

STUDIUL UNOR FACTORI DE ORDIN PSIHOSOCIAL ȘI ORGANIZAȚIONALI – AMPLIFICATORI AI STRESULUI OCUPAȚIONAL – LA PERSONALUL DIN SECȚIILE ATI

Study of psychosocial and organizational factors - occupational stress boosters – for the staff of the ATI sections

Dr. Rodica Eugenia Sîrghie

Departamentul ATI, Spitalul de Copii „M.S. Curie”, București

REZUMAT

Stresul de la locul de muncă (stresul ocupațional) are drept consecințe o multitudine de boli psihice și fizice (depresie, tulburări de somn, ulcer, infarct, tulburări imunitare) și este accentuat de o serie de factori predispozanți. Studiul efectuat în cursul anului 2015 în 11 spitale bucureștene a constatat în completarea unor chestionare de către cadrele medicale din lotul de bază (75 medici ATI și 75 asistente ATI) și lotul de control (75 medici alte specialități și 75 asistente alte specialități). În urma prelucrării statistice (programul SPSS) au fost evidențiate diferențe semnificativ statistice între lotul de medici ATI (cu valori mult crescute peste medie) și celelalte loturi de medici și asistenți la mai mulți itemi: nevoia de relaxare în timpul programului; limbaj necenzurat în momentele de stres maxim; viața de familie afectată după o zi epuizantă; influența negativă a zgomotului; influența negativă a acuzelor pacienților asupra personalului; teama de riscuri profesionale; greșea în timpul programului din cauza oboselii; lipsa ghidurilor și protocoalelor; aprovizionarea inconstantă, insuficientă cu medicamente și materiale; tratarea simultană a mai multor pacienți și personal insuficient; riscul de malpraxis.

Concluzie. Scăderea influenței acestor factori negativi ar putea reduce riscul de malpraxis cauzat de oboseala excesivă, ar crește calitatea actului medical și ar putea reduce exodul cadrelor medicale spre țările vestice.

Cuvinte cheie: ATI, stres ocupațional, stresori psihosociale și organizaționale

ABSTRACT

Stress from work (occupational stress) has, as a consequence, multiple psychic and physical diseases (depression, sleep disorder, ulcer, infarction, immune disorder) and is increased by a series of predisposing factors. The study performed in 2015 in 11 hospitals in Bucharest which required completing a questionnaire by the medical professionals that were divided in a basic lot (75 ICU doctors and 75 ICU nurses) and a control lot (75 doctors and 75 nurses from different specialties). After the data were statistically processed (using SPSS program) it pointed out significant differences between the basic lot (values well above normal limits) and the control lot comparing multiple items: the need of breaks during work hours, proper language during stressful situations, family life affected by exhaustion caused by the job itself, negative influence of the noise, negative influence of patients' accusations about medical personnel, fear of professional risks, mistakes during work hours because of exhaustion, absence of guidelines and protocols, unreliable and insufficient drug and medical supplies, simultaneous treatment of more patients and insufficient medical personnel, malpractice. Decreasing the influence of the negative factors may reduce the malpractice risk caused by exhaustion, may increase the quality of medical act and may reduce the exodus of medical professionals to the western countries.

Keywords: occupational stress, intensive care unit, psychosocial and organisational stressors

INTRODUCERE

Stresul, sub diversele sale forme, reprezintă problema de cea mai mare actualitate atunci când vorbim despre sănătatea fizică și mai ales psihică a

oamenilor din ziua de azi. Stresul de la locul de muncă (stresul ocupațional) se numără printre cele mai frecvente stresuri psihice și are o importantă influență asupra sănătății. Printre profesiile în care stresul este un factor major pentru scurtarea duratei

Adresa de corespondență:

Dr. Rodica Eugenia Sîrghie, Spitalul de Copii „M.S. Curie”, Bulevardul Constantin Brâncoveanu nr. 20, București
e-mail: rodicaeugenias@yahoo.com

de viață se numără și cele din domeniul sanitar (medici și asistente). Factorii generatori de stres sunt legați atât de gradul de suprasolicitare pe durata zilei de muncă, inclusiv de intensitatea muncii și posibilitățile de control decizional în executarea sarcinilor, cât și de specificul activității profesionale (riscul pierderii de vieți umane în cursul îndeplinirii sarcinilor de serviciu) (1-3).

