

# MUNCA ÎN SERVICIILE DE URGENTĂ – UN STUDIU ASUPRA ATITUDINILOR SALARIAȚILOR DIN SUBORDINE

*Eugen Avram\**

## **Rezumat**

*În serviciile române de neurochirurgie, managementul a intrat în agenda proiectelor de dezvoltare. Prezentăm câteva rezultate ale studiilor realizate în două clinici și în secția de terapie intensivă. Obiectivul este reprezentat de evidențierea unor aspecte semnificative referitoare la activitatea personalului și atitudinile/psihologia salariaților. Participanți: 115 asistenți medicali. Metoda: ancheta pe bază de chestionar (95 itemi). Variabilele cercetării includ: satisfacția muncii, puterea formală, stima de sine la locul de muncă, satisfacția salarială, relații colegiale, relații cu superiorii, stres organizațional, angajament organizațional. Am apelat la analize statistice corelaționale și diferențiale pentru a analiza realitatea organizațional-managerială a spitalului. Rezultatele constituie baza unor strategii de dezvoltare în departamentele neurochirurgicale.*

**Cuvinte cheie:** secții de neurochirurgie, spital, asistenți medicali.

## **1. Introducere**

În ultimii ani, sistemul sanitar din România a cunoscut ample procese de schimbare care au fost consecința unor transformări politice, sociale, economice fără precedent. Pentru a face față tuturor acestor schimbări, dar și a altora, sistemul de sănătate românesc a intrat într-un amplu proces de dezvoltare, eficientizare, fundamentat pe elaborarea unor proiecte și programe de management. S-a conștientizat că o adevărată reformă sanitară nu poate fi realizată fără implicații în managementul

organizațional și al resurselor umane. Reducerea cheltuielilor, optimizarea activității și condițiilor de muncă, ameliorarea climatului psihosocial la locul de muncă, creșterea calității serviciilor, gestiunea informațiilor, comunicării ș.a.m.d. au devenit domeniile de interes major pentru programele de management din sănătatea românească (Ciurea, Ciubotaru, Avram, 2009).

OMS a stabilit alinierea la un set de standarde comune, studiul și controlul efectelor integrării europene asupra

\* Lector univ., dr., Universitatea din București, România, e-mail: eugenavram@yahoo.com

sistemelor sănătății din statele membre (ex. optimizarea raportului cost-eficacitate; reforma organizațională în unitățile sănătății; maximizarea calității serviciilor) (Ciurea, Ciubotaru, Avram, 2007).

Cel mai elocvent domeniu în care se vor dezvolta concepte, metode și practici noi, apreciază Peter Drucker, va fi managementul resurselor de cunoaștere ale societății, adică ocrotirea sănătății și învățământul, ambele fiind astăzi prea mult administrate și prea puțin coordonate (Drucker, 1998, p. 10).

Interesul pentru problematica dezvoltării, eficienței, a caracterizat responsabilii din multe organizații de sănătate, rezultatele programelor de schimbare și eficientizare fiind supuse unor analize minuțioase. Bartley (1986) a inițiat studii cu privire la schimbările intervenite în structura umană, socială a secțiilor de radiologie din două spitale, după introducerea tomografiei computerizate. S-a constatat că noua tehnologie a modificat interacțiunile salariaților, dintre radiologi și personalul tehnic, ceea ce a implicat o serie de măsuri ameliorative (Bartley, 1986). Alte studii au abordat probleme complexe ale vieții organizațiilor medico-sanitare. Astfel, cercetătorii au acordat o atenție deosebită unor fenomene precum: problema credibilității, încrederii în management (Decker et al., 2001); satisfacția profesională în serviciile de sănătate (Blegen, 1993; Tarnowski, Van Ess, 1994; Irvine and Evans, 1995; Kutzcher et al., 1997); percepția a justiției organizaționale, a respectului acordat salariaților din partea managementului (Laschinger, 2004); stilul de lucru al șefilor în raport cu subordonații spitalului (McNeese-Smith, 1995); rolul împuternicirii la locul de muncă (Laschinger Finegan, Shamian, Wilk, 2001; Laschinger, Finegan,

Shamian, Sabiston, 2001; Laschinger, Finegan and Shamian, 2001;), relația dintre satisfacția profesională a asistenților medicali și satisfacția clienților/ pacienților (Weisman and Nathanson, 1994); relația dintre satisfacția profesională a asistenților și calitatea muncii (Tarnowski and Van Ess, 1994); rolul nefavorabil al sentimentelor negative la locul de muncă asupra spitalului, cât și al membrilor lui (Laschinger and Finegan, 2005); efectele creșterii gradului de control la locul de muncă (Laschinger, Havens, 1996); insecuritatea jobului în mediile sănătății (Laschinger, Finegan, Shamian, 2001); relația dintre satisfacția muncii și angajamentul organizațional (Wilson and Laschinger, 1994); relațiile complexe ale justiției organizaționale și angajamentului organizațional cu alte variabile psiho-organizaționale (Laschinger, Finegan, 2005), încrederea și angajamentul (Laschinger et al, 2000), relația dintre stres și sănătate la locul de muncă (Faragher, Cass, Cooper, 2005).

