



Faculty of
Psychology and
Educational Sciences
"Ovidius" University
of Constanta, Romania

BLACK SEA JOURNAL OF PSYCHOLOGY



www.bspsychology.ro



9 772068 464001



Anxiety, depression and stress in the medical staff

**Iulia Ciorbea¹, Raluca Silvia Matei², Mihaela Luminița Sandu³,
Georgiana Magdalena Stroe⁴**

^{1,2,3,4}Ovidius University of Constanta, Faculty of Psychology and Educational Sciences
iulia.ciorbea@gmail.com¹, ralum74@yahoo.com², mihaela_naidin@yahoo.com³

Abstract. I chose this research topic, because I consider it to be topical, the medical system being a very important field in society. Also, stress, depression, anxiety and job satisfaction are concepts that over time have become increasingly debated in the literature, which has shaped my interest in addressing this topic. The purpose of this research was to provide an extensive view of the mental health of medical staff, who work in the general surgery department of a public hospital in Romania. Among the objectives of the study are: verifying the existence of correlations between stress, depression, anxiety and job satisfaction, among the staff working in the medical field; verifying the existence of a significant difference in the prevalence of depression according to gender in the investigated population; identifying the degree of depression that affects the investigated medical staff, but also identifying the relationship between the level of occupational stress and depressive reactions in the medical staff.

Keywords. Anxiety, depression, stress, medical staff

1. Conceptul de anxietate

“Există oameni al căror comportament este guvernat de frică și ei sunt conștienți de aceasta, pe când alții nici nu bagă de seamă faptul că frica le conduce viața. Aceștia din urmă pot să călătorească, au succese profesionale, pot vorbi în public, au viață de familie corespunzătoare și totuși sunt mereu supraîncordați și speriați, chiar dacă fricile lor sunt umane” (Holdevici. 2002: 9).

Orice teamă care are puterea să împiedice persoana să realize o anumită sarcină este, de fapt, o reacție cu un profund caracter patologic. Fobia poate fi definită ca fiind o teamă cu obiect bine stabilit, iar anxietatea reprezintă o teamă imprecisă, fără obiect bine precizat. În categoria fobiilor, pot fi incluse și frici cu un caracter mai abstract. De exemplu: frica de a participa la evenimente sociale, de a fi respins, de a fi singur, de pierdere a controlului, de responsabilitate etc (Holdevici. 2002).



Anxietatea este o experiență de viață, omniprezentă și ineluctabilă. Este una dintre însușirile existenței umane, dar nu din clasa acelor care o mențin (cum ar fi nevoia de adăpost, de perpetuare, de hrană), ci ca o consecință a lor, un fel de tovarăș din umbră al impulsurilor și încercărilor omenești. Anxietatea presupune răspunsuri fiziologice (tahicardie), sentimente subiective (îngrijorare), dar și răspunsuri comportamentale (evitarea) (Ardelean et al. 2006).

Uneori, anxietatea este benefică, deoarece pregătește organismul pentru acțiune.

Anxietatea poate avea un rol adaptativ, deoarece ajută persoana să înfrunte sau chiar să rezolve anumite situații inedite. În ceea ce privește posibilele pericole, anxietatea are un rol de protecție, de apărare. În aceste condiții, anxietatea este suportabilă din punct de vedere psihic și fiziologic, având un rol important în desfășurarea anumitor acțiuni oportune. Atunci când anxietatea ajunge să perturbe viața de zi cu zi, nu mai este considerată normală, ci devine patologică, denumirea acesteia fiind de tulburare anxioasă (Ardelean. et al. 2006).

“Anxietatea devine patologică atunci când se manifestă fără o motivație rațională și este retrăită frecvent sau devine cronică. În astfel de cazuri, nu mai este adaptativă, este resimțită că o suferință și devine suportabilă numai prin renunțarea la firesc și plăcut, limitând existența individului la strategii de evitare sau de compensare” (Ardelean et al. 2006: 7).

Din cauza faptului că anxietatea și frica au multe trăsături în comun, diferențierea precisă între acestea este o problemă aflată încă în dezbateri. Diferențierea dintre cele două concepte se face ținând seama de conținuturile conștiente și inconștiente ale gândirii (Ardelean et al. 2006).

“Anxietatea nu se referă doar la grijile exagerate; frământările sunt normale. Nivelurile medii de anxietate sunt deseori binevenite pentru creșterea randamentului cuiva, iar cele relativ ridicate pot fi considerate normale în anumite circumstanțe. Persoanele care suferă de tulburări anxioase nu doar acuză faptul că sunt foarte neliniștite frecvent, ci solicită sprijin pentru confruntarea cu anumite temeri recurente, pe care le consideră iraționale și supărătoare” (Drăghici. 2013: 127-129).

“Anxietatea este cel mai puternic asociată sentimentului subiectiv de vulnerabilitate, insecuritate și pierdere a controlului asupra evenimentelor, cu repercusiuni directe și nefaste asupra propriei persoane” (Maftai, Maftai. 2015: 141-149).

2. Depresia

“Termenul de depresie este utilizat în prezent, atât pentru a face referire la o stare caracterizată prin tristețe sau, în sens mai larg, nefericire, cât și pentru a face referire la un sindrom clinic, în care modificările afective durează peste așteptări și afectează semnificativ funcționarea individului” (Nemeș. 2011: 23).

“Tristețea este o trăire afectivă absolut normală, apărută ca răspuns la nereușite, dezamăgiri și alte asemenea evenimente” (Nemeș. 2011: 23).

În schimb, depresia este definită ca fiind un sindrom clinic, caracterizat prin tristețe persistentă, descurajare profundă sau disperare, ce durează cel puțin două săptămâni și este asociată unei modificări semnificative a funcționării individului, față de o perioadă anterioară.

Acest sindrom implică alterări ale dispoziției, semne neurovegetative și manifestări cognitive.