Natura relațiilor cu conducerea instituției precum și cu colaboratorii (corecte, amiabile versus exces de autoritate, neînțelegeri cu colegii) (4) influențează natura stresorilor, care pot fi diminuate în cazul aprecierilor pozitive din partea șefilor, așa după cum au demonstrat Siegrist și col. prin chestionarul lor legat de mulțumirea produsă în timpul exercitării profesiei (2). Acest din urmă aspect – legat de aprecierile nefavorabile ale superiorilor – a fost subliniat de Tom Sensky (5), care a conturat un sindrom (enbliterment syndrome), ce apare la un profesionist ce ajunge să fie dezamăgit de serviciul în care are parte de ingratitude, insatisfacții materiale și din cauza cărora ajunge să se revolte împotriva lui însuși pentru faptul că a acceptat o astfel de muncă, devenită cauza principală a nefericirii sale.

Comportamentul profesioniștilor afectați de stres este dominat de „soluții compensatorii”, reprezentate de apelul la surse de satisfacție/plăceri efemere: fumat excesiv, consum de cafele, dar și de alcool în doze tot mai mari și, în special la femei, de dulciuri (ciocolată). În cazuri extreme se ajunge și la consumul de droguri. Stresul ocupațional, în esență, este responsabil de adoptarea unor comportamente invocate drept cauze ale scăderii duratei de viață, care adaugă la comportamentele deja enumerate tulburările de somn, sedentarismul și lipsa micului dejun (6).

Dintre bolile psihosomatice care apar ca urmare a stresului ocupațional se remarcă astenia fizică și psihică și mai ales tulburările de somn (7,8), hipertensiunea arterială și infarctul miocardic (1,2,9), tulburările imunitare, inclusiv frecvența crescută a infecțiilor intercurente, dar și favorizarea, de către depresie în special, a unui cancer cu programare genetică și adăugarea altor factori de risc oncogen. În plus, ulcer gastroduodenal, colon iritabil, crize astmatice, iar în plan hormonal – scăderea testosteronului (1).

În activitatea profesională a medicilor din secțiile ATI – pe lângă tensiunea psihologică adesea extremă în care se lucrează în cursul programului (frecvent prelungit) – există o serie de factori de ordin organizațional ale căror consecințe negative amplifică în mod consistent stresul ocupațional caracteristic muncii depuse de personalul ATI.

OBIECTIVE

Într-o cercetare asupra acestor aspecte – ca parte a efectuării unei teze de doctorat – am încercat să analizez o serie dintre cele mai frecvente condiții de lucru care parazitează activitatea medicilor și asistentelor ATI comparativ cu cadrele medicale din alte specialități care nu au contact cu blocul operator sau saloanele de terapie intensivă. Aceste obiective au fost:

1. Identificarea acelor condiții de muncă ale personalului ATI (medici și asistente) care îngreunează activitatea medicală, contribuind la creșterea disstresului lor profesional și – foarte posibil – la scăderea randamentului lor profesional
2. Confirmarea existenței acestor factori organizaționali negativi și la personalul medical din alte specialități medicale.

IPOTEZA PRINCIPALĂ A STUDIULUI

Scorurile obținute la chestionarul general auto-conceput, referitor la stresorii profesionali, vor fi, în marea lor majoritate, mai mari (defavorabile) la lotul de medici ATI decât la lotul medicilor de alte specialități, dar și decât lotul asistenților medicali ATI.

MATERIAL ȘI METODĂ

Pentru realizarea studiului prezent am utilizat un lot de 300 de subiecți adulți, medici și asistente cu vârste cuprinse între 22 și 72 de ani, de diverse specialități, având o vechime în muncă cuprinsă între 1 și 43 de ani. Testele au fost aplicate în 11 spitale bucureștene, dintre care 8 de stat și 3 cu caracter privat, și, într-o altă clasificare, 5 multidisciplinare și 6 monodisciplinare, pe parcursul anului 2015.

