

Andrzej Boczkowski

LEKARZE MEDYCYNY PRACY O SWOJEJ SPECJALIZACJI. KONCEPTUALIZACJA PROJEKTU BADAWCZEGO ORAZ CHARAKTERYSTYKA BADANEJ ZBIOROWOŚCI

OCCUPATIONAL MEDICINE PHYSICIANS ON THEIR SPECIALITY.

CONCEPTUAL FRAMEWORK OF A RESEARCH PROJECT AND CHARACTERISTICS OF POPULATION UNDER STUDY

Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź

Zakład Polityki Zdrowotnej, Pracownia Społecznych Problemów Zdrowia

STRESZCZENIE

Wstęp: W artykule przedstawione są: (1) założenia koncepcyjne i cele projektu badawczego dotyczącego samooceny użyteczności kompetencji nabywanych przez lekarzy podczas podyplomowego kształcenia specjalistycznego w dziedzinie medycyny pracy, (2) sposób realizacji badań empirycznych oraz (3) charakterystyka badanej zbiorowości oraz rezultaty analizy związków i zależności między zmiennymi społeczno-demograficznymi. **Materiał i metody:** Badaniami przeprowadzonymi w 2006 r. objętych zostało 813 dobranych losowo lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny pracy, którzy specjalizację uzyskali w różnych krajowych ośrodkach, oraz 15 ekspertów — dyrektorów WOPM i kierowników specjalizacji. Metodami badawczymi były: ankieta z zastosowaniem kwestionariusza rozesłanego do wylosowanych lekarzy (wypełnione kwestionariusze odesłało 288 respondentów, co stanowiło 35,4% badanej próby) oraz rejestrowany na taśmie magnetofonowej wywiad swobodny z listą poszukiwanych informacji. **Wyniki:** Zbadana grupa respondentów jest w średnim stopniu sfeminizowana (57% kobiet) i cechuje się stosunkowo wysoką średnią wieku (55 lat). Mniej więcej połowa badanych uzyskała specjalizację z medycyny pracy do 1990 r., a połowa po roku 1990, w instytutach medycyny pracy w Łodzi lub w Sosnowcu — 48%, w innych placówkach — 52%. W niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej pracuje 62% osób, natomiast 58% prowadzi prywatną praktykę. W więcej niż jednym miejscu pracy jest zatrudnionych 55% respondentów. **Wnioski:** Na podstawie analizy związków między zmiennymi społeczno-demograficznymi można stwierdzić, że: (1) płeć w niewielkim stopniu wpływa na miejsce specjalizowania się, zaś w większym na okres uzyskania specjalizacji oraz rodzaj i liczbę miejsc pracy, nie wpływa natomiast na zajmowanie stanowiska kierowniczego; (2) wiek w istotnej mierze różnicuje miejsce specjalizowania się, w znacznym stopniu liczbę miejsc pracy oraz zajmowanie stanowiska kierowniczego; (3) liczba miejsc pracy oraz zajmowanie stanowiska kierowniczego pozostają w pewnym związku z miejscem uzyskania specjalizacji. Med. Pr. 2008;61(3):237–246

Słowa kluczowe: lekarze medycyny pracy, kształcenie specjalizacyjne, autoocena użyteczności kształcenia

ABSTRACT

Background: The paper presents conceptual assumptions and objectives of the research project on self-assessed usefulness of competencies acquired by physicians during postgraduate specialist training in occupational medicine, research methods, characteristics of the study population and the analyzed relationships between social and demographic variables. **Material and Methods:** In 2006, the field study was carried out in a randomly drawn group of 813 occupational/industrial medicine physicians who completed specialization training in different training centers and 15 experts (directors of voivodeship centers of occupational medicine and specialization tutors). Two research methods were employed, a questionnaire mailed to physicians and interviews held with experts. **Results:** The group of respondents was moderately feminized (57% of women) and characterized by relatively high mean age (55 years); 50% of respondents completed their specialization before and 50% after 1990; 48% completed it in institutes of occupational medicine in Łódź and Sosnowiec and 52% in other centers; 62% are employed in non-public health care institutions and 58% run private practice; 55% are employed in more than one place. **Conclusions:** The analysis of relationships between social and demographic variables shows that the gender influences the place of specialization to some degree, the period of specialization, kind and number of workplaces to a higher degree, but does not influence holding a managerial position. The age considerably differentiates the place of specialization and the number of workplaces. There is some relationship between the number of workplaces and holding a managerial post on the one hand and place of specialization on the other. Med Pr 2008;59(3):237–246

Key words: occupational medicine physicians, specialist training, self-assessment of training usefulness

Adres autora: św. Teresy 8, 91-348 Łódź, e-mail: abocz@imp.lodz.pl

Nadesłano: 11 kwietnia 2008

Zatwierdzono: 15 maja 2008

* Praca przygotowana w ramach tematu IMP 8.1 „Użyteczność kompetencji nabywanych podczas kształcenia specjalistycznego w autoocenie lekarzy medycyny pracy”. Kierownik: dr n. hum. A. Boczkowski.



ZAŁOŻENIA I CELE PROJEKTU

Od pewnego czasu formułowane są w naszym kraju opinie sygnalizujące potrzebę zmian w kształceniu specjalistycznym w dziedzinie medycyny pracy, w szczególności uwzględnienia w nim nowszych, upowszechniających się w krajach Unii Europejskiej tendencji w zakresie kształcenia lekarzy medycyny pracy — specjalistów mających sprawować opiekę zdrowotną nad pracującymi (1–6). W literaturze przedmiotu stosunkowo często spotyka się teksty traktujące problematykę kształcenia i kompetencji jako podstawową dla jakości tej opieki, co w gruncie rzeczy zawsze odnosi się — bezpośrednio lub pośrednio — do skuteczności i użyteczności kształcenia specjalistycznego (7–11). W projekcie badawczym, którego przesłanki i sposób realizacji przedstawione są w tym artykule, chodziło o ustalenie: po pierwsze, czy i w jakim stopniu polscy lekarze medycyny pracy uświadamiają sobie potrzebę zmian w tym zakresie; po drugie, w jakiej mierze sami oceniają krytycznie program i sposób kształcenia specjalistycznego w swojej dziedzinie.