Simptomele afective includ de obicei: tristețea, iritabilitatea, disperarea, pierderea interesului sau a plăcerii pentru diverse activități. Semnele neurovegetative includ: insomnia sau



hipersomnia, inapetența, scăderea libidoului și activității psiho-motorii. Manifestările cognitive includ: modificări ale felului în care individul se percepe pe sine, viitorul sau evenimentele trăite, scăderea capacității de a lua decizii etc (Kay, Tasman. 2006).

Norbert Sillamy definește depeșia ca fiind o “stare morbidă, mai mult sau mai puțin durabilă, caracterizată îndeosebi de tristețe și de o scădere a tonusului și energiei. Anxios, dezgustat, descurajat, subiectul deprimat este incapabil să înfrunte cea mai mică dificultate, fiind de asemenea lipsit de orice inițiativă. El suferă din cauza neputinței sale și are impresia că facultățile sale intelectuale, mai ales atenția și memoria sunt degradate. Sentimentul de inferioritate care rezultă de aici îi sporește și mai mult melancolia” (Sillamy, N., 2000, p. 96).

Pentru Paul Popescu-Neveanu, depeșia este “stare psihică morbidă, caracterizată printr-o scădere a tonusului de activitate psihică și motorie, însoțită de o dispoziție sufletească astenică, de tristețe exagerată, de deprimare, fatigabilitate și anxietate. Este întâlnită într-o formă gravă în unele boli psihice, în special în psihoză maniaco-depresivă. Relativ frecvent întâlnite sunt formele ușoare de depeșie, apărute ca o reacție firească la situații dificile de viață (moartea unei persoane dragi, divorț, certuri, insuccese) sau în urma unei munci istovitoare, a unui regim alimentar sever” (Popescu-Neveanu. 1978: 187).

În dicționarul de psihologie Roland Doron-Francoise Parot, depeșia este descrisă ca fiind “una dintre patologiiile cele mai vechi și mai frecvente (la 5-10% din întreaga populație).

Melancolia rămâne tabloul clinic cel mai tipic chiar dacă el nu mai corespunde multor forme.

Semiologia depeșiei este dominată de asocierea unei stări de spirit depeșive și a unei lentori psihomotorii. Vinovăția, disperarea, viziunea pesimistă asupra existenței și semnele somatice (insomnie, astenie, modificări în plus sau în minus ale apetitului și greutateii) completează tabloul clinic și apar în proporții variabile de la un subiect la altul. Ideile de sinucidere merită o atenție deosebită. Ele reprezintă factorul de prognoză esențial, căci orice deprimat prezintă un risc de sinucidere” (Doron, Parot. 2006: 227).

O stare de spirit caracterizată de dispoziție negativă, energie scăzută, pierderea interesului pentru activitățile obișnuite, pesimism, gânduri nerealistice negative despre sine și viitor și retragerea socială. Stările scurte de depeșie sunt normale după pierderi personale de diferite tipuri și sunt considerate tulburări numai atunci când persistă pe perioade lungi sau interferează semnificativ cu funcționarea zilnică (Matsumoto. 2009).

O stare afectivă negativă, variind de la nefericire și nemulțumire, la un sentiment extrem de tristețe, pesimism și deznădejde, care interferează cu viața de zi cu zi. Diferite schimbări fizice, cognitive și sociale au tendința de a coexista cu lipsa energiei sau a motivației, cu dificultăți de concentrare sau de luare a deciziilor și retragerea din activități sociale (APA. 2015).

O stare de spirit negativă, de tristețe, de deznădejde și ideate pesimistă, acompaniată de pierderea interesului pentru activitățile obișnuite, de anorexie (în cazuri grave) sau pierdere semnificativă în greutate, insomnie sau hipersomnie, astenie, sentimente de vinovăție, sentimente de lipsă de valoare, lipsa capacității de concentrare și gânduri suicidare (Colman. 2009).

O stare mentală caracterizată de senzație de tristețe, singurătate, disperare, stimă de sine scăzută și autoreprosuri. Termenul se referă atât la o dispoziție negativă, trecătoare, cât și la o tulburare afectivă. Simptomele asociate includ lipsa energiei sau agitația, retragerea socială și diverse simptome vegetative, cum ar fi insomnia sau anorexia (Bhatia. 2009). “Orice slăbire trecătoare sau durabilă a stării de dispoziție afectivă, sau a tonusului



psihic, este considerată o depresie. Depresia poate fi psihică, somatică sau psiho-somatică.

Depresia nu este în mod obligatoriu o stare patologică, ci este, în primul rând, o stare de dispoziție afectivă a omului, fie în raport cu circumstanțele vieții cotidiene, fie în raport cu variațiile ciclice ale naturii persoanei sale” (Enăchescu. 2005: 313).

În prezent, au apărut unii termeni noi, cum ar fi acela de “burnout” sau cel de „chronic fatigue syndrom”. Cu toate acestea, depresia este un fenomen care există de foarte mult timp, fiind un fel de predispoziție a omului, ce apare în condiții de constrângere și tensiune (Pfeifer. 2015).

3. Conceptul de stress

“Stresul reprezintă o parte importantă a vieții cotidiene a fiecărui individ. Trăirea stresantă poate fi controlată în funcție de abilitățile individuale de coping și de suportul social, iar evoluția individului poate merge fie spre depășirea fără nici un fel de urmări a situației, fie spre vulnerabilizare și, în final, la apariția bolii” (Nemeș. 2011: 19).

“Termenul conceptual de stres psihic a fost „inventat” de către Hans Selye, ocazie uriașă de a evalua – în plan psihologic și medical – limitele „mașinării omenești”, de a face față adversităților vieții. Astfel, ființa umană este prevenită și instruită, prin diverse modalități, să răspundă unei provocări, pe care Alvin Toffler o circumscria sub termenul de suprasolicitare, ce afectează trei planuri majore ale psihicului: senzorial, informațional și decizional (toate având o inerentă rezonanță afectivă). Din această definiție, rezultă că stresul este negativ. Cercetările recente scot în evidență, din fericire, existența ambelor forme de stres, stresul negativ, denumit de regulă distres, și stresul pozitiv, denumit eustres” (Andreescu, Liță. 2006: 30).

