication with physicians, to whenever possible (16, 17). Many nurses have described this model as restrictive and demeaning, undermining the professional significance of nursing and contributing to workplace dissatisfaction (18).

Since the 1960s, Stein's research has highlighted that hierarchical perceptions on nurse-physician relationships are deeply embedded among healthcare professionals, patients, and society at large. In 1967, Stein was the first to formally describe this dynamic in his study, introducing the concept of the “doctor-nurse game” (19). This phenomenon emerged as nurses attempted to contribute to treatment decisions or subtly intervene when they identified potential medical errors. To navigate the rigid hierarchy, nurses developed a strategic approach characterized by indirect communication, allowing them to influence physicians' decisions without overtly challenging their authority (19). A key feature of this interaction was the physician's deliberate effort to acknowledge the nurse's input while maintaining a position of authority and avoiding any appearance of subordination (19).

In contemporary healthcare, the landscape has significantly evolved. The need to maintain or improve service quality while optimizing resource utilization

has become a key priority (20). Consequently, healthcare administrators are increasingly exploring and implementing cost-effective or zero-cost interventions to achieve these goals. Extensive research highlights the positive impact of interprofessional collaboration between physicians and nurses on workplace efficiency, job satisfaction—leading to increased productivity—and overall public health outcomes (5–7, 21, 22). Given this evidence, integrating collaborative models into healthcare systems is not merely an option but a necessity. However, meaningful change requires the willingness and active engagement of physicians, as their support is crucial for the successful implementation of collaborative practices (23). Additionally, patients—the ultimate recipients of healthcare services—must also challenge outdated stereotypes, as their acceptance and engagement play a vital role in fostering a more integrated and effective healthcare system (24).

A positive development is the increasing societal recognition of nursing as a vital profession that significantly contributes to the healthcare sector. This acknowledgment has driven significant advancements in nursing education, including its integration into university-level programs. Despite these educational and professional advancements—such as the scientific evolution of nursing, its redefinition within the hospital setting, and its repositioning through higher education—the core dynamics of nurse-physician relationships have remained largely unchanged in clinical practice (10).

The effectiveness of teamwork has been shown to depend significantly on team composition, which influences individual attitudes, behaviours, team performance, and overall organizational processes (26, 27). Research among healthcare professionals (HCPs) further supports the notion that collaboration and team cohesion enhance staff satisfaction, improve team and organizational effectiveness, and ultimately contribute to higher-quality, patient-centered care (28, 29). These findings highlight the necessity of fostering strong interprofessional collaboration to optimize healthcare delivery and improve patient outcomes.

Existing literature suggests that several factors hinder effective collaboration and communication among healthcare professionals. These include differences in educational background, professional hierarchy and power dynamics, varying perceptions of healthcare roles, historical and social positioning of different professions, distinct professional cultures, economic and organizational constraints, systemic hierarchy, and overlapping professional responsibilities (30, 31). These barriers not only strain interprofessional relationships but also increase the risk of errors in clinical practice. Furthermore, while both physicians and nurses recognize the importance of collaboration and express a willingness to engage in meaningful professional relationships, discrepancies in how they interpret the concept of collaboration may serve as a fundamental obstacle to its successful implementation (32). Addressing these differences is

crucial for fostering a more cohesive, effective and patient-centered healthcare team.

## 2. OBJECTIVE

To review the existing evidence on the attitudes of physicians and nurses toward interprofessional collaboration, and to identify the factors that influence their willingness to engage in collaborative practice.

## 3. MATERIAL AND METHODS

For this narrative review, an extensive literature search was conducted between 2016 and 2023, focusing on articles published in both English and Greek. The search was performed across several databases, including PubMed, Scopus, CINAHL Plus, Cochrane, Google Scholar, as well as Greek scientific medical and nursing journals. The goal was to collect research investigating the attitudes of physicians and nurses toward interprofessional collaboration. The search included the following keywords “Interprofessional collaboration”, “physicians”, “nurses”, “attitudes”. After screening for relevance and eligibility, a total of 13 studies were included, representing the most pertinent to address the following questions:

- a) What are the attitudes of nurses and physicians toward interprofessional collaboration?
- b) Are there any differences in the attitudes of nurses and physicians toward interprofessional collaboration?
- c) What demographic or organizational factors are associated with the attitudes of nurses and physicians toward interprofessional collaboration?

These questions served as the foundation of this review and provided a structured approach to exploring the attitudes and factors influencing interprofessional collaboration between nurses and physicians.

The literature search was specifically aimed at studies examining interprofessional collaboration between physicians and nurses. To be included in this review, articles had to meet the following inclusion criteria:

- Research study (regardless of design) addressing the topic of interprofessional collaboration.
- Studies published within the last ten years.
- The study population must include two samples (physicians sample and nurses sample).
- Articles with access to full text.
- Articles written in English or Greek.

## 4. RESULTS

As outlined above a total of 13 studies relevant to the topic were identified through the literature search and subsequently included in this review. These studies were conducted across various countries, as follows: Pakistan 1 (5), Egypt 1 (2), Palestine 1 (6), Singapore 1 (39) United States of America 2 (36, 38), Italy 2 (40, 41), Indonesia 1 (37), China 1 (42), Ethiopia 2 (7, 8), and in Greece 1 (35) (Table 1).

The participants of the studies involved both physicians and nurses. The number of participants varied

across studies, with the range for nurses being from 31 to 543 and for physicians from 24 to 423. The participants were employed in various healthcare settings, including primary health care sector, general nursing departments and intensive care units. This diversity in settings offers a comprehensive view of attitudes toward interprofessional collaboration across different healthcare environments.

### Methodological approaches:

The primary methodological approach used in the studies was surveys, employing a variety of instruments. The Jefferson Scale of Attitude toward Physician-Nurse Collaboration (JSAPNC) was used in 9 of the 13 studies. The questionnaire consists of 15 questions and uses a Likert scale for their evaluation with a range of values from 1 (strongly disagree) to 4 (strongly agree). A higher total score indicates a more positive perception of collaboration.

The remaining 4 studies used different instruments to assess interprofessional collaboration, including:

The CPS (Collaborative Practice Scale), which is a tool designed to measure the interaction between doctors and nurses in terms of collaboration. It evaluates the behaviour of nurses based on their experiences and physicians' behaviour, with a focus on sharing responsibilities and setting common goals to achieve the best therapeutic outcome for the benefit of the patient (44, 45).

The “Communication and Collaboration among physicians and nurses” (CCCT) questionnaire, (16) developed by Vazirami, was used in one study. This questionnaire includes questions that assess the attitudes and opinions of both doctors and nurses regarding interprofessional collaboration and communication.

The Safety Attitudes Questionnaire team work climate (SAQ) questionnaire assess the quality of collaboration between health professionals and identifies potential barriers to effective collaboration (38).

The Nurse-Physicians Collaboration Scale (NPCS) (47), reflects many of the key definitions of collaboration in the literature: a) shared participation in treatment/care decision-making, b) sharing information about patients, and c) collaboration between nurses and physicians.

The attitudes of nurses and physicians toward interprofessional collaboration.

Regarding the first research question, the results of the review indicate that in the majority of studies (9 out of 13), nurses reported a more positive attitude towards interprofessional collaboration than physicians (2, 5–7, 37, 39, 40, 48). In contrast, 3 out of 13 studies found that physicians had higher scores on the perception of collaboration compared to nurses. Notably, all 9 studies in which nurses showed a more positive attitude, used the Jefferson Scale, a tool designed to measure attitudes toward interprofessional collaboration.

This type of relationship between physicians and nurses is thought, as suggested by Elsous et al. (2017), to have partially contributed to the career changes

| Authors/date                                                                                  | Purpose                                                                                                                                                                                                      | Study Design/ Sample                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Instrument                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Main Findings RN-MD Attitudes toward inter-professional collaboration                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Abdullah K, Muhammad T, Almeera I, Jannat S, and Mujahid A., (Pakistan 2021)                  | To determine the attitudes of physicians and nurses working in different hospitals in the Islamabad-Rawalpindi region of Pakistan.                                                                           | Cross-sectional study<br>Convenience sample<br>374 Health care professionals Nurses (51,1%)<br>Physicians (48,9%)<br>In 3 hospitals from government sector and 3 from private sector.                                                                                                                                                 | The Jefferson Scale of Attitudes toward Physician – Nurse Collaboration (Hojat et al. 1999)<br><b>Validity:</b> Not mentioned<br><b>Internal consistency:</b> Cronbach alpha .71<br><b>Data collected:</b> self-administered questionnaires.                                                                                                                                                       | Nurses had significantly better opinions about IPC compared to physicians (mean: 50.81 vs. 47.48, p<.01). Nurses also outsourced physicians in all four domains of the JSAPNC                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Eman K, Hanaa E., (Egypt 2020)                                                                | To examine the attitudes of healthcare professionals towards nurse-physician collaboration and to explore the level of satisfaction concerning the quality of collaboration among them.                      | A descriptive comparative study<br>Convenience sample<br>338 participants (158 internship nurses, 139 nurses and 41 physicians)<br>University Hospital                                                                                                                                                                                | The Jefferson Scale of Attitudes toward Physician – Nurse Collaboration (Hojat et al. 1999)<br><b>Validity:</b> Not mentioned<br><b>Internal consistency:</b> Cronbach alpha 0.70–0.93<br><b>Data collected:</b> self-administered questionnaires                                                                                                                                                  | Staff nurses have the high positive attitude (48.45 (4.03)) towards collaboration between nurses and physicians comparing to physicians and internship nurses. The internship nurses have the high score (38.6%) in poor level of satisfaction regarding quality of collaboration between nurses and physicians comparing to staff nurses and physicians. Physicians are satisfied (61%) with the level of collaboration between them and nurses.                |
| Degavi G., (Ethiopia 2019)                                                                    | To assess interprofessional collaboration between nurses and physicians                                                                                                                                      | Descriptive cross sectional study<br>Convenience sample<br>Nurses (n = 226)<br>Physicians (n = 67)<br>Hospital                                                                                                                                                                                                                        | The Jefferson Scale of Attitudes toward Physician – Nurse Collaboration (Hojat et al. 1999)<br><b>Validity:</b> Not mentioned<br><b>Internal consistency:</b> not mentioned<br><b>Data collected:</b> self-administered questionnaires                                                                                                                                                             | Nurses demonstrate more favorable total Jefferson scale of attitude than physicians (p-value 0.003) with mean score of 49.18 (SEM 0.39) and 46.64 (SEM 0.89) respectively. The younger age group showed more frequent collaborative behaviour compared to old age groups (p =0.002). The respondents with short service year showed more frequent collaborative behavior compared to respondents with long term service year (p =0.000).                         |
| Elsous A, Radwan M, Mohsen S., (Palestine, 2017)                                              | To examine the attitudes of nurses and physicians toward nurse-physician collaboration                                                                                                                       | Descriptive cross sectional study<br>Convenience sample<br>Nurses (n = 313)<br>Physicians (n = 101)<br>Response rate: 57%<br>Nurses 64% Physicians 23.87%<br>Two public hospitals                                                                                                                                                     | The Jefferson Scale of Attitudes toward Physician – Nurse Collaboration (Hojat et al. 1999)<br><b>Validity:</b> The item content validity index and scale content validity index ranged from 0.77 to 1.00 and 0.88 to 0.94, respectively.<br><b>Internal consistency:</b> The Cronbach alpha was 73.2 for the entire model (74.7–89.5).<br><b>Data collected:</b> self-administered questionnaires | Nurses expressed more positives attitudes toward collaboration than physicians (M ± SD on four-point scale: 3.40 ± 0.30 and 3.01 ± 0.35, resp.) There was a positive correlation between JSAPNC and the age (0.127). The two factors which showed positive correlations were doctor's authority (0.142) and shared education (0.169). In return, experience was found to have positive correlation only with shared education factor (0.108).                    |
| Zheng RM, Sim YF, Koh GC., (Singapore, 2016)                                                  | To determine the attitudes of primary care physicians and nurses towards IPC, if demographic characteristics influenced their attitudes, and the factors perceived to facilitate IPC.                        | Cross sectional questionnaire survey<br>Convenience sample<br>Nurses (n = 253)<br>Physicians (n = 161)<br>Response rate:91%<br>National Healthcare Group Polyclinics (NHGP).                                                                                                                                                          | The Jefferson Scale of Attitudes toward Physician – Nurse Collaboration (Hojat et al. 1999)<br><b>Validity:</b> Not mentioned<br><b>Internal consistency:</b> Cronbach alpha 0.776<br><b>Data collected:</b> self-administered questionnaires                                                                                                                                                      | Nurses had more positive attitudes than physicians (50.39 vs. 51.61, p = .006). Educational qualification among nurses was independently associated with JSAPNC scores (p = .018). Nurses with advanced education score 1.26 (95%CI = 0.22–2.30) points higher than nurses with basic education. Male participants had poorer mean JSAPNC score compared to females (50.27 vs. 51.38)                                                                            |
| Bowles D, McIntosh G, Hemrajani R, Yen MS, Phillips A, Schwartz N, Tu SP, Dow AW., (USA 2016) | To evaluate for a difference in the perception of IPC between physicians and nurses and to explore potential contributing factors at the individual and organisational levels to any observed difference.    | Descriptive cross sectional study<br>Convenience sample<br>Resident physicians (n = 47), attending physicians (n = 18), and nurses (n = 54)<br>A large tertiary care academic medical centre.                                                                                                                                         | IPC scale (Kenaszchuk et al. 2010)<br><b>Validity:</b> Not mentioned<br><b>Internal consistency:</b> Not mentioned<br><b>Data collected:</b> Electronic surveys                                                                                                                                                                                                                                    | Significantly lower perceptions of IPC scores for nurses in comparison to the scores of both the resident and attending physician groups (p = .0001 for both). Hours of work per week and number if patient per day were significantly associated with IPC scores (both p = <.0001)                                                                                                                                                                              |
| Alcusk M, Ferrari L, Rossi G, Liu M, Hojat, M, and Maio V., (Italy 2016)                      | To evaluate the attitudes toward collaboration of nurses, general practitioners and specialists practicing in newly established Medical Homes in Parma Local Health Authority, Emilia-Romagna region, Italy. | Descriptive cross sectional study<br>Convenience sample<br>Response rate:91%<br>104 physicians (45 GPs, 59 specialists) and 87 nurses<br>12 Medical Homes                                                                                                                                                                             | The Jefferson Scale of Attitudes toward Physician – Nurse Collaboration (Hojat et al. 1999)<br><b>Validity:</b> Not mentioned<br><b>Internal consistency:</b> Cronbach alpha .82<br>Online survey                                                                                                                                                                                                  | Nurses reflected a significantly more positive attitude toward collaboration (p .01). Lower scores from practitioners older than 55 years of age (p .01). Women scored significantly higher than men (p .01)                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Suryanto V P, Copnell B., (Indonesian 2016).                                                  | To examine nurses' and physicians' attitudes towards collaboration in the Emergency Department in the Indonesian context.                                                                                    | Comparative study<br>Convenience sample<br>physicians (n = 24)<br>nurses (n = 47)<br>Response rate: nurses 91% physicians 77%<br>General hospital                                                                                                                                                                                     | The Jefferson Scale of Attitudes toward Physician – Nurse Collaboration (Hojat et al. 1999)<br><b>Validity:</b> Not mentioned<br><b>Internal consistency:</b> Cronbach alpha 85<br><b>Data collected:</b> self-administered questionnaires                                                                                                                                                         | Nurses had higher scores compared to emergency physicians, the mean scores were 55.3 and 50.5 respectively (P = 0.000) Also, experience related to participants' attitudes towards collaboration (P = 0.023).                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Weaver C, Callaghan M, Coope A, Brandman J, O'Leary K., (Chicago 2015).                       | The evaluation of team-work in relation to the provision of safe and effective care to hospitalized cancer patients                                                                                          | Descriptive cross sectional study<br>Convenience sample<br>Resident physicians (n=16), Oncology physicians (n=15)<br>Hospitalists (n=9)<br>nurses (n=89)<br>Response rate: n=129 (67%)<br>Resident physicians 59%<br>Oncology physicians 64%<br>Hospitalists 67% and nurses 71%<br>Haematology-Oncology units in an academic hospital | The Safety Attitudes Questionnaire team work climate (Sexton et al. 2006)<br><b>Validity:</b> Not mentioned<br><b>Internal consistency:</b> referral to the creator of the tool<br>Online survey                                                                                                                                                                                                   | All physicians' categories rated the collaboration with nurse as high or very high (87%– 100%) In contrast nurses only 35%– 65% rated the quality of collaboration as high or very high. Nurses providing the lowest ratings for teamwork (69.7) and residents providing the highest (81.9; ANOVA P = .01). Nurses perceived negative attitudes as the biggest barrier to teamwork (p< .001), and hospitalist the difficulty to reach other providers (p< .001). |

|                                                                                                    |                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Caricati L, Guberti M, Borgognoni P, Prandi C, Spaggiari I, Vezzani E, and Iemmi M., (Italy 2015). | The analysis of the influence of profession and group commitment on interprofessional collaboration between nurses and physicians based on the dual identity model prediction. | Descriptive cross sectional study<br>Convenience sample<br>Nurses (n = 447),<br>Physicians (n = 166)<br><b>Response rate:</b> 64.2%<br>Hospital                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Nurse-Physicians Collaboration Scale (NPCS Ushiro, 2009)<br><b>Internal consistency:</b><br>Cronbach alpha 0.94<br>Professional commitment was measured on 5- point Likert scale (Cadinu & Reggioni, 2002; Licata & Klein, 2002)<br><b>Internal consistency:</b><br>Cronbach alpha 0.89<br>Team commitment was measured on 5- point Likert scale (Le Blanc et al. 2010)<br><b>Internal consistency:</b><br>Cronbach alpha 0.80<br><b>Validity:</b> Assessed by following Fornell and Larcker's (1981) procedure<br><b>Data collected:</b><br>self-administered questionnaires | Physicians scored higher on perception of collaboration ( $p < .001$ ). Team commitment positively predicted IPC ( $p < .001$ ), while professional commitment had no significant effect ( $p = .07$ )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Wang Y, Liu YF, Li H, and Li T., (China 2015).                                                     | To compare the attitudes of paediatric workers and undergraduate medical/ nursing students toward collaboration                                                                | Descriptive, comparative study<br>Convenience sample<br>Paediatricians (n = 118)<br>Paediatric interns (n = 98)<br>Medical students (n = 96)<br>Paediatric nurses (n = 126)<br>Nursing interns (n = 118)<br>Nursing students (n = 100)<br><b>PIS</b> consists of paediatrician, paediatric interns, and medical students.<br><b>NIS</b> consists of paediatric nurses, nursing interns, and nursing students.<br>Children's Hospital | The Jefferson Scale of Attitudes toward Physician – Nurse Collaboration (Hojat et al. 1999)<br><b>Validity:</b> referral to the creator of the tool<br><b>Internal consistency:</b> Not mentioned<br><b>Data collected:</b><br>self-administered questionnaires                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | The mean score for PIS was 47.9 For the NIS, the mean score was 48.33. NIS demonstrated a more positive attitude towards teamwork than PIS ( $P = 0.04$ ). Among the participants of PIS, the paediatricians obtained the highest scores and the medical students obtained the lowest ( $P = 0.03$ ), while among participants of NIS, paediatric nurses got higher scores than nursing interns ( $P = 0.03$ ). Clinical practice experience appeared to influence attitudes towards interprofessional collaboration ( $P = 0.03$ ). |
| Amsalul E, Boru B, Getahun F and Tulu B., (Ethiopia 2014).                                         | To assess attitudes of nurses and physicians towards nurse-physician collaboration and the level of satisfaction with regard to quality of collaboration between them.         | Cross sectional study<br>Stratified random sampling technique<br>Nurses (n = 176)<br>Physicians (n = 53)<br><b>Response rate:</b> 90.50%.<br>Two referral Hospitals                                                                                                                                                                                                                                                                  | The Jefferson Scale of Attitudes toward Physician – Nurse Collaboration (Hojat et al. 1999)<br><b>Validity:</b> Not mentioned<br><b>Internal consistency:</b> 0.79 for nurses, 0.84 for physicians and 0.78 for combined<br><b>Data collected:</b><br>self-administered questionnaires                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Nurses demonstrate more favorable attitudes than physicians with mean score of 49.63 and 47.49 respectively ( $p = 0.043$ ) statistically significant differences were noted with regard to subscales caring vs curing, and physician dominance ( $p = 0.01$ , $p = 0.004$ , respectively).<br>The level of satisfaction regarding the collaboration between them, it appeared that 72 nurses (41%) and 21 (40%) doctors rated it as "poor" and only 5 (3%) nurses and none of the physicians rated it as excellent.                 |
| Matziou V, Vlahioti E, Perdikaris P, Matziou T, Megapanou E and Petsios K., (Greece 2014).         | To investigate the physician and nursing perceptions regarding communication and collaboration as well as the factors that may influence these activities                      | Descriptive study<br>Convenience sample<br>Physicians (n = 93)<br>Nurses (n = 197)<br><b>Response rate:</b><br>Nurses 98.5%<br>Physicians 93%<br>Two public hospitals                                                                                                                                                                                                                                                                | "Communication and Collaboration among physicians and nurses" questionnaire (Vazirani, Hays, Shapiro, & Cowan, 2005).<br><b>Validity:</b> Not mentioned<br><b>Internal consistency:</b> In Part A Cronbach's alpha was 0.87 (only nurses). In Part B, Cronbach's alpha was 0.91 for physicians and 0.78 for nurses<br><b>Data collected:</b><br>Self-administered questionnaire                                                                                                                                                                                               | Years of experience, the size of the clinic, the university degree and the postgraduate studies were found to be significant factors according to nurses' view ( $p < 0.05$ ). For the physicians, age, sex, years of experience and the size of clinic affected the communication and collaboration with the nursing staff significantly ( $p < 0.05$ ).                                                                                                                                                                            |

Table 1 : Articles included in the Literature review

among nurses, which in turn may have contributed to the reduction and shortage of nursing staff (6).

Differences in the attitude of Nurses and Doctors towards Interprofessional Collaboration.

Regarding the second research question, the analysis of the Jefferson Scale subscales revealed that nurses scored higher than physicians in both the "care versus treatment" aspect (2, 5, 7, 8, 37) and the psychosocial aspect of care (6, 40). This suggests that nurses tend to have more favourable attitudes towards contributing to the psychosocial aspects of patient care.

Furthermore, in the majority of studies, nurses expressed agreement with the rejection of the dominant role of physicians (2, 5–7, 37, 39, 40, 48) and demonstrated a positive attitude towards the autonomy of nurses, in contrast to physicians (8).

Across most studies, both nurses and physicians displayed positive attitudes towards "shared education and teamwork," with nurses generally showing more favourable views on this particular aspect compared to

physicians (2, 5–7, 37, 39, 40, 48). Overall, participants highlighted the importance and benefits of interprofessional collaboration and considered its inclusion in their education to be essential.

In studies that used perception measurement tools instead of attitude measurement tools, physicians tended to perceive and rate the level of collaboration much more positively than nurses (36, 38, 41). Bowles et al. (2016) suggested that this difference in perception may be attributed to the higher workload that doctors experience compared to nurses (36).

Demographic or other organizational factors related to the attitude of nurses and physicians towards interprofessional collaboration.

In the study by Suryanto et al. (2016), male nurses were found to have a more positive attitude towards interprofessional collaboration than their female counterparts (37). This contrasts with the findings of Zheng et al. (2016), where female nurses demonstrated a more positive attitude towards collaboration (39, 40).

However, in the study by Kaifi et al. (2021), gender did not significantly affect the overall score on the scale, although women showed a more positive attitude regarding the "care versus treatment" parameter (5). Similarly, the study by Girish (2019) concluded that gender was not significantly correlated with interprofessional collaboration (7, 48).

Nurses with higher education were found to have a more positive attitude towards interprofessional collaboration in several studies (35, 37, 39). However, a contrasting result was reported by Hossny and Sabra (2021), where nurses with higher education, who felt they held an equal degree to physicians, were dissatisfied with the submissive role traditionally assigned to nurses with basic education in their interactions with physicians. These nurses were less satisfied with the level of cooperation with physicians compared to nurses with lower educational qualifications (2).

Positive attitude towards collaboration was associated with the age of both nurses and physicians, with younger nurses displaying a more positive attitude (6, 37, 40). However, this association was not observed with years of experience (6). In contrast, the findings of Hossny, Sabra (2021) and Zheng et al., (2016) do not support a positive association between age and interprofessional collaboration (2, 39), although they do agree that experience does not seem to impact attitudes (2, 6, 7, 39). On the other hand, the study by Suryanto et al. (2016), conducted in an emergency and accident department, found that experience had a significant effect on attitudes towards collaboration. Specifically, the more experienced participants were, the more positive their attitudes towards collaboration (35, 37).

In the same study, it was shown that general practitioners had a more positive attitude towards interprofessional collaboration compared to specialists. This was attributed to the fact that specialists possess more specialized knowledge and skills related to patient care, which makes them less dependent on other healthcare professionals in their practice (37) 2016).

As for comparisons between organizations, only the study by Kaifi et al. (2021) is mentioned. Their findings report that healthcare professionals working in public hospitals, both physicians and nurses, had a more positive attitude towards interprofessional collaboration compared to their counterparts in private hospitals (5).

Regarding the relationship between departments and interprofessional collaboration, intensive care departments scored higher on the parameter of joint education and teamwork, general departments scored higher in the "care versus treatment" parameter, while surgical departments scored higher in terms of nurse autonomy and the rejection of physician dominance (2). Additionally, the study by Elsous et al. (2017) found that general departments exhibited a more positive attitude towards collaboration compared to surgical and obstetric departments (6).

## 5. DISCUSSION

A significant number of studies indicate that the level of collaboration between physicians and nurses is generally low (54). However, some studies suggest that nurses tend to have a higher level of collaboration compared to physicians (55). Furthermore, there seems to be a discrepancy between the two groups in terms of satisfaction with their collaboration. While physicians, in the majority of studies, report being satisfied with the collaboration, nurses tend to express less satisfaction (2).

This finding is consistent with a meta-analysis of 51 studies conducted from 1999 to 2013, which indicated that nurses tended to score higher on attitude-based scales, while physicians scored higher on perception-based scales (49). The measurement of perceptions reflects the current state of collaboration within the participants' environment, while the measurement of attitudes reflects the ideal or desired level of collaboration for the participants (36). Nurses in countries where the complementary model of professional responsibility is more prevalent, or those in more liberal healthcare systems like the United States and Greece, tend to have more favorable attitudes towards physician-nurse collaboration compared to nurses in countries where the hierarchical model is more common, such as Italy (40, 50). In Middle Eastern, Asian countries, and Ethiopia, the hierarchical model remains dominant, which leads to a greater physician dominance in the nurse-physician relationship, further contributing to the challenges in nurse-physician collaboration (7, 51). Despite these cultural and systemic differences, studies consistently show that nurses generally display a more positive attitude towards interprofessional collaboration and prioritize nurse-physicians collaboration more than physicians do (50). Nurses are generally more enthusiastic about collaboration and teamwork with physicians (39, 52). In contrast, physicians do not always assign the same level of importance to collaboration, which can limit the potential for effective teamwork (53).

In the study by Bowles et al. (2016), it is noted that the dispersion of patients, particularly in general departments, significantly increases the workload of physicians, which is seen as an obstacle to interprofessional collaboration. Physicians often have around 17 patients under their care, but due to factors such as increased admissions and bed shortages, patients may be transferred to different departments. Consequently, the attending physician is required to visit patients across various departments. This added complexity not only increases the workload but also hinders the development of positive attitudes toward interprofessional collaboration (36).

In a study by Weaver et al. (2015), conducted in an oncology department, it was argued that the need for multidisciplinary teams (including surgeons, oncologists, and radiation therapists) in cancer care could negatively impact nurse-physician teamwork in hospital settings (38). Additionally, the studies revealed

differences in the perceived barriers to collaboration. Nurses identified negative attitudes towards communication from physicians as a significant obstacle, while physicians cited difficulties in approaching other healthcare providers as the main challenge to teamwork (41).

In most studies, physicians are predominantly male, while the majority of nurses are female. As highlighted in the study by Hossny and Sabra (2021), cultural and societal norms in Middle Eastern countries, tend to reinforce the dominant role of physicians and the subordinate role of nurses, a dynamic that has been ingrained for centuries (2, 54, 56). These societal beliefs, combined with the subordinate position of women in relation to men, further solidify the dominance of male physicians. According to a study by Migotto et al. (2019), nurses report lower collaboration when male-led nursing teams collaborate with female physicians. However, when female physicians lead units and the nursing teams are predominantly female, nurses tend to report more positive attitudes towards collaboration (57). Despite these cultural dynamics, many nurses and physicians in these regions express satisfaction with the current state of collaboration, where the physician holds the dominant role in patient care, a situation that appears to satisfy both parties (2).

In the countries previously mentioned, specialized nurses—who hold qualifications equivalent to those of physicians—tend to be more dissatisfied with the collaboration dynamics. They are often frustrated by the subordinate role that nurses, in general, adopt in their relationships with doctors, which contrasts with the experience of nurses with basic education who seem more accepting of the current status quo (2). According to the World Health Organization (WHO, 2020), nurses are not mere assistants to doctors. They are healthcare professionals with their own rights, skills, and training, enabling them to perform a wide range of essential roles within the healthcare system. This underscores the importance of recognizing and valuing the unique contributions that nurses, especially those with specialized training, bring to the team, advocating for a more equitable and collaborative approach between physicians and nurses.

Nurses with higher education tend to have a more positive attitude towards collaboration compared to those with basic education. This can be attributed to the fact that advanced education programs often foster a greater appreciation for the value of teamwork and interprofessional collaboration. However, this might also explain why more educated nurses are often less satisfied with the degree of collaboration they experience with physicians, as they may have higher expectations for effective collaboration. The need for both basic and continuing education in nursing and medical professions is crucial in addressing these challenges. Emphasizing interprofessional education and fostering mutual understanding between these two groups is key. Nurses and physicians typically receive their

training in separate environments, following distinct curricula, with little interaction. Despite this, they are expected to work together seamlessly in patient care, a situation that doesn't always reflect the reality of their working relationships. Although nursing as a profession has evolved significantly, particularly with the advancement of university education and a stronger presence in hospitals, the fundamental dynamics between nurses and physicians have not changed as much as expected. This persistent issue highlights the importance of ongoing education and the need to challenge the traditional hierarchical structures that can inhibit effective collaboration. Interestingly, both nurses and physicians share a positive attitude towards shared education and teamwork, which likely stems from their mutual recognition of the importance and benefits of interprofessional collaboration. This points to the potential for improvement if these groups were given more opportunities for structured and collaborative educational experiences.

Age appears to be a contributing factor to interprofessional collaboration, with older nurses often showing more positive attitudes. This could be attributed to the natural maturation that comes with age and experience, fostering a deeper understanding and acceptance of the roles of other healthcare professionals, especially within the complementary model of care. Nurses with more years of service in a particular department may have encountered a broader range of situations, providing them with a more seasoned and open-minded perspective on collaboration (6, 37). However, the study also highlighted that younger nurses, particularly those with advanced education, tend to have a more positive attitude towards collaboration. This finding further supports the notion that higher education plays a significant role in fostering a positive outlook on interprofessional collaboration. Thus, both age and educational level seem to influence nurses' attitudes toward teamwork, with both experience and advanced training contributing to more favorable views on collaboration with physicians. This underscores the importance of integrating education and experience to enhance teamwork between healthcare professionals.

## 6. CONCLUSION

The literature review reveals that nurses generally exhibit a more positive attitude towards interprofessional collaboration compared to physicians. However, both groups express a strong desire for joint education and teamwork. The findings emphasize that incorporating both nurses and physicians in interprofessional education programs is essential for fostering collaboration.

The primary point of disagreement between the two groups lies in the perceived role of the physician. Nurses tend to reject the dominant role of the physician in patient care, advocating for a more balanced, collaborative approach. In contrast, physicians often continue to view themselves as the primary decision-

makers in patient care, reinforcing a hierarchical structure. This disparity is further evident in physicians' lack of recognition for the nurse's role, particularly in psychosocial aspects of care.

Despite these differences, both nurses and physicians agree on the importance of shared education and teamwork, indicating that interprofessional collaboration is crucial for improving patient care. Therefore, it is essential to incorporate interprofessional education into healthcare training programs. At both the organizational and governmental levels, there is a need for post-graduate programs that focus on enhancing interprofessional collaboration, strengthening the nurse's role, and clarifying the responsibilities of all healthcare professionals involved in patient care. Such efforts will help address existing challenges and promote a more collaborative and effective healthcare environment.

#### Limitations of the study

The studies included in this literature review were conducted across various settings, which introduces a lack of homogeneity and may pose challenges when attempting to generalize the findings. Furthermore, the relatively small number of articles that met the inclusion criteria for this review, coupled with the differences in their methodological approaches, may limit the applicability and comparison of the research results. Additionally, while eight studies used attitude measurement tools, the remaining studies employed different tools that assessed perceptions, leading to inconsistencies in how the data were collected and interpreted. These variations in data collection methods may further complicate the ability to draw comprehensive conclusions across all studies. Moreover, the fact that most studies were conducted by nurses introduces a potential bias. Consequently, caution should be exercised when applying the findings to broader contexts or different healthcare settings.

- **Author's contribution:** The all authors were involved in all steps of preparation this article. Final proofreading was made by the first author.
- **Conflict of interest:** None to declare.
- **Financial support and sponsorship:** Nil

## REFERENCES

1. Bourantas D. Human Resources Management. Athens: Benou Publications; 2003.
2. Hossny EK, Sabra HE. The attitudes of healthcare professionals towards nurse-physician collaboration. *Nurs Open*. 2021 May; 8(3): 1406-1416. doi: 10.1002/nop2.756.
3. Miller KL, Reeves S, Zwarenstein M, Beales J, Kenaszchuk C. CL. Nursing emotion work an interprofessional collaboration in general internal medicine wards: a qualitative study. *J Adv Nurs*. 2008 Nov; 64(4): 332-343. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04768.x.
4. Kenny G. The importance of nursing values in interprofessional collaboration. *British Journal of Nursing*. 2002 Jan 10-23; 11(1): 65-68. DOI: 10.12968/bjon.2002.11.1.9328.
5. Kaifi A, Tahir MA, Ibad A, Shahid J, Anwar M. Attitudes of nurses and physicians toward nurse-physician interprofessional collaboration in different hospitals of Islamabad-Rawalpindi Region of Pakistan. *J Interprof. Care*. 2021 Nov-Dec; 35(6): 863-868. doi: 10.1080/13561820.2020.1853079.
6. Elsous A, Radwan M, Mohsen S. Nurses and Physicians Attitudes toward Nurse-Physician Collaboration: A Survey from Gaza Strip, Palestine. *Nurs Res Pract*. 2017; 2017: 7406278. doi: 10.1155/2017/7406278.
7. Girish D. Collaboration between Nurses and Physicians. *Int J Adv Nurs Manag*. 2019; 7(1): 63-68 doi: 10.5958/2454-2652.2019.00016.7
8. Amsalu E, Boru B, Getahun F, Tulu B. Attitudes of nurses and physicians towards nurse-physician collaboration in northwest Ethiopia: a hospital based cross-sectional study. *BMC Nurs [Internet]*. 2014 Dec 19 [cited 2018 Mar 28]; 13(1): 37. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25431536>
9. Wagner EH. Effective teamwork and quality of care. *Med Care*. 2004; 42(11): 1037-1039. doi: 10.1097/01.mlr.0000145875.60036.ed.
10. House S, Havens D. Nurses' and Physicians' Perceptions of Nurse-Physician Collaboration: A Systematic Review. *J Nurs Adm*. 2017 Mar; 47(3): 165-171. doi: 10.1097/NNA.0000000000000460.
11. Liapopoulos LL. The demand for health services—A hidden revolution. *Medicine*. 1989; 56: 419-425.
12. Theodorou, M. Sarris, M. Soulis S. Health Systems. Athens: Papazisi Publications; 2001.
13. Baggs JG. Development of an instrument to measure collaboration and satisfaction about care decisions. *J Adv Nurs*. 1994; 20(1): 176-182. doi: 10.1046/j.1365-2648.1994.20010176.x.
14. Yildirim A, Ates M, Akinci F, Ross T, Selimen D, Issever H, Erdim A, Akgün M. Physician-nurse attitudes toward collaboration in Istanbul's public hospitals. *Int J Nurs Stud*. 2005 May; 42(4): 429-437. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2004.07.007.
15. Chaboyer, Wendy P. PE. Australian hospital generalist and critical care nurses' perceptions of doctor nurse collaboration. *Nurs Heal Sci*. 2001; 3(2): 73-79.
16. Vazirani S, Hays RD, Shapiro MF, Cowan M. Effect of a multidisciplinary intervention on communication and collaboration among physicians and nurses. *Am J Crit Care*. 2005 Jan; 14(1): 71-77.
17. Tang CJ, Chan SW, Zhou WT, Liaw SY. Collaboration between hospital physicians and nurses: an integrated literature review. *Int Nurs Rev*. 2013 Sep; 60(3): 291-302. doi: 10.1111/inr.12034.
18. Sirota T. Nurse/physician relationships: improving or not? *Nursing*. 2007 Jan; 37(1): 52-55. doi: 10.1097/00152193-200701000-00040.
19. Stein LI. "The doctor -nurse game." *Arch Gen psychiatry*. 1967; 16(6): 699-703. doi:10.1001/archpsyc.1967.01730240055009
20. Lyndon A, Zlatnik MG, Wachter RM. Effective physician-nurse communication: a patient safety essential for labor and delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2011 Aug; 205(2): 91-96. doi: 10.1016/j.ajog.2011.04.021.6.

21. Stein-Parbury J. LJ. Understanding collaboration between nurses and physicians as knowledge at work. *Am J Crit care*. 2007; 16(5): 470–477.
22. Vogwill V, Reeves S. Challenges of information exchange between nurses and physicians in multidisciplinary team meetings. *J Interprof Care*. 2008 Dec; 22(6): 664–667. doi: 10.1080/13561820802114772.
23. Leever AM, Hulst MV, Berendsen AJ, Boendemaker PM, Roodenburg JL, Pols J. Conflicts and conflict management in the collaboration between nurses and physicians—a qualitative study. *J Interprof Care*. 2010 Nov; 24(6): 612–624. doi: 10.3109/13561820903550762.
24. Steinert T, Goebel R, Rieger W. A nurse-physician co-leadership model in psychiatric hospitals: results of a survey among leading staff members in three sites. *Int J Ment Health Nurs*. 2006 Dec; 15(4): 251–257. doi: 10.1111/j.1447-0349.2006.00431.x.
25. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, Diomidous M, Kinnunen J, Kózka M, Lesaffre E, McHugh MD, Moreno-Casbas MT, Rafferty AM, Schwendimann R, Scott PA, Tishelman C, van Achterberg T, Sermeus W; RN4CAST consortium. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*. 2014 May 24; 383(9931): 1824–1830. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62631-8.
26. McEwan D, Ruissen GR, Eys MA, Zumbo BD, Beauchamp MR. The Effectiveness of Teamwork Training on Teamwork Behaviors and Team Performance: A Systematic Review and Meta-Analysis of Controlled Interventions. 2017; *PLoS ONE* 12(1): e0169604. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0169604>
27. Salas E, Shuffler ML, Thayer AL, Bedwell WL, & Lazzara EH. Understanding and improving teamwork in organizations: A scientifically based practical guide. *Human Resource Management*. 2015; 54(4), 599–622. <https://doi.org/10.1002/hrm.21628>
28. Hysong SJ, Amspoker AB, Hughes AM, Woodard L, Oswald FL, Petersen LA, Lester HF. Impact of team configuration and team stability on primary care quality. *Implement Sci*. 2019 Mar 6; 14(1): 22. doi: 10.1186/s13012-019-0864-8.
29. Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Jun 22; 6(6): CD000072. doi: 10.1002/14651858.CD000072.pub3.
30. Price S, Doucet S, Hall LM. The historical social positioning of nursing and medicine: implications for career choice, early socialization and interprofessional collaboration. *J Interprof Care*. 2014 Mar; 28(2): 103–109. doi: 10.3109/13561820.2013.867839.
31. Reeves S, Lewin S, Espin S ZM. *Interprofessional Teamwork for Health and Social Care*. London: 2010; Wiley-Blackwell; 2010.
32. Thistlethwaite J, Jackson A, Moran M. Interprofessional collaborative practice: a deconstruction. *J Interprof Care*. 2013 Jan; 27(1): 50–56. doi: 10.3109/13561820.2012.730075.
33. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG; PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Int J Surg*. 2010; 8(5): 336–341. doi: 10.1016/j.ijsu.2010.02.007.
34. Peters MD, Godfrey CM, Khalil H, McInerney P, Parker D, Soares CB. Guidance for conducting systematic scoping reviews. *Int J Evid Based Healthc*. 2015 Sep; 13(3): 141–146. doi: 10.1097/XEB.0000000000000050.
35. Matziou V, Vlahioti E, Perdikaris P, Matziou T, Megapanou E, Petsios K. Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration. *J Interprof Care*. 2014 Nov; 28(6): 526–533. doi: 10.3109/13561820.2014.934338.
36. Bowles D, McIntosh G, Hemrajani R, Yen MS, Phillips A, Schwartz N, Tu SP, Dow AW. Nurse-physician collaboration in an academic medical centre: The influence of organisational and individual factors. *J Interprof Care*. 2016 Sep; 30(5): 655–660. doi: 10.1080/13561820.2016.1201464.
37. Suryanto, Plummer V, Copnell B. Collaboration between nurses and physicians in an Indonesian Emergency Department. *Australas Emerg Nurs J*. 2016 May; 19(2): 82–89. doi: 10.1016/j.aenj.2016.04.001.
38. Weaver AC, Callaghan M, Cooper AL, Brandman J, O'Leary KJ. Assessing Interprofessional Teamwork in Inpatient Medical Oncology Units. *J Oncol Pract*. 2015 Jan; 11(1): 19–22. doi: 10.1200/JOP.2014.001536.
39. Zheng RM, Sim YF, Koh GC. Attitudes towards interprofessional collaboration among primary care physicians and nurses in Singapore. *J Interprof Care*. 2016 Jul; 30(4): 505–511. doi: 10.3109/13561820.2016.1160039.
40. Alcusky M, Ferrari L, Rossi G, Liu M, Hojat M, Maio V. Attitudes Toward Collaboration Among Practitioners in Newly Established Medical Homes: A Survey of Nurses, General Practitioners, and Specialists. *Am J Med Qual*. 2016 Nov; 31(6): 526–535. doi: 10.1177/1062860615597744.
41. Caricati L, Guberti M, Borgognoni P, Prandi C, Spaggiari I, Vezzani E, Iemmi M. The role of professional and team commitment in nurse-physician collaboration: A dual identity model perspective. *J Interprof Care*. 2015; 29(5): 464–8. doi: 10.3109/13561820.2015.1016603.
42. Wang Y, Liu YF, Li H, Li T. Attitudes toward Physician-Nurse Collaboration in Pediatric Workers and Undergraduate Medical/Nursing Students. *Behav Neurol*. 2015; 2015:846498. doi: 10.1155/2015/846498.
43. Dougherty MB, Larson E. A review of instruments measuring nurse-physician collaboration. *J Nurs Adm*. 2005 May; 35(5): 244–53. doi: 10.1097/00005110-200505000-00008.
44. Weiss SJ, Davis HP. Validity and reliability of the Collaborative Practice Scales. *Nurs Res*. 1985 Sep-Oct; 34(5): 299–305.
45. Kenaszchuk C, Reeves S, Nicholas D, & Zwarenstein M. Validity and reliability of a multiple-group measurement scale for interprofessional collaboration. *BMC Health Serv Res*. 2010; 10(83): 1–15. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-83>
46. Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB et al: The Safety Attitudes Questionnaire: Psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Heal*

- Serv Res. 2006;6:44. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-44>
47. Ushiro R. Nurse-Physician Collaboration Scale: development and psychometric testing. *J Adv Nurs*. 2009 Jul;65(7):1497-508. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05011.x.
48. Wang Y, Liu YF, Li H, Li T. Attitudes toward Physician-Nurse Collaboration in Pediatric Workers and Undergraduate Medical/Nursing Students. *Behav Neurol*. 2015; 2015:846498. doi: 10.1155/2015/846498.
49. Sollami A, Caricati L, Sarli L. Nurse-physician collaboration: a meta-analytical investigation of survey scores. *J Interprof Care*. 2015 May;29(3):223-9. doi: 10.3109/13561820.2014.955912.
50. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Fields SK, Cicchetti A, Lo Scalzo A, Taroni F, Amicosante AM, Macinati M, Tangucci M, Liva C, Ricciardi G, Eidelman S, Admi H, Geva H, Mashiach T, Alroy G, Alcorta-Gonzalez A, Ibarra D, Torres-Ruiz A. Comparisons of American, Israeli, Italian and Mexican physicians and nurses on the total and factor scores of the Jefferson scale of attitudes toward physician-nurse collaborative relationships. *Int J Nurs Stud*. 2003 May;40(4):427-35. doi: 10.1016/s0020-7489(02)00108-6.
51. Honda K, Takamizawa E. Characteristics of 'Nurse-physician Collaboration' as Perceived by Nurses at an Emergency Care Centre in Japan. *Int J Nurs Clin Pract*. 2018; 5: 298. doi: <https://doi.org/10.15344/2394-4978/2018/298>
52. Taylor CL. Attitudes toward physician-nurse collaboration in anesthesia. *AANA J*. 2009 Oct;77(5):343-8.
53. Garber JS, Madigan EA, Click ER, Fitzpatrick JJ. Attitudes towards collaboration and servant leadership among nurses, physicians and residents. *J Interprof Care*. 2009 Jul;23(4):331-40. doi: 10.1080/13561820902886253.
54. El-Hanafy, Elham Y. Nurse physician work-related relationship as perceived by both of them. *Egyptian Nursing Journal*. 2018 May-Aug; 15(2): p 188-195. doi: 10.4103/ENJ.ENJ\_42\_17
55. Melkamu E, Woldemariam S, & Haftu A. Inter-professional collaboration of nurses and midwives with physicians and associated factors in JIMMA University specialized teaching hospital, JIMMA, south West Ethiopia, cross sectional study. *BMC Nursing*. 2020;19,(33) <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00426-w>
56. Zakerimoghadam M, Ghiyasvandian S, Kazemnejad Leili A. Nurse-physician collaboration: the attitudes of baccalaureate nursing students at tehran university of medical sciences. *Iran Red Crescent Med J*. 2015 Apr 25;17(4): e23247. doi: 10.5812/ircmj.17(4)2015.23247.
57. Migotto S, Garlatti Costa G, Ambrosi E, Pittino D, Bortoluzzi G, Palese A. Gender issues in physician-nurse collaboration in healthcare teams: Findings from a cross-sectional study. *J Nurs Manag*. 2019 Nov;27(8):1773-1783. doi: 10.1111/jonm.12872.

## 7.2 Δημοσίευσης Βιβλιογραφικής Ανασκόπησης με θέμα: Στάσεις Ιατρών και Νοσηλευτών απέναντι στη Διεπαγγελματική Συνεργασία, στο περιοδικό Κυπριακά Νοσηλευτικά Χρονικά

### Ανασκόπηση

#### Στάσεις Ιατρών και Νοσηλευτών απέναντι στη Διεπαγγελματική Συνεργασία. Βιβλιογραφική ανασκόπηση

#### Attitudes of Physicians and Nurses toward interprofessional collaboration. Literature Review

Πολυξένη Γρηγορίου  
BSc, MSc, PhD(c)  
Νοσηλευτική Λειτουργός /  
Λειτουργός Αναζωογόνησης,  
ΟΚΥνηΥ Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού

Αντρέας Χαράλαμους  
BSc, MSc, PhD  
Καθηγητής  
Τμήμα Νοσηλευτικής,  
Σχολή Επιστημών Υγείας,  
Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Ευριδίκη Παπασταύρου  
BSc, MSc, PhD  
Αναπληρώτρια Καθηγήτρια  
Τμήμα Νοσηλευτικής,  
Σχολή Επιστημών Υγείας,  
Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Αναστάσιος Μερκούρης  
BSc, MSc, PhD  
Αναπληρωτής Καθηγητής  
Τμήμα Νοσηλευτικής,  
Σχολή Επιστημών Υγείας,  
Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Υπεύθυνη Αλληλογραφίας:  
Πολυξένη Γρηγορίου  
Ηλεκτρονική Διεύθυνση:

#### Περίληψη

**Εισαγωγή:** Η Διεπαγγελματική συνεργασία (ΔΣ) αναφέρεται στη συνεργασία σε άτομα που ανήκουν σε διαφορετικά επαγγέλματα όπως για παράδειγμα ιατροί και νοσηλευτές. Η ύπαρξη διεπαγγελματικής συνεργασίας συμβάλλει τα μέγιστα στην ασφάλεια του ασθενή, στην επαγγελματική ικανοποίηση, στη γρήγορη αποθεραπεία και στη μείωση του κόστους και του ποσοστού θνησιμότητας.

**Σκοπός:** Η διερεύνηση του επιπέδου στάσεων των ιατρών και νοσηλευτών ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία μέσα από ανασκόπηση της επιστημονικής βιβλιογραφίας

**Υλικό και Μέθοδος:** Η ανασκόπηση διενεργήθηκε την περίοδο 2016-2023 με βάση προκαθορισμένα κριτήρια, στις βάσεις δεδομένων, PubMed, Scopus, CINAHL Plus, Cochrane και Google Scholar, χρησιμοποιώντας τις λέξεις-κλειδιά σε συνδυασμούς (interprofessional, relations, collaboration, relationship, teamwork, "group work") and (nurses, "nursing staff", nurse, nursing), and (physicians, doctors).

**Αποτελέσματα:** Η αναζήτηση κατέληξε σε 13 μελέτες και τα αποτελέσματα έδειξαν στην πλειοψηφία των μελετών ότι οι νοσηλευτές παρουσιάζουν θετικότερη στάση ως προς την διεπαγγελματική συνεργασία σε σχέση με τους ιατρούς. Επιπλέον από τη θεματική ανάλυση των αποτελεσμάτων της ανασκόπησης, διαφάνηκαν οι παράγοντες που επηρεάζουν τις στάσεις τόσο των νοσηλευτών όσο και των ιατρών.

**Συμπεράσματα:** Η ανασκόπηση επιβεβαίωσε τις διαστάσεις του προβλήματος και τα κενά στην βιβλιογραφία τα οποία θα πρέπει να ληφθούν υπόψη από μελλοντικούς ερευνητές για περαιτέρω διερεύνηση του θέματος, αλλά και από υπεύθυνους χάραξης πολιτικής υγείας.

**Λέξεις κλειδιά:** Διεπαγγελματική συνεργασία, ιατροί, νοσηλευτές, στάσεις



Άρθρο Τόμος 24 τευχος 1\_2(42).pdf

## Στάσεις Ιατρών και Νοσηλευτών απέναντι στη Διεπαγγελματική Συνεργασία. Βιβλιογραφική ανασκόπηση

### Attitudes of Physicians and Nurses toward interprofessional collaboration. Literature Review

**Πολυξένη Γρηγορίου**  
BSc, MSc, PhD(c)  
Νοσηλευτική Λειτουργός /  
Λειτουργός Αναζωογόνησης,  
ΟΚΥΥΓ Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού

**Αντρέας Χαράλαμπος**  
BSc, MSc, PhD  
Καθηγητής  
Τμήμα Νοσηλευτικής,  
Σχολή Επιστημών Υγείας,  
Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

**Ευριδίκη Παπασταύρου**  
BSc, MSc, PhD  
Αναπληρώτρια Καθηγήτρια  
Τμήμα Νοσηλευτικής,  
Σχολή Επιστημών Υγείας,  
Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

**Αναστάσιος Μερκούρης**  
BSc, MSc, PhD  
Αναπληρωτής Καθηγητής  
Τμήμα Νοσηλευτικής,  
Σχολή Επιστημών Υγείας,  
Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Υπεύθυνη Αλληλογραφίας:  
**Πολυξένη Γρηγορίου**  
Ηλεκτρονική Διεύθυνση:  
xgregoriou@gmail.com

**Polyxeni Gregoriou**  
BSc, MSc, PhD(c)  
Nursing Officer / Resuscitation Officer,  
Limassol General Hospital

**Andreas Charalambous**  
BSc, MSc, PhD  
Professor  
Department of Nursing,  
School of Health Sciences,  
Cyprus University of Technology

**Evridiki Papastavrou**  
BSc, MSc, PhD  
Associate Adjunct Professor  
Department of Nursing,  
School of Health Sciences,  
Cyprus University of Technology

**Anastasios Merkouris**  
BSc, MSc, PhD  
Associate Professor  
Department of Nursing,  
School of Health Sciences,  
Cyprus University of Technology

Corresponding author:  
**Polyxeni Gregoriou**  
Email: xgregoriou@gmail.com

#### Περίληψη

**Εισαγωγή:** Η Διεπαγγελματική συνεργασία (ΔΣ) αναφέρεται στη συνεργασία σε άτομα που ανήκουν σε διαφορετικά επαγγέλματα όπως για παράδειγμα ιατροί και νοσηλευτές. Η ύπαρξη διεπαγγελματικής συνεργασίας συμβάλλει τα μέγιστα στην ασφάλεια του ασθενή, στην επαγγελματική ικανοποίηση, στη γρήγορη αποθεραπεία και στη μείωση του κόστους και του ποσοστού θνησιμότητας.

**Σκοπός:** Η διερεύνηση του επιπέδου στάσεων των ιατρών και νοσηλευτών ως προς τη διεπαγγελματική συνεργασία μέσα από ανασκόπηση της επιστημονικής βιβλιογραφίας

**Υλικό και Μέθοδος:** Η ανασκόπηση διενεργήθηκε την περίοδο 2016-2023 με βάση προκαθορισμένα κριτήρια, στις βάσεις δεδομένων, PubMed, Scopus, CINAHL Plus, Cochrane και Google Scholar, χρησιμοποιώντας τις λέξεις-κλειδιά σε συνδυασμούς (interprofessional, relations, collaboration, relationship, teamwork, "group work") and (nurses, "nursing staff", nurse, nursing), and (physicians, doctors).

**Αποτελέσματα:** Η αναζήτηση κατέληξε σε 13 μελέτες και τα αποτελέσματα έδειξαν στην πλειοψηφία των μελετών ότι οι νοσηλευτές παρουσιάζουν θετικότερη στάση ως προς την διεπαγγελματική συνεργασία σε σχέση με τους ιατρούς. Επιπλέον από τη θεματική ανάλυση των αποτελεσμάτων της ανασκόπησης, διαφάνηκαν οι παράγοντες που επηρεάζουν τις στάσεις τόσο των νοσηλευτών όσο και των ιατρών.

**Συμπεράσματα:** Η ανασκόπηση επιβεβαίωσε τις διαστάσεις του προβλήματος και τα κενά στην βιβλιογραφία τα οποία θα πρέπει να ληφθούν υπόψη από μελλοντικούς ερευνητές για περαιτέρω διερεύνηση του θέματος, αλλά και από υπεύθυνους χάραξης πολιτικής υγείας.

**Λέξεις κλειδιά:** Διεπαγγελματική συνεργασία, ιατροί, νοσηλευτές, στάσεις

#### Abstract

**Introduction:** Interprofessional collaboration refers to the collaboration of people belonging to different professions such as physicians and nurses. It refers to the process of developing cooperation between health professionals belonging to different specialties and contributes to patient safety, work satisfaction, rapid recovery and reduction of costs and mortality.

**Purpose:** The aim was to investigate the level of attitudes of doctors and nurses towards interprofessional collaboration through a review of the scientific literature.

**Material and Method:** The review was conducted in the period 2016-2022 based on predefined criteria, in the databases PubMed, Scopus, CINAHL Plus, Cochrane and Google Scholar, using the keywords in combinations, (interprofessional, interdisciplinary, relations, collaboration, relationship, multidisciplinary, teamwork, "group work"), and (nurses, "nursing staff", nurse, nursing), and (physicians, doctors).

**Results:** The search resulted in 13 studies. From the review it was found that in the majority of studies, nurses have a more positive attitude towards interprofessional collaboration than physicians. In addition, from a thematic analysis of the review, the factors influencing the attitudes of both nurses and physicians became apparent.

**Conclusions:** The review confirms the dimensions of the problem and the gaps in the literature that should be considered by future researchers for further investigation of the topic, but also by hospital policy makers.

**Key words:** Interprofessional collaboration, physicians, nurses, attitudes

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αποτελεσματική και έγκαιρη αντιμετώπιση των θεμάτων υγείας και των μεγάλων προκλήσεων που ταλανίζουν την σύγχρονη κοινωνία αποτελούν σκοπό της γενικής στρατηγικής υγείας σε επίπεδο κράτους αλλά και σε επίπεδο οργανισμού. Η εύρυθμη και ομαλή λειτουργία ενός οργανισμού αποτελεί τον πιο σημαντικό στόχο της διοίκησης, και ένας σημαντικός παράγοντάς που συμβάλλει τα μέγιστα στην ομαλή λειτουργία ενός οργανισμού είναι ανάμεσα σε άλλους, η συνεργασία μεταξύ των εργαζομένων (Μπουράντας 2003; Hossny και Sabra 2021).

Η βέλτιστη λειτουργία ενός οργανισμού παροχής υπηρεσιών υγείας και φροντίδας εξαρτάται και από το βαθμό συνεργασίας των επιμέρους ειδικοτήτων υγείας, οι οποίοι απασχολούνται σε αυτόν, δηλαδή από τη ΔΣ (Miller και συν., 2008). Η άριστη συνεργασία και η ομαδική δουλειά μεταξύ των επαγγελματιών υγείας έχει σαν αποτέλεσμα την ποιότητα στην παροχή υπηρεσιών φροντίδας, και στην έκβαση των ασθενών, έτσι ώστε η υγεία τους να βελτιωθεί και να αποκατασταθεί το συντομότερο δυνατό (Kenney, 2002; Kaifi et al., 2021).

Ο όρος ΔΣ αναφέρεται στη συνεργασία σε άτομα που ανήκουν σε διαφορετικά επαγγέλματα όπως για παράδειγμα ιατροί και νοσηλεύτες. Είναι η διαδικασία ανάπτυξης συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας που ανήκουν σε διαφορετικές ειδικότητες (Ayman et al., 2017; Kaifi et al., 2021; Σαπουντζή-Κρέπια, 2004). Αναποτελεσματική συνεργασία νοσηλευτή-ιατρού επηρεάζει την έκβαση των ασθενών, την εργασιακή ικανοποίηση και το οργανωτικό κόστος (Amsalu et al., 2014; Kaifi et al., 2021).

## ΣΚΟΠΟΣ

Η μελέτη αποσκοπούσε στη διερεύνηση του επιπέδου στάσεων των ιατρών και των νοσηλευτών απέναντι στη Διεπαγγελματική Συνεργασία, τη διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων καθώς και παράγοντες που πιθανόν να σχετίζονται με τη στάση τους.

## ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Για την ανασκόπηση ακολουθήθηκε η προσέγγιση PRISMA η οποία οργανώνεται σε 5 διακριτά στοιχεία ή βήματα. Ξεκινά με μια σαφώς διατυπωμένη ερώτηση, χρησιμοποιώντας την ερώτηση για την ανάπτυξη συγκεκριμένων κριτηρίων ένταξης για τον προσδιορισμό των σχετικών μελετών, ακολουθεί η αναζήτηση, η αξιολόγηση και η επιλογή των μελετών και ολοκληρώνεται με τη χαρτογράφηση των δεδομένων και την ερμηνεία των ευρημάτων της ανασκόπησης (Moher et al., 2010)

Για τον καθορισμό του ερωτήματος της ανασκόπησης περιλήφθηκαν τα στοιχεία του πλαισίου PCC (Population - Concept - Context) (Συμμετέχοντες / Έννοια / Πλαίσιο) (Peters et al., 2015). Τα ερωτήματα που προέκυψαν ήταν τρία:

1. Ποια η στάση των Νοσηλευτών και των ιατρών ως προς την Διεπαγγελματική συνεργασία;
2. Ποια η διαφορά στη στάση των Νοσηλευτών και των ιατρών ως προς την Διεπαγγελματική συνεργασία;
3. Ποιοι δημογραφικοί ή άλλοι οργανωσιακοί παράγοντες σχετίζονται με τη στάση των Νοσηλευτών και των Ιατρών ως προς την Διεπαγγελματική συνεργασία;

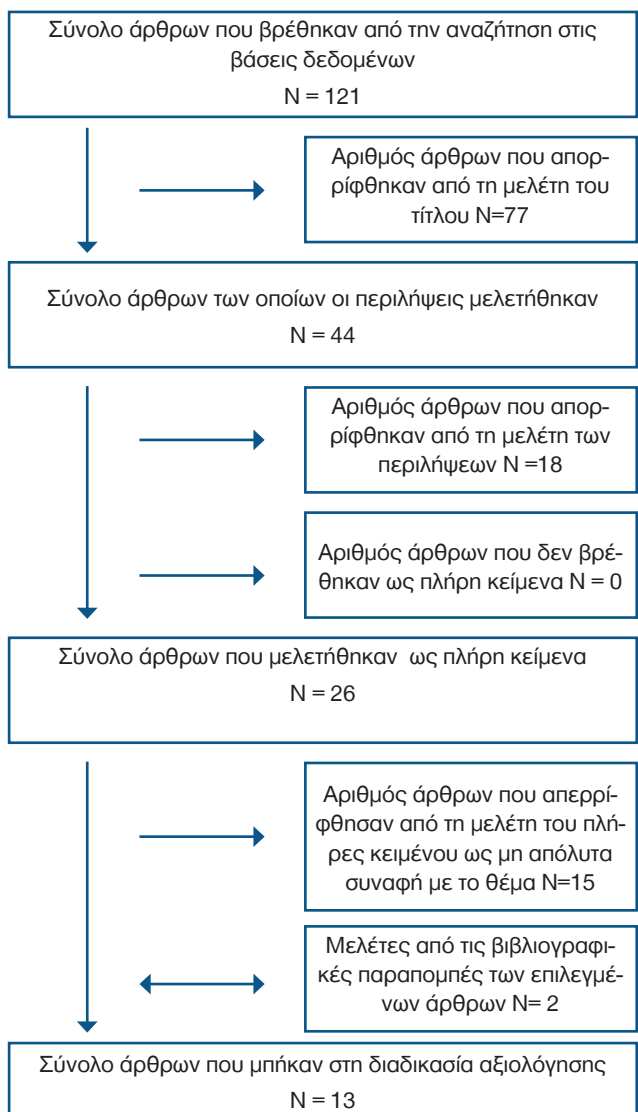
Η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε κατά την περίοδο 2016-2023, για δημοσιευμένα άρθρα τόσο στην αγγλική όσο και στην ελληνική γλώσσα, στις βάσεις δεδομένων, PubMed, Scopus, CINAHL Plus, Cochrane, Google Scholar καθώς και σε ελληνικά επιστημονικά ιατρικά και νοσηλευτικά περιοδικά, χρησιμο-

ποιώντας τις λέξεις-κλειδιά σε συνδυασμούς (interprofessional, relations, collaboration, relationship, teamwork, “group work”), and (nurses, “nursing staff”, nurse, nursing), and (physicians, doctors).

Η αναζήτηση επικεντρώθηκε σε μελέτες που στόχευαν στη διερεύνηση ΔΣ ιατρών και νοσηλευτών. Επιπλέον, για να συμπεριληφθεί ένα άρθρο στην παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση έπρεπε να τηρεί τα ακόλουθα κριτήρια:

- Ερευνητική μελέτη (ανεξαρτήτως σχεδιασμού) σχετικά με το θέμα.
- Μελέτες που έχουν δημοσιευθεί τα τελευταία δέκα χρόνια.
- Ο μελετώμενος πληθυσμός να περιλαμβάνει ιατρούς και νοσηλευτές.
- Άρθρα με πρόσβαση σε πλήρες κείμενο.
- Άρθρο στην Αγγλική ή την Ελληνική γλώσσα.

Στη πλειοψηφία των μελετών και συγκεκριμένα 6 μελέτες έχουν διεξαχθεί από νοσηλευτές (Amsalu et al., 2014; Matziou et al., 2014; Bowles, et al., 2016; Suryanto et al., 2016; Girish 2019; Hossny and Sabra, 2021) και 2 από ιατρούς, πιο συγκεκριμένα η 1 από φοιτητή ιατρικής (Kaifi et al., 2021) και η 2η από ιατρό (Weaver et al., 2015) (Διάγραμμα 1).



## Διάγραμμα 1: Αναζήτηση στην επιστημονική βιβλιογραφία

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι μελέτες οι οποίες έχουν συμπεριληφθεί στην παρούσα ανασκόπηση έχουν διεξαχθεί στις ακόλουθες χώρες, στο Πακιστάν (1) (Kaifi et al., 2021) στην Αίγυπτο (1) (Hossny and Sabra 2020) στην Παλαιστίνη (1) (Elsous et al., 2017), στη Σιγκαπούρη (1) (Zheng et al., 2016), στις Ηνωμένες πολιτείες Αμερικής (2) (Bowles et al., 2016; Weaver et al., 2015), στην Ιταλία (2) (Alcuskay et al., 2016; Caricati et al., 2015), στην Ινδονησία (1) (Suryanto et al., 2016), στην Κίνα (Wang et al., 2015), στην Αιθιοπία (2) (Amsalu et al., 2014; Girish 2019), στην Ελλάδα (Matziou et al., 2014) ( Πίνακας 1).

Ο πληθυσμός που συμμετείχε στις μελέτες ήταν ιατροί και νοσηλευτές και ο αριθμός των συμμετεχόντων ήταν από 31 μέχρι 543 νοσηλευτές και από 24 μέχρι 423 ιατροί. Τα τμήματα που εργάζονταν αφορούσαν γενικά νοσηλευτικά τμήματα εντατικές μονάδες αλλά και εξωτερικά ιατρεία.

Όλες οι μελέτες είχαν ακολουθήσει την ποσοτική προσέγγιση και η κλίμακά του Jefferson Scale of Attitude toward Physician-Nurse Collaboration (JSAPNC) χρησιμοποιήθηκε σε 9 από τις 13 μελέτες. Ενώ οι υπόλοιπες 4 μελέτες χρησιμοποίησαν διαφορετικά εργαλεία :

α) Την κλίμακα CPS (Collaborative Practice Scale), που αποτελεί ένα εργαλείο μέτρησης της αλληλεπίδρασης ιατρών και νοσηλευτών σε επίπεδο συνεργασίας (Weiss and Davis, 1985; Kenaszchuk et al., 2010).

β) Το ερωτηματολόγιο “Communication and Collaboration among physicians and nurses” (CCCT), (Vazirani et al., 2005).

γ) Το ερωτηματολόγιο Safety Attitudes Questionnaire team work climate (SAQ) (Sexton et al., 2006).

δ) Την κλίμακα Nurse-Physicians Collaboration Scale (NPCS) (Ushiro, 2009).

### Θεματική ανάλυση των αποτελεσμάτων στάση των Νοσηλευτών και των ιατρών ως προς την ΔΣ

Αναφορικά με το πρώτο ερώτημα μέσα από τα αποτελέσματα, φάνηκε ότι στην πλειοψηφία ( Σε 9 από τις 13 μελέτες) των μελετών φαίνεται ότι οι νοσηλευτές παρουσιάζουν θετικότερη στάση απέναντι στη ΔΣ σε σχέση με τους ιατρούς (Amsalu et al., 2014; Elsous et al., 2017; Girish, 2019; Hossny and Sabra, 2021; Kaifi et al., 2021; Alcuskay, et al., 2016; Suryanto et al., 2016; Wang et al., 2015; Zheng et al., 2016). Στον αντίποδα οι 3 από τις 13 μελέτες αναφέρουν ότι οι ιατροί παρουσιάζουν υψηλότερη βαθμολογία όσο αφορά το επίπεδο αντίληψης απέναντι στη ΔΣ σε σχέση με τους νοσηλευτές (Caricati et al., 2015; Weaver et al., 2015; Bowles et al., 2016). Σημαντικό είναι να αναφέρουμε ότι και στις 9 μελέτες στις οποίες οι νοσηλευτές παρουσιάζουν θετικότερη στάση χρησιμοποιήθηκε η κλίμακά του Jefferson η οποία μετρά τις στάσεις. Σε μετανάλυση που περιέλαβε 51 έρευνες από το 1999 μέχρι το 2013 και διερευνούσε τις διαφορές μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών απέναντι στη ΔΣ, αναφέρεται ότι στις έρευνες που είχαν χρησιμοποιηθεί κλίμακες για μέτρηση των στάσεων οι νοσηλευτές σημείωναν υψηλότερες βαθμολογίες, ενώ όταν το εργαλείο μετρούσε αντιλήψεις, οι ιατροί σημείωναν υψηλότερες βαθμολογίες (Sollami et al., 2015).

Νοσηλευτές σε χώρες όπου επικρατεί περισσότερο το συμπληρωματικό μοντέλο στην ανάληψη επαγγελματικών ευθυνών, ή

και ανήκουν σε πιο φιλελεύθερο σύστημά όπως για παράδειγμα οι Ηνωμένες Πολιτείες και η Ελλάδα, είχαν πιο ευνοϊκές στάσεις από ό,τι οι νοσηλευτές σε χώρες όπου το ιεραρχικό μοντέλο είναι πιο διαδεδομένο, όπως η Ιταλία (Alcuskay et al., 2016). Τόσο στις χώρες της Μέσης Ανατολής, όσο και στις χώρες της Ασίας όπως επίσης και στην Αιθιοπία, εξακολουθεί να επικρατεί το ιεραρχικό μοντέλο και ως εκ τούτου η κυριαρχία των ιατρών στη σχέση ιατρών νοσηλευτών (Honda and Takamizawa, 2018; Girish, 2019). Παρά τις πολιτισμικές διαφορές, οι νοσηλευτές έχουν θετικότερη στάση και δίνουν προτεραιότητα στη ΔΣ περισσότερο από ότι οι ιατροί (Hojat et al., 2003).

### Η διαφορά στη στάση των Νοσηλευτών και των ιατρών ως προς τη ΔΣ

Αναφορικά με το δεύτερο ερώτημα η ανάλυση των υποκλιμάκων Jefferson αποκάλυψε ότι οι νοσηλευτές σημείωσαν υψηλότερη βαθμολογία από τους γιατρούς τόσο στη φροντίδα έναντι θεραπευτικής (Amsalu et al., 2014; Girish 2019; Hossny and Sabra 2021; Kaifi et al., 2021; Suryanto et al., 2016) όσο και στη ψυχοκοινωνική πτυχή της φροντίδας (Elsous et al., 2017; Alcuskay and Hojat, 2016).

Επιπλέον, οι νοσηλευτές στην πλειοψηφία των ερευνών συμφώνησαν στην απόρριψη του κυρίαρχου ρόλου του γιατρού (Amsalu et al., 2014; Elsous et al., 2017; Girish, 2019; Hossny and Sabra, 2020; Kaifi et al., 2021; Alcuskay et al., 2016; Suryanto et al., 2016; Wang et al., 2015; Zheng et al., 2016) και είχαν θετική στάση ως προς στην αυτονομία των νοσηλευτών σε αντίθεση με τους ιατρούς (Zheng et al., 2016).

Στην πλειοψηφία των μελετών, παρουσιάζονται ρητά πιο θετικές στάσεις και προσανατολισμοί ως προς την «κοινή εκπαίδευση και ομαδική εργασία» και για τις 2 ομάδες, (Amsalu et al., 2014; Elsous et al., 2017; Girish, 2019; Hossny and Sabra, 2021; Kaifi et al., 2021; Alcuskay et al., 2016; Suryanto et al., 2016; Wang et al., 2015; Zheng et al., 2016).

Όσο αφορά τις μελέτες που δεν χρησιμοποίησαν εργαλείο μέτρησης των στάσεων αλλά εργαλείο μέτρησης αντιλήψεων, φάνηκε ότι οι ιατροί αντιλαμβάνονται και βαθμολογούν το επίπεδο συνεργασίας σε πολύ ψηλό επίπεδο σε αντίθεση με τους νοσηλευτές (Bowles et al., 2016; Caricati et al., 2015; Weaver et al., 2015). Στη μελέτη των Bowles et al., (2016) αναφέρεται ότι η διαφορά στη αντίληψη των 2 ομάδων οφείλεται στο γεγονός ότι οι ιατροί έχουν μεγαλύτερο όγκο εργασίας σε σχέση με τους νοσηλευτές.

### Παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με τη στάση των Νοσηλευτών και των Ιατρών ως προς τη ΔΣ

Όσον αφορά το φύλο των συμμετεχόντων στη μελέτη των Suryanto et al., (2016) φάνηκε ότι οι άντρες νοσηλευτές είχαν πιο θετική στάση από τις γυναίκες (Suryanto et al., 2016) σε αντίθεση με τα αποτελέσματα των Zheng et al., (2016) όπου οι γυναίκες είχαν θετικότερη στάση (Alcuskay et al., 2016; Zheng et al., 2016). Ενώ στις υπόλοιπες μελέτες σε σχέση με το φύλο φάνηκε ότι οι γυναίκες δεν είχαν ιδιαίτερη διαφορά με τους άντρες (Kaifi et al., 2021; Girish, 2019; Wang et al., 2015).

Επίσης φάνηκε ότι οι νοσηλευτές με ανώτερη εκπαίδευση είχαν θετικότερη στάση (Matziou et al, 2014; Suryanto et al., 2016; Zheng et al., 2016).

Όσον αφορά την ηλικία, η μελέτη των Elsous et al., (2017) αποκάλυψε ότι μια θετικότερη στάση φαίνεται να έχουν οι νεαρότεροι σε ηλικία (Elsous et al., 2017; Alcuskay et al., 2016; Suryanto

et al., 2016) γεγονός που δεν ισχύει όσο αφορά τα χρόνια εμπειρίας (Elsous et al., 2017). Σε αντίθεση με τη μελέτη των Hossny and Sabra (2021) όπου τα ευρήματα δεν συμφωνούν ότι η ηλικία συσχετίζεται θετικά με τη ΔΣ (Zheng et al., 2016) αλλά συμφωνούν ότι η εμπειρία δεν φαίνεται να επηρεάζει (Elsous et al., 2017; Girish 2019; Hossny and Sabra, 2021; Zheng et al., 2016). Στον αντίποδα η μελέτη των Suryanto et al., 2016 η οποία αναφέρει ότι η εμπειρία έχει σημαντική επίδραση (Matziou et al., 2014; Suryanto et al., 2016).

Στην ίδια μελέτη φάνηκε ότι οι γενικοί ιατροί είχαν πιο θετική στάση σε σχέση με τους ειδικούς ιατρούς, και το αποδίδουν στο γεγονός ότι οι ειδικοί ιατροί έχουν περισσότερες γνώσεις και δεξιότητες που αφορούν στην φροντίδα των ασθενών σε σχέση με τους γενικούς ιατρούς (Suryanto et al., 2016).

Όσον αφορά σύγκριση μεταξύ οργανισμών γίνεται αναφορά

μόνο σε μια μελέτη των Kaifi et al., (2021) όπου συγκρίνοντας ιδιωτικό και δημόσιο νοσοκομείο αναφέρει ότι οι επαγγελματίες υγείας σε δημόσιο νοσοκομείο (ιατροί και νοσηλεύτές) έχουν θετικότερη στάση σε σχέση με τους επαγγελματίες υγείας σε ιδιωτικό νοσοκομείο απέναντι στη ΔΣ (Kaifi et al., 2021).

Αναφορικά με τη σχέση μεταξύ τμημάτων και ΔΣ τα τμήματα εντατικών μονάδων είχαν υψηλότερη βαθμολογία στη παράμετρο κοινή εκπαίδευση και ομαδική εργασία, τα γενικά τμήματα στη παράμετρο φροντίδα έναντι θεραπείας, ενώ τα χειρουργικά τμήματα στη παράμετρο αυτονομία των νοσηλευτών και στην απόρριψη της κυριαρχίας των ιατρών (Hossny and Sabra, 2021). Επιπλέον στη μελέτη των Elsous et al., (2017) αναφέρεται ότι, στα γενικά τμήματα υπάρχει πιο θετική στάση απέναντι στη ΔΣ σε σχέση με τα χειρουργικά και μαιευτικά τμήματα (Elsous et al., 2017).

Πίνακας 1: παρουσίαση ανασκόπησης επιστημονικής βιβλιογραφίας

| A/A | Συγγραφείς/ Χρονολογία                                                          | Σκοπός                                                                                                                                                                                | Σχεδιασμός /Δείγμα                                                                                                                                                                                                   | Συλλογή δεδομένων                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Αποτέλεσμα                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.  | Abdullah K, Muhammad A. T, Almeera I, Jannat S, and Mujahid A. (Πακιστάν, 2021) | Προσδιορισμός των στάσεων των γιατρών και των νοσηλευτών που εργάζονται σε διαφορετικά νοσοκομεία στην περιοχή Ισλαμαμπάντ-Ραβαλπίντι του Πακιστάν.                                   | Περιγραφική μελέτη συσχέτισης.<br><br>Ευκολίας.<br><br>374 επαγγελματίες Υγείας<br>Νοσηλεύτές (51,1%)<br>Ιατροί (48,9%)<br><br><b>Περιβάλλον:</b> Διεξήχθη σε 3 δημόσια και τρία ιδιωτικά νοσοκομεία.                | <b>Εργαλείο:</b> The Jefferson Scale of Attitudes toward Physician – Nurse Collaboration (Hojat et al., 1999).<br><br><b>E:</b> Δεν αναφέρεται<br><br><b>A:</b> Cronbach alpha .71<br><br><b>Τρόπος συλλογής δεδομένων:</b> Ατομική διανομή ερωτηματολογίου στους συμμετέχοντες.                                                                 | Οι νοσηλεύτές είχαν πιο θετική στάση ως προς την διεπαγγελματική συνεργασία σε σύγκριση με τους γιατρούς (mean: 50,81 vs 47,48, p<.01). Σημειώνοντας υψηλότερες βαθμολογίες και στις 4 κλίμακες του εργαλείου. Εκπαίδευση και συνεργασία 24,87 έναντι 23,72 p<.001, φροντίδα έναντι θεραπείας 10,88 έναντι 9,42 p<.001, αυτονομία Νοσηλευτών 10,89 έναντι 10,51 p=.004. Κυριαρχία των ιατρών 4,17 έναντι 3,82 p=.044. |
| 2.  | Eman K, Hanaa E. (Αίγυπτος, 2020)                                               | Διερεύνηση της στάσης των επαγγελματιών υγείας ως προς τη συνεργασία νοσηλευτών-γιατρών και διερεύνηση του επιπέδου ικανοποίησης σχετικά με την ποιότητα της μεταξύ τους συνεργασίας. | Περιγραφική μελέτη συσχέτισης.<br><br>Ευκολίας.<br><br>338 επαγγελματίες υγείας (158 Νοσηλεύτές πρακτικής άσκησης, 139 Νοσηλεύτές και 41 Ιατροί )<br><br><b>Περιβάλλον:</b> Πανεπιστημιακό νοσοκομείο.               | <b>Εργαλείο:</b> The Jefferson Scale of Attitudes toward Physician – Nurse Collaboration (Hojat et al., 1999).<br><br><b>E:</b> Δεν αναφέρεται<br><br><b>A:</b> Cronbach alpha 0.70–0.93<br><br><b>Τρόπος συλλογής δεδομένων:</b> Ατομική διανομή ερωτηματολογίου στους συμμετέχοντες<br>Ατομική διανομή ερωτηματολογίου στους συμμετέχοντες.    | Οι νοσηλεύτές πρακτικής άσκησης είχαν τη χαμηλότερη βαθμολογία (38,6%) σε σχέση με το επίπεδο ικανοποίησης, σε αντίθεση με τους ιατρούς (61%). Οι νοσηλεύτές είχαν την υψηλότερη θετική στάση (48,45 (4,03)) ως προς τη συνεργασία.                                                                                                                                                                                   |
| 3.  | Degavi G. (Αιθιοπία, 2019)                                                      | Αξιολόγηση της συνεργασίας μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών.                                                                                                                              | Περιγραφική μελέτη συσχέτισης.<br><br>Ευκολίας.<br><br>Νοσηλεύτές (n = 226)<br>Ιατροί (n = 67)<br><br><b>Περιβάλλον:</b> Διεξήχθη σε 2 μεγάλα περιφερειακά δημόσια νοσοκομεία.                                       | <b>Εργαλείο:</b> The Jefferson Scale of Attitudes toward Physician – Nurse Collaboration (Hojat et al., 1999).<br><br><b>E:</b> Δεν αναφέρεται<br><br><b>A:</b> Δεν αναφέρεται<br><br><b>Τρόπος συλλογής δεδομένων:</b> Ατομική Διανομή ερωτηματολογίου στους συμμετέχοντες.                                                                     | Οι νοσηλεύτές είχαν πιο θετική στάση ως προς την συνεργασία σε σχέση με τους ιατρούς (p–value 0.003). Οι νεαρότεροι σε ηλικία παρουσίαζαν συχνότερα συμπεριφορά συνεργασίας σε σχέση με τους μεγαλύτερους σε ηλικία (p value=0.002). Την ίδια συμπεριφορά είχαν και οι συμμετέχοντες με λιγότερα χρόνια εμπειρίας σε σχέση με αυτούς που είχαν περισσότερα χρόνια εμπειρίας (p value=0.000).                          |
| 4.  | Elsous A, Radwan M, Mohsen S (Παλαιστίνη, 2017)                                 | Διερεύνηση της στάσης του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού ως προς τη συνεργασία.                                                                                                 | Περιγραφική μελέτη συσχέτισης.<br><br>Ευκολίας.<br><br>Νοσηλεύτές (n = 543)<br>Ιατροί (n = 423)<br><br><b>Π.Α.:</b> νοσηλεύτές 75.6% ιατροί 24.4%<br><br><b>Περιβάλλον:</b> Διεξήχθη σε 1 πανεπιστημιακό νοσοκομείο. | <b>Εργαλείο:</b> The Jefferson Scale of Attitudes toward Physician – Nurse Collaboration (Hojat et al., 1999).<br><br><b>E:</b> Περιεχομένου και κλίμακας κυμαίνεται από 0.77-1.00 και 0.88-0.94 αντίστοιχα.<br><br><b>A:</b> Cronbach alpha 73.2.<br><br><b>Τρόπος συλλογής δεδομένων:</b> Ατομική Διανομή ερωτηματολογίου στους συμμετέχοντες. | Οι νοσηλεύτές είχαν πιο θετική στάση ως προς την συνεργασία σε σχέση με τους ιατρούς (p < 0.001). Θετική συσχέτιση με την κλίμακα στάσεων έδειξαν να έχουν, η ηλικία (0.127) η κυριαρχία των ιατρών (0.142) και η εκπαίδευση (0.169).                                                                                                                                                                                 |

|     |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5.  | Zheng RM, Sim YF, Koh GC (Σιγκαπούρη, 2016)                                                                                                                           | Ο καθορισμός των στάσεων των ιατρών και των νοσηλευτών ως προς την διεπαγγελματική συνεργασία, επιπλέον εάν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά μπορούν να επηρεάσουν τις στάσεις και ποιοι παράγοντες μπορούν να διευκολύνουν την διεπαγγελματική συνεργασία. | Περιγραφική μελέτη συσχέτισης.<br>Ευκολίας.<br>νοσηλευτές (n =253)<br>Ιατροί (n=161)<br><b>Π.Α.:</b> 91%<br><b>Περιβάλλον:</b> 9 πολυκλινικές.                                                                                                                                                                 | <b>Εργαλείο:</b> The Jefferson Scale of Attitudes toward Physician – Nurse Collaboration (Hojat et al., 1999).<br><b>Ε:</b> Δεν αναφέρεται.<br><b>Α:</b> Cronbach alpha 0.776.<br><b>Τρόπος συλλογής δεδομένων:</b> Ατομική Διανομή ερωτηματολογίου στους συμμετέχοντες.                | Οι νοσηλευτές είχαν πιο θετική στάση ως προς την συνεργασία σε σχέση με τους ιατρούς (p=.006). Οι νοσηλευτές με υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης είχαν πιο θετική στάση σε σχέση με αυτούς που είχαν μόνο τη βασική εκπαίδευση (p=.029). Οι γυναίκες είχαν πιο θετική στάση σε σχέση με τους άντρες συμμετέχοντες (p=.036). Η θετική συσχέτιση μεταξύ επιπέδου εκπαίδευσης και θετικής στάσης παρέμεινε και στην ανάλυση παλινδρόμησης (p=.018). |
| 6.  | Bowles D, McIntosh G, Hemrajani R, Yen MS, Phillips A, Schwartz N, Tu SP, Dow AW. (Ηνωμένες πολιτείες Αμερικής, 2016)                                                 | Αξιολόγηση της διαφοράς ως προς την αντίληψη που αφορά την διεπαγγελματική συνεργασία μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών και η διερεύνηση πιθανών παραγόντων που συμβάλλουν σε ατομικό και οργανωσιακό επίπεδο σε οποιαδήποτε διαφορά.                         | Περιγραφική μελέτη συσχέτισης.<br>Ευκολίας.<br>ιατροί (n = 65), νοσηλευτές (n = 54)<br><b>Π.Α.:</b> 22% νοσηλευτές (N =54), 33% ιατροί (N= 47), 50%, ειδικοί ιατροί (N=18)<br><b>Περιβάλλον:</b> Πανεπιστημιακό νοσοκομείο.                                                                                    | <b>Εργαλείο:</b> Κλίμακα Διεπαγγελματικής Συνεργασίας (Kenaszchuk και συν., 2010).<br><b>Ε:</b> Παραπέμπει στο Δημιουργό.<br><b>Α:</b> Παραπέμπει στο Δημιουργό.<br><b>Τρόπος συλλογής δεδομένων:</b> Διαδικτυακό ερωτηματολόγιο.                                                       | Χαμηλότερη αντίληψη σε σχέση με την διεπαγγελματική συνεργασία παρατηρήθηκε μεταξύ των νοσηλευτών σε σχέση με τους ιατρούς (p = .0001).                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 7.  | Matthew Alcusky, PharmD, MS, Luciano Ferrari, PhD, Giuseppina Rossi, MD, Mengdan Liu, MS, Mohammadreza Hojat, PhD, and Vittorio Maio, PharmD, MS, MSPH (Ιταλία, 2016) | Διερεύνηση των στάσεων ως προς την συνεργασία των νοσηλευτών και των ιατρών σε νεοσύστατα ιατρικά κέντρα φροντίδας στην Ιταλία.                                                                                                                          | Περιγραφική μελέτη συσχέτισης.<br>Ευκολίας.<br>ιατροί (n = 104)<br>νοσηλευτές (n = 87)<br><b>Π.Α.:</b> 67%<br><b>Περιβάλλον:</b> 12 ιατρικά κέντρα.                                                                                                                                                            | <b>Εργαλείο:</b> The Jefferson Scale of Attitudes toward Physician – Nurse Collaboration (Hojat et al., 1999).<br><b>Ε:</b> 0.28 - 0.61<br><b>Α:</b> Cronbach α= 82<br><b>Τρόπος συλλογής δεδομένων:</b> Διαδικτυακό ερωτηματολόγιο.                                                    | Οι νοσηλευτές έδειξαν θετικότερη στάση ως προς την διεπαγγελματική συνεργασία σε σχέση με τους ιατρούς (p=.01 ).Θετική συσχέτιση με την κλίμακα στάσεων έδειξαν να έχουν, η ηλικία (p=.01 ). η κυριαρχία των ιατρών (p=.01 ). και η εκπαίδευση (p=.01 ). Οι γυναίκες είχαν πιο θετική στάση σε σχέση με τους άντρες συμμετέχοντες (p=.01 ).                                                                                                |
| 8.  | Suryanto, M.Nursa, Virginia Plummer, RN, PhD Beverley Copnell, RN, PhD (Ινδονησία, 2016)                                                                              | Αξιολόγηση της στάσης του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού ως προς την συνεργασία σε ένα τμήμα επειγόντων περιστατικών στην Ινδονησία.                                                                                                               | Συγκριτική Μελέτη.<br>Ευκολίας.<br>ιατροί (n = 24)<br>νοσηλευτές (n = 47)<br><b>Π.Α.:</b> 92% νοσηλευτές και ιατροί 77%<br><b>Περιβάλλον:</b> Γενικό Νοσοκομείο.                                                                                                                                               | <b>Εργαλείο:</b> The Jefferson Scale of Attitudes toward Physician – Nurse Collaboration (Hojat et al., 1999).<br><b>Ε:</b> Δεν αναφέρεται<br><b>Α:</b> Cronbach α 85<br><b>Τρόπος συλλογής δεδομένων:</b> Ατομική Διανομή ερωτηματολογίου στους συμμετέχοντες.                         | Οι νοσηλευτές είχαν πιο θετική στάση όσον αφορά τη διεπαγγελματική συνεργασία συγκριτικά με τους ιατρούς (P <0,001) . Η εμπειρία φάνηκε να έχει θετική συσχέτιση με τη στάση των συμμετεχόντων έναντι στη συνεργασία (P = 0,023).                                                                                                                                                                                                          |
| 9.  | A. Charlotta Weaver, MD, Mary Callaghan, APN, AOCNS, Abby L. Cooper, RN, MSN, James Brandman, MD, MS, and Kevin J. O'Leary, MD, MS (Σικάγο, 2015)                     | Ο καθορισμός του χαρακτήρα της συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών σε ογκολογικό τμήμα ενδοноσοκομειακής περίθαλψης και ο καθορισμός ύπαρξης τυχών εμποδίων στη δημιουργία συνεργασίας.                                                                 | Περιγραφική μελέτη συσχέτισης.<br>Ευκολίας<br>Νοσηλευτές (n = 89), ιατροί (n = 9)<br>Ειδικευόμενοι ιατροί (n = 16) και Ειδικό ιατροί (n = 15)<br><b>Π.Α.:</b> 129 (67%) Νοσηλευτές 71 %, Ιατροί 67 % Ειδικευόμενοι 59% και Ειδικό Ιατροί 64%<br><b>Περιβάλλον:</b> Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ογκολογικό τμήμα. | <b>Εργαλείο:</b> The Safety Attitudes Questionnaire team work climate (Sexton και συν., 2006).<br><b>Ε:</b> Παραπέμπει στο Δημιουργό<br><b>Α:</b> Παραπέμπει στο Δημιουργό<br><b>Τρόπος συλλογής δεδομένων:</b> Διαδικτυακό ερωτηματολόγιο.                                             | Ως προς την συνεργασία οι νοσηλευτές παρουσίασαν τις χαμηλότερες βαθμολογίες (69,7) ενώ οι ειδικευόμενοι τις υψηλότερες (81,9, P=0,01). Οι βαθμολογίες συνεργασίας των ιατρών σε σχέση με τους νοσηλευτές ήταν υψηλές και κυμαίνονταν από 87% - 100% vs νοσηλευτές 35% - 65% (P<.02).                                                                                                                                                      |
| 10. | Luca Caricati, Monica Guberti, Patrizia Borgognoni, Carmen Prandi, Ivana Spaggiari, Emanuela Vezzani, and Marina Iemmi (Ιταλία, 2015)                                 | Η ανάλυση της επίδραση του επαγγέλματος και της ομαδικής δέσμευσης όσο αφορά στην διεπαγγελματική συνεργασία μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών με βάση το μοντέλο διπλής ταυτότητας.                                                                          | Περιγραφική μελέτη συσχέτισης.<br>Ευκολίας.<br>Νοσηλευτές (n = 447), ιατροί (n = 166)<br><b>Π.Α. :</b> 64.2%<br><b>Περιβάλλον:</b> Δημόσιο Νοσοκομείο                                                                                                                                                          | <b>Εργαλείο:</b> Nurse–Physicians Collaboration Scale (NPCS Ushiro, 2009).<br><b>Ε:</b> Παραπέμπει στη διαδικασία εγκυρότητας τους Fornell and Larker's (1981)<br><b>Α:</b> Cronbach α = 0.80<br><b>Τρόπος συλλογής δεδομένων:</b> Ατομική διανομή ερωτηματολογίου στους συμμετέχοντες. | Οι ιατροί σημείωσαν υψηλότερες βαθμολογίες σε σχέση με τους νοσηλευτές όσο αφορά στην αντίληψη της συνεργασίας (b = 0.21, p< .001).                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

|     |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 11. | Yong Wang, Yong-fang Liu, Hao Li, and Tingyu Li (Kíva, 2015)                                                                            | Η σύγκριση της στάσης των παιδιών και των φοιτητών ιατρικής με τους νοσηλευτές και τους φοιτητές νοσηλευτικής ως προς την συνεργασία. Επιπρόσθετα τη διερεύνηση, τυχών διαφορών στη στάση ως προς την διεπαγγελματική συνεργασία, εάν μπορεί να σχετίζεται με το φύλο ή την κλινική πρακτική εμπειρία. | Περιγραφική μελέτη συσχέτισης.<br>Τυχαίο.<br><br>Παιδίατροι (n = 118) Ασκοούμενοι Παιδίατροι (n = 98) Φοιτητές Ιατρικής (n = 96) Παιδιατρικοί Νοσηλευτές (n = 126) Ασκοούμενοι Νοσηλευτές (n = 118) Φοιτητές Νοσηλευτικής (n = 100)<br><br><b>Π.Α.:</b> Δεν αναφέρεται<br><br><b>Περιβάλλον:</b> Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο. | <b>Εργαλείο:</b> The Jefferson Scale of Attitudes toward Physician – Nurse Collaboration (Hojat et al., 1999).<br><br><b>Ε:</b> Παραπέμπει στο Δημιουργό<br><br><b>Α:</b> Παραπέμπει στο Δημιουργό<br><br><b>Τρόπος συλλογής δεδομένων:</b> Ατομική διανομή ερωτηματολογίου στους συμμετέχοντες.                                                                                                                                                                                                           | Οι νοσηλευτές σημείωσαν πιο θετική στάση ως προς την ομαδική συνεργασία σε σχέση με τους ιατρούς ( $p = 0.04$ ). Επιπλέον στους παράγοντες που αφορούσαν “κοινή εκπαίδευση και ομαδική συνεργασία” και “φροντίδα έναντι θεραπείας,” (20.58 έναντι 19.26, και 10.3 έναντι 9.72 αντίστοιχα), ενώ στον παράγοντα που αφορά την “κυριαρχία των ιατρών” οι ιατροί σημείωσαν υψηλότερες βαθμολογίες σε σχέση με τους νοσηλευτές (2.95 έναντι 2.29, $p = 0.03$ ).                                                                                           |
| 12. | Eden Amsalul, Brihanu Boru, Firehiwot Getahun and Begna Tulu (Αιθιοπία, 2014)                                                           | Η αξιολόγηση της στάσης των νοσηλευτών και των ιατρών ως προς την συνεργασία ιατρών -νοσηλευτών και το επίπεδο ικανοποίησης που αφορά την ποιότητα της μεταξύ τους συνεργασίας.                                                                                                                        | Περιγραφική μελέτη συσχέτισης.<br>Τυχαίο.<br><br>Νοσηλευτές (n = 176) και Ιατροί (n = 53)<br><br><b>Π.Α.:</b> 90.50%.<br><br><b>Περιβάλλον:</b> 2 Περιφερειακά νοσοκομεία.                                                                                                                                                  | <b>Εργαλείο:</b> The Jefferson Scale of Attitudes toward Physician – Nurse Collaboration (Hojat et al., 1999).<br><br><b>Ε:</b> Δεν αναφέρεται<br><br><b>Α:</b> 0.79 για τους Νοσηλευτές, 0.84 για τους ιατρούς, 0.78 και για τις 2 ομάδες.<br><br><b>Τρόπος συλλογής δεδομένων:</b> Ατομική διανομή ερωτηματολογίου στους συμμετέχοντες.                                                                                                                                                                  | Οι νοσηλευτές παρουσίασαν θετικότερη στάση ως προς την διεπαγγελματική συνεργασία σε σχέση με τους ιατρούς (49.63 έναντι 47.49 αντίστοιχα, $p = 0.043$ ). Επίσης στατιστικά σημαντική διαφορά εντοπίστηκε στους παράγοντες “φροντίδα έναντι θεραπείας,” και “κυριαρχία των ιατρών” ( $p = 0.01$ , $p = 0.004$ , αντίστοιχα). Όσο αφορά το βαθμό ικανοποίησης τους από τη μεταξύ τους συνεργασία φάνηκε ότι 72 νοσηλευτές (41%) και 21 (40%) ιατροί την εκτιμούν ως “φτωχή” και μόνο 5 (3%) νοσηλευτές και κανένας ιατρός την εκτιμούν ως εξαιρετική. |
| 13. | Vasiliki Matziou, Efrosyni Vlahioti, Pantelis Perdikaris, Theodora Matziou, Efstathia Megapanou and Konstantinos Petsios (Ελλάδα, 2014) | Η διερεύνηση των αντιλήψεων των ιατρών και των νοσηλευτών αναφορικά με την επικοινωνία και τη συνεργασία καθώς και τους παράγοντες οι οποίοι μπορούν να τις επηρεάσουν.                                                                                                                                | Περιγραφική μελέτη.<br>Ευκολίας.<br><br>Νοσηλευτές (n = 200) και Ιατροί (n = 100)<br><br><b>Π.Α.:</b> Νοσηλευτές 98.5% και Ιατροί 93%.<br><br><b>Περιβάλλον:</b> Δύο δημόσια νοσοκομεία.                                                                                                                                    | <b>Εργαλείο:</b> “Communication and Collaboration among physicians and nurses” questionnaire (Vazirani, Hays, Shapiro, & Cowan, 2005).<br><br><b>Ε:</b> Μέρος Α ( $\alpha = 0.87$ ) Μέρος Β ( $\alpha = 0.75$ ) και συνδυασμός των 2 ( $\alpha = 0.80$ ).<br><br><b>Α:</b> Μέρος Α (Νοσηλευτές) Cronbach $\alpha = 0.87$ . Μέρος Β Ιατροί Cronbach $\alpha = 0.91$ και Νοσηλευτές Cronbach $\alpha = 0.78$ .<br><br><b>Τρόπος συλλογής δεδομένων:</b> Ατομική διανομή ερωτηματολογίου στους συμμετέχοντες. | Παράγοντες που επηρεάζουν σημαντικά την επικοινωνία και τη συνεργασία είναι τα χρόνια υπηρεσίας, το μέγεθος της κλινικής, το πανεπιστημιακό πτυχίο και οι μεταπτυχιακές σπουδές σύμφωνα με την άποψη των νοσηλευτών ( $p < 0.05$ ). Για τους ιατρούς, η ηλικία, το φύλο, τα χρόνια εμπειρίας και το μέγεθος της κλινικής φαίνεται να επηρεάζουν σημαντικά την επικοινωνία και τη συνεργασία με το νοσηλευτικό προσωπικό ( $p < 0.05$ ).                                                                                                              |

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Αρκετές μελέτες αποκαλύπτουν ότι το επίπεδο συνεργασίας μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών είναι χαμηλό (Elham and Hanafy, 2018) ενώ κάποιες άλλες ότι το επίπεδο συνεργασίας από μέρους των νοσηλευτών είναι υψηλότερο σε σχέση με το επίπεδο συνεργασίας των ιατρών (Melkamu et al., 2020). Επιπλέον φαίνεται ότι οι απόψεις μεταξύ των δύο διίστανται όσο αφορά το επίπεδο ικανοποίησης, ως προς τη μεταξύ τους συνεργασία, με τους ιατρούς στην πλειοψηφία των μελετών να τη θεωρούν ικανοποιητική σε αντίθεση με τους νοσηλευτές (Hossny and Sabra, 2021).

Στην πλειοψηφία των μελετών οι ιατροί είναι άντρες και η πλειοψηφία των νοσηλευτών γυναίκες και όπως χαρακτηριστικά αναφέρετε στη μελέτη των Hossny and Sabra, (2021) στις χώρες της Μέσης Ανατολής τόσο η νοοτροπία όσο και η κουλτούρα των χωρών αυτών, αποδέχεται και επικροτεί τον ρόλο του ιατρού ως κυρίαρχο και του νοσηλευτή ως ‘υπηρέτης’, πεποιθήσεις που είναι βαθιά ριζωμένες από αρχαιολόγια χρόνων (Elham and Hanafy, 2018; Hossny and Sabra, 2021; Shahrzad, 2015). Τα προαναφερόμενα σε συνδυασμό με τη υποδιέστηρη θέση που έχει η γυναίκα σε σχέση με τον άντρα συμβάλλουν στον

κυρίαρχο ρόλο του ιατρού που στη πλειοψηφία τους είναι άντρες (Amsalu et al., 2014).

Οι νοσηλευτές με ανώτερη εκπαίδευση είχαν πιο θετική στάση αυτό ίσως να οφείλεται στο γεγονός ότι στα προγράμματα προηγμένης εκπαίδευσης προωθείται η θετική στάση ως προς την ΔΣ. Θα πρέπει να δίδεται έμφαση και να προωθείται τόσο στη βασική εκπαίδευση των νοσηλευτών όσο και των ιατρών, η εκπαίδευση στη ΔΣ, καθώς επίσης και η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και επανεκπαίδευση επί του θέματος (Zheng, 2016). Τόσο οι νοσηλευτές όσο και οι ιατροί εκπαιδεύονται σε διαφορετικά περιβάλλοντα, σε διαφορετικά προγράμματα σπουδών χωρίς καμία αλληλεπίδραση μεταξύ τους, ωστόσο αναμένεται και θεωρείται φυσικό επακόλουθο να συνεργάζονται αποτελεσματικά όσο αφορά τη φροντίδα του ασθενή. Παρά το γεγονός ότι η νοσηλευτική στο πέρασμα των χρόνων άλλαξε και πέρασε μέσα από μία διαδικασία επιστημονικής εξέλιξης και ανόδου, επανατοποθέτησε τη θέση της, με την πανεπιστημιακή εκπαίδευση, και επαναπροσδιορίστηκε στον νοσοκομειακό χώρο, εντούτοις στην επαγγελματική πραγματικότητα λίγα πράγματα είναι αυτά που άλλαξαν στις σχέσεις τους μεταξύ των δύο επαγγελματικών κατηγοριών, των ιατρών και των νοσηλευτών (House and Havens 2017).

Ένας παράγοντας που φαίνεται να συμβάλλει στη ΔΣ είναι η ηλικία. Μια πιθανή εξήγηση θα μπορούσε να είναι ότι η νοοτροπία, η σκέψη, αλλά και η αποδοχή του ρόλου των άλλων στο συμπληρωματικό μοντέλο πρακτικής φροντίδας ωριμάζουν όταν αυξάνεται η ηλικία. (Elsous et al., 2017). Φάνηκε ότι σε τμήματα όπου οι νοσηλευτές ήταν μεγαλύτεροι ηλικιακά από τους ιατρούς και είχαν περισσότερα από 10 χρόνια υπηρεσίας, είχαν πιο θετική στάση (Suryanto et al., 2016), παράλληλα στην ίδια μελέτη φάνηκε ότι οι νεαρότεροι νοσηλευτές που είχαν όμως ανώτερη εκπαίδευση, είχαν επίσης πιο θετική στάση.

### Περιορισμοί της μελέτης

Οι μελέτες σε αυτή τη βιβλιογραφική ανασκόπηση έχουν διεξαχθεί σε διάφορα περιβάλλοντα και ως εκ τούτου δεν υπάρχει ομοιογένεια γεγονός που πιθανό να εμπερικλείει κινδύνους στη γενίκευση των αποτελεσμάτων. Επίσης, ο σχετικά μικρός αριθμός άρθρων που πληρούσε τα κριτήρια για να συμπεριληφθούν στη ανασκόπηση καθώς και η διαφορά στη μεθοδολογική τους προσέγγιση μπορεί να δυσχεραίνουν τη χρήση των ερευνητικών αποτελεσμάτων. Καθώς επίσης και το γεγονός ότι 8 μελέτες χρησιμοποίησαν εργαλείο μέτρησης των στάσεων ενώ οι υπόλοιπες διαφορετικά εργαλεία τα οποία μετρούσαν αντιλήψεις, με επακόλουθο η σύγκρισή καθώς και η χρήση των αποτελεσμάτων τους να γίνεται με επιφύλαξη.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Μέσα από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας τα ευρήματα καταδεικνύουν ότι στην πλειοψηφία των αποτελεσμάτων οι Νοσηλευτές έχουν θετικότερη στάση ως προς τη ΔΣ ενώ φάνηκε η επιθυμία και των δύο για κοινή εκπαίδευση και ομαδική εργασία. Επομένως, τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν από τα εκπαιδευτικά ιδρύματα για τη δημιουργία κοινών προγραμμάτων, αλλά και για την καλλιέργεια ενός πνεύματος συνεργασίας και εμπιστοσύνης μεταξύ των δύο ομάδων, με απώτερο σκοπό πάντα το καλώς νοούμενο συμφέρον του ασθενή. Για παράδειγμα, υπάρχουν θεματικές περιοχές οι οποίες είναι κοινές, όπως η επικοινωνία, η ενσυναίσθηση και άλλα θέματα τα οποία θα μπορούσαν άνετα να διδάσκονται στις δύο ομάδες από κοινού, χωρίς να επηρεάζεται η αυτονομία ή τα όρια πρακτικής της κάθε ομάδας. Επιπρόσθετα, η συνεργασία θα μπορούσε να ενισχυθεί περαιτέρω με διοικητικές παρεμβάσεις όπως είναι η δημιουργία διεπαγγελματικών ομάδων στις οποίες ο κάθε επαγγελματίας να εκφράζει την άποψη του μέσα από τις ειδικές γνώσεις και την εμπειρογνομosύνή του.

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Amsalu, E., Boru, B., Getahun, F., Tulu, B. (2014) Attitudes of nurses and physicians towards nurse-physician collaboration in northwest Ethiopia: a hospital based cross-sectional study. *BMC Nursing*. 13(1) : 37. doi: 10.1186/s12912-014-0037-7.
- Bowles, D., McIntosh, G., Hemrajani, R., Yen, M.-S., Phillips, A., Schwartz, N., Tu, S.-P., and Dow, A. (2016) Nurse-physician collaboration in an academic medical centre: The influence of organisational and individual factors. *Journal of interprofessional care*. 30(5) 655–660. doi: 10.1080/13561820.2016.1201464.
- Caricati, L., Guberti, M., Borgognoni, P., Prandi, C., Spaggiari, I., Vezzani, E., Lemmi, M. (2015) The role of professional and team commitment in nurse-physician collaboration: A dual identity model perspective. *Journal of interprofessional care*, 29(5), p. 464–8. doi: 10.3109/13561820.2015.1016603.
- Elham, Y., El-Hanafy, Y. (2018) Nurse physician work-related relationship as perceived by both of them. *Egyptian Nursing Journal*, 15, p. 188–195.
- Elsous, A., Radwan, M., Mohsen, S. (2017) Nurses and Physicians Attitudes toward Nurse-Physician Collaboration: A Survey from Gaza Strip, Palestine. *Nursing research and practice*. Hindawi Limited, 2017: 7406278. doi: 10.1155/2017/7406278.
- Kenny, G. (2002) The importance of nursing values in interprofessional collaboration. *Br J Nurs*. 11(1):65-8. doi: 10.12968/bjon.2002.11.1.9328. PMID: 11826322.
- Girish, D. (2019) Collaboration between Nurses and Physicians. *International Journal of Advances in Nursing Management*, 7(1), p. 63-68. doi: 10.5958/2454-2652.2019.00016.7.
- Hojat, M., Gonnella, JS., Nasca, TJ., Fields, SK., Cicchetti, A., Lo Scalzo, A., Taroni, F., Amicosante, AM., Machinatti, M., Tangucci, M., Liva, C., Ricciardi, G., Eidelman, S., Admi, H., Geva, H., Mashlach, T., Alroy, G., Alcorta-Gonzalez, A., Ibarra, D., Torres-Ruiz, A. (2003) 'Comparizon of American, Israeli, Italian, and Mexican physicians and nurses on the total and factor scores of the Jefferson scale of attitudes toward physician nurse collaborative relationships', *International Jurnal of nursing studies*, 40(4)p. 427–435. doi: 10.1016/s0020-7489(02)00108-6. PMID: 12667519.
- Honda, K., Takamizawa, E. (2018) Characteristics of "Nurse-physician Collaboration" as Perceived by Nurses at an Emergency Care Centre in Japan. *Int. J. Nursing Clinical Practice*., 5: 298. doi: 10.15344/2394-4978/2018/298.
- Hossny, E. K., Sabra, H. E. (2021) The attitudes of healthcare professionals towards nurse-physician collaboration. *Nursing Open*, 8(3), p. 1406–1416. doi: 10.1002/nop2.756.
- Kaifi, A., Tahir, MA., Ibad, A., Shahid, J., Anwar, M. (2021) Attitudes of nurses and physicians toward nurse-physician interprofessional collaboration in different hospitals of Islamabad-Rawalpindi Region of Pakistan. *Journal of Interprofessional Care*, 35(6), p. 863–868. doi: 10.1080/13561820.2020.1853079.
- Alcuskys, M., Ferrari, L., Rossi, G., Liu, M., Hojat, M., Maio, V. (2016) Attitude toward collaboration among practitioners in newly established medical homes: a survey of nurses, general practitioners, and specialists. *American journal of Medical Quality*, 31(6) p. 526–535. doi: 10.1177/1062860615597744.
- Matziou, V., Vlahioti, E., Perdikaris, P., Matziou, T., Megapanou, E., Petsios, K. (2014) Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 28(6) p. 526–533. doi: 10.3109/13561820.2014.934338.
- Miller, K., Reeves, S., Zwarenstein, M., Beales, J., Kenaszchuk, C. (2008) Nursing emotion work in interprofessional collaboration in general internal medicine wards: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 64(4), p. 332–343.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, DG. (2010) Preferred reporting items for systematic reviews and meta

- 
- analyses: The PRISMA statement. *Int J Surg.* 8 (5) p. 336–341. doi: 10.1016/j.ijsu.2010.02.007.
16. Peters, M.D.J., Godfrey, C.M., McInerney, K.H., Parker, D.A., Baldini, S. C. (2015) Guidance for conducting systematic scoping. *Int J Evid Based Healthc.* 13(3): p. 141-146.
  17. Zakerimoghadam, M., Ghiyasvandian, S., Kazemnejad Leili, A. (2015) Nurse-physician collaboration: The attitudes of Baccalaureate Nursing Students at Tehran University of medical sciences. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 25; 17(4): e23247. doi: 10.5812/ircmj.17(4)2015.23247.
  18. Sollami, A., Caricati, L., Sarli, L. (2015) Nurse - Physician collaboration : A meta- analytical investigation of survey scores. *Interprofessional care*, 29(3) p. 223–229.
  19. Suryanto, V., Copnell, B. (2016) Collaboration between nurses and physicians in an Indonesian Emergency Department. *Australasian Emergency Nursing Journal*. 19(2), p. 82–89. doi: 10.1016/j.aenj.2016.04.001.
  20. Weaver, AC., Callaghan, M., Cooper, AL., Brandman, J., O’Leary, KJ. (2015) Assessing Interprofessional Teamwork in Inpatient Medical Oncology Units. *Journal of oncology practice*, 11(1), p. 19–22. doi: 10.1200/JOP.2014.001536.
  21. Wang, Y., Liu, YF., Li, H., Li, T. (2015) Attitudes toward Physician-Nurse collaboration in Pediatric workers and Undergraduate Medical- Nursing Students. *Behav Neurol.* :846498. doi: 10.1155/2015/846498
  22. Zheng RM, Sim YF, Koh GC. (2016) Attitudes towards interprofessional collaboration among primary care physicians and nurses in Singapore. *Journal of Interprofessional Care*, 30(4) p. 505–511. doi: 10.3109/13561820.2016.1160039.
  23. Μπουράντας Δ., Π. Ν. (2003) Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων. Αθήνα: Εκδόσεις Μπένου.
  24. Σαπουντζή- Κρέπια, Δ. (2004) Χρόνια ασθένεια και νοσηλευτική φροντίδα. Β έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ.
-

### 7.3 Άρθρο που υποβλήθηκε και έγινε αποδεκτό προς δημοσίευση στο Journal of Interprofessional Care



#### Journal of Interprofessional Care

##### Physicians and nurses' attitudes regarding interprofessional collaboration

|                      |                                                                                                 |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Submission ID</b> | 241765900                                                                                       |
| <b>Article Type</b>  | Empirical Research Articles                                                                     |
| <b>Keywords</b>      | Physician, Nurse, interprofessional collaboration , relationship, teamwork, attitudes           |
| <b>Authors</b>       | xenia Gregoriou, Andreas Charalambous, Evridiki Papastavrou, Elena Rousou, Anastasios Merkouris |

For any queries please contact:

IJIC-peerreview@journals.tandf.co.uk

Note for Reviewers:

To submit your review please visit <https://mc.manuscriptcentral.com/CJIC>



Journal of Interprofessional Care.pdf



**Taylor & Francis**  
Taylor & Francis Group

## **Journal of Interprofessional Care**

### **Physicians and nurses' attitudes regarding interprofessional collaboration**

|                      |                                                                                                 |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Submission ID</b> | 241765900                                                                                       |
| <b>Article Type</b>  | Empirical Research Articles                                                                     |
| <b>Keywords</b>      | Physician, Nurse, interprofessional collaboration , relationship, teamwork, attitudes           |
| <b>Authors</b>       | xenia Gregoriou, Andreas Charalambous, Evridiki Papastavrou, Elena Rousou, Anastasios Merkouris |

For any queries please contact:

IJIC-peerreview@journals.tandf.co.uk

Note for Reviewers:

To submit your review please visit <https://mc.manuscriptcentral.com/CJIC>

## Physicians' and nurses' attitudes regarding interprofessional collaboration

### **AUTHORS:**

**Polyxeni Gregoriou**, BSc, MSc, PhD, Nursing Officer / Resuscitation Officer,  
Limassol General Hospital, Limassol, Cyprus,  
Email: [xgregoriou@gmail.com](mailto:xgregoriou@gmail.com)

**Andreas Charalambous**, BSc, MSc, PhD, Professor, Department of Nursing, Cyprus  
University of Technology, Limassol, Cyprus  
Email: [andreas.charalambous@cut.ac.cy](mailto:andreas.charalambous@cut.ac.cy)

**Evridiki Papastavrou**, BSc, MSc, PhD, *Associate Adjunct Professor*, Department of  
Nursing, Cyprus University of Technology, Limassol 3036, Cyprus  
Email: [e.papastavrou@cut.ac.cy](mailto:e.papastavrou@cut.ac.cy)

**Elena Rousou**, PhD, RN, Assistant Professor, Department of Nursing, Cyprus  
University of Technology, Limassol, Cyprus  
Email: [elena.rousou@cut.ac.cy](mailto:elena.rousou@cut.ac.cy)

**Anastasios Merkouris**, BSc, MSc, PhD, Associate Professor, Department of Nursing,  
Cyprus University of Technology, Limassol, Cyprus  
Email: [anastasios.merkouris@cut.ac.cy](mailto:anastasios.merkouris@cut.ac.cy)

### **ABSTRACT**

A positive attitude between nurses and physicians toward interprofessional collaboration (IPC) enhances patient outcomes, job satisfaction, and the overall quality of healthcare services. This study aimed to examine the attitudes of physicians and nurses toward IPC in a public hospital and a private hospital in Cyprus. Data were collected using the Jefferson Scale of Attitudes Toward Nurse-Physician Collaboration questionnaire from a convenience sample of 573 healthcare professionals, including 79 physicians (13.8%) and 494 nurses (86.2%). The results showed that nurses had significantly more positive attitudes toward collaboration than physicians, with mean scores of 53.4 and 49.7, respectively ( $p < 0.001$ ). Analysis of the four subscales revealed the following: Care vs. Treatment: Nurses reported higher positive attitudes compared to physicians (11 vs. 10,  $p < 0.001$ ); Nurses' Autonomy: Physicians scored higher than nurses (11.3 vs. 10.9,  $p = 0.005$ ); Physician Dominance: Nurses exhibited more positive attitudes than physicians (6.1 vs. 4.2,  $p < 0.001$ ). Although both nurses and physicians demonstrated positive attitudes towards IPC, nurses appear more favourable to the concept. These findings underline the importance of integrating IPC-focused education into the training programs for both nurses and physicians, as this could foster more positive attitudes and ultimately enhance collaboration in healthcare settings.

**KEYWORDS** Physician, Nurse, interprofessional collaboration, relationship, teamwork, attitudes.

### **Introduction**

Historically, interprofessional collaboration in patient care can be traced back to World War II when medical, surgical, and nursing teams worked together to treat injured soldiers (Baldwin, 2007). The interprofessional collaboration of doctors-nurses in health care is described as the way in which they interact in relation to the clinical decision-making process (Hojat, M. 2003)

The World Health Organization (WHO, 2010) described interprofessional collaboration as “multiple health workers from different professional backgrounds, provide comprehensive services by working with patients, their families, carers, and community to deliver the highest quality of care across settings” (WHO, 2010). Nurse –physician IPC can be defined as the conjoint process in which nurses and physicians “work cooperatively, share responsibility for problem solving, address conflict management, perform joint decision-making and use open communication”(Nair et al., 2012). Likewise, collaborative behaviours can be described as those actions taken by two or more individuals working in a collegial and non-hierarchical manner and in which individuals have equal power (Caricati et al. 2015). This implies that, both nurses and physicians should mutually recognize professional expertise, autonomy accepting sharing power and responsibilities in healthcare processes (Caricati et al. 2015).

Scientific evidence indicates that interprofessional collaboration (IPC) enhances teamwork efficiency, improves the quality of care, and increases satisfaction among both healthcare professionals and patients (Hojat, et al. 2003). It has been associated with better clinical outcomes, including reduced mortality rates and fewer hospital admissions (Holland, R., et al 2005), shorter hospital stays and fewer post – operative complications (Pape, B., et al .,2013). Moreover, nurse-physician collaboration has a significant impact on patient outcomes (Elithy A.T., Harmina M.K. 2011), nurses job satisfaction (Rosenstein, 2002) and organisational costs (Tjia J., et al 2009).

## **Background**

Historically, the Nurse – Physician relationship was characterized by nurse subservience and physician dominance. Stein (1967), was one of the first researchers to explore collaborative behaviors between nurses and physicians, describing the relationship as hierarchical. He coined the term "doctor- nurse game" to illustrate the dynamic, portraying physicians as superior in the relationship. Physicians adopted a paternalistic and directive role, while nurses were expected to comply with physicians' decisions and focus solely on patient care (Casanova J.et al, 2007). This "doctor- nurse game" according to Kaifi et al (2021) was a form communication in which the nurse passively made recommendations that the physician would then advocate and own. A review from Reeves,et al (2008) about “doctor- nurse game” suggest that this relationship is unchanged despite a link between collaboration and positive healthcare outcomes. Thus, effective nurse physician collaboration is important to the provision of quality care, however the game still continued and had let to rise in a competition with in the nursing profession itself, despite the fact that nurses have succeeded in taking up some of the roles of doctors, it is ultimately still medicine that holds all the cards (Holyoake, 2011). A scoping literature review in the broader subject area revealed that the majority of research was performed by nurse and the findings showed that nurses expressed more positives attitudes toward collaboration than physicians(Elsous, Radwan, and Mohsen 2017; Matthew Alcusky, , Mohammadreza Hojat, 2016; Suryanto, Plummer, and Copnell 2016; Zheng, Sim, and Koh 2016).

However,no previous research on interprofessional collaboration (IPC) has been conducted in Cyprus Republic. Major changes in the country such as the introduction of a new public health care scheme also increase the necessity to improve the body of knowledge as regards ways to improve the delivery of care. The findings of this study will contribute to understanding

the attitudes of Nurses and Physicians toward (IPC), offering valuable insights into their collaborative dynamics. No previous research on interprofessional collaboration (IPC) has been conducted in Cyprus Republic. Major changes in the country such as the introduction of a new public health care scheme also increase the necessity to improve the body of knowledge as regards ways to improve the delivery of care. The findings of this study will contribute to understanding the attitudes of Nurses and Physicians toward (IPC), offering valuable insights into their collaborative dynamics.

The specific objectives of this study are:

1. To assess the attitudes of physicians and nurses towards interprofessional collaboration.
2. To identify demographic or organizational factors that may influence these attitudes in a public hospital, and a private sector hospital in Cyprus.
3. To examine potential differences in attitudes between physicians and nurses working in the public and private sector regarding interprofessional collaboration.

## Method

### Sample and settings

For the purpose of this study a descriptive correlation study design was used.

The study population included all nurses and physicians, actively employed in two different settings- an acute care public hospital and a private sector hospital in one of the major provinces in Cyprus Republic - from April to September 2019. The public hospital had a total of 129 Physicians and 633 Nurses, while the private hospital featured 20 Physicians and 100 Nurses (table 1). Participants were informed about the purpose of the study and informed consent was obtained before data collection. Data were gathered using a written questionnaire administered to participants. To facilitate the return process, a sealed collection box was provided in each department, where participants could securely deposit their completed questionnaires. Two weeks after distribution, the researcher collected the questionnaires from the boxes.

Participation was voluntary and participants' anonymity was maintained, in every step of this research procedure.

| Hospital         | Physicians (n) |               | Nurses (n) |                | Total (n)  |                |
|------------------|----------------|---------------|------------|----------------|------------|----------------|
|                  | Population     | Sample        | Population | Sample         | Population | Sample         |
| Public Hospital  | 129            | 67<br>(51,9%) | 633        | 402<br>(63,5%) | 762        | 469<br>(61,5%) |
| Private Hospital | 20             | 12 (60%)      | 100        | 92<br>(92%)    | 120        | 104<br>(86%)   |
| Total            | 149            | 79 (53%)      | 733        | 494<br>(67,3%) | 899        | 573<br>(63,7%) |

Table 1: Total Population & Sample

### Data Analysis

1  
2  
3  
4 Data were analysed using SPSS v 26. Descriptive statistics were employed to summarize  
5 participant's general characteristics and scores on the study measures. To compare  
6 physicians' and nurses' attitudes toward Interprofessional collaboration, an independent t-  
7 test was conducted. Additionally, regression analysis was used to identify factors influencing  
8 participants' attitudes toward collaboration.  
9

#### 10 **Ethical consideration**

11  
12 Ethical approval was obtained by the Cyprus National Bioethics Committee (Ref.CNBC  
13 2017.01.125), from the Office of the Commissioner of Personal Data Protection (Ref.3.28.239)  
14 and finally from the Scientific Research Promotion Committee of Ministry of Health (Ref.  
15 0466/2018, MH 5.34.01.7.6E). Additional permission was secured from the administration of  
16 each hospital. Consent to use the JSANPC was gathered by the scale author.  
17

#### 18 **Instrument**

19  
20 The Jefferson Scale of Attitudes toward Physician-Nurse Collaboration was used to measure  
21 the attitudes of both nurses and physicians regarding collaboration. The scale was originally  
22 developed to measure attitudes toward nurses and nursing services (Hojat and Herman,  
23 1985). Items for the original scale were selected based on a review of literature on physician-  
24 nurse relationships and addressed areas of physician-nurse interactions, decision making,  
25 role expectations, authority, autonomy, and responsibilities for patient care and monitoring.  
26 That original survey was modified (Hojat et al., 1997) to investigate attitudes toward  
27 physician-nurse alliances. Further modifications were made to the survey in a third study  
28 (Hojat et al., 1999) in which 15 (out of the 20) items of the survey were retained after extensive  
29 psychometric analysis.  
30  
31

32 The IPC scale was translated into 15 languages (Ward. J. et al 2008). Content and construct  
33 validity and reliability have been demonstrated in previous work by Hojat and colleagues  
34 (1999). The reliability was .85 for medical students and .84 for nursing students and construct  
35 validity was demonstrated through rigorous factor analysis (Hojat et al., 1999).  
36  
37

38 For the purpose of this study, the questionnaire underwent translation from English to Greek,  
39 a process evaluated by 4 experts (an academic professor, a physician, an English language  
40 professor, and the investigator of the study). The experts employed the back-translation  
41 method to validate the accuracy of the translation. A pilot study involving 10 physicians and  
42 10 nurses was conducted to evaluate the comprehensibility of the questionnaire in Greek  
43 language. The results were satisfactory, as participants encountered no difficulty in  
44 understanding the questions. The overall Cronbach  $\alpha$  score for the tool (15 statements) was  
45 0.73.  
46

47 The items in the final version of the Jefferson Scale of Attitudes toward Physician-Nurse  
48 Collaboration are answered on a 4-point Likert-type scale, where the respondent could specify  
49 their stance from 1, which is equal to "strongly disagree," to 4, which is equal to "strongly  
50 agree." Thus, the attitude toward collaboration is reflected by the total score on the Jefferson  
51 Scale, ranging from 15 to 60, with higher scores indicating more positive attitudes. The 4  
52 subscales of the questionnaire were identified as "shared education and teamwork" (7 items:  
53 1, 3, 6, 9, 12, 14, and 15). Three other reliable factors were "caring versus curing" (3 items: 2,  
54 4, and 7); "nurses' autonomy" (3 items: 5, 11, and 13); and "physician's dominance" (2 items:  
55  
56  
57  
58  
59  
60

8, 10). A higher factor score on the shared education and teamwork dimension indicates a greater orientation toward interdisciplinary education and interprofessional collaborations. A higher factor scores on the caring versus curing dimension indicates a more positive view of nurses' contributions to psychosocial and educational aspects of patient care. A higher factor score on the nurses' autonomy dimension indicates more agreement with nurses' involvement in decisions on patient care and policies. A higher factor score on physician's dominance indicates rejecting a totally dominant role of physicians in aspects of patient care (items of this factor are reverse scored).

## Results

### Demographics

A total of 573 physicians and nurses participated in this survey, reflecting an overall response rate of 63,73% (physicians 56,83%, nurses 68,52%). Within this cohort, 469 (61.5%) health professionals, belonged to the public sector. Among these n=67 (51%) were physicians, while 402 (63,5%) were Nurses. Conversely, the private sector contributed a total of 104, representing 86% of the overall sample. Within this subset, 12 (60%), were physicians and the remaining 92 (92%) were Nurses.

The majority of the sample was female (66%) and nearly the half of the sample's age was between 31-40 years (44%). Furthermore, 74% were married or in cohabiting, while 73% had children. More than the half of the sample 54 % have 0-10 years of experience, the 28% 11-20 years and lastly the remaining 18% have more than 21 years (Table 2).

|                                | <b>Total, N = 573</b> | <b>Physicians, N = 79</b> | <b>Nurses, N = 494</b> |
|--------------------------------|-----------------------|---------------------------|------------------------|
| <b>Gender</b>                  |                       |                           |                        |
| Male                           | 172 (34%)             | 36 (50%)                  | 136 (31%)              |
| Female                         | 333 (66%)             | 36 (50%)                  | 297 (69%)              |
| Not answered                   | 68                    | 7                         | 61                     |
| <b>Age</b>                     |                       |                           |                        |
| 21-30                          | 140 (27%)             | 5 (6.8%)                  | 135 (31%)              |
| 31-40                          | 225 (44%)             | 16 (22%)                  | 209 (48%)              |
| 41-50                          | 83 (16%)              | 27 (36%)                  | 56 (13%)               |
| 51+                            | 65 (13%)              | 26 (35%)                  | 39 (8.9%)              |
| Not answered                   | 60                    | 5                         | 55                     |
| <b>Education Qualification</b> |                       |                           |                        |
| Master's Degree                | 164 (29%)             | 15 (19%)                  | 149 (30%)              |
| Doctoral Degree of Studies     | 16 (2.8%)             | 14 (18%)                  | 2 (0.4%)               |
| Not answered                   | 5                     | 1                         | 4                      |
| <b>Marital status</b>          |                       |                           |                        |
| Single                         | 120 (21%)             | 15 (19%)                  | 105 (22%)              |
| Married - cohabiting           | 420 (74%)             | 63 (80%)                  | 357 (73%)              |
| Separated/ Divorced Widowed    | 25 (4.4%)             | 1 (1.3%)                  | 24 (4.9%)              |
| Not answered                   | 8                     | 0                         | 8                      |
| <b>Children</b>                |                       |                           |                        |

|                            |           |          |           |
|----------------------------|-----------|----------|-----------|
| Yes                        | 410(73%)  | 63 (81%) | 347 (72%) |
| Not answered               | 15        | 1        | 14        |
| <b>Years of experience</b> |           |          |           |
| 0-10                       | 304 (54%) | 45 (58%) | 259 (53%) |
| 11-20                      | 161 (28%) | 16 (21%) | 145 (30%) |
| 21+                        | 102 (18%) | 16 (21%) | 86 (18%)  |
| Not answered               | 6         | 2        | 4         |

Table 2: Sample's Demographics

Regarding the specific objectives:

Attitudes of physicians and nurses towards interprofessional collaboration:

The following tables illustrate the mean scores for Interprofessional collaboration, both on the overall scale (Total Interprofessional Collaboration) and across the individual dimensions (subscales) of the tool. A higher mean score is indicative of a more positive attitude towards interprofessional collaboration between physicians and nurses(Wetzel ,2013).

The average level of Total Interprofessional Collaboration among Physicians is 49.7 (SD=5.9) with scores ranging from 31 to 60. The mean scores for the individual subscales are detailed in Table 3.

The average level of total interprofessional collaboration among Nurses is 53.4 (SD=5.4) with scores ranging from 23 to 60. The mean scores for the individual subscales are also provided in Table 3.

Regarding the 4 subscales of the survey: "Education and Teamwork", Nurses have a higher level of positive attitudes than Physicians ( $p=0.012$ ). "Caring vs. curing", Nurses have a higher level of positive attitudes than Physicians ( $p<0.001$ ). "Nurses' Autonomy", Physicians have a higher level of positive attitudes than Nurses ( $p=0.005$ ). "Physician Dominance", Nurses have a higher level of positive attitudes than Physicians ( $p<0.001$ ).

Concerning the overall level of Interprofessional Collaboration, Nurses exhibited more positive attitudes than Physicians ( $p<0.001$ ) table 3.

| Subscales                                       | Physicians, N = 79 |              |  | Nurses, N = 494   |              |  | p-value*         | Differences |
|-------------------------------------------------|--------------------|--------------|--|-------------------|--------------|--|------------------|-------------|
|                                                 | Mean (SD)          | Range        |  | Mean (SD)         | Range        |  |                  |             |
| Shared education and teamwork                   | 24.3 (3.7)         | 10-28        |  | 25.4 (3)          | 9-28         |  | 0.012            | 1.1         |
| Caring versus curing                            | 10 (2.1)           | 5-12         |  | 11 (1.5)          | 3-12         |  | <0.001           | 1           |
| Nurses' autonomy                                | 11.3 (1)           | 7-12         |  | 10.9 (1.6)        | 3-12         |  | 0.005            | 0.4         |
| Physician's dominance                           | 4.2 (2)            | 2-8          |  | 6.1 (2)           | 2-8          |  | <0.001           | 1.9         |
| <b>Total of interprofessional collaboration</b> | <b>49.7 (5.9)</b>  | <b>31-60</b> |  | <b>53.4 (5.4)</b> | <b>23-60</b> |  | <b>&lt;0.001</b> | <b>3.7</b>  |

Table 3 Average level (Standard Deviation) of Doctors and Nurses regarding Interprofessional collaboration.

Regarding the third question: “Are any demographic or other organizational factors associated with physicians and nurse’s attitudes toward interprofessional collaboration?” Although there are some differences between Physicians and Nurses, these differences did not show a statistically significant association with attitudes toward IPC.

However, with respect to collaboration among Physicians, those working in the public sector exhibited a more positive overall attitude than physicians in the private sector ( $b=-5.0$ ,  $p=0.053$ ) table 4. For nurses, a greater number of years of experience was associated with a more positive attitude towards IPC ( $b=0.05$ ,  $p=0.011$ ) table 5.

| <i>Characteristics</i>         | <i>B</i> | <i>95% I.C.</i> | <i>p-value</i> |
|--------------------------------|----------|-----------------|----------------|
| <b>Hospital</b>                |          |                 |                |
| Public                         |          |                 |                |
| Private                        | -5.0     | -9.9, -0.04     | 0.053          |
| <b>Education Qualification</b> |          |                 |                |
| Master's Degree                | -1.4     | [-4.4, 1.7]     | 0.4            |
| Doctoral Degree of Studies     |          |                 |                |
| <b>Years of experience</b>     |          |                 |                |
|                                | -1.5     | -14, 11         | 0.8            |

Table 4 Linear regression model Dependent variable: Total score for interprofessional collaboration Physicians.

| <i>Characteristics</i>         | <i>B</i> | <i>95% I.C.</i> | <i>p-value</i> |
|--------------------------------|----------|-----------------|----------------|
| <b>Hospital</b>                |          |                 |                |
| Public                         |          |                 |                |
| Private                        | 0.57     | [-1.1, 2.2]     | 0.5            |
| <b>Education Qualification</b> |          |                 |                |
| Master's Degree                | 0.41     | [-0.61, 1.4]    | 0.4            |
| Doctoral Degree of Studies     |          |                 |                |
| <b>Years of experience</b>     |          |                 |                |
|                                | 0.07     | 0.01, 0.13      | 0.027          |

Table 5 Linear regression model Dependent variable: Total score for interprofessional collaboration Nurses.

When examining potential disparities in the attitudes of physicians and nurses employed in the public sector in comparison to those working in the private sector concerning interprofessional collaboration, nurses in public hospital had more positive attitude regarding “Physicians dominance”, compared to nurses in the private hospital ( $p<0.001$ ) table 6.

| Subscales                                | Public <i>N</i> = 402 | Private <i>N</i> = 92 | <i>p-value</i> |
|------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|----------------|
| Shared education and teamwork            | 25.3 (3.1)            | 25.7 (2.4)            | 0.2            |
| Caring versus curing                     | 11.0 (1.5)            | 11.1 (1.4)            | 0.6            |
| Nurses' autonomy                         | 10.9 (1.6)            | 11.1 (1.3)            | 0.084          |
| Physician's dominance                    | 6.4 (1.8)             | 4.8 (2.2)             | <0.001         |
| Total of interprofessional collaboration | 53.5 (5.6)            | 52.7 (4.7)            | 0.15           |

Table 6 Average level (Standard Deviation) of Nurses (public vs private hospital) regarding Interprofessional collaboration

#### 4. Discussion

1  
2  
3  
4 In relation with the attitude of physicians and nurses towards interprofessional collaboration  
5 and the differences observed between them, this study provides valuable insights into nurse-  
6 physician collaboration in Cyprus. It is the inaugural study delving into attitudes toward  
7 interprofessional collaboration among Physicians and Nurses in both public and private sector  
8 hospitals. Additionally, a notable gap in the existing literature pertains to the examination of  
9 attitude disparities between private and public hospitals, further underscoring the  
10 significance of this study's findings.  
11

12  
13 The finding of this study reveal that nurses consistently obtained higher scores than physicians  
14 toward Interprofessional Collaboration, ( $p < 0.001$ ). These findings are similar with previous  
15 studies which have also found that nurses have more positive attitude toward  
16 interprofessional collaboration than physicians (Elsous, Radwan, and Mohsen 2017; Girish  
17 2019; Hossny and Sabra 2021; Kaifi et al. 2021; Zheng, Sim, and Koh 2016). Notably, recent  
18 published research on interprofessional collaboration has been limited, therefore this study  
19 is a valuable contribution to addressing a significant gap in the literature. According to Hughes  
20 (2010), physician's education, its focus on development of technical skills rather than  
21 interpersonal skills, may result in an attitude among physicians that they are practicing alone  
22 rather than as a member of a team (Hughes and Fitzpatrick 2010). The literature attributes  
23 the nurse-physician relationship to hierarchical model of patient care which means nurses are  
24 doctors' assistant and are viewed as subordinate (Elsous, Radwan, and Mohsen 2017).  
25

26  
27 In the current study, nurses also demonstrated a more positive attitude than physicians across  
28 three of the four questionnaire subscales "shared education and teamwork" "caring versus  
29 curing" and "physician's dominance". In the case of the "nurses' autonomy" subscale, there  
30 was a marginal difference in attitude, with physicians expressing a slightly more positive  
31 stance. Nevertheless, both groups exhibited comparable responses, underscoring the  
32 significance of this particular subscale.  
33

34  
35 Even though no statistical significance has been observed, both groups in our study had similar  
36 responses on the "shared education and teamwork" subscale (mean score: 24,3 Vs 25,4), a  
37 factor that may indicate that the two groups comprehend the importance of working and  
38 learning together. Although the country has 5 medical and 5 nursing schools, there is no  
39 shared education and teamwork in their education curriculum in any of them, and this may  
40 reflect the social status and the strong difference in perceptions about the relationship  
41 between doctors and nurses in the wider society. This result underscores the crucial role of  
42 education in fostering and enhancing collaboration among healthcare professionals, as  
43 previously emphasized by Hojat (2003). This result is consistent with previous publications  
44 (Elsous, Radwan, and Mohsen 2017; Kaifi et al. 2021). However, these finding differ slightly  
45 from previous studies (Sterchi 2007) which found that nurses had higher scores than  
46 physicians. This suggests the imperative inclusion of shared education components in the  
47 curricula of both medical and nursing disciplines, as advocated by Pakpour, Ghafourifard, and  
48 Salimi (2019).  
49

50  
51 The second highest scoring subscale "caring versus curing" further underscores its significance  
52 ( $p < 0.0001$ ). This reveals as compared to physicians, nurses in the present study showed more  
53 favourable attitudes towards nurses' contributions to the "holistic care" especially the  
54 psychological and educational aspects of patient care. The same trend was observed by  
55  
56  
57  
58  
59  
60

1  
2  
3  
4 previous studies (Amsalu et al. 2014 ). This result suggests alignment with the evolving  
5 landscape of nursing education over the years. Probably it's due to the fact Nursing is more  
6 focused on several aspects of care, and medicine is strongly focused on the diagnosis and  
7 treatment. The high score in this subscale indicates that nurses possess the capability not only  
8 to provide education and counseling to patients but also to actively participate in shaping  
9 policies that impact their working environment, aligning with the findings of Pakpour,  
10 Ghafourifard, and Salimi (2019). Moreover, the elevated scores on this subscale affirm that,  
11 compared to physicians, nurses exhibit a more positive attitude towards contributing to the  
12 psychosocial and educational aspects of patient care, as observed in studies by Amsalu et al.  
13 (2014) and Elsous, Radwan, and Mohsen (2017).  
14

15  
16 This study underlines that nurses exhibit a more positive attitude towards rejecting the  
17 dominance role of physicians, aligning with similar findings in previous studies conducted in  
18 Italy, Indonesia, China, and Palestine (Elsous, Radwan, and Mohsen, 2017; Matthew Alcusky,  
19 Mohammadreza Hojat, 2016; Suryanto, Plummer, and Copnell, 2016). The traditional  
20 hierarchical relationship between physicians and nurses, characterized by physicians'  
21 dominance and nurses being perceived as assistants rather than holistic care partners  
22 (Vazirani S., Hays R.D., Shapiro M.F., 2005), has been a consistent finding. Numerous studies  
23 emphasize the benefits of fostering collaboration and mutual respect, including increased  
24 workplace satisfaction, reduced nurse burnout, and lower turnover rates. Despite the  
25 acknowledged advantages of collaboration, the actual relationship between physicians and  
26 nurses often remains unequal, marked by physician dominance and nurses assuming a  
27 subordinate position (Dailey M, Loeb B, 2007). According to WHO (2020), "staff nurses are not  
28 doctors' helpers. Nurses are health professionals in their own rights, with specific skills and  
29 training that enable them to perform a wide variety of essential roles." Analysis Notably,  
30 studies by MacDonald and Katz, Barrere (2002), and Ellis (2002) suggest that increased  
31 knowledge about the nursing role can lead to favorable changes in nurses' attitudes toward  
32 collaboration (J. MacDonald, 2002; Ellis, 2002). Conversely, limited knowledge about nursing  
33 roles negatively impacts physicians' willingness to engage in collaborative practices (Elsous,  
34 Radwan, and Mohsen, 2017).  
35