TABELUL 1. Structura loturilor

Subiecți ai studiului	Număr
medici ATI	75
medici alte specialități	75
asistenți medicali ATI	75
asistenți medicali alte specialități	75
Total	300

Cei 300 de participanți la studiu au fost în majoritate (69,7%) de sex feminin și 30,3% de sex masculin. Vârsta medie a subiecților a fost de 39,57 ani, cu extreme între 22 și 72 ani. Vechimea în muncă figurează în tabelul II – privind repartitia pe vârstă a subiecților.

TABELUL 2. Repartiția pe vârstă a subiecților

0-5 ani	81
6-10 ani	46
11-20 ani	110
> 21	63
Total	300

Dintre medicii participanți la studiu, 39,3% au fost rezidenți și 60,7% au fost medici specialiști și primari. Referitor la medicii și asistentele din celelalte specialități incluse în loturile martor, ele se încadrează în specialitățile următoare: ATI, obstetrică și ginecologie, boli infecțioase, medicină internă, chirurgie generală, chirurgie plastică, chirurgie pediatrică, ortopedie, pneumologie, medicina familiei, stomatologie, recuperare, pediatrie, psihiatrie, ORL, oftalmologie, neurochirurgie.

METODA

Participanții la studiu au completat un chestionar autoconceput cotate cu scoruri de la 1 la 5. Chestionarul a fost consacrat autoevaluării principalelor

dificultăți pe care aceștia le întâmpină zilnic în activitatea profesională (legate de condițiile de muncă, inclusiv momente de maximă solicitare fizică și psihică).

Întrebările chestionarului figurează în Tabelul 3, în care sunt incluse și procentele răspunsurilor pozitive la întrebările respective.

Prelucrarea rezultatelor a fost computerizată, urmărindu-se posibilitatea unor diferențe semnificative statistic între scorurile obținute de personalul ATI (medici și asistente) și cele ale medicilor și asistentelor din lotul specialităților medicale nonATI. Rezultatele figurează în Tabelul 3.

În esență au fost obținute diferențe semnificative între cele 4 subgrupe referitoare la condițiile de muncă ale personalului ATI și nonATI, prin aceea că **cele 2 subgrupe ATI (medici și asistente) au înregistrat scoruri superioare la marea majoritate a itemilor chestionarului.**

Pragul de semnificație al acestor diferențe a fost de 0,01 referitor la mediile obținute la următoarele variabile independente:

- nevoia de relaxare în timpul programului;

TABELUL 3. Procentele răspunsurilor pozitive pentru cele 4 loturi.

Procentele celor 4 subgrupe	Scor peste medie			
	medici ATI	medici alte specialități	asistenți medicali ATI	asistenți medicali alte specialități
Întrebările chestionarului				
nevoie_relaxare_în_timpul_programului	28 (37,33%)	22 (29,33%)	10 (13,33%)	11 (14,66%)
limbaj_necenzurat_în_stres_maxim	27 (36%)	19 (25,33%)	13 (17,33%)	6 (8%)
viața_de_fam_afectată_dupa_o_zi_epuizantă	19 (25,33%)	16 (21,33%)	20 (26,66%)	13 (17,33%)
hobby_ajută_la_relaxare	45 (60%)	56 (74,66%)	47 (62,66%)	54 (72%)
muncă_prelungită_relaxare_puțină	32 (42,66%)	31 (41,33%)	28 (37,33%)	16 (21,33%)
influență_negativă_zgomot	15 (20%)	11 (14,66%)	17 (22,66%)	6 (8%)
influență_negativă_acuze_pacienți_asupra_personalului	10 (13,33%)	11 (14,66%)	12 (16%)	7 (9,33%)
teamă_de_riscuri_profesionale	35 (46,66%)	28 (37,33%)	48 (64%)	17 (22,66%)
greseală_în_timpul_progr_din_cauza_oboselii	4 (5,33%)	10 (13,33%)	2 (2,66%)	5 (6,66%)
lipsă_ghiduri_protocoale	43 (57,33%)	38 (50,66%)	30 (40%)	13 (17,33%)
colaborare_deficitară_colegi_alte_specialități	43 (57,33%)	32 (42,66%)	27 (36%)	17 (22,66%)
colaborare_deficitară_cu_superiorii	29 (38,66%)	28 (37,33%)	34 (45,33%)	18 (10,66%)
aprovizionare_inconstantă_insuficientă_medicamente_materiale	43 (57,33%)	39 (52%)	32 (42,66%)	19 (25,33%)
tratere_simultană_a_mai_multor_pacienți_personal_insuficient	50 (66,66%)	41 (54,66%)	48 (64%)	26 (34,66%)
comunicare_dificilă_cu_apartinătorii	34 (45,33%)	29 (38,66%)	34 (45,33%)	21 (28%)
pacienți_cu_risc_mare_de_deces	46 (61,33%)	40 (53,33%)	40 (53,33%)	29 (38,66%)
depășire_program_normal_lucru	41 (54,66%)	39 (52%)	35 (46,66%)	26 (34,66%)
insuficientă_relaxare	50 (66,66%)	43 (57,33%)	45 (60%)	34 (45,33%)
neplată_ore_suplimentare	50 (66,66%)	46 (61,33%)	53 (70,66%)	44 (58,66%)
salarizare_de_bază_insuficientă	65 (86,66%)	50 (66,66%)	54 (72%)	45 (60%)
risc_malpraxis	60 (80%)	51 (68%)	56 (74,66%)	40 (53,33%)
orele_alocate_studiului_scad_nr_ore_pt_relaxare	50 (66,66%)	39 (52%)	41 (54,66%)	27 (36%)
lipsă_spațiilor_pt_relaxare	37 (49,33%)	37 (49,33%)	46 (61,33%)	37 (49,33%)
lipsă_timp_pt_activități_fiziologice	41 (54,66%)	42 (56%)	52 (69,33%)	44 (58,66%)

- limbaj necenzurat în momentele de stres maxim;
- viața de familie afectată după o zi epuizantă; influența negativă a zgomotului;
- influența negativă a acuzelor pacienților asupra personalului;
- teama de riscuri profesionale;
- greșeli în timpul programului din cauza oboselei;
- lipsa ghidurilor și protocoalelor;
- colaborarea deficitară cu colegii de alte specialități;
- aprovizionarea inconstantă, insuficientă cu medicamente și materiale;
- tratarea simultană a mai multor pacienți și personal insuficient;
- riscul de malpraxis;
- orele alocate studiului scad numărul de ore pentru relaxare;
- lipsa timpului pentru activități fiziologice.

De asemenea, se observă diferențe statistic semnificative între cele 4 subgrupuri de subiecți, **medicii ATI și medicii altor specialități având scoruri superioare la un prag de semnificație de 0,05** în ceea ce privește mediile la scorurile obținute la următoarele variabile independente.

- muncă prelungită, relaxare puțină;
- comunicare dificilă cu aparținătorii;
- pacienți cu risc mare de deces;
- depășirea programului normal de lucru.

DISCUȚII

Rezultatele studiului subliniază o serie de factori defavorabili pentru climatul de muncă al personalului ATI (în măsură mult mai mare decât personalul medical care nu vine în contact cu blocul operator). Acești factori defavorabili își au originea în special în carențele de ordin economico-financiar specifice țării noastre. Ele se răsfrâng asupra salarizării extrem de scăzute a cadrelor medicale, generând exodul medicilor, mai ales din rândul celor cu înaltă calificare, (inclusiv anesteziștii) și atrăgând o repartizare excesivă a sarcinilor profesionale asupra unui număr tot mai redus de specialiști.

În al doilea rând, bugetul scăzut al unităților sanitare contribuie la achiziții reduse de aparatură medicală de ultimă generație, ajungându-se să se lucreze concomitent cu aparatură de generații diferite (uneori diferențe extreme – de două-trei decenii).

