

PRZEGLĄD BADAŃ PROSPEKTYWNYCH NA TEMAT STANU ZDROWIA PSYCHICZNEGO ORAZ JAKOŚCI ŻYCIA LEKARZY I STUDENTÓW MEDYCYNY

THE REVIEW OF PROSPECTIVE STUDIES ON MENTAL HEALTH AND THE QUALITY OF LIFE
OF PHYSICIANS AND MEDICAL STUDENTS

Szymon Szemik¹, Maksymilian Gajda², Małgorzata Kowalska²

Śląski Uniwersytet Medyczny / Medical University of Silesia, Katowice, Poland

¹ Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Katedra Pielęgniarstwa, Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa / School of Health Sciences in Katowice, Chair of Nursing, Department of Nursing Propaedeutics

² Wydział Nauk Medycznych w Katowicach, Katedra i Zakład Epidemiologii / School of Medicine in Katowice, Chair and Department of Epidemiology

STRESZCZENIE

Determinanty psychospołeczne odgrywają istotną rolę w kształtowaniu zdrowia psychicznego oraz jakości życia pracowników, w tym lekarzy. W niniejszym przeglądzie piśmiennictwa wykazano, że problemy zdrowia psychicznego lekarzy przejawiają się w postaci zespołu przewlekłego zmęczenia oraz wypalenia zawodowego i mają związek z przewlekłym narażeniem na stres w pracy. Ponadto opublikowane dane wskazują, że do najistotniejszych problemów zdrowia psychicznego studentów medycyny oraz młodych lekarzy należą: uzależnienie od alkoholu oraz ryzykowny sposób jego konsumpcji, depresja, a także potencjalne zachowania samobójcze. Omówione w pracy badania mające na celu identyfikację stanu zdrowia psychicznego i jakości życia lekarzy oraz ich uwarunkowań były prowadzone głównie na podstawie obserwacji prospektywnych, dających możliwość śledzenia zmian w czasie. Med. Pr. 2020;71(4):483–491

Słowa kluczowe: stan zdrowia, jakość życia, lekarze, studenci medycyny, problemy zdrowia psychicznego, prospektywne badania kohortowe

ABSTRACT

Psychosocial determinants play a significant role in shaping mental health and the quality of life of workers, including physicians. The results of the presented review indicate that mental health problems of physicians are particularly manifested by chronic fatigue syndrome and burnout syndrome, and are related to chronic stress exposure at the workplace. Moreover, published data suggest that the most important mental health problems of medical students and young doctors include alcohol addiction and risky alcohol consumption, depression, and potential suicidal ideation. The studies on mental health and the quality of life of physicians, including their determinants, as presented in this paper, were mostly conducted on the basis of prospective observations that enable the tracking of changes over time. Med Pr. 2020;71(4):483–91

Key words: health status, quality of life, physicians, medical students, mental health problems, prospective cohort studies

Autor do korespondencji / Corresponding author: Szymon Szemik, Śląski Uniwersytet Medyczny, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Katedra Pielęgniarstwa, Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa, ul. Francuska 20/24, 40-027 Katowice, e-mail: sszemik@sum.edu.pl

Nadesłano: 2 grudnia 2019, zatwierdzono: 24 marca 2020

WSTĘP

Zdrowie fizyczne i psychiczne lekarzy i innych osób wykonujących zawody medyczne były przedmiotem licznych badań w wielu krajach. Dzięki udziałowi lekarzy w prospektywnym badaniu „British Doctors Study”, którego wyniki opublikowali Doll i wsp. [1], możliwe stało się np. wskazanie palenia tytoniu jako czynnika ryzyka rozwoju raka płuc. W wyniku prospek-

tywnej obserwacji ponad 5000 japońskich lekarzy płci męskiej wykazano, że nadużywanie alkoholu jest czynnikiem sprzyjającym rozwojowi niektórych nowotworów (górny odcinek przewodu pokarmowego, wątroba) oraz udaru (bez różnic w odniesieniu do jego typu) [2]. Uzależnienie od alkoholu jest też istotnym problemem psychicznym w tej grupie zawodowej obok uzależnienia od narkotyków, trudności w małżeństwie, depresji i samobójstw [3].

Jakość życia (*quality of life* – QoL) to zagadnienie interdyscyplinarne nauk społecznych, medycznych (jakość życia uwarunkowana zdrowiem) i nauk o zdrowiu. Analiza piśmiennictwa dostarcza argumentów na istotny związek poziomu jakości życia z psychospołecznymi charakterystykami warunków zatrudnienia oraz rodzajem wykonywanej pracy [4,5]. Wykazano, że posiadanie pracy zarobkowej pozytywnie wpływa na samoocenę jakości życia oraz zdrowia, zwłaszcza w zakresie ogólnego dobrostanu psychicznego, oraz zapobiega depresji [6,7]. Z drugiej strony charakter pracy, w tym np. system zmianowy, może wiązać się z podwyższonym ryzykiem chorób sercowo-naczyniowych i metabolicznych, jak również ze wzrostem masy ciała [8].

W pracy lekarza występuje wiele czynników ryzyka: związanych z zagrożeniami fizycznymi, chemicznymi, biologicznymi, ale także psychospołecznymi. Do tych ostatnich należy zaliczyć stres, który może powodować niższą ocenę jakości życia oraz dobrostanu psychicznego. Bezpośrednie zaangażowanie autorów w prace międzynarodowej akcji COST Omega-Net zaowocowało przeprowadzeniem przeglądu polskich kohort zawodowych w celu umożliwienia integracji badaczy, ułatwienia wymiany informacji i współpracy, a także wypracowania standardowych narzędzi do pomiaru narażenia i oceny potencjalnych skutków zdrowotnych [9]. Intencją autorów było zebranie piśmiennictwa dotyczącego prospektywnych badań jakości życia oraz stanu zdrowia psychicznego zarówno aktywnych zawodowo lekarzy, jak i studentów medycyny. W szczególności wzięto pod uwagę prace opublikowane w ramach 20-letniej obserwacji studentów medycyny oraz młodych lekarzy w Norwegii („The young doctor cohort of the longitudinal study of Norwegian medical students and doctors” – NORDOC) [10].

Warto dodać, że specyfika organizacji systemu opieki zdrowotnej w Polsce, wiążąca się z koniecznością spędzania nadmiernej liczby godzin w pracy (często w trybie dyżurowym w godzinach nocnych) przez osoby wykonujące zawody medyczne, skłania do tezy o ich potencjalnie niekorzystnym wpływie na stan zdrowia i jakość życia lekarzy, manifestujących się np. skróceniem czasu życia [11]. Z cytowanej pracy wynika, że ta negatywna sytuacja dotyczy zwłaszcza lekarek. Jednocześnie wśród innych niekorzystnych dla zdrowia czynników wskazuje się – jako dominujący – przewlekły stres towarzyszący pracy. Podkreśla się ponadto trudności w jednoznacznym wnioskowaniu i potrzebę dalszych badań nad zagadnieniami zależności stanu zdrowia lekarzy od warunków ich pracy.

METODY PRZEGLĄDU

Do przeglądu piśmiennictwa wykorzystano publikacje dostępne w PubMed, pochodzące głównie z bazy Medline. Zastosowano kombinacje słów kluczowych (dotatkowo stosując operatory wyszukiwania) w języku angielskim: „quality of life (QoL)”, „life satisfaction”, „job satisfaction”, „well-being”, „prospective cohort studies”, „longitudinal study”, „mental health”, „stress”, „depression”, „hazardous drinking”, „burnout”, „medical students”, „doctors”, „physicians”. W trakcie przeglądu materiałów stwierdzono, że omawiana tematyka jest niestety rzadko podejmowana w publikacjach polskojęzycznych, stąd wykorzystano głównie piśmiennictwo w języku angielskim. Praca nie jest przeglądem systematycznym piśmiennictwa, do analizy zostały włączone publikacje pełnotekstowe z lat 1983–2019.

WYNIKI PRZEGLĄDU

Stres

Związek pomiędzy stresem zawodowym a zdrowiem i jakością życia jest często opisywany w literaturze przedmiotu. Uważa się, że stres zawodowy może zwiększać ryzyko choroby wieńcowej [12], nadciśnienia tętniczego [13], a także otyłości [14] oraz depresji [15]. Zaobserwowano, że jest on powiązany z występowaniem niekorzystnych zjawisk zdrowotnych, takich jak zespół przewlekłego zmęczenia oraz wypalenie zawodowe [16,17].

Zespół przewlekłego zmęczenia charakteryzuje się trwałym, intensywnym zmęczeniem o nieznanym przyczynie, które ogranicza funkcjonowanie osoby dotkniętej problemem [16]. Z kolei zespół wypalenia zawodowego włączono do 11 rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-11) jako zjawisko zawodowe nieklasyfikowane jako stan medyczny, przypisując mu symbol QD-85 [18]. Klasyfikacja ICD-11 została zaakceptowana przez Światową Organizację Zdrowia 28 maja 2019 r. i będzie obowiązywać od 1 stycznia 2022 r. Zgodnie z nią wypalenie zawodowe jest określane jako rezultat przewlekłego stresu, który nie został skutecznie opanowany. Wyróżnia się 3 zasadnicze wymiary wypalenia zawodowego [18]:

- poczucie wyczerpania energii lub zmęczenia,
- zwiększenie dystansu emocjonalnego w stosunku do pracy lub uczucie negatywizmu bądź cynizmu związanego z pracą,
- obniżoną efektywność.

Jednocześnie zwrócono uwagę na potrzebę badań rzetelnie dokumentujących związek pracy zawodowej

z występowaniem zjawiska wypalenia zawodowego [19]. W Polsce problem ten nie został dogłębnie zbadany w grupie lekarzy lub studentów medycyny. Poza cytowanymi we wstępie opracowaniami, poruszającymi kwestię krótszej długości życia lekarzy w naszym kraju i potencjalnych jej uwarunkowań, brakuje kompletnego raportu podsumowującego temat lub konkluzyjnych publikacji.

Metaanaliza przeprowadzona przez Fajerman i wsp. [20] dowodzi, że zjawisko wypalenia dotyczyć może co drugiego (ok. 44%) studenta medycyny, bez względu na płeć. Rozpowszechnienie wypalenia zawodowego wśród lekarzy jest zróżnicowane. Według Prins i wsp. [21] może występować u 18–82% lekarzy rezydentów. Na podstawie badań ankietowych lekarzy, które przeprowadzono w USA w latach 2018–2019, oszacowano częstość tego zjawiska na poziomie 42–44% [22,23].

Badania prospektywne prowadzone w Norwegii wykazały, że stres zawodowy wynikający z presji emocjonalnej oraz wymagań ze strony pacjentów jest związany z występowaniem problemów psychicznych wśród młodych lekarzy [10]. W ciągu pierwszych 9 lat obserwacji prowadzonej od momentu ukończenia studiów medycznych zanotowano również wzrost natężenia stresu wynikającego z konieczności godzenia pracy zawodowej i obowiązków domowych, bez względu na płeć badanych. Ustalono, że ten rodzaj stresu wynikał głównie z braku wsparcia ze strony partnera oraz współpracowników, ale był również związany z wysokim poziomem neurotyzmu oraz sumienności samych pracowników [24]. Podczas obserwacji zauważono, że między 10 a 15 rokiem pracy poziom stresu występującego w relacji pomiędzy pracą a domem oraz stresu zawodowego uległ obniżeniu [25]. Weryfikowano ponadto zależność pomiędzy stresem zawodowym oraz życiowym a ryzykownym pić alkoholu w ciągu pierwszych 15 lat wykonywania zawodu lekarza. Stwierdzono, że stres związany z pracą nie był istotnie związany z ryzykownym sposobem spożywania alkoholu w tej grupie zawodowej [26].

Kolejne prospektywne badanie, którego wyniki opublikowano w 2010 r., przeprowadzili szwedzcy badacze z Karolinska Institutet. Objęto nim 2 roczniki studentów medycyny (z lat 2002 oraz 2005) – ponownej oceny dokonano w pierwszym roku po ukończeniu przez nich studiów. Wykazano, że wysoki poziom obaw może być czynnikiem predykcyjnym wyczerpania występującego po zakończeniu edukacji, na który bardziej są podatne kobiety [27].

Niestety wystąpienie wypalenia na wczesnym etapie kariery lekarza wiąże się z dużym ryzykiem utrwa-

lenia tego stanu. Dowodzą tego wyniki 3-letniej prospektywnej obserwacji rezydentów Oddziału Chorób Wewnętrznych z University of Colorado Denver Health Science Center (UCDHSC). Badanie prowadzone w latach 2003–2008 wykazało, że u 78% rezydentów problem wypalenia został przynajmniej jednokrotnie zidentyfikowany. Możliwość utrwalenia się tego stanu istotnie częściej dotyczyła lekarzy płci męskiej (OR = 3,31) oraz osób, u których w trakcie rezydentury występowała depresja (OR = 4,4) [28]. Co więcej, Raimo i wsp. w toku 10-letniej obserwacji wykazali, iż emocjonalny dystres utrzymywać się może znacznie dłużej niż tylko w czasie rezydentury [29].

Na podstawie 20-letniej obserwacji prospektywnej oceniono również związek pomiędzy doświadczaniem stresu przez młodych lekarzy a wykonywaniem tego zawodu także przez ich rodziców. Lekarze z grupy badanych mężczyzn mających rodzica tej samej profesji deklarowali niższy poziom stresu w stosunku do respondentów, których rodzice wykonywali inny zawód. Według autorów badań zależność ta może wynikać z wyższego poziomu identyfikacji z rolą zawodową lekarza, mającej źródło w relacji ojca i syna. Interesująca i trudna do wytłumaczenia jest obserwacja braku podobnej zależności u badanych lekarzy płci żeńskiej [30].

Zdrowie psychiczne

Wskazuje się, że występowanie problemów zdrowia psychicznego lekarzy może być uwarunkowane czynnikami ryzyka obecnymi już w trakcie nauki na studiach medycznych. Dwukrotna obserwacja młodych lekarzy, tj. w roku, w którym kończyli studia oraz po upływie pierwszych 4 lat pracy zawodowej, wykazała, że istotnymi predyktorami zgłaszanych przez nich problemów zdrowia psychicznego były przede wszystkim te czynniki, które wystąpiły już w przeszłości: niski poziom ekstrawersji, myślenie życzeniowe, a także odczuwanie stresu związanego z samymi studiami [31].

Przedmiotem analizy w badaniach prospektywnych wśród studentów medycyny oraz młodych lekarzy były również samobójstwa. Zaobserwowano, że częstość myśli oraz prób samobójczych w okresie studiów oraz po upływie roku od ukończenia nauki była podobna. W trakcie nauki na studiach medycznych myślom samobójczym towarzyszyły głównie poczucie braku kontroli oraz wysoki poziom neurotyzmu – były one częstsze u osób stanu wolnego, a także tych doświadczających lęku oraz depresji. Z kolei po roku od ukończenia studiów najważniejszym uwarunkowaniem myśli samobójczych

było odczuwanie wyczerpania psychicznego [32]. W kolejnych latach obserwacji przeanalizowano dodatkowo uwarunkowania procesu przejścia od myśli samobójczych do planowania samobójstwa. Ustalono, że planowanie popełnienia samobójstwa dotyczyło tych osób, u których występowała silna depresja, nieadekwatna ocena rzeczywistości, a także – co zastanawia – niski poziom odczuwanego stresu w trakcie studiów [33].

Ze względu na stres towarzyszący pracy lekarzy i dostępne sposoby radzenia sobie z nim istotnym problemem zdrowia psychicznego, który został zweryfikowany w badaniach kohortowych, jest uzależnienie od alkoholu. Podczas obserwacji studentów medycyny, przeprowadzonej w pierwszym oraz ostatnim roku studiów, oceniono zmiany w zakresie częstości spożywania alkoholu [34]. W analizowanym okresie odnotowano niewielki i nieistotny statystycznie wzrost konsumpcji alkoholu związanej z zachowaniami mającymi na celu poradzenie sobie z trudnościami, a także progresję w kierunku picia ryzykownego. Należy też zaznaczyć, że problemy takie jak: ryzykowny sposób konsumpcji alkoholu oraz picie jako sposób radzenia sobie z trudnościami, zidentyfikowane na pierwszym roku studiów medycznych, były niezależnymi predyktorami utrzymywania się modelu picia ryzykownego do ostatniego roku studiów tylko u mężczyzn [34].

Na kolejnych etapach badania analizowano wpływ ryzykownego spożywania alkoholu w trakcie studiów medycznych na model picia alkoholu w kolejnych 4, 10 oraz 15 latach od ukończenia nauki. W trakcie tej długoterminowej obserwacji potwierdzono spadek odsetka osób deklarujących ryzykowny sposób konsumpcji alkoholu, zwłaszcza w okresie pierwszych 4 lat od zakończenia studiów [35]. Warto jednak dodać, że część osób nadużywających alkoholu w trakcie studiów (23%) utrzymywała ten wzorzec również 10 lat po zakończeniu nauki. Co więcej, zauważono, że predyktorami ryzykownej konsumpcji alkoholu były: płeć męska, spożywanie alkoholu w ramach sposobu radzenia sobie w sytuacjach trudnych, starszy wiek, a także niski poziom sumienności oraz brak uczestnictwa w praktykach religijnych [35,36].

Celem badań prospektywnych lekarzy była też ocena czynników ryzyka depresji [37]. W trakcie 15-letniej obserwacji potwierdzono spadek częstości występowania tej choroby zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn. Większe ryzyko zachorowania dotyczyło osób młodszych, cechujących się wysokim poziomem neurotyzmu oraz zaburzeniami poznawczymi. Zauważono też, że ryzyko wystąpienia silnej depresji w przyszłości było

4-krotnie większe u badanych, którzy doświadczali jej w trakcie studiów. Zdaniem autorów cytowanej pracy niezbędne jest podejmowanie działań ukierunkowanych na wykrywanie choroby już we wczesnym etapie edukacji medycznej. Jest to istotne również dlatego, że większość osób, u których zaobserwowano silną depresję, deklarowała potrzebę podjęcia leczenia, natomiast część z nich (10–13%) przyjmowała leki antydepresyjne. Ustalono też, że występowanie silnej depresji może determinować skłonność do planowania samobójstwa oraz wpływa negatywnie na wykonywaną pracę zawodową.

Zaobserwowano, że pogorszenie stanu zdrowia psychicznego u młodych lekarzy zwiększa ryzyko przyjmowania przepisanych przez nich samym sobie leków, głównie środków nasennych i uspokajających. Ustalono, że problem samoprzepisywania leków dotyczy głównie mężczyzn, którzy ubiegali się o zatrudnienie po ukończeniu studiów medycznych [38].

Oszacowano, że objawy depresji dotyczyły 28,8% rezydentów [39]. Zbliżone wyniki uzyskano w innym badaniu studentów medycyny, z których 27,2% miało objawy choroby [40]. W obydwu badaniach wyniki przedstawiają wartości zdecydowanie większe niż notowane w populacji generalnej, np. 3,8% w przypadku populacji europejskiej [40]. Dlatego zrozumiałe są wyniki metaanalizy 25 badań z 2004 r., wskazujące na większe ryzyko samobójstw wśród lekarzy niż w populacji ogólnej. Co więcej, zjawisko to częściej dotyczy kobiet. W cytowanym badaniu zagregowany wskaźnik samobójstw w grupie mężczyzn oszacowano na poziomie 1,41 na 100 000 w porównaniu do 2,27 na 100 000 wśród kobiet [41]. Przewlekłe zaburzenia nastroju oraz psychozy zwiększają wielokrotnie (10–20 razy) ryzyko popełnienia samobójstwa [42].

Jakość życia

W wyniku długoterminowej obserwacji studentów medycyny zauważono, że ich ocena zadowolenia z życia obniżyła się najbardziej pomiędzy pierwszym a trzecim rokiem studiów i utrzymywała się aż do ukończenia nauki. Wykazano wprawdzie, że poziom satysfakcji życiowej studentów rozpoczynających studia medyczne był porównywalny do satysfakcji studentów innych kierunków, jednak w ostatnim roku edukacji ulegał istotnemu obniżeniu w stosunku do prezentowanego przez grupę porównawczą. Co więcej, wśród studentów medycyny wykazujących stabilną wysoką satysfakcję życiową jednocześnie zaobserwowano niski poziom stresu związanego z podejmowaniem wyrzeczeń osobistych, a także

niski poziom myślenia życzeniowego jako sposobu radzenia sobie w sytuacjach trudnych [43].

Obniżenie subiektywnego dobrostanu życiowego studentów medycyny, które w szczególności dotyczyło kobiet, potwierdzono również w wyniku dłuższej, 20-letniej obserwacji. Poziom dobrostanu był związany przede wszystkim z poczuciem pewności siebie, a także wsparciem otrzymywanym od znajomych ze studiów, partnera oraz rodziny. Istotne znaczenie dla pogorszenia odczuwanego dobrostanu studentów miały też subiektywne postrzeganie wymagań realizowanego programu nauczania jako bardzo wysokich, wysoki poziom stresu związanego z egzaminami oraz obawy

o warunki materialne i bytowe [44]. Wyniki wcześniejszego badania przekrojowego przeprowadzonego wśród 320 studentów medycyny w Polsce w latach 2007–2008 wskazały na występowanie niesprecyzowanego, względnie niskiego stopnia więzi koleżeńskich. Sami badani zdecydowanie potępili brak współpracy, zawiść i egoizm, przy czym siebie samych postrzegali jako osoby pracowite, inteligentne, ale i samolubne. Uznawali studia medyczne za niezwykle absorbujące i uskarżali się na chroniczny brak snu. Autorzy cytowanej publikacji zwrócili uwagę na potrzebę kształtowania właściwych postaw i wartości u przyszłych lekarzy [45].

Wykazano, że satysfakcja lekarzy z pracy ma związek z wypaleniem zawodowym. Determinuje ponadto poziomy zadowolenia pacjentów z uzyskanej od nich pomocy oraz stresu związanego z wdrożonym leczeniem [46].

W wyniku 6-letniej obserwacji lekarzy ustalono, że wyższy poziom satysfakcji zawodowej dotyczył osób, których ojciec również wykonywał zawód lekarza, a także tych, które deklarowały wysoką samoocenę umiejętności medycznych na etapie ukończenia studiów oraz otrzymały awans zawodowy [46,47]. Wskazuje się ponadto, że pozytywne znaczenie dla satysfakcji zawodowej tej grupy profesjonalistów miało również obniżenie się poziomu stresu wynikającego z braku równowagi między pracą a domem. Dotyczyło to zarówno kobiet, jak i mężczyzn, i było związane ze wzrostem samodzielności wychowywanych dzieci [47].

Goitein i wsp. podjęli się oceny wpływu wprowadzonej w 2003 r. w USA regulacji zwanej Work hours limitations – WHLs [48]. Badani rezydenci negatywnie oceniali wpływ tej regulacji na poziom zdobywanej wiedzy i ostatecznie na poziom sprawowanej nad pacjentami opieki. Jednocześnie większość badanych lekarzy (84%) deklarowała pozytywny wpływ wprowadzonych zmian na ich własny dobrostan [48]. Podobne wnioski pojawiły się w nowszym badaniu Krug i wsp. [49]. Pomimo

rzadszego występowania zjawiska wypalenia i depresji lekarze rezydenci (w szczególności starsi) negatywnie oceniali wprowadzone zmiany.

Cechy osobowości a dobrostan psychiczny

Na podstawie przeglądu piśmiennictwa zaobserwowano, że występowanie problemów zdrowia psychicznego wiąże się z cechami osobowości respondentów.

W badaniach prospektywnych ustalono, że neurotyzm to czynnik, który może odnosić się do poziomu odczuwanego stresu w trakcie studiów medycznych oraz stresu zawodowego, jak również mieć związek z występowaniem symptomów depresji i lęku [50]. Podobne wnioski uzyskano w badaniu populacji ogólnej Niemiec, w którym uznano neurotyzm za czynnik ryzyka występowania depresji [51]. Co więcej, w badaniach prospektywnych w populacji australijskiej zidentyfikowano istotny związek pomiędzy neurotyzmem a zachowaniami samobójczymi [52].

Ustalono natomiast prewencyjną rolę w rozwoju symptomów depresji takich cech osobowości, jak ekstrawersja oraz sumienność [50,52]. W analizach wielowymiarowych zaobserwowano wysoki poziom doświadczanego stresu wśród badanych o typie osobowości skoncentrowanej na rozpamiętywaniu negatywnych przeżyć (niska ekstrawersja, wysoki neurotyzm, wysoka sumienność). Z kolei typ hedonistyczny (wysoka ekstrawersja, niski neurotyzm, niska sumienność) wykazywał działania ochronne przeciwko stresowi [53]. W badanej grupie młodych lekarzy zaobserwowano też, że osoby charakteryzujące się wysokim poziomem neurotyzmu doświadczają wyższego poziomu stresu zawodowego oraz zwiększonego ryzyka pojawienia się reakcji stresowej. Obserwacja ta sugeruje, że wśród lekarzy o neurotycznym profilu osobowości prawdopodobieństwo pojawienia się zaburzeń zdrowia psychicznego jest większe niż u osób ekstrawertycznych [50].

Negatywna emocjonalność oraz hamowanie społeczne, przejawiające się w skłonności do przeżywania oraz powstrzymywania negatywnych emocji związanych z lękiem, gniewem, irytacją czy wrogością, składają się na osobowość typu D [54]. Zaobserwowano, że osoby należące do tej grupy wykazują się obniżonym samopoczuciem, tendencją do zamartwiania się i odczuwania napięcia oraz obwiniania się. Cechuje je także pesymizm w postrzeganiu świata, zwiększona skłonność do depresji, jak również niski poziom satysfakcji z życia oraz tendencja do wyczerpania [54].

W roku 1995 nastąpił wzrost zainteresowania badaczy koniecznością identyfikacji związku pomiędzy

osobowością typu D a umieralnością pacjentów z chorobami układu krążenia [55]. Na podstawie metaanalizy badań poświęconych mechanizmom psychologicznym, które są istotne w ocenie progresji oraz rokowania u pacjentów kardiologicznych, ustalono, że większa umieralność oraz niższa ocena jakości życia występuje u chorych z osobowością typu D [56]. Również na podstawie badań przeprowadzonych wśród personelu medycznego wykazano istotny związek pomiędzy osobowością typu D a doświadczaniem stresu zawodowego oraz pogorszeniem stanu zdrowia. Ustalono, że lekarze i pielęgniarki charakteryzujący się tym typem osobowości postrzegali swoją pracę jako bardziej stresującą, a także wykazywali wyższą skłonność do zaburzeń psychicznych oraz wypalenia zawodowego w stosunku do badanych o innym typie osobowości [57].

W grupie lekarzy oraz pielęgniarek większa skłonność do wypalenia zawodowego, braku zaangażowania, niższej satysfakcji z pracy, a także pogorszenia stanu zdrowia psychicznego oraz depresji dotyczyła również osób o typie osobowości A [58,59]. Wśród podstawowych cech tej osobowości znajdują się m.in. silna potrzeba osiągnięć, tendencja do dominacji i agresywności, duża dynamika zachowania, energia w działaniu i pośpiech [58]. Nie bez znaczenia jest również fakt obecności wypalenia zawodowego i zespołu przewlekłego zmęczenia na liście problemów zdrowotnych, które mają związek z pracą zawodową, w tym polegającą na kontakcie z chorymi [60]. Aktualna międzynarodowa lista chorób zawodowych została uzupełniona w punkcie 2.4 o zaburzenia psychiczne i behawioralne niewymienione gdzie indziej, a wiążące się z pracą zawodową, co pozostawiło władzom krajów zrzeszonych w ramach Międzynarodowej Organizacji Pracy (International Labour Organization – ILO) decyzję o uznaniu jej za obowiązującą [61]. Interesujące może być zatem poznanie naukowe zmierzające do wyjaśnienia wpływu typu osobowości studentów medycyny i aktywnych zawodowo lekarzy na stan ich zdrowia i jakość życia.

WNIOSKI

Istotną rolę w kształtowaniu jakości życia oraz stanu zdrowia psychicznego lekarzy odgrywają czynniki takie jak: stres, zespół przewlekłego zmęczenia oraz wypalenie zawodowe. Należy stwierdzić, że ich występowanie wynika ze specyfiki profesji, natomiast siła ich wpływu zależy od stopnia identyfikacji z wykonywaną rolą zawodową oraz charakterystyki osobowości. Wykazano też, że zdrowie psychiczne lekarzy może być

uwarunkowane zakresem oddziaływania stresu wynikającego z nierównowagi pomiędzy rolami rodzinnymi a obowiązkami zawodowymi, co dotyczy zwłaszcza osób młodych, pozbawionych wsparcia społecznego.

Przedstawione w pracy wyniki badań wskazują, że za najistotniejsze problemy zdrowia psychicznego studentów medycyny oraz młodych lekarzy należy uznać przede wszystkim: uzależnienie od alkoholu oraz ryzykowny sposób jego konsumpcji, depresję, myśli oraz próby samobójcze, a także samobójstwa dokonane. Analiza wyników zgromadzonych w efekcie badań prospektywnych ujawniła, że predyktorami problemów zdrowia psychicznego lekarzy mogą być czynniki społeczne oraz psychologiczne, występujące już w trakcie studiów medycznych. Co ważne, w przypadku depresji oraz uzależnienia od alkoholu zidentyfikowano pewną prawidłowość: ryzyko ich występowania wśród lekarzy było wyższe u osób, które doświadczały obydwu problemów już na studiach.

Dokonany przegląd piśmiennictwa wskazuje, że badania mające na celu identyfikację stanu zdrowia psychicznego i jakości życia lekarzy oraz ich uwarunkowań były prowadzone przede wszystkim na podstawie obserwacji prospektywnych, dających możliwość śledzenia zmian w czasie. Ustalono również, że w populacji polskiej nie zrealizowano dotychczas badania kohortowego zmierzającego do opisu jakości życia i stanu zdrowia psychicznego studentów medycyny oraz młodych lekarzy.

PIŚMIENNICTWO

1. Doll R., Peto R., Boreham J., Sutherland I.: Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004;328(7455):1519, <https://doi.org/10.1136/bmj.38142.554479.AE>
2. Kono S., Ikeda M., Tokudome S., Nishizumi M., Kuratsune M.: Alcohol and mortality: a cohort study of male Japanese physicians. *Int. J. Epidemiol.* 1986;15(4):527–532, <https://doi.org/10.1093/ije/15.4.527>
3. Scheiber S.C., Doyle B.D.: The impaired physician. *Plenum, New York* 1983, s. 3, <https://doi.org/10.1007/978-1-4684-4304-2>
4. LaMontagne A.D., Milner A., Krnjacki L., Schlichthorst M., Kavanagh A., Page K. i wsp.: Psychosocial job quality, mental health, and subjective wellbeing: A cross-sectional analysis of the baseline wave of the Australian Longitudinal Study on Male Health. *BMC Public Health* 2016;16:1049, <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3701-x>

5. Andenaes R., Fagermoen M.S., Eide H., Lerdal A.: Changes in health-related quality of life in people with morbid obesity attending a learning and mastery course. A longitudinal study with 12-months follow-up. *Health Qual. Life Out.* 2012;10:95, <https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-95>
6. DeBoer A.G., Bennebroek E.F., Stokkers P.C., Bockting C.L., Sanderman R., Hommes D.W. i wsp.: Employment status, difficulties at work and quality of life in inflammatory bowel disease patients. *Eur. J. Gastroenterol. Hepatol.* 2016;28:1130–1136, <https://doi.org/10.1097/MEG.0000000000000685>
7. Van der Noordt M., Ijzelenberg H., Droomers M., Proper K.I.: Health effects of employment: A systematic review of prospective studies. *Occup. Environ. Med.* 2014; 71:730–736, <https://doi.org/10.1136/oemed-2013-101891>
8. Fujishiro K., Lividoti-Hibert E., Schernhammer E., Richardson J.W.: Shift work, job strain and changes in the body mass index among women: A prospective study. *Occup. Environ. Med.* 2017;74:410–416, <https://doi.org/10.1136/oemed-2016-103747>
9. Omega-Net [Internet]. Omega-Net. European Project. Fostering Safe and Healthy Work Environments Network on the Coordination and Harmonisation of European Occupational Cohorts, 2019 [cytowany 21 listopada 2019]. Adres: <http://omeganetcohorts.eu/>
10. Tyssen R., Vaglum P., Gronvold N.T., Ekeberg O.: The impact of job stress and working conditions on mental health problems among junior house officers. A nationwide Norwegian prospective cohort study. *Med. Educ.* 2000;34(5):374–384, <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2000.00540.x>
11. Gazeta Lekarska [Internet]. Naczelna Izba Lekarska, 2018 [cytowany 21 listopada 2019]. Komor K.: Czy pracując jako lekarze, rzeczywiście skracamy sobie życie? Adres: <https://gazetalekarska.pl/?p=38340>
12. Kivimäki M., Nyberg S.T., Fransson E.I., Heikkilä K., Alfredsson L., Casini A. i wsp.: Associations of job strain and lifestyle risk factors with risk of coronary artery disease: a meta-analysis of individual participant data. *CMAJ* 2013;185(9):763–769, <https://doi.org/10.1503/cmaj.121735>
13. Babu G.R., Jotheeswaran A.T., Mahapatra T., Mahapatra S., Kumar A.S.R., Detels R. i wsp.: Is hypertension associated with job strain? A meta-analysis of observational studies. *Occup. Environ. Med.* 2014;71(3):220–227, <https://doi.org/10.1136/oemed-2013-101396>
14. Kivimäki M., Singh-Manoux A., Nyberg S., Jokela M., Virtanen M.: Job strain and risk of obesity: systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Int. J. Obes. (Lond.)* 2015;39(11):1597–1600, <https://doi.org/10.1038/ijo.2015.103>
15. Wang M.J., Mykletun A., Møyner E.I., Øverland S., Henderson M., Stansfeld S. i wsp.: Job strain, health and sickness absence: results from the Hordaland Health Study. *PLoS One* 2014;22;9(4):e96025, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0096025>
16. Avellaneda Fernández A., Pérez Martín A., Izquierdo Martínez M., Arruti Bustillo M., Barbado Hernández F.J., de la Cruz Labrado J. i wsp.: Chronic fatigue syndrome: aetiology, diagnosis and treatment. *BMC Psychiatry* 2009; 9 Supl., <https://doi.org/10.1186/1471-244X-9-S1-S1>
17. Chou L.P., Li C.Y., Hu S.C.: Job stress and burnout in hospital employees: Comparisons of different medical professions in a regional hospital in Taiwan. *BMJ Open.* 2014;4: e004185, <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004185>
18. World Health Organization [Internet]. Organization, Geneva 2019 [cytowany 21 listopada 2019]. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. Adres: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en/#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcid%2ffentity%2f129180281>
19. World Health Organization [Internet]. Organization, Geneva 2019 [cytowany 21 listopada 2019]. Mental health. Burn-out an “occupational phenomenon”: International Classification of Diseases. Adres: https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/
20. Fajerman A., Morvan Y., Krebs M.O., Gorwood P., Chamette B.: Burnout in medical students before residency: A systematic review and meta analysis. *Eur. Psychiatry* 2019;1;55:36–42, <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.08.006>
21. Prins J.T., Gazendam-Donofrio S.M., Tubben B.J., Van Der Heijden F.M., Van De Wiel H.B., Hoekstra-Weebers J.E.: Burnout in medical residents: a review. *Medical Education.* 2007;41:788–800, <https://doi.org/10.1111/j.1365-2323.2007.02797.x>
22. Nicholls M.: Cardiologists and the Burnout Scenario. *Eur. Heart. J.* 2019;40(1):5–6, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy788>
23. Medscape [Internet]. Medscape, 2019 [cytowany 21 listopada 2019]. Medscape National Physician Burnout, Depression & Suicide Report 2019. Adres: <https://www.medscape.com/slideshow/2019-lifestyle-burnout-depression-6011056>
24. Røvik J.O., Tyssen R., Hem E., Gude T., Ekeberg Ø., Moum T. i wsp.: Job Stress in Young Physicians with an Emphasis on the Work-Home Interface: A Nine-Year, Nationwide and Longitudinal Study of its Course and Predictors. *Ind. Health* 2007;45:662–671, <https://doi.org/10.2486/indhealth.45.662>

25. Hertzberg T.K., Rø K.I., Vaglum P.J.W., Moum T., Røvik J.O., Gude T. i wsp.: Work-home interface stress: an important predictor of emotional exhaustion 15 years into a medical career. *Ind. Health* 2016;54:139–148
26. Mahmood J.I., Støen Grotmol K., Tesli M., Vaglum P., Tyssen R.: Contextual Factors and Mental Distress as Possible Predictors of Hazardous Drinking in Norwegian Medical Doctors: A 15-Year Longitudinal, Nationwide Study. *Eur. Addict. Res.* 2017;23(1):19–27, <https://doi.org/10.1159/000452442>
27. Dahlin M., Fjell J., Runeson B.: Factors at medical school and work related to exhaustion among physicians in their first postgraduate year. *Nord. J. Psychiatry* 2010;64(6):402–408, <https://doi.org/10.3109/08039481003759219>
28. Campbell J., Prochazka A.V., Yamashita T., Gopal R.: Predictors of persistent burnout in internal medicine residents: a prospective cohort study. *Acad Med.* 2010;85(10):1630–1634, <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181f0c4e7>
29. Raimo J., LaVine S., Spielmann K., Akerman M., Friedman K.A., Katona K. i wsp.: The Correlation of Stress in Residency With Future Stress and Burnout: A 10-Year Prospective Cohort Study. *J. Grad. Med. Educ.* 2018;10(5):524–531, <https://doi.org/10.4300/JGME-D-18-00273.1>
30. Gude T., Vaglum P.: Parent being a physician: Any influence upon job stress in young physicians? A Norwegian prospective and longitudinal cohort study. *Patient. Educ. Couns.* 2017;100(11):2144–2146, <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.06.018>
31. Tyssen R., Vaglum P., Grønvold N.T., Ekeberg Ø.: Factors in medical school that predict postgraduate mental health problems in need of treatment. A nationwide and longitudinal study. *Med. Educ.* 2001;35(2):110–120, <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2001.00770.x>
32. Tyssen R., Vaglum P., Grønvold N.T., Ekeberg Ø.: Suicidal ideation among medical students and young physicians: a nationwide and prospective study of prevalence and predictors. *J. Affect. Disord.* 2001;64:69–79, [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(00\)00205-6](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(00)00205-6)
33. Tyssen R., Hem E., Vaglum P., Grønvold N.T., Ekeberg Ø.: The process of suicidal planning among medical doctors: predictors in a longitudinal Norwegian sample. *J. Affect. Disord.* 2004;80(2–3):191–198, [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(03\)00091-0](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(03)00091-0)
34. Kjøbli J., Tyssen R., Vaglum P., Aasland O., Grønvold N.T., Ekeberg Ø.: Personality traits and drinking to cope as predictors of hazardous drinking among medical students. *J. Stud. Alcohol.* 2004;65(5):582–585, <https://doi.org/10.15288/jsa.2004.65.582>
35. Mahmood J.I., Grotmol K.S., Tesli M., Vaglum P., Tyssen R.: Risk Factors Measured During Medical School for Later Hazardous Drinking: A 10-year, Longitudinal, Nationwide Study (NORDOC). *Alcohol. Alcohol.* 2016;51(1):71–76, <https://doi.org/10.1093/alcalc/agv059>
36. Mahmood J.I., Støen Grotmol K., Tesli M., Vaglum P., Tyssen R.: Contextual Factors and Mental Distress as Possible Predictors of Hazardous Drinking in Norwegian Medical Doctors: A 15-Year Longitudinal, Nationwide Study. *Eur. Addict. Res.* 2017;23(1):19–27, <https://doi.org/10.15288/jsa.2004.65.582>
37. Grotmol K.S., Gude T., Moum T., Vaglum P., Tyssen R.: Risk factors at medical school for later severe depression: A 15 year longitudinal, nationwide study (NORDOC). *J. Affect. Disord.* 2013;146(1):106–111, <http://doi.org/10.1016/j.jad.2012.08.047>
38. Hem E., Stokke G., Tyssen R., Grønvold N.T., Vaglum P., Øivind E.: Self-prescribing among young Norwegian doctors: a nine-year follow-up study of a nationwide sample. *BMC Med.* 2005;3:16, <https://doi.org/10.1186/1741-7015-3-16>
39. Mata D.A., Ramos M.A., Bansal N., Khan R., Guille C., Di Angelantonio E. i wsp.: Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA* 2015;314(22):2373–2383, <https://doi.org/10.1001/jama.2015.15845>
40. Rotenstein L.S., Ramos M.A., Torre M., Segal J.B., Peluso M.J., Guille C. i wsp.: Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta Analysis. *JAMA* 2016;316:2214–2236, <https://doi.org/10.1001/jama.2016.17324>
41. Schernhammer E.S., Colditz G.A.: Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *Am. J. Psychiatry* 2004;161:2295–2302, <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.12.2295>
42. Swanson J.W., Bonnie R.J., Appelbaum P.S.: Getting serious about reducing suicide: more ‘How’ and less ‘Why’. *JAMA* 2015;314:2229–2230
43. Kjeldstadli K., Tyssen R., Finset A., Hem E., Gude T., Grønvold N.T. i wsp.: Life satisfaction and resilience in medical school – a six-year longitudinal, nationwide and comparative study. *BMC Med. Educ.* 2006;6:48, <https://doi.org/10.1186/1472-6920-6-48>
44. Sletta C., Tyssen R., Løvseth L.T.: Change in subjective well-being over 20 years at two Norwegian medical schools and factors linked to well-being today: a survey. *BMC Med. Educ.* 2019;19(1):45, <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1476-3>
45. Matyja A., Kowalska M.: Próba opisu profilu demograficznego i społeczno-ekonomicznego studentów medycyny. Wyniki badania przekrojowego. W: Wolska-Zogata I.,

- Zagórski Z. [red.], *Socjologia* 52. Acta Universitatis Wratislaviensis No. 3405, Wrocław, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, 2012, ss. 195–205
46. Finset K.B., Gude T., Hem E., Tysse R., Ekeber O., Vaglum P.: Which young physicians are satisfied with their work? A prospective nationwide study in Norway. *BMC Med. Educ.* 2005;5:19, <https://doi.org/10.1186/1472-6920-5-19>
47. Solberg I.B., Rø K.I., Aasland O., Gude T., Moum T., Vaglum P. i wsp.: The impact of change in a doctor's job position: a five-year cohort study of job satisfaction among Norwegian doctors. *BMC Health Serv. Res.* 2012;12:41, <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-41>
48. Goitein L., Shanafelt T.D., Wipf J.E., Slatore C.G., Back A.L.: The effects of work-hour limitations on resident well-being, patient care, and education in an internal medicine residency program. *Arch. Intern. Med.* 2005;12–26, 165(22):2601–2606, <https://doi.org/10.1001/archinte.165.22.2601>
49. Krug M.F., Golob A.L., Wander P.L., Wipf J.E.: Changes in Resident Well-Being at One Institution Across a Decade of Progressive Work Hours Limitations. *Acad. Med.* 2017;92(10):1480–1484, <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001675>
50. Gramstad T.O., Gjestad R., Haver B.: Personality traits predict job stress, depression and anxiety among junior physicians. *BMC Med. Educ.* 2013;13:150, <https://doi.org/10.1186/1472-6920-13-150>
51. Blüml V., Kapusta N.D., Doering S., Brähler E., Wagner B., Kersting A.: Personality factors and suicide risk in a representative sample of the German general population. *PLoS One* 2013;8(10):e76646, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0076646>
52. Batterham P.J., Christensen H.: Longitudinal risk profiling for suicidal thoughts and behaviours in a community cohort using decision trees. *J. Affect. Disord.* 2012;142(1–3):306–314, <http://doi.org/10.1016/j.jad.2012.05.021>
53. Tyssen R., Dolatowski F.C., Røvik J.O., Thorkildsen R.F., Ekeberg O., Hem E. i wsp.: Personality traits and types predict medical school stress: a six-year longitudinal and nationwide study. *Med. Educ.* 2007;41(8):781–787, <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2007.02802.x>
54. Ogińska-Bulik N., Juczyński Z.: Właściwości osobowości sprzyjające chorobom somatycznym – rola typu D. *Psychoonkologia*. 2008;12(1):7–13
55. Grande G., Romppel M., Barth J.: Association between type D personality and prognosis in patients with cardiovascular diseases: a systematic review and meta-analysis. *Ann. Behav. Med.* 2012;43(3):299–310, <https://doi.org/10.1007/s12160-011-9339-0>
56. Kupper N., Denollet J.: Type D Personality as a Risk Factor in Coronary Heart Disease: a Review of Current Evidence. *Curr. Cardiol. Rep.* 2018;20(11):104, <https://doi.org/10.1007/s11886-018-1048-x>
57. Ogińska-Bulik N.: Occupational stress and its consequences in healthcare professionals: the role of type D personality. *Int. J. Occup. Med. Environ. Health.* 2006;19(2): 113–122, <https://doi.org/10.2478/v10001-006-0016-7>
58. Włodarczyk D., Pawliszewska A.: Wzór zachowania A jako predyktor wypalenia i satysfakcji zawodowej u pielęgniarek/pielęgniarzy pracujących na oddziałach intensywnej terapii. *Med. Pr.* 2015;66(2):213–224, <https://doi.org/10.13075/mp.5893.00117>
59. Lemaire J.B., Wallace J.E.: How physicians identify with predetermined personalities and links to perceived performance and wellness outcomes: a cross-sectional study. *BMC Health Serv. Res.* 2014;14:616, <https://doi.org/10.1186/s12913-014-0616-z>
60. World Health Organization, International Labour Organization: Occupational safety and health in public health emergencies: A manual for protecting health workers and responders [Internet]. Organization, Organization, Geneva 2018 [cytowany 21 listopada 2019]. Adres: https://www.who.int/occupational_health/Web_OSH_manual.pdf
61. International Labour Office: List of Occupational Diseases (revised 2010). Identification and recognition of occupational diseases: Criteria for incorporating diseases in the ILO list of occupational diseases. Occupational Safety and Health Series, No. 74 [Internet]. Office, Geneva 2010 [cytowany 21 listopada 2019]. Adres: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safe-work/documents/publication/wcms_150323.pdf