

UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

„CAROL DAVILA” BUCUREȘTI

FACULTATEA DE MEDICINĂ – SPECIALITATEA PSIHOLOGIE MEDICALĂ

TEZĂ DE DOCTORAT

**SURSE DE DISTRES PROFESIONAL ȘI PARTICULARITĂȚI DE
TEREN PSIHIC LA PERSONALUL MEDICAL ATI
(VULNERABILITATEA LA STRES vs REZILIENȚA)**

- Rezumatul Lucrării -

Coordonator științific:

Prof. Univ. Dr. Ioan-Bradul IAMANDESCU

Absolvent:

Dr. Rodica Eugenia SÎRGHIE

București 2017

Lucrarea de față, propusă ca teză de doctorat, se înscrie în aria de studiu a influenței condițiilor de muncă din activitatea unor categorii profesionale din sfera medicală, asupra sănătății psihice și somatice.

Încercând să valorific experiența profesională personală din specialitatea ATI, am încercat să evaluez severitatea stresului psihic profesional din acest domeniu, prin compararea prezenței unor factori ocupaționali, cu rol de stresori, versus existența unor factori de rezistență antidistres(reziliența și bunăstarea psihologică - PWB), care se opun efectelor negative ale distresului ocupațional.

În urma prelucrării rezultatelor studiului am încercat să propun un algoritm de recuperare pentru personalul ATI în scopul păstrării unui bun randament profesional al acestora, ca și a unei stări optime de sănătate fizică(somatică) și psihologică.

Partea I a lucrării, consacrată datelor din literatura, care au servit ca fundament teoretic pentru elaborarea studiului de față, a cuprins :

-O prezentare generală – într-un capitol introductiv - a **condițiilor psihosociale de muncă** specifice unităților din ATI, inclusiv prezentarea unor date referitoare la SBO, ce reprezintă una dintre cele mai severe afectări psihosomatice a personalului din unitățile ATI.

-**Definirea stresului psihic**, caracterele generale și influențele asupra sănătății.

-**Mecanismele de coping și strategiile antidistres**, precum și un mare capitol consacrat **vulnerabilității la distres** și cuprinzând prezentarea unor componente majore, precum anxietatea și depresia.

-**Stresul ocupațional/profesional** a fost analizat prin prisma unor cauze specifice, în afara stresului de suprasolicitare, prezent și în alte categorii etiologice de stres.

-Au fost analizate, de asemenea, anumite **sindroame specifice stresului ocupațional** precum "Enbliterment-posttraumatic-stres"(Sensky),Chronic-psycho-social-stress,work(Siegrist).

-**Sindromul Burnout(SBO)** i-a fost consacrat un capitol larg, cuprinzând :definiția, factorii etiologici majori, tulburările generate în plan psiho-comportamental(cele 3 scale ale chestionarului Maslach) și consecințele asupra sănătății .Tratamentul SBO ,conform datelor din literatură, axat pe eliminarea factorilor favorizanți pentru persistența și agravarea SBO, dar și prezentarea unor conduite preventive, menite să scadă frecvența și intensitatea acestui sindrom;

Ultima parte a sistematizării datelor din literatură a fost consacrată evaluării resurselor psihologice capabile să protejeze personalul ATI de efectele distresului profesional. Aceste resurse psihologice sunt reprezentate de :

- **Reziliența**, insistându-se asupra trăsăturilor imunogene de personalitate și comunicării interpersonale cu efect cathartic și informațional;

- **Mijloacele de relaxare**, ca parte importantă a unui stil de viață sănătos(s-au făcut referiri la rolul pozitiv jucat de audierea muzicii preferate, folosirea sau procurarea surselor de umor și activitatea fizică);
- **Bunăstarea Psihologică**, formă de traducere în română a conceptului *psychological wellbeing(PWB)*, a cărei utilizare la baza intervenției psihologice a fost acreditată de Fava, sub forma unei noi metode de psihoterapie, PWB Therapy, soldată deja cu câteva succese în domenii importante ale psihosomaticii. Prezentarea acestei terapii de dată foarte recentă fost făcută în intenția de a propune aplicarea ei la personalul ATI – în special a celor care sunt afectați considerabil de stresul / distresul ocupațional și mai ales de SBO.

În finalul prezentării datelor din literatură am încercat să conturez un ansamblu de **principii de abordare psihologică de esență profilactică**, posibil a fi inclus într-un stil de viață salutogen, și bazat pe sinteza măsurilor de acest fel propuse de Iamandescu(oct, 2016) în revista Practica Terapeutică. Aceste măsuri cuprind:

- Propunerile Verei Birkenbihl referitoare **la modelul sau al energiei de stres** – asigurarea **raportului optim dintre nivelul aspirațiilor și cel al posibilitatilor**(Kurt Lewin) și al celor **trei nevoi psihologice fundamentale** – de afiliere, securitate emoțională, noutatea experienței(Linton) – încorporate de Iamandescu în concepul de **Bastion Antidistres** ;
- **Cele 6 dimensiuni ale PWB** desemnate de Carol Ryff - autonomia, controlul mediului, dezvoltarea personală, relații sociale pozitive, scop în viață bine definit și încredere în sine(autostima crescută) ;

Am propus, de asemenea, pe baza asimilării datelor din literatură, ca și a propriilor observații din cadrul activității ATI: **un examen psihologic efectuat noilor încadrați** în secțiile de ATI, și aplicarea unor **măsuri organizatorice** dintre cele pe care speram să le desprindem din rezultatele studiului.

Partea II ,consacrata cercetarii, a cuprins :

1. Scopul și obiectivele cercetării

Scopul cercetării

Cercetarea a avut ca scop îmbunătățirea condițiilor profesionale - de ordin organizațional și psihosocial - de desfășurare a activității personalului ATI(medici și asistenți medicali). Acest deziderat este legat de alegerea temei care s-a făcut în urma constatărilor generate de datele din literatura de specialitate referitoare la creșterea alarmantă a gradului de îmbolnavire a medicilor și cadrelor medicale care lucrează în secțiile ATI.

Obiective teoretice

1. Evidențierea factorilor de risc pentru stresul ocupațional la personalul ATI(medici și asistenți medicali), a condițiilor de desfășurare a activității în ATI, în scopul reducerii stresului ocupațional și, implicit, profilaxiei sindromului burn-out(SBO).

2. Decelarea semnelor de instalare la personalul ATI a SBO, în diversele sale stadii, cu raportarea la alte specialități medicale din țara noastră.
3. Studiul nivelului rezilienței și stării de Well Being la personalul ATI, ca premiză profilactică a protecției față de stresul ocupațional și a SBO.
4. Realizarea unui profil de risc profesional pentru personalul ATI, a cărui conștientizare să permită viitorilor specialiști ATI - dar și factorilor manageriali - să adopte măsuri de evitare sau reducere a stresului ocupațional cu urmările sale nefaste asupra sănătății fizice și psihice a personalului ATI, inclusiv asupra inserției sociale și randamentului profesional.

Obiective practice

1. Cunoașterea, pe baza răspunsurilor la chestionarul inspirat din viața profesională a personalului ATI, a condițiilor concrete de activitate zilnică – începând cu organizarea și condițiile de desfășurare a muncii în secțiile ATI, continuând cu problemele psihologice (suprasolicitare cognitivă, afectivă, motivațională și volițională) și terminând cu insuficienta aplicare a măsurilor de recuperare menite să prevină consecințele nefavorabile ale stresului ocupațional.
2. Conștientizarea de către înșiși subiecții acestei cercetări a propriilor riscuri și veritabile pericole - de ordin psihologic, dar și de ordin patologic (mental și somatic) – la care îi expune munca lor epuizantă, ignorând o serie de obstacole derivate din condițiile dificile de muncă și pe care -odata cu completarea chestionarelor primite - încep să le înțeleagă.
3. Propunerea - în baza rezultatelor obținute - a unei strategii antidistres la personalul ATI, cuplată cu o serie de măsuri organizatorice, menite să suprimă unele condiții nefavorabile de muncă ce parazitează o activitate extrem de solicitantă – program epuizant, recompense materiale - și uneori chiar morale – insuficiente etc.

2. Ipotezele cercetării

Ipoteza 1.

Scorurile obținute la scale EE (epuizarea emoțională) al chestionarului burnout vor fi mai mari la lotul personalului ATI - medici și asistenți - decât la loturile celorlalte specialități medicale, atestând severitatea mai mare a simptomelor SBO (sindromul burnout).

Ipoteza 2.