Încercând o raportare a rezultatelor obținute de noi la datele din literatură, ele sunt confirmate de

existența în țara noastră (10) și în alte țări (11-15) a unor astfel de dificultăți de ordin organizațional, asociate cu cele de ordin relațional.

După cum se poate observa, chestionarul cuprinde și întrebări referitoare la dificultățile de ordin psihologic generate de tensiunea psihică intensă în exercitarea actului medical specific ATI cauzată de situațiile extreme în se care se află anesteziștii, confrunțați cu situații ale pacienților la limita dintre viață și moarte, dar și prin stresul de suprasolicitare nu numai psihică, dar și fizică, ortostatism prelungit, program cu mult peste limitele prevăzute, somnul insuficient etc.

Deficiențele de natură organizațională relevate de studiul de față impun o mai mare implicare managerială în rezolvarea acelor condiții nefavorabile de activitate a personalului ATI (inclusiv ale medicilor și asistenților din celelalte specialități). Trebuie subliniat și faptul că asemenea condiții nefavorabile, afectând randamentul profesional al acestor specialiști, se repercutează în ultimă instanță asupra unor bolnavi aflați în situații critice.

CONCLUZII

Încercând să grupăm în câteva categorii condițiile de lucru de care au parte medicii și asistenții medicali ATI – rezultate în urma prelucrării scorurilor chestionarului autoconceput –, am considerat utilă împărțirea lor în patru categorii ai căror componente ar putea să beneficieze de un ansamblu de măsuri corective specifice din partea cadrului managerial dar și a psihologilor.

1) Astfel, este de mare importanță evidențierea, în primul rând, a condițiilor nefavorabile imputabile unor factori organizaționali-manageriali, cu o pondere importantă și în țara noastră, a căror corectare/înlăturare este, în plan teoretic, posibilă, ceea ce ar ușura, în aprecierea noastră, cu circa 30% problemele psihoemoționale și comportamentale ale personalului ATI, fapt ce ar contribui la scăderea stresului ocupațional și, mai ales, a incidenței sindromului burnout.

Într-o enumerare a acestor factori putem include:

- Problemele de dotare: aparaturi performante, aparatură insuficientă, lipsa ghidurilor și protocoalelor, aprovizionarea cu materiale – uneori deficitară etc.;

- Organizarea programului de lucru: program prelungit, din motive fortuite legate de specificul asistenței medicale ATI – săptămâna de lucru fiind prelungită în aceste situații în care personalul ATI nu poate părăsi un bolnav până la stabilizarea stării acestuia;

Această situație este generată de lipsa de personal, care impune un program de lucru sufocant, prelungit, cu gărzi care nu sunt urmate de ieșirea din mediul profesional. Aceste condiții favorizează apariția unor greșeli profesionale, cauzate de oboseală și lipsa de concentrare a personalului în timpul unei activități cu exigențe maxime; chiar dacă, inevitabil, zgomotul aparaturii din secțiile ATI este, și el, un factor generator de stres.

2) Suprasolicitarea în planul sarcinilor de serviciu și în plan emoțional derivă parțial din programul „aglomerat” de lucru ca și din responsabilitățile specifice activității ATI. Personalul ATI a înregistrat scoruri mari, semnificativ crescute, față de cele ale componentelor celorlalte loturi, cu o mențiune pentru „consumul emoțional” mult mai mare al medicilor ATI (în primul rând al rezidenților). Ne referim în special la itemii:

- teama de risc pentru deces al pacientului, riscurile față de contactul cu bolnavii contagioși, agresivi (alcoolici, drogați etc.);
- teama de malpraxis;
- nevoia imperioasă de relaxare, inclusiv timpul redus pentru satisfacerea unor nevoi fiziologice în cazul unor bolnavi supravegheați continuu, uneori timp de ore în șir;

3) Problemele relaționale defectuoase

Sunt generate de disfuncții organizaționale, dintre cele menționate, precum colaborarea defectuoasă cu colegii altor specialități sau unele „fricțiuni”

cu colegii de serviciu, cauzate de asumarea unor sarcini de serviciu suplimentare. De altă esență sunt conflictele apărute cu unii bolnavi dificili și, mai ales, cu aparținătorii acestora.

