
Analiza statistică a concordanței dintre climatul de muncă și practicile de lucru în condiții de siguranță în cadrul unităților spitalicești

Drd. Bianca HRIMIUC (biancahrimiuc@yahoo.com)

Universitatea Alexandru Ion Cuza, Iași

Abstract

În lucrare ne propunem să realizăm o analiză statistică a concordanței dintre climatul de muncă și practicile de lucru în condiții de siguranță în cadrul unităților spitalicești. Pentru aceasta s-au folosit date obținute în urma realizării unei anchete prin sondaj. Folosind modelul de regresie logistică multinomială, rezultatele au arătat că, respondenții sunt nemulțumiți de climatul de muncă chiar dacă și-ar desfășura activitatea într-un mediu care să-i protejeze.

Cuvinte cheie: climat de muncă, practici de lucru, condiții de siguranță, model de regresie logistică multinomială

Climatul de muncă în unitățile spitalicești

Conceptul de climat de muncă este abordat și analizat în diverse lucrări de către numeroși cercetători din domeniul managementului și al psihologiei organizaționale. Potrivit unor cercetători precum Andrews și Kacmar (2001), Ashkanasy, Wilderom și Peterson (2000), Carr, Schmidt, Ford și DeShon (2003), în ultimii 60 de ani s-a acordat o atenție deosebită acestui concept. În acest sens, Avram și Cooper (2008) au arătat că cele mai multe dintre cercetările ce privesc climatul de muncă au rezultat în urma confruntării unor studii privind câmpul social cu leadership-ul. Astfel, Lewin, Lippit și Wite (1939) introduc termenul de climat în domeniul psihologiei sociale.

După cel de-al doilea război mondial, cercetători precum Morse și Reimer (1956) au evidențiat în studiile lor influența participării la luarea deciziilor asupra climatului de muncă (o scădere a loialității, a implicării și a atitudinilor pozitive față de muncă). Katz și Kahn (1966) au arătat că atmosfera, climatul organizațional influențează semnificativ eficiența muncii. McGregor (1960) evidențiază rolul managerului în crearea unui climat managerial, bazat pe încredere, participare, implicare, definitorii pentru relația dintre manager și subordonați. Alți cercetători precum Litwin și Stringer (1968) realizează mai multe cercetări în scopul de a analiza rolul stilului de conducere în crearea condițiilor și atmosferei de lucru. Payne și Pugh (1976) încearcă să stabilească o legătură între structura organizațională și climatul de muncă.

Cercetările realizate de Ashkanasy, Wilderom și Peterson, (2000) între anii '60 și '70 au scos în evidență mai multe aspecte. Primul se referă la faptul că analiza climatului de muncă se baza pe analiza percepțiilor angajaților (la nivel individual) pentru trage concluzii asupra unui concept organizațional (colectiv). În acest sens, Hellriegel și Slocum (1974) propun utilizarea termenului de climat psihologic atunci când climatul este conceptualizat și măsurat la nivel individual și termenul de climat organizațional atunci când climatul este conceptualizat și măsurat la nivel organizațional (sau cel puțin dincolo de suma percepțiilor individuale luate izolat). Al doilea aspect face referire la posibilitatea de a argumenta existența unei distincții clare între climatul organizațional și un alt concept măsurat la nivel individual: satisfacția în muncă. Ashkanasy, Wilderom și Peterson (2000) au arătat faptul că, în ciuda aparențelor, între cele două dimensiuni nu există neapărat corelații.

Ultimul aspect se referă la incertitudinea legată de capacitatea metodologiei utilizate până atunci (în principal scale de evaluare) de a garanta o consistență internă bună pentru fiecare dimensiune evaluată a climatului de muncă. În timp, evoluția metodelor de analiza a datelor au oferit cercetătorilor mijloace precise de evaluare astfel încât să poate fi „măsurate” dimensiunile climatului de muncă.

Dar, climatul de muncă caracteristic unităților spitalicești se deosebește de cel din cadrul unei organizații. În literatura de specialitate (Smith et. al (2010), Kohn et. al (1999), Ostroff (1992)) se găsesc o serie de studii care arată că în cadrul unităților spitalicești, climatul de muncă este diferit pentru fiecare dintre secțiile ce se regăsesc în structura lor. El poate fi influențat semnificativ și de alte tipuri de climat cunoscute în literatura de specialitate sub denumirea de climat emoțional (emotional climate) și climat de siguranță (safety climat). Asemenea tipuri de climat se dezvoltă datorită acțiunii unor factori precum: caracteristicile unităților spitalicești (Payne și Pugh (1976)), procesele ASA (attraction-selection-attrition) (Schneider (1987), Schneider, Smith, Taylor, și

Fleenor (1998)) și interacțiunile dintre pacienți și personalul medical (Blumer (1969)).

Principii privind practicile de lucru în condiții de siguranță în unitățile spitalicești

În ultimele decenii o atenție deosebită este acordată în literatura de specialitate (Shannon et al (1999), Varonen, Mattila (2000), Gershon et al (2000)) practicilor de lucru în condiții de siguranță din unitățile spitalicești. În timp, s-au conturat mai multe categorii de opinii privind acest subiect. Astfel, practicile de lucru sunt privite și analizate având în vedere climatul de lucru, modul de organizare al muncii, cultura organizațională, tehnicile și tehnologia folosită. Aceste elemente au în comun un set de concepte, norme și valori specifice fiecărei unități spitalicești. În funcție de ele sunt stabilite practicile de lucru. În domeniul sănătății, practicile de lucru se stabilesc ținând cont de o inițiativă, o politică sau un model de acțiune de succes care îmbunătățește actul medical. Din acest motiv, putem considera că practicile de lucru au un caracter inovator prin prisma căruia se poate vedea efectivitatea sa. În acest context, o „practică bună” se transformă în „bună practică”.

Pentru definirea și selectarea unei practici de lucru, în general, se realizează o analiză a informațiilor oferite de literatura de specialitate în domeniu, astfel încât să fie identificate criteriile care ajută la definirea și selecția ei (Helmreich (1986)). Cu toate acestea, un studiu realizat de Singer et al (2003) arată că nu s-a găsit nici o experiență specifică de formare pentru unitățile spitalicești, deși s-au avut în vedere toate acele practici care ar putea avea legătură cu tematica studiată. Fie că este vorba despre practici de lucru pentru formare sau acele acțiuni care s-au demonstrat a fi eficiente pentru îmbunătățirea condițiilor de muncă sau pentru reducerea riscurilor în spitale nu putem realiza o clasificare a acestor practici pentru că ele variază de la o unitate la alta (Huang et al (2007)).

În general, se pot considera ca exemple pozitive acele practici care contribuie la generarea unei schimbări de atitudine prin dezvoltarea metodologiilor care conțin punctele de vedere ale diferitelor părți implicate, împreună cu cercetarea tehnică propriu-zisă și a cărei aplicare rezultă a fi eficientă în îndeplinirea obiectivelor. În cazul practicilor de lucru în unitățile spitalicești, trebuie avut în vedere și criteriul legislativ. Prin analiza documentelor, găsim elemente comune pentru diferite aspecte. În principal, întreaga experiență trebuie să răspundă unor obiective și, la rândul lor, aceste obiective trebuie să reprezinte răspunsuri la nevoi concrete (Grant et al (2006)).

În aplicarea practicilor de lucru trebuie să se aibă în vedere diferite puncte de vedere în identificarea necesarului și rolul fiecărui tip de angajat implicat în acea activitate. Pe de o parte, rolul expertului/specialistului, care poate analiza situația existentă și cunoașterea altor experiențe, până la strategiile necesare pentru definirea și atingerea obiectivelor. Pe de altă parte, rolul celor implicați în actul medical trebuie să implice mai mult decât simpla îndeplinire a tuturor cerințelor. În ceea ce privește prevenirea, formularea obiectivelor este orientată către îmbunătățirea efectivă a culturii preventive în unitățile/centrele spitalicești. Rolul acestei culturi trebuie fundamentat pe promovarea atitudinilor, a protecției sănătății pentru toți cei implicați. Modelele de practici de lucru în unitățile spitalicești coincid prin importanța proiectării, prin metodologia adaptată participanților, contextului și obiectivelor stabilite. Acest lucru presupune o actualizare periodică în vederea identificării problemelor/riscurilor și adaptarea permanentă a obiectivelor la realitate. Informațiile astfel obținute trebuie să se regăsească într-o serie de activități și practici care promovează interacțiunea celor implicați prin metodologii de lucru și ajută la experimentarea directă (Mary Val Palumbo et al (2009)). La final, experiențele și inițiativele pozitive sunt cele care și-au demonstrat eficiența în aplicarea practică. La această concluzie a ajuns și Bergman (2004) care a încercat să obțină un model al practicilor de lucru în managementul informațiilor cu caracter medical.