Scorurile obținute la scale DP (depersonalizare) al chestionarului burnout vor fi mai mari la lotul personalului ATI - medici și asistenți - decât la loturile celorlalte specialități medicale

Ipoteza 3.

Dintre medicii ATI vor fi mai afectați rezidenții decât medicii specialiști și primari.

Ipoteza 4.

Asistenții medicali din ATI vor avea scoruri mai mici, la scalele: a) EE și b) DP - decât medicii ATI, dar mai mari decât asistenții medicali din lotul celorlalte specialități medicale.

Ipoteza 5.

Reziliența este mai scăzută la personalul ATI (medici și asistenți medicali), la care s-au înregistrat creșteri semnificative ale scalelor: a) EE și b) DP - ale chestionarului Maslach.

Ipoteza 6.

Reziliența este mai crescută la personalul ATI cu scoruri mici la scalele Epuizare Emoțională și Depersonalizare (Maslach), dar având vârste și vechime mai mari, ceea ce ar putea sugera faptul că subiecții care activează îndelungat într-o secție de ATI - și nu sunt afectați de apariția SBO - ar putea avea un nivel crescut al rezilienței, factor de rezistență la stresul profesional.

Ipoteza 7.

Personalul medical care lucrează în unități ATI din mediul privat vor avea scoruri mai mici la scalele: a) EE și b) DP – Maslach decât cel din spitalele de stat în virtutea faptului că beneficiază de condiții mai favorabile de muncă (program mai puțin încărcat și salarizare mai bună).

Ipoteza 8.

Scorurile scalei Well Being vor fi cel mai mult reduse la medicii ATI și cele mai mari la lotul de asistenți din celelalte specialități.

Ipoteza 9.

Scorurile scalei Well Being vor fi cele mai mari la medicii ATI cu scoruri mici la scalele Maslach: a) EE, b) DP și c) scoruri mari la PA (împlinire profesională).

Ipoteza 10.

Stima de sine a medicilor ATI este mai redusă cel puțin la una din primele 2 scale (EE și DP) la care se înregistrează scoruri mari.

Ipoteza 11.

Scorurile obținute la chestionarul general autoconceput referitor la stresorii profesionali vor fi, în marea lor majoritate, mai mari (defavorabile) la lotul de personal medical ATI decât a) la lotul medicilor de alte specialități dar și decât b) lotul asistenților medicali ATI

Ipoteza 12.

Apelul la consumul de a) tutun, b) cafea, c) alcool este semnificativ mai crescut la medicii și asistentele ATI decât la medicii lotului de alte specialități medicale (excluzând chirurgii).

Rezultatele obținute în urma aplicării chestionarelor și a prelucrării statistice, oferă și alte informații / concluzii interesante, utile cercetării noastre.

3. Metodologia cercetării

Design

S-a pornit de la premisa generală a studiului care consideră că distresul profesional(ocupational), apărut la personal ATI în cursul activității profesionale și care - în timp - poate conduce la apariția SBO, ar putea fi contrabalansat de existența unei reziliențe crescute a medicilor și asistentelor din aceste secții, dar și de aplicarea unor măsuri de recuperare în mediul extraprofesional(uneori, chiar și în mediul profesional).

Din acest motiv, s-a decis ca lotul de cercetare(proband) să fie supus - la fel ca și lotul de control, format din medici de alte specialități - la aplicarea unor chestionare capabile să evidențieze apariția stadiilor SBO(chestionarul Maslach), posibila scădere a stimei de sine(datorată scăderii performanțelor profesionale sub efectul stresului profesional)(chestionarul Rosenberg) și, mai ales, condițiile concrete ale activității zilnice de pe secție cuprinzând analiza dificultăților de ordin organizatoric(program, deficiențe de dotare etc), psihologic și social(chestionarul personal autoconceput – Condiții Muncă ATI).

În același timp, s-a intenționat și aprecierea gradului de reziliență și de Well Being, ambele fiind expresia unor resurse antidistres ale subiecților studiului.

După obținerea răspunsurilor furnizate de subiecți, s-a trecut la analizarea și prelucrarea statistică a scorurilor obținute, prin aplicarea programului SPSS 19, focalizat pe analiza diferențelor(semnificative) dintre mediile obținute de cele 4 subgrupe(2 ATI - medici și asistenți, 2 lotul de control - alte specialități, - medici și asistenți) în raport cu scorul obținut de întreg lotul de subiecți la fiecare dintre scalele chestionarului Maslach, dar și la celelalte instrumente utilizate (Reziliența, Well Being, Stima de sine).

S-au luat de asemenea în considerare variabile precum: sexul, vechimea în activitate, specialitatea etc.

Instrumente utilizate

Toți participanții la studiu au primit - fișa destinată datelor demografice și antecedente patologice personale și heredocolaterale(boli fizice și psihice).

1.Chestionar general autoconceput - de stresori profesionali(condiții de muncă ATI) - consacrat autoevaluării principalelor dificultăți pe care le întâmpină zilnic în activitatea profesională(legată de condițiile de muncă, inclusiv momente de maximă intensitate - fizică și psihică -), precum și cuantificarea consumului de energizante(cafea, tutun, alcool - acesta din urmă în timpul liber imediat următor serviciului).

2. Inventarul de burnout Maslach(Maslach Burnout Inventory - versiunea actuala), evaluează tulburările care apar cel mai frecvent la personalul ATI - și din acest motiv - a constituit nucleul acestei cercetări.

Fiind extrem de specific pentru activitatea celor care lucrează în unități ATI acest chestionar oferă posibilitatea unui diagnostic precoce al “intrării” în SBO și posibilitatea unei

corijări mai rapide - uneori chiar și numai prin consiliere psihologică - a devierilor de la normalitate.

Cele trei scale ale testului au fost descrise în partea consacrată datelor din literatură.

Referitor la versiunea recentă a chestionarului vom menționa numai numărul de itemi pentru fiecare scală:

- EE(epuizare emoțională) - 8 itemi;
- DP(depersonalizare) - 5 itemi;
- PA(împlinire personală) - 9 itemi.

3. Chestionarul de stimă de sine Rosenberg are 21 itemi și se referă la autostima subiecților în confruntarea lor valorică pe scara socială. În cazul personalului ATI, se presupune, la începutul intrării în profesie, existența unui nivel crescut datorită prestigiului profesiei. Depersonalizarea(stadiul 2) și, mai ales, scăderea performanțelor din stadiul 3 al SBO ar putea contribui sensibil la scăderea stimei de sine a anesteziștilor în raport cu alți specialiști care întâmpină dificultăți mai mici în exercitarea activității lor profesionale zilnice.

4. Scala de Reziliență

Reziliența este considerată o șansă potențială a personalului ATI, ca și de alte specialități, pentru evitarea/contrabalansarea stresului profesional și a fost investigată cu ajutorul Scalei Wagnell Young care cuprinde 15 itemi referitor la atitudinea optimistă, de încredere în propriile posibilități și la rezistența subiecților față de adversitățile vieții.

Referitor la reziliență - ca factor tampon față de stresul ocupațional apărut la personalul ATI - ea ar putea să confere o protecție față de instalarea, severitatea stresului, și față de efectele negative ale acestuia, în plan psihologic și somatic.

Interesează diferitele niveluri ale rezilienței în funcție de variabilele demografice și psihologice, dar și de condițiile dificile de muncă ale personalului ATI(medici și cadre medii), versus medicii și asistenții medicali din celelalte specialități.

Nivelul rezilienței constituie un factor important de prognostic pentru evoluția sănătății mentale și somatice a personalului medico-sanitar având implicații și în creșterea imunității, efect capabil să împiedice apariția SBO.

5. Scala de Well Being

Scala de Well Being a fost construită în urma analizării literaturii de specialitate și aplicată pe un lot de control format din 30 de subiecți aleși aleator. Aceasta a fost ajustată în urma calculării coeficientului de consistență internă alpha al lui Cronbach, până la obținerea unei valori $> 0,7$, respectiv 0,713 care arată concordanța între itemii scalei și faptul că aceștia măsoară același lucru.

Scala conține 8 itemi care se referă la două variabile psihologice: una dispozițională(stare de bine, de încredere, optimism versus indispoziție, îngrijorare,

pesimism) și cealaltă ”somatică tensională”, care măsoară starea de încordare, crispă(echivalentă cu un nivel crescut de stres) versus celei de relaxare.

