

MACIEJ WALKIEWICZ, MAŁGORZATA TARTAS, MIKOŁAJ MAJKOWICZ,
WALDEMAR BUDZIŃSKI

JAKOŚĆ ŻYCIA LEKARZY REZYDENTÓW – ABSOLWENTÓW GDAŃSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO

QUALITY OF LIFE OF MEDICAL RESIDENTS – GRADUATES OF MEDICAL UNIVERSITY OF GDAŃSK

Katedra Psychologii
Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego
kierownik: prof. dr hab. Mikołaj Majkiewicz

Prezentowana praca jest fragmentem większego projektu – badań podłużnych dotyczących adaptacji do studiów medycznych i psychologicznych uwarunkowań sukcesu w zawodzie lekarza. Niniejszy fragment przedstawia psychologiczną sytuację lekarzy rezydentów. W części pierwszej przedstawiono ogólne informacje na temat jakości życia lekarzy w Polsce. W drugiej części porównana została jakość życia lekarzy rezydentów, absolwentów Wydziału Lekarskiego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, z jakością życia innych Polaków z populacji generalnej oraz najbardziej zbliżonych do nich podgrup społeczno-demograficznych. Na podstawie przeprowadzonych badań można stwierdzić, że jakość życia młodych lekarzy jest generalnie wyższa niż porównywanych grup. Badani są szczęśliwsi od innych, lepiej oceniają swoje dotychczasowe życie, są także bardziej zadowoleni z poszczególnych obszarów własnego życia. Praca zawodowa jest jednak dla młodych lekarzy czynnikiem znacznie bardziej stresującym niż dla porównywanych grup.

WSTĘP

W ostatnich latach w Polsce nastąpiły przemiany systemu opieki zdrowotnej. Czas ten stanowił wyzwanie dla lekarzy i dla pacjentów. W medycynie coraz większą popularność zyskują także badania dotyczące jakości życia [2, 8]. Niewiele z tych doniesień dotyczy jednak jakości życia samych lekarzy, a trudno zaprzeczyć, że efektywność leczenia zależy również od zachowania i stanu psychofizycznego osoby leczącej. Prezentowana praca jest fragmentem większego przedsięwzięcia badań podłużnych dotyczących adaptacji do studiów medycznych oraz psychologicznych uwarunkowań sukcesu w zawodzie lekarza. Projekt ten prowadzony jest od 1999 roku, początkowo ramach Samodzielnej Pracowni Psychologii Medycyny, a następnie

kontynuowany przez ten sam zespół w ramach Zakładu Badań nad Jakością Życia Katedry Psychologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego [1, 10, 11, 12, 13].

Niniejszy fragment ma na celu przedstawienie psychologicznej sytuacji lekarzy rezydentów, absolwentów Wydziału Lekarskiego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego na tle innych grup społecznych. W pierwszej, teoretycznej części pracy przedstawiono informacje na temat warunków i jakości życia lekarzy w Polsce. W części badawczej porównana została jakość życia lekarzy rezydentów, absolwentów Wydziału Lekarskiego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, z jakością życia Polaków z populacji generalnej, a także najbardziej zbliżonych do nich podgrup społeczno-demograficznych i zawodowych.

Aktualnych informacji na temat jakości życia lekarzy na tle polskiego społeczeństwa dostarcza raport „Diagnoza Społeczna 2011. Warunki i jakość życia Polaków” [9]. Celem tej publikacji jest uzupełnienie informacji o Polakach opartych na wskaźnikach instytucjonalnych np. Głównego Urzędu Statystycznego. Projekt „Diagnoza Społeczna” ma charakter podłużny i najprawdopodobniej jest największym w Europie badaniem psychologicznym. Do tej pory opublikowano sześć raportów, a w pomiarach wzięły udział w dużej części te same osoby [3, 4, 5, 6, 7, 9]. Dzięki wynikom tych studiów można śledzić zmiany w polskim społeczeństwie w okresie transformacji społecznych ostatniego dziesięciolecia. Można również sporządzić charakterystykę warunków i jakości życia polskich lekarzy w porównaniu do innych grup społeczno-demograficznych i zawodowych, czyli osób w wieku 25-34 lata oraz osób z wykształceniem wyższym i policealnym.

Na podstawie raportu można stwierdzić, że udział kobiet w grupie zawodowej lekarzy wynosi 72% i warto zwrócić uwagę, że wśród zawodów o „wyższym statusie społecznym” jest to największy wskaźnik sfeminizowania. Poza tym 33% osób w tej grupie to single, odsetek osób żyjących w małżeństwie wynosi 55%, a rozwiedzionych lub w separacji jest 7%. Natomiast 50% lekarzy ma na utrzymaniu dzieci.

W kontekście informacji medialnych z ostatnich lat dostarczających niepokojących danych na temat emigracji polskich lekarzy warto przyjrzeć się ich warunkom życia i pracy zawodowej. Okazuje się, że pomimo, iż w latach 2007-2011 4% polskich lekarzy pracowało poza granicami kraju, w 2011 roku tylko 3% deklarowało zamiar wyjazdu do pracy za granicę w ciągu najbliższych dwóch lat. Odsetek osób bez pracy w tej grupie zawodowej w latach 2009-2010 wynosił 5%. Polscy lekarze deklarowali również, że pracy zawodowej poświęcają średnio 42 godziny w tygodniu. Warto podkreślić, że większość lekarzy deklaruje duże zadowolenie z wykonywanej pracy (71%) i własnych osiągnięć (65%). Być może jednym z powodów tego stanu rzeczy jest fakt, iż lekarze w naszym kraju należą do osób uzyskujących najwyższe wynagrodzenia. W ostatnich latach ta grupa zawodowa zanotowała największy wzrost zarobków. W 2007 roku lekarze zarabiali średnio miesięczne ok. 3000 złotych netto i zajmowali piąte miejsce w rankingu wynagrodzeń, a w 2009 roku 4700 złote netto i zmienili pozycję w rankingu na pierwszą. Kolejne pozycje zajmują: prawnicy, nauczyciele szkół wyższych, kadra zarządzająca oraz informatycy. Autorzy raportu zwracają także uwagę na „zmiany stopy zwrotu ze studiów medycznych” tłumacząc, że prawdopodobnie „...związane są one z dynamiką płac w ochronie zdrowia. Według Ministerstwa Zdrowia średni wzrost łącznych wynagrodzeń lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę od września 2006 r. do maja 2009 r. wyniósł od 104% (lekarze z drugim stopniem specjalizacji) do 120% (lekarze z pierwszym stopniem specjalizacji). Późniejszy wzrost zarobków lekarzy nie był już tak dynamiczny. Tłumaczy to, dlatego w okresie 2003-2009 stopa zwrotu za studia medyczne skoczyła aż od 30 do 137%,

aby w kolejnych dwóch latach spaść o połowę do 70%, plasując medycynę ponownie na drugim miejscu po prawie i administracji” [9].

Spoglądając bardziej ogólnie na kwestię jakości życia lekarzy w Polsce można zauważyć, iż aktualnie zajmują oni czwarte miejsce w rankingu pod względem ogólnego wskaźnika jakości życia. Warto podkreślić, że w stosunku do roku 2009 oznacza to awans z ósmego miejsca (tabela 1). Ogólnie rzecz biorąc lekarze w Polsce, obok nauczycieli akademickich, informatyków oraz przedstawicieli władzy i wyższej kadry kierowniczej, należą do osób o najwyższym ogólnym wskaźniku jakości życia. Są jednymi z najszcześliwszych, najlepiej oceniających swoje życie, najbardziej zadowolonych ze swoich osiągnięć i perspektyw na przyszłość. Stosunkowo często uprawiają sporty i dbają o kondycję fizyczną. Warto jednak zauważyć, że lekarze posiadają najmniej przyjaciół ze wszystkich porównywanych grup społecznych.

Tabela I. Jakość życia lekarzy w Polsce w latach 2009-2011 według wielkości wskaźnika ogólnego i porównanie z innymi grupami zawodowymi wg ISCO – The International Standard Classification of Occupations. Źródło: „Diagnoza Społeczna 2011”

Table I. The quality of life of medical doctors in Poland in the years 2009-2011 according to the general index and other occupational groups by ISCO – The International Standard Classification of Occupations. Source: „Social Diagnosis 2011”

JAKOŚĆ ŻYCIA (miejsce w rankingu) QUALITY OF LIFE (ranking)	2011	2009
Nauczyciele szkół wyższych Univeristy teacher	0,98 (1)	1,32 (1)
Informatycy, analitycy, programiści IT managers, analysts, programmers	0,97 (2)	0,99 (4)
Lekarze Medical doctors	0,97 (4)	0,78 (8)
Władze i wyższa kadra kierownicza Officers and senior management	0,94 (4)	0,99 (2)
Inżynierowie Engineers	0,89 (5)	0,84 (4)
Specjaliści ds. administracji i zarządzania, prawnicy Specialists of administration and management, lawyers	0,83 (6)	0,84 (5)

Czapiński i Panek w swoim raporcie wyróżnili osiem wymiarów jakości życia i porównali 39 grup zawodowych. Używając tego kontekstu można scharakteryzować grupę lekarzy pod względem pozytywnych i negatywnych aspektów oceny jakości życia.

Pozytywny obszar oceny jakości życia

Lekarze w Polsce zajmują trzecie miejsce pod względem poziomu cywilizacyjnego, rozumianego jako: poziom wykształcenia, posiadanie nowoczesnych urządzeń komunikacyjnych i bycie z nimi oraz czynna znajomość języków obcych. Poza tym lekarze znajdują się na dru-

gim miejscu w rankingu na wymiarze dobrobytu materialnego, czyli: dochodów gospodarstwa domowego na osobę, liczby posiadanych przez gospodarstwo dóbr i urządzeń. Medycy zajmują także drugie miejsce na wymiarze dobrostanu psychicznego, oznaczającego: poczucie szczęścia, zadowolenie z całego dotychczasowego życia i minionego roku. W obu wymienionych aspektach pierwsze miejsce zajmują przedstawiciele władzy i wyższej kadry kierowniczej. Z kolei na wymiarze dobrostanu fizyczny (zdrowie) lekarze zajmują trzecie miejsce w rankingu. Wymiar ten oznacza: liczbę symptomów somatycznych występujących co najmniej przez pół miesiąca, czy też poważną chorobę w minionym roku.

Negatywny obszar oceny jakości życia

Polscy lekarze znajdują się jednak aż na dwudziestym trzecim miejscu na wymiarze jakości życia jakim jest dobrostan społeczny. Tak więc pomimo wysokiego poziomu cywilizacyjnego i materialnego oraz dobrostanu psychicznego i fizycznego, posiadają stosunkowo niewielką liczbą przyjaciół, czują się osamotnieni i nieszanowani. Na wymiarze stres życiowy lekarze zajmują bardzo wysokie, drugie miejsce. Bardziej zestresowani są tylko informatycy. Warto także zwrócić uwagę, że polscy lekarze są mało aktywni społecznie. Zajmują dwudzieste trzecie miejsce w rankingu jakości życia właśnie pod względem kapitału społecznego. Nie angażują się na rzecz środowiska lokalnego, udziału w wyborach, przynależności do organizacji i pełnienia w nich jakichś funkcji. Analiza pod kątem natężenia zjawisk patologicznych umiejscawia polskich lekarzy na bardzo wysokim, bo aż na siódmym miejscu w rankingu. W skład tego wymiaru wchodzi: bycie sprawcą lub ofiarą łamania prawa, nadużywanie alkoholu i używanie narkotyków, wizyty u psychiatry lub psychologa rozumiane jako próba radzenia sobie z sytuacjami patologicznymi [9].

Podsumowując przedstawiona analiza danych sugeruje dość zróżnicowany obraz jakości życia lekarzy w Polsce. Wydają się być zadowoleni z własnych osiągnięć życiowych, wykonywanej pracy, zarobków i perspektyw na przyszłość. Jednocześnie charakteryzują się stosunkowo słabym zdrowiem, niewielką liczbą przyjaciół oraz poczuciem osamotnienia, a także stosunkowo wysokim poziomem natężeniem zjawisk patologicznych, takich jak np.: uzależnienia od środków psychoaktywnych. Może to świadczyć o niejednorodności jakości życia lekarzy w Polsce. Zastanawiająca jest polaryzacja sfery zawodowej i różnych aspektów przystosowania społecznego. Intrygujące wydaje się, dlaczego tak jest, i w którym momencie zaczyna się opisywany proces? Czy dotyczy młodych lekarzy, czy rozpoczyna się w późniejszym okresie?

CEL PRACY

Celem prezentowanej pracy jest porównanie jakości życia lekarzy rezydentów, absolwentów Wydziału Lekarskiego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, z populacją generalną Polaków oraz najbardziej zbliżonych do nich podgrup społeczno-demograficznych: osób w wieku 25-34 lata oraz osób z wykształceniem wyższym i policealnym.

Badanie obejmuje dwa istotne w koncepcji oceny jakości życia obszary: pozytywny i negatywny. Obszar pozytywny składa się z: ogólnego dobrostanu psychicznego oraz zadowolenia z poszczególnych dziedzin życia. Obszar negatywny składa się z: poziomu doświadczanego stresu życiowego, strategii radzenia sobie z trudnościami życiowymi oraz zachowań autodestrukcyjnych.

Dla zrealizowania celu badawczego postawiono następujące pytania:

1. Czy lekarze rezydenci, absolwenci Wydziału Lekarskiego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, różnią się pod względem pozytywnego obszaru jakości życia od populacji generalnej Polaków oraz najbardziej zbliżonych do nich podgrup społeczno-demograficznych?
2. Czy lekarze rezydenci, absolwenci Wydziału Lekarskiego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, różnią się pod względem negatywnego obszaru jakości życia od populacji generalnej Polaków oraz najbardziej zbliżonych do nich podgrup społeczno-demograficznych?

MATERIAŁ I METODA

Grupa badana

Badaniami objęto grupę lekarzy rezydentów, absolwentów Wydziału Lekarskiego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Procedura realizowana była w latach 2008-2009 we współpracy z Okręgową Izbą Lekarską w Gdańsku oraz Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi. Prezentowana praca jest fragmentem większego projektu, w ramach którego przez siedem lat (1999-2005) badano grupę studentów Wydziału Lekarskiego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego pod kątem psychologicznych aspektów adaptacji do studiów medycznych. W 2009 roku osoby te (N=255) zostały poproszone o kontynuację udziału w projekcie. Część z nich podjęła zaproszenie (N=57, w dniu 1 lipca 2009 roku $M=29,5(\pm 0,8)$ lat, 69% kobiet).

Procedura i narzędzia badawcze

Osoby badane otrzymały list wysłany przez Okręgową Izbę Lekarską w Gdańsku z prośbą o wypełnienie elektronicznego kwestionariusza. W skład kwestionariusza wchodziły wybrane pytania z raportu „Diagnoza Społeczna 2009” [7]. Dzięki temu możliwe było porównanie jakości życia młodych lekarzy z populacją generalną Polaków (N=26178). Ponadto porównano jakość życia badanych lekarzy do najbardziej zbliżonych do nich podgrup społeczno-demograficznych: osób w wieku 25-34 lata (N=4188) oraz osób z wykształceniem wyższym i policealnym (N=4895). Pytania kwestionariusza dotyczyły dwóch obszarów związanych z pozytywnymi i negatywnymi aspektami oceny jakości życia.

1. Pozytywny obszar oceny jakości życia.
 - 1.1. Ogólny dobrostan psychiczny mierzono na podstawie oceny poczucia szczęścia dotyczącej ostatnich dni oraz oceny całego dotychczasowego życia.
 - 1.2. Zadowolenie z poszczególnych dziedzin życia. W „Diagnozie Społecznej” skala ta składała się z dwudziestu dwóch różnych dziedzin i wymiarów życia, obejmujących niemal cały obszar zainteresowań i aktywności przeciętnego człowieka m.in.: społecznego, materialnego, środowiskowego i zdrowotnego. W prezentowanej pracy umieszczono dodatkowe pytanie dotyczące zadowolenia „ze stosunków ze współpracownikami i przełożonymi”.
2. Negatywny obszar oceny jakości życia.

- 2.1. Stres życiowy. Natężenie stresu życiowego uznaje się za jeden z najważniejszych czynników różnicujących dobrostan psychiczny. W „Diagnozie Społecznej” wyróżniono jedenaście kategorii stresu życiowego, jednak do celu prezentowanych badań wyodrębniono pytania z trzech obszarów: stresu zdrowotnego, finansowego i wynikającego z pracy zawodowej.
- 2.2. Strategie radzenia sobie z problemami i trudnościami. W zastosowanej w „Diagnozie Społecznej” skali wyróżniono dwa zadaniowe i pięć emocjonalnych sposobów reagowania na trudne sytuacje życiowe oraz strategię radzenia sobie przez bezradność.
- 2.3. Zachowania autodestrukcyjne. Pytanie dotyczące picia alkoholu odnosiło się do zwyczajowego reagowania na kłopoty, czy trudne sytuacje życiowe i wśród odpowiedzi zawierało twierdzenie „sięgam po alkohol”. Dodatkowo zapytano badanych o systematyczne palenie papierosów.

Zastosowane procedury statystyczne

Zastosowano analizy opisowe pokazujące rozkłady częstości występowania różnych zjawisk np. ogólnego dobrostanu psychicznego badanych lekarzy na tle innych Polaków. W grupie tej znalazły się analizy tabel krzyżowych poparte testami Chi-kwadrat i t-Studenta. Należy dodać, że w niektórych przypadkach autorzy raportu „Diagnoza Społeczna” nie podają wartości odchylenia standardowego wskaźników jakości życia. Dlatego przyjęto, że jest ono równe odchyleniu standardowemu w badanej próbie lekarzy. Do analizy statystycznej zastosowano pakiet statystyczny „Statistica” na licencji Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

WYNIKI

1. Pozytywny obszar oceny jakości życia.

1.1. Ogólny dobrostan psychiczny (tabela II).

Większość badanych oceniając swoje życie w ciągu ostatnich dwóch tygodni deklaro- wało, że są „bardzo szczęśliwi” lub „dosyć szczęśliwi”. Wynik analizy testem Chi-kwadrat wskazuje, że różnice pomiędzy badanymi lekarzami a populacją generalną Polaków, podgrupą osób w wieku 25-34 lata oraz podgrupą osób z wykształceniem wyższym i policealnym były istotne statystyczne ($p < 0,0001$). Szczegółowa analiza pokazała, że badani lekarze różnili się od porównywanych grup prawie we wszystkich aspektach oceny ostatnich dwóch tygodni. Odpowiedź „bardzo szczęśliwy” badani deklarowali istotnie częściej od wszystkich porównywanych grup, a odpowiedź „dosyć szczęśliwy” istotnie rzadziej niż osoby w wieku 25-34 lata i osoby z wykształceniem wyższym i policealnym. Ponadto odpowiedzi „niezbyt szczęśliwy” i „nieszczęśliwy” młodzi lekarze wybierali rzadziej niż populacja generalna Polaków. Badani oceniając całe dotychczasowe życie najczęściej deklarowali, że było ono „udane” lub „dosyć dobre”. Różnice pomiędzy badanymi lekarzami a porównywanymi grupami były istotne statystyczne ($p < 0,0001$). Szczegółowa analiza pokazała, że badani lekarze różnili się od wszystkich porównywanych grup wyższą oceną życia jako „wspaniałego”.

Tabela II. Porównanie ogólnego dobrostanu psychicznego badanych lekarzy, absolwentów Wydziału Lekarskiego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, z wynikami raportu „Diagnoza Społeczna 2009”

Table II. Comparison of general well-being of medical doctors graduates Medical University of Gdansk, with the results of the report “Social Diagnosis 2009”

OGÓLNY DOBROSTAN PSYCHICZNY % odpowiedzi	GENERAL WELL-BEING % of responses	Lekarze absolwenci GUMed Medical doctors, graduates MUG N=57	Polacy ogółem General population of Poland N=26178	Wiek 25-34 lata Aged 25-34 years N=4188	Wykształcenie wyższe i policealne Higher and post-secondary education N=4895
--	-----------------------------------	--	--	---	--

Biorąc wszystko razem pod uwagę, jak oceniliby Pan/Pani swoje życie w ostatnich dwóch tygodniach, czy mógłby Pan/Pani powiedzieć, że jest:

Taking under the consideration your life during last two weeks, could you say it was:

Nieszczęśliwy	Unhappy	0,00	2,45 ***	1,13	0,77
Niezbyt szczęśliwy	Not Happy	7,02	21,92 **	13,43	12,30
Dosyć szczęśliwy	Quite happy	52,63	66,50	71,30 **	73,36 **
Bardzo szczęśliwy	Very happy	40,35	9,13 ***	14,14 ***	13,57 ***

Jak ocenia Pan/Pani swoje całe dotychczasowe życie, czy mógłby Pan/Pani powiedzieć, że było:

Taking under the consideration your whole life, could you say it was:

Okropne	Awful	0,00	0,50	0,38	0,21
Nieszczęśliwe	Unhappy	0,00	1,06	0,53	0,27
Niezbyt udane	Not very successful	0,00	5,37	4,12	3,04
Ani dobre, ani złe	Neither good nor bad	5,26	16,45	11,28	8,34
Dosyć dobre	Pretty good	29,83	33,95	33,80	33,95
Udane	Successful	50,88	38,66	44,76	48,86
Wspaniałe	Great	14,03	4,01 ***	5,13 **	5,32 **

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

1.2. Zadowolenie z poszczególnych dziedzin życia (tabela III).

Badani lekarze oceniając zadowolenie z poszczególnych dziedzin swojego życia najczęściej wymieniali: „dzieci”, „możliwość zaspokojenia potrzeb żywnościowych”, „małżeństwo”,

„wyszktałenie”, „stan zdrowia”, oraz „perspektywy na przyszłość”, a najrzadziej „normy moralne panujące w otoczeniu” oraz „sytuację w kraju”. Porównano średnie wyniki badanych lekarzy ze średnimi wynikami w populacji generalnej Polaków testem t-Studenta. Badani lekarze w porównaniu do Polaków ogółem byli bardziej zadowoleni z połowy (dziesięć na dwadzieścia możliwych) obszarów swojego życia. Zdecydowanie bardziej zadowoleni byli z: „możliwości zaspokojenia potrzeb żywnościowych”, „własnego wykształcenia”, „stanu własnego zdrowia”, „perspektyw na przyszłość”, „życia seksualnego”, „stanu bezpieczeństwa w miejscu zamieszkania”, „własnych osiągnięć życiowych”, „poziomu dostępnym dóbr i usług”, „sytuacji finansowej własnej rodziny” oraz „obecnych dochodów rodziny”.

Tabela III. Porównanie średniego stopnia zadowolenia z poszczególnych dziedzin życia badanych lekarzy, absolwentów Wydziału Lekarskiego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, z wynikami raportu „Diagnoza Społeczna 2009”

Table III. Comparison of average level of satisfaction with particular areas and aspects of the life of medical doctors graduates Medical University of Gdansk, with the results of the report “Social Diagnosis 2009”

ZADOWOLENIE Z POSZCZEGÓLNYCH DZIEDZIN ŻYCIA	SATISFACTION WITH PARTICULAR AREAS AND ASPECTS OF LIFE	Lekarze absolwenci GUMed	Polacy ogółem
Chciałbym, aby Pan/Pani ocenił/a teraz poszczególne dziedziny swego życia i powiedział/a, w jakim stopniu jest Pan/Pani z każdej z nich zadowolony/a. Oceny proszę zaznaczyć przy wybranej cyfrze obok danej dziedziny życia. 1 – Bardzo zadowolony/a; 2 – Zadowolony/a; 3 – Dosyć zadowolony/a; 4 – Dosyć niezadowolony/a; 5 – Niezadowolony/a; 6 – Bardzo niezadowolony/a; 0 – Nie dotyczy	Please assess the individual aspects of your life, and say how much are you satisfied of them. 1 – Very satisfied; 2 – Satisfied; 3 – Quite happy; 4 – Quite dissatisfied; 5 – Dissatisfied; 6 – Very dissatisfied; 0 – Not applicable	Medical doctors, graduates MUG N=56	General population of Poland N=26178
Dzieci	Children	1,59 (1)	1,83 (1)
Możliwości zaspokojenia potrzeb żywnościowych	Possibility to satisfy one's nutritional needs	1,79 (2)	2,86 (11) ***
Małżeństwa	Marriage	1,81 (3)	2,03 (2)
Własnego wykształcenia	Own educational level	1,82 (4)	2,98 (14) ***
Stanu własnego zdrowia	Own health condition	2,18 (5)	3,00 (15) ***
Perspektyw na przyszłość	Future prospects	2,30 (6)	3,49 (18) ***
Stosunków z najbliższymi w rodzinie	Relationships with close family members	2,32 (7)	2,16 (3)
Życia seksualnego	Sexual life	2,39 (8)	2,69 (6) *
Stosunków ze współpracownikami i przełożonymi [#]	Relations with colleagues and superiors	2,40	

Stanu bezpieczeństwa w miejscu zamieszkania	Safety in the place of residence	2,41 (9)	2,69 (7) *
Stosunków z kolegami (grupą przyjaciół)	Relationships with friends (group of friends)	2,43 (10)	2,43 (4)
Miejscowości zamieszkania	Place of residence	2,48 (11)	2,54 (5)
Własnych osiągnięć życiowych	Own life achievements	2,50 (12)	2,95 (13) ***
Poziomu dostępnych dóbr i usług	The level of available goods and services	2,54 (13)	2,84 (10) *
Warunków mieszkaniowych	Housing conditions	2,55 (14)	2,74 (8)
Sposobu spędzania wolnego czasu	Manner of spending leisure time	2,70 (15)	2,88 (12)
Sytuacji finansowej własnej rodziny	The financial situation of the family	2,71 (16)	3,33 (17) ***
Obecnych dochodów rodziny	Current income of the family	2,77 (17)	3,49 (19) ***
Pracy	Work	2,79 (18)	2,77 (9)
Norm moralnych panujących w otoczeniu	Moral standards in one's environment	3,43 (19)	3,18 (16)
Sytuacji w kraju	The situation in the country	4,10 (20)	4,30 (20)

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

W nawiasach podano rangi wyników / In parentheses are the ranks of the results.

#Pytanie o stosunki ze współpracownikami i przełożonymi nie występowało w „Diagnozie Społecznej 2009” / The question about relations with colleagues and superiors did not exist in “Social Diagnosis 2009”.

2. Negatywny obszar oceny jakości życia.

2.1. Stres życiowy (tabela IV).

Do celu prezentowanych badań pod uwagę wzięto jedynie trzy z jedenastu kategorii stresu życiowego wyodrębnionych w „Diagnozie Społecznej 2009” [7]. Były to: stres zdrowotny, finansowy i związany z pracą zawodową. Wynik analizy testem Chi-kwadrat wskazał, że różnice pomiędzy badanymi lekarzami a innymi podgrupami były istotne statystycznie ($p < 0,0001$). Szczegółowa analiza różnic pokazała, że badani lekarze prezentowali niższy niż Polacy ogółem poziom stresu zdrowotnego, a wyższy od wszystkich porównywanych grup stres związany z pracą zawodową.

2.2. Strategie radzenia sobie z problemami i trudnościami (tabela V).

Badani lekarze najczęściej stosowali strategie zadaniowe, a rzadziej strategie emocjonalne. Wynik analizy testem Chi-kwadrat wskazał, że różnice pomiędzy badanymi lekarzami a porównywanymi grupami były istotne statystycznie ($p < 0,0001$). Szczegółowa analiza pokazała, że badani lekarze w porównaniu do innych istotnie częściej stosowali strategie zadaniowe: „zwracam się o radę i pomoc od innych ludzi” oraz „mobilizuję się i przystępuję do działania”.

Tabela IV. Porównanie stresu życiowego badanych lekarzy, absolwentów Wydziału Lekarskiego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, z wynikami raportu „Diagnoza Społeczna 2009”

Table IV. Comparison of life stress of medical doctors graduates Medical University of Gdansk, with the results of the report “Social Diagnosis 2009”

STRES ŻYCIOWY % odpowiedzi	LIFE STRESS % of responses	Lekarze absolwenci GUMed Medical doc- tors, graduates MUG N=57	Polacy ogółem General popula- tion of Poland N=26178	Wiek 5-34 lata Aged 25-34 years N=4188	Wykształcenie wyższe i policealne Higher and post- secondary education N=4895
----------------------------------	-------------------------------	--	--	--	--

ZDROWIE – Przez dłuższy okres czasu problemy ze zdrowiem utrudniały Panu/Pani wykonywanie codziennych zajęć lub branie udziału w innych zajęciach:

HEALTH – For a long period of time, health problems prevented you perform daily activities or participate in other activities:

Często	Often	5,36	12,72	3,52	6,00
Zdarzyło się	From time to time	30,36	43,06	31,84	40,17
Nigdy	Never	64,29	44,22 **	64,64	53,83

FINANSE – Przez dłuższy okres czasu problemy i kłopoty finansowe przysparzały Panu/Pani zmartwień i utrudniały życie:

FINANCE – For a long period of time financial problems worried you and inhibited your life:

Często	Often	16,07	19,62	16,77	11,31
Zdarzyło się	From time to time	50,00	54,58	56,84	52,40
Nigdy	Never	33,93	25,80	26,39	36,28

PRACA – Przez dłuższy okres czasu odczuwał Pan/Pani nadmiar obowiązków w pracy, którym nie mógł poddać:

WORK – For a long period of time you had to much duties at work, you could not cope:

Często	Often	17,65	6,61 ***	5,27 ***	6,60 ***
Zdarzyło	From time to time	52,94	49,84	48,15	48,10
Nigdy	Never	29,41	43,55 *	46,58 **	45,31 *

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Tabela V. Porównanie strategii radzenia sobie z problemami i trudnościami badanych lekarzy, absolwentów Wydziału Lekarskiego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, z wynikami raportu „Diagnoza Społeczna 2009”

Table V. Comparison of medical doctors graduates Medical University of Gdansk coping strategies with the results of the report “Social Diagnosis 2009”

STRATEGIE RADZENIA SOBIE % odpowiedzi	COPING STRATEGIES % of responses	Lekarze absolwenci GUMed	Polacy ogółem	Wiek 25-34 lata	Wykształcenie wyższe i policealne
Proszę zaznaczyć, jak zazwyczaj reaguje Pan/Pani na kłopoty, czy trudne sytuacje w swoim życiu (można wybrać więcej niż jedną z możliwości)	Please indicate how do you usually cope with difficult situations in your life (you can select more than one option)	Medical doctors, graduates MUG N=57	General population of Poland N=26178	Aged 25-34 years N=4188	Higher and post-secondary education N=4895
Zwracam się o radę i pomoc do innych ludzi [Z]	I ask for advice and help to other people [Z]	81,82 (1)	43,40 ***	51,95***	50,58 ***
Mobilizuję się i przystępuję do działania [Z]	I mobilize and effect [Z]	78,18 (2)	54,88 ***	63,47 *	71,90
Modlę się o pomoc do Boga [E]	I pray to God for help [E]	30,91 (3)	28,37	21,17	27,75
Pocieszam się myślą, że mogło być jeszcze gorzej, lub że innym jest jeszcze gorzej [E]	I console myself with the thought that it could be worse, or that the others have even worse [E]	27,27 (4)	36,17	34,48	30,36
Zajmuję się innymi rzeczami, które odwracają moją uwagę i poprawiają nastrój [E]	I deal with other things that distract my attention and improve mood [E]	23,64 (5)	23,96	23,84	21,87
Sięgam po alkohol [E]	I drink alcohol [E]	7,27 (6)	4,43	4,33	3,16
Poddam się, nie wiem co robić (bezradność)	I give up, I do not know what to do (helplessness)	3,64 (7)	3,55	3,35	2,03
Zażywam środki uspokajające [E]	I take sedatives [E]	1,82 (8)	4,48	2,74	3,77

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

[Z] – strategia zadaniowa/problem focused coping; [E] – strategia emocjonalna/ emotional focused coping
W nawiasach podano rangi wyników / In parentheses are the ranks of the results.

Tabela VI. Porównanie odsetka palaczy i sięgających po alkohol wśród lekarzy, absolwentów Wydziału Lekarskiego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, z wynikami raportu „Diagnoza Społeczna 2009”

Table VI. Comparison of smokers and alcohol drinkers of medical doctors graduates Medical University of Gdansk with the results of the report “Social Diagnosis 2009”

ZACHOWANIA AUTODESTRUK- CYJNE % odpowiedzi	AUTODESTRUCTIVE BEHAVIOURS % of responses	Lekarze absolwenci GUMed Medical doctors, graduates MUG N=57	Polacy ogółem General population of Poland N=26178	Wiek 25-34 lata Aged 25-34 years N=4188	Wykształcenie wyższe i policealne Higher and post- secondary education N=4895
Systematycznie palący papierosy	Regularly smoking cigarettes	15,79	28,33 *	28,88 *	19,09
Alkohol jako sposób na kłopoty życiowe	Alcohol as coping strategy	7,27	4,43	4,33	3,16

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

2.3. Zachowania autodestrukcyjne (tabela VI).

16% badanych lekarzy deklarowało, że systematycznie pali papierosy, a 7% w trudnej sytuacji sięga po alkohol. Szczegółowa analiza różnic pokazała, że badani lekarze palili mniej papierosów niż porównywane grupy, a po alkohol w kłopotach sięgali równie często, jak inni.

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Na podstawie przeprowadzonych badań można stwierdzić, że jakość życia lekarzy rezydentów, absolwentów Wydziału Lekarskiego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, jest wyższa niż jakość życia populacji generalnej Polaków, a także najbardziej zbliżonych do nich podgrup wyodrębnionych w raporcie „Diagnoza Społeczna 2011” [9], czyli osób w wieku 25-34 lat oraz osób z wykształceniem wyższym i policealnym.

Badani lekarze prezentują wyższe wyniki w pozytywnym obszarze oceny jakości życia oraz niższe w negatywnym. Badani są szczęśliwsi i lepiej oceniają swoje dotychczasowe życie. Są także bardziej zadowoleni z poszczególnych obszarów własnego życia, a zwłaszcza ze sfery materialnej, wykształcenia, osiągnięć życiowych, perspektyw na przyszłość oraz stanu zdrowia i życia seksualnego. W obszarze negatywnej oceny jakości życia lekarze rezydenci nie różnią się zasadniczo od porównywanych grup poziomem stresu związanego ze stanem finansów. Deklarują jednocześnie niższy poziom stresu zdrowotnego w porównaniu do populacji generalnej. Ta ostatnia prawidłowość może być uwarunkowana dostępem do zasobów zaradczych w obrębie ochrony zdrowia, to znaczy wiedzy i łatwości uzyskania pomocy. Jednakże poziom stresu związany z pracą zawodową jest u badanych młodych lekarzy zdecydowanie wyższy niż u innych.

Badani rezydenci, absolwenci Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego deklarują wysoki poziom zadowolenia z możliwości zaspokajania potrzeb życiowych, zarabiania pieniędzy, dostępu do różnych zasobów, a jednocześnie ich zadowolenie rzadko dotyczy: norm moralnych panujących w otoczeniu i sytuacji w kraju. Zatem tylko czynniki charakteryzujące życie osobiste są źródłem zadowolenia. Wydaje się, że wynik ten jest spójny z rezultatami „Diagnozy Społecznej”. Można zaryzykować wyjaśnienie, że proces „izolacji społecznej” lekarzy rozpoczyna się właśnie w okresie kształcenia podyplomowego. Młodzi lekarze wykazują trudności w uzasadnieniu ponoszonych kosztów osobistych. Podkreślają np. brak wsparcia społecznego związany z małą liczbą bliskich przyjaciół i mocno koncentrują się na pracy, która jest dla nich bardziej niż dla innych źródłem stresu życiowego.

Jednocześnie młodzi lekarze w dojrzały sposób radzą sobie z problemami i trudnościami, częściej stosując strategie zadaniowe. Oznacza to, że w obliczu problemów starają się je rozwiązywać, a rzadziej radzą sobie redukując napięcie emocjonalne z nimi związane. Młodzi lekarze wypalają mniej papierosów niż porównywane grupy, aczkolwiek w obliczu trudnych sytuacjach po alkoholu sięgają równie często jak inni. Niski poziom zachowań autodestrukcyjnych w badanej grupie z porównaniem z wynikami lekarzy w „Diagnozie Społecznej” może być związany z obciążeniem naszego badania zmienną akceptacji społecznej. Badani byli proszeni o wzięcie udziału w projekcie firmowanym przez ich dawną uczelnię oraz Izbę Lekarską. W tych okolicznościach deklarowanie nadużywania środków psychoaktywnych wydaje się mało przystosowawcze.

Wydaje się, że w przyszłych badaniach warto byłoby monitorować wpływ potrzeby aprobaty społecznej na szczerość odpowiedzi u badanych lekarzy oraz motywy wzięcia udziału w kontynuacji projektu. Liczba odpowiedzi zwrotnych była satysfakcjonująca, aczkolwiek tylko część badanych biorąca udział w pierwszej części, podczas studiów, podjęła zaproszenie. Należałoby zadać sobie pytanie, kim są te osoby. Być może są to najbardziej otwarci absolwenci, albo ci którzy odnieśli sukces i chcieli się nim pochwalić. Nie można wykluczyć, że w badaniu wzięli udział lekarze rezydenci bardziej zależni od autorytetu, czyli tacy których cechuje wyższa potrzeba aprobaty społecznej. W następnych badaniach można by również podjąć próbę zweryfikowania hipotezy dotyczącej zakłócającego wpływu emocji, jakie wzbudzają wspomnienia dotyczące czasu studiowania. Nie można także wykluczyć, że zaproszenie podjęli po prostu ci, których nie zniechęcił stosunkowo długi adres strony internetowej elektronicznej ankiety, czyli młodzi lekarze wystarczająco odporni na frustrację. Jeżeliby przyjęć założenie, że uczestniczenie w badaniu jest też wyrazem odporności na frustrację to wydaje się, że ich stosunkowo wysoka jakość życia jest także konsekwencją tych cech. Może to oznaczać, że w badaniu wzięli udział osoby, które nie zniechęcają się pod wpływem trudności i dlatego są skuteczne w realizacji celów życiowych.

PIŚMIENNICTWO

1. Budziński W., Tartas M., Walkiewicz M., Majkovicz M.: Depressiveness and its dynamics in medical students: a longitudinal study. *Pol. J. Environ. Stud.*, 2008, 17, 4b, 108. – 2. Czapiński J.: *Psychologia szczęścia. Przegląd badań i zarys teorii cebulowej*. Warszawa : Pracownia Testów Psychologicznych. Polskie Towarzystwo Psychologiczne, 1994. – 3. *Diagnoza Społeczna 2000: warunki i jakość życia Polaków oraz ich doświadczenia z reformami systemowymi po 10 latach transformacji*. Pod red. J. Czapińskiego i T. Panka. Warszawa : PTS RG, 2001. – 4. *Diagnoza Społeczna 2003: warunki i jakość życia Polaków*. Pod

red. J. Czapińskiego i T. Panka. Warszawa : Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania, 2004. – 5. Diagnoza Społeczna 2005: warunki i jakość życia Polaków. Pod red. J. Czapińskiego i T. Panka. Warszawa : Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania, 2006. – 6. Diagnoza Społeczna 2007: warunki i jakość życia Polaków. Pod red. J. Czapińskiego i T. Panka. Warszawa : Vizja Press&IT, 2007. – 7. Diagnoza Społeczna 2009: warunki i jakość życia Polaków. Pod red. J. Czapińskiego i T. Panka. Warszawa : Rada Monitoringu Społecznego, 2009. – 8. Kowalik S., Ratajska A., Szmaus A.: W poszukiwaniu nowego wymiaru jakości życia związanego ze stanem zdrowia. W: Jakość życia w naukach medycznych. QOL in medical science. Red. L. Wołowicka. Poznań: Akademia Medyczna, 2001, 17-29. –9. Social Diagnosis 2011: objective and subjective quality of life in Poland. [Diagnoza Społeczna 2011: warunki i Jakość Życia Polaków]. *Contemp. Econ.*, 2011, 5, 3 spec. iss., 1. – 10. Tartas M., Budziński W., Walkiewicz M., Majkovicz M.: Anxiety dynamics in medical students: a longitudinal study. *Pol. J. Environ. Stud.*, 2008, 17, 4b, 113.

11. Tartas M., Walkiewicz M., Majkovicz M., Budziński W. : Psychological factors determining success in a medical career: a 10-year longitudinal study. *Med. Teach.*, 2011 33, 3, e163. – 12. Walkiewicz M., Tartas M., Majkovicz M., Budziński W.: Academic achievement, depression and anxiety during medical education predict the styles of success in a medical career : a 10-year longitudinal study. *Med. Teach.*, 2012, 34, 9, e611. – 13. Walkiewicz M. Psychologiczne uwarunkowania sukcesu w zawodzie lekarza. [Rozprawa doktorska]. Gdańsk : Gdański Uniwersytet Medyczny, 2009.

M. Walkiewicz, M. Tartas, M. Majkovicz, W. Budziński

QUALITY OF LIFE OF MEDICAL RESIDENTS – GRADUATES OF MEDICAL UNIVERSITY OF GDAŃSK

This paper is a part of a larger project – longitudinal research on psychological conditions of success in medical career. The following section describes the psychological situation of medical residents who graduated from the Faculty of Medicine at the Medical University of Gdańsk, Poland. The outline of quality of life of physicians in Poland was presented in part one of this section. In part two, the quality of life of young doctors, the graduates of Medical University of Gdańsk, was compared with the quality of life of other Poles belonging to the general population and to the most similar socio-demographic subgroups. On the basis of the study it may be concluded that the quality of life of young doctors is, on the whole, higher than of the compared groups. The subjects are happier than others, assess their life better and are more satisfied with different aspects of their life. However, professional life stresses them more than the others.

Adres: dr Maciej Walkiewicz
Katedra Psychologii GUMed
ul. Tuwima 15, 80-210 Gdańsk
e-mail: walkiewicz@gumed.edu.pl