Având în vedere aspectele enumerate, pentru a stabili practici de lucru în condiții de siguranță care să fie aplicate în unitățile spitalicești ar trebui realizată o analiză a condițiilor existente în unitățile spitalicești de la instrumentar, tehnici utilizate, spațiul fizic de lucru la caracteristicile socio-demografice ale forței de muncă (Kevan (2008), Maria do Carmo Caccia-Bava et al (2009), Workman (2012)). Plecând de la analiza contextului este necesară o evaluare a metodologiilor de formare utilizate. Această evaluare se face ținând cont de factori care pot influența semnificativ întregul proces. Astfel de factori pot fi:

- § factori structurali (subcontractare, fragmentare și concentrare, caracterul temporar sau permanent al activităților din unitățile spitalicești)
- § forța de muncă (populația tânără, nivele de formare de bază, angajați străini, obiceiuri de lucru incorecte)
- § factorul antreprenorial (supervizare inadecvată a locului de muncă, omisiuni în furnizarea de informații și de instrucțiuni, ignorarea experienței și formării forței de muncă, incompatibilitate între normele PRL și exigențele de prestare a actului medical)

§ formarea (metodologii puțin adaptate, conținut excesiv de teorie, formatori care nu cunosc foarte bine domeniul de activitate, slaba sau inexistentă evaluare a rezultatelor) (Berta & Baker (2004)).

Având în vedere aspectele prezentate obiectivul lucrării este de a realiza o analiză a concordanței dintre climatul de muncă și practicile de lucru în condiții de siguranță în cadrul unităților spitalicești cu ajutorul regresiei logistice multinomiale.

Metoda de cercetare

Pentru a obține datele necesare realizării obiectivului propuse, s-a efectuat o anchetă prin sondaj în cadrul spitalelor din Municipiul Iași. Culegerea datelor a avut loc în perioada Ianuarie - Aprilie 2013. Dintre cele 14 unități spitalicești din Municipiul Iași, au răspuns afirmativ colaborării în vederea realizării studiului nostru 3 spitale: Spitalul Clinic Județean de Urgență "Sf. Spiridon", Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Sf. Maria" și Spitalul Clinic de Psihiatrie Socola.

Luând în considerare dimensiunile problemei și caracteristicile unităților spitalicești care au acceptat colaborarea în cadrul studiului s-au stabilit 2 categorii de variabile. O primă categorie este reprezentată de dimensiunile climatului de muncă iar a doua categorie face referire la normele de protecție a muncii. Într-o primă etapă, respondenților li s-a cerut să evalueze cu note de la 1 la 5 importanța (1 – Neimportant, 2 – Importanță mică, 3 – Importanță medie, 4 – Importanță mare, 5 – Foarte important) și gradul de satisfacție (1 – Foarte nemulțumit, 2 – Mai degrabă nemulțumit, 3 – Și da, și nu, 4 – Mai degrabă mulțumit, 5 – Foarte mulțumit) privind condițiile de lucru, calitatea colaborării, pachetul salarial și managementul carierei (Moroșanu (2011)). În a doua etapă, respondenții au fost rugați să își exprime opinia cu privire la practicilor de lucru în condiții de siguranță la locul de muncă în unitățile spitalicești.

Fiind stabilite aceste criterii, s-a folosit pentru culegerea datelor chestionarul. Primele întrebări ale chestionarului fac referire la doar 2 caracteristici ale respondenților (sex, vârstă) iar ultimele la nivelul studiilor, vechime și secția în care lucrează. Chestionarul cuprinde și întrebări deschise. Rolul acestor întrebări este de a oferi posibilitatea îmbunătățirii variantelor de răspuns. De asemenea, în structura chestionarului se găsesc și întrebări cu un caracter mai sensibil, la care respondenții de obicei au anumite rețineri. Pentru acest tip de anchetă prin sondaj se folosesc și întrebările, scurte, simple. Și acest criteriu a fost îndeplinit. Pentru a fi siguri că, instrumentul de culegere a datelor corespunde obiectivelor noastre și că întrebările nu sunt

sursă de confuzie s-a realizat o pre-anchetă pe un eșantion de 20 de persoane. Acest lucru a permis să se facă îmbunătățiri semnificative ce constau în reformularea unor întrebări, identificarea cuvintelor care pot genera confuzie ori corectarea formatului chestionarului final astfel încât să de vină un instrument mai eficient.

Conform datelor Direcției Județene de Statistică Iași , numărul angajaților (medici și personal auxiliar) din unitățile spitalicești la nivelul județului, la sfârșitul anului 2011, a fost de 9302 persoane. Informațiile necesare extragerii unui eșantion cu privire la personalul ce lucrează în cadrul celor 3 spitale participante la studiu, pe diferite posturi, ne-au fost oferite de Departamentele Resurse Umane ale acestora. Din motive ce țin de confidențialitatea informațiilor impuse de unitățile spitalicești nu putem menționa/oferi o descriere mai detaliată. Pe parcursul culegerii datelor nu toți angajații au acceptat să realizeze interviul, manifestând reținere, reticență. Cu toate acestea, la final au fost completate un număr de 252 de chestionare. În acest context, prezentăm în Tabelul 20 caracteristicile respondenților.

Caracteristici ale respondenților

Tabelul 1

Variabile	(N)	Procent
Total	(252)	(100,0)
Sex		
Masculin	(60)	(23,8)
Feminin	(188)	(74,6)
Missing	(4)	(1,6)
Vârstă		
20-24 ani	(44)	(17,5)
25-30 ani	(60)	(23,8)
31-35 ani	(8)	(3,2)
peste 35 de ani	(136)	(54)
Missing	(4)	(1,6)
Nivelul studiilor		
Liceale (fără diplomă de bacalaureat)	(20)	(7,9)
Liceale (cu diplomă de bacalaureat)	(39)	(14,3)
Universitare (fără diplomă de licență)	(56)	(22,2)
Universitare (cu diplomă de licență)	(64)	(25,4)
Postuniversitare (fără diplomă de licență)	(8)	(3,2)
Postuniversitare (cu diplomă de licență)	(28)	(11,1)
Doctorat	(28)	(11,1)
Missing	(12)	(4,8)
Vechime		
Mai puțin de 1 an	(4)	(1,6)
1- 1,5 ani	(8)	(3,2)
1,5 - 2 ani	(8)	(3,2)
peste 2 ani	(204)	(81)
Missing	(28)	(11,1)

Din Tabelul 1 se observă că 74,6% dintre respondenți sunt femei și doar 23,8% sunt bărbați. 34% dintre respondenți au peste 35 de ani și 41,3% sunt tineri până în 35 de ani. Cei mai mulți dintre respondenți (46,6%) au o diplomă de studii superioare, de masterat sau doctorat, iar 4,8% dintre respondenți nu au dorit să declare nivelul studiilor. 81% dintre cei care și-au exprimat opinia lucrează în spital de peste 2 ani (81%).

În scopul interviuării respondenților s-a optat pentru interviul față în față. După ce s-au completat chestionarele, o atenție deosebită s-a acordat asigurării autenticității și calității datelor, aspecte ce indică eficiența rezultatelor. Folosind software-ul statistic SPSS.20, s-a creat o bază de date. Întâi au fost definite atributele variabilelor și anume: numele, tipul, lungimea (numărul de caractere), numărul de zecimale (pentru cele numerice), eticheta, valorile etichetei, valorile lipsă, alinierea și modalitățile de măsurare (scală, ordinal sau nominal).

Răspunsurile obținute la întrebările din chestionar au primit coduri numerice și au fost introduse baza de date. Stabilirea formatului de afișare al datelor, introducerea variabilelor, sortarea lor, precum și selectarea anumitor cazuri sunt operații ce s-au efectuat după ce s-au introdus datele din chestionar.

Rezultate

Pentru a evalua modul în care climatul de muncă al respondenților este influențat de practicile de lucru în condiții de siguranță s-a folosit modelul de regresie logistică multinomială. În acest model, variabila dependentă este o variabilă categorială (Climatul de lucru – gradul de satisfacție) iar variabilele independente (“Stres”, “Siguranță”, “Problema_soluție”) sunt de asemenea categoriale.

Rezultatele obținute prin estimarea acestui model sunt următoarele:

- distribuția fiecărei variabile utilizate în analiză este analizată în Tabelul 2.

Distribuția fiecărei variabile

Tabelul 2

			Marginal
Calitatea colaborării și climatul de muncă - gradul de satisfacție față de situația existentă	Foarte nemulțumit	12	4,8%
	Mai degrabă nemulțumit	24	9,5%
	Și da și nu	72	28,6%
	Mai degrabă mulțumit	40	15,9%
	Foarte mulțumit	12	4,8%
	Missing	92	36,5%
Credeti că în spitalul în care lucrați, numărul angajaților care suferă de stres legat de locul de muncă va crește, va în ceea ce privește riscurile de sănătate și siguranța la locul de muncă, va considerați	Va rămâne același	48	19,0%
	Va crește puțin	36	14,3%
	Va crește mult	152	60,3%
	Missing	16	6,3%
	Deloc informat/a	12	4,8%
	Nu prea bine informat/a	20	7,9%
	Oarecum informat/a	148	58,7%
	Foarte bine informat/a	56	22,2%
Dacă dvs. ați ridica o problemă legată de sănătatea și siguranța la locul dvs. de muncă, cât de sigur/a sunteți că s-ar cauța o soluție pentru	Missing	16	6,3%
	deloc sigur/a	44	17,5%
	nu foarte sigur/a	160	63,5%
	destul de sigur	28	11,1%
	foarte sigur/a	4	1,6%
	Missing	16	6,3%
Valid		252	100,0%
Missing		0	
Total		252	
Subpopulation		18 ^a	

a.

The dependent variable has only one value observed in 6 (33,3%)

În cazul nostru toate variabilele au peste două categorii. Din acest motiv, SPSS va crea automat variabile dummy corespunzătoare fiecărei categorii.

- Tabelul 3 ne prezintă informații privind modelul estimat.

Informații privind modelule estimate

Tabelul 3

			-2 Log			
Intercept Only	331,217	348,864	321,217			
Final	263,666	351,902	213,666	107,551	20	,000

Din Tabelul 3 se observă că valoarea statisticii -2 Log Likelihood este semnificativă. Cel mai simplu model nu conține niciuna dintre variabilele predictor, doar constanta. Modelul final folosește grupul format din cei mai buni predictorii.

Rezultatele obținute în Tabelele 4 și în Tabelul 5 oferă informații privind măsura în care coeficienții estimați explică cât mai eficient fenomenul studiat.

Efic

Tabelul 4

Pearson	39,897	40	,475
Deviance	51,155	40	,111

Pseudo-R pătrat

Tabelul 5

Cox and Snell	,552
Nagelkerke	,579
McFadden	,262

Astfel, din Tabelul 4 deducem că nu există o diferență semnificativă între cele 2 modele și putem considera că estimarea este bună. Rezultatele din Tabelul 5 nu fac decât să confirme acest lucru. Statistica R^2 indică corelația dintre un set de predictorii și variabilele categoriale. În cazul nostru, s-au folosit 3 metode de calcul și remarcăm că au rezultat valori situate în jurul lui 0,5. Acest rezultat indică o corelație combinată generală între variabilele independente și variabila dependentă cu o valoare de aproximativ 0,7 (acesta se obține prin extragerea rădăcinii pătrate a valorii 0,5).

- Tabelul 6 prezintă ce se întâmplă dacă se elimină pe rând fiecare dintre variabilele independente. În cazul nostru avem 3 predictorii. În fiecare caz există o descreștere semnificativă la nivelul corespondenței dintre datele prezise și cele reale. Cu alte cuvinte, fiecare dintre predictorii are un efect semnificativ și ar trebui păstrat.

Eliminarea, pe rând a variabilelor independente

Tabelul 6

	AIC of Reduced	BIC of Reduced	-2 Log Likelihood of Reduced			
Intercept	218,794	395,266	118,794 ^a	,000	0	.
Sres	229,863	371,041	149,863 ^b	31,069	10	,001
Siguranta	259,247	382,777	189,247 ^b	70,453	15	,000
Problema_solutie	240,432	363,962	170,432 ^b	51,638	15	,000

The chi-square statistic is the difference in -2 log-likelihoods between the final model and a reduced model. The reduced model is formed by omitting an effect from the final model. The null hypothesis is

- a. This reduced model is equivalent to the final model because omitting the effect does not
- b. Unexpected singularities in the Hessian matrix are encountered. This indicates that either

În concluzie, îndepărtarea oricăruia dintre cei trei predictorii afectează în mod contrar corespondența datelor.

- Tabelul 7 indică constanta și coeficienții de regresie în cazul acestei analize. Observăm că variabila dependentă, care are 6 categorii a fost transformată în 5 variabile dummy. Aceste variabile sunt create prin considerarea uneia dintre cele 6 categorii și compararea cu restul categoriilor. Alegerea uneia dintre cele 5 variabile dummy posibile este arbitrară și poate fi variată. Se mai observă că variabilelor li s-au asociat mai mulți coeficienți de regresie – câte unul pentru fiecare valoare. Acolo unde una dintre perechi s-a obținut valoarea 0, înseamnă că aceste valori nu au contribuit cu nimic la realizarea calculului. Semnificația fiecărui coeficient de regresie este dată de testului Wald. Dacă nivelul semnificației acestui test (coloana Sig.) este mai mică de 0.05 atunci spunem că parametrul respectiv poate fi păstrat în model.

