

Psychiatr. Pol. 2016; 50(2): 445–455

PL ISSN 0033-2674 (PRINT), ISSN 2391-5854 (ONLINE)

www.psychiatriapolska.pl

DOI: <http://dx.doi.org/10.12740/PP/45089>

Motywacje autoteliczna vs instrumentalna lekarzy a wybór specjalizacji medycznej na tle poczucia koherencji

Autotelic vs. instrumental motivation of doctors and their medical speciality choice in relation to sense of coherence

Marcin J. Jabłoński¹, Magdalena Szot-Parda², Tomasz Grzegorek¹,
Jacek Prusak¹, Robert Jach³, Ewa Posadzka³

¹ Instytut Psychologii Wydziału Filozoficznego Akademii Ignatianum w Krakowie

² Katedra i Klinika Hematologii UJ CM w Krakowie

³ Katedra Ginekologii i Położnictwa UJ CM w Krakowie

Summary

Aim. Analysis and comparison of two types of motivation (autotelic and non-autotelic) which are behind the choice of medical specialisation by doctors in relation to their sense of coherence.

Method. Questionnaire method was used in the study. The study included a group of 86 graduates of the Faculty of Medicine of the Jagiellonian University, who have completed postgraduate internships at the Department of Haematology and Oncology, Department of Gynaecology of the Jagiellonian University and the L. Rydygier hospital in Krakow in 2010–2012. Statistical analyses were performed using the IBM SPSS Statistics 21. The level of significance was $\alpha = 0.05$.

Results. It has been shown that doctors are more frequently characterised by the autotelic type of motivation. It has also been proven that there is a relationship between the male sex of the surveyed doctors and their autotelic type of motivation. Moreover, it has been demonstrated that there is a correlation between the comprehensibility component of the sense of coherence and the male sex. It has been also demonstrated that there is a correlation between meaningfulness component of the sense of coherence and the choice of surgical specialisation.

Conclusions. Autotelic motivation prevails when choosing a medical specialty and this tendency is more noticeable in men than in women. The meaningfulness component of SoC plays a regulatory role in making career decisions related to the greater physical and mental

pressure put on doctors. The observed differences in the types of motivation and the size of the components of the sense of coherence in groups of surveyed doctors – men and women – encourage further observations of these relationships on a larger population.

Słowa kluczowe: motywacja lekarzy, poczucie koherencji, specjalizacje medyczne

Key words: motivation of doctors, sense of coherence (SoC), choice of medical specialisation

Wstęp

Problematyka motywacji młodych ludzi do wyboru zawodu lekarza, jak również motywacji absolwentów studiów medycznych do wyboru specjalizacji lekarskiej, jest rozpatrywana zarówno w publikacjach psychologicznych, jak i w dyskursie etycznym [1–8]. Rozumienie pojęcia „rozwój zawodowy” jest szerokie, jednak zdobywanie tytułu specjalisty w wybranych dziedzinach medycyny jest zdecydowanie częściej, bo przez 65% badanych, uznawane za najważniejszą formę rozwoju zawodowego [9]. Jest zrozumiałe, że młody lekarz, wybierając specjalizację, pozostaje pod wpływem szeregu czynników, w tym: predyspozycji psychofizycznych (ogólny stan zdrowia i kondycja fizyczna, temperament, cechy osobowości), kinestetycznych (zdolności manualne), potrzeb i możliwości intelektualnych oraz uwarunkowań ekonomicznych (atrakcyjność finansowa specjalizacji, możliwości znalezienia miejsca pracy w przyszłości). Istotnym czynnikiem jest również dostępność miejsc specjalizacyjnych w danej dziedzinie medycyny [10].

Spośród kilku systemów klasyfikujących motywację podział na motywację autoteliczną i instrumentalną wydaje się przydatny do badania motywacji lekarzy odnośnie do wyboru określonej specjalizacji jako kolejnego etapu w ich karierze zawodowej i rozwoju osobistym [11]. Nawiązuje on bezpośrednio do koncepcji osobowości autotelicznej [12] oraz do innych podziałów motywacji, np. opisanego w Career Motivation Questionnaire podziału na motywację wewnętrzną (intrinsic), odpowiadającą motywacji autotelicznej, oraz zewnętrzną (extrinsic) i pozazawodową (extraprofessional), które są analogiczne do motywacji instrumentalnej [4, 7]. Motywacja autoteliczna odzwierciedla wartości stanowiące cel sam w sobie, będące przeciwieństwem wartości instrumentalnych. Należą do nich m.in. chęć niesienia pomocy innym, pasja, zainteresowanie medycyną jako nauką, jak również wysoki status społeczny i prestiż zawodu lekarskiego. Z motywacją instrumentalną kojarzone są natomiast korzyści inne niż wynikające z samego etosu zawodowego lekarza. Stanowi ona odzwierciedlenie wartości służących realizacji bardziej doraźnych, często merkantylnych celów. W obszarze tym mieszczą się m.in. gwarancja zatrudnienia po studiach, wyższe zarobki, mniejsze ryzyko zawodowe, prostszy system specjalizacyjny, większa wygoda w organizacji pracy lub mniejsze obciążenie obowiązkami zawodowymi (np. brak konieczności pełnienia dyżurów), jak również możliwość wykorzystania środków finansowych do realizacji osobistych, pozazawodowych zainteresowań, np. kosztownego lub czasochłonnego hobby [7]. O znaczeniu motywacji instrumentalnej przekonuje polski raport Naczelnej Izby Lekarskiej (NIL) [9], w którym badani lekarze wyraźnie dostrzegali szanse wynikające z uzyskania specjalizacji w ogóle – prawie wszyscy badani zga-

dzali się tym, że uzyskanie specjalizacji jest równoznaczne z większymi szansami zdobycia dodatkowej pracy (96%). Zdecydowana większość uważała też, że zdobycie specjalizacji gwarantuje wyższą pozycję w środowisku, możliwość zmiany pracy na bardziej korzystną czy możliwość awansu. Opisane zagadnienie motywacji lokalizuje się w ogólnym nurcie psychologii poznawczej i jako takie może być rozpatrywane w kategoriach żywionych przez człowieka przekonań i wyznawanych wartości [13].

Innym konstruktem, często rozpatrywanym w tym samym kontekście, jest wprowadzone w końcu lat 80. ubiegłego wieku przez Antonovsky'ego pojęcie poczucia koherencji („sense of coherence”) [14–17]. Antonovsky definiuje poczucie koherencji, określając je jako „globalną orientację człowieka wyrażającą stopień, w jakim człowiek ma dominujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego mają charakter ustrukturyrowany, przewidywalny i wytłumaczalny, ma dostęp do środków, które mu pozwolą sprostać wymaganiom, jakie stawiają te bodźce, wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania” [15, s. 34]. Poczucie koherencji rozwija się w ciągu życia i zdaniem Antonovsky'ego uzyskuje względnie stałą wartość w wieku 20–30 lat, a w jego kształtowaniu zasadnicze znaczenie mają zarówno procesy zależne od organizmu, jego struktury biologicznej i psychicznej (płeć, odporność fizyczna, możliwości intelektualne, zdolności interpersonalne, osobowość i inne), jak i sytuacja społeczna i ekonomiczna człowieka (wykształcenie, pozycja zawodowa, rodzina, status materialny, społeczny, kulturowy i inne). Istotna rola w kształtowaniu poczucia koherencji przypada również doświadczeniu życiowemu, nabywanemu poprzez własną aktywność i osadzenie w określonym kontekście społeczno-kulturowym i polityczno-ekonomicznym [15, 18].

W ujęciu Antonovsky'ego na poczucie koherencji składają się trzy zasadnicze komponenty: zrozumiałość, zaradność i sensowność [15]. Poczucie zrozumiałości odnosi się do funkcji poznawczych osoby, jest miarą zdolności do postrzegania napływających informacji jako uporządkowanych i spójnych. W odniesieniu do przyszłości poczucie to pozwala sądzić, że będzie możliwe uporządkowanie sytuacji i opanowanie niekorzystnych wydarzeń. Poczucie zaradności jest wyrazem przekonania osoby o możliwości radzenia sobie z wymaganiami życia, aktywnego i skutecznego wpływania na sytuację, korzystania z przeszłych doświadczeń odnośnie do wychodzenia z sytuacji kryzysowych. W analogicznych badaniach związku poczucia koherencji z rodzajem motywacji lekarzy do podejmowania decyzji co do dalszej kariery zawodowej, autorzy podkreślają bezpośrednią rolę poczucia koherencji w kształtowaniu osobniczej odporności na stres [4]. Dla populacji polskiej średnie wyniki poczucia koherencji, uzyskiwane w grupach osób zdrowych, wynoszą 126–142 pkt i są wyższe u mężczyzn niż u kobiet [19–23]. Zainteresowanie społeczne i badawcze czynnikami mającymi potencjalny wpływ na motywację lekarzy do wyboru zarówno samego zawodu, jak i określonej specjalizacji, wiąże się ze stałymi, wysokimi oczekiwaniami społecznymi wobec profesji lekarskiej, umiejscawianej niezmiennie w grupie zawodów zaufania publicznego. Wiąże się również z postrzeganiem pracy lekarzy w kategoriach swoistej misji (tzw. „powołania”), która kojarzona jest z wykonywaniem zawodu lekarza. Wiedza o czynnikach decydujących o wyborze specjalizacji lekarskiej może być wartościowa zarówno dla

systemu szkolnictwa medycznego, dla samych młodych lekarzy planujących swoją karierę zawodową, jak i dla instytucji organizujących opiekę zdrowotną [6]. Zagadnienie to wpisuje się również w szerszą dyskusję o możliwych zmianach w mentalności, celach i zachowaniach lekarzy w krajach podlegających kapitalistycznej transformacji ustrojowej, jak również w kontekście zachodzących zmian w relacjach społecznych, które mogą być konsekwencją globalnego procesu finansjalizacji [24, 25].

Cel

W świetle powyższych założeń celem niniejszej pracy jest poznanie, analiza i porównanie, w kategoriach: autoteliczna–nieautoteliczna, motywacji do wyboru przyszłej specjalizacji medycznej przez absolwentów Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie na tle ich poczucia koherencji.

Material i metody

Badanie przeprowadzono techniką ankietową. Objęto nim grupę 86 absolwentów Wydziału Lekarskiego UJ CM, którzy odbywali staże podyplomowe w Klinice Hematologii i Klinice Ginekologii Onkologicznej UJ CM oraz w Szpitalu im. L. Rydygiera w Krakowie w latach 2010–2012. Ankieta miała charakter anonimowy. Z analizy statystycznej wyłączono sześć niekompletnie wypełnionych ankiet. W badaniu proszono lekarzy stażystów o deklarację odnośnie do wyboru specjalizacji medycznej oraz o wskazanie pięciu jej zalet, w opinii ankietowanego mających zasadnicze znaczenie dla dokonanego wyboru. Wskazywane zalety kategoryzowano i opisywano jako autoteliczne bądź instrumentalne zgodnie z definicjami zaproponowanymi przez Waszkiewicz i wsp. [7]. Rodzaj motywacji został określony zgodnie z regułą, że za czystą motywację autoteliczną lub instrumentalną (A lub I) uznano przewagę zalet odpowiadających danej kategorii w stosunku: 5:0 lub 4:1, natomiast przy wyrównanej proporcji 3:2 typ motywacji określano jako zrównoważony. Ze względu na znikomą liczebność grupy raportującej czystą motywację instrumentalną ($n = 2$), co samo w sobie jest ciekawym wynikiem, osoby te do celów analizy statystycznej połączono z grupą osób o motywacji zrównoważonej. Grupę tę określono wspólnym mianem motywacji „nieautotelicznej”. Ostatecznie w analizie statystycznej porównywano dwie grupy zróżnicowane pod względem dominującej motywacji: autoteliczną i nieautoteliczną, oraz dwa główne ogólne typy specjalizacji: zabiegową i niezabiegową, co zgodne jest z propozycjami innych autorów [6]. W badaniu oceniano również poczucie koherencji młodych lekarzy przy zastosowaniu kwestionariusza SOC-29 A. Antonovsky’ego. Analizy statystyczne wykonano przy użyciu programu IBM SPSS Statistics 21. Przyjęto poziom istotności $\alpha = 0,05$.

Wyniki

1. Wykazano, że u młodych lekarzy częściej występuje autoteliczny typ motywacji. U przeważającej liczby ankietowanych ($n = 54$) określono autoteliczny typ motywacji, co stanowi 62,8%. U pozostałych 24 ankietowanych (27,9%), zgodnie

z przyjętymi kryteriami, występowała motywacja zrównoważona, a tylko u dwóch osób (2,3%) czysta motywacja instrumentalna. Zgodnie z wcześniejszym założeniem grupę osób o motywacji instrumentalnej i zrównoważonej określono wspólnym mianem motywacji „nieautotelicznej” ($n = 26$). Można zasadnie twierdzić, że przewaga motywacji autotelicznej nie ujawniła się w badaniu przypadkowo i faktycznie charakteryzuje populację młodych polskich lekarzy ($\chi^2(1; 80) = 9,8$, $p < 0,002$). W analizie danych demograficznych nie ujawniono korelacji pomiędzy płcią, stanem cywilnym, miejscem zamieszkania (miasto/wieś), planowaną emigracją, zawodem rodziców (w kategoriach: zawody medyczne, zawody prawnicze, edukacja, zawody inżyniersko-techniczne, ekonomia-biznes) a wyborem specjalizacji zarówno w kategoriach ogólnych określonych wspólnym mianem: zabiegowa lub niezabiegowa, jak i wykazanych specjalizacji szczegółowych.

2. Ujawniono istnienie związku pomiędzy płcią męską ankietowanych i autotelicznym typem motywacji.

U lekarzy-mężczyzn przy wyborze specjalizacji (jednak niezależnie od typu wybranej specjalizacji) wykazano przewagę motywacji autotelicznej nad nieautoteliczną. Związek ten, choć słaby ($\phi = -0,23$), okazał się istotny statystycznie ($\chi^2(1; 80) = 4,27$ i $p < 0,040$). Natomiast w przypadku lekarzy-kobiet nie udało się określić typu motywacji dominującego przy wyborze specjalizacji.

3. Wykazano związek poczucia koherencji i jego składowej zrozumiałości z męską płcią ankietowanych.

Na podstawie przebadanej próby można oszacować, że średni ogólny wynik poczucia koherencji w populacji młodych polskich lekarzy mieści się w przedziale między 143 a 153 pkt (dla poziomu ufności $p = 95\%$). Kobiety uzyskały średnio w sumie 143 pkt w kwestionariuszu SOC, natomiast mężczyźni średnio 153. Różnica ta okazała się istotna statystycznie: $t(84) = -2,29$, $p < 0,026$. Wynika ona przede wszystkim z różnicy w wymiarze zrozumiałość, która wyniosła około pięciu punktów na korzyść mężczyzn i jako jedyna ze szczegółowych okazała się istotna statystycznie: $t(84) = -2,75$, $p < 0,008$).

4. Wykazano związek sensowności, składowej poczucia koherencji, z deklaracją wyboru specjalizacji zabiegowej.

W analizie zależności pomiędzy wartościami składowych poczucia koherencji a wyborem ogólnego typu specjalizacji (tj. specjalizacja zabiegowa lub niezabiegowa) z uwagi na rozkład zmiennej odbiegający od rozkładu normalnego i różną liczebność grup użyto testu rang U Manna-Whitneya. Osoby, które zadeklarowały wybór specjalizacji zabiegowej, charakteryzowały się średnio wyższą wartością składowej „sensowność” poczucia koherencji niż osoby deklarujące wybór specjalizacji niezabiegowej. Różnica ta, choć niewielka (średnio 48,4 pkt vs 45,3 pkt), była istotna statystycznie: $U = 517,5$, $p < 0,027$. W badaniu nie wykazano związku pomiędzy całkowitym poczuciem koherencji lub którąkolwiek z jego składowych a dominującym autotelicznym lub nieautotelicznym typem motywacji. Nie wykazano również istotnych korelacji pomiędzy typem motywacji lub poczuciem koherencji a wskazywaną przez ankietowanych specjalizacją szczegółową.

Dyskusja

Waszkiewicz i wsp. badali motywację autoteliczną i instrumentalną w grupie studentów medycyny. Wykazali oni, że przy wyborze studiów medycznych motywacje autoteliczne związane z chęcią niesienia pomocy innym, pasją, motywacją wynikającą z zainteresowania medycyną, a także pragnieniem uzyskania wysokiego prestiżu zawodowego zgłaszane były przez 60% ankietowanych, a przeciwne – instrumentalne (nieautoteliczne) związane z realizacją innych wartości i celów (m.in. gwarancją zatrudnienia po studiach oraz dobrą sytuacją ekonomiczną lekarzy) stanowiły 30% wszystkich udzielonych odpowiedzi [7]. Liczby te są zgodne z danymi uzyskanymi w naszym badaniu, które wykazało u ankietowanych lekarzy przewagę motywacji autotelicznej ($n = 54$; 62,8%) przy niewielkim udziale czystej motywacji instrumentalnej ($n = 2$; 2,3%) i istotnie mniejszym motywacji zrównoważonej ($n = 24$; 27,9%). Wynik ten może wskazywać na przewagę w grupie młodych lekarzy systemu motywacyjnego opartego na etosie zawodowym, określanym tradycyjnie jako „powołanie do zawodu lekarza”. Postawa taka przeważa nad podejściem merkantylnym ukierunkowanym na zaspokojenie doraźnych korzyści osobistych i traktowaniem specjalizacji głównie w kategoriach wartości ekonomiczno-organizacyjnych.

Uzyskane przez nas wyniki nie potwierdzają natomiast wcześniejszych doniesień innych autorów wskazujących na przewagę motywacji instrumentalnych u lekarzy wybierających specjalności zabiegowe [4]. Ciekawy wydaje się również istotny statystycznie wynik, ujawniający przewagę motywacji autotelicznej u lekarzy mężczyzn, przy braku jednoznacznego potwierdzenia tej zależności u lekarek. Wynik ten może wskazywać na obecność w populacji lekarzy–mężczyzn bardziej jednolitej niż u lekarek–kobiet tendencji do kierowania się etosem zawodowym i tzw. powołaniem, w miejsce racjonalnej analizy i instrumentalnego traktowania kariery zawodowej.

Wynik ten należy interpretować ostrożnie, choćby ze względu na ograniczenia wynikające ze stosunkowo niewielkiej liczebności badanej grupy i niejednoznacznego wyniku w grupie kobiet. Jest on również w wyraźnej opozycji do opisywanych w literaturze stereotypów postaw męskich i kobiecych, gdzie mężczyznom przypisuje się raczej racjonalność i instrumentalność, a kobietom ekspresyjność, bezinteresowność i nastawienie na potrzeby innych [26]. Obserwacja ta może wskazywać na występowanie u kobiet–lekarek zrównoważonego, a tym samym bardziej racjonalnego systemu motywacyjnego. Być może ma to związek z koniecznością godzenia rozpoczynającej się kariery zawodowej z innymi istotnymi na tym etapie rozwoju celami życiowymi kobiet, np. założeniem rodziny, wychowaniem dzieci, na co zwracają uwagę również inni badacze [1, 3]. Niejednoznaczność prezentowanych wyników, przy braku podobnych analiz w literaturze, może stanowić zachętę do dalszych badań tego zagadnienia. Poczuciu koherencji przypisuje się istotne znaczenie dla utrzymania pojmowanej holistycznie homeostazy organizmu w konfrontacji z wymaganiami stawianymi przez życie, także to zawodowe [27]. Osoby z wysokim poczuciem koherencji postrzegają świat jako bardziej zrozumiały, wierzą, że ich zasoby (m.in. przekonania, doświadczenia, umiejętności, kontakty) są wystarczające do zaspokojenia potrzeb wewnętrznych i zewnętrznych, że ich

życie ma cel, a ich zadania życiowe są warte planowanych nakładów i inwestycji [17, 28]. Wysokie poczucie koherencji promuje też wybór bardziej efektywnych strategii obronnych w odpowiedzi na stres [14]. Wyniki badań potwierdzają, że osoby z silnym poczuciem koherencji przejawiają m.in. mocniejsze koncentrowanie się na realizacji zadań oraz bardziej korzystne dla zdrowia zachowania związane z pracą [27, 29]. Uważa się również, że wysoka wartość poczucia koherencji jest związana z wyższym poziomem wykształcenia i dochodów. Stwierdzono dodatnią korelację poczucia koherencji z szeroką gamą innych uznawanych za przystosowawcze psychospołecznych właściwości jednostki, takich jak wysoka samoocena, wewnętrzne umiejscowienie kontroli, silna motywacja, oraz negatywną korelację m.in. z negatywną uczuciowością, dystresem, depresją, lękiem i słabym przystosowaniem społecznym [30]. Uzyskany w naszym badaniu wysoki średni wynik poczucia koherencji nie odbiega znacznie od wyników uzyskanych w pracach innych autorów [31]. Może on być interpretowany co najmniej dwojako. Z jednej strony wskazuje na pozytywną, funkcjonalną i społecznie oczekiwaną postawę („orientację życiową”) młodych lekarzy, których świat na początku kariery zawodowej przedstawia się jako spójny i pełen wyzwań, a postrzegane zasoby osobiste i doświadczenia wyniesione ze studiów jako wystarczające do sprostania oczekiwaniom, jakie stawia przed nimi życie. Z drugiej jednak strony sam Antonovsky mówił o istnieniu tzw. „pozornie silnego” poczucia koherencji, co oznacza, że dopuszczał istnienie wysokich, fałszywie dodatnich wyników swojego testu [15]. Wynik taki może być nieprawidłowo interpretowany jako odpowiednik silnego poczucia koherencji, choć w rzeczywistości jest wyrazem myślenia życzeniowego, mniej lub bardziej świadomego, obronnego zaprzeczania lub wypierania problemów jako konsekwencji realnie niskich kompetencji życiowych i ograniczonych możliwości adaptacyjnych. Wątpliwości bowiem może budzić postawa tzw. „bezkrytycznego optymisty”, który twierdzi, że wszystko jest zrozumiałe i wszystkie zaistniałe problemy łatwo się rozwiąże [32].

W prezentowanej w naszym badaniu analizie poczucia koherencji mierzonego w grupie młodych lekarzy nie wykazano korelacji pomiędzy jego wielkością lub wielkością poszczególnych jego składowych a miejscem zamieszkania, planowaną szczegółową specjalizacją medyczną, deklarowanym planem emigracji zarobkowej po ukończeniu specjalizacji oraz zawodem rodziców ankietowanych osób. Wykazano natomiast korelację wielkości zarówno całkowitego poczucia koherencji, jak i jego składowej zrozumiałość (comprehensibility) z męską płcią ankietowanych oraz związek izolowanej składowej sensowność (meaningfulness) z deklaracją wyboru specjalizacji zabiegowej, niezależnie od płci ankietowanych. Wynik ten wydaje się szczególnie ciekawy, gdyż to właśnie poczucie sensowności stanowi, zdaniem Antonovsky’ego, najistotniejszą komponentę motywacyjną całkowitego poczucia koherencji i jest miarą zdolności człowieka do nadawania znaczenia zachodzącym wydarzeniom, rozumienia ich i przeżywania raczej jako wyzwań niż zagrożeń [14]. Sensowność, zdaniem Antonovsky’ego, stanowi najbardziej istotny element poczucia koherencji, także ze względu na wzmocnianie umiejętności odnajdywania i adekwatnego korzystania z dostępnych zasobów [14, 15], choć twierdzenie to spotyka się z krytyką niektórych autorów, podkreślających rolę w tym procesie zwłaszcza składowej zrozumiałość

[33–35]. Tartas i wsp. przypisują wysoką rolę predykcyjną poczuciu koherencji i jego składowej zrozumiałości ankietowanych studentów medycyny nie tylko dla poczucia większej satysfakcji z życia i z kariery zawodowej, mniejszej podatności na wypalenie zawodowe i zaburzenia emocji, ale również bezpośrednio dla osiągania wyższych dochodów finansowych w okresie pięciu lat po zakończeniu studiów [36]. Z kolei Buddeberg-Fischer i wsp. wykazali wyższe poczucie koherencji, wyższą samoocenę oraz instrumentalność jako cechę motywacji u lekarzy wybierających specjalizacje zabiegowe i anesteziologię [4].

Pawełczyk i wsp. wykazali istnienie różnic cech temperamentu pomiędzy studentami medycyny preferującymi różne specjalizacje medyczne [6]. Stwierdzili istotnie wyższe nasilenie cech temperamentu w skalach: Wytrzymałość oraz Aktywność w grupie studentów preferujących specjalizację z zakresu chirurgii w porównaniu z wybierającymi jako specjalizację choroby wewnętrzne. Zaobserwowali również istotnie wyższe wartości przeciętne w zakresie dwóch skal: Żwawości oraz Wytrzymałości u studentów preferujących zabiegowe specjalizacje lekarskie w porównaniu z wybierającymi niezabiegowe. Praca w dyscyplinach zabiegowych, w tym w chirurgii, wiąże się z dużym wysiłkiem fizycznym, napięciem psychicznym oraz nasilonym stresem związanym z wykonywaniem zabiegów operacyjnych, koniecznością podejmowania szybkich decyzji w sytuacji niepewności. Niesie za sobą konieczność dyspozycyjności, mało uregulowany tryb życia, często nocne dyżury i duże zaangażowanie czasowe [6, 37]. Osoby z wysokim poczuciem koherencji prezentują mniejszą skłonność do postrzegania sytuacji stresowych jako istotnych źródeł zagrożenia i lęku niż osoby z niskim poczuciem koherencji [30], co może sugerować obecność lekarzy z wyższym poczuciem koherencji w grupie specjalistów zabiegowych częściej niż niezabiegowych. Podobne wnioski płyną z badania Barbary Buddeberg-Fischer i wsp. [4]. W badaniu tym lekarze preferujący specjalności zabiegowe, niezależnie od płci, wykazywali się wyższym całkowitym poczuciem koherencji niż preferujący specjalizacje niezabiegowe. Obserwacja ta okazała się zbieżna z naszymi wynikami w odniesieniu do sensowności, która była istotnie wyższa u ankietowanych deklarujących wybór specjalności zabiegowej, natomiast nie potwierdziła się w odniesieniu do całkowitej wartości poczucia koherencji. Być może wynika to z różnicy metodologicznej w obliczaniu SOC, związanej z zastosowaniem w cytowanym badaniu skróconej 13-punktowej wersji kwestionariusza Antonovsky'ego w miejsce stosowanej przez nas skali pełnej, 29-punktowej. Różnice te mogą wynikać również z innych ograniczeń naszego badania, którymi były: niewielka grupa ankietowanych i analiza profilu absolwentów tylko jednej uczelni medycznej.

Autorzy artykułu mają świadomość, że poddany analizie temat nie został w pełni wyczerpany. Ze względu na niewielką liczebność badanej grupy nie można również, z uzyskanych wyników, wyciągać daleko idących wniosków. Dla lepszego zrozumienia wpływu motywacji lekarzy na wybór ich dalszej specjalizacji potrzebne są kolejne analizy prowadzone w szerszej populacji.

Wnioski

1. Wykazana przewaga motywacji autotelicznej u młodych lekarzy wskazuje na utrzymującą się, pomimo przemian ustrojowych i zmian organizacyjnych w ochronie zdrowia, rolę tradycyjnego systemu motywacyjnego opartego na etosie zawodowym, przed podejściem instrumentalnym, związanym z kalkulacją przyszłych korzyści. Zależność ta jest bardziej wyraźna u mężczyzn niż kobiet.
2. Wyższa wartość składowej poczucia koherencji – sensowność – w grupie lekarzy deklarujących wybór specjalizacji zabiegowej może wskazywać na jej regulacyjną rolę w podejmowaniu decyzji zawodowych związanych z dużym wysiłkiem fizycznym, napięciem psychicznym oraz silnym stresem zawodowym.
3. Wyniki wskazujące na istotne różnice w rodzajach motywacji i wielkości składowych poczucia koherencji w grupach ankietowanych lekarzy: mężczyzn i kobiet, ze względu na ich potencjalne znaczenie w procesie optymalizacji kształcenia, poradnictwa zawodowego oraz profilaktyki wypalenia zawodowego, zachęcają do dalszych obserwacji tych zależności z udziałem większej populacji.

Piśmiennictwo

1. Gjerberg E. *Gender differences in doctors' preference – and gender differences in final specialisation*. Soc. Sci. Med. 2002; 54: 591–605.
2. Vaidya NA, Sierles FS, Raida MD, Fakhoury FJ, Przybeck TR, Cloninger CR. *Relationship between specialty choice and medical student temperament and character assessed with Cloninger Inventory*. Teach. Learn. Med. 2004; 16(2): 150–156.
3. Dorsey ER, Jarjoura D, Rutecki GW. *The influence of controllable lifestyle and sex on the specialty choices of graduating U.S. medical students, 1996-2003*. Acad. Med. 2005; 80: 791–796.
4. Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Abel T, Buddeberg C. *Swiss residents' specialty choices – impact of gender, personality traits, career motivation and life goals*. BMC Health Serv. Res. 2006; 6: 137.
5. Ciechanowski PS, Worley LL, Russo JE, Katon WJ. *Using relationship styles based on attachment theory to improve understanding of specialty choice in medicine*. BMC Med. Educ. 2006; 6: 3.
6. Pawełczyk A, Kotlicka-Antczak M, Pawełczyk T, Rabe-Jabłońska J. *Czynniki temperamentalne mogą być związane z preferencją specjalizacji lekarskiej – badanie pilotażowe*. Psychiatr. Psychol. Klin. 2010; 10(2): 73–85.
7. Waszkiewicz L, Zatońska K, Einhorn J, Połtyn-Zaradna K, Gawel-Dąbrowska D. *Motywacje wyboru studiów medycznych na przykładzie studentów Akademii Medycznej we Wrocławiu*. Hygeia Public Health 2012; 47: 223–226.
8. Thornton J, Esposto F. *How important are economic factors in choice of medical specialties?* Health Econ. 2003; 12: 67–73.
9. *Możliwości i bariery rozwoju zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów. Skrócona wersja raportu z badania – wyniki, wnioski i rekomendacje*. Warszawa: Ośrodek Studiów Analiz i Informacji Naczelnej Izby Lekarskiej; 2012.

10. Nowak JK, Adamczyk D, Żebryk P, Walkowiak J. *Analiza dostępności miejsc rezydenckich i preferencji wyboru specjalizacji przez młodych lekarzy w Polsce*. Now. Lek. 2013; 82(4): 318–328.
11. Wosnitza M, Karabenick SA, Efklides A, Nenniger P. red. *Contemporary motivation research: from local to global perspectives*. Cambridge, MA: Hogrefe; 2009
12. Csikszentmihalyi M, LeFevre J. *Optimal experience in work and leisure*. J. Pers. Soc. Psychol. 1989; 56: 815–822.
13. Ciecich J. *Nadzieja jako moderator związku poczucia koherencji z preferencjami wartości*. Fides et Ratio 2010; 2(2): 25–38.
14. Antonovsky A, Sagy S. *The development of a sense of coherence and its impact on responses to stress situations*. J. Soc. Psychol. 1986; 126: 213–225.
15. Antonovsky A. *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować?* Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2005, str. 34.
16. Eriksson M, Lindstroem B. *Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review*. J. Epidemiol. Commun. Health 2005; 59: 460–466.
17. Łapińska M, Gaworska-Krzemińska A, Dominiak K, Milewski M, Zawadzka J, Kretowicz K. i wsp. *Poczucie koherencji a odporność na stres wśród położnych jako predyktory samodzielności zawodowej*. Probl. Pielęg. 2013; 21(3): 306–317.
18. Suominen S, Helenius H, Blomberg H, Uutela A, Koskenvuo M. *Sense of coherence as a predictor of subjective state of health: results of 4 years of follow-up of adults*. J. Psychosom. Res. 2001; 50: 77–86.
19. Mroziak B, Czabała J, Wójtowicz S. *Poczucie koherencji a zaburzenia psychiczne*. Psychiatr. Pol. 1997; 31: 257–268.
20. Habrat E. *Poczucie koherencji u osób z przebyłym zespołem depresyjnym typu endogennego*. Psychoterapia 1997; 3: 73–79.
21. Sariusz-Skąpska M, Czabała JC, Dudek D, Zięba A. *Ocena stresujących wydarzeń życiowych i poczucie koherencji u pacjentów z chorobą afektywną jedno- i dwubiegunową*. Psychiatr. Pol. 2003; 37(5): 863–875.
22. Bień A, Wrońska I. *Poczucie koherencji kobiet a czynniki społeczno-demograficzne*. Pielęgniarstwo XXI wieku 2005; 3: 55–61.
23. Jabłoński M. *Poczucie koherencji a ryzyko rozwoju depresji u chorych na ostrą białaczkę*. Psychoonkologia 2009; 1–2: 1–10.
24. Dembinski PH. *Finance: servant or deceiver?: Financialization at the crossroad*. New York: Observatoire de la Finance, Palgrave Macmillan; 2009.
25. Jabłoński M, Pilecki MW, Murawiec S, Bielas J, Rachel W, Jach R. *Nowe zagrożenia dla psychoterapii w Polsce po transformacji ustrojowej lat 80. XX wieku*. Psychiatria 2014; 11(2): 81–86.
26. Królikowska S. *Rola stereotypów płci w kształtowaniu postaw kobiet i mężczyzn wobec zdrowia*. Now. Lek. 2011; 80(5): 387–393.
27. Vogt K, Jenny GJ, Bauer GF. *Comprehensibility, manageability and meaningfulness at work: Construct validity of a scale measuring work – related sense of coherence*. SA J. Ind. Psychol. 2013; 39: 8.
28. Lundman B, Aléx L, Jonsén E, Norberg A, Nygren B, Fischer RS. *Innerstrength – A theoretical analysis of salutogenic concepts*. Int. J. Nurs. Stud. 2010; 47: 251–260.
29. Basińska M, Andruszkiewicz A, Grabowska M. *Nurses' sense of coherence and their work related patterns of behavior*. Int. J. Occup. Env. Health 2011; 24(3): 256–266.

30. Suraj S, Singh A. *Study of sense of coherence health promoting behaviour in north Indian students*. Indian J. Med. Res. 2011; 134: 645–652.
31. Siber G, Endler PC, Mesenholl E, Lothaller H, Müller-Breidenbach E, Haug TM. *Kohärenzempfinden (Sense of Coherence) bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin*. Wien. Med. Wochenschr. 2009; 159(7–8): 192–195.
32. Rębak D, Głuszek S. *Poczucie koherencji jako wykładnik w prognozowaniu aktywności zawodowej ratowników medycznych*. Piel. Zdr. Publ. 2012; 2(2): 103–107.
33. Soderhamn O, Holmgren L. *Testing Antonovsky's sense of coherence (SOC) scale among Swedish physically active older people*. Scand. J. Psychol. 2014; 45(3): 215–221.
34. Lindmark U, Stenstrom U, Gerdin EW, Hugoson A. *The distribution of 'sense of coherence' among Swedish adults: a quantitative cross-sectional population study*. Scand. J. Public Health 2009; 38(1): 1–8.
35. Bergman E, Malm D, Ljungquist B, Berterö C, Karlsson JE. *Meaningfulness is not the most important component for changes in sense of coherence*. Eur. J. Cardiovasc. Nur. 2012; 11: 331–338.
36. Tartas M, Walkiewicz M, Majkovicz M, Budzyński W. *Psychological factors determining success in a medical career: A 10-year longitudinal study*. Med. Teach. 2011; 3: e163–e172.
37. Erzurum VZ, Obermeyer RJ, Fecher A, Thyagarajan P, Tan P, Koler AK. i wsp. *What influences medical students' choice of surgical careers*. Surgery 2000; 128: 253–256.

Adres: Marcin Jabłoński
Akademia Ignatianum w Krakowie
31-501 Kraków, ul. Kopernika 26

Otrzymano: 28.04.2015
Zrecenzowano: 1.06.2015
Otrzymano po poprawie: 7.06.2015
Przyjęto do druku: 8.06.2015