

Andrzej Boczkowski¹

Elżbieta Makowska-Matuszkiewicz¹

Justyna Zawadzka²

LEKARZE MEDYCYNY PRACY — AKCEPTACJA ROLI ZAWODOWEJ I MOTYWY WYBORU SPECJALIZACJI

OCCUPATIONAL MEDICINE PHYSICIANS: ACCEPTANCE OF THE PROFESSIONAL ROLE AND MOTIVES FOR THE CHOICE OF SPECIALIZATION

¹ Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź

Pracownia Społecznych Problemów Zdrowia, Zakład Polityki Zdrowotnej

² Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź

Zakład Toksykologii i Kancerogenezy

STRESZCZENIE

Wstęp: Rola zawodowa lekarza to względnie stały i wewnętrznie spójny system zachowań będących reakcjami na oczekiwania i działania innych osób związane z problemami zdrowotnymi. Rola zawodowa jest głównym źródłem dochodów materialnych, pozycji społecznej i prestiżu. Cechą odróżniającą rolę lekarza medycyny pracy od innych specjalności lekarskich jest profilaktyczne ukierunkowanie czynności zawodowych i brak działalności leczniczej. **Materiał i metody:** Badaniami przeprowadzonymi w 2006 r. za pomocą ankiety pocztowej oraz wywiadów swobodnych objętych zostało 820 dobranych losowo lekarzy posiadających specjalizację z medycyny pracy lub medycyny przemysłowej (zwrotność 35%) oraz 15 ekspertów. **Wyniki:** W badaniu założono, iż wskaźnikiem poziomu akceptacji roli zawodowej lekarza medycyny pracy jest odpowiedź na pytanie o ponowny wybór specjalizacji w tej dziedzinie. Wybrałoby ją ponownie 76% badanych, 19% dokonałoby innego wyboru. Odpowiedzi na to pytanie zróżnicowane były w zależności od czynników o charakterze obiektywnym. Analiza tych zróżnicowań umożliwiła skonstruowanie społeczno-demograficznych profili: sprzyjającego i niesprzyjającego akceptacji dokonanego kiedyś wyboru. Przyczyny innego niż medycyna pracy wyboru, to brak satysfakcji z pracy i możliwości rozwoju zawodowego oraz kwestie materialne. Najczęściej wskazywane motywy dokonanego przed laty wyboru specjalizacji z medycyny pracy, to konieczność spełnienia wymagań w związku z zajmowanym stanowiskiem oraz zainteresowanie wiedzą i umiejętnościami zawodowymi. Okazało się, że akceptacja roli zawodowej lekarza medycyny pracy jest istotnie związana z tymi właśnie motywami oraz z motywem spodziewanych korzyści materialnych. **Wnioski:** Lekarze medycyny pracy są w większości zadowoleni z wyboru specjalizacji, a w swoich dawnych wyborach kierowali się zarówno motywami autotelicznymi (zainteresowania), jak i instrumentalnymi (korzyści materialne i spełnienie wymagań w pracy). Med. Pr. 2008;59(6):489–504

Słowa kluczowe: specjalizacja z medycyny pracy, rola zawodowa lekarza medycyny pracy, motywy wyboru specjalizacji

ABSTRACT

Background: The professional role of the physician embraces a relatively permanent and internally coherent system of behaviors perceived as the reaction of other people to expectations and actions related to health problems. Performing this role is the main source of income, social status and prestige. It should be stressed that the role of specialist in occupational medicine differs from that of specialists in other disciplines. Its distinctive feature is that it is not oriented towards treatment, but towards prevention. **Material and Methods:** The study was carried out in 2006, using a questionnaire mailed to a random sample of 820 specialists in occupational medicine or industrial medicine (response rate, 35%) and conducting free interviews with 15 experts. **Results:** The positive response to the question whether he or she would choose again the specialization in occupational medicine was an indicator of the acceptance of the assumed professional role. The results of the survey showed that 76% of respondents were positive and only 19% would have chosen another specialization. The responses to this question were diversified by the socio-demographic factors. On the basis of this diversification two profiles were constructed, favorable and unfavorable for the acceptance of the choice made in the past. Lack of work satisfaction, poor opportunities for professional advancement, and limited financial profits were reported as the major reasons for choosing other specialization than occupational medicine. The most frequently reported motives for choosing specialization in occupational medicine were the need to meet the requirements of the occupied position, the interest in this branch of knowledge and professional skills. It was also indicated that the acceptance of the role performed by the occupational medicine physician was strongly associated with the above mentioned motives and the expected financial profits. **Conclusions:** The majority of specialists in occupational medicine are satisfied with the choice of their specialization. Their choice was mostly inspired by autotelic (interests) and instrumental (financial profits and meeting the job requirements) motives. Med Pr 2008;59(6):489–504