Conceptul de stres presupune o acțiune de suprasolicitare, exercitată de către mediul exterior asupra organismului, care determină o reacție de acomodare atipică a organismului, față de agresiunea ce îi pune în pericol integritatea (Tudose. 2007).

“Cox și McGrath au definit stresul ca fiind un dezechilibru între solicitările de mediu, așa cum sunt ele percepute de individ, pe de o parte, și percepția individului asupra capacității proprii de a face față acestor solicitări, iar Lazarus și Folkman, au definit stresul ca fiind o relație particulară între persoană și mediu, în care persoana evaluează mediul ca impunând solicitări care depășesc resursele proprii și amenință starea de bine, evaluare care determină declanșarea unor procese de coping (adaptare), respectiv răspunsuri cognitive, afective și comportamentale la feedbackurile primite” (Nemeș, B., 2011, pp. 19-20).

A. von Eiff a formulat următoarea definiție a stresului: „Reacție psiho-fizică a organismului, generată de agenți stresori ce acționează pe calea organelor de simț asupra creierului, punându-se în mișcare – datorită legăturilor corticolimbice cu hipotalamusul – un șir întreg de reacții neuro-vegetative și endocrine, cu răsunet asupra întregului organism” (Andreescu, Liță. 2006: 31-32).

“H. Wolff definește stresul ca fiind reacția individului la diverși agenți nocivi și amenințatori. Totodată, el consideră stresul ca o stare dinamică a organismului; natura reacției de adaptare pe care o evocă stimulii este dependentă de programul genetic și de experiența individului” (Derevenco et al., 1992: 26).

Mihai Golu consideră stresul drept: „stare de tensiune, încordare, disconfort, determinată de agenți afectogeni cu semnificație negativă (sau pozitivă, în cazul eustresului), de frustrare sau reprimare a unor motivații (trebuințe, dorințe, aspirații - inclusiv subsolicitarea, etc), de dificultatea sau imposibilitatea rezolvării unor probleme” (Bogdan-Tucicov. et al., 1981: 235).



Stresul reprezintă un aspect firesc și indispensabil al vieții, aspect de care omul nu se poate debarasa. Stresul poate crea o stare temporară de nesiguranță și poate avea diferite consecințe pe termen îndelungat. Starea de sănătate a unei persoane poate fi afectată în mod negativ de un volum prea mare de stres. Cu toate acestea, un anumit nivel de stres este util pentru existența umană, deoarece poate ajuta individul aflat în dificultate. Condiția esențială pentru a supraviețui în societate și în natură, este adaptarea.

3. Metodologia cercetării

3.1. Obiective

Principalul scop al acestui studiu a fost acela de a verifica existența unor corelații între stres, depresie, anxietate și satisfacție în muncă, în rândul personalului ce își desfășoară activitatea în domeniul medical;

- Verificarea existenței unei diferențe semnificative în privința prevalenței depresiei în funcție de gen la populația investigată;
- Identificarea gradului de depresie ce afectează personalul medical investigat;
- Identificarea relației dintre nivelul stresului ocupațional și reacțiile depresive la personalul medical investigat.

3.2. Ipoteze

1. Se presupune că nivelul depresiei la femei este mai ridicat decât la bărbați;
2. Se prezumă că există o corelație între satisfacția în muncă și nivelul depresiei;
3. Se presupune că nivelul stresului ocupațional corelează cu nivelul depresiei;
4. Se prezumă că nivelul anxietății corelează cu nivelul depresiei.

3.3. Participanți la studiu

Eșantionul studiului este compus din treizeci de subiecți, dintre care 15 de sex feminin și 15 de sex masculin, care au fost dispuși să participe la această cercetare. Eșantionul este reprezentat de medici (33%), asistente medicale (50%) și infirmiere (17%) dintr-un spital public din România, cu vârsta cuprinsă între 35 și 46 de ani și cu o vechime în muncă situată în intervalul 11-23 ani.

3.3. Instrumente și procedură

Designul cercetării a fost realizat în așa manieră încât să analizeze nivelul anxietății, depresiei, stresului și al satisfacției în muncă, utilizând patru instrumente. Anxietatea personalului medical a fost evaluată prin intermediul scalei de anxietate Hamilton. Depresia a fost măsurată cu inventarul de depresie Beck, stresul cu chestionarul "Effort-Reward Imbalance Questionnaire" (Siegrist), iar satisfacția în muncă prin intermediul "Job Satisfaction Survey".

Chestionarele au fost aplicate în aceeași zi, în timpul disponibil al cadrelor medicale. Cu scopul de a obține răspunsuri cât mai sincere, participanților li s-a precizat faptul că nu trebuie să-și scrie numele pe chestionare, ci doar sexul, vârsta, studiile finalizate, mediul de proveniență, starea civilă, specializarea și vechimea în muncă. Participanții au fost selectați în funcție de gen, (pe baza consimțământului liber exprimat), cu scopul de a realiza o comparație între cele două sexe, în ceea ce privește nivelul depresiei. Aceștia au fost informați cu privire la confidențialitatea datelor.



Variabilele independente ale studiului sunt:

- genul;
- vârsta;
- mediul de proveniență;
- postul ocupat;
- nivelul educațional;
- starea civilă.

Variabilele dependente sunt următoarele:

- scor test Beck;
- scor scala Hamilton;
- scor "Effort-Reward Imbalance Questionnaire";
- scor test "Job Satisfaction Survey".

Scorurile acestor instrumente reprezintă valori numerice, ce au fost analizate și interpretate statistic, utilizând versiunea 22 a programului SPSS.

4. Analiza și interpretarea rezultatelor

Pentru verificarea **primei ipoteze** „Se presupune că femeile sunt mai afectate de **depresie decât bărbații**”, am realizat o comparație între rezultatele obținute de participanți la inventarul de depresie Beck și genul acestora.