Lekarze medycyny pracy, którzy w ramach realizacji tego projektu zostali objęci badaniem, mieli oczywiście możliwość skonfrontowania procesu kształcenia specjalistycznego i jego efektów z praktyką, zatem są, jako grupa profesjonalna, najbardziej wiarygodnym źródłem czy podmiotem oceny użyteczności tego kształcenia, mogą być również autorami sensownych postulatów dotyczących jego przyszłości. Sugerowały to wyniki badania przeprowadzonego pod koniec 1999 r. w ramach programu wieloletniego*. Badanie to dotyczyło bezpośrednio oceny pytań testowych stosowanych najczęściej przy sprawdzaniu wiedzy z zakresu medycyny pracy i higieny pracy pod koniec cyklu kształcenia specjalistycznego lekarzy medycyny pracy, pośrednio zaś i niejako w drugiej kolejności — oceny zawartości niektórych elementów programu kształcenia specjalistycznego w tej dziedzinie. W badaniu, mającym charakter zbiorowej ekspertyzy dokonanej na dwóch płaszczyznach kompetencyjnych (bezpośredniego wykonawstwa oraz zarządzania w skali regionalnej), wzięli udział: 100 lekarzy z II stopniem specjalizacji z medycyny pracy oraz — jako eksperci wyższego rzędu i komentatorzy — członkowie dyrekcji kilku Wojewódzkich Ośrodków Medycyny Pracy. Wszyscy uczestnicy badania oceniali m.in. praktyczną przydatność tematyki każdego z pytań

wytypowanych do ewaluacji. Uwagi lekarzy-ekspertów zebrane w trakcie badania świadczyły o krytycznym, a jednocześnie rzeczowym potraktowaniu ówczesnego programu kształcenia specjalistycznego w dziedzinie medycyny pracy (12).

W sytuacji wzrastającej potrzeby modyfikowania programów kształcenia specjalistycznego w tej dziedzinie, w szczególności w sytuacji ich rychłego praktycznego skonfrontowania ze standaryzacyjnymi tendencjami i propozycjami odnoszącymi się do kształcenia lekarzy medycyny pracy w Unii Europejskiej, w pełni zasadne wydawało się podjęcie projektu badawczego dotyczącego oceny przez lekarzy medycyny pracy własnych kompetencji nabytych podczas kształcenia specjalistycznego (13).

Konceptualizacja projektu znalazła swój wyraz między innymi w analizie porównawczej podstawowych dokumentów programowych kształcenia specjalistycznego w dziedzinie medycyny pracy: programu specjalizacji realizowanego w Polsce i projektu takiego programu opracowanego w profesjonalnych strukturach Unii Europejskiej (5).

Cele projektu były następujące: (1) uzyskanie wielostronnej i wiarygodnej oceny użyteczności kompetencji (wiedzy, umiejętności, postaw) nabywanych podczas cyklu podyplomowego kształcenia specjalistycznego w dziedzinie medycyny pracy, (2) ustalenie zakresu i intensywności postrzegania anachronizmów, braków i nieadekwatności występujących w programie kształcenia specjalistycznego w tej dziedzinie oraz (3) uzyskanie od ekspertów — lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny pracy — postulatów dotyczących przyszłości tego kształcenia.

METODY I REALIZACJA PROJEKTU

Badaniami przeprowadzonymi w 2006 r. objętych zostało 813 dobranych losowo lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny pracy, którzy specjalizację uzyskali w różnych krajowych ośrodkach, oraz 15 ekspertów — m.in. dyrektorów WOPM i kierowników specjalizacji. Metodami badawczymi były: (1) ankieta pocztowa rozsyłana do lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny pracy (wypełnione kwestionariusze odesłało 288 respondentów, co stanowi 35,4% badanej próby) oraz (2) rejestrowany fonicznie wywiad pogłębiony (swobodny, z tzw. listą poszukiwanych informacji).

Kwestionariusz ankiety pocztowej miał na celu uzyskanie od respondentów wieloaspektowych ocen

* Strategiczny Program Rządowy (SPR-1) pn. „Bezpieczeństwo i ochrona zdrowia człowieka w środowisku pracy”, zadanie badawcze SPR 05.13.4 „Opracowanie i wdrożenie narzędzi oceny jakości kształcenia podyplomowego w zakresie medycyny pracy i higieny pracy”. Kierownik: prof. dr hab. med. J. Indulski.



odnoszących się, po pierwsze, do użyteczności kształcenia specjalizacyjnego w dziedzinie medycyny pracy ujmowanego jako całość, po drugie, do poszczególnych elementów programu kształcenia w tej dziedzinie, oraz po trzecie, do postulowanych ogólnoeuropejskich (unijnych) wymagań pod adresem ośrodków kształcących specjalistów w dziedzinie medycyny pracy. w swobodnych wypowiedziach respondentów pojawiały się także postulaty odnoszące się do zawartości merytorycznej kształcenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie oraz do prawnych, administracyjnych i organizacyjnych regulacji praktycznej działalności lekarza medycyny pracy.

Pytania zamieszczone w kwestionariuszu dotyczyły następujących zagadnień:

1. Motywy podejmowania przez lekarzy specjalizacji w dziedzinie medycyny pracy.
2. Korzyści, jakie może przynieść lekarzowi uzyskanie specjalizacji w tej dziedzinie.
3. Wpływ posiadania tej specjalizacji na karierę zawodową w systemie zdrowia.
4. Ocena przygotowania poprzez kształcenie specjalizacyjne do realizacji głównych zadań lekarza medycyny pracy.
5. Ocena faktycznego realizowania w praktyce zawodowej głównych zadań (ról zawodowych) lekarza medycyny pracy.
6. Ocena stopnia realizacji w praktyce lekarza medycyny pracy w Polsce projektowanych w Unii Europejskiej ról zawodowych i funkcji (zakresów działania) lekarza o takiej specjalizacji.
7. Ocena satysfakcjonujących korzyści materialnych i niematerialnych z działalności zawodowej lekarza medycyny pracy i sposobów ich powiększenia.
8. Ocena prestiżu, jakim praca lekarzy tej specjalności cieszy się w społeczeństwie w ogóle, w populacji pracujących i w szerszym środowisku lekarskim.

Celem pogłębianych wywiadów z ekspertami w dziedzinie medycyny pracy przeprowadzanych według opracowanej uprzednio listy poszukiwanych informacji było uzyskanie ich ocen i opinii na temat programu specjalizacji, jej przebiegu, adekwatności realizowanego programu do modelu i praktyki sprawowania opieki zdrowotnej nad pracującymi, a także postulatów dotyczących modyfikacji programu specjalizacji i sposobu kształcenia specjalizacyjnego w medycynie pracy.

* Użyteczność — w nawiązaniu do społeczno-ekonomicznej teorii użyteczności oraz socjologicznej teorii wymiany — rozumiana jest tutaj jako generowanie korzyści trzech rodzajów: (1) merytorycznych, (2) formalnych oraz (3) innych korzyści osobistych.

W tej części badania uczestniczyli doświadczeni lekarze specjaliści medycyny pracy, sprawujący znaczące funkcje w systemie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi: dyrektorzy wojewódzkich ośrodków medycyny pracy i ich zastępcy ds. medycyny pracy, kierownicy działów konsultacyjnych i działów organizacji nadzoru i szkolenia wómpów, konsultanci wojewódzcy w dziedzinie medycyny pracy. Eksperci wypowiadali się m.in. na temat motywów podejmowania specjalizacji z medycyny pracy i prestiżu tej specjalizacji w środowisku zawodowym, treści i zakresu przekazywanej wiedzy w procesie kształcenia specjalizacyjnego, przydatności tej wiedzy w praktyce lekarza medycyny pracy, warunków organizacji kursów i stażów specjalizacyjnych, znaczenia ustawodawstwa dla realizacji zadań profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi. Eksperci ocenili również obecną sytuację oraz perspektywę rozwoju specjalizacji i systemu służby medycyny pracy.

Opublikowane zostały już rezultaty analizy porównawczej roli, zadań i funkcji lekarza medycyny pracy (tak jak ujmuje te kwestie polski program kształcenia specjalistycznego) oraz lekarza kierującego ochroną zdrowia pracujących (tak jak to ujmuje projekt opracowany w profesjonalnych stowarzyszeniach medycyny pracy funkcjonujących w krajach Europy Zachodniej). Wyniki tej analizy przedstawione zostały w kontekście ewolucyjnych zmian zachodzących w sferze opieki zdrowotnej nad pracującymi (5).

W kolejnych artykułach omówione zostaną wyniki przedstawionych wyżej badań socjologicznych przeprowadzonych w środowisku polskich lekarzy-specjalistów w dziedzinie medycyny pracy.

CHARAKTERYSTYKA BADANEJ ZBIOROWOŚCI

Struktura społeczno-demograficzna i zawodowa

Strukturę zbiorowości badanej za pomocą kwestionariusza ankiety pocztowej charakteryzuje osiem kontrolowanych w tym badaniu cech społeczno-demograficznych i zawodowych: płeć, wiek, miejsce uzyskania przez respondenta specjalizacji w dziedzinie medycyny pracy (medycyny przemysłowej), okres uzyskania specjalizacji, miejsce pracy, liczba miejsc pracy, zajmowanie stanowiska kierowniczego oraz staż respondenta jako lekarza medycyny pracy.

Wśród 288 osób, które odesłały wypełnione kwestionariusze, było 116 mężczyzn i 165 kobiet — odpowiednio 40,3% i 57,3%. Siedem osób (2,4%) nie odpowiedziało na pytanie o płeć. Na podstawie podanego przez zdecydowaną większość respondentów roku urodzenia wyróżnionych



zostało pięć przedziałów wieku: 35–39 lat (29 osób, 10,1%), 40–49 lat (58 osób, 20,1%), 50–59 lat (90 osób, 31,3%), 60–69 lat (60 osób, 20,8%), 70 i więcej lat (39 osób, 13,5%). Roku urodzenia nie podało 12 osób (4,2%).

Miejsca uzyskania przez respondentów specjalizacji w dziedzinie medycyny pracy (medycyny przemysłowej) sklasyfikowane zostały w trzech kategoriach: Instytut Medycyny Pracy w Łodzi (specjalizację z medycyny pracy uzyskało tutaj 67 osób — 23,3% badanej zbiorowości), Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu (72 osoby, 25%) oraz inne miejsca (114 osób, 39,6%). Na pytanie o miejsce uzyskania specjalizacji z medycyny pracy (medycyny przemysłowej) nie odpowiedziało 35 osób (12,2%).

Wyróżnionych zostało pięć okresów, w jakich respondenci uzyskali tę specjalizację: lata 1958–1970 (15 osób, 5,2%), 1971–1980 (70 osób, 24,3%), 1981–1990 (43 osoby, 14,9%), 1991–2000 (99 osób, 34,4%) i 2001–2005 (28 osób, 9,7%). Na pytanie o rok uzyskania specjalizacji z medycyny pracy (medycyny przemysłowej) nie odpowiedziały 33 osoby (11,5%).

Swoje miejsca pracy respondenci określali, wskazując w kwestionariuszu odpowiednie, dość ogólne ich kategorie. Ostatecznie do analizy weszła 5-elementowa klasyfikacja rodzajowa miejsc pracy: publiczny zakład opieki zdrowotnej — tego rodzaju miejsca pracy wskazały 94 osoby (32,6%), niepubliczny zakład opieki zdrowotnej — 177 osób (61,5%), prywatną praktykę lekarską (indywidualną lub grupową) — 168 osób (58,3%), wojewódzki ośrodek medycyny pracy lub jego oddział — 25 osób (8,7%), instytucję naukową, badawczą, edukacyjną — 26 osób (9%). Na pytanie o miejsce(a) pracy nie odpowiedziały 4 osoby (1,4%).

Większość respondentów (159 osób, 54,5%) jest zatrudniona w więcej niż jednym miejscu pracy, w tym 18 osób (41%) w dwóch, 35 osób (12,2%) w trzech i 6 osób (2,1%) w czterech miejscach. Nie uzyskano danych o 4 osobach (1,4%).

Ponad jedna trzecia respondentów (110 osób, 38,2%) zajmuje stanowisko kierownicze co najmniej w 1 miejscu pracy, zaś 54,9% nie zajmuje żadnego stanowiska kierowniczego. Na pytanie o to nie odpowiedziało 20 osób (6,9%). A oto typy stanowisk kierowniczych zajmowanych przez respondentów, na podstawie podanych przez nich, nie zawsze precyzyjnych, nazw:

- dyrektor (także d/s), zastępca dyrektora, PPIS; ordynator, z-ca ordynatora. Wiceprezes (także członek zarządu, dyrektor (z-ca dyrektora) NZOZ, kierownik NZOZ — 28 osób (9,7%),

- kierownik przychodni (także zastępca), kierownik zakładu (np. leczniczo-rehabilitacyjnego) — 22 osoby (7,6%),
- kierownik działu, oddziału (np. WOMP); kierownik ośrodka (np. medycyny pracy); kierownik centrum medycznego — 8 osób (2,8%),
- kierownik poradni, ambulatorium — 15 osób (5,2%),
- kierownik, z-ca kierownika — 7 osób (2,4%),
- koordynator pionu (służby medycyny pracy); z-ca głównego lekarza orzecznika; naczelny lekarz Okręgowego Inspektoratu Służby Więziennej; szef służby zdrowia — 5 osób (1,7%),
- właściciel gabinetu, zakładu — 7 osób (3%).

Większość respondentów (74%) w charakterze lekarza medycyny pracy pracuje 11 i więcej lat, zaś ponad połowa (52,8%) — 21 i więcej lat. Do analiz statystycznych staż respondentów jako lekarzy medycyny pracy został sklasyfikowany w 5 następujących przedziałach: 2–10 lat (69 osób, 24%), 11–20 lat (61 osób, 21,2%), 21–30 lat (59 osób, 20,5%), 31–40 lat (62 osoby, 21,5%), 41 i więcej lat (31 osób, 10,8%).

Stwierdzone związki i zależności cech społeczno-demograficznych

W celu pełniejszej charakterystyki badanej zbiorowości, a co za tym idzie również całej grupy społeczno-zawodowej, zbadane zostały związki i zależności między poszczególnymi zmiennymi społeczno-demograficznymi. W pierwszej kolejności w polu uwagi znalazły się potencjalne związki między płcią a wiekiem (traktowanymi jako zmienne niezależne, wyjaśniające), a miejscem uzyskania specjalizacji z medycyny pracy/medycyny przemysłowej, okresem uzyskania tej specjalizacji, rodzajem i liczbą miejsc pracy oraz zajmowaniem stanowiska kierowniczego (traktowanymi jako zmienne zależne, wyjaśniane).

W drugiej kolejności zbadane zostały związki między miejscem a okresem uzyskania specjalizacji z medycyny pracy/medycyny przemysłowej oraz stażem w medycynie pracy — tym razem ujmowanymi jako zmienne niezależne (wyjaśniające) — a rodzajem i liczbą miejsc pracy i zajmowaniem stanowiska kierowniczego, ujmowanymi jako zmienne zależne.

Płeć w niewielkiej mierze różnicuje miejsce uzyskania specjalizacji, chociaż można tutaj wskazać na pewną tendencję (zresztą zbyt słabą, by mogła stanowić podstawę jakichś uogólnień) — relatywnie nieco więcej kobiet niż mężczyzn uzyskało specjalizację w Instytucie Medycyny Pracy w Łodzi, zaś nieco więcej



Tabela 1. Płeć a miejsce specjalizacji w dziedzinie medycyny pracy (medycyny przemysłowej)
Table 1. Place of specialist training in occupational (industrial) medicine by gender

Miejsce specjalizacji Place of specialist training	Płeć Gender				Ogółem Total	
	M / M		K / F			
	n	%	n	%	n	%
Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi / Nofer Institute of Occupational Medicine in Łódź	17	17	43	29	60	24
Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu / Institute of Occupational Medicine and Environmental Health in Sosnowiec	28	28	43	29	71	29
Inne / Other	54	55	64	43	118	47
Ogółem / Total	99	100	150	100	249	100

M — mężczyzna / male.

K — kobieta / F — female.

V = 0,142; p = 0,08.

Tabela 2. Wiek a miejsce specjalizowania się w dziedzinie medycyny pracy (medycyny przemysłowej)
Table 2. Place of specialist training in occupational (industrial) medicine by age

Miejsce specjalizacji Place of specialist training	Wiek (w latach) Age (years)						Ogółem Total	
	35–39		40–49		> 50			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi, Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu / Nofer Institute of Occupational Medicine in Łódź, Institute of Occupational Medicine and Environmental Health in Sosnowiec	7	29	35	66	86	51	128	52
Inne / Other	17	71	18	34	83	49	118	48
Ogółem / Total (N)	24	100	53	100	169	100	246	100

V = 0,194; p = 0,01.

mężczyzn w innych miejscach poza Instytutami Medycyny Pracy (tab. 1).

Wyraźnie silniej i z większą istotnością miejsce uzyskania specjalizacji różnicowane jest przez wiek: o ile wśród osób stosunkowo starszych odsetki specjalistów wykształconych w Instytutach oraz tych, którzy uzyskali specjalizację gdzie indziej, są podobne, o tyle w dwóch pozostałych wyróżnionych tutaj przedziałach wieku sytuacja jest zróżnicowana. Wśród osób młodszych (35–39 lat) wyraźnie więcej jest takich, które specjalizowały się poza instytutami, zaś wśród osób nieco starszych (40–49 lat) występuje znaczna przewaga takich, które specjalizowały się w instytutach medycyny pracy (tab. 2).

Dane przedstawione w tabeli 3. w szczególny sposób ilustrują zjawisko nasilającej się feminizacji zawodu lekarza medycyny pracy — wśród osób, które uzyskały tę specjalizację dawniej (do 1980 r.) kobiet jest relatywnie mniej niż mężczyzn, zaś wśród osób, które specjalizowały się w okresie późniejszym (lata 1981–2005) sytuacja uległa odwróceniu — odsetki kobiet są większe niż odsetki mężczyzn (tab. 3).

Stosunkowo więcej kobiet lekarzy medycyny pracy (w porównaniu z mężczyznami) pracuje w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej, zaś stosunkowo więcej mężczyzn prowadzi prywatną praktykę (tab. 4).

Wpływ wieku na rodzaj miejsca pracy jest nieistotny statystycznie. Można wskazać tylko na dość oczywistą w kontekście przebiegu typowej kariery zawodowej lekarza medycyny pracy sytuację większego od średniej

Tabela 3. Płeć a okres specjalizacji w dziedzinie medycyny pracy (medycyny przemysłowej)

Table 3. Period of specialist training in occupational (industrial) medicine by gender

Okres specjalizacji Period of specialist training	Płeć Gender				Ogółem Total	
	M / M		K / F			
	n	%	n	%	n	%
1958–1980	41	41	41	27	82	33
1981–2005	60	59	110	73	170	67
Ogółem / Total(N)	101	100	151	100	252	100

V = 0,141; p < 0,03.

Objaśnienia jak w tabeli 1 / Abbreviations as in Table 1.



Tabela 4. Płeć a miejsce pracy (wskazania na poszczególne miejsca pracy)**Table 4.** Workplaces by gender (indications of a given kind of workplace)

Miejsce pracy Kind of workplace	Płeć Gender				Ogółem Total	
	M / M		K / F			
	n	%	n	%	n	%
Publiczny zakład opieki zdrowotnej / / Public health care institution	31	15	61	22	92	19
Niepubliczny zakład opieki zdrowotnej / Non-public health care institution	74	36	101	37	175	36
Praktyka prywatna (indywidualne lub zbiorowa) / Individual or collective private practice	82	40	83	30	165	34
Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy / Voivodship Centre of Occupational Medicine	5	2	19	7	24	5
Instytucja badawcza, edukacyjna / / Research and education institutions	15	7	10	4	25	5
Ogółem / Total (N)*	207	100	274	100	481	100

V = 0,171; p < 0,01.

Objaśnienia jak w tabeli 1 / Abbreviations as in Table 1.

* Liczba wskazań ogółem jest większa od liczby osób biorących udział w badaniu ze względu na to, że ponad połowa respondentów jest zatrudniona w więcej niż jednym miejscu pracy / The total number of indications is greater than the number of respondents because more than half of them have more than one job.

odsetka osób stosunkowo młodych (35–39 lat), którzy pracują w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej, czemu towarzyszy niższy od średniej odsetek pracujących w gabinetach prywatnych (tab. 5).

Tabela 5. Wiek a rodzaj miejsca pracy (wskazania na poszczególne rodzaje miejsc pracy)**Table 5.** Workplaces by age (indications of a given kind of workplace)

Miejsce pracy Kind of workplace	Wiek (w latach) Age (years)										Ogółem Total	
	35–39		40–49		50–59		60–69		> 70			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Publiczny zakład opieki zdrowotnej / / Public health care institution	15	27	24	21	32	19	15	17	6	12	92	19
Niepubliczny zakład opieki zdrowotnej / / Non-public health care institution	22	40	40	35	55	33	32	36	22	43	171	36
Praktyka prywatna (ind. lub zbiorowa) / / Individual or collective private practice	11	20	41	36	62	37	33	37	17	33	164	34
Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy / / Voivodship Centre of Occupational Medicine	4	7	5	4	11	7	5	6	–	–	25	5
Instytucja badawcza, edukacyjna / / Research and education institutions	3	5	3	3	9	5	5	6	6	12	26	5
Ogółem / Total (N)*	55	100	113	100	169	100	90	100	51	100	478	100

V = 0,098; p = 0,3.

* Uwaga jak w tabeli 4 / See note under Table 4.

Można przyjąć, że płeć w jakiś sposób wpływa — raczej słabo i nieco poniżej granicy istotności statystycznej — na intensywność pracy badanych (lub też motywacji materialnej/zarobkowej) mierzoną liczbą miejsc, w jakich są zatrudnieni. Może na to wskazywać ośmioprocentowa przewaga kobiet zatrudnionych w 1 bądź w 2 miejscach pracy i odpowiednia przewaga mężczyzn pracujących w 3 lub 4 miejscach (tab. 6).

Dość istotny jest wpływ wieku na liczbę miejsc pracy. Odsetek pracujących tylko w 1 miejscu znacznie zwiększa się wśród osób w wieku okołoemerytalnym i starszym, zaś odsetek pracujących w 3–4 miejscach pracy systematycznie maleje wraz ze wzrostem wieku. Odsetek osób pracujących w 2 miejscach systematycznie rośnie w pierwszych 3 grupach wieku (od 35–39 do 50–59 lat), po czym gwałtownie spada w grupie osób starszych (tab. 7).

Płeć nie wpływa na zajmowanie stanowisk kierowniczych w strukturach służby medycyny pracy. Związek

Tabela 6. Płeć a liczba miejsc pracy**Table 6.** Number of workplaces by gender

Liczba miejsc pracy Number of workplaces	Płeć Gender				Ogółem Total	
	M / M		K / F			
	n	%	n	%	n	%
1–2	93	81	146	89	239	86
3–4	22	19	18	11	40	14
Ogółem / Total (N)	115	100	164	100	279	100

Objaśnienia jak w tabeli 1 / Abbreviations as in Table 1.

V = 0,115; p = 0,056.



Tabela 7. Wiek a liczba miejsca pracy
Table 7. Number of workplaces by age

Liczba miejsc pracy Number of workplaces	Wiek (w latach) Age (years)								Ogółem Total			
	35–39		40–49		50–59		60–69			> 70		
	n	%	n	%	n	%	n	%		n	%	
1	11	38	17	29	26	29	34	57	31	80	119	43
2	12	41	28	48	51	57	19	32	5	13	115	42
3–4	6	21	13	22	13	14	6	10	3	8	41	15
Ogółem / / Total (N)	29	100	58	100	90	100	60	100	39	100	276	100

$V = 0,274$; $p = 0,000$.

Tabela 8. Wiek a stanowisko kierownicze
Table 8. Managerial post by age

Stanowisko kierownicze Managerial post	Wiek (w latach) Age (years)								Ogółem Total			
	35–39		40–49		50–59		60–69			> 70		
	n	%	n	%	n	%	n	%		n	%	
Tak / Yes	9	38	31	57	37	42	22	42	8	23	107	41
Nie / No	20	69	23	43	51	58	31	58	27	77	152	59
Ogółem / / Total (N)	29	100	54	100	88	100	53	100	35	100	259	100

$V = 0,215$; $p = 0,018$.

wieku ze stanowiskiem kierowniczym natomiast, jeśli uznać go za charakterystyczny dla badanego środowiska zawodowego, z jednej strony zdaje się przełamywać sytuację typową do niedawna dla polskich warunków, w której kierownikiem zostawało się w wieku o wiele późniejszym niż w innych krajach. Odsetek kierowników w wieku 35–39 lat jest wprawdzie niższy od średniego, ale już w wieku 40–49 lat znacznie go przekracza, po czym w wieku 50–69 lat stabilizuje się na poziomie średnim. Z drugiej strony warto zwrócić uwagę na to, że wśród tych, którzy zajmują stanowiska kierownicze najwięcej jest osób w wieku 50 i więcej lat (63%) — tylko ok. 1/3 kierowników to osoby, które nie ukończyły jeszcze 50 lat. W sumie świadczy to raczej o dość późnym awansowaniu w strukturach służby medycyny pracy (tab. 8).

Zaobserwować można pewien — dość słaby i nieistotny statystycznie — związek miejsca uzyskania specjalizacji z liczbą miejsc pracy. W szczególności dotyczy to osób, które specjalizację uzyskały w Instytucie Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu oraz w innych miejscach (tzn. poza instytutami medycyny

Tabela 9. Miejsce specjalizacji w dziedzinie medycyny pracy (medycyny przemysłowej) a liczba miejsc pracy
Table 9. Place of specialist training in occupational (industrial) medicine by the number of workplaces

Liczba miejsc pracy Number of workplaces	Miejsce uzyskania specjalizacji Place of specialist training						Ogółem Total	
	IMP NIOM		IMPiŚ IOMEH		inne other			
	n	%	n	%	n	%	n	%
1	26	42	23	33	59	50	108	43
2–4	36	58	47	67	60	50	143	57
Ogółem / / Total (N)	62	100	70	100	119	100	251	100

$V = 0,142$; $p = 0,079$.

IMP — Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi / NIOM — Nofer Institute of Occupational Medicine in Łódź.

IMPiŚ — Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu / IOMEH — Institute of Occupational Medicine and Environmental Health in Sosnowiec.

Tabela 10. Okres specjalizowania się w dziedzinie medycyny pracy (medycyny przemysłowej) a liczba miejsc pracy
Table 10. Period of specialist training in occupational (industrial) medicine by the number of workplaces

Liczba miejsc pracy Number of workplaces	Okres uzyskania specjalizacji Period of specialist training						Ogółem Total					
	1958– –1970	1971– –1980	1981– –1990	1991– –2000	2001– –2005							
	n	%	n	%	n	%	n	%				
1	9	60	46	66	20	48	28	29	8	29	111	44
2	4	27	19	27	18	43	51	52	16	57	108	43
3–4	2	13	5	7	4	10	19	19	4	14	34	13
Ogółem / / Total (N)	15	100	70	100	42	100	98	100	28	100	253	100

$V = 0,238$; $p = 0,000$.

pracy). Kształcenie specjalizacyjne w IMPiZŚ powiązane jest dodatkowo z pracą w kilku miejscach, zaś specjalizacja uzyskana poza instytutami w większym stopniu wiąże się z pracą w 1 miejscu (tab. 9).

Wyraźne oddziaływanie okresu, w jakim uzyskana została specjalizacja, oraz stażu w medycynie pracy na liczbę miejsc pracy wykazuje, oczywiście, tendencję podobną jak oddziaływanie wieku (por. tab. 9), ponieważ są to zmienne w znacznej mierze wobec wieku wtórne (tab. 10 i 11).

Tabela 12 ukazuje pewien związek miejsca uzyskania specjalizacji i zajmowania stanowiska kierowniczego — większy od średniej odsetek kierowników występuje wśród osób, które specjalizację uzyskały w IMPiZŚ w Sosnowcu. Można powiedzieć, że specjalizowanie się w tym ośrodku sprzyja zajmowaniu stanowisk



Tabela 11. Staż w medycynie pracy a liczba miejsca pracy
Table 11. Practice in occupational medicine by the number of workplaces

Liczba miejsc pracy Number of workplaces	Staż w medycynie pracy (w latach) Practice in occupational medicine (years)										Ogółem Total	
	2–10		11–20		21–30		31–40		> 41			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	23	33	16	26	22	37	39	63	23	74	123	44
2	33	47	33	54	28	48	30	32	4	13	118	42
3–4	13	19	12	20	9	15	3	5	4	13	41	14
Ogółem / Total (N)	69	100	61	100	59	100	62	100	31	100	282	10

V = 0,250; p = 0,000.

Tabela 12. Miejsce specjalizowania się w dziedzinie medycyny pracy (medycyny przemysłowej) a stanowisko kierownicze
Table 12. Place of specialist training in occupational medicine by managerial post

Stanowisko kierownicze Managerial post	Miejsce uzyskania specjalizacji Place of specialist training						Ogółem Total	
	IMPiŚ IOMEH		IMP NIOM		inne other			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tak / Yes	36	55	23	40	43	38	102	43
Nie / No	30	45	34	60	70	62	134	57
Ogółem / Total (N)	66	100	57	100	113	100	236	100

V = 0,144; p = 0,088.

Objaśnienia jak w tabeli 11 / Abbreviations as in Table 11.

Tabela 13. Okres uzyskania specjalizacji z medycyny pracy (medycyny przemysłowej) a stanowisko kierownicze
Table 13. Period of specialist training in occupational medicine by managerial post

Stanowisko kierownicze Managerial post	Okres uzyskania specjalizacji Period of specialist training								Ogółem Total	
	1958–1980		1981–1990		1991–2000		2001–2005			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tak / Yes	25	32	16	41	43	46	16	57	100	42
Nie / No	54	68	23	59	50	54	12	43	139	58
Ogółem / Total (N)	79	100	39	100	93	100	28	100	239	100

V = 0,169; p = 0,078.

kierowniczych bądź w jakiś sposób stymuluje tego rodzaju karierę lekarzy medycyny pracy (tab. 12).

Można przyjąć, że okres uzyskania specjalizacji powiązany jest ze stanowiskiem kierowniczym — im późniejszy (bliższy teraźniejszości) okres specjalizowania się, tym większy odsetek osób zajmujących stanowiska kierownicze. W związku z tym można sformułować tezę, że w ciągu ostatnich dziesięcioleci systematycznie

Tabela 14. Staż w medycynie pracy a stanowisko kierownicze
Table 14. Period of practice in occupational medicine by managerial post

Stanowisko kierownicze Managerial post	Staż w medycynie pracy (w latach) Period of practice in occupational medicine (years)						Ogółem Total					
	2-10		11-20		21-30			31-40		> 41		
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	
Tak / Yes	30	44	31	54	17	29	24	43	8	30	110	41
Nie / No	38	56	26	46	41	71	32	57	19	70	156	55
Ogółem / Total (N)	68	100	57	100	58	100	56	100	27	100	266	100

V = 0,187; p = 0,055.

rośnie znaczenie posiadania specjalizacji jako kryterium awansu w strukturach służby medycyny pracy (tab. 13).

Na zajmowanie stanowiska kierowniczego w pewnej mierze wpływa staż zawodowy w medycynie pracy. Najwyższe odsetki kierowników odnotowano wśród osób o stosunkowo krótkim (2–10 lat) oraz średnim (11–20 lat) stażu w medycynie pracy; najniższe — w grupach osób o dłuższym stażu w tej dziedzinie medycyny (tab. 14).

OMÓWIENIE I PODSUMOWANIE

Do badania wylosowana została próba 813 osób, co stanowiło ok. 1/3 wszystkich specjalistów w dziedzinie medycyny pracy ujętych w dorocznej sprawozdawczości na formularzach MZ-35A (14). Duża liczebność próby i losowość doboru czyniły z niej próbę w pełni reprezentatywną. Ponieważ zwrotność wyniosła tylko 34,5%, należało się liczyć z pewnymi zakłóceniami reprezentatywności. Z przyczyn obiektywnych (brak danych statystycznych o badanej grupie społeczno-zawodowej istotnych z socjologicznego punktu widzenia) kontroli można było poddać tylko rozkład płci w zrealizowanej próbie, porównując go ze strukturą płci w całej badanej grupie. Okazało się, że wystąpiły tutaj pewne różnice — odsetek kobiet w próbie zrealizowanej jest wyraźnie mniejszy od swojego odpowiednika w badanej populacji (57% wobec 67%), w związku z czym można przypuszczać, że kobiety bardziej niechętnie (z większą rezerwą?) potraktowały ankietę i realizowany projekt. Tak więc współczynniki feminizacji* próby, którą udało się zbadać w tym projekcie (wynoszący 142) jest mniejszy niż w całej populacji lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny pracy (gdzie wynosi aż 201) oraz od współczynnika feminizacji dla populacji lekarzy i lekarzy

* W demografii określane jako współczynnik feminizacji ogólny II — stosunek liczby kobiet do liczby mężczyzn w danym okresie $\times 100$.



dentystów w Polsce (w tej zbiorowości wynosi on 151), chociaż wciąż jest znacznie wyższy od ogólnodemograficznego współczynnika feminizacji dla ludności Polski kształtującego się na poziomie 105 (14,16,17).

Niemniej jednak — ze względu na dużą liczebność badanej próby losowej oraz jej jednorodność, w szczególności pod względem wysokości i rodzaju wykształcenia oraz rodzaju wykonywanej pracy, jak również wobec dostatecznego odsetka zwrotności* oraz takiej wielkości próby zrealizowanej, która umożliwia dokonywanie podstawowych analiz statystycznych — można przyjąć, że zrealizowana próba stanowi dobrą reprezentację badanej grupy społeczno-zawodowej lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny pracy. Rezultaty analizy wyników badań oraz wysnute z nich wnioski można zatem uogólniać na całą tę grupę. Powyższą analizę struktury społeczno-demograficznej odnieść można więc do całej zbiorowości polskich lekarzy posiadających specjalizację z medycyny pracy lub medycyny przemysłowej.

Charakterystyczna jest stosunkowo wysoka średnia wieku respondentów (55 lat), co prawdopodobnie jest odzwierciedleniem sytuacji wiekowej w całej badanej populacji. Osób stosunkowo młodych, do 40 lat, jest w niej niewiele ponad 10%, podczas gdy w szerszej zbiorowości lekarzy i lekarzy dentystów odsetek ten wynosi ok. 30%. Z kolei osób mających powyżej 60 lat jest w badanej próbie 34% przy 25% w zbiorowości lekarzy ogółem (18). Mniej więcej połowa badanych uzyskała specjalizację z medycyny pracy do 1990 roku, a połowa po roku 1990, przy czym zwraca uwagę wysoki odsetek tych, którzy specjalizację tę uzyskali w latach 1991–2000 (ponad 34%). Wśród respondentów 48% specjalizację z medycyny pracy uzyskało w jednym z dwóch instytutów medycyny pracy — w Łodzi lub w Sosnowcu, zaś 52% w innych jednostkach. W niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej pracuje 62%, prywatną praktykę prowadzi 58%, w publicznych zakładach opieki zdrowotnej zatrudnionych jest tylko niespełna 33% badanych osób. W więcej niż jednym miejscu pracy pracuje 55% respondentów.

Na podstawie analizy związków między zmiennymi społeczno-demograficznymi można stwierdzić, że: (1) płeć w niewielkim stopniu wpływa na miejsce przeprowadzenia specjalizacji, zaś w większym stopniu — na okres uzyskania specjalizacji oraz rodzaj i liczbę miejsc pracy, nie wpływa natomiast na zajmowanie stanowiska kierowniczego; (2) wiek w istotnej mierze różnicuje

miejsce specjalizowania się, w znacznym stopniu liczbę miejsc pracy oraz zajmowanie stanowiska kierowniczego; (3) liczba miejsc pracy oraz zajmowanie stanowiska kierowniczego pozostają w pewnym związku z miejscem uzyskania specjalizacji.

PIŚMIENNICTWO

1. Indulski J.A., Boczkowski A., Mikulski M.: Postawy polskich lekarzy medycyny pracy wobec europejskiego projektu wymagań szkoleniowych w tej dziedzinie. *Med. Pr.* 1998;49(5):423–438
2. Indulski J.A., Boczkowski A., Mikulski M.: Requirements for occupational medicine training in Europe postulated by Polish professionals. *Int. J. Occup. Med. Environ. Health* 1998;11(3):255–265
3. Boczkowski A., Kopias J.: Kształcenie lekarzy sprawujących opiekę zdrowotną nad pracującymi w krajach Unii Europejskiej: problemy i propozycje rozstrzygnięć. *Med. Pr.* 1999;50(6):593–600
4. Boczkowski A.: The competences postulated as requirements for occupational medicine training in Europe as viewed by Polish specialists. *Int. J. Occup. Med. Environ. Health* 2001;14(1):63–69
5. Boczkowski A.: Medycyna pracy w systemie ochrony zdrowia pracujących: ewolucja kształcenia specjalistycznego. *Med. Pr.* 2007;58(5):457–466
6. Musimy zmienić system szkolenia. *Promotor* 2004;5:36–40
7. Agius R.M.: Academic occupational medicine: its role and future. *Occup. Med. (Oxf)* 2005;55:247–249
8. Gallagher F., Pilkington A., Wynn P., Johnson R., Moore J., Agius R.: Specialist competencies in occupational medicine: appraisal of the peer-reviewed literature. *Occup. Med. (Oxf)* 2007;57:342–348
9. Harrison J., Sharp C.: Training in occupational medicine: are we as good as we think we are? *Occup. Med. (Oxf)* 2004;54:437–438
10. Palmer K.T., McElearney N., Harrington M.: Appraisal standards in occupational medicine. *Occup. Med. (Oxf)* 2004;54:218–226
11. Turner S., Hobson J., D'Auria D., Beach J. Continuing professional development of occupational practitioners: a needs assessment. *Occup. Med. (Oxf)* 2004;54:14–20
12. Boczkowski A. Ocena jakości kształcenia podyplomowego w zakresie medycyny pracy. Podstawy teoretyczne i praktyka ewaluacyjna. Rozdz. 9.4. Uwarunkowania stosowności testu postępów w kształceniu podyplomowym w dziedzinie medycyny pracy w świetle opinii specjalistów i ekspertów. Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź 2001
13. Macdonald E.: Occupational Medicine in Europe. Evolution of the Profession. Materiał przedstawiony na spotkaniu roboczym „Workshop of training curricula and core competencies of occupational physicians” zorganizowanym w dniach 27–28.05.1999 r. w Bilthoven (Holandia) przez European Centre for Environment and Health, WHO, Regional Office for Europe

* W metodologii ilościowych badań społecznych traktuje się — przy odpowiedniej liczebności próby — 30–40% zwrotność w ankiecie pocztowej jako akceptowalną i umożliwiającą dalsze analizy (15).



14. Roczne sprawozdanie MZ-35A — lekarze przeprowadzający badania profilaktyczne. Sprawozdanie z realizacji tematu [maszynopis — dostępny w Zakładzie Polityki Zdrowotnej Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi]
15. Moser C. A., Kalton G.: Survey Methods in Social Investigation. Heinemann Educational Books Ltd., London 1971, s. 262
16. Rocznik Demograficzny GUS 2007. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2007
17. Lekarze i lekarze dentyści w Polsce. Analiza sporządzona przy współpracy ze specjalistami Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie pod red. dr. A. Włodarczyka [cytowane 2 kwietnia 2008]. Fundacja Informatyki i Zarządzania, Łódź. Adres: <http://www.fiiz.pl>