4) Recuperarea insuficientă – în opinia noastră o problemă extrem de importantă pentru diminuarea stresului ocupațional – este remarcată de către înșiși respondenții la chestionar, chiar dacă rolul recuperării nu pare a fi încă apreciat la justa lui valoare. Autoaprecierea făcută de anesteziști referitor la recuperarea insuficientă este superioară ca scor celei făcute de membrii tuturor celorlalte trei loturi. Ne referim la itemii: „relaxare insuficientă după program”, „viața familială afectată după o zi epuizantă” și „orele afectate studiului scad numărul orelor pentru relaxare”.

În condițiile în care exodul personalului medical spre țările vestice devine din ce în ce mai mult o problemă națională (medicii ATI situându-se printre cele mai cerute specialități în țările cu o economie și un nivel de trai mai ridicat), rezolvarea – fie și parțială – a problemelor cadrelor medicale ar putea aduce o îmbunătățire a calității vieții profesionale și private a acestora. Consecințele ar consta în creșterea calității actului medical, scăderea accidentelor și incidentelor cauzate atât de stresul cronic cât și de un volum de muncă în continuă creștere și – nu în ultimul rând – speranța că numărul cadrelor medicale care emigrează ar putea diminua.

BIBLIOGRAFIE

1. **Theorell T.** (2012), Evaluating life events and chronic stressors in relation to health, p 58-71 în Fava G.A., Sonino N. Wise T.N. (2012) – The psychosomatic Assessment – Kargel, Basel.
2. **Siegrist J.** (2008), Chronic psycho-social stress at work and risk of depression, *Eur Arch. Psychiat. Clin. Neurosci* 258 (Suppl. 5), 115-119.
3. **Karasek R., Theorell T.** (1990), Healthy work – stress, productivity and reconstruction of working life, New York Basic Books.
4. **Thorp B.** (1990), Seminar antistres (ciclu de 5 conferințe), Material litografiat, București, 4-8 oct.
5. **Sensky T.** (2010), Chronic embitterment and organizational justice, *Psychother Psychosom* 2010;79:65-72.
6. **Belloc N.B., Breslow L.** (1972), Relationship of Physical Health Status and Health Practices, *Preventive Medicine* vol.1: 409-421.
7. **Sirghie R.E., Iamandescu I.B.** (2016), Evaluarea și activarea resurselor antidistres la personalul ATI – premisă a profilaxiei sindromului burnout, *Rev Med Rom*, vol LXIII, nr.2, pp 172-177.
8. **Shahar E., Whitney C.W., Redline S. et al.** (2001), Sleep-disordered breathing and cardiovascular disease: Cross-sectional results of the sleep heart health study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 163, 19-25. doi:10.1164/ajrccm.163.1.2001008.
9. **Eller N.H. et al.** (2009), Work related psychosocial factors and development of CHD. *cardiol. Revue* 17, 83-97.
10. **Hagau N., Pop R.S.** (2012) Prevalence of burnout in Romanian anaesthesia and intensive care physicians and associated factors, *Jurnalul Român de Anestezie Terapie intensivă* 2012 Vol.19 Nr.2, 117-124.
11. **Arora M., Asha S., Chinappa J., Diwan A.** (2013); Review article: Burnout in emergency medicine physicians; *Emergency Medicine Australasia* 25, 491-495.
12. **Maslach C., Leiter M.** (1997), The true about burnout: How organizational causes personal stress and what to do about it. San Francisco: Jossey-Bass Publishers
13. **Putnik K., Houkes I.** Work related characteristics, work-home and home-work interference and burnout among primary healthcare physicians: A gender perspective in a Serbian context. *BMC Public Health* 2011; 11: 716
14. **Lederer W., Kinzl J.F., Trefalt E., Traweger C., Benzer A.** Significance of working conditions on burnout in anesthetists. *Acta Anaesthesiol Scand* 2006; 50: 58-63
15. **Raggio B., Malacarne P.** Burnout in intensive care unit. *Minerva Anesthesiol* 2007; 73: 195-200