Tabelul 1. Rezultatele testului t de comparare a mediilor
Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Beck	Equal variances assumed	6,873	,014	-7,629	28	,000	-6,133	,804	-7,780	-4,486
	Equal variances not assumed			-7,629	23,287	,000	-6,133	,804	-7,795	-4,471

Din analiza testului t pentru eșantioane independente, se observă că există diferențe semnificative între cele două loturi de participanți, deoarece pragul de semnificație este $p=0,000$.

Media rezultatelor obținute de participanții de gen feminin (8.80) este semnificativ mai mare decât cea a participanților de gen masculin (2,67), fapt ce confirmă ipoteza conform căreia femeile ar fi mai afectate de depresie, decât bărbații.



Diana Patriche, Irina Filip și Carmen Tănase au efectuat un studiu în ceea ce privește epidemiologia depresiei. Acestea menționează faptul că la un moment dat în viață, una din patru femei va fi afectată în mod semnificativ de depresie și va primi tratament în acest sens, în timp ce doar unul din zece bărbați este supus acestui risc. Printre concluziile studiului, se menționează faptul că prevalența depresiei în cazul persoanelor de sex feminin, este mult mai ridicată.

Comparativ cu bărbații, femeile sunt mai expuse cu până la 70% riscului de a fi afectate de o tulburare depresivă (Patriche et al., 2015: 260-262).

Un alt studiu, realizat de Zinaida Bolea și Carolina Platon, relevă faptul că participanții de sex feminin sunt mult mai depresivi decât cei de sex masculin (Bolea, Platon. 2009: 27-32).

Așa cum am precizat anterior, în cadrul teoriei, această diferență ar putea fi determinată de:

- vulnerabilitatea accentuată a femeilor în privința frustrărilor și a evenimentelor stresante de viață;

- diferențe hormonale;
- femeile au mai multe responsabilități;
- prezența nivelelor crescute ale monoaminoxidazei în cazul femeilor;
- femeile au o capacitate mai redusă de a stapâni și de a controla anumite situații dificile, cum ar fi cele socio-familiale;

- adevăratele stări depresive la bărbați sunt mascate de către comorbidități (alcoolism, tulburări de personalitate) (Gaboș et al. 2007).

În cazul femeilor, prevalența crescută a depresiei poate fi influențată de anumite modificări endocrine: ciclul menstrual, sarcini, lactație, hipertiroidism, menopauză, anticoncepționale etc. Factorii hormonalii au un rol decisiv în favorizarea și declanșarea unor tulburări depresive (Gociu. 2012).

Chiar dacă femeile și bărbații sunt supuși aceluiași factori stresori, femeile sunt mult mai vulnerabile, fiind expuse unui risc mai mare de a ajunge la manifestări depresive. Traumele (de exemplu, abuzurile sexuale) pot contribui în mod direct la dezvoltarea depresiei, făcându-le pe femei să se simtă vulnerabile și neajutate. Rolurile sociale pe care femeile le îndeplinesc, constituie un factor major de stres, care poate duce la apariția tulburărilor depresive. De asemenea, schimbările semnificative apărute pe parcursul vieții, pot determina dezvoltarea depresiei în rândul femeilor. S-a demonstrat faptul că imaginea de sine are un rol important în prevalența crescută a depresiei în rândul femeilor, acest lucru datorându-se exigențelor crescute față de propria persoană (Nolen-Hoeksema. 2001: 173-176).

Pentru a verifica cea de-a doua ipoteză „Se prezumă că există o corelație între satisfacția în muncă și nivelul depresiei”, am corelat rezultatele obținute de participanți la inventarul de depresie Beck, cu rezultatele obținute la testul Job Satisfaction Survey.



Tabelul 2. Principalii indicatori statistici (JSS masculin)

Descriptives				Statistic	Std. Error
gen	JSS	masculin	Mean	120,20	5,359
			95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound 108,71 Upper Bound 131,69	95% Confidence Interval for Mean
			5% Trimmed Mean	118,67	
			Median	117,00	
			Variance	430,743	
			Std. Deviation	20,754	
			Minimum	94	
			Maximum	174	
			Range	80	
			Interquartile Range	27	
			Skewness	1,325	,580
			Kurtosis	2,046	1,121

Tabelul 3. Principalii indicatori statistici (JSS feminin)

Descriptives				Statistic	Std. Error
gen	JSS	feminin	Mean	111,07	2,435
			95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound 105,84 Upper Bound 116,29	95% Confidence Interval for Mean
			5% Trimmed Mean	111,13	
			Median	112,00	
			Variance	88,924	
			Std. Deviation	9,430	
			Minimum	91	
			Maximum	130	
			Range	39	
			Interquartile Range	12	
			Skewness	-,080	,580
			Kurtosis	,830	1,121

Cei 15 participanți de gen feminin au obținut o medie de 111,07, o abatere standard de 9,430 și o mediană de 112,00.

Tabelul 4. Corelația dintre nivelul depresiei și cel al satisfacției în muncă

		Beck	JSS
Beck	Pearson Correlation	1	-,361
	Sig. (2-tailed)		,050
	N	30	30
JSS	Pearson Correlation	-,361	1
	Sig. (2-tailed)	,050	
	N	30	30



În tabelul de mai sus, coeficientul de corelație Pearson este $-0,361$. Ținând cont de faptul că rezultatul obținut este foarte apropiat de 0 (indicii pot lua valori între -1 și 1) și că pragul de semnificație nu este mai mic de $0,05$ (am obținut $0,050$), pot afirma că nu există o corelație semnificativă între cele două variabile. Astfel, ipoteza conform căreia se prezumă că există o corelație între satisfacția în muncă și nivelul depresiei, nu se confirmă.