Problematica percepției credibilității managementului (Decker et al., 2001); la fel cea a valorilor muncii și eticii a fost mereu în centrul atenției cercetătorilor (Johnson, 2006). În serviciile chirurgicale s-a relevat importanța managementului stresului, dezvoltarea abilităților liderilor și construirea echipelor (Campbell Quick et al., 2006); modul în care liderii echipelor chirurgicale pot încuraja sau descuraja comunicarea ascendentă în contextul implementării noilor tehnologii de intervenție (Edmonson, 2003). În departamentele de neurochirurgie s-au efectuat cercetări asupra satisfacției și stresului organizațional, angajamentului, leadership-ului și încrederii salariaților subordonați (Ciurea, Ciubotaru, Avram, 2007).

## 2. Cercetare

În prezent, se susține necesitatea unei analize din punct de vedere etic a sistemului de sănătate românesc (Astărăstoae, 2010). Această tendință continuă contribuțiile la dezvoltarea bioeticii din ultimii ani (Bauzon, 2009). O nouă direcție de studiu se centrează pe aspecte corelate eticii la nivelul instituțional. Se pune accent nu numai pe relațiile cu pacientul, fie că este copil (Stamatin, Păduraru, 2009; Miron, Miron, Marinca, 2009) sau adult (Negrea, 2009; Poantă, 2010), ci și pe calitatea vieții personalului medico-sanitar. Cu atât mai mult crește interesul pentru studiul atitudinilor personalului sanitar într-o perioadă în care societatea românească este marcată de exodul salariaților sănătății, context în care devine acută problematica responsabilității față de viață „într-o societate a riscurilor” (Bulzan, 2009). Unele studii au vizat contractul de muncă în domeniul farmaceutic (Rais, 2010). Noi ne vom concentra asupra atitudinilor în muncă a personalului de îngrijire din serviciile de neurochirurgie.

Ca răspuns la nevoia de dezvoltare, managementul departamentelor neurochirurgicale și de terapie intensivă din Spitalul Bagdasar-Arseni a decis elaborarea unor proiecte și programe de optimizare.

### 2.1. Obiective

- studiul atitudinilor salariaților subordonați ca răspuns la obiectivele stabilite de medicii neurochirurghi;

- analiza principalilor factori de stres profesionali activi la nivelul personalului

din subordine;

- stabilirea unor relații între factorii de stres și alte variabile psiho-organizaționale: percepția conducerii, justiției, încrederii, angajamentului;

- evidențierea unor diferențe ale nivelului variabilelor la salariații în funcție de: departament, vechime, pregătire, vârstă.

### 2.2. Lot

Cercetarea a inclus două departamente de neurochirurgie (26 sub/26.60% și, respectiv, 23 de sub/20%) și secția de terapie intensivă (ATI) (total 76 subiecți/ 60.8%), caracterizate prin:

- categorii profesionale: 84 asistenți medicali (73.04%), 31 infirmiere (26.95%).

- vechimea în secție variază de la 10 luni la 38 de ani ( $M=11.15$ ,  $SD= 10.37$ ).

- vârsta subiecților variază de la 22 la 60 de ani ( $M= 37.55\%$ ,  $SD= 10.60$ ).

### 2.3. Metode

Informațiile au fost extrase inițial prin ancheta pe bază de chestionar (95 de întrebări cuprinzând mai multe scale pentru fiecare concept investigat; răspunsurile au fost date pe o scară Likert vizând frecvența de manifestare a comportamentelor/ percepțiilor expuse în textul întrebărilor: de la 1 - aproape niciodată, la 5 - aproape întotdeauna. Instrumentul a fost aplicat în aceeași formă în toate secțiile. Date importante au fost extrase cu privire la indicatorii activității, resurse umane, sistem tehnic și financiar. Indicatorii atitudinali sunt prezentați în Tabelul 1.

Tabelul 1. Dimensiunile constructelor investigate.

Variabile/ indicatori	M	SD	Număr de itemi	Coeficientul Alpha
1. Satisfacția muncii	3.5	.92	3	.70
2. Satisfacția legată de remunerare	1.82	.79	5	.83
3. Stima de sine la locul de muncă	3.48	1.00	3	.75
4. Putere formală	3.24	0.77	6	.70
5. Deschidere	3.12	.83	4	.73
6. Preocupare	3.15	.94	4	.74
7. Etică interacțională	3.67	.91	4	.75
8. Orientare în muncă	3.40	.93	4	.74
9. Relații colegiale de sprijin	4.13	.25	5	.86
10. Satisfacția în relațiile cu beneficiarii	3.82	.84	6	.72
11. Competența	4.00	.70	6	.73
12. Siguranță	3.48	.74	4	.72
13. Identificare	3.49	.91	3	.77
14. Oportunități de dezvoltare	3.12	1.02	5	.70
15. Stres legat de condițiile materiale	3.49	.70	6	.71
16. Stres legat de condițiile fizice ale muncii	2.77	.82	4	.71
17. Ambiguități de rol	2.23	.89	4	.70
18. Oboseală	4.28	.85	5	.70
19. Emoții negative	3.08	.96	3	.70
20. Angajament organizațional	3.47	.61	6	.80

Notă: indicatorul nr. 9 a fost aplicat numai în clinici.

### 3. Rezultate

#### 3.1. Statistici descriptive

Urmărind în tabelul 1, constatăm că în raport cu modalitatea de răspuns în 5 trepte Likert avem următoarea situație a nivelului indicatorilor de personal în serviciile de neurochirurgie de la Spitalul Bagdasar-Arseni:

- au un nivel foarte înalt/ accentuat (foarte frecvent resimțit) următoarele variabile: *relații colegiale pozitive/ suportive* și *oboseala*. În mod aproape permanent acestea sunt sursele cele mai pregnante ale satisfacției și respectiv insatisfacției la locul de muncă;

- un nivel înalt (“deseori” specificat) deține *competența organizației*. Salariații apreciază deseori performanța activității prestate în/ de către spital;

- se constată că aprecierile plasează la

nivel intermediar moderat spre înalt: *satisfacția muncii, stima de sine la locul de muncă, justiția interacțională, orientarea în muncă, relațiile cu clienții, siguranța/ congruența, identificarea, stresul condițiilor materiale, angajamentul organizațional*. Toate aceste variabile sunt surse ale satisfacției la locul de muncă cu o frecvență “curentă”, nici foarte des și nici foarte rar. Se pare că ele redau situația unei realități cotidiene la locul de muncă, relevând un grad optim al climatului organizațional.

- sunt apreciate ca având nivel moderat ca frecvență de manifestare indicatorii: *receptivitate/ deschidere, preocupare, oportunități de dezvoltare, emoții negative*. Deci, salariații par a aprecia că relațiile cu superiorii uneori

sunt ocazie de dezvoltare profesională de suport/ sprijin la locul de muncă, de asemenea experiențele emoționale negative sunt prezente cu o frecvență moderată, uneori;

- au nivel moderat spre redus (“uneori”) următoarele fenomene: *stresul legat de ambianța fizică a muncii, puterea formală*. Numai câteodată sau chiar rareori salariații resimt neplăcerea ambianței spitalicești, cu aceeași frecvență ei apreciază că au autoritate formală la locul de muncă;

- cu frecvență redusă (“câteodată”) este evaluată situația *ambiguităților de rol*, aceasta înseamnă că rareori apar probleme de împărțire a sarcinilor, de responsabilizare în grupul de muncă;

- *satisfacția legată de remunerare* are un nivel foarte redus, foarte rar acesta constituie un motiv de mulțumire pentru salariații din sănătate. Deci, alături de *oboseală/suprasolicitare, problema salarială* reprezintă “zonele sensibile” ale resurselor umane.

Aceste rezultate redau situația atitudinilor în muncă a salariaților subordonați din neurochirurgie. Având acest tablou al stării de fapt actuale, ne putem întreba dacă asistăm la o situație bună, optimă sau mai puțin bună? Laschinger, Finegan (2005) au efectuat cercetări pe un eșantion de 273 asistenți medicali te și au găsit că cel mai înalt nivel de configurare îl deține variabila *oportunități de dezvoltare* („*opportunities*”) și variabila *relații cu colegii* („*positive informal alliance*”). *Justiția interacțională* („*interactional justice*”) are un nivel mediu. Satisfacția muncii („*job satisfaction*”) și angajamentul organizațional („*organizational commitment*”) au avut valori moderate. Cu valori scăzute s-a înregistrat variabila *respect la locul de muncă* („*respect*”), angajații nord-americani percepând că nu primesc

respectul cuvenit în organizația în care lucrează. S-a găsit că *încrederea în management* („*trust in management*”) este redusă, raportându-se o slabă preocupare pentru *grija* („*concern*”) și *onestitatea* („*honesty*”) arătată salariaților din această categorie. Cel mai slab aspect este *puterea formală* („*formal power*”), angajații nu întrevăd că au capacitate de decizie sau de stabilire a unor obiective, ori standarde în relațiile cu ceilalți sau cu activitatea. Într-o altă cercetare, Laschinger, Finegan și Shamian (2005), studiind un eșantion de 412 asistenți medicali, găseau următoarele: valori înalte s-au obținut pentru indicatorul *relațiile colegiale*; valori moderate pentru variabilele *suport, acces la informații, acces la resurse, oportunități de dezvoltare* (cu un nivel ușor mai ridicat), angajament organizațional și *putere informală*; valori scăzute la capitolul *încredere în management* și *putere formală*; *satisfacția muncii* s-a dovedit slab exprimată.

Așadar, principalele dezavantaje în sistemul nostru de sănătate sunt: incapacitatea de a susține financiar/salarial eforturile angajaților din sănătate; blocajul în alocarea resurselor umane în acord cu necesitățile secțiilor; insuficiența resurselor materiale. Oboseala accentuată/ suprasolicitarea și insatisfacția salarială caracterizează climatul în sistemul nostru de sănătate. Deci, în timp ce în sistemul nord-american aspectele obiective sunt mai bine puse la punct, la noi acestea sunt mai reduse. La ei climatul afectiv la locul de muncă este slab, existând neîncredere, suport slab și respect redus, la noi aceste variabile psihosociale sunt mai bine configurate. Deci sistemul canadian stă mai bine din punct de vedere material, logistic, însă este mai “rece” și instabil. Al nostru este mai “cald” și mai stabil, însă stă mai puțin bine la capitolul dotări

și materiale. Ceea ce este comun în ambele sisteme: grupul de muncă constituie cea mai dezvoltată sursă a satisfacției în organizație, are importanța cea mai mare pentru susținerea oamenilor la locul de muncă; oboseala/epuizarea este un fenomen comun pentru mediile sănătății de pretutindeni. Putem afirma că în ambele (sau în toate sistemele de sănătate) este loc pentru dezvoltare, această tendință căpătând din ce în ce mai mult un caracter sistematic.

### 3.2. Analize diferențiale

Aceste analize diferențiale ne permit să constatăm care sunt acele categorii de salariați ce ar putea constitui eșantionul-țintă al unor măsuri din programele de management (am folosit testul *t* pentru eșantioane independente, Testul Levene pentru relevarea gradului de omogenitate a distribuției, și mărirea efectului -  $r^2$ , am consemnat valorile moderate și mari):

- salariații din clinici percepeau superiorii ( $M = 16.73$ ,  $SD = 4.62$ ) ca fiind mai *receptivi/ deschiși* la idei comparativ cu cei din ATI ( $M = 14.30$ ,  $SD = 3.55$ ) ( $t(113) = 3.18$ ,  $p < .05$ ;  $r^2 = 0.08$ ).

- angajații din clinici ( $M = 17.55$ ,  $SD = 2.85$ ) aveau satisfacție mai mare în legătură cu *relațiile suportive în grupul de muncă* decât cei din ATI ( $M = 16.42$ ,  $SD = 3.24$ ) ( $t(113) = 1.93$ ,  $p < .05$ ;  $r^2 = 0.03$ ).

- *satisfacția legată de conținutul muncii* era mai mare la salariații din clinici ( $M = 12.10$ ,  $SD = 2.49$ ) comparativ cu cei din ATI ( $M = 10.12$ ,  $SD = 3.42$ ), ( $t(113) = 2.85$ ,  $p < .05$ ;  $r^2 = 0.06$ ).

- *stima de sine la locul de muncă* era mai mare la cei din clinici ( $M = 11.28$ ,  $SD = 3.10$ ) comparativ cu cei din ATI ( $M = 9.92$ ,  $SD = 3.01$ ), ( $t(113) = 2.96$ ,  $p < .05$ ;  $r^2 = 0.07$ ).

- *stresul legat de materiale/ resurse*

era mai mare la salariații din ATI ( $M = 17.92$ ,  $SD = 3.70$ ) decât la salariații din clinici ( $M = 16.40$ ,  $SD = 3.29$ ), ( $t(113) = 2.27$ ,  $p < .05$ ;  $r^2 = 0.04$ ).

Rezultatele au arătat clar care sunt direcțiile de acțiune la nivelul secției ATI, unde relațiile cu superiorii sunt multiple, salariații răspund comenzii nu doar a medicilor din secție, ci și a medicilor din clinici, a neurochirurgilor care vin să-și vadă clienții emițând noi comenzi de acțiune, controlul este multiplu, munca este fragmentată, stilul de conducere este orientat spre sarcină. Cele mai importante aspecte ale intervenției vizează: problema materialelor, orientarea liderilor și către personal, redesignul unor proceduri, creșterea prin anumite practici a coeziunii de grup.

Analizele diferențiale între nivelurile profesionale au importanță pentru managementul spitalului. În neurochirurgie sarcinile de îngrijire sunt divizate: asistenții realizează acțiuni preum: tratament, pansament, împărțirea medicației, elaborarea de rapoarte; infirmierele au responsabilitatea îngrijirilor intime ale pacienților. Rezultatele semnificative statistic sunt următoarele (mărirea efectului are valori moderate):

- asistenții ( $M = 10.83$ ,  $SD = 2.86$ ) sunt mai mulțumiți de *munca realizată* decât second level nurses ( $M = 9.74$ ,  $SD = 2.65$ ); ( $t(113) = 2.84$ ,  $p < .05$ ;  $r^2 = 0.06$ ).

- infirmierele ( $M = 7.12$ ,  $SD = 2.78$ ) percep mai puțin satisfăcătoare *remunerarea* comparativ cu asistenții medicali ( $M = 10.00$ ,  $SD = 4.18$ ); ( $t(113) = 3.53$ ,  $p < .05$ ;  $r^2 = 0.09$ ).

- asistenții medicali ( $M = 13.00$ ,  $SD = 3.55$ ) resimt mai mult nevoia de *orientare în muncă* decât infirmierele ( $M = 15.29$ ,  $SD = 3.78$ ); ( $t(113) = -3.01$ ,  $p < .01$ ;  $r^2 = 0.07$ ).

- asistenții medicali ( $M = 14.73$ ,  $SD =$

3.85) resimt mai mult nevoia de *receptivitate* din partea șefilor decât infirmierele ( $M = 16.96$ ,  $SD = 4.71$ );  $t(113) = -3.47$ ,  $p < .01$ ;  $r^2 = 0.09$ ).

- infirmierele ( $M = 16.32$ ,  $SD=3.70$ ) percep mai pozitiv *etica interacțională* decât asistenții ( $M = 13.94$ ,  $SD = 3.59$ );  $t(113) = 3.12$ ,  $p < .05$ ;  $r^2 = 0.07$ ).

- asistenții medicali resimt mai mult nevoia de *dezvoltare profesională* ( $M = 8.76$ ,  $SD = 2.96$ ) comparativ cu infirmierele ( $M = 10.61$ ,  $SD = 3.24$ );  $t(113) = -2.89$ ,  $p < .05$ ;  $r^2 = 0.06$ ).

- asistenții resimt mai mult stresul legat de *condițiile materiale ale muncii* ( $M = 17.70$ ,  $SD = 3.57$ ) comparativ cu infirmierele ( $M = 16.12$ ,  $SD = 3.49$ );  $t(113) = 2.10$ ,  $p < .05$ ;  $r^2 = 0.03$ ).

- asistenții medicali sunt cei care experimentează *emoții negative* ( $M = 9.67$ ,  $SD = 2.93$ ) comparativ cu infirmierele ( $M = 8.51$ ,  $SD = 2.75$ );  $t(113) = 1.91$ ,  $p < .05$ ;  $r^2 = 0.03$ ).

- în clinici, asistenții medicali ( $M = 20.09$ ,  $SD = 4.01$ ) au satisfacție mai mare în *relațiile cu beneficiarii* decât infirmierele ( $M = 17.35$ ,  $SD = 4.16$ ) ( $t(47) = 2.24$ ,  $p < .05$ ;  $r^2 = 0.09$ ).

Așadar, mărimea efectului este moderată, ceea ce ne poate orienta, către proiectarea unor soluții manageriale. Activitatea asistenților medicali este percepută ca o profesie curată, nobilă, care are un număr mare de pretendenți. Munca infirmierelor nu este tot atât de plăcută, însă aceste categorii cunosc de la intrare în profesie care este conținutul acesteia. Îmbogățirea job-ului acestor categorii de salariați cu una două sarcini cu pondere intelectuală (înregistrări, consemnări scrise, responsabilități pe anumite teritorii sau obiecte) ar putea să amelioreze satisfacția muncii.

Suplimentarea formelor de pregătire profesională la locul de muncă, atât din punctul de vedere al metodelor folosite, cât și al conținuturilor, constituie o

soluție necesară la nivelul superior level nurses. Asistenții medicali sunt mai motivați de a exprima unele propuneri de îmbunătățire a lucrului, de a fi mai mult orientați în muncă de către medici, deoarece mediul spitalicesc implică multe riscuri de aceea, ei vor să se implice în modernizarea muncii lor.

Constatăm că infirmierele prezintă satisfacție mai mică decât asistenții medicali la capitolele *relații cu clienții și remunerare*. Este foarte probabil ca cele două aspecte să fie legate între ele: contactul cu intimitatea pacienților, dintre care unii sunt în imposibilitate de colaborare scade satisfacția muncii, salariații apreciind că nu sunt plătiți just pentru acest efort. La capitolul *condițiile materiale ale muncii*, asistenții medicali resimt deficitul mai mult decât celelalte profesii. Este explicabil prin specificul activității de tratament, de pansament, nenumărate proceduri implicând necesitatea existenței unor materiale de bună calitate.

Am realizat analize *comparative pe categorii de vechime în secție*. Observații empirice ne-au condus către ipoteza că salariații mai puțin experimentați ar necesita unele măsuri de integrare și adaptare la locul de muncă. A fost realizată distribuția categoriilor de vechime în secție: vechime mică - până în 3 ani inclusiv (33 subiecți, 28.7%), medie - până în 10 ani inclusiv (43 subiecți, 37.4%), vechime mare - peste 10 ani (10-38 ani) (39 subiecți, 33.9%) pentru tot eșantionul de 115 salariați. Am apelat la statistica ANOVA one-way. Așadar, am găsit următoarele aspecte, susținute de observațiile empirice:

- angajații cu vechime mare ( $M = 15.12$ ;  $SD = 3.02$ ) în secție se *identifică* mai mult cu organizația decât cei cu vechime mică în secție ( $M = 13.18$ ;  $SD = 3.94$ ) ( $F(2, 112) = 2.84$ ,  $p < .05$ ;  $Levene(2;112) = 1.27$ ; ( $Gabriel = 2.39$ ;  $r^2$

= 0.02).

- angajații cu vechime mică ( $M = 19.03$ ;  $SD = 3.10$ ) resimt mai mult *problematica ambianței fizice a muncii* decât cei cu vechime decât cei cu vechime mare ( $M = 15.79$ ;  $SD = 4.23$ ) ( $F(2;112) = 4.23$ ,  $p < .05$ ;  $Levene(2;112) = 1.84$ ,  $p > .05$ ;  $Gabriel = 2.78$ ;  $r^2 = 0.02$ ).

- angajații cu vechime mică ( $M = 10.21$ ;  $SD = 3.38$ ) resimt unele dificultăți în legătură cu *împărțirea sarcinilor în grup*, distribuția unor responsabilități, existând uneori riscul apariției unor *ambiguități de rol*, aceste aspecte nefiind tot așa de relevante pentru cei cu vechime mare ( $M = 7.84$ ;  $SD = 3.59$ ) ( $F(2;112) = 3.85$ ,  $p < .05$ ;  $Levene(2;112) = 0.21$ ,  $p > .05$ ;  $Gabriel = 2.77$ ;  $r^2 = 0.02$ ).

- angajații cu vechime mică ( $M = 18.96$ ;  $SD = 3.53$ ) resimt mai puternic această *problematică* decât cei cu vechime mare ( $M = 16.46$ ;  $SD = 2.97$ ) ( $F(2;112) = 3.54$ ,  $p < .05$ ;  $Levene(2;112) = 1.29$ ,  $p > .05$ ;  $Gabriel = 2.57$ ;  $r^2 = 0.02$ ). Rezultatele consemnate sunt semnificative din punct de vedere statistic, însă mărimea efectului (notată cu  $r^2$ ) este slabă, ceea ce ne sugerează că rezultatele nu trebuie să implice intervenții semnificative în practica managerială referitor la diferențele consemnate.

Câteva aspecte diferențiatore între salariații din cele trei categorii de vechime în secție sunt semnificative, însă nu accentuate. Reținem, că salariații cu vechime mare se identifică cu obiectivele și misiunea spitalului mai mult, ei au ajuns la momentul în care dețin o viziune amplă asupra activităților și rezultatelor, ceea ce îi determină să fie mai angajați subiectiv. Pe de altă parte, este perioada în care fiecare om gândește retrospectiv la experiența profesională, la contribuțiile pe care organizația le-a adus la îmbunătățirea propriei vieți și cariere. Ei recunosc meritul organizației pentru viața

lor profesională și personală, au o reprezentare completă asupra performanței lor în organizație, înțeleg mult mai bine conținutul competenței în spital, având o cunoaștere largă a planurilor acționale. La momentul la care responsabilitățile de serviciu și cele de familie au cota maximă, salariații simt că aparțin deplin organizației lor, înțeleg rolul vieții profesionale, a spitalului care le conferă un suport social solid și stabil.

Ambianța fizică spitalicească se pare că este asimilată bine de salariați, însă atunci când mai apar unele impresii de incomoditate, ele sunt resințite de cei cu experiență mică. În privința resurselor materiale ale muncii, se pare că salariații cu vechime mare au dobândit sentimentul de control al profesiei, al autonomiei acționale.

Așadar, chiar dacă nu este cazul căutării unor soluții manageriale pentru categorii diferite de salariați, situația resurselor materiale rămâne presantă pentru toți, iar celelalte aspecte diferențiatore implică acordarea unei atenții suplimentare din partea membrilor cu responsabilități de supervizare și orientare în muncă.

#### 4. Concluzii

În neurochirurgie conținutul muncii este complex, stimulat, relațiile profesionale au un rol aparte în motivarea și dezvoltarea oamenilor. Stilul de lucru produce rareori ambiguități de rol, care corelează negativ cu încrederea organizațională. Salariații reușesc cu succes să rezolve aceste situații, dar cu un cost psihologic și fizic: apare suprasolicitarea și emoțiile negative în muncă. În neurochirurgie stima de sine deține o semnificație specială, având legătură cu circumstanțele complexe ale salvării de vieți omenești și rezolvării de situații problematice.

Personalul de conducere din serviciile

neurochirurgicale și-a propus baza conceptuală necesară acreditării promovarea excelenței prin proiecte și pentru calitate totală (Ciurea, Ciubotaru, Avram, 2007).

### **Bibliografie**

- [1]. Astărăstoae V., **Este necesară o analiză etică a sistemului de sănătate românesc?**, *Revista Română de Bioetică*, Vol. 8, nr. 1, pg. 3-4, 2010
- [2]. Bartley S.R., **Technology as an Occasion for Structuring: Evidence From Observations of CT Scanners and the Social Order of Radiology Departments**, *Administrative Science Quarterly*, 31, 78-108, 1986
- [3]. Bauzon S., **Dezvoltarea bioeticii în Europa Centrala si de Est din 1989 si pana in prezent**, *Revista Română de Bioetică*, Vol. 7, nr. 3, 2009
- [4]. Blegen M.A., **Nurse' Job Satisfaction: A Meta-Analysis of Related Variables**, *Nursing Research*, 42(1), 36-41, 1993
- [5]. Bulzan C., **Etica socială și responsabilitatea față de viață în societatea riscurilor. O abordare sociologică a bioeticii**, *Revista Română de Bioetică*, Vol. 7, nr. 4, pg. 44-55, 2009
- [6]. Campbell Qiuck J., Saleh K.J, Sime W.E., Martin W., Cooper C.L., Quick J.D., Mont M.A., **Stress Management Skills For Strong Leadership: It Is Worth Driving For**, *The Journal of Bone & Joint Surgery*, 88(1), 217-255, 2006
- [7]. Ciurea A.V., Avram E., **Este posibil să motivezi fără bani subordonații?**, *Management în sănătate*, anul IX, nr. 4, decembrie, 14-19, 2005
- [8]. Ciurea A.V., Ciubotaru V.G., Avram E., **Dezvoltarea managementului în organizațiile sănătății. Excelența în serviciile de neurochirurgie**, *Editura Universitară București*, 2007
- [9]. Ciurea A.V., Ciubotaru V.G., Avram E., **Management Modern în Organizațiile sănătății. Perspective în serviciile de neurochirurgie**, *Editura Medicală*, București, 2009
- [10]. Decker D., Wheeler G.E., Johnson J., Parsons R.J., **Effect of organizational change of the individual employee**, *Health Care Manager*, 19(4), 1-12, 2001
- [11]. Drucker P., *Despre profesia de manager*. Meteor Press, București, 1998
- [12]. Edmondson A.C., **Speaking up in the Operatingroom: How leaders Promote Learning in Interdisciplinary Action Teams**, *Journal of Management Studies*, 40(6), 1419-1452, 2003
- [13]. Ellis K. & Shockley-Zalabak P., **The organizational trust profile: A comprehensive instrument to measure organizational trust**, In Avram, E., Shochley-Zalabak, P., *Încrederea Organizațională*, Editura Universitară, București, 2008
- [14]. Faragher E.B., Cass M., Cooper C.L., **The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis**, *Occup Environ Med*, 65, 105-112, 2005
- [15]. Hîncu M., Niculescu Z., Mehedinți R., Mateescu G., Jurja S., Manolea M., **Personalitatea medicală între cercetarea științifică și aplicația practică**, *Revista Română de Bioetică*, 7, 3, 2009
- [16]. Irvine D.M., Evans M.G., **Job satisfaction and turnover among nurses: Integrating research findings across studies**, *Nursing Research*, 44 (4), 246-253, 1995
- [17]. Johnson P. F., **Preserving Our Values: Habermas, Hospital Ethics, and the Business of Health Care**, *The Midwest Quarterly*, 47(4), 393-411, 2006
- [18]. Kutzcher L., Sabiston J.A., Laschinger H.K.S., Nish M., **The effects of teamwork on staff perception of empowerment and job satisfaction in a large acute care teaching hospital**, *Health Care Management Forum*, 10(2), 10-17, 1997
- [19]. Laschinger H.K.S., Havens D., **Stall nurse work empowerment and perceived control over nursing practice. Conditions for work effectiveness**, *Journal of Nursing Administration*, 26(9), 27-35, 1996

- [20]. Laschinger H.K.S., Finegan J., Shamian J., Casier S., Organizational trust and empowerment in restructured health care setting: **Effects on staff nurse commitment**, *Journal of Nursing Administration*, 30(9), 413-425, 2000
- [21]. Laschinger H.K.S., Finegan J., Shamian J., **The impact of workplace empowerment, organizational trust on staff nurse' work satisfaction and organizational commitment**, *Health Care Management Review Frederik*, summer, 26(3), 7-23, 2001
- [22]. Laschinger H.K.S., Finegan J., Shamian J., Sabiston J.A., **Voices from the trenches: Nurses' experiences of hospital restructuring in Ontario**, *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 14(1), 6-13, 2001
- [23]. Laschinger H.K.S., Finegan J., Shamian J., Wilk P., **Impact of structural and psychological empowerment on job strain in nursing work setting: Expanding Kanter's model**, *Journal of Nursing Administration*, 314, 260-272, 2001
- [24]. Laschinger H.K.S., **Hospital nurses perceptions of respect and organizational justice**, *Journal of Nursing Administration*, 34, 354-364, 2004
- [25]. Laschinger H.K.S., Finegan J., **Using Empowerment to Build Trust and Respect in the Workplace: A Strategy for Addressing the Nursing Shortage**, *Nursing Economic\$*, January-February, 23 (1), 6-13, 2005
- [26]. Mannion R., Davies H.T.O., Marshall M.N., **Cultural characteristics of "high" and "low" performing hospitals**, *Journal of Health Organization and Management*, 19(6), 432-439, 2005
- [27]. McNeese-Smith D., **Job satisfaction, productivity and organizational commitment**, *Journal of Nursing Administration*, 25(9), 17-26, 1995
- [28]. Miron L., Miron I., Marinca M., **Particularitati si dileme etice ale consimtamantului informat in oncologia pediatică**, *Revista Română de Bioetică*, 7 (1), 2009
- [29]. Negrea I., **Valențe etice ale practicii medicale in perioada neonatală**, *Revista Română de Bioetică*, 7, 1, 2009
- [30]. Poantă L.I., **Abordări ale morții și mortalității în relația medic-pacient**, *Revista Română de Bioetică*, 8, 1, 45-50, 2010
- [31]. Rais C., **Clauza de conștiință, posibilă clauză specifică în contractul de muncă, în domeniul farmaceutic**, *Revista Română de Bioetică*, 8, 1, 66-71, 2010
- [32]. Shockley-Zalabak P., Ellis K., Winograd G., **Organizational trust: What it means, why it matters**, *Organization Development Journal*, 18, 35-47, 2000
- [33]. Stamatin M., Păduraru, L., **Editorial. Etica în pediatrie: „doi într-unul”...** **Particularitati etico-medicale în îngrijirea nou-născutului cu risc vital**, *Revista Română de Bioetică*, 7, 1 2009
- [34]. Tarnowski C., Van Ess C.H., **Outcomes of Nurses' Job Satisfaction**, *Journal of Nursing Administration*, 24(11), 36-41, 1994
- [35]. Weisman C., Nathanson C., **Professional satisfaction and Client Outcomes**, *Med Care*, 23, 1179-93, 1994
- [36]. Wilson B., Laschinger H.K.S., **Staff nurses perception of job empowerment and organizational commitment. A test of Kanter's theory of structural power in organizations**, *Journal of Nursing Administration*, 24(4), 39-47, 1994.