Key words: specialization in occupational medicine, professional role of an occupational physician, motives for choice of the specialization

Adres autorów: Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź, Zakład Polityki Zdrowotnej, św. Teresy 8, 91-348 Łódź,

e-mail: abocz@imp.lodz.pl

Nadesłano: 15 lipca 2008

Zatwierdzono: 1 grudnia 2008



WPROWADZENIE

Ze względu na kwestie etyczne i problemy odpowiedzialności oraz w związku z postępującym rozdrobnieniem specjalizacyjnym różnicującym zadania i sposoby pełnienia roli zawodowej lekarza analiza tej roli jest od dawna podejmowanym przedsięwzięciem badawczym (1–3). Podstawą teoretyczną prowadzonych analiz jest koncepcja roli zawodowej jako specyficznej roli społecznej. Pojęcie 'roli społecznej' wykorzystywane w naukach społecznych do wyjaśniania powiązań między strukturą społeczną a osobowościowymi dyspozycjami jednostki oznacza względnie stały i wewnętrznie spójny system zachowań będących reakcjami na oczekiwania i zachowania innych osób oraz przebiegających według kulturowo ustalonego wzoru (4). Warunkiem prawidłowego pełnienia roli jest nie tylko wiedza i umiejętności umożliwiające realizację oczekiwanych zachowań, ale także akceptacja norm i wartości przypisanych do danej roli oraz istnienie odpowiedniego mechanizmu motywacyjnego skłaniającego do podejmowania zachowań. Mechanizm motywacyjny, czyli rodzaj i siła motywów regulujących zachowania, stanowi jeden z głównych obszarów badań nad rolami społecznymi.

Pojęcie roli społecznej funkcjonuje w teorii socjologicznej w dwóch odmiennych podejściach. W podejściu strukturalistycznym rola społeczna to zinstytucjonalizowane normatywne związki praw i zobowiązań, natomiast podejście socjopsychologiczne koncentruje się na aktywnych procesach związanych z jej tworzeniem, przyjmowaniem i odgrywaniem (5). Z kolei specyfika roli zawodowej polega na podejmowaniu czynności mających na celu wytworzenie przedmiotu lub usług — czynności te są podstawą ekonomicznego bytu osoby pracującej i stanowią źródło jej pozycji społecznej i prestiżu. Zachowania w roli zawodowej lekarza oparte są na wiedzy i umiejętnościach zdobytych w procesie kształcenia przed- i podyplomowego oraz charakteryzują się wysokim stopniem sformalizowania; odnoszą się do pacjentów i podopiecznych, do innych lekarzy oraz personelu medycznego i paramedycznego, a także do instytucji ochrony zdrowia.

Rola lekarza jest komplementarna w stosunku do roli chorego, w pewnym stopniu nadaje ona lekarzowi władzę nad pacjentem (6). W większej mierze odnosi się to jednak do lekarzy zajmujących się diagnozowaniem i leczeniem, natomiast w mniejszym stopniu do lekarzy związanych z promocją zdrowia i poradnictwem, m.in. do lekarzy medycyny pracy, w relacji z którymi powinny przeważać stosunki bardziej partnerskie (7). W przypadku roli zawodowej lekarza medycyny pracy

integralną częścią zachowań zawodowych jest współpraca z pracodawcą i innymi instytucjami ochrony zdrowia pracujących, zaś główną cechą odróżniającą rolę lekarza medycyny pracy od innych specjalności lekarskich jest profilaktyczne ukierunkowanie czynności zawodowych i brak działalności leczniczej (8,9). W przepisach określających rolę lekarza medycyny pracy postuluje się włączenie do zakresu roli funkcji informacyjnych i doradczych, polegających na informowaniu pracowników i pracodawców o ryzyku zdrowotnym oraz doradzaniu w sprawie doskonalenia warunków pracy (10,11).

