



RAPORT DE CERCETARE

I. INTRODUCERE

La primirea în Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, asistentul medical generalist, moașa și, respectiv, asistentul medical depun următorul jurământ:

„În numele Vieții și al Onoarei, jur să îmi exercit profesia cu demnitate, să respect ființa umană și drepturile sale și să păstrez secretul profesional. Jur că nu voi îngădui să se interpună între datoria mea și pacient considerații de naționalitate, rasă, religie, apartenență politică sau stare socială. Voi păstra respectul deplin pentru viața umană chiar sub amenințare și nu voi utiliza cunoștințele mele medicale contrar legilor umanității. Fac acest jurământ în mod solemn și liber!”

Acest jurământ, dincolo de semnificația lui simbolică, reprezintă un angajament asumat în raport cu o serie de valori etice și morale de bază ale profesiei. Cât de internalizate sunt aceste valori de către profesioniștii din domeniu? Cât de importante sunt pentru ei pe fond aspectele etice și morale implicate în actul medical cotidian? Care sunt principalele orientări și opțiuni legate de valorile profesionale în rândul furnizorilor naționali de servicii medicale și ale asistenților și moașelor? Iată doar câteva întrebări care au stat la baza conceperii acestui proiect, în general și al acestei cercetări, în particular. Este vorba de un proiect menit să producă o propunere de politică publică bazată pe un set de valori profesionale considerate de cei din sistem ca fiind fundamentale. Este o diferență majoră de paradigmă între un act medical de îngrijire care se oferă unui pacient, care „i se face” unei persoane vs. un act medical de îngrijire care se face împreună cu pacientul (care are acces la informație, participă la designul planului de îngrijire, este consultat). În mod firesc, tendința actuală a sistemelor de sănătate din țările europene este să adopte prima variantă, cea a unui sistem de sănătate centrat pe pacient ca persoană cu nevoi și drepturi diverse. În acest cadru, actul medical al îngrijirii se refera NU doar la îmbunătățirea funcțională a pacientului (se tratează simptomele bolilor), ci sunt și alte nevoi ale persoanei de care trebuie să se țină cont (calitatea vieții în timpul și după tratament, stima de sine, încrederea etc.).





Din această perspectivă, devine evidentă nevoia de inteligență emoțională/afectivă. În ce măsură sunt conștienți cei din sistem de acest lucru? Înțeleg avantajele acestei noi paradigme pentru toți cei implicați?

Sistemul românesc de sănătate a făcut obiectul unui amplu proces de reformă în ultimii ani, proces care a urmărit să asigure creșterea calității în sectorul sanitar și a încrederii pacientului în serviciile de sănătate de care beneficiază. Cu toate îmbunătățirile aduse la nivel de tehnologizare și modernizare, cu toate măsurile adoptate pentru a stimula financiar personalul din sistem, a reduce migrația personalului și a oferi diverse cursuri de formare profesională continuă, nemulțumirile publice față de sistemul medical sunt destule. Multe dintre nemulțumiri țin și de o relație defectuoasă dintre cadrul medical și pacient, de o lipsă de încredere a populației în sistemul medical.

Dacă dorim ca dezideratul unui sistem de sănătate centrat pe pacient (existent în Strategia Națională de Sănătate 2014-2020, Programul de Guvernare și în toate documentele internaționale) să devină realitate, este nevoie de eforturi mai mari pentru identificarea problemelor și găsirea unor soluții fezabile de rezolvare a lor.

Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România (AMGMAMR), în calitate de organizație profesională cuprinzând asistenții medicali și moașele cu drept de practică în România dar și de autoritate de reglementare delegată de autoritatea de stat pentru profesia de asistent medical și moașă, propune în cadrul proiectului POLMED o abordare documentată pe care să se poată fundamenta o astfel de politică. În acest sens, componenta de cercetare, atât cea cantitativă, cât și cea calitativă, au fost concepute nu doar de dragul unei cunoașteri teoretice abstracte, ci pentru înțelegerea nevoilor etice ale comunităților în relația cu beneficiarii și pentru elaborarea de politici publice sustenabile și eficiente. Procesul de reflecție ce va urma va avea ca rezultat un document de poziție care va fi asumat de către decidenții din sistem, printr-o declarație comună de susținere și parteneriat în vederea unei largi diseminări a rezultatelor proiectului.

Pe de altă parte, îmbunătățirea relației pacient-asistent medical devine necesară pentru recunoașterea valorii sociale a profesiei, a responsabilității și încrederii conferite de societate, precum și a obligațiilor interne ce derivă din această încredere. Conform Organizației Mondiale a Sănătății, asistenții medicali sunt o resursă vitală a sistemelor de îngrijiri de sănătate și care trebuie revitalizată în contextul noilor provocări care





amenință sustenabilitatea sistemelor naționale de sănătate, iar problemele acestora trebuie tratate adecvat de guvernele naționale.

Pentru cei mai mulți asistenți medicali, asigurarea unui echilibru între siguranța pacientului, calitate, rezultate de sănătate și resursele umane și financiare precare a implicat o schimbare de paradigmă, de la un sistem de sănătate axat pe valoare pentru bani (*value for money*), la un sistem de sănătate bazat pe pacient care tranzitează eficient nivelurile de îngrijiri și pe rezultate pozitive ale indicatorilor de sănătate (Arries, 2014). Această schimbare de paradigmă, incontestabil necesară spitalelor și centrelor de sănătate moderne, a avut ca rezultat un discurs bazat pe măsurarea performanței domeniilor și indicatorilor care a marginalizat perspectiva umană, morală pe care se bazează asistența medicală. Astfel, dezvoltarea unor standarde, a unor seturi de valori aspiraționale pentru asistenții medicali și moașe este mai importantă ca oricând.

Pentru o asemenea schimbare de accent către un sistem centrat pe nevoile pacientului este nevoie de o înțelegere profundă a conceptului de „îngrijire” în profesia de asistență medicală. La nivel teoretic, conceptul a fost explorat mult în literatura de specialitate (Gilligan, 1982; Eriksson, 1989; Woods, 2011). Discuțiile au avut în vedere câteva perspective teoretice importante. Unii au discutat din perspectiva „subevaluării”- a faptului că munca de îngrijire e prost recompensată pentru că e asociată cu femeile. Alte abordări teoretice țin de perspectiva „bunului public” care accentuează faptul ca de munca de îngrijire beneficiază nu doar cei direct implicați (oameni mai sănătoși înseamnă productivitate mai mare) și că salarizarea în acest sector ar trebui să țină cont de acest lucru. Se mai discută și de perspectiva „prizonierul dragostei”- perspectivă în cadrul căreia tocmai specificul de muncă de îngrijire (care implică atașament special intrinsec față de cei bolnavi al celor ce lucrează ca asistenți medicali și moașe) este cel ce permite angajatorilor să scape ușor cu o plată mai mică (e vorba de sănătatea și viețile oamenilor - nu o să se apuce să facă grevă!). Există, de asemenea, cercetări interesante legate de „comodificarea emoțiilor”-cadru teoretic axat pe posibilul rău emoțional care se produce asupra celor din sistem atunci când trebuie să își vândă sistematic, zi de zi, asemenea servicii care folosesc o parte intimă a naturii lor umane. Este, deci, o abordare în care nu se accentuează satisfacțiile emoționale ale oferirii de grijă, ci efectele „perverse” ale acestei profesii. Nu în ultimul rând, din perspectiva „iubire și bani”, se consideră că nu mai este necesară abordarea în termeni antitetici despre piața de servicii de îngrijire și grija în





sine. (Woods, 2011; Fawcett, 2005)

În România, stadiul cercetărilor din această zonă este la început. Astfel, această cercetare poate fi un început considerată o muncă de pionerat.

Intenția acestui proiect este să producă o schimbare de fond în sistem. Codul etic și deontologic al asistenților medicali și moașelor, aflat în vigoare la ora actuală acționează mai mult ca normă prescriptivă, de cenzură asupra profesionistului și nu ca valori aspiraționale care să-i ghideze practica. Jurământul simbolic de la început de carieră este, de asemenea, o formalitate mai mult decât o asumare implicită, responsabilă a valorilor morale indispensabile unui asistent medical sau unei moașe.

II. METODOLOGIA CERCETĂRII

1. Eșantion

La cercetare au participat un număr de 804 asistenți medicali și moașe, din toate cele șapte regiuni de dezvoltare (toate cele 42 de județe ale țării); selecția participanților s-a realizat cu respectarea criteriului proporționalității, în funcție de numărul de județe pentru fiecare regiune, precum și cu structura practicanților acestor profesii în funcție de criteriile sex și *nivel de studii*. Principalele caracteristici socio-demografice ale eșantionului sunt prezentate în Anexa nr. 1.

2. Metodă și instrument de cercetare

Pentru culegerea datelor, a fost folosită metoda anchetei pe bază de chestionar autoadministrat (Anexa nr. 2). Chestionarul a fost pre-testat și validat pe un număr de 98 de asistenți medicali și moașe din două spitale din București (Spitalul Clinic Universitar de Urgență și Spitalul Clinic Fundeni). Forma finală a acestuia a ținut de observațiile participanților la etapa de pre-testare și a fost modificat în conformitate cu aceste observații, precum și cu rezultatele analizelor statistice ale datelor obținute (o serie de itemi au fost reformulați, iar la patru dintre aceștia s-a renunțat).

Chestionarul vizează evaluarea opiniilor participanților la cercetare în legătură cu următoarele aspecte:

- condiții pentru reușita profesională, în general;
- valori specifice profesiilor de asistent medical/moașă;





UNIUNEA EUROPEANĂ



Programul Operațional Capacitate Administrativă
Competența face diferența!



Instrumente Structurale
2014-2020

- modalități de raportare la pacient;
- responsabilitatea deciziei în nursing;
- relația dintre actul profesional și contextul socio-economic și politic în care are loc.

Pentru evaluarea valorilor specifice profesiilor de asistent medical/moașă, în chestionar a fost introdusă o scală de valori profesionale specifice profesiilor de asistent medical/moașă, traducibile în comportamente profesionale etice, o versiune tradusă și adaptată în limba română a *Nurses Professional Values Scale – Revised* (NPVS-R) (Weis, Schank, 2009). Scala este format din 26 de itemi, grupați pe cinci dimensiuni, răspunsurile la fiecare item fiind înregistrate pe o scală cu 5 trepte (5 însemnând *foarte important pentru buna practică profesională în domeniu*, iar 1 – *deloc important*).

III. REZULTATE

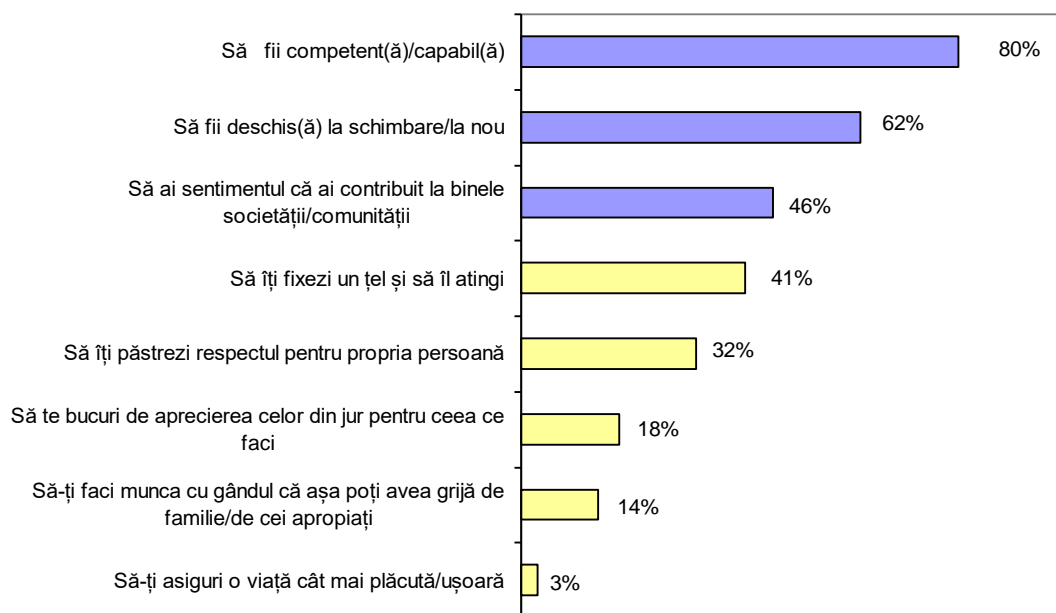
Rezultatele sunt prezentate pe totalul eșantionului pe care s-a realizat cercetarea, întrucât nu au fost depistate diferențe semnificative în răspunsuri, în funcție de categorii de vârstă sau de tipuri de funcții ocupate.

1. Condiții pentru reușita profesională, în general

Cele mai importante trei condiții pentru reușita profesională sunt, în opinia respondenților, competența, deschiderea către nou și sentimentul contribuției la nivel societal/comunitar (graficul nr. 1). Răspunsurile conturează, astfel, o imagine generală cu privire la ce înseamnă succesul în profesie, pentru asistenți medicali/moașe, care poate fi rezumată, simplu, prin „competență, deschidere, responsabilitate”. Mai puțin importante pentru definirea succesului profesional au fost considerate aspectele care țin de asigurarea unei vieți ușoare sau a mijloacelor de trai pentru sine și familie, precum și recunoașterea și respectul celor din jur. Prin urmare, putem considera că, pentru asistenți medicali/moașe, succesul profesional se exprimă, mai degrabă, în termeni ce țin de competență și profesionalism, decât în termeni de recompense materiale (o viață ușoară, posibilitatea de a avea grijă de familie) sau sociale (respectul celor din jur).



Graficul nr. 1. Care dintre următoarele aspecte considerați că reprezintă cele mai importante trei condiții pentru a reuși într-o profesie, în general?

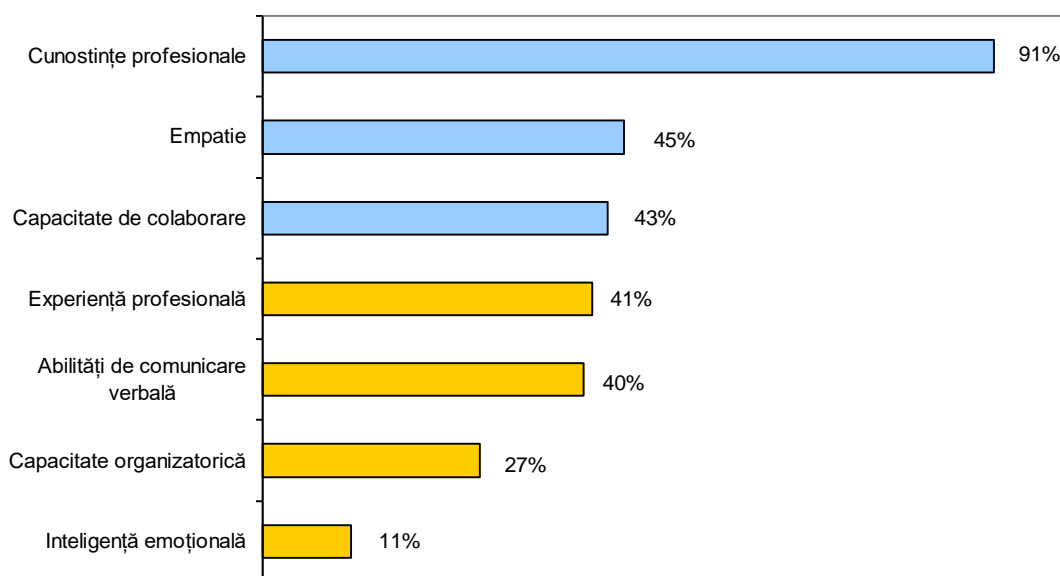


2. Valori specifice profesiilor de asistent medical/moașă

În perspectiva elaborării unui document de politici publice care să evidențieze valorile principale ale meseriei de asistent medical și moașă, percepția celor din sistem despre aceste valori, ierarhizarea acestora de către membrii comunității este importantă.

a) Sintetizând, la întrebarea din chestionar legată de calitățile cele mai importante ale unui profesionist în domeniu, așa cum se observă și în graficul nr. 2, principalele valori selectate ca fiind foarte importante (top 3) au fost: competențele profesionale (91% au ales) urmate la o oarecare distanță de empatia și capacitatea de colaborare. Cea mai ignorată valoare a fost inteligența emoțională (doar 11% au ales) urmată de capacitatea organizatorică.

Graficul nr. 2. Care considerați că sunt cele mai importante trei calități pe care trebuie să le aibă un profesionist în domeniul asistenței medicale?



Rezultatele merită analizate mai în detaliu. Explicațiile pentru acest procent foarte mare de persoane din sistem care nu consideră a că un profesionist trebuie să aibă în mod special inteligența emoțională pot fi diverse. Poate să fie vorba de o necunoaștere a termenului, mai ales având în vedere că un procent mai ridicat (45%) au inclus în primele 3 calități "empatia" care e strâns legată de inteligența emoțională. O altă explicație pentru faptul că femeile-majoritare în sistemul de sănătate aleg ferm ca primă calitate necesară nivelul de pregătire profesională și în mai mică proporție calități precum empatia, inteligența emoțională, grija poate să țină de o abordare esențialistă, biologizantă a acestor calități considerate ca un „dat” pentru femei. Deoarece în decursul timpului femeile au predominat în societate în roluri de grijă, îngrijire a altora multe femei au ajuns să considere că aceste calități sunt înnăscute, specifice femeilor, fiind atunci normal ca femeile să fie majoritate în domenii precum sănătatea sau educația. Cu alte cuvinte, se poate ca multe femei să nu opteze pentru acest calup de calități ca fiind prioritare pentru un bun profesionist deoarece consideră că sunt calități pe care femeile le dețin din start. Poate fi vorba deci de o lipsă de înțelegere a faptului că aceste calități nu se dobândesc ci se învață, se „achiziționează” pe parcursul vieții și că eventualele predispoziții altruistice, relaționale



și moral maternale ale multor femei țin de modul în care au fost construite în decursul timpului rolurile și relațiile de gen.

Experiența profesională (care e strâns legată de anii de lucru în domeniu, deci implicit de vârstă) a fost considerată în mod mai echilibrat ca fiind sau nefiind importantă. 59% au plasat-o printre opțiuni, iar 41% nu. Cu alte cuvinte, în acest context de cercetare nu s-a observat o problema generațională majoră (deci nici legată de vechimea la locul de muncă).

Procentul mare (73%) al celor care **nu** au ales în topul primelor 3 calități necesare „capacitatea organizatorică” poate fi de asemenea discutată. Eșantionul nu a avut predominant persoane în funcții de conducere. Faptul că abilitățile de organizare nu sunt considerate o valoare foarte importantă pentru asistentul „obișnuit”, fără funcții de conducere denotă și o problemă de pasivitate, de adoptare a unei atitudini de simplu executant al sarcinilor primite. Poate fi vorba de o cultură organizațională prezentă în multe dintre spitale, în care „simplul” asistent sau moașa sunt considerați ca niște angajați care fac în principal ce li se spune nefiind încurajați să se implice în actul medical mai mult.

Din punctul nostru de vedere poate fi problematic și procentul mic (40%) al celor care au selectat în top 3 “abilitățile de comunicare verbale”. În măsura în care se dorește un act medical axat pe pacient, în care asistentul medical ar trebui să fie prietenul, susținătorul moral, cel care oferă nu doar servicii medicale competente dar rutinate ci explică pe înțelesul fiecărui pacient și a familiei acestuia, face legătura între pacient și medic, asigură un suport emoțional-toate acestea înseamnă că asistentul medical sau moașa sunt buni comunicatori, au abilități reale (dezvoltate în timp prin pregătirea în școală și la locul de muncă) de comunicare verbală și non verbală.

b) Rezultatele analizei datelor obținute la scala NPVS-R vor fi prezentate în continuare ca valori medii, în conformitate cu modul în care este utilizată scala originală de către autori (valoarea maximă posibilă – 5, valoarea minimă posibilă - 1), atât pe dimensiuni, cât și pe itemii fiecăreia dintre dimensiunile considerate mai importante (primele trei), pentru a oferi o imagine generală, dar și una de detaliu cu privire la opțiunile membrilor eșantionului.

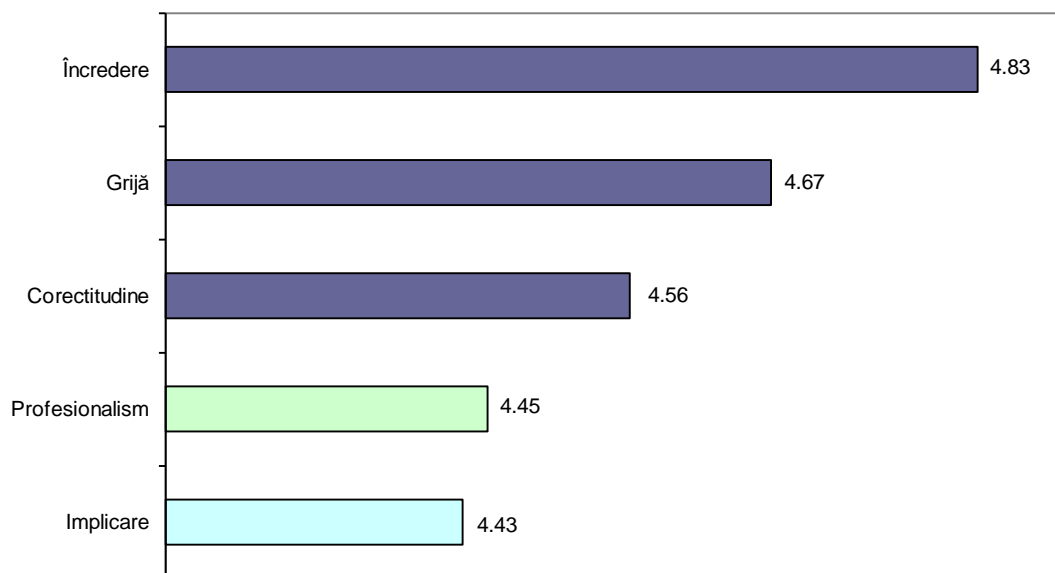
Valorile profesionale trebuie să constituie, pentru corpul profesional al asistenților medicali și moașelor, standarde de acțiune acceptate și internalizate, care să le ghideze conduita profesională și, implicit, relația cu pacienții, familiile acestora, echipa





medicală din care fac parte. Din această perspectivă, răspunsurile primite la itemii constituenți ai scalei NPVS-R plasează pe primele trei locuri, ca importanță pentru un act de îngrijire de calitate „încrederea” (dimensiune care reflectă cât de demnă de încredere este asistența medicală, raportat la folosul pacienților), „grija” (care reflectă necesitatea focusării pe nevoile pacientului) și „corectitudinea” (care se referă la grija față de aspectele care țin de diversitate și tratament echitabil față de pacienți) (graficul nr. 3). Așa cum se poate observa, toate cele trei dimensiuni valorice sunt „construite” în jurul pacientului, reflectând, astfel, opinii care fac din beneficiarul actului de îngrijire element central la care ar trebui să se raporteze profesioniștii domeniului.

Graficul nr. 3. Valorile medii pentru cele cinci dimensiuni ale NPVS-R



Dacă analizăm în detaliu răspunsurile la fiecare dintre itemii din compunerea primelor trei dimensiuni menționate anterior, se remarcă:

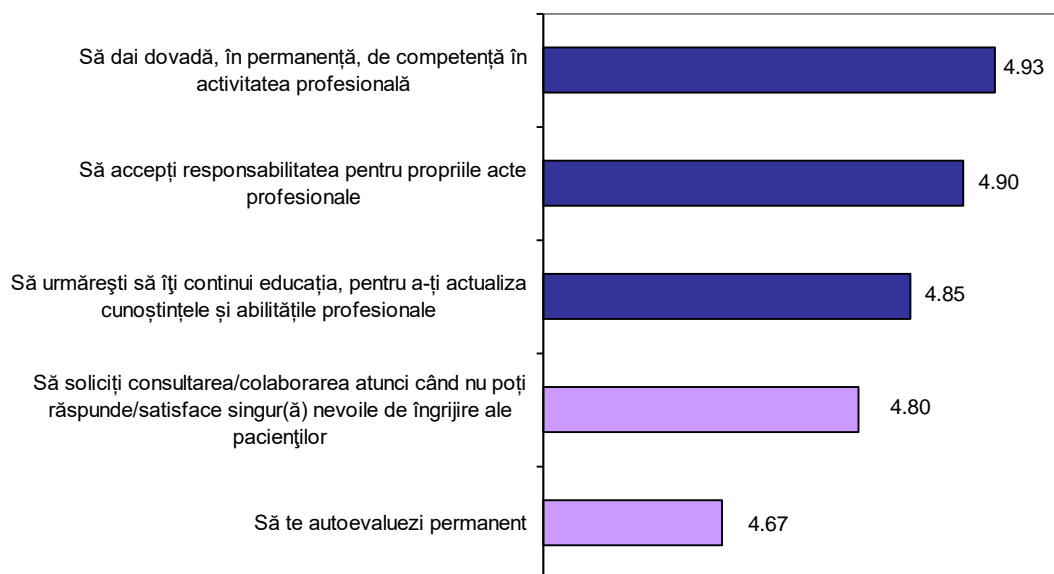
- faptul că, în opinia respondenților, „încrederea” se bazează, în principal, pe *competență profesională, responsabilitate și preocupare pentru pregătire profesională continuă* (graficul nr. 4);
- faptul că dimensiunea „îngrijire/grijă” presupune, în principal, *preocupare pentru asigurarea confidențialității informațiilor referitoare la pacienți, apărarea drepturilor lor legale și morale, precum și lipsa unor prejudecăți legate de stilurile de viață diferite ale acestora* (graficul nr. 5);



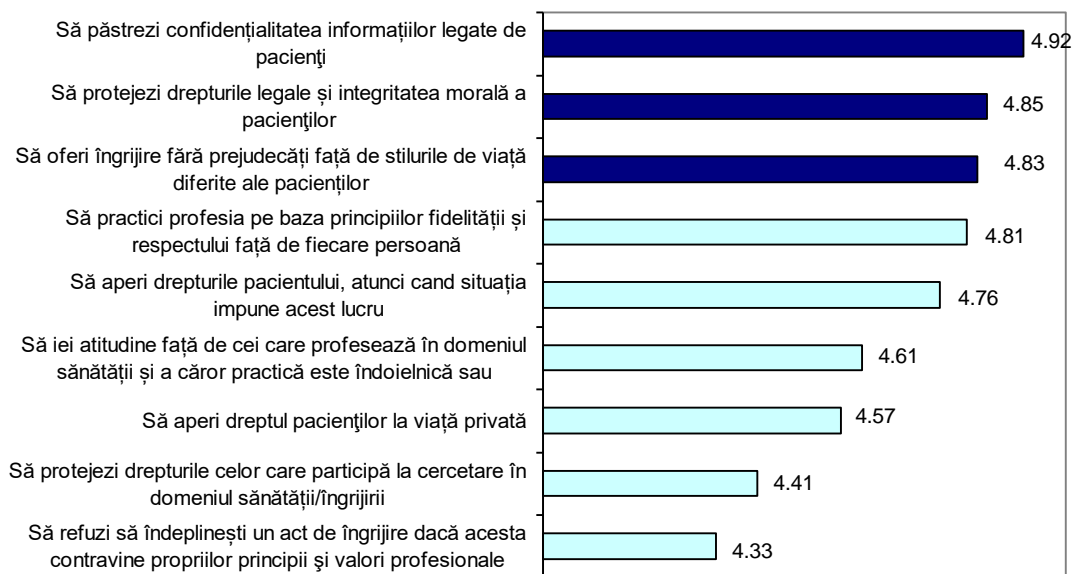


- faptul că *protejarea siguranței și a sănătății pacienților* este considerat elementul principal al „corectitudinii” (graficul nr. 6).

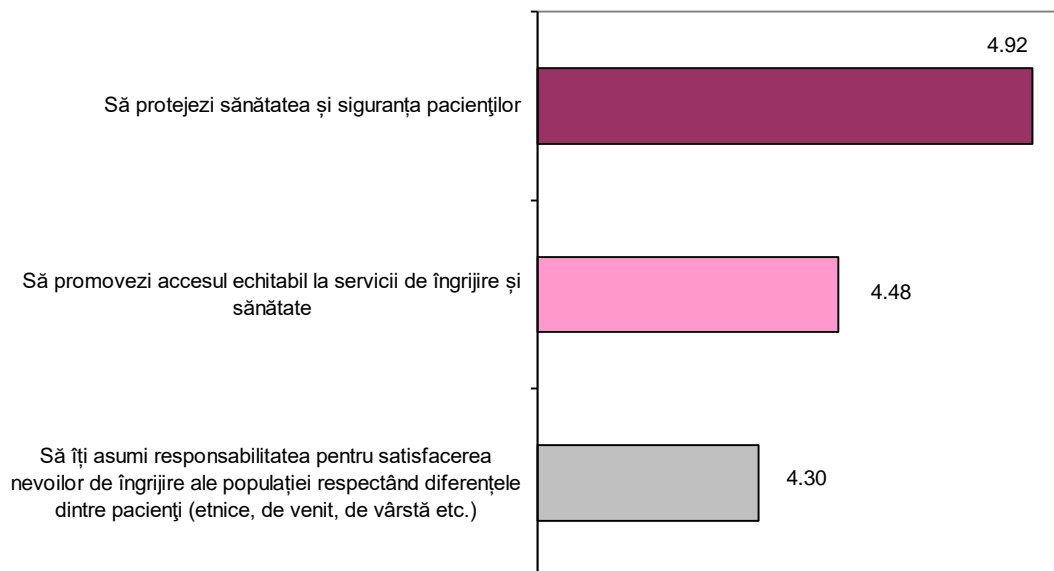
Graficul nr. 4. Valorile medii pentru itemii dimensiunii „Încredere”



Graficul nr. 5. Valorile medii pentru itemii dimensiunii „Grijă”



Graficul nr. 6. Valorile medii pentru itemii dimensiunii „Corectitudine”

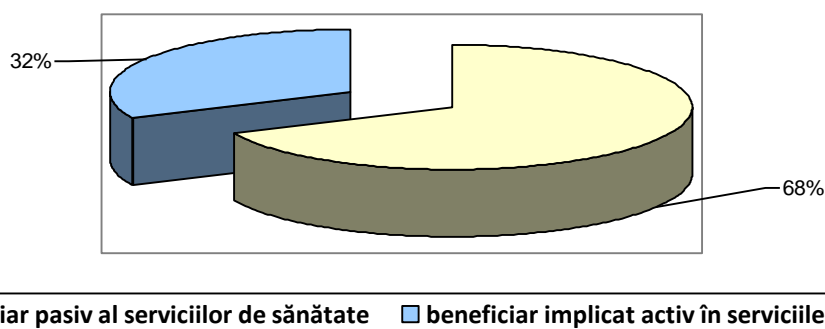


3. Modalități de raportare la pacient

Toate documentele recente privind reforma sistemului de sănătate vorbesc despre un act medical centrat pe pacient, despre o relație cu dublu sens, activă între cadrele medicale și beneficiari. Cu toate acestea, percepția celor din sistem este că pacientul este de cele mai multe ori un beneficiar pasiv al serviciilor de îngrijire și sănătate din România, așa cum rezultă și din graficul nr. 7 (68% au ales această variantă de răspuns, doar 32% au ales varianta „beneficiar activ”).

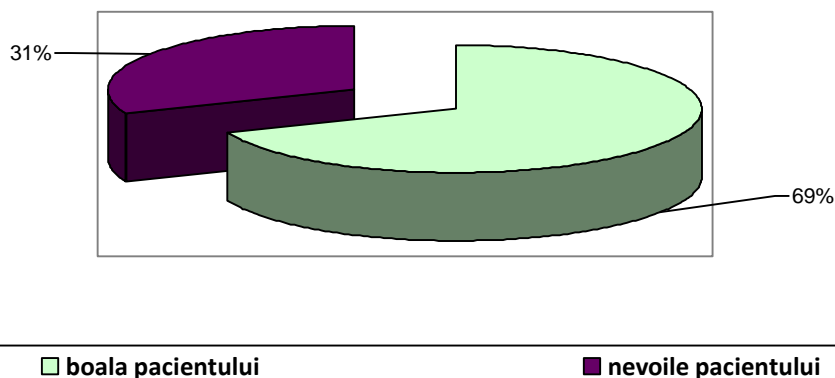
Acest rezultat indică faptul că profesioniștii din sistem au percepția unei relații de tip pasiv, cu toate că dezideratul la nivel declarativ al celor implicați în actul medical este altul. Este un semn că ceea ce formal există (în documente precum Strategia Națională pentru Sănătate) încă nu este transpus în practici de colaborare active și eficiente. Este, de asemenea, și o dovadă a unei conștiințe profesionale, în sensul că o mare parte din cadrele medicale chestionate sesizează această lacună. Primul pas spre rezolvarea unei probleme este recunoașterea ei.

Graficul nr. 7. Considerați că pacientul din sistemul de sănătate din România este mai curând ...



În strânsă corelație cu întrebarea precedentă, răspunsurile la întrebarea legată de tipul de sistem de asistență medicală din România (axat pe boală sau pe nevoile pacientului) confirm rezultatele prezentate anterior: 69% consideră că avem un sistem centrat pe boală, și doar 31% consideră că sunt semne ale unui sistem în care nu doar „boala” pacientului este preocuparea celor din sistem ci „nevoile pacientului”, în sens mai generos (graficul nr. 8).

Graficul nr. 8. Considerați că sistemul de asistență medicală din România este unul mai curând axat pe ...



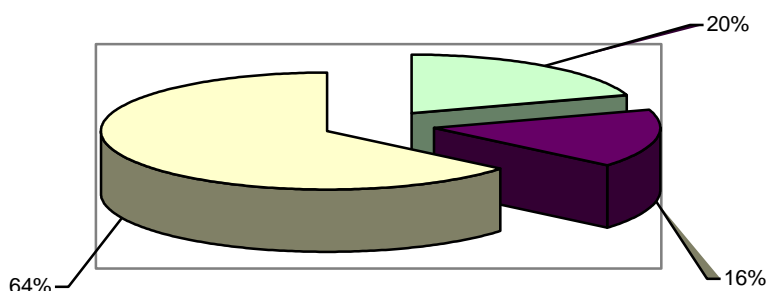
Este vorba de o schimbare de paradigmă în care pentru a trata boala trebuie să ai în vedere persoana cu nevoile lui emoționale, cu drepturile lui la informare, la

confidențialitate, la un tratament nediscriminatoriu, la dialog și consultare în elaborarea planului medical etc. Cumulate, rezultatele acestor 2 întrebări demonstrează nevoia unei schimbări de mentalitate și de atitudine ale celor din sistem care percep existența problemei.

4. Responsabilitatea deciziei în nursing

În mod paradoxal, în ciuda răspunsurilor care atestă percepția unui act medical unidirecțional, în care pacientul este preponderant pasiv și e văzut doar prin prisma „bolii”, la întrebarea referitoare la cine ia deciziile în actul medical 64% au răspuns că deciziile se iau împreună (asistentul, moasa, doctorii, familia), 20% au considerat ca deciziile sunt luate de către asistentul medical sau de către moașă și un număr ceva mai mic (16%) consideră că deciziile sunt luate de către diada asistent medical/moașă-pacient (graficul nr. 9).

Graficul nr. 9. Cine considerați că ia de cele mai multe ori deciziile legate de nursing în sistemul de sănătate din România?

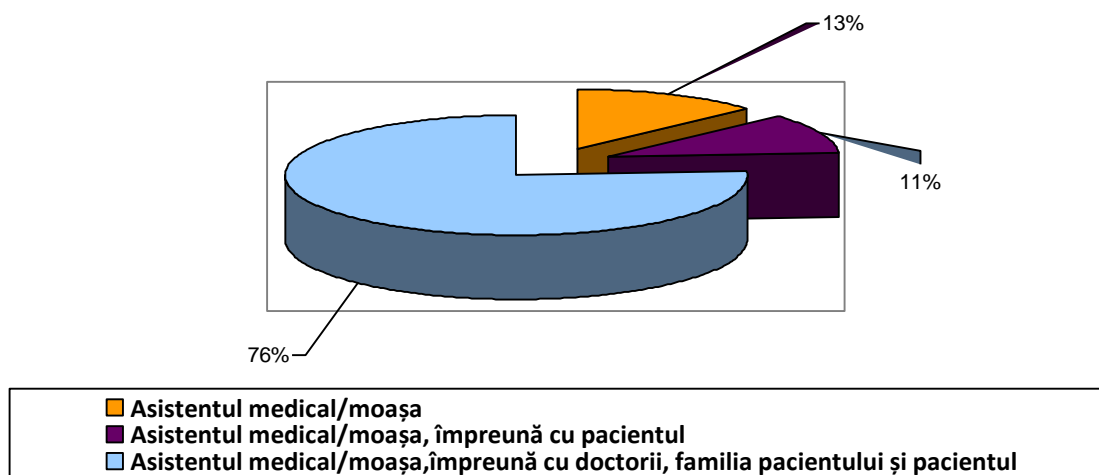


- Asistentul medical/moașă
- Asistentul medical/moașă, împreună cu pacientul
- Asistentul medical/moașă, împreună cu doctorii, familia pacientului și pacientul

Rezultatul contradictoriu poate să fie explicat prin faptul că celelalte întrebări aveau un caracter general iar aceasta este mult mai concretă, face apel la experiența și practica zilnică. Ar fi un semn înbucurător. Ar însemna că deși apreciază la nivel general că avem un sistem medical bazat pe pasivitatea pacientului, în practica cotidiană consideră că există un dialog cu acesta. Aspectele contradictorii ale răspunsurilor arată poate și faptul că este o temă nouă, la care cei din sistem se raportează ambiguu. Poate fi vorba și de o formă de dialog formală la care se referă asistentele sau de o suprapunere între conștiința a ce ar trebui să fie (dialog activ) și ce este (dialog formal). Ar fi interesant

de urmărit cu alte ocazii raporturile de putere din cadrul acestor dialoguri identificate de o parte dintre respondenți.

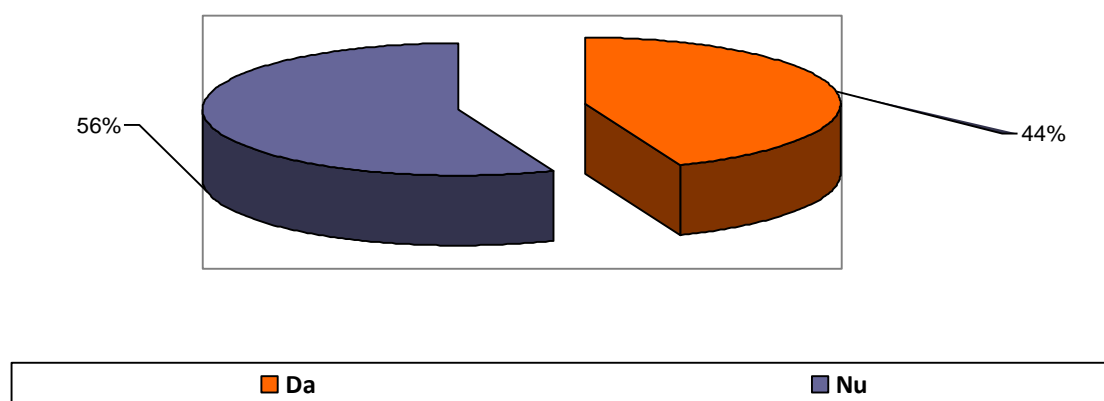
Graficul nr. 10. Cine considerați că ar trebui să ia deciziile legate de nursing în sistemul de sănătate din România?



5. Relația dintre actul profesional și contextul socio-economic și politic în care are loc

Răspunsurile la întrebarea „Considerați că un asistent medical își poate face meseria la cele mai înalte standarde de conduită profesională și morală, indiferent de situația economică, socială și politică din țară?” au fost relativ echilibrate. Ceva mai mulți (56%) au considerat că există o legătură intrinsecă între îndeplinirea meseriei la cele mai înalte standarde de conduită morală și contextele organizaționale, instituționale, guvernamentale, în care se desfășoară actele medicale. În același timp, 44% nu au identificat această relație, nu au considerat că ingerințele politice, metehnele societății în general, sărăcia ar influența calitatea morală și etică a actului medical (graficul nr. 11) .

Graficul nr. 11. *Considerați că un asistent medical își poate face meseria la cele mai înalte standarde de conduită profesională și morală, indiferent de situația economică, socială și politică din țară?*



Cu alte cuvinte, peste 400 de asistenți medicali consideră că etica, moralitatea profesiei lor țin exclusiv de ei ca persoane și nu de sistem. Consideră că poți fi un asistent medical impecabil din punct de vedere moral chiar dacă în jurul tău este multă inconsistență etică, chiar dacă funcționezi într-un sistem subfinanțat și sărăcit de resurse umane unde nu ai facilitățile sau timpul necesar să acorzi îngrijire centrată pe pacient. Problema care se ridică aici este una profundă. Este vorba de o individualizare a actului medical și nu de o percepție a dependenței actului medical de o serie de factori sociali, politic, economici. În caz de eșec, de conduite imorale, vinovat este, în această paradigmă, individul izolat, nu sistemul care nu a creat oportunități pentru învățarea continuă legată de aspectele etice, care nu a oferit contexte normative și/sau facilități tehnice care să permită accesul tuturor la sănătate, care prin precaritatea lui a făcut că foarte multe cadre medicale să plece în afara țării etc.

O reformă a sistemului de sănătate din perspectiva centrării acestuia de facto pe pacient nu pe boală presupune nu doar eforturi individuale de racordare la normele etice și morale ale meseriei ci eforturi instituționale complexe care să creeze cadrul adecvat unei asemenea schimbări de paradigmă.



IV. CONCLUZII

1. Reușita profesională, în general, definită în termeni de *competență, deschidere, contribuție la binele societății*: această modalitate de raportare la succesul în profesie constituie o premisă importantă pentru construirea unui sistem de valori specifice profesiei, care să pună accentul pe nevoile pacientului și comunicarea cu acesta (vezi concluziile următoare), întrucât modul în care ne definim succesul profesional reprezintă, pentru fiecare dintre noi, cea mai bună cale de a ne crea obiective profesionale și de a acționa pentru a le atinge.

2. Încrederea, grija și corectitudinea, ca valori profesionale specifice: cercetarea a relevat faptul că aceste trei dimensiuni sunt considerate ca elemente valorice centrale, care ar trebui să definească un act profesional de calitate, centrat pe nevoile pacientului. Fiecare dintre cele trei dimensiuni valorice se poate „traduce” în elemente mai concrete, ce țin de conduita profesională și care pot fi acceptate și internalizate: (i) *încrederea* (care reflectă cât de demnă de încredere este asistența medicală, raportat la folosul pacienților), în *professionalism, responsabilitate și preocupare pentru formare profesională continuă*; (ii) *grija* (care înseamnă focusare pe grija față de pacient), în *păstrarea confidențialității datelor referitoare la pacient, apărarea drepturilor acestuia și o raportare la nevoile lui, care să excludă prejudecăți referitoare la stilurile de viață diferite*; (iii) *corectitudinea* (ca preocupare pentru aspectele care țin de diversitate și tratament echitabil față de pacienți), în *protejarea sănătății și siguranței pacienților*.

3. Importanța alfabetismului emoțional: termen apropiat de inteligența emoțională, înseamnă abilitatea de a înțelege emoțiile altuia, de a asculta pe alții și a empatiza cu emoțiile lor dar și abilitatea de a exprima emoții (Steiner și Perry, 1997). O medicină din ce în ce mai personalizată înseamnă una în care bolnavul X devine o persoană cu nume și prenume, cu un istoric de familie, cu sensibilități, nivel de educație, vârstă diferite. Din acest punct de vedere, al acordării unei importanțe majore abilităților de îngrijire, management al emoțiilor considerate ca produse în contexte culturale diferite și în interacțiune cu alți oameni, cercetarea a arătat că sistemul românesc de îngrijiri





medicale se află într-o ipostază paradoxală. Pe de o parte, se conștientizează nevoia unui act medical centrat pe pacient (ceea ce implică elemente de inteligență emoțională, empatie, grijă față de celălalt, comunicare etc.) dar, pe de altă parte, aceste elemente nu sunt considerate printre calitățile majore necesare unui profesionist în domeniu sau nu sunt văzute ca fiind deprinderi care se învață, ci, mai curând, ca ceva ce este dat de la natură. Alfabetismul emoțional nu este, astfel, înțeles ca un proces social desfășurat în contexte sociale specifice (Matthews, 2006).

4. Caracterul politic al actului îngrijirii: actul medical depinde de voința politică în alocarea de resurse, de politicile publice de sănătate dar și de educație existente etc. Un sistem de sănătate subfinanțat, cu resurse umane insuficiente și migrație importantă de personal nu poate oferi cadrul etic și moral necesar unui act de îngrijire corect. Atunci când o moașă sau un asistent trebuie să se ocupe de un număr excesiv de mare de pacienți pe tură, cu siguranță că nu vor avea timpul fizic necesar unui dialog complex cu pacientul și nici disponibilitatea oferirii de sprijin emoțional. Un sistem de sănătate în care lipsa de medicamente sau de aparatură este o permanentă povară pe umerii personalului medical nu este în măsură să creeze ambianța de consultare între cadrele medicale și pacient și familie. Pe de altă parte, modul în care se desfășoară în viața de zi cu zi actul îngrijirii este strâns legat de valorile personale și sociale acumulate de către cei implicați, prin intermediul altor instituții sociale fundamentale (familia, școala etc.), precum și de experiențele sociale (legate de gen, putere, politici) ale asistentului medical/moașei. Deci, abilitățile individuale se pot pierde într-un context instituțional neadecvat, la fel cum ele se pot dezvolta, câștiga într-un context social favorabil unor asemenea valori. Suntem ființe sociale, fie că suntem cadre medicale, pacienți sau „apartenenți”- trăim într-un complex de relații și instituții sociale care toate influențează ceea ce suntem, scala noastră de valori, atitudinile și comportamentele noastre. GRIJA în sine implică diverse paternuri de înțelegere și de comportamente sociale.

Cercetarea de față a arătat faptul că nu este un grad mare de înțelegere a caracterului politic al actului de îngrijire medicală.





5. Importanța abilităților de comunicare pentru schimbarea de paradigmă în sistemul de sănătate: actul medical este în sine o formă complexă de comunicare. Termenul de „pacient” conține/promovează mai curând o relație de tip pasiv, unde dialogul, comunicarea nu sunt fundamentale. Este din ce în ce mai evident faptul că nu doar simptomele trebuie tratate, ignorând nevoile persoanei de o viață mai bună, calitatea vieții, nevoile de informare, demnitatea acelei persoane etc. Grija față de pacient nu înseamnă doar îmbunătățirea funcțională a pacientului, ci, în egală măsură, capacitatea de a-l susține emoțional în situația de boală; în acest context, abilitatea de a comunica verbal și nonverbal, astfel încât să i se acorde informația necesară, încrederea, respectul sunt foarte importante.

Actul de îngrijire este de fapt o **comunicare în ambele sensuri**, atât dinspre cadrul medical spre pacient, cât și invers, fiindcă dialogul joacă un rol esențial, aducând beneficii tangibile calității și rezultatelor finale ale actului medical. Această implicare a pacientului în diversele decizii necesare în timpul actului medical este un aspect-cheie al filozofiei îngrijirilor medicale centrate pe pacient. Încurajarea unei comunicări adecvate de ambele părți este un element fundamental în construirea unei culturi a îngrijirilor medicale centrate pe pacient, abordare care este din ce în ce mai promovată de către unitățile medicale care vor să facă saltul decisiv spre un nou nivel de calitate, eficacitate și eficiență.

Paradigma unei îngrijiri medicale centrate pe pacient are câteva principia de bază: (i) o *comunicare deschisă și completă* – cadrele medicale împărtășesc pacientului, la timp, informații complete și obiective, într-un mod care este încurajator și util pacientului, astfel încât acesta să poată participa la luarea deciziilor medicale; (ii) *demnitate și respect* – cadrele medicale îi asculta pe pacienți și iau în calcul valorile, convingerile și preferințele acestora în luarea deciziilor medicale; (iii) *participare* – pacienții și familiile lor sunt încurajați și sprijiniți pentru a participa în actul medical și deciziile pe care le implică; (iv) *colaborare* – cadrele medicale, pacienții, familiile lor și conducerea administrativă a unităților medicale colaborează pentru realizarea unui act medical de înaltă calitate, eficacitate și eficiență.

Studiile ne arată că atunci când lipsește o comunicare reală, în ambele sensuri, pacienții resimt aceasta în mod palpabil, iar anxietatea, vulnerabilitatea și sentimentul lipsei de control se accentuează. Comunicarea adecvată cu pacienții și familiile lor urmărește să transmită un mesaj clar și să stabilească o legătură între cadrul medical





și aceștia, pornind de la valorile primordiale ale profesiei medicale – dorința de a ajuta, atât prin îngrijiri de calitate, cât și prin sprijin moral, pe cineva care suferă.

Cercetarea arată că asistenții medicali și moașele nu percep comunicarea în general, și comunicarea verbală în particular ca fiind foarte importante. De asemenea nu este clar în ce măsură este înțeleasă comunicarea ca o formă de putere, faptul că se poate comunica de sus în jos, neempatic, într-un limbaj ermetic, etc.

Concluziile rezultate în urma acestei cercetări cantitative sunt utile pentru etapa de realizare a focus-grupurilor (componenta calitativă a cercetării din cadrul proiectului), întrucât punctează teme importante în jurul cărora vor fi coagulate discuțiile și vor fi căutate elemente suplimentare/explicații cu privire la aceste concluzii.

Expert politi publice Laura Grúnberg

Expert politici publice Mihaela Lambru

Expert politici publice Ilona Voicu





Anexa nr. 1. Caracteristici socio-demografice ale eșantionului (N = 804)

a) pe regiuni de dezvoltare și județe

Regiune	Județ	% județ	% regiune
Regiunea Vest	Arad	2%	9%
	Caraș-Severin	1%	
	Hunedoara	2%	
	Timiș	4%	
Regiunea Nord-Vest	Bihor	3%	13%
	Bistrița-Năsăud	1%	
	Cluj	4%	
	Maramureș	3%	
	Satu-Mare	1%	
	Sălaj	1%	
Regiunea Nord-Est	Bacău	3%	16%
	Botoșani	2%	
	Iași	4%	
	Neamț	2%	
	Suceava	3%	
	Vaslui	2%	
Regiunea Centru	Alba	1%	11%
	Brașov	2%	
	Covasna	1%	
	Harghita	2%	
	Mureș	3%	
	Sibiu	2%	
Regiunea Sud-Est	Brăila	2%	12%
	Buzău	2%	
	Constanța	3%	
	Galați	2%	
	Tulcea	1%	
	Vrancea	2%	
Regiunea Sud-Muntenia	Argeș	3%	12%
	Călărași	1%	
	Dâmbovița	2%	
	Giurgiu	1%	
	Ialomița	1%	
	Prahova	3%	
	Teleorman	1%	





Regiune	Județ	% județ	% regiune
Regiunea Sud-Vest Oltenia	Dolj	5%	12%
	Gorj	2%	
	Mehedinți	1%	
	Olt	2%	
	Vâlcea	2%	
Regiunea București-Ilfov	București	14%	15%
	Ilfov	1%	

b) pe categorii de vârstă și de vechime

Categorii de vârstă	20 – 30 ani	11%
	31 – 40 ani	26%
	41 – 50 ani	46%
	51 – 60 ani	14%
	peste 60 ani	3%
Categorii de vechime	1 – 5 ani	17%
	6 – 10 ani	11%
	11 – 15 ani	14%
	16 – 20 ani	17%
	21 – 25 ani	18%
	26 – 30 ani	8%
	31 – 35 ani	8%
	peste 35 ani	7%

c) pe nivel de studii și tipuri de funcții ocupate

Nivel de studii	Studii postliceale	91%
	Studii universitare	7%
	Masterat/doctorat	2%
Tip de funcție	De execuție	83%
	De conducere (director de îngrijii, asistent-șef)	17%





Anexa nr. 2. Chestionarul utilizat ca instrument de cercetare

Chestionarul de mai jos vizează identificarea opiniilor dumneavoastră în legătură cu o serie de valori și aspecte comportamentale care pot fi importante pentru profesia pe care o practicați.

Vă rugăm să răspundeți la întrebări, încercuind una sau mai multe variante de răspuns (în funcție de precizările prezente la fiecare întrebare). Acolo unde este cazul (la întrebările care sunt urmate de rânduri libere), vă rugăm să consemnați dumneavoastră, pe scurt, un răspuns.

Chestionarul este anonim, datele factuale referitoare la vârstă, vechime, mediu de rezidență și nivel de studii fiind necesare doar pentru compararea, pe categorii, a răspunsurilor primite.

Vă mulțumim pentru participare!

1. **Vârsta dumneavoastră este** _____ .
2. **Vechimea dumneavoastră ca asistent medical/ moașă este** _____ .
3. **Dumneavoastră sunteți:**
 1. asistent medical principal
 2. asistent medical
 3. asistent medical debutant
 4. moașă
4. **Funcția dumneavoastră este:**
 1. de conducere - director de îngrijiri, asistent-șef
 2. de execuție
5. **Ultima formă de pregătire profesională absolvită:**
 1. studii postliceale
 2. studii universitare
 3. altă situație (studii postuniversitare, doctorat)





6. Care dintre următoarele aspecte considerați că reprezintă cele mai importante trei condiții pentru a considera că ai reușit într-o profesie, în general? (încercuiți cifrele corespunzătoare celor 3 alegeri. Atenție! Încercuirea a mai mult de 3 cifre duce la anularea tuturor răspunsurilor dumneavoastră la această întrebare)

1. să îți fixezi un țel și să îl atingi
2. să fii deschis(ă) la schimbare, la nou
3. să fii competent(ă)/capabil(ă)
4. Să-ți faci munca cu gândul că așa poți avea grijă de familie/de cei apropiați
5. să te bucuri de aprecierea celor din jur pentru ceea ce faci
6. Să-ți asiguri o viață cât mai plăcută/ușoară
7. să-ți păstrezi respectul pentru propria persoană
8. să ai sentimentul că ai contribuit la binele societății/comunității

7. Încercuiți cele mai importante 3 calități pe care considerați că trebuie să le aibă un profesionist în domeniul asistenței medicale:

1. Cunostințe profesionale
2. Abilități de comunicare verbală
3. Empatie
4. Inteligență emoțională
5. Experiență profesională
6. Capacitate organizatorică
7. Capacitate de colaborare

8. În tabelul de mai jos aveți o listă de 26 de afirmații referitoare la aspecte care se pot dovedi importante pentru activitatea unui asistent medical/unei moașe. Vă rugăm să le citiți cu atenție pe fiecare și să le acordați o notă de la 1 la 5, unde 1 înseamnă „deloc important”, iar 5 înseamnă „foarte important”, în funcție de cât de importantă o considerați pe fiecare pentru o bună practică profesională în domeniul dvs. (încercuiți o singură cifră pentru fiecare dintre afirmații, cea care corespunde cel mai bine opiniei dumneavoastră).¹

	Deloc important				Foarte important
	1	2	3	4	5
1. Să te autoevaluezi permanent	1	2	3	4	5
2. Să soliciți consultarea/colaborarea atunci când nu poți răspunde/satisface singur(ă) nevoile de îngrijire ale pacienților	1	2	3	4	5
3. Să protejezi sănătatea și siguranța pacienților	1	2	3	4	5



¹ Cei 26 de itemi din tabel reprezintă versiunea tradusă și adaptată a Nurses Professional Values Scale – Revised (NPVS-R) (Weis, Schank, 2009).



	Deloc important				Foarte important
4. Să participi la discuții legate de găsirea unor soluții și luarea unor decizii privind îmbunătățirea sistemului de sănătate	1	2	3	4	5
5. Să participi la evaluări interne între colegi	1	2	3	4	5
6. Să îți stabilești propriile standarde de comportament care să te ghideze în activitatea profesională	1	2	3	4	5
7. Să promovezi și să menții standarde de calitate în procesele educaționale privind pregătirea profesională a asistenților medicali/moașelor	1	2	3	4	5
8. Să inițiezi activități/acțiuni care să contribuie la îmbunătățirea mediului de lucru pentru asistenți medicali/moașe	1	2	3	4	5
9. Să urmărești să îți continui educația, pentru a-ți actualiza cunoștințele și abilitățile profesionale	1	2	3	4	5
10. Să promovezi profesia, prin implicare activă în diverse alte activități legate de îngrijire și sănătate (de exemplu, voluntariat, campanii de promovare a sănătății etc.)	1	2	3	4	5
11. Să cunoști rolul asociațiilor profesionale ale asistenților medicali/moașelor în modelarea politicilor de îngrijire și sănătate	1	2	3	4	5
12. Să promovezi accesul echitabil la servicii de îngrijire și sănătate	1	2	3	4	5
13. Să îți asumi responsabilitatea pentru satisfacerea nevoilor de îngrijire ale populației respectând diferențele dintre pacienți (etnice, de venit, de vârstă etc.)	1	2	3	4	5
14. Să accepți responsabilitatea pentru propriile acte profesionale	1	2	3	4	5
15. Să dai dovadă, în permanență, de competență în activitatea profesională	1	2	3	4	5
16. Să protejezi drepturile legale și integritatea morală a pacienților	1	2	3	4	5
17. Să refuzi să îndeplinești un act de îngrijire dacă acesta contravine propriilor principii și valori profesionale	1	2	3	4	5
18. Să aperi drepturile pacientului, atunci când situația impune acest lucru	1	2	3	4	5





	Deloc important				Foarte important
19. Să susții cercetarea în domeniul îngrijirii și/sau să aplici în practica profesională cele mai bune rezultate obținute în cercetare	1	2	3	4	5
20. Să oferi îngrijire fără prejudecăți față de stilurile de viață diferite ale pacienților	1	2	3	4	5
21. Să aperi dreptul pacienților la viață privată	1	2	3	4	5
22. Să iei atitudine față de cei care profesază în domeniul sănătății și a căror practică este îndoielnică sau inadecvată	1	2	3	4	5
23. Să protejezi drepturile celor care participă la cercetare în domeniul sănătății/îngrijirii	1	2	3	4	5
24. Să practici profesia pe baza principiilor fidelității și respectului față de fiecare persoană	1	2	3	4	5
25. Să păstrezi confidențialitatea informațiilor legate de pacienți	1	2	3	4	5
26. Să participi la activitățile asociațiilor profesionale ale asistenților medicali/moașelor	1	2	3	4	5

9. Considerați că pacientul din sistemul de sănătate din România este mai curând (alegeți un singur răspuns):

1. *beneficiar pasiv* al serviciilor de îngrijire și sănătate
2. *beneficiar implicat activ* în serviciile de îngrijire și sănătate

10. Considerați că sistemul de asistență medicală din România este unul mai curând axat pe (alegeți un singur răspuns):

1. boala pacientului (tratarea simptomelor)
2. nevoile pacientului (tratament punctual dar și nevoia de dialog, confort emoțional etc.)

11. Cine considerați că ia de cele mai multe ori deciziile legate de nursing în sistemul de sănătate din România? (răspuns unic; încercuiți cifra corespunzătoare variantei pe care o considerați cea mai des întâlnită)

1. asistentul medical/moașa
2. asistentul medical/moașa, împreună cu pacientul
3. Asistentul medical/moașa, împreună cu doctorii, familia pacientului și pacientul





UNIUNEA EUROPEANĂ



Programul Operațional Capacitate Administrativă
Competența face diferența!



Instrumente Structurale
2014-2020

12. Cine considerați că ar trebui să ia deciziile legate de nursing în sistemul de sănătate din România? (*răspuns unic; încercuiți cifra corespunzătoare variantei pe care o considerați cea mai des întâlnită*)

1. asistentul medical/moașa
2. asistentul medical/moașa, împreună cu pacientul
3. asistentul medical/moașa, împreună cu doctorii, familia pacientului și pacientul

13. Considerați că un asistent medical își poate face meseria la cele mai înalte standarde de conduită profesională și morală, indiferent de situația economică, socială și politică din țară?

1. da
2. nu





Bibliografie consultată

- Chelcea, S. (2007), Metodologia cercetării sociologice. Metode cantitative și calitative, Ed. Economică.
- Eriksson, K. (1989). Caring Paradigm: A Study of the Origin and the Development of Caring Paradigms among Nursing Students. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 3 (4), 169–176.
- Fawcett, J. (2005) Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories. Philadelphia. Davis cop.
- Gilligan C (1982) In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development. Harvard University Press, Cambridge.
- Green B (2012) Applying Feminist Ethics of Care to Nursing Practice. J Nurs Care 1:111.
- Sumner JF, Fisher WP Jr (2008) The Moral Construct of Caring in Nursing as Communicative Action: The Theory and Practice of a Caring Science. ANS Adv Nurs Sci 31: E19-36.
- Woods Martin (2011) An Ethic of Care in Nursing: Past, Present and Future Considerations, Ethics and Social Welfare, 5:3, 266-276.
- Weis, D.; Schank, M.J. (2009), "Development and Psychometric Evaluation of the Nurses Professional Values Scale – Revised", în Journal of Nursing Measurement, vol. 17, no. 3, pp. 221 – 231.

Raport realizat de:

Expert politici publice Laura Grünberg

Expert politici publice Ilona Voicu