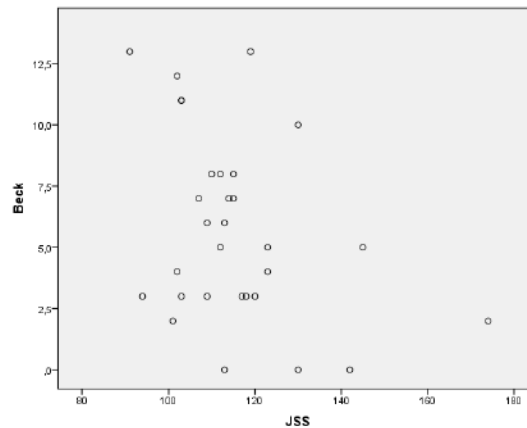


Figura 1. Reprezentarea grafică a corelației dintre depresie (Beck) și satisfacție în muncă (JSS)

Organizarea și forma norului de puncte, confirmă faptul că nu există o corelație între cele două variabile analizate.

Satisfacția în muncă a determinat efectuarea multor cercetări în psihologia organizațională, fiind o variabilă de referință. Studiile realizate în cadrul diferitelor instituții sanitare, au evidențiat faptul că trăsăturile de personalitate, calitatea relațiilor interpersonale cu colegii, dar și remunerația adecvată, se corelează în mod semnificativ cu satisfacția în muncă (Creangă, Gîțlan. 2013: 63-67).

Delia Ștefenel și Laura Ștef, au realizat un studiu, prin intermediul căruia au surprins o relație invers proporțională între variabila satisfacție în muncă și variabila depresie. Astfel, cu cât nivelul satisfacției profesionale este mai mare, posibilitatea ca indivizii să fie afectați de depresie și epuizare profesională, scade (Ștefenel, Ștef. 2009: 17-20).

Sharmistha Bhattacharjee și colaboratorii au efectuat un studiu în ceea ce privește satisfacția în muncă a medicilor dintr-un spital din India. Rezultatele arată că mai mult de jumătate dintre medicii care au participat la studiu, sunt satisfăcuți de locul de muncă. Cel mai important factor care determină satisfacția în muncă la 59.6% dintre participanți, este reprezentat de condițiile de muncă. Satisfacția a fost mai mare la persoanele mai înaintate în vârstă, în rândul bărbaților, dar și al persoanelor care lucrează în respectivul mediu de mai bine de cinci ani (Bhattacharjee et al., 2016: 596-602).

Nirpuma Madaan a realizat un studiu în cadrul unui spital, iar rezultatele arată faptul că 69.5% dintre medici sunt satisfăcuți de locul de muncă. Medicii mai tineri s-au dovedit a fi mai puțin satisfăcuți decât cei cu vârsta peste 35 de ani. Acest lucru indică faptul că satisfacția corelează pozitiv cu înaintarea în vârstă (Madaan. 2008: 81-83).

Ținând cont de faptul că majoritatea rezultatelor obținute de participanți la Job Satisfaction Survey se încadrează în intervalul 108-144, ceea ce înseamnă ambivalență, iar cele obținute la



inventarul de depresie Beck, sunt situate aproape în totalitate (două persoane fac excepție) în intervalul 1-10 (aceste suferinși și coborâșuri sunt considerate normale), pot afirma că satisfacția în muncă nu are o influență semnificativă asupra depresiei, la personalul medical investigat.

Consider că infirmarea acestei ipoteze ar putea fi influențată de utilizarea unui eșantion foarte mic sau de faptul că depresia este o dimensiune plurifactorială, în care satisfacția muncii este doar un factor.

Din mărturisirile participanților, reiese că unul dintre motivele ambivalenței în ceea ce privește satisfacția în muncă, este reprezentat de caracteristicile și importanța profesiei lor, sau de considerentele referitoare la conștiința responsabilității proprii dezvoltării profesionale, interacțiunea cu bolnavii și șansa de a soluționa cazuri dificile (Ștefenel. Ștef. 2009: 17-20).

Pentru interpretarea celei de-a treia ipoteze „Se presupune că nivelul stresului ocupațional corelează cu nivelul depresiei”, am corelat rezultatele obținute de participanți la inventarul de depresie Beck, cu rezultatele obținute la testul Effort-Reward Imbalance Questionnaire (Siegrist).

Tabelul 5. Corelația dintre nivelul depresiei și cel al stresului

		Beck	SIEGRIST
Beck	Pearson Correlation	1	,362*
	Sig. (2-tailed)		,049
	N	30	30
SIEGRIST	Pearson Correlation	,362*	1
	Sig. (2-tailed)	,049	
	N	30	30

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

În tabelul de mai sus, coeficientul de corelație Pearson este 0,362. Ținând cont de faptul că rezultatul obținut este apropiat de 1 (indicii pot lua valori între -1 și +1) și că pragul de semnificație este mai mic de 0,05 (am obținut 0,049), pot afirma că există o corelație între cele două variabile studiate. Corelația este pozitivă (variabilele cresc împreună), deoarece coeficientul de corelație Pearson este apropiat de 1.

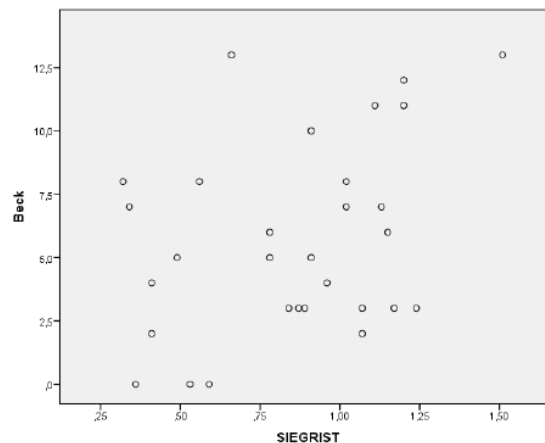


Figura 2. Reprezentarea grafică a corelației dintre depresie (Beck) și stres (Siegrist)



Organizarea și forma norului de puncte (orientarea spre dreapta), arată faptul că există o corelație pozitivă între stres și depresie.

Numeroase studii au arătat faptul că expunerea prelungită a cadrelor medicale la stres profesional, poate determina apariția depresiei. În prezent, stresul relaționat de locul de muncă reprezintă un aspect foarte important pentru persoanele care își desfășoară activitatea în domeniul sanitar. Depresia reprezintă un factor de risc, ce poate afecta semnificativ starea de sănătate și echilibrul emoțional al cadrelor medicale (<http://www.institutiimedicale.ro/stresburnout-medici-asistente-cadre-medicale/>).

