

**Aleksandra Rapała<sup>1,2</sup>, Tadeusz Jasiński<sup>3</sup>**<sup>1</sup> Klinika Ortopedii CMKP, Otwock<sup>2</sup> Zakład Bezpieczeństwa Lotów, Wojskowy Instytut Medycyny Lotniczej, Warszawa<sup>3</sup> Zakład Psychologii, Wojskowy Instytut Medycyny Lotniczej, Warszawa

## **Jakość życia lekarzy i ich pacjentów<sup>1</sup>** *Quality of life of physicians and their patients*

**Słowa kluczowe:** zdrowia, lekarze ortopedzi, zadowolenie z pracy, relacje międzyludzkie  
**Key words:** health, orthopedic surgeons, job satisfaction, interpersonal relations

### **SUMMARY**

**Background.** The aim of this study was to assess the quality of life (QOL) of healthy physicians and their patients in the context of an orthopedic department.

**Material and methods.** Two groups of men participated in anonymous surveys. The first group included orthopaedic surgeons ( $n = 50$ ) ranging in age from 26 to 55 years (mean  $38.6 \pm 8$ ); the second group consisted of patients ( $n = 53$ ) ranging in age from 22 to 70 years (mean  $44.9 \pm 12.7$ ). An original questionnaire consisting of 41 questions was used. The results we obtained were analyzed by the Canberra method, and then by the U Mann-Whitney (Wilcoxon) test.

**Results.** Statistical analysis of the results identified the two most important common factors for QOL: 1) health and social relationships, and 2) work and life satisfaction. Education and profession had no impact on QOL, but self-esteem was important. Salary did not have a major influence on QOL. Nevertheless, those men who assessed their financial situation as poor also assessed their QOL as lower. Job satisfaction and good relationships with co-workers were important factors influencing QOL. The medical diagnosis described the health condition of patients as more serious than did the patients themselves in subjective evaluations. QOL had minimal connection to alcohol use and smoking.

**Conclusions.** For the physicians, objective factors had less important for QOL, whereas higher aspirations and incompletely satisfied needs were crucial. The patients more highly valued their lives in both family and material aspects; the illness had caused them to examine their values.

### **STRESZCZENIE**

**Wstęp.** Celem pracy była ocena poczucia jakości życia zdrowych lekarzy i pacjentów leczonych na oddziałach ortopedyczno-traumatologicznych.

**Material i metody.** W anonimowych badaniach wzięły udział dwie grupy mężczyzn. Pierwszą stanowili lekarze ze specjalnością ortopedii i traumatologii ( $n = 50$ ) w wieku 26- 55 lat (średnio  $38,6 \pm 8$ ), drugą – pacjenci leczeni na oddziale traumatologiczno- ortopedycznym ( $n = 53$ ) w wieku 22-70 lat (średnio  $44,9 \pm 12,7$ ). W badaniu posłużono się oryginalnym kwestionariuszem składającym się z 41 pytań. Uzyskane odpowiedzi poddano analizie skupień metodą Canberra oraz testem U Manna – Whitneya (Wilcoxon).

**Wyniki.** Analiza statystyczna pozwoliła na wyodrębnione dwóch najważniejszych zagadnień jakości życia, wspólnych dla obu badanych grup. Dotyczyły one zdrowia i relacji międzyludzkich oraz pracy i zadowolenia z życia. Na mierzoną jakość życia nie miało wpływu wykształcenie i zawód, ale była ona w dużym stopniu związana z oceną samego siebie. Wynagrodzenie nie miało znaczącego wpływu na jakość życia. Niemniej badani oceniający swoją sytuację finansową jako złą, niżej oceniali poczucie jakości życia. Istotny wpływ na jakość życia miało zadowolenie z pracy i dobre w niej relacje z innymi pracownikami. Diagnoza lekarska opisywała stan

<sup>1</sup> Redakcja zdecydowała się na druk tej socjologicznej pracy z uwagi na charakter badanych w niej grup i ciekawe wnioski jakie wynikają z jej lektury dla naszego środowiska.

pacjenta jako poważniejszy, w porównaniu z subiektywnym samopoczuciem badanych spowodowanym chorobą. Jakość życia miała minimalny związek ze spożyciem alkoholu i paleniem papierosów.

**Wnioski.** U lekarzy obiektywne wymiary jakości życia miały mniejsze znaczenie, kluczowymi natomiast były wyższe aspiracje i niezaspokojone w pełni potrzeby. Pacjenci bardziej doceniali swoje życie zarówno w kontekście rodzinnym jak i materialnym; choroba wpłynęła na przewartościowanie ich postaw życiowych.

## WSTĘP

Jakość życia jest pojęciem trudnym do zdefiniowania. Jest to stan samopoczucia, na które mają wpływ czynniki psychiczne, fizyczne, socjalne, funkcjonalne i emocjonalne.

Jakość życia jest pojęciem indywidualnym, subiektywnym i zmiennym w czasie. Jest ona związana z przyjętym systemem wartości, aspiracjami i pragnieniami zarówno jednostek, jak i grup [1]. Poczucie jakości życia można traktować również jako sumę przeżyć, które odczuwamy w czasie jakiegoś okresu naszego życia [2,3,4].

Jakość życia tkwi również w pełnym wykorzystaniu możliwości życia [5].

Jakość życia to globalne podejście do człowieka i jego relacji ze środowiskiem. Zawiera w sobie czynniki wpływające na zadowolenie z pracy. Dotyczy warunków życia człowieka, nie koncentruje się na jednostce samej w sobie, ale na jej zależności od środowiska pracy i rodziny [6].

Badania nad jakością życia zostały zapoczątkowane w krajach rozwiniętych. Geneza tych badań łączyła się z pytaniem, co dzieje się z człowiekiem, który osiągnął wysoki poziom zaspokojenia podstawowych potrzeb materialnych. Człowiek, który nie ma zaspokojonych podstawowych potrzeb, nie martwi się o potrzeby wyższego rzędu [7].

Problemy jakości życia są silnie związane z chorobą i niepełnosprawnością. Z wielu badań wynika, że przewlekłe choroby prowadzą do obniżenia poczucia jakości życia [8], ponieważ w dużej mierze uniemożliwiają człowiekowi osiągnięcie pozycji zawodowej, społecznej oraz szczęścia rodzinnego. Ból zaburza życie zawodowe, rodzinne i osobiste pacjenta. Wpływa więc zarówno na stan fizyczny, jak i na myślenie, odczuwanie i świadomość. Człowiek, który cierpi odbiera rzeczywistość przez pryzmat bólu. Często czuje się niezrozumiany i odrzucony. Ból powoduje nerwowość, rozdrażnienie, które trudno jest załagodzić. Ból ogranicza również aktywność fizyczną i radość [9]. Mimo to, ludzie cierpiący potrafią często odkryć prawdziwe wartości życia i cieszyć się z tego, co jest im dane. Chociaż przysłowie chińskie mówi „często pragnienie tego, czego nie masz nie pozwala ci się cieszyć tym, co masz”, to choroba i odczuwany przy tym ból i towarzysząca niepełno-

sprawność nie wyklucza możliwości oceniania jakości życia wysoko.

„Radość życia kryje się w jego sensie, a cierpienie pozwala niejednokrotnie odnaleźć go” [10].

Dlatego też ocena jakości życia przez ludzi zdrowych i chorych, przebywających w szpitalu, powinna wykazywać różnice.

Zakładając, że choroba, związany z nią ból i niemożność pełnienia funkcji społecznych wpłynie na ocenę jakości życia, przyjęto do weryfikacji następujące hipotezy badawcze:

1. Pacjenci leczeni w szpitalu na oddziałach ortopedycznych będą oceniali jakość swojego życia niżżej niż leczący ich, zdrowi lekarze.
2. Lekarze, którzy są zdrowi, ale mają świadomość choroby i niepełnosprawności, z którą spotykają się na co dzień, będą oceniali jakość swojego życia wysoko.

## MATERIAŁ I METODY

W anonimowych badaniach dotyczących jakości życia posłużono się oryginalnym kwestionariuszem pt. „Ankieta dotycząca warunków życia”, składającym się z 41 zamkniętych pytań. Dotyczyły one wielu wymiarów jakości życia, tj. małżeństwo, życie rodzinne, zdrowie, przyjaciele i znajomi, zajęcia domowe, praca zawodowa, czas wolny, mieszkanie, standard życia [11]. W badaniach wzięły udział dwie grupy mężczyzn: lekarze ze specjalizacją z ortopedii i traumatologii narządu ruchu ( $n = 50$ ) w wieku 26-55 lat (średnio 38,6 sd. 8) oraz pacjenci leczeni na oddziale ortopedyczno-traumatologicznym ( $n = 53$ ) w wieku 22-70 lat (średnio 44,9 sd. 12,7). Analiza statystyczna wyników badań obejmowała dwa etapy:

- 1) Analiza skupień metodą Canberra. Jest to jedna z metod klasyfikacji statystycznej, której celem jest grupowanie elementów we względnie jednorodne klasy. W przypadku omawianych badań chodziło o identyfikację głównych zagadnień, wokół których grupują (skupiają) się pytania ankiety dotyczące jakości życia.
- 2) Test U Manna-Whitneya (Wilcoxon) – dla zmiennych interwałowych bez normalności rozkładu oraz dla zmiennych porządkowych. Jest to metoda statystyczna, która pozwoliła na uchwycenie istotności statystycznej różnic w zakresie odpowiedzi na poszczególne pytania w obrębie dwóch badanych grup.

## WYNIKI

Na podstawie analizy skupień metodą Canberra wyodrębniono dwa najważniejsze skupienia wspólne dla obu badanych grup:

- a. zdrowie i relacje międzyludzkie,
- b. pracę i zadowolenie z życia,

Dzięki temu możliwe stało się dokonanie jakościowej analizy różnic pomiędzy badanymi grupami. Wyniki badań przedstawiono w formie opisowej, ponieważ wiele pytań miało zarówno różny wymiar emocjonalny, jak i stopień nasilenia.

Dla lekarzy bardzo istotne były dobre wyniki w pracy. Podobnie uważali pacjenci. Zarówno lekarze, jak i pacjenci czuli się bardzo często obciążeni pracą w maksymalny sposób i niezadowoleni z zarobków, ale jednocześnie często odczuwali radość, czuli się pewnie, bezpiecznie i szczęśliwie.

Również obie grupy badanych wyodrębniły tę samą sferę życia, jaką było zdrowie. Dla lekarzy problem zdrowia był bardziej ogólny, łączył się ze stresem i jego objawami, jak również atmosferą pracy i warunkami panującymi w szpitalu. Odczuwane czasem dolegliwości bólowe takie jak bóle stawów lub kręgosłupa były dla nich niewielkim problemem. Dla pacjentów zdrowie, konkretne dolegliwości, cierpienie i odczuwane bóle były zaś problemem poważnym. Ból był odczuciem porównywalnym z osamotnieniem, brakiem bliskich, jak również z niepewną sytuacją w pracy.

W celu szczegółowej analizy wyników badań wykorzystano metodę statystyczną- test U Manna-Whitneya (Wilcoxon).

Stwierdzono istnienie różnic istotnych statystycznie pomiędzy dwoma badanymi grupami w zakresie pewnych pytań wchodzących skład poszczególnych zagadnień (A, B, C, D):

A – Ocena miejsca pracy. Lekarze w mniejszym stopniu widzieli powiązania efektywności swojej pracy z wynagrodzeniem, w porównaniu do pacjentów. Lekarze częściej uważali, że ich praca nie była dobrze zorganizowana. Lekarze częściej sądzili, że byli raczej nie lubiani przez kolegów, w przeciwieństwie do pacjentów, którzy w większym stopniu czuli się lubiani przez współpracowników. Lekarzy częściej czuli się ignorowani, jeśli sugerowali jakieś innowacje w pracy. Dla lekarzy poważniejszym problemem był brak czasu wolnego i wyniki w pracy.

B – Samoocena. Lekarze częściej odczuwali niezadowolenie, w przeciwieństwie do pacjentów, którzy częściej deklarowali zadowolenie z siebie. Dla lekarzy wygląd zewnętrzny był poważniejszym problemem, w porównaniu do pacjentów.

C – Zdrowie. Istniała różnica statystyczna w oce-

nie swojego stanu zdrowia pomiędzy lekarzami i pacjentami. Pacjenci częściej skarżyli się na bóle kręgosłupa i innych stawów, bóle w klatce piersiowej, w okolicy miednicy, bóle głowy, serca. Cierpieli również częściej z powodu: bezsenności, problemów z koncentracją, kołatania serca, ucisku w gardle czy podwyższonej temperatury. Pacjenci częściej palili papierosy w dużych ilościach, niż lekarze.

D – Standard życia i charakterystyka badanych osób. Lekarze mieli większe mieszkania niż pacjenci, ale częściej spędzali w nich mniej czasu. Konflikty w domu spowodowane nieakceptowanymi znajomościąmi występowały częściej u lekarzy niż u pacjentów.

## DYSKUSJA

Człowiek jest istotą społeczną [12], dlatego też ważne były dla niego dobre relacje międzyludzkie. Stosunki wewnętrzne w pracy nadawały jej sens i znaczenie wpływając na jakość życia. Na ocenę jakości życia miały wpływ oczekiwania, przekonania oraz możliwość samorealizacji zarówno w pracy, jak i w życiu osobistym.

Bardzo ciekawe wyniki przynosi zastosowana analiza skupień metodą Canberra. Wykazała ona, że dla pacjentów z chorobami narządu ruchu najistotniejszym wymiarem jakości życia stał się stan ich zdrowia. Był to wynik zgodny z oczekiwaniami i literaturą przedmiotu.

Lekarze wymiar własnego zdrowia traktują w sposób znacznie mniej istotny i rzadko konsultują stan swego zdrowia z innymi specjalistami. Drugi wymiar dotyczący pracy i zadowolenia z życia nie różnicuje badanych grup w sposób istotny. Natomiast doznane przeżycia pacjentów związane z chorobą i pobytem w szpitalu prawdopodobnie wpłynęły na zmianę hierarchii wartości, w wyniku której praca przestała być naczelną wartością i stała się zagadnieniem drugorzędym.

Pacjenci mieli różne wykształcenie, zaś lekarze to jednolita grupa ludzi pod względem wykształcenia. Wykształcenie to jeden z czynników wpływających na cele i ambicje życiowe. Duże ambicje powodować mogło odczuwane przez lekarzy niezadowolenie z siebie. Wydaje się, że właśnie te czynniki: niezadowolenie z warunków pracy i duże ambicje, a nie stan zdrowia w największym stopniu warunkują poczucie jakości życia lekarzy. Tak więc druga hipoteza została zweryfikowana negatywnie.

Z badań Mylles [6] wynika, że zadowalające warunki finansowe (zarabiać by żyć, a nie żyć by zarabiać) i warunki życia materialnego w nowoczesnym społeczeństwie były nie tylko wystarczającym, ale

także niezbędnym warunkiem dobrej jakości życia. Prawdopodobnie dlatego też lekarze częściej podawali negatywne emocje i wypowiedzi dotyczące pracy, niż porównywana grupa mężczyzn. Nie byli oni zadowoleni z wynagrodzenia za swoją pracę, choć dla obu grup mężczyzn miała ona duże znaczenie.

Mimo niezadowolenia lekarzy ze statusu materialnego, ich standard życia był wyższy. Możliwe, że zadowolenie pacjentów wynika z mniejszych wymagań i oczekiwań od życia w porównaniu z lekarzami. Choroba często weryfikuje aspiracje życiowe, chorzy przystosowują się do ograniczonych możliwości. Często również doświadczenie niepewności związanej ze swoją przyszłością, zdrowiem i możliwością dalszej pracy weryfikuje wartości i styl życia. Czas spędzony w szpitalu na leczeniu sprzyja refleksji, to czas poza życiem zawodowym, wyrwany z normalnego cyklu. Związany jest również z pewną becznością, oczekiwaniem na wyleczenie i uzależnieniem od innych. Dlatego może pacjenci lepiej oceniali jakość swojego życia, co powoduje, że pierwsza hipoteza badawcza również została zweryfikowana negatywnie. Do podobnych wniosków doszedł Felton i wsp. [13] twierdząc, że strategie radzenia sobie z chorobą przyjęte przez pacjentów wpływały na ich zdolność utrzymywania dobrego samopoczucia. Również w badaniach przeprowadzonych przez O'Connor i wsp. [14] stwierdzono, że jakość życia silnie korelowała z samopoczuciem emocjonalnym, stanem zdrowia fizycznego i psychicznego. Mimo że w różnych badaniach [8] istniał silny związek pomiędzy stopniem zaawansowania choroby a jakością życia, to przecież pacjenci ortopedyczni nie byli chorymi śmiertelnie. Wielu z nich miało również duże szanse na dalszą pracę i satysfakcjonujące życie rodzinne.

W badaniach jakości życia często rozróżnia się jakość życia subiektywną i obiektywną. Subiektywna jakość życia dotyczy dobrego samopoczucia i ogólnej satysfakcji. Obiektywna jakość życia obejmuje wypełnianie społecznych i kulturalnych wymagań, statusu społecznego i dobrostanu fizycznego. Do podobnych wniosków doszli Rothwell P. M. i wsp. [15] porównując subiektywną ocenę swojego zdrowia przez pacjentów z opinią ich lekarzy. Pacjenci cierpiący na stwardnienie rozsiane i inni z chronicznymi chorobami mniej przejmują się swoją fizyczną niepełnosprawnością związaną z ich chorobą, niż ich lekarze. Poza tym żaden z mierzonych aspektów niepełnosprawności fizycznej nie korelował z oceną jakości życia zależną od zdrowia. Jakość życia koreluje z witalnością, zdrowiem ogólnym i zdrowiem psychicznym. Każdy z tych aspektów pacjenci oceniali jako bardziej znaczący, niż ich lekarze i uzyskiwali mniejszą liczbę punktów, niż grupa kontrolna.

W podsumowaniu można stwierdzić, że na mierzoną jakość życia nie miało wpływu ani wykształcenie, ani zawód. Natomiast jakość życia była w dużym stopniu związana z samooceną. Dochód nie miał znaczącego wpływu na jakość życia, ale ludzie ze złą sytuacją finansową oceniali jakość życia niżej. Rodzaj pracy nie miał bezpośredniego wpływu na jakość życia. Istotny wpływ za to miało zadowolenie z pracy i dobre w niej relacje międzyludzkie. Np. młodzi lekarze uważali, że ich praca nie była dobrze zorganizowana i byli przekonani, że proponowane przez nich innowacje w pracy nie były dobrze przyjmowane. Na ocenę jakości życia, mniejszy wpływ miała diagnoza lekarska, niż doświadczone przez pacjentów niedogodności spowodowane chorobą. Dla lekarzy brak wolnego czasu i wyniki osiągane w pracy były poważnym problemem. Powyższe wnioski w bardzo dużym stopniu zgadzają się z wynikami uzyskanymi z analizy literatury.

## WNIOSKI

Wymaga szczegółowej analizy fakt negatywnie zweryfikowanych hipotez przedstawionych w badaniu. Okazało się, że u lekarzy obiektywne wymiary jakości życia, takie jak poziom materialny, dobrostan fizyczny i psychiczny miały mniejsze znaczenie. Kluczowymi natomiast były wyższe aspiracje i niezaspokojone w pełni potrzeby, np. poziom płac, ograniczone możliwości awansu zawodowego, ogólnie niedobra sytuacja w służbie zdrowia itp. W znaczący sposób wpłynęły one na subiektywnie spostrzegany niższy poziom jakości życia. W przypadku pacjentów choroba, oprócz odczuwanych dolegliwości, prowadzi również do obniżenia i weryfikacji potrzeb życiowych, co za tym idzie pacjenci bardziej doceniali swoje życie zarówno w kontekście rodzinnym, jak i materialnym. Choroba wpłynęła na przewartościowanie postaw życiowych pacjentów, a jednym z elementów tego przewartościowania było zmniejszenie poziomu oczekiwań, koncentracja na procesie leczeniu i, jako efekt paradoksalny, zwiększenie poczucia jakości życia, ale rozumianego jako wszystkie te aspekty, które nie mają nic wspólnego z aktualnym stanem zdrowia, ale budują nadzieję na powrót chorego do rodziny i pracy, a także życie podobne do tego, jakie prowadzili przed zachorowaniem.

## PIŚMIENNICTWO

1. Misiuna M.: Jakość życia – geneza i interpretacja pojęcia w krajach cywilizacji zachodniej. *Przeg. Socjol.* 1979, 31
2. Kowalik S.: Pomiar jakości życia – kontrowersje teoretyczne. w: Bańka A., Derbis R. (red.). *Pomiar i poczucie*

- jakości życia u aktywnych zawodowo oraz bezrobotnych. Poznań: Print-B. 1993.
3. Kowalik S.: Psychologiczne wymiary jakości życia. w: Bańka A., Derbis R. (red.). Myśl psychologiczna w Polsce Odrodzonej. Poznań: Print-B. 1993.
  4. Kowalik S.: Temporalne uwarunkowania jakości życia. [w:] Bańka A., Derbis R. (red.) Psychologiczne i pedagogiczne wymiary jakości życia. Poznań – Częstochowa: Gemini. 41-52. 1994.
  5. Ventegodt S.: Review af livskvalitetlitteraturen og en biologisk teori for globallivskvalitet. Agrippa: Psykiatriske Tekster 1991; 13: 59-79.
  6. Mylle J. Quality of life in military. 36th IAMPS Split, Croatia 2000.
  7. Maslow A.: Motywacja i osobowość, Instytut Wydawniczy Pax, Warszawa 1990.
  8. Chrischilles EA., Rubenstein LM., Voelker MD., Wallace RB., Rodnitzky RL.: The health burdens of Parkinson's disease. Movement Disorders. 1998; 13 (3): 406-13.
  9. Tomaszewski T.: Ślady i wzorce. WSiP, Warszawa 1984.
  10. Femiak J. Poznanie, cierpienie i wartość rehabilitacji psychologicznej. Postępy Rehabilitacji. PWN 2000; 4, 16.
  11. Rapała A., Jasiński J.: Jakość życia u lekarzy ortopedów i pilotów wojskowych. Kwart. Ortop. 2001, 4, 213.
  12. Aronson E., Wilson T., Akert R. M.: Psychologia społeczna. Serce i umysł. PWN Warszawa 1997.
  13. Felton B. J., Revenson TA.: Coping with chronic illness: a study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. Journal of Consulting & Clinical Psychology. 1984; 52 (3): 3S43-53.
  14. O'Connor et al. Determinants of overall quality of life in secondary progressive MS; a longitudinal study, Neurology 2001; 57 (5); 889-91.
  15. Rothwell PM., McDowell Z., Wong CK., Dorman PJ.: Doctors and patients don't agree: cross sectional study of patients' and doctors' perceptions and assessments of disability in multiple sclerosis. BMJ. 1997; 314 (7094): 1580-3.

*Adres do korespondencji / Address for correspondence*  
*Mgr Aleksandra Rapała*  
*01-839 Warszawa, ul. Barcicka 47*  
*ola@wiml.waw.pl*

*Otrzymano / Received* 12.05.2004 r.  
*Zaakceptowano / Accepted* 22.07.2004 r.