Fiecare întrebare având 5 grade de răspuns, se poate presupune un grad acceptabil de fiabilitate. Scorurile obținute constituie, de fapt, un instantaneu al evoluției personale biopsihosociale a subiecților analizați, pe parcursul ultimelor 6 săptămâni, și constituie o posibilă dovadă a unui echilibru psihologic ca rezultat al unei existențe echilibrate, bogată în realizări personale, dar și bazate pe o sănătate fizică și psihică mulțumitoare. Rezultatele interesează, în primul rând, personalul ATI în raport cu alte specialități medicale .

Posibilele afectări ale stării de well being ar putea avea explicații în afara activității profesionale, dar numai un nivel apropiat de normalitate ar putea fi dovada unei relative ”imunități” față de stresul ocupațional frecvent întâlnit în activitatea unităților ATI.

4.REZULTATE ȘI DISCUȚIA REZULTATELOR

1. Caracteristicile lotului de subiecți testat

Pentru realizarea studiului prezent am utilizat un lot de 300 de subiecți testați:adulți, medici cu vârste cuprinse între 22 și 72 de ani de diverse specialități, având o vechime în muncă cuprinsă între unul 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. Prezentăm în continuare tabelul cu datele de statistică descriptivă privind vârsta subiecților.În ceea ce privește sexul subiecților, 69,7% dintre aceștia sunt femei, iar 30,3% bărbați -așa cum se poate vedea în Figura 1.

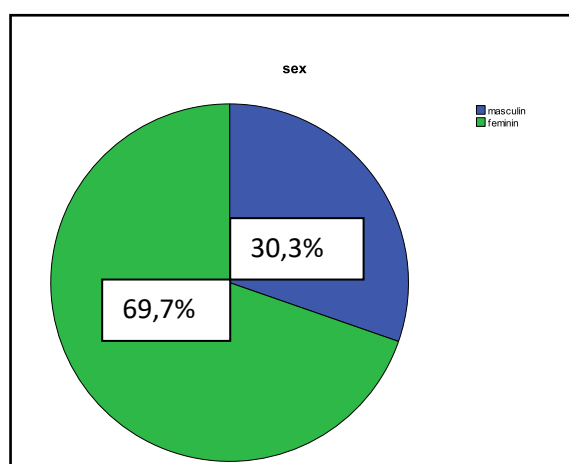


Figura 1. Distribuția subiecților în funcție de sex

Subiecții incluși în cercetare au fost împărțiți în mai multe categorii pentru a putea analiza diferențele obținute la anumite variabile supuse studiului:

- după nivelul studiilor, avem două categorii de subiecți: medici(ATI, alte specialități) și asistenți medicali(ATI, alte specialități), conform tabelului 1:

Tabel 1. Tabel cu date de statistică descriptivă privind nivclul studiilor subiecților

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	medici ATI	75	25,0	25,0	25,0
	medici alte specialități	75	25,0	25,0	50,0
	asistenți medicali ATI	75	25,0	25,0	75,0
	asistenți medicali alte specialități	75	25,0	25,0	100,0
	Total	300	100,0	100,0	

- după specialitate, subiecții pot fi împărțiți în 17 categorii(Tabel 2, Figura 2):

Tabel 2. Tabel cu date de statistică descriptivă privind specialitatea subiecților

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ATI	150	50,0	50,0	50,0
	OG	26	8,7	8,7	58,7
	BI	21	7,0	7,0	65,7
	MI	2	,7	,7	66,3
	CHIR G	8	2,7	2,7	69,0
	CHIR PL	7	2,3	2,3	71,3
	CHIR PED	24	8,0	8,0	79,3
	ORTO	10	3,3	3,3	82,7
	PN	2	,7	,7	83,3
	MF	7	2,3	2,3	85,7
	STOMA	1	,3	,3	86,0
	RECUP	1	,3	,3	86,3
	PED	32	10,7	10,7	97,0
	PSIH	1	,3	,3	97,3
	ORL	5	1,7	1,7	99,0
	OFT	1	,3	,3	99,3
	NCH	2	,7	,7	100,0
	Total	300	100,0	100,0	

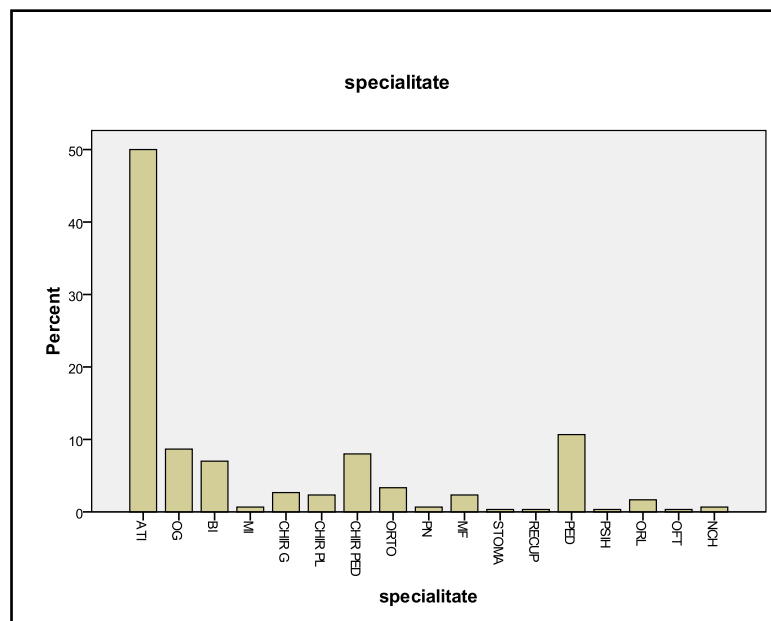


Figura 2. Distribuția subiecților în funcție de specialitate

- după angajator, avem cadre medicale angajate la stat sau în mediul privat(Figura 3):

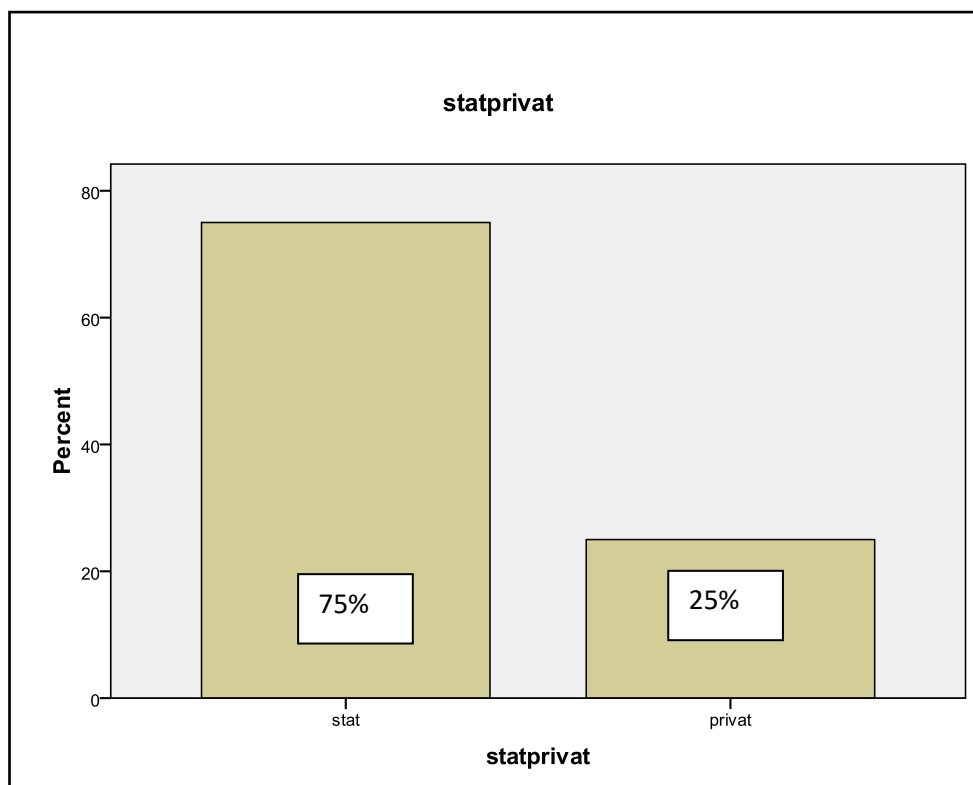


Figura 3 . Distribuția subiecților în funcție de angajator

- după vârstă și vechime în muncă, avem două categorii: juniori și seniori, după cum urmează(Figura 4):

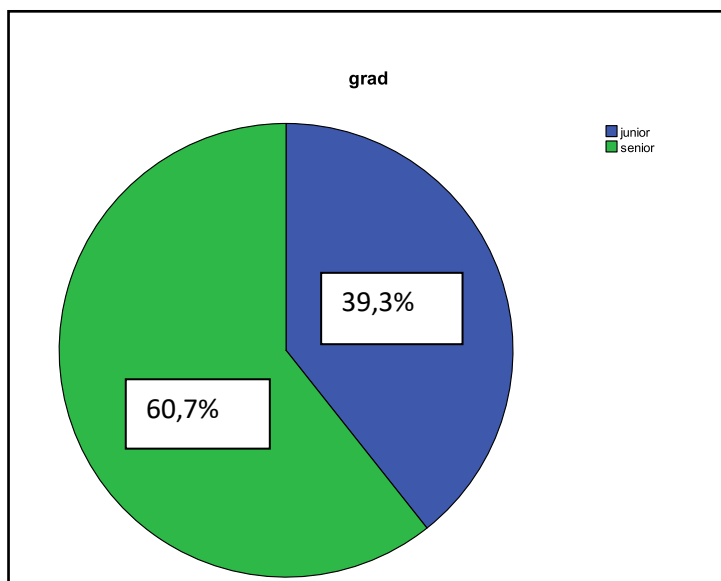


Figura 4. Distribuția subiecților în funcție de vârstă și vechime în muncă

- după starea civilă, avem următoarele categorii(Figura 5):

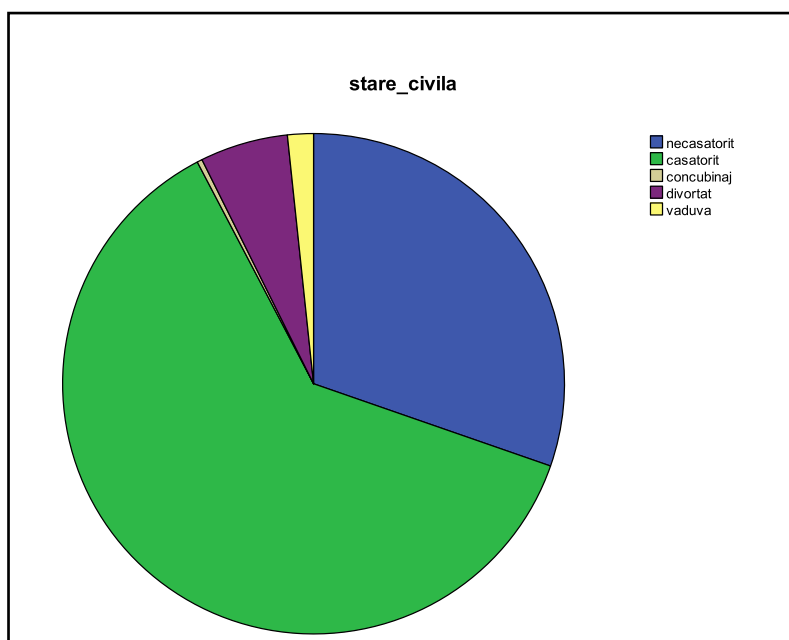


Figura 5. Distribuția subiecților în funcție de starea civilă

După specialități chirurgicale, respectiv nechirurgicale(Figura 6):

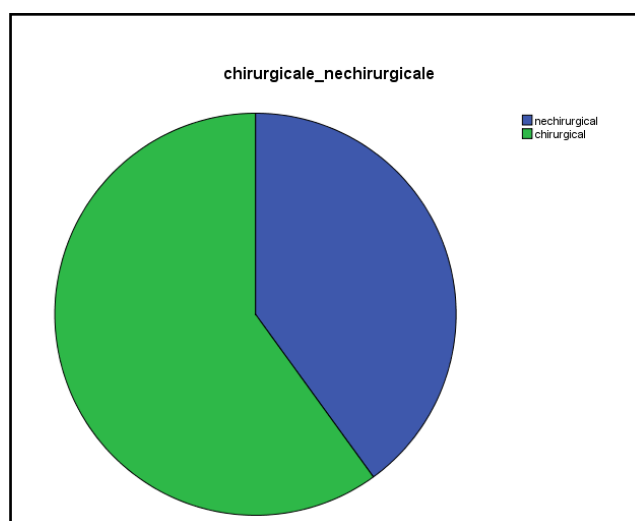


Figura 6. Distribuția subiecților în funcție de specialitățile chirurgicale/nechirurgicale

5. Confirmarea ipotezelor cercetării si discuții asupra semnificației lor

Ipoteza 1 Se confirma faptul ca scorurile obținute la scale EE al chestionarului burnout vor fi mai mari la lotul personalului ATI-medici si asistenți- decât la loturile celorlalte specialități medicale , atestând severitatea mai mare a simptomelor SBO .Rezultă din admiterea acestei ipoteze că personalul ATI se confruntă cu stresori de mare intensitate si frecvență (analizati în partea teoretică a lucrării) care acționează la nivelul cognitiv și mai ales afectiv al personalului acestei specialități.

Chiar dacă afectarea randamentului profesional,scala PA, a fost mai redusă –ca frecvență – la toate loturile ,în raport cu procenteile crescute la scalele EE si DP, ea s-a manifestat semnificativ mai mult la lotul medicilor ATI. Era de așteptat ca scăderea performanțelor profesionale să apară mai târziu deoarece responsabilitatea actului profesional mobilizează toate resursele personale ,în special voliționale , fapt ce reprezintă ,totuși,o sursă de amplificare a stresului ocupațional.

Constatările de față ar putea avea drept consecințe asupra modului de consiliere psihologică , dar și asupra psihoterapiei aplicate acelorora cu scoruri crescute la scala EE, in sensul unei reechilibrări în plan emoțional prin apelul la formarea unei gândiri pozitive și acompaniată ,în planul practic al recuperării, prin utilizarea umorului, ieșirilor in natură(chiar și un simplu parc) împreună cu familia sau prietenii.

De asemenea trebuie modificată impresionabilitatea crescută a unora dintre medici și asistente ,în special debutanții în profesie, față de situațiile dramatice în care se găsesc mulți dintre pacienți mai ales față de cazurile letale.

Ipoteza 2 Se confirmă faptul că scorurile obținute la scale DP al chestionarului burnout vor fi mai mari la lotul personalului ATI-medici și asistenti- decât la loturile celorlalte specialități medicale. Creșterea scorurilor la scala DP, în mod semnificativ la personalul ATI față de personalul altor specialitati, ne sugerează că atingerea personalității anesteziștilor, devine mai severă, alterând fața umană a profesiei deși este un răspuns adaptativ față de intensitatea distresului profesional. Întrădevăr, aceasta împietrire a sufletului generează cinism și atitudini de autoprotecție care – după un examen de conștiință ajung să dezvolte dezamăgiri profunde, capabile să închidă un cerc vicios al stresului psihic – inițial este generat de contactul cu problemele emoționale specifice profesiei și , în final, cu recunoașterea abandonării unor idei generoase prezente la intrare în profesie.

Ipoteza 3 Se confirmă faptul că dintre medicii ATI vor fi mai afectați rezidenții decât medicii specialiști și primari. Confirmarea acestei ipoteze obligă la protejarea rezidenților – în special în plan emoțional- din primele clipe ale începerii activității lor în secțiile ATI. Un rol esențial îl joacă seniorii care vor avea obligația morală de a-i acomoda, folosind mult tact, cu impactul adeseori brutal nu numai cu un ritm de muncă epuizant -căruia tinerețea rezidenților îi ajută să-i facă față cu succes- ci și cu ineditul contactelor, pasagere , dar multiplicare în cursul aceleiași zile și deasemeni cu variate situații dramatice.

Prin exemplul lor personal- de depășire a acestor dificultăți- medicii cu experiență, neatinși de SBO, pot oferi sfaturi și sprijin emoțional capabile să întărească rezistența psihologică a rezidenților, protejându-i astfel de contractarea SBO.

Ipoteza 4 Se confirmă faptul că asistenții medicali din ATI vor avea scoruri mai mici, la scalele a) EE și b) DP decât medicii ATI, dar mai mari decât asistenții medicali din lotul celorlalte specialități medicale .Acest rezultate anticipate de noi sunt explicate , în primul rând prin faptul că solicitarea emoțională și cognitivă a medicilor este mult sporită deoarece ei trebuie să intervină – succesiv sau concomitent – ca la un simultan de șah în rezolvarea mai multor cazuri, adesea și în consulturi solicitate de alte secții ale spitalului.

Considerăm , totuși că cel puțin la fel de importantă este uriașa responsabilitate ce apasă pe umerii personalului medical, mai în cazurile care prezintă risc vital.

Ipoteza 5 Se confirmă faptul că reziliența este mai scăzută la personalul ATI (medici și asistenți medicali), la care s-au înregistrat creșteri semnificative ale scalelor a) EE și b) DP ale chestionarului Maslach. Confirmarea acestei ipoteze prezintă un interes cu totul special deoarece , chiar la alegerea subiectului tezei de doctorat am anticipat ca eșecurile adaptării unei părți destul de mari a personalului ATI (circa jumătate , în cerceterea noastră), ar fi putut conduce la explicații menite să considere că , în exercitarea acestei profesii, este inevitabilă instalarea unor stresuri ocupaționale soldate adesea cu SBO și cu o patologie psihosomatică și psihiatrică , având un rol catastrofal asupra sănătății și carierei acestor profesioniști. Ar putea să pară paradoxal să atribuim un rol major aproape exclusiv rezilienței scăzute a celor afectați

de stresul ocupațional din unitatile ATI, fără să luăm în considerație numeroșii factori organizaționali și psihosociali ce supun profesioniștii la presiune bio-psihologică extremă.

Desigur, o acțiune corectoare asupra acestui complex de factori nocivi este obligatorie dar vulnerabilitatea la stres , prezentă la mulți dintre tinerii medici, ca și consumul energiei de stres pe parcursul unei pregătiri universitare îndelungate -constituie o serioasă predispoziție pentru un insucces în adaptarea lor la rigorile și mai ales suprasolicitările din activitatea de anestezist.

Corectarea acestei vulnerabilități la stres este totuși posibilă și obligatorie chiar de la debutul activității în ATI – așa cum am mai propus prin testarea psihologică și consilierea psihologică a rezidenților admiși în ATI.

În cazurile cu risc crescut, apelul la psihoterapia adecvată tulburărilor afective în special promite o protecție eficientă antidistres mai ales față de instalarea SBO.

Ipoteza 6 Se confirmă faptul că reziliența este mai crescută la personalul ATI cu scoruri mici la scalele Epuizare Emotională și Depersonalizare(Maslach) dar având vârste și vechime mai mari, ceea ce ar putea sugera faptul că subiecții care activează îndelungat într- o secție de ATI -și nu sunt afectați de apariția SBO - ar putea avea un nivel crescut al rezilienței ,ca factor de rezistență la stresul profesional.De asemenea confirmarea acestei ipoteze nu este surprinzătoare și ea verifică ipoteza anterioară deoarece justifică protecția antidistres profesional pe care o exercită , de-a lungul anilor, o reziliență crescută la cei care o posedă.

Ipoteza 7 Se confirmă faptul că personalul medical care lucrează în unități ATI din mediul privat vor avea scoruri mai mici la scalele a) EE și b) DP –Maslach decât cel din spitalele de stat în virtutea faptului că beneficiază de condiții mai favorabile de muncă (program mai puțin încărcat și salarizare mai bună).Există o serie de explicații care justifică validitatea acestei ipoteze înafara condițiilor menționate superioare la personalul ATI din sistemul privat. În unitățile medicale de la stat există o aglomerație a bolnavilor care generează frustrări numeroase revărsate nemeritat asupra personalului medico- sanitar (inclusiv reclamații, atitudini ireverențioase).

De toate aceste neajunsuri personalul medical din serviciul ATI ale sectorului medical privat nu au parte.

De aici și o anumită relaxare cuplată cu avantaje materiale care generează o satisfacție cvasipermanentă care alimentează rezervele antidistres ale personalului ATI.

Ipoteza 8 Se confirmă faptul că scorurile scalei Well Being vor fi cel mai mult reduse la medicii ATI și cele mai mari la lotul de asistenți din celelalte specialități. Starea de psychological wellbeing (tradusă strict prin bunăstare psihică) este echivalentă cu echilibrul sufleteșc, și ea reflectă, de fapt o rezultată a confruntării dintre stresurile profesionale (atestată și scorurile crescute la scalele EE și DP) și reziliența scăzută a subiecților , motiv pentru care a fost ușor de anticipat că personalul ATI va avea cele mai mari valori ale PWB acolo unde scorurile obținute la scalele EE și DP sunt mici.

Ipoteza 9 Se confirmă faptul că scorurile scalei Well Being vor fi cele mai mari la medicii ATI cu scoruri mici la scalele Maslach: a) EE și b) DP și c) scoruri mari la PA. Se confirmă faptul că în rândul personalului medico-sanitar există o diferențiere în ceea ce privește cantitatea de muncă și încordarea profesională specifice fiecărei specialități medicale, adică viața unui asistent medical din celelalte specialități medicale este mult mai ușoară decât cea a unui asistent ATI. Acest fapt nu este luat în considerare la stabilirea grilei salariale. (În statele europene dezvoltate salariul unei asistente din ATI este mult mai mare decât al uneia dintr-un cabinet medical de medicină generală).

Ipoteza 10 Se confirmă faptul că stima de sine a medicilor ATI este mai redusă cel puțin la una din primele 2 scale (EE și DP) la care se înregistrează scoruri mari; era de așteptat ca, cel puțin, în cazul scorurilor mari la scala DP – în cadrul modificărilor de la nivel autocritic ale conștiinței lor morale – medicii ATI să înregistreze o scădere a autostimei lor datorită percepției unui eșec al aspirațiilor inițiale spre o atitudine caldă, umană, față de pacienți și considerată ca un etalon al vocației lor profesionale. Când despre valorile reduse concomitent ale EE, se pare că afectarea stimei de sine la personalul medical ATI poate să apară, și în condițiile epuizării emoționale, când toate valorile personale sunt minimalizate excesiv de autocritică.

Ipoteza 11 Se confirmă aproape în totalitate ipoteza: scorurile obținute la chestionarul general autoconceput referitor la stresorii profesionali și anume că scorurile vor fi, în marea lor majoritate, mai mari (defavorabile) la lotul de personal medical ATI decât a) la lotul medicilor de alte specialități dar și decât b) lotul asistenților medicali ATI. Majoritatea variabilelor au confirmat această ipoteză sugerând faptul că – spre deosebire de medicii celorlalte specialități medicale (excepție chirurgii), care își petrec aproape tot timpul pe scaun sau în fotoliu – medicii anesteziști stau aproape tot timpul în picioare, depun un efort fizic consistent într-o ambianță parazitată de numeroși stimuli acustici, olfactivi și vizuali, dar și în condițiile interacțiunii cu oameni în stare critică.

Confirmarea acestei ipoteze reprezintă un argument major pentru eventuale revendicări organizaționale și salariale în viitorul apropiat prezentării lucrării de față.

Ipoteza 12 Se confirmă ipoteza: apelul la consumul de a) tutun b) cafea c) alcool este semnificativ mai crescut la medicii și asistentele ATI decât la medicii lotului de alte specialități medicale (excluzând chirurgii). Confirmarea acestei ipoteze, este echivalentă cu atestarea unui uriaș stres profesional, resimțit din plin de personalul ATI care încearcă, adesea cu succes, să-și suplimenteze rezervele energetice cu stimulente situate la limita efectelor nocive asupra sănătății (alcoolul și tutunul). Rezultatele obținute la numeroasele variabile independente ale studiului ar putea să ofere și alte informații neanticipate dar utile cercetării noastre.

6. DISCUTII GENERALE

a)Scorurile obținute la scalele chestionarului Maslach

Rezultatele obținute de către personalul ATI ,comparate cu cele ale loturilor de control(medici și asistenți medicali de alte specialități) , au fost analizate în capitolul precedent . Ne vom limita , în cadrul acestui paragraf la sublinierea asemănărilor și diferențelor în raport cu rezultatele altor studii din literatura-din țara noastră (Hagau și Pop) și din alte țari deși au existat o serie de diferențe în structura loturilor, în aplicarea concomitentă a altor teste psihologice ,etc. dar mai ales în condițiile de lucru ale medicilor și cadrelor medii din unitățile ATI de la noi și din țările respective.

Discuția asupra rezultatelor „luate separat” a prezentat o mulțime de menite să acopere obiectivele și ipotezele cercetării realizate în țara noastră.

Desigur, din mulțimea de sugestii – unele chiar certitudini- vor fi menționate doar cele mai importante, mai ales prin raportarea lor la datele consacrate problematicei alese spre cercetare.

Unul dintre obiectivele cercetării a fost stabilirea incidenței SBO (inclusiv componentele EE, DP și PA) la o grupă de profesioniști din domeniul medicinei de urgență din țara noastră, și anume personalul (medici și asistenți) din secțiile de ATI.

Utilizarea unui lot de control format din medici de alte specialități a permis o evaluare a incidenței SBO extinsă la nivelul personalului medico-sanitar cuprins în sfera mai largă a stresului ocupațional, dar mai puțin reprezentativă datorită polimorfismului lotului.

Deși dificil de comparat, bazându-ne numai pe constanta comună reprezentată de utilizarea inventarului pentru burnout (Maslach) , se pot deduce o serie de concluzii din analiza comparativă a unor date din literatura consacrată acestei probleme ,cu referire la : specialitățile medicale în general (ex. oncologie-4, ginecologie-13), la grupul de specialiști ATI (2,4,10,11,12,) cât și la rezidenții (7,8,9) , studenții în ultimul an (15) sau cadrele universitare (2.) .Cele mai multe articole s-au referit la SBO apărut la asistentele medicale(3,17-22),atrăgând astfel atenția asupra vulnerabilității acestora față de stresul ocupațional.

Dincolo de cifrele absolute privind incidența SBO se pot deduce oserie de similitudini referitoare la afectarea relativ severă a medicilor rezidenți de diferite specialități (cu extreme atinse de peste 54% (9) , și a specialistilor din ATI (67% Barbosa)(149) dar și afectarea corpului medical în general, atingând la o populație de 6351 din Austria, cifra de 50,7%(Wurm)(150). După cum se poate observa ,statistica noastră prezintă valori situate într-o zonă relativ ridicată a frevenței SBO, atingând 57% la scala de epuizare emoțională, 61 % la scala de depersonalizare și , în schimb, o afectare mai puțin ridicată (30%) la nivelul împlinirii profesionale (fapt cu semnificație consolatoare deoarece semnifică o scădere mai redusă a randamentului profesional).Trebuie remarcat că afectarea negativă de către SBO se exercită considerabil mai mult la medicii ATI față de asistentele medicale ATI numai la

scafele depersonalizare și împlinire personală, în timp ce la scala epuizare emoțională există un grad de afectare similară (medii ușor mai mari la asistente față de medici). Trebuie subliniată apropierea rezultatelor obținute la scala PA-referitoare la diminuarea performanțelor-(30% versus 38%) față de rezultatul obținut în țara noastră ,în cadrul unei cercetări de înalt prestigiu deja menționată, efectuată de Hagău și Pop (11), citată în numeroase reviste internaționale;

b) Specificul dificultăților de ordin organizațional în exercitarea atribuțiilor profesiei de medic ATI. Aspectele negative ale activității profesionale a personalului ATI, relevate de scorurile acordate răspunsurilor chestionarului elaborat de subsemnata , sunt expresia condițiilor în care se desfășoară munca celor din aceste secții (în țara noastră specialitatea ATI grupează anesteziștii alături de specialiștii la Terapie Intensivă, aspect evidențiat și de Hagău și Pop).

Răspunsurile date de participanții la studiul de față au prilejuit conturarea unui tablou foarte ilustrativ, care oglindește dificultățile – adeseori extreme și în mod semnificativ mai crescute față de alte specialități medicale – ale vieții de zi cu zi a acestor profesioniști aflați în plutonul fruntaș al slujitorilor medicinei din țara noastră.

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

- 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%-50% problemele psiho-emoționale și comportamentale ale personalului ATI, fapt ce ar contribui la scăderea stresului ocupațional și, mai ales, a incidenței SBO.

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 (Von Eiff-1984).

- **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 înșir;

➤ **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, cverulenți, și, mai ales, cu aparținătorii acestora.

- **Recuperarea insuficientă**- în opinia noastră o problemă extrem de importantă pentru diminuarea stresului ocupațional și a incidenței SBO- 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”.

c) Aspecte relevante desprinse din verificarea ipotezelor

1.**Condițiile de muncă** ale personalului ATI reprezintă o sursă importantă de stres pt medici și asistente a căror evaluare a condus la concluzia căacestea sunt cele mai dificile în raport cu medicii și asistentele din celelalte specialități medicale (inclusiv chirurgia) ai caror reprezentanți au fost incluși în loturile de control.

Corectarea acestor condiții nefavorabile de muncă necesită măsuri corectoare de ordinul organizațional și psihologic , fapt ce ar putea crea o perspectivă promițătoare pentru o profilaxie efectivă a stresului ocupațional.

2.Un aspect demn de semnalat este acela legat de **fragilitatea emoțională a rezidenților** mai expuși stresorilor specifici climatului de munca din ATI – dar și de lipsa antrenamentului în această activitate pe care medicii specialiști și primari îl folosesc ca un scut împotriva stresului profesional, mai ales dacă ei beneficiază de o vechime mai mare în activitate.

3. În schimb, **asistentele medicale ATI** sunt mai puțin afectate de dificultățile activității din secțiile ATI, deși volumul lor de munca este cel puțin similar cu cel al medicilor.Acest fapt ne sugerează ideea ca elementul cel mai important în apariția stresului

profesional , la medicii ATI este legat de responsabilitate lor medicală și morală decurgând din atribuțiile profesionale, ea fiind majoră în raport cu responsabilitatea asistentelor ATI.

În plus, comutarea atenției, gândirii și mai ales a solicitărilor decizionale la mai mulți bolnavi în cadrul unei aceleași perioade de timp reprezintă pentru medicul ATI un efort cognitiv, afectiv și volițional mult sporit în raport cu al asistentelor- mai numeroase și cu un câmp mai restrâns de activitate. Rezultatele studiului nostru care ne-au furnizat datele coincid și cu opinia noastră personală edificată în condițiile unei biografii care ne-a permis să exercităm cele două roluri profesionale în mod succesiv inițial ca asistentă ATI pe parcursul activității , ca studentă a facultății de medicină și ulterior, după intrarea specialitatea ATI- rezident , specialist , primar.

4. În legătură cu această comparație dintre *gradul de stres profesional* la medicii și asistenții ATI și medicii și asistenții din alte specialități se poate afirma că cel mai puțin afectați de stresul profesiei sunt asistentele din grupa loturilor de control aparținând unor specialități nechirurgicale.

5. *Reziliența* -unul din parametrii de bază ai studiului –apreciată ca o rezultată a resurselor antidistres a subiecților acestui studiu (personal ATI și loturi de control) – a fost considerată de noi ca un factor major de rezistență la distresul ocupational, menit să prevină instalarea SBO. Acest fapt a și fost demonstrat prin aceea că scorurile mici la primele scale ale SBO (EE și DP) au fost înregistrate într-o mai mare măsură la medicii și asistentele ATI având scoruri mari la scala de reziliență. A fost confirmată ipoteza noastră referitoare la predispoziția celor cu reziliență scăzută să debuteze rapid cu simptome generate frecvent de distres datorită unui consum de „ energie de stres” mai mare dintr-o resursă inițială mai limitată.

În aceeași logică a interpretării, medicii și personalul mediu din ATI (în primul rând) dar și de alte specialități -care ating o vechime de peste 21 de ani fără a prezenta simptome de B.O., - oferă argumente pentru faptul că posedă o reziliență crescută. Considerăm această concluzie ca fiind unul dintre punctele forte ale cercetării noastre, menită să furnizeze o bază de selecție a celor care vor păși în rândul personalului ATI.

6. *Bunăstarea psihologică PWB* a fost apreciată ca un parametru complex antidistres ce cuprinde elemente de ordin biologic , psihologic și social ce rezultă din particularități genetice , dar și din multiplele influente ale confruntării individului cu mediul său biologic și social în cursul biografiei subiecților studiului nostru. Reziliența constituie o adevărată – stație finală- a evoluției unui individ într-un anumit moment al existenței sale.

Prezența unor scoruri crescute ale PWB reprezintă o adevărată -avere- a individului , putând echivala, parțial cu o bogată energie de stres ca din acesta să-și permită să cheltuiască pentru distresurile de care are parte , dar putând și să includă noi eustresuri care să compenseze pierderile cauzate de distresuri. Referitor la activitatea stresantă din secțiile ATI, personalul medico-sanitar cu un nivel crescut al PWB ,deși este amenințat de o multitudine de stresori poate evita sau diminua unele distresuri printr-o evaluare mai puțin anxioasă a gradului de pericol semnificat de stresorii respectivi și , în planul nivelului crescut al stării de echilibru suflesc permite ușoare scăderi temporare ale acestui echilibru.

De asemenea astfel de persoane având o bunăstare psihologică crescută sunt obișnuite cu aplicarea unor măsuri recuperatorii, de relaxare, inclusiv practicarea unor hobby-uri.

Aceasta din urmă calitate a PWB – furnizoare de eustresuri -este , din păcate prezenta în mod semnificativ crescut numai la bărbații (medicii ATI, conform rezultatelor studiului nostru) fapt ce se explică prin specificul activității extraprofesional al personalului ATI care este frecvent implicat în -dubla muncă-, din care , în afara muncii profesionale alocă un timp important atribuțiilor casnice, gospodărești și educative pentru copiii familiei.)

7.Diferențele semnificative între personalul ATI din *spitalele private și cel din spitalele de stat* constituie o probă în favoarea ipotezei noastre care anticipa existența unui climat favorabil în sectorul privat care oferă o salarizare superioară și un program mai puțin încărcat cu excepția acelor specialiști cu un prestigiu profesional ridicat care sunt suprasolicitați de mulțimea bolnavilor atrași de renumele acestora pe care ei îl conferă și instituției în care ei lucrează.O astfel de interpretare oferă argumente solide în favoarea unor reglementări salariale corespunzătoare și- inclusiv prin împlinirea acestui deziderat-organizarea unui program de muncă judicios , ceea ce ar putea stopa emigrarea specialiștilor români- dintre care personalul ATI este în top- în altă țări care știu să prețuiască, dar și pot să salarizeze pe specialiștii români emigrați având o valoare profesională ca și cea a colegilor investigați de noi în lucrarea de față.

Aceste rezultate mai reflectă și faptul că , în rețeaua de stat a asistentei medicale bolnavii (mulți cu un nivel socio-profesional scăzut) sunt mai cverulenți și agresivi datorită faptului că pornesc de la premiza , izvorată din epoca comunistă potrivit căreia medicina este gratuită și că personalul medico-sanitar este obligat la o prestație medicală impecabilă , indiferent de condițiile – uneori vitrege- în care își desfășoară activitatea.În plus, inerentele greșeli din afara malpraxisului , dar mai ales evoluția inexorabilă a unor cazuri cu prognostic fatal generează atitudini extreme de blamare a personalului medico-sanitar, mergând uneori până la acte de violență și vandalism produse de rudele bolnavului, chiar dacă acesta a fost îngrijit cu devotament și competență.

Mulți dintre medicii ATI care lucrează suplimentar, și în rețeaua privată au sesizat în răspunsurile lor la chestionarele administrate diferența marcată a satisfacției profesionale în cadrul unităților ATI private care este cauzată , pe lângă salarizarea superioară și de faptul că bolnavii asistați au o atitudine civilizată, izvorată din statutul lor superior.

8.Prezența unor scoruri mari la scalele EE și/ sau DP la unii medici sau asistenți ATI s-a dovedit suficientă în *afectarea stimei de sine* a acestora , ceea ce poate constitui un semn al gravității situației lor în plan psihologic și această constatare trebuie să reprezinte un indiciu pentru psihologul inițial chemat să consilieze acești subiecți .

9. *Confirmarea ipotezei* referitoare la faptul că marea majoritate a condițiilor nefavorabile de muncă (în special de ordin organizațional și relațional) afectează cu precădere personalul ATI față de personalul medico-sanitar din alte specialități(din componenta loturilor control)- apare cu necesitate reorientarea în plan organizațional și psihosocial a condițiilor de desfășurare a activității profesionale a personalului ATI, cât mai

urgent până la o eventuala creștere a exodului acestor specialiști aflați într-unul din detașamentele de elită ale asistenței medicale.

10.Referitor la preexistența unui *teren psihiatric* la medicii și asistenții medicali ATI la care s-a anticipat apariția SBO,cercetarea noastră a evidențiat scoruri mai mari la scalele epuizare emoțională și depersonalizare la persoanele cu antecedente personale patologice psihiatrice, fapt ce pledează pentru prezența la aceștia a unei vulnerabilități la stres cu consecințe negative în domeniul patologiei psihiatrice și psihosomatice.

7.CONCLUZII

A.Aspecte de ordin general

Evaluarea factorilor psihosociali, responsabili de stresul psihic ocupațional la personalul ATI , a fost axată pe îndeplinirea a două mari obiective;

- -analiza stresorilor psihici și sociali implicați în apariția distresului ocupațional , specific condițiilor de desfășurare a activității medicilor și asistentelor medicale din secțiile ATI și cauzatori în grad variabil a unor stresuri psihice în plan psihosocial, cu consecințe în plan psihosocial , relațional și al patologiei psihiatrice și psihosomatice , culminând cu instalarea în diferite etape a SBO (în special primele două etape EE și DP).
- -evaluarea unor importanți factori psihologici și sociali profilactic, adevărate resurse de antidistres (reziliența și PWB) , al căror rol de contracarare al stresorilor profesionali să poată constitui argumente valabile pentru selecționarea prioritară în acest sector medical ATI a unor indivizi posesori ai unor astfel de trăsături protectoare.

Un al treilea obiectiv subsumat primelor două a fost acela de a utiliza concluziile obținute în cercetarea de față într-o serie de măsuri cu rol protector aplicabile tuturor celor care lucrează în unitățile ATI , mergând de la simpla consiliere psihologică și până la metode psiho-terapeutice aplicabile celor care prezintă tulburări psihiatrice și/ sau psihosomatice (asociate sau nu cu medicație psihotropă sau specifică bolilor psihosomatice).

De fapt acest al treilea obiectiv se poate constitui într-o propunere de a introduce evaluarea psihologică a rezidenților în ATI imediat după reușita lor la examenul de rezidențiat, urmată eventual de aplicarea unor măsuri de consiliere psihologică .

B. Portretul robot al medicilor ATI confrunțați cu stresorii de la locul de muncă

În cadrul cercetării de față a fost analizată situația actuală în care se desfășoară munca dificilă și plină de responsabilități a personalului ATI conturându-se un complex de factori implicați în apariția unui distres ocupațional cu caracter de suprasolicitare multiplă , generator

de tulburări psihocomportamentale- unele de intensitate psihiatrică și a numeroase tulburări psihosomatice.

Aceste tulburări multiple datorate specificului locului de muncă au putut fi încadrate la circa o treime din lotul de medici și asistente ATI în sindromul burn out (numai primele două stadii epuizare emoțională și depersonalizare)

Analiza complexului de factori psihosociali și organizaționali implicați în declanșarea tulburărilor sus menționate a permis o schițarea unui portret robot al condițiilor adverse din climatul de muncă al personalului ATI:

- Din punct de vedere **psihologic și social**, există o afectare negativă a tuturor instanțelor psihismului printr-un proces general de suprasolicitare cu potențial de declanșare a epuizării emoționale și depersonalizării ;
- In plan **cognitiv** specificul profesiei implică o suprasolicitare a proceselor atenției, gândirii psihodiagnostice cu luarea de decizii în regim de viteză;
- In plan **emoțional** inhibarea propriilor reacții de compasiune față de drama bolnavilor și familiei , dar și a presiunii responsabilităților și a amenințării prestigiului profesional, inclusiv al malpraxisului;
- In plan **etic**(în cazul depersonalizării) apare o diminuare a rezervei de empatie față de bolnav și reducerea gradului de toleranță față de comportamentul acestuia, denaturat de boală și manifestat sub o forma revendicativă și agresivă; consecințele acestor modificări sunt reprezentate de tratarea bolnavilor ca pe simple obiecte, dar și de deteriorarea limbajului sub forma unui jargon ”propriu”.

Revenind asupra unor aspecte ale personalității cu ecou inițial favorabil al alegerii profesiunii asupra aspirațiilor și stimei de sine a anesteziștilor, tulburările de mai sus conduc la o ajustare a idealului lor profesional cu regretele diminuate de justificarea consolatoare dată de atribuirea (cel puțin în parte justificată a acestor modificări) condițiilor de desfășurare a activității profesionale dintre care suprasolicitarea aproape dublă față de personalul ATI din alte țări, invers proporțională cu salarizarea , angrenând un cerc vicios prin încercarea creșterii veniturilor pe seama creșterii numărului de gărzi sau prestarea de servicii suplimentare în clinicile private. Această situație apare și datorită solicitării de către conducerea spitalelor din cauza deficitului de personal medical ATI.

C. Modalități de stabilire a concluziilor cercetării

1. *Activitatea personalului ATI* întrunind înalte exigente și responsabilități majore se desfășoară în condițiile unor multiple stresuri profesionale inerente (generate tocmai de exigențele profesionale amintite), dar și în condițiile evitabile create de stresuri ale căror cauze sunt reprezentate de interacțiuni sociale (cu bolnavii și familiile acestora, cu colegii) și factori organizaționali defectuoși , susceptibile de o corectare ce poate fi dedusă din chiar rezultatele cercetării de față .

2. *Sursele de stres* au fost evaluate direct cu ajutorul unui chestionar autoconceput referitor la o serie de condiții nefavorabile de muncă întâlnite chiar de autoarea cercetării și evaluate punctual, dar și indirect prin analiza rezultatelor obținute la scalele EE și DP ale chestionarului SBO.

3. În replică, **resursele antidistres** au fost evaluate cu ajutorul scorurilor obținute la scalele de reziliență și de wellbeing, conform concepției de bază a cercetării de față și anume că acțiunea distructivă a surselor de distres profesional poate fi contracarată/ amortizată tocmai de aceste resurse echivalente cu ceea ce Selye denumea energie de stres.

D. Autoaprecierea calităților și limitelor lucrării

„Puncte tari” - calități inedite ale lucrării

Lucrarea de față prezintă, în opinia noastră, următoarele aspecte inedite:

- *Abordarea plurifactorială(bio-psiho-socială) și ergonomică/organizațională a condițiilor nocive în care se desfășoară activitatea profesională a personalului ATI(medici și asistente medicale), evidențiind o serie de corelații(puteau fi mai multe!) între variabilele studiate.*
- *Completarea datelor remarcabilului studiu Hagău - Pop despre sindromul burnout prin includerea în rândul variabilelor psihologice ale studiului a unor trăsături fundamentale pozitive biopsihosociale(reziliența și ”bunăstarea psihologică” - PWB), ca factori de rezistență demni de atenție în cadrul organizării recuperării fizice și psihologice a personalului ATI.*
- *Furnizarea unor repere diagnostice menite să particularizeze condițiile apariției SBO în România, prin diferențierile făcute între particularitățile activității ATI în sistemul de asistență medicală publică și private sau dependența instalării SBO de statutul de rezident versus specialist, de vechimea în specialitate, dar și de terenul psihologic al profesioniștilor ATI(reziliența, în special).*
- *Accentul pus pe recuperarea psihologică, în timpul liber, a personalului ATI, prin folosirea unor strategii antidistres imediate și de perspectivă (prezentate ca un ansamblu de propuneri în încheierea studiului).*
- *Justificarea printr-o argumentație solidă, în favoarea consilierii psihologice și eventual, psihoterapie, ambele fiind componente ale unei abordări psihologice ce necesită colaborarea cu psihologii clinicieni, în cadrul unui program de evaluare psihologică periodică a personalului ATI, cel puțin în cazul în care există solicitări datorate unor tulburări psihologice sau psihopatologice, indiferent dacă ele sunt datorate condițiilor profesionale sau extraprofesionale.*

Limite: Autoevaluarea limitelor cercetării

În mod inevitabil complexitatea obiectivelor cercetării a lăsat loc unor numeroase neîmpliniri în marea lor majoritate de volumul crescut de muncă datorat următorilor factori :

- posibilitățile de contact cu subiecții cercetării (medici și asistente medicale care să accepte completarea răspunsurilor la chestionare însumând un mare număr de itemi);
- instrumentele cercetării au omis în mod deliberat (din cauza sus menționată) unele teste menite să evalueze o serie de variabile psihologice precum anxietatea , depresia, nivelul de stres ;
- alte motive au fost reprezentate de unele probleme financiare cauzate de costurile de copyright ale unor teste moderne etalonate pentru populația română și taxate în funcție de numărul de subiecți (ex testele de anxietate și depresie ale lui Spielberger) ;
- prelucrarea limitată a numeroaselor corelații posibile dintre scorurile chestionarelor , ceea ce ar fi putut aduce noutăți suplimentare față de obiectivele asumate;
- pierderea șansei de a efectua o departajare completă între anesteziști și chirurghi (sublot redus) referitoare la întreaga problematică a problemei.

D. Concluzii finale

1.Efectele negative ale stresului ocupațional ale personalului ATI s-au reflectat în scoruri mari la subiecții cercetării (***epuizare emotionala= 57% și DP=61%***).Aceste rezultate reprezintă un efect al unor factori numeroși cu rol stresant în interacțiunea cu factorii protectori antidistres așa cum le vom evidenția mai jos.

2.Cel mai mult au fost expuși la acțiunea distructivă a stresului ocupational medicii, asistenții ATI, medicii rezidenți, cei cu antecedente psihiatrice ,cei care au obținut scoruri reduse la scalele reziliență și wellbeing

3.Vechimea în muncă a fost corelată atât cu reziliența cât și cu starea de wellbeing , fapt ce a rezultat din creșterea rezultatelor la aceste scale obținute de medicii primari, aproape toți cu valori crescute la aceste scale.S-a dovedit astfel importanța -antrenamentului acestor profesioniști față de confruntarea zilnică cu stresurile din profesia lor.

4.Relăția inversă , probată statistic dintre reziliența și wellbeing pe de o parte și EE și DP pe de altă parte a fost probată statistic și poate sugera în mod convingător faptul că apariția stadiilor de burnout este cert condiționată de rezistența antidistres pe care o conferă existența unui nivel crescut de reziliență și wellbeing

5.Rezultatele obținute la aplicarea chestionarului autoconceput referitor la condițiile psihologice , sociale și organizaționale în care se desfășoară activitatea personalului ATI au evidențiat o multime impresionantă de stresori a căror luare în considerație considerăm că ar putea sugera măsuri corectoare al căror rezultat ar putea conduce la o scădere marcată a

stresului ocupațional la personalul din ATI. Menționăm cei mai importanți **factori cu rol stresant dintre condițiile de muncă**:

- o munca în regim de viteză și decizii rapide adesea fără timp pentru decizie, impunând punerea diagnosticului concomitent cu tratamentul
- o presiunea responsabilităților (uneori vitale) sub amenințarea riscului de malpraxis și presiunea aparținătorilor fie sugerând o înaltă compasiune fie o replică destinată agresivității acestora.
- o prelungirea timpului de activitate dincolo de orarul de activitate ca și numeroasele gărzi (personal puțin, prost salarizat)
- o carențele în medicația strict necesară și numărul redus de aparate specifice.

6. Concluzia finală cea mai importantă a cercetării noastre este că, data fiind vulnerabilitatea la stres a rezidenților, obligația lor de a intra rapid într-o activitate extrem de solicitantă precum și o serie de carențe de ordin organizațional- pasibile de o corectare prin măsuri manageriale- , constituie cauzele majore ale predispoziției celor cu o reziliență scăzută la apariția sindromului burnout. Din acest motiv **repețăm propunerea de instituire a unui examen psihologic după admiterea absolvenților în stadiul de ATI în scopul identificării factorilor de ordin psihosocial care ar putea favoriza un eșec adaptativ la condițiile de desfășurare a activității în unitățile ATI.** Acești factori pot fi corecți prin măsuri de ordinul consilierii psihologice, a psihoterapiei (la cei cu probleme mai serioase și mai rar tratament psihiatric)

7. **Activitatea extraprofesională** a rezidenților ar fi de dorit să includă complexul de măsuri recuperatorii prezentat de noi și în paragraful strategiei antidistres, din cadrul primei părți, teoretice a lucrării de față.

Considerăm ca o susținere de ordin psihologic, dar și prin măsuri manageriale adecvate climatului profesional din unitățile ATI ar putea contribui la păstrarea unei stări de sănătate satisfăcătoare a personalului ATI ceea ce ar fi în folosul bolnavilor aflați în condiții critice necesitând o replică terapeutică fără cusur.

Aplicabilitatea practică a concluziilor cercetării rezultă din însăși rezultatele acestui studiu și poate fi sistematizată astfel :

- susținerea psihologică a personalului ATI în lupta cu stresul ocupațional, efectuată prin consiliere psihologică la toți rezidenții și psihoterapie la cei cu probleme de adaptare (inclusiv medicii specialiști și primari). Acest deziderat poate fi realizat numai prin colaborarea cu psihologii sub diferitele forme menționate mai sus.
- semnalarea unor deficiențe de ordin organizatoric în desfășurarea activității personalului ATI a căror persistentă ar putea agrava problemele încă insolubile generate de numărul redus al specialiștilor (salarizați necorespunzător și cu un volum de muncă supradimensionat și – din această cauză având tendința să emigreze)
- complexul de măsuri menite să crească rezistența la stres a personalului ATI- axate pe creșterea rezilienței și bunăstării psihologice și sociale –(wellbeing) ar putea fi adoptat, desigur facultativ de cei doritori să obțină o mai mare capacitate de adaptare la rigorile activităților profesionale în cadrul unităților ATI.