36  
37 In relation with demographic or organizational factors that may be correlated with the  
38 attitudes of physicians and nurses towards interprofessional collaboration, our study findings  
39 support that nurses with more extensive professional experience exhibited a more positive  
40 attitude toward collaboration. This suggests a potential positive correlation between the  
41 duration of a nurse's work experience and their inclination towards collaborative practices.  
42 The results align with the notion that increased professional tenure may contribute to the  
43 development of a positive attitude regarding interprofessional collaboration among nurses.  
44 These results are consistent with other studies and indicate that length of experience affect  
45 the attitude toward collaboration (Lu et al. 2016; Nelson, King, and Brodine 2008). This may  
46 reflect a generation gap effect, or it may be that attitude toward collaboration changes as  
47 professionals gain more experience (Yong Wang, Yong-Fang Liu, Hao Li 2015). In contrary  
48 Sterchi (2007) found that physician's attitude toward collaboration became more positive  
49 with increased years of experience, in contrast, nurses demonstrated a less positive attitude  
50 as years of experience increased (Sterchi 2007b).  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

1  
2  
3  
4 In the context of the correlation between questionnaire subscales and demographic or  
5 organizational factors, the study uncovered a notable trend: physicians in the public sector  
6 exhibited a more positive attitude compared to physicians in the private sector, with a p-value  
7 of 0.053. While the significance level is close to conventional thresholds, this result suggests  
8 a potential association between organizational sector (public vs. private) and physicians'  
9 attitudes toward interprofessional collaboration. Further investigation and larger sample sizes  
10 may help elucidate and confirm the observed trend. According to Sterchi (2007), physicians  
11 have traditional emphasis on expertise, autonomy, and responsibility, while nurses have more  
12 emphasis on hierarchy and bureaucracy. Traditionally, physicians view nurses as subordinate  
13 in which they receive orders for implementation, and follow physicians lead (Sterchi 2007b).  
14

15  
16 Furthermore, this article examines the potential differences in the attitudes of physicians and  
17 nurses working in the public sector compared to those in the private sector concerning  
18 interprofessional collaboration.  
19

20 The mean score for public hospital employees was 49.21, while for private hospital  
21 employees, it was 49.14 ( $p > .05$ ). The result indicates that health care professionals in public  
22 hospital had more positive attitudes towards IPC than those working in private hospital. This  
23 result in agreement with Kaifi, 2021 who found that government hospital employees  
24 had more positive attitudes towards IPC than private hospital employees, (Kaifi, et al,  
25 2021) This could be explained by the fact that doctors in the private sector usually are also  
26 employers. However, no statistical significance has been observed, most probably due to the  
27 small sample size at a single private hospital, and therefore it limits the generalizability of our  
28 findings.  
29

30  
31 The investigation into the difference in attitudes between physicians and nurses working in  
32 the public sector versus their counterparts in the private sector yielded no published studies  
33 that specifically evaluate interprofessional attitudes toward collaboration in both sectors.  
34 Consequently, a direct comparison of our study results with existing literature on this specific  
35 aspect is not feasible. This underscores the novelty and significance of our findings in  
36 contributing to the understanding of interprofessional collaboration across public and private  
37 healthcare settings. In the present study, it was observed that nurses working in public  
38 hospitals exhibited a more positive attitude concerning "Physicians dominance", compared to  
39 their counterparts in private hospital. The difference was found to be statistically significant  
40 ( $p < 0.001$ ).  
41

42  
43 Although the literature was limited, with only one published study comparing  
44 interprofessional collaboration in public and private hospitals (Kaifi et al., 2021) it is plausible  
45 to attribute the observed difference in attitudes between nurses in public and private  
46 hospitals to variations in the nature of the work climate and organizational culture within  
47 these healthcare settings. The distinct characteristics and practices of public and private  
48 hospitals may contribute to divergent perceptions and attitudes among healthcare  
49 professionals, including nurses, regarding the dominance of physicians. Further research  
50 exploring the specific dynamics of work climate and organizational culture in public and  
51 private healthcare institutions could provide valuable insights into these observed  
52 differences. According to Sterchi's (2007) study, this could be attributed to the lack of  
53 organizational support for nurses' contribution in holistic model of the patient care (Sterchi  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

2007b). Furthermore, Hughes and Fitzpatrick (2010) stated that the organizational culture may affect attitudes toward collaboration (Hughes and Fitzpatrick 2010). Additionally, Armstrong and Laschinger (2006) in their study on empowerment as related to organizational characteristics and patient safety, found a strong relationship between the professional practice environment characteristics and perceptions of a culture of safety.

Inadequate or ineffective communication between healthcare professionals can lead to misunderstandings, errors in medical decisions, and improper patient care (Mistri I U., Badge A. 2023). The Institute of Medicine (2004) has likewise recommended that in order to create a culture of safety it is necessary to have non-hierarchical communication and decision-making strategies where all members of the healthcare team can freely engage in a dialogue about patients' care (Hughes and Fitzpatrick 2010). Furthermore, Zhu (2023) emphasizes that a high level of organizational support helps nurses reduce physical and mental stress, increase job satisfaction, and decrease turnover intention (Zhu et al. 2023). The above can be associated with our finding that the physicians in private sector have more negative attitude toward collaboration than physician in public sector ( $p=0,053$ ). Though there was a difference between the groups, was not found to be statistically significant probably due to the small sample

#### **The limitation of the study**

In relation to study limitations, focusing on Physicians and Nurses in Cyprus health care sector limits the generalizability of our findings. However, two key limitations should be noted. First the study was conducted at a single private hospital and a public hospital in Cyprus, and the views of nurses and physician at other private hospital may differ. Second, the small sample size at the private hospital may limit the ability to draw broad conclusions. A larger sample size would provide a clearer understanding of the differences between groups.

#### **Conclusion**

This study demonstrates that nurses had a more positive attitude towards collaboration than physicians. Specifically, nurses expressed more favourable views regarding their contributions to the psychosocial and educational aspects of patient care, and showed a stronger rejection of a totally dominant physician role. Thus, hospital managers should focus on creating a supportive Organizational culture that promotes employee well-being, clarifies and recognizes roles, and fosters a positive attitude toward interprofessional collaboration.

Furthermore, the findings highlight the importance of incorporating IPC education into the training of both physicians and nurses, which could enhance attitudes toward interprofessional collaboration. Health care administrators should implement policies and strategies that promote IPC among health care professionals.

#### **Acknowledgments**

The authors would like to thank the health care professionals who participated in the study.

#### **Declaration of interest**

The authors report no conflicts of interest. The authors alone are responsible for the content and writing of this article.

**Conflicts of Interest** The authors declare that there are no conflicts of interest regarding the publication of this paper.

## References

- Amsalu, Eden, Brihanu Boru, Firehiwot Getahun, and Begna Tulu. 2014. "Attitudes of Nurses and Physicians towards Nurse-Physician Collaboration in Northwest Ethiopia: A Hospital Based Cross-Sectional Study." *BMC Nursing* 13(1): 37.  
<http://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-014-0037-7>.
- Baldwin, D. 2007. "Some Historical Notes on Interdisciplinary and Interprofessionaleducation and Practice in the USA." *Jourrnal of Interprofessional care* 21: 23–37.
- Caricati, Luca et al. 2015. "The Role of Professional and Team Commitment in Nurse-Physician Collaboration: A Dual Identity Model Perspective." *Journal of interprofessional care* 29(5): 464–68.  
<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/13561820.2015.1016603> (October 18, 2018).
- Casanova J., Day K., Hendeicks B., Theis L., Wiesman S. 2007. "Nurse- Physician Work Relations and Role Expectations." *Nursing Administration* 37(2): 68–70.
- Elithy A.T., Harmina M.K., Elbially G.G. 2011. "Nurses and Physicians Perceptions of Their Inter Professional Relationships at Alexandria Main UniversityHospital." *J Am Sci* 7((12)): 750-757.
- Elsous, Aymen, Mahmoud Radwan, and Samah Mohsen. 2017. "Nurses and Physicians Attitudes toward Nurse-Physician Collaboration: A Survey from Gaza Strip, Palestine." *Nursing research and practice* 2017: 7406278.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28326194> (October 8, 2018).
- Girish, Degavi. 2019. "Collaboration between Nurses and Physicians." *International Journal of Advances in Nursing Management* 7(1): 63.
- Hojat, Mohammadreza, et al. 2003. "Comparizon of American, Israeli, Italian, and Mexican Physicians and Nurses on the Total and Factor Scores of the Jefferso9n Scale of Attitudes toward Physician Nurse Collaborative Relationships." *International Jurnal of nursing studies* 40(4): 427–35.
- Holland, R., Battersby, J., Harvey, I., Lenaghan, E., Smith, J., & Hay, L. 2005. "Systematic Review of Multidisciplinary Interventions in Heart Failure." *Heart( British Cardiac society)* 91(7): 899–906. doi:10.1136/hrt.2004.048389.
- Holyoake, D.D. 2011. "Is the Doctor- Nurse Game Being Played?" *Nursing Times* 107(43): 12–14.
- Hossny, Eman Kamel, and Hanaa Esmail Sabra. 2021. "The Attitudes of Healthcare

- Professionals towards Nurse–Physician Collaboration.” *Nursing Open* 8(3): 1406–16.
- Hughes, Barbara, and Joyce J. Fitzpatrick. 2010. “Nurse-Physician Collaboration in an Acute Care Community Hospital.” *Journal of Interprofessional Care* 24(6): 625–32.  
<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/13561820903550804> (December 17, 2018).
- Kaifi, Abdullah et al. 2021. “Attitudes of Nurses and Physicians toward Nurse–Physician Interprofessional Collaboration in Different Hospitals of Islamabad–Rawalpindi Region of Pakistan.” *Journal of Interprofessional Care* 35(6): 863–68.
- Lu, Yong et al. 2016. “Job Satisfaction and Associated Factors among Healthcare Staff : A Cross-Sectional Study in Guangdong Province , China.”
- Matthew Alcusky, , Mohammadreza Hojat, Vittorio Maio. 2016. “Attitude toward Collaboration among Practitioners in Newly Established Medical Homes: A Survey of Nurses, General Practitioners, and Specialists.” *American journal of Medical Quality* 31(6): 526–35.
- Mistri I U, Badge A, Shahu S . 2023. “Enhancing Patient Safety Culture in Hospitals.” *Cureous* 15(12): e5(DOI 10.7759/cureus.51159).
- Nelson, Gina Aya, Major L King, and Stephanie Brodine. 2008. “Nurse-Physician Collaboration on Medical-Surgical Units.” *Medsurg nursing : official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses* 17(1): 35–40.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18429539> (December 17, 2018).
- Pape, B., Thiessen, P. S., Jakobsen, F., & Hansen, T. B. “Interproffesional Collaboration May Pay off: Introducing a Collaborative Approach in an Orthopaedic Ward.” *Journal of interprofessional care* 27: 496–500. doi: 10.3109/13561820.2013.808611.
- Rosenstein, A.H. 2002. “Nurse - Physician Relationships : Impact on Nurse Satisfaction and Retention.” *American Journal of nursing* 102(6): 26–24.
- Sterchi, L Suzanne. 2007a. “Perceptions That Affect Physician- Nurse Collaboration in the Perioperative Settings.” *AORN journal* 86(1): 45.
- Suryanto, Virginia Plummer, and Beverley Copnell. 2016. “Collaboration between Nurses and Physicians in an Indonesian Emergency Department.” *Australasian Emergency Nursing Journal* 19(2): 82–89. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aenj.2016.04.001>.
- Tjia J., Mazor K.M., Field T., Meterko V., Spenard A., Gurwitz J. H. 2009. “Nurse -Physician Communication in the Long- Term Care Setting : Perceived Barriers and Impact on Patient Safety.” *Journal of patient safety* 5(3): 145–52.
- Ward, J, Schaal, M., Sullivan, J., Bowen, M. E., Erdmann, J.B., & Hojat, M. “The Jefferson Scale of Attitudes toward Physician-Nurse Collaboration: A Study with Undergraduate Nursing Students.” *Journal of Interprofessional Care* 22: 375-386.
- Wetzel, A. “Critical Synthesis Package: Jefferson Scale of Attitudes Toward Physician-Nurse Collaboration.” *MedEdPORTAL Publications*.
- World Organisation, Health. 2010. “Framework for Action on Interprofessional Education&

Collaborative Practice.”

World Organisation, Health. 2020. “Nursing know.” Retrieved from <https://mobile.twitter.com>

Yong Wang, Yong-Fang Liu, Hao Li, and Tingyu Li. 2015. “Attitudes toward Physician-Nurse Collaboration in Pediatric Workers and Undergraduate Medical- Nursing Students.” *Hindawi Publishing Corporation* 2015.

Zheng, Ruth Mingli, Yu Fan Sim, and Gerald Choon-Huat Koh. 2016. “Attitudes towards Interprofessional Collaboration among Primary Care Physicians and Nurses in Singapore.” *Journal of Interprofessional Care* 30(4): 505–11.  
<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/13561820.2016.1160039>.

Zhu, Li-Li et al. 2023. “The Effect of Work Engagement and Perceived Organizational Support on Turnover Intention among Nurses: A Meta-Analysis Based on the Price–Mueller Model.” *Journal of Nursing Management* 2023(Figure 1): 1–14.

| Hospital         | Physicians (n) |               | Nurses ( n) |                | Total (n)  |                |
|------------------|----------------|---------------|-------------|----------------|------------|----------------|
|                  | Population     | Sample        | Population  | Sample         | Population | Sample         |
| Public Hospital  | 129            | 67<br>(51,9%) | 633         | 402<br>(63,5%) | 762        | 469<br>(61,5%) |
| Private Hospital | 20             | 12 (60%)      | 100         | 92<br>(92%)    | 120        | 104<br>(86%)   |
| Total            | 149            | 79 (53%)      | 733         | 494<br>(67,3%) | 899        | 573<br>(63,7%) |

Table 1: Total Population & Sample

|                                | <b>Total, N = 573</b> | <b>Physicians,<br/>N = 79</b> | <b>Nurses, N = 494</b> |
|--------------------------------|-----------------------|-------------------------------|------------------------|
| <b>Gender</b>                  |                       |                               |                        |
| Male                           | 172 (34%)             | 36 (50%)                      | 136 (31%)              |
| Female                         | 333 (66%)             | 36 (50%)                      | 297 (69%)              |
| Not answered                   | 68                    | 7                             | 61                     |
| <b>Age</b>                     |                       |                               |                        |
| 21-30                          | 140 (27%)             | 5 (6.8%)                      | 135 (31%)              |
| 31-40                          | 225 (44%)             | 16 (22%)                      | 209 (48%)              |
| 41-50                          | 83 (16%)              | 27 (36%)                      | 56 (13%)               |
| 51+                            | 65 (13%)              | 26 (35%)                      | 39 (8.9%)              |
| Not answered                   | 60                    | 5                             | 55                     |
| <b>Education Qualification</b> |                       |                               |                        |
| Master's Degree                | 164 (29%)             | 15 (19%)                      | 149 (30%)              |
| Doctoral Degree of Studies     | 16 (2.8%)             | 14 (18%)                      | 2 (0.4%)               |
| Not answered                   | 5                     | 1                             | 4                      |
| <b>Marital status</b>          |                       |                               |                        |
| Single                         | 120 (21%)             | 15 (19%)                      | 105 (22%)              |
| Married - cohabiting           | 420 (74%)             | 63 (80%)                      | 357 (73%)              |
| Separated/ Divorced Widowed    | 25 (4.4%)             | 1 (1.3%)                      | 24 (4.9%)              |
| Not answered                   | 8                     | 0                             | 8                      |
| <b>Children</b>                |                       |                               |                        |
| Yes                            | 410(73%)              | 63 (81%)                      | 347 (72%)              |
| Not answered                   | 15                    | 1                             | 14                     |
| <b>Years of experience</b>     |                       |                               |                        |
| 0-10                           | 304 (54%)             | 45 (58%)                      | 259 (53%)              |
| 11-20                          | 161 (28%)             | 16 (21%)                      | 145 (30%)              |
| 21+                            | 102 (18%)             | 16 (21%)                      | 86 (18%)               |
| Not answered                   | 6                     | 2                             | 4                      |

Table 2: Sample's Demographics

| Subscales                                       | Physicians, N = 79 |       |       | Nurses, N = 494 |       |       | <i>p</i> -value* Differences |
|-------------------------------------------------|--------------------|-------|-------|-----------------|-------|-------|------------------------------|
|                                                 | Mean (SD)          |       | Range | Mean (SD)       |       | Range |                              |
| Shared education and teamwork                   | 24.3               | (3.7) | 10-28 | 25.4            | (3)   | 9-28  | 0.012 1.1                    |
| Caring versus curing                            | 10                 | (2.1) | 5-12  | 11              | (1.5) | 3-12  | <0.001 1                     |
| Nurses' autonomy                                | 11.3               | (1)   | 7-12  | 10.9            | (1.6) | 3-12  | 0.005 0.4                    |
| Physician's dominance                           | 4.2                | (2)   | 2-8   | 6.1             | (2)   | 2-8   | <0.001 1.9                   |
| <b>Total of interprofessional collaboration</b> | 49.7               | (5.9) | 31-60 | 53.4            | (5.4) | 23-60 | <0.001 3.7                   |

Table 3 Average level (Standard Deviation) of Doctors and Nurses regarding Interprofessional collaboration.

| <b>Characteristics</b>         | <b>B</b> | <b>95% I.C.</b> | <b>p-value</b> |
|--------------------------------|----------|-----------------|----------------|
| <b>Hospital</b>                |          |                 |                |
| Public                         |          |                 |                |
| Private                        | -5.0     | -9.9, -0.04     | 0.053          |
| <b>Education Qualification</b> |          |                 |                |
| Master's Degree                | -1.4     | [-4.4, 1.7]     | 0.4            |
| Doctoral Degree of Studies     |          |                 |                |
| <b>Years of experience</b>     |          |                 |                |
|                                | -1.5     | -14, 11         | 0.8            |

Table 4 Linear regression model Dependent variable: Total score for interprofessional collaboration Physicians.

| <b>Characteristics</b>         | <b>B</b> | <b>95% I.C.</b> | <b>p-value</b> |
|--------------------------------|----------|-----------------|----------------|
| <b>Hospital</b>                |          |                 |                |
| Public                         |          |                 |                |
| Private                        | 0.57     | [-1.1, 2.2]     | 0.5            |
| <b>Education Qualification</b> |          |                 |                |
| Master's Degree                | 0.41     | [-0.61, 1.4]    | 0.4            |
| Doctoral Degree of Studies     |          |                 |                |
| <b>Years of experience</b>     |          |                 |                |
|                                | 0.07     | 0.01, 0.13      | 0.027          |

Table 5 Linear regression model Dependent variable: Total score for interprofessional collaboration Nurses.

| Subscales                                       | Public <b>N = 402</b> | Private <b>N = 92</b> | <b>p-value</b> |
|-------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|----------------|
| <b>Shared education and teamwork</b>            | 25.3 (3.1)            | 25.7 (2.4)            | 0.2            |
| <b>Caring versus curing</b>                     | 11.0 (1.5)            | 11.1 (1.4)            | 0.6            |
| <b>Nurses' autonomy</b>                         | 10.9 (1.6)            | 11.1 (1.3)            | 0.084          |
| <b>Physician's dominance</b>                    | 6.4 (1.8)             | 4.8 (2.2)             | <0.001         |
| <b>Total of interprofessional collaboration</b> | 53.5 (5.6)            | 52.7 (4.7)            | 0.15           |

Table 6 Average level (Standard Deviation) of Nurses (public vs private hospital) regarding Interprofessional collaboration