Taki kształt roli zawodowej jest daleki od tradycyjnego zestawu zachowań w roli lekarza i może nie tylko nastroczać trudności w realizacji roli, ale przede wszystkim wpływać na odmienną — niż przy podejmowaniu innych specjalizacji — motywację wyboru specjalizacji z medycyny pracy, a w efekcie kształtować zachowania zawodowe nie zawsze ukierunkowane na realizację celów systemu służby medycyny pracy. Funkcjonowanie w wybranej roli zawodowej może być całkowite i satysfakcjonujące lub też być przyczyną niezadowolenia i ciągłej frustracji (12). Również rola zawodowa lekarza medycyny pracy bywa nie w pełni akceptowana i nie każdy jej element odgrywany jest z pełnym zaangażowaniem.

Wybór roli zawodowej jest jedną z ważniejszych decyzji w życiu człowieka i jednym ze składników budowania obrazu własnej osoby. Wybór roli zawodowej lekarza medycyny pracy dokonywany jest dwuetapowo. W pierwszym etapie następuje wybór zawodu lekarza, a w drugim — określonego kształcenia specjalistycznego. Czynniki decydującymi o wyborze studiów lekarskich mogą być: zainteresowanie człowiekiem, chęć realizowania powołania, zainteresowanie naukami przyrodniczymi, a także chęć uzyskania dużego dochodu i wysokiego statusu społecznego (13). W obrębie wiedzy medycznej różne specjalizacje wymagają z kolei różnych cech osobowości, predyspozycji i zainteresowań. Można wyróżnić tutaj dwie grupy czynników wpływających na wybór określonej specjalizacji. Po pierwsze będą to czynniki psychologiczne, takie jak określone zainteresowania i zamiłowania, zdolności, wiedza i doświadczenie, plany i aspiracje, a także postawy i nastawienie do rzeczywistości i poziom świadomości społecznej (14). Obok czynników psychologicznych wybór specjalizacji warunkują także czynniki strukturalne, takie jak dostępność danej specjalizacji, zdanie na odpowiednim poziomie egzaminu kwalifikującego, zapotrzebowanie systemu opieki zdrowotnej na lekarzy o określonej



specjalizacji, warunki społeczne i ekonomiczne. Ważne może być także zetknięcie się z określoną specjalnością poprzez wzorce rodzinne czy sugestie nauczycieli akademickich (13,15).

METODYKA I WYNIKI BADANIA

Badaniami przeprowadzonymi w 2006 r. objętych zostało 820 dobranych losowo lekarzy posiadających specjalizację z medycyny pracy (lub z medycyny przemysłowej) oraz 15 ekspertów, wśród których byli dyrektorzy wojewódzkich ośrodków medycyny pracy (womp), zastępcy dyrektorów womp i kierownicy działów konsultacyjno-diagnostycznych womp. Większość ekspertów pełniła funkcję kierowników specjalizacji. Zastosowano dwie techniki badawcze: ankietę pocztową skierowaną do wylosowanych lekarzy (wypełnione kwestionariusze odesłało 288 respondentów, co stanowi 35% badanej próby) oraz przeprowadzony z ekspertami, rejestrowany fonicznie, wywiad pogłębiony (swobodny z listą poszukiwanych informacji).

Akceptacja roli zawodowej

Odpowiadając na jedno z pierwszych pytań kwestionariusza, respondenci wymieniali posiadane niezależnie od medycyny pracy (medycyny przemysłowej) specjalizacje lekarskie. Przedstawiona poniżej lista nie

uwzględnia stopni specjalizacji, ponieważ nie wszyscy respondenci precyzyjnie odpowiedzieli na to pytanie. Oprócz specjalizacji z medycyny pracy 61% badanych miało inne specjalizacje, wśród nich 40% miało jedną specjalizację, 18% — dwie, a 3% miało trzy specjalizacje inne niż medycyna pracy.

Jednym z ważnych wskaźników poziomu akceptacji roli lekarza medycyny pracy jest deklaracja ponownego wyboru tej specjalności. Czy respondenci zdecydowali by się ponownie wybrać specjalizację z medycyny pracy? Na to pytanie 76% badanych odpowiedziało twierdząco, zaś 19% dokonałoby innego wyboru (5% nie udzieliło odpowiedzi). Jak to się ma do już posiadanych innych specjalizacji bądź ich braku? Kwestia ta zostanie wyjaśniona w dalszej części artykułu.