Estimarea parametrilor

Tabelul 7

Calitatea colaborarii si climatul de munca -							95% Confidence Interval for	
Foarte nemulțumit	Intercept	,000	,707	,000	1	1,000		
	[Sres=2]	-28,316	2507,903	,000	1	,991	5,04E-013	,000
	[Sres=3]	-29,468	2426,690	,000	1	,990	1,59E-013	,000
	[Sres=4]	-17,112	2479,160	,000	1	,994	3,70E-008	,000
	[Sres=99]	0 ^c	-	-	0	-	-	-
	[Siguranta=1]	11,035	1161,955	,000	1	,992	61991,711	,000
	[Siguranta=2]	14,070	409,523	,001	1	,973	1289696	,000
	[Siguranta=3]	12,522	409,523	,001	1	,976	274340,0	,000
	[Siguranta=4]	0 ^c	-	-	0	-	-	-
	[Siguranta=99]	0 ^c	-	-	0	-	-	-
	[Problema_solutie=1]	-8,631	2476,151	,000	1	,997	,000	,000
	[Problema_solutie=2]	3,043	2445,102	,000	1	,999	20,958	,000
	[Problema_solutie=3]	-9,354	2499,350	,000	1	,997	8,66E-005	,000
	[Problema_solutie=4]	0 ^c	-	-	0	-	-	-
	[Problema_solutie=99]	0 ^c	-	-	0	-	-	-
Mai degraba nemulțumit	Intercept	-17,373	1495,378	,000	1	,991		
	[Sres=2]	-1,231	311,892	,000	1	,997	,292	9,60E-267
	[Sres=3]	,888	372,870	,000	1	,998	2,430	,000
	[Sres=4]	13,457	,000	-	1	-	699030,0	699029,953
	[Sres=99]	0 ^c	-	-	0	-	-	-
	[Siguranta=1]	-1,779	825,677	,000	1	,998	,169	,000
	[Siguranta=2]	1,655	,863	3,683	1	,055	5,237	,965
	[Siguranta=3]	,233	,670	,120	1	,728	1,262	,339
	[Siguranta=4]	0 ^c	-	-	0	-	-	-
	[Siguranta=99]	0 ^c	-	-	0	-	-	-
	[Problema_solutie=1]	3,476	1495,378	,000	1	,998	32,329	,000
	[Problema_solutie=2]	2,953	1495,378	,000	1	,998	19,169	,000
	[Problema_solutie=3]	-9,661	1543,779	,000	1	,995	6,37E-005	,000
	[Problema_solutie=4]	0 ^c	-	-	0	-	-	-
	[Problema_solutie=99]	0 ^c	-	-	0	-	-	-
Si da si nu	Intercept	-16,275	1709,935	,000	1	,992		
	[Sres=2]	-,355	1969,111	,000	1	1,000	,701	,000
	[Sres=3]	,460	1969,110	,000	1	1,000	1,585	,000
	[Sres=4]	,619	1969,110	,000	1	1,000	1,858	,000
	[Sres=99]	0 ^c	-	-	0	-	-	-
	[Siguranta=1]	-13,131	462,790	,001	1	,977	1,98E-006	,000
	[Siguranta=2]	-14,864	752,757	,000	1	,984	3,51E-007	,000
	[Siguranta=3]	,660	,426	2,397	1	,122	1,935	,839
	[Siguranta=4]	0 ^c	-	-	0	-	-	-
	[Siguranta=99]	0 ^c	-	-	0	-	-	-
	[Problema_solutie=1]	15,406	976,483	,000	1	,987	4906941	,000
	[Problema_solutie=2]	15,619	976,483	,000	1	,987	6071514	,000
	[Problema_solutie=3]	14,563	976,483	,000	1	,988	2111016	,000
	[Problema_solutie=4]	0 ^c	-	-	0	-	-	-
	[Problema_solutie=99]	0 ^c	-	-	0	-	-	-
Mai degraba multumit	Intercept	,693	,612	1,281	1	,258		
	[Sres=2]	-14,233	1310,090	,000	1	,991	6,59E-007	,000
	[Sres=3]	-15,424	1310,090	,000	1	,991	2,00E-007	,000
	[Sres=4]	-14,964	1310,090	,000	1	,991	3,17E-007	,000
	[Sres=99]	0 ^c	-	-	0	-	-	-
	[Siguranta=1]	12,257	230,426	,003	1	,958	210396,0	1,53E-191
	[Siguranta=2]	-15,083	927,485	,000	1	,987	2,82E-007	,000
	[Siguranta=3]	-1,012	,498	4,118	1	,042	,364	,137
	[Siguranta=4]	0 ^c	-	-	0	-	-	-
	[Siguranta=99]	0 ^c	-	-	0	-	-	-
	[Problema_solutie=1]	-11,618	1348,900	,000	1	,993	9,00E-006	,000
	[Problema_solutie=2]	14,302	1310,090	,000	1	,991	1627314	,000
	[Problema_solutie=3]	13,843	1310,090	,000	1	,992	1027715	,000
	[Problema_solutie=4]	0 ^c	-	-	0	-	-	-
	[Problema_solutie=99]	0 ^c	-	-	0	-	-	-
Foarte multumit	Intercept	-18,066	2114,309	,000	1	,993		
	[Sres=2]	14,734	,769	367,309	1	,000	2504805	555130,307
	[Sres=3]	,929	523,959	,000	1	,999	2,533	,000
	[Sres=4]	13,763	,000	-	1	-	949228,1	949228,106
	[Sres=99]	0 ^c	-	-	0	-	-	-
	[Siguranta=1]	-2,368	1240,569	,000	1	,998	,094	,000
	[Siguranta=2]	-14,908	1684,396	,000	1	,993	3,35E-007	,000
	[Siguranta=3]	,191	,723	,070	1	,791	1,211	,293
	[Siguranta=4]	0 ^c	-	-	0	-	-	-
	[Siguranta=99]	0 ^c	-	-	0	-	-	-
	[Problema_solutie=1]	-11,718	2167,388	,000	1	,996	8,15E-006	,000
	[Problema_solutie=2]	2,966	2114,309	,000	1	,999	19,419	,000
	[Problema_solutie=3]	-9,890	2180,470	,000	1	,996	5,07E-005	,000
	[Problema_solutie=4]	0 ^c	-	-	0	-	-	-
	[Problema_solutie=99]	0 ^c	-	-	0	-	-	-

a.
b.
c.

- Tabelul 8 prezintă o clasificare a preciziei estimărilor având în vedere parametrii obținuți. El arată ce predicții ar putea fi realizate pe baza variabilelor independente și cât de precise ar putea fi aceste predicții.

Precizia estimărilor

Tabelul 8

	Foarte	Mai degraba		Mai degraba	Foarte		Percent
Foarte nemulțumit	0	4	4	4	0	0	,0%
Mai degraba nemulțumit	0	8	12	4	0	0	33,3%
Si da si nu	0	0	44	12	0	16	61,1%
Mai degraba multumit	0	0	8	24	0	8	60,0%
Foarte multumit	0	0	8	4	0	0	,0%
Missing	0	4	28	12	0	48	52,2%
Overall Percentage	,0%	6,3%	41,3%	23,8%	,0%	28,6%	49,2%

Rezultatele obținute arată că cele mai bune rezultate se obțin pentru categoriile „și da și nu” (61,1% dintre cazuri sunt corecte) și „Mai degrabă mulțumit” (60%).

Concluzii

În această lucrare ne-am propus să realizăm o analiză a concordanței dintre climatul de muncă și practicile de lucru în condiții de siguranță în cadrul unităților spitalicești. Folosind datele obținute în urma realizării unei anchete prin sondaj, rezultatele au arătat că chiar dacă respondenții și-ar desfășura activitatea într-un mediu care să-i protejeze, în condiții de siguranță ei tot ar fi nemulțumiți de climatul de muncă. Variabilele independente care au diferențiat cel mai bine această situație sunt „Siguranță” și „Stres”. Mai exact, numărul angajaților care suferă de stres la locul de muncă va rămâne același. În ceea ce privește riscurile de sănătate și siguranță la locul de muncă respondenții sunt oarecum informați și nu foarte bine informați. În aceste condiții este ușor să deducem că nici climatul de la locul de muncă nu va mulțumi pe deplin respondenții.

Bibliografie

1. Andrews, M. C. și Kacmar, Michele K. (2001). „Discriminating Among Organizational Politics, Justice, and Support. *Journal of Organizational Behavior*”, John Wiley și Sons, Ltd., 22 (4), 347-366.
2. Ashkanasy, N. M., Wilderom, Celeste P.M., și Peterson, M. F. (2000). „Handbook of Organizational Culture and Change”, Sage Publications.
3. Avram, E., Cooper, L. C. (2008). „Psihologie organizațional – managerială”, Editura Polirom, București.
4. Bergman, Rhonda (1994), „Hospitals model best practices in medical records Management”. *Hospitals și Health Networks*, 68(4):52.
5. Berta, W. și Baker, G.R. (2004). „Making the Best of a Sticky Situation: Organizational Learning and the Transferand Retention of Best Practices for Reducing Error in Hospitals”. *Health Care Management Review*, 29(2), pp. 1-8.
6. Blumer, H. (1969). „Symbolic interactionism: Perspective and method. Engelwood Cliffs”, NJ: Prentice-Hall.
7. Carr, J. Z., Schmidt, A. M., Ford, J.K., și Deshon, R. P. (2003). „Climate Perceptions Matter: A Meta Analytic Path Analysis Relating Molar Climate, Cognitive, and Affective States, and Individual Level Work Outcomes”. *Journal of Applied Psychology*, 88 (4), 605-619.
8. Gershon RM, Karkashian,CD, Grosch JW, et al. (2000) „Hospital safety climate and its relationship with safe work practices and workplace exposure incidents”. *Am J Infect Control*, 28, 211–221.
9. Grant MJ, Donaldson AE, Larsen GY (2006), „The safety culture in a children’s hospital”. *J Nurs Care Qual.* 21(3), pp. 223-9.
10. Hellriegel, D. și Slocum, J. W. (1974). „Organizational climate: Measures, research, and Contingencies”. *Academy of Management Journal*, 17(2), 255-280.
11. Huang DT, Clermont G, Sexton JB, Karlo CA, Miller RG, Weissfeld LA, Rowan KM, Angus DC (2007), „Perceptions of safety culture vary across the intensive care units of a single institution”. *Crit Care Med.* 35(1), pp. 165-76.
12. Katz, D. și Kahn, R L. (1966). „The social psychology of organizations”. New York: Wiley.
13. Kevan L. Whipple (2008), „Maximizing Healthcare Provider Safety While Rehabilitating the Bariatric Patient”, *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care*, 3 (1), pp. 41-45.
14. Kohn, L. T., Corrigan, J. M., și Donaldson, M. S. (Eds.) (1999). „To error is human: Building a safer health system”. Washington, DC: National Academy Press.
15. Lewin, K., Lippitt, R., și White, R. K. (1939). „Patterns of aggressive behavior in experimentally created social climates”. *Journal of Social Psychology*, 10, 271-299.
16. Litwin, G. H. și Stringer, R. A. (1968). „Motivation and organizational climate”. Boston, MA: Harvard Business School Press.
17. Maria do Carmo Caccia-Bava, Valerie C.K. Guimaraes, Tor Guimaraes (2009), „Testing some major determinants for hospital innovation success”. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 22(5), pp. 454-470.
18. Mary Val Palumbo et al (2009), „Retaining an Aging Nurse Workforce: Perceptions of Human Resource Practices”. *Nursing Economics*, 27(4), pp. 221-228.
19. McGregor, D. (1960). „The Human Side of Enterprise”, New York: McGraw-Hil.
20. Morse, N.C. și E. Reimer (1956). „The Experimental Change of a Major

Organizational Variable". *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 32, 120-129.

21. Ostroff, C. (1992). "The relationship between satisfaction, attitudes, and performance: An organizational level analysis". *Journal of Applied Psychology*, 77, 963-974.

22. Payne, R. L., și Pugh, D. S. (1976). „Organizational structure and climate”. În M.D. Dunnette (Ed.), *Handbook of Industrial and Organizational Psychology* (pp.1125-1173). Chicago: Rand McNally.

23. Schneider, B. (1987). „The people make the place”. *Personnel Psychology*, 40, 437-453.

24. Schneider, B., Smith, D. B., Taylor, S., și Fleenor, J. (1998). „Personality and organizations: A test of the homogeneity of personality hypothesis”. *Journal of Applied Psychology*, 83, 462-470.

25. Shannon HS, Walters V, Lewchuk W, et al. (1996). „Workplace organizational correlates of lost time accident rates in manufacturing”. *Am J Ind Med*, 29, pp. 258–68.

26. Singer SJ, Gaba DM, Geppert JJ, Sinaiko AD, Howard SK, Park KC (2003). „The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals”. *Qual Saf Health Care*, 12: 112–8.

27. Smith, D. R., Muto, T., Sairenchi, T., Ishik, Y., Sayama, Y., Yoshida, A. și Towley, J. A., (2010). „Hospital Safety Climate, Psychosocial Risk Factors and Needlestick Injuries in Japan”. *Industrial Health*. 48. 85-95.

28. Varonen U, Mattila M. (2000). „The safety climate and its relationship to safety practices, safety of the work environment and occupational accidents in eight wood-processing companies”. *Accid Anal Prev*, 32, 761–9.

29. Workman M. (2012). „Bias in strategic initiative continuance decisions: framing interactions and HRD practices”, *Management Decision*, 50 (1), pp. 21-42.