Cercetările au evidențiat faptul că evenimentele de viață deosebit de stresante, au un rol esențial în debutul depresiei, schizofreniei și a altor tulburări (Vaidean, Stoica. 2013: 70-76).

Edilaine Cristina da Silva Gherardi-Donato a realizat un studiu în ceea ce privește influența stresului ocupațional asupra nivelului depresiei asistentelor medicale, dintr-un spital din São Paulo. Nivelurile ridicate de stres au fost puternic asociate cu simptome depresive.

Prevalența depresiei în acest studiu a fost de 20%, fiind mai frecventă în cazul femeilor cu vârsta de peste 40 de ani. Riscul de a ajunge la depresie este de două ori mai mare la profesioniștii care prezintă un nivel ridicat de stres (Gherardi-Donato. 2015: 733-740).

Khaled Fahad Al Hosis a efectuat un studiu ce a avut ca scop identificarea efectelor stresului ocupațional asupra sănătății fizice și psihice a asistentelor dintr-un spital dintr-o provincie din Arabia Saudită. Rezultatele studiului au evidențiat faptul că asistentele sunt afectate în mod semnificativ de condițiile stresante de la locul de muncă. Factorul de stres care afectează cel mai mult persoanele implicate în studiu, este reprezentat de presiunea muncii.

Totodată, studiul a relevat faptul că există o relație semnificativă din punct de vedere statistic între stresul de la locul de muncă și depresie (Al Hosis, K.F. et al., 2013: 1036-1044).

Așa cum am precizat în teorie, stresul este nelipsit în populația generală, mai ales în relație cu mediul socio-profesional, iar depresia este una dintre consecințele sale, ce poate afecta indivizii vulnerabili (Mihăilescu et al., 2011: 150-154).

Dintre participanți, 12 au obținut o rată mai mare de 1 la chestionarul "Effort-Reward Imbalance Questionnaire", ceea ce înseamnă că sunt expuși unui dezechilibru, din cauza nivelului relativ crescut de stres.

Profesiile din domeniul medical sunt deosebit de solicitante. Stresul este cauzat de faptul că personalul medical trebuie să se conformeze necesităților pacienților, dar și a familiilor acestora, într-un interval relativ scurt de timp, iar intervențiile și cunoștințele medicale presupun câteodată, anumite limite și un anumit grad de incertitudine. Personalul medical trebuie să fie foarte atent, deoarece orice greșeală poate determina punerea în pericol a vieții unui pacient, acest lucru putând fi ireversibil. În plus, turele de noapte, munca în două sau trei schimburi și orele suplimentare de lucru sunt nelipsite în cadrul profesiilor medicale, toate acestea putând cauza un stres considerabil și, implicit, apariția simptomelor depresive (<http://www.institutiimedicale.ro/stres-burnout-medici-asistente-cadre-medicale/>).

Pentru verificarea celei de-a patra ipoteze „Se prezumă că nivelul anxietății corelează cu nivelul depresiei”, am corelat rezultatele obținute de participanți la inventarul de depresie Beck, cu rezultatele obținute la scala de anxietate Hamilton.



Tabelul 6. Corelația dintre nivelul depresiei și cel al anxietății

		Beck	Hamilton
Beck	Pearson Correlation	1	-,121
	Sig. (2-tailed)		,523
	N	30	30
Hamilton	Pearson Correlation	-,121	1
	Sig. (2-tailed)	,523	
	N	30	30

În tabelul de mai sus, coeficientul de corelație Pearson este $-0,121$. Ținând cont de faptul că rezultatul obținut este foarte apropiat de 0 (indicii pot lua valori între -1 și $+1$) și că pragul de semnificație nu este mai mic de $0,05$ (am obținut $0,523$), pot afirma că nu există o corelație între cele două variabile analizate. Astfel, ipoteza conform căreia se prezumă că nivelul anxietății corelează cu nivelul depresiei, nu se confirmă.

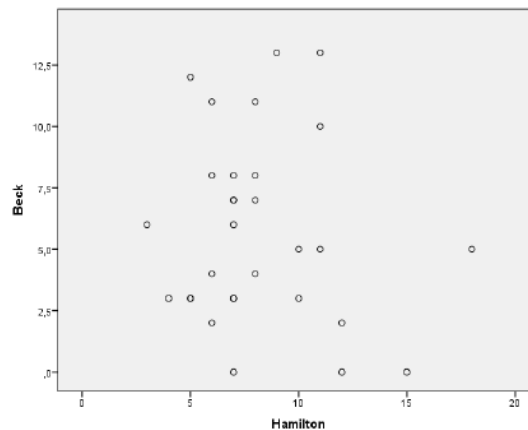


Figura 3. Reprezentarea grafică a corelației dintre depresie (Beck) și anxietate (Hamilton)

Organizarea și forma norului de puncte, confirmă faptul că nu există o corelație între cele două variabile analizate.

Mostafa A F. Abbas a realizat un studiu în ceea ce privește anxietatea și depresia în rândul personalului medical, dintr-un spital din Riyadh, capitala Arabiei Saudite. În privința anxietății, 53% dintre subiecți au fost normali, 27% au fost clasificați drept cauză de îngrijorare, iar 20% reprezintă cazuri clinice. Pentru depresie: 75% normali, 15% clasificați drept cauză de îngrijorare, iar 10% dintre aceștia reprezintă posibile cazuri clinice. Cea mai mare prevalență a posibilelor cazuri clinice de anxietate a fost raportată în rândul grupei de vârstă 20-30 de ani. În cazul depresiei, cea mai mare rată de prevalență a posibilelor cazuri clinice a fost raportată în rândul grupei de vârstă 30-40 de ani (Abbas, M.A.F. et al., 2012: 788-794).

Khaula Atif a efectuat un studiu privind prevalența anxietății și a depresiei, în rândul medicilor dintr-un spital din Pakistan. Medicii au prezentat niveluri ridicate de anxietate și depresie. S-a evidențiat o puternică relație pozitivă între scorurile obținute la anxietate și depresie.



În ceea ce privește depresia, medicii cu o vechime mai mare în muncă, au prezentat un nivel mai ridicat al depresiei (Atif, K. et al., 2016: 294–298).

Isra Ahmed, Haseena Banu, Reem Al-Fageer și Reem Al-Suwaidi au studiat anxietatea în rândul personalului medical, dar și în rândul studenților la medicină. Dintre studenții la medicină, 28,6% au prezentat depresie și 28,7% anxietate. În ceea ce privește personalul medical, 7,8% dintre participanți au prezentat depresie și 2,2% anxietate (Isra et al., 2009: e 1 – e7).

Rezultatele obținute de participanți la scala de anxietate Hamilton: 23 de persoane se încadrează în intervalul 6-14 (anxietate ușoară), 2 persoane în intervalul 15-28 (anxietate moderată) și 5 persoane au obținut scoruri sub 6, ceea ce înseamnă lipsa anxietății.

Ținând cont de faptul că rezultatele obținute la scala Hamilton nu evidențiază un nivel ridicat al anxietății, iar cele obținute la inventarul de depresie Beck, se situează aproape în întregime (doi participanți fac excepție) în intervalul 1-10 (aceste sușuri și coborâșuri sunt considerate normale), pot afirma că anxietatea nu are o influență semnificativă asupra depresiei, la personalul medical evaluat.

Consider că infirmarea acestei ipoteze ar putea fi influențată de utilizarea unui eșantion foarte mic sau de faptul că depresia este o dimensiune plurifactorială, în care anxietatea este doar un factor. În cele mai multe cazuri, anxietatea își face apariția prima, iar consecințele acesteia asupra modului de viață, pot conduce la apariția depresiei.

Consider că infirmarea acestei ipoteze ar putea fi influențată de utilizarea unui eșantion foarte mic sau de faptul că depresia este o dimensiune plurifactorială, în care anxietatea este doar un factor. În cele mai multe cazuri, anxietatea își face apariția prima, iar consecințele acesteia asupra modului de viață, pot conduce la apariția depresiei.

Pentru a vedea dacă există alte diferențe semnificative între variabilele analizate în cadrul acestei cercetări, am realizat o comparație între rezultatele obținute de participanți la chestionarele Hamilton (anxietate), JSS (satisfacție în muncă) și Siegrist (stres).

Tabelul 7. Rezultatele testului T de comparare a mediilor

		Independent Samples Test								
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper	
Hamilton	Equal variances assumed	5,047	,033	1,011	28	,321	1,200	1,187	-1,232	3,632
	Equal variances not assumed			1,011	22,109	,323	1,200	1,187	-1,261	3,661
JSS	Equal variances assumed	4,362	,046	1,552	28	,132	9,133	5,886	-2,923	21,190
	Equal variances not assumed			1,552	19,544	,137	9,133	5,886	-3,163	21,430
SIEGRIST	Equal variances assumed	,057	,814	-1,080	28	,289	-,12533	,11603	-,36301	,11234
	Equal variances not assumed			-1,080	27,570	,289	-,12533	,11603	-,36318	,11251



Deși există diferențe între valorile mediilor în ceea ce privește anxietatea, satisfacția în muncă și stresul ocupațional, acestea nu sunt suficient de mari pentru a fi semnificativ diferite din punct de vedere statistic.

Concluzii

“În ultimele decenii, studiul sănătății mentale a personalului medical a devenit un subiect dezbătut în literatura de specialitate internațională, însă informații minimale sunt disponibile în ceea ce privește măsura în care factorii de natură socială, psihologică și organizațională intervin asupra nivelului de stres, depresie, anxietate și insatisfacție profesională, în rândul cadrelor medicale din România” (Ștefenel, Ștef. 2009: 17-20).

“Prin însăși specificul profesiei lor, angajații din sectorul medical, frecvent confrunțați cu gestionarea situațiilor urgente și cu un grad ridicat de risc uman, se expun la sindromul epuizării profesionale sau burnout” (Ștefenel, Ștef. 2009: 17-20).

În ceea ce privește ipotezele emise în cadrul acestei cercetări, două dintre acestea s-au confirmat și două nu. Chiar dacă rezultatele obținute nu sunt îngrijorătoare, în comparație cu cele ale studiilor efectuate în alte state, ar trebui implementate anumite măsuri de prevenție și de optimizare a activității personalului medical.

Media rezultatelor obținute de participanții de sex feminin la inventarul de depresie Beck este semnificativ mai mare, fapt ce confirmă ipoteza conform căreia nivelul depresiei la femei este mai ridicat decât la bărbați.

În ceea ce privește satisfacția în muncă, ipoteza conform căreia ar exista o corelație între aceasta și nivelul depresiei, nu s-a confirmat. Ținând cont de faptul că majoritatea rezultatelor obținute de participanți la Job Satisfaction Survey se încadrează în cel de-al doilea interval, ceea ce înseamnă ambivalență, iar cele obținute la inventarul de depresie Beck, sunt situate aproape în totalitate (două persoane fac excepție) în primul interval (aceste sușuri și coborâșuri sunt considerate normale), pot afirma că satisfacția în muncă nu are o influență semnificativă asupra depresiei, la personalul medical investigat.

Ipoteza conform căreia se presupune că nivelul stresului ocupațional corelează cu nivelul depresiei, s-a confirmat, fapt ce evidențiază condițiile stresante în care își desfășoară activitatea personalul medical. Dintre participanți, 12 au obținut o rată mai mare de 1 la chestionarul “Effort-Reward Imbalance Questionnaire”, ceea ce înseamnă că sunt expuși unui dezechilibru, din cauza nivelului relativ crescut de stres.

Ultima ipoteză, care constă în presupunerea că nivelul anxietății corelează cu nivelul depresiei, s-a infirmat. Având în vedere faptul că rezultatele obținute la scala Hamilton nu evidențiază un nivel ridicat al anxietății, iar cele obținute la inventarul de depresie Beck, se situează aproape în totalitate în intervalul optim (aceste sușuri și coborâșuri sunt considerate normale), pot afirma că anxietatea nu are o influență semnificativă asupra depresiei, la personalul medical investigat.

“Cu certitudine, ajustarea anumitor aspecte precum echilibrul dintre cerințe și așteptăridin partea pacienților sau superiorilor, implementarea de sus în jos a unui management organizațional eficient sunt câteva dintre condițiile minimale ce pot duce la îmbunătățirea satisfacției în muncă și a reducerii stresului, la nivelul personalului medical investigat” (Ștefenel, Ștef. 2009: 17-20).



“Această cercetare necesită a fi continuată pe eșantioane mai ample, din mai multe unități și departamente medicale, combinând atât metode de cercetare cantitative și calitative, cât și alte variabile psihosociologice, pentru a permite generalizarea rezultatelor acestui studiu, la nivelul întregii populații care își desfășoară activitatea în mediul sanitar românesc” (Ștefenel, Ștef. 2009: 17-20).

Bibliografie

- Abbas, M.A.F, Abu Zaid, L.Z., Hussaein, M., Bakheet, K.H., AlHamdan, N.A. (2012). Anxiety and depression among nursing staff at King Fahad Medical City, Kingdom of Saudi Arabia. *Journal of American Science*, 8(10),pp. 788-794.
- Ardelean, M., Suci R., Nireștean A. (2006). Tulburări din spectrul anxietății: anxietate, obsesie, compulsie. București: Editura Medicală Callisto.
- Bhatia, M. S. (2009). *Dictionary of psychology and allied sciences*. New Delhi: New Age International (P) Ltd., Publishers.
- Bhattacharjee, S., Ray, K., Roy, J. K., Mukherjee, A., Roy, H., Datta, S. (2016). Job Satisfaction among doctors of a government medical college and hospital of eastern India. *Nepal Journal of Epidemiology*, 6(3), pp. 596–602.
- Bogdan-Tucicov, A., Chelcea, S., Golu, M. (1981). *Dicționar de psihologie socială*.
- Bolea, Z., Platon, C. (2009). Studiul depresiei la adolescenți din perspectiva de gen. București: Editura Științifică și Enciclopedică.
- Colman, A. M. (2009). *Dictionary of psychology*. New York: Oxford University Press.
- Creangă, M., Gîtlan, A. (2013). Modalități de investigare a satisfacției în muncă la personalul medical. *Revista medicală română*, vol. LX, nr. 1, pp. 63-76.
- Derevenco, P., Anghel, I., Băban, A. (1992). Stresul în sănătate și boală. Cluj-Napoca: Derevenco, P., Anghel, I., Băban, A. (1992). Stresul în sănătate și boală
- Doron, R., Parot, F. (2006). *Dicționar de psihologie*. București: Editura Humanitas.
- Drăghici, A., (2013). Anxietatea - cadru general de analiză a fenomenului patologic și de dispoziție emoțională normală. *Acta Medica Transilvanica*, 2(1), pp. 127-129. Editura Dacia.
- Enăchescu, C. (2005). *Tratat de psihopatologie*. București: Editura Tehnică.
- Gaboș Grecu, I., Gaboș, M., Raduly, L., Szabo, K. G., Vargha, J. L. (2007). Depresia –
- Gherardi-Donato, E.C.S (2015). Association between depression and work stress in nursing professionals with technical education level. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(4), pp. 733–740.
- Gociu, A. (2012). Tulburari depresive pe fond psihoorganic (teză de doctorat). Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa”, Iași.
- Holdevici, I. (2002). *Psihoterapia anxietății*. Abordări cognitiv-comportamentale. București: Editura Dual Tech.
- Isra A., Haseena B., Reem A-F., Reem A-S. (2009). Cognitive emotions: depression and anxiety in medical students and staff. *Journal of Critical Care*, volume 24, issue 3, pp. e1–e7.
- Kay, J., Tasman, A. (2006). *Essentials of psychiatry*. The Atrium, Southern Gate, Chichester, West Sussex, England: John Wiley & Sons Ltd.
- Madaan, N. (2008). Job satisfaction among doctors in a tertiary care teaching hospital. *JK Science*, 10(2), pp. 81-83.



Maftai, D. , Maftai, C. V. (2015). Anxietatea si consecințele acesteia asupra climatului

Matsumoto, D. (2009). The Cambridge dictionary of psychology. New York: Cambridge

medical: o abordare calitativă. AMT, vol II, nr. 2, pp. 17-20.

metode de disgnostic și tratament. O abordare psihiatrică și psihologică. Târgu Mureș: Editura Farmamedia.

Mihăilescu, A., Matei, V., Cioca, I., Iamandescu, I. B. (2011). Stresul perceput – predictor al anxietății și depresiei la un grup de studenți în primul an la medicină. Practica medicală, vol. VI, nr. 2(22), pp. 150-154.

Nemes, B. (2011). Stres si depresie. De la adaptare la psihopatologie (teză de doctorat), Universitatea de Medicină și Farmacie “Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca.

Nolen-Hoeksema, S. (2001). Gender differences in depression. Current Directions in Psychological Science, vol. 10, issue 5, pp. 173-176.

organizațional din cadrul instituțiilor Sistemului Național de Apărare, Ordine Publică si Siguranță Națională. Impactul transformărilor socio-economice și tehnologice la nivel national, european si mondial, nr.4, vol.4, pp. 141-149.

Patriche, D., Filip, I., Tănase, C. (2015). Epidemiologia depresiei. Revista medicală

Popescu-Neveanu, P. (1978). Dicționar de psihologie. București: Editura Albatros.

română, vol. LXII, nr. 3, pp. 260-262.

Studii și cercetări din domeniul științelor socio-umane, vol. 18, pp. 27-34.

Ștefenel, D., Ștef, L. (2009). Satisfacția profesională și sindromul burnout la personalul

Tudose, F. (2000). O abordare modernă a psihologiei medicale. București: Editura Info Medica.

University Press.