Odsetki odpowiedzi pozytywnych i negatywnych na pytanie o ponowny wybór specjalizacji z medycyny pracy, traktowane przez nas jako wskaźnik poziomu akceptacji bądź braku akceptacji takiej roli zawodowej, mogą być różnicowane przez czynniki o charakterze obiektywnym (cechy społeczno-demograficzne), tworzące bogatsze (składające się z większej liczby elementów) bądź uboższe (składające się z mniejszej liczby elementów) profile społeczno-demograficzne — sprzyjające i niesprzyjające akceptacji dokonanego kiedyś wyboru.

Profil społeczno-demograficzny jest opartą na elementarnej analizie statystycznej uzyskanego materiału,

Tabela 1. specjalizacje lekarskie respondentów inne niż medycyna pracy uporządkowane według liczby osób

Table 1. Medical specializations other than occupational medicine reported by respondents, arranged according to the number of persons

Specjalizacja* Specialization*	Liczba osób Number of persons
Choroby wewnętrzne / Internal diseases	116
Medycyna rodzinna / Family practice	20
Organizacja ochrony zdrowia / Healthcare organization	18
Medycyna ogólna / General practice	13
Chirurgia / Surgery	8
Dermatologia i wenerologia / Dermatology and venereology	7
Pediatrica / Pediatrics	6
Medycyna morska i tropikalna; otolaryngologia, laryngologia (także dziecięca); reumatologia / Maritime and tropical medicine; otolaryngology, laryngology (also pediatric laryngology)	po 5 z każdej specjalizacji / 5 of each
Medycyna społeczna / Social medicine	4
Analityka lekarska, kliniczna; anestezjologia i intensywna terapia; balneologia i medycyna fizykalna; choroby płuc; ginekologia i położnictwo; neurologia; rehabilitacja (ogólna, medyczna) / Medical, clinical analytics; anesthesiology and intensive care; balneology and physical medicine; disease of lungs; gynecology and obstetrics; neurology; rehabilitation (general, medical)	po 3 z każdej specjalizacji / 3 of each
Choroby zakaźne; epidemiologia; kardiologia; okulistyka; radiologia i diagnostyka obrazowa / Infectious diseases; epidemiology; cardiology; ophthalmology; radiology and pictorial diagnostics	po 2 z każdej specjalizacji / 2 of each
Gastroenterologia; higiena i epidemiologia; higiena pracy; medycyna kolejowa; medycyna transportu; psychiatria; stomatologia / Gastroenterology; hygiene and epidemiology; occupational hygiene; railway medicine; transport medicine; psychiatry; dentistry	po 1 z każdej specjalizacji / 1 of each

* Nazewnictwo według wypowiedzi respondentów / According to naming used by respondents.



uporządkowaną prezentacją sprzyjających bądź nie-sprzyjających oddziaływań wszystkich uwzględnianych zmiennych społeczno-demograficznych (niezależnych) na wystąpienie określonej kategorii zmiennej niezależnej.

W analizie profilowej przyjmujemy, że im większa siła wpływu poszczególnych elementów profilu sprzyjającego/niesprzyjającego oraz im więcej elementów profilu występuje w przypadku konkretnej osoby, tym większe jest prawdopodobieństwo zakwalifikowania jej do określonej kategorii zmiennej zależnej.

W analizach relacjonowanych w dalszym ciągu artykułu będą brane pod uwagę następujące zmienne niezależne (cechy społeczno-demograficzne):

1. Płeć.
2. Wiek — w przedziałach 35–39 lat, 40–49 lat, 50–59 lat, 60–69 lat, 70 lat i więcej.
3. Miejsce uzyskania specjalizacji w dziedzinie medycyny pracy — ośrodek specjalizujący: 1) Instytut Medycyny Pracy w Łodzi, 2) Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu, 3) inne ośrodki.
4. Okres uzyskania specjalizacji w dziedzinie medycyny pracy — lata 1958–1970, 1971–1980, 1981–1990, 1991–2000, 2001–2005.
5. Miejsce (miejsca) pracy — 1) publiczny zakład opieki zdrowotnej (zoz), 2) niepubliczny zoz, 3) prywatna praktyka lekarska, indywidualna lub grupowa, 4) wojewódzki ośrodek medycyny pracy, 5) instytucja naukowo-badawcza, edukacyjna.
6. Staż zawodowy w charakterze lekarza medycyny pracy — w przedziałach: do 10 lat, 11–20 lat, 21–30 lat, 31–40 lat, 41 lat i więcej.
7. Posiadanie innych niż medycyna pracy specjalizacji lekarskich.

Na profil sprzyjający składają się te kategorie zmiennych niezależnych, do których należą stosunkowo największe odsetki badanych osób (odsetki wyższe od średniej), zaś na profil niesprzyjający — kategorie obejmujące stosunkowo najniższe odsetki respondentów (zawsze niższe od średniej). W profilach uwzględnione zostały tylko takie kategorie zmiennych niezależnych, których związki z daną zmienną niezależną (wyjaśnianą) były istotne statystycznie przynajmniej na poziomie $p = 0,05$ (siła związku obliczana była za pomocą miernika V Cramera). Brak w zestawieniu jakiegóż zmiennej niezależnej (cechy społeczno-demograficznej) oznacza brak istotnego oddziaływania tej zmiennej na zmienną zależną, a więc jej nieprzydatność w objaśnianiu zróżnicowania zmiennej zależnej.

Należy przypomnieć, że zastosowane tu ujęcie profilowe — charakterystyka z zakresu statystyki opisowej — pokazuje pewne tendencje w kształtowaniu się warunków, w jakich może zaistnieć określone zróżnicowanie poszczególnych zmiennych zależnych. Dla możliwie jak najszerzego przedstawienia tych tendencji w zestawieniach profilowych uwzględnione zostały także te cechy społeczno-demograficzne, których związek ze zmiennymi wyjaśnianymi (oraz różnicujący wpływ na rozkład tych zmiennych) był niezbyt silny.

Tabela 2. przedstawia — w ujęciu profilowym — te kategorie zmiennych niezależnych, które sprzyjają, oraz te, które nie sprzyjają deklaracji ponownego wyboru specjalizacji z medycyny pracy, a więc, w myśl przyjętego założenia — akceptacji bądź brakowi akceptacji własnej roli zawodowej specjalisty w tej dziedzinie.

Najczęściej akceptują wybór specjalizacji z medycyny pracy: 1) mężczyźni, 2) osoby mające kilka innych specjalizacji niż medycyna pracy, 3) osoby pracujące w ochronie zdrowia pracujących (ozp) nie dłużej niż 30 lat, 4) osoby, które uzyskały tę specjalizację w latach 1991–2005, 5) osoby zatrudnione w kilku miejscach pracy, oraz 6) osoby prowadzące prywatną praktykę i/lub zatrudnione w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.

Stosunkowo najrzadziej akceptują ten wybór: 1) kobiety, 2) osoby niemające innych specjalizacji oraz mające jedną specjalizację inną niż medycyna pracy, 3) osoby pracujące w osp 31 i więcej lat, 4) osoby, które uzyskały specjalizację w latach 1958–1970 lub 1981–1990, 5) osoby zatrudnione w jednym miejscu pracy, oraz 6) osoby zatrudnione w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej, wompach lub instytucjach naukowo-badawczych.

Analiza sprzyjającego i niesprzyjającego profilu akceptacji roli zawodowej lekarza medycyny pracy pozwala wysunąć przypuszczenie, że swoją rolę zawodową i wybór sprzed lat częściej akceptują osoby, którym w ogóle powiodło się w zawodzie lekarza. Są to osoby aktywniejsze zawodowo, które pracują w kilku miejscach, a więc prawdopodobnie są bardziej zadowolone ze swojej sytuacji materialnej. Poza tym mają kilka innych specjalizacji oprócz medycyny pracy, więc prawdopodobnie są też bardziej zadowolone ze swojej sytuacji zawodowej, jako że dyferencjacja umiejętności i uprawnień oraz związana z tym możliwość zróżnicowania swojej działalności zawodowej w znacznym stopniu niweluje poczucie depriacji czy swoistego upośledzenia zawodowego („lekarz medycyny pracy to lekarz, który nie leczy”) (16), a także sprzyja osiągnięciu lepszej pozycji zawodowej



Tabela 2. Sprzyjający i niesprzyjający profil deklaracji ponownego wyboru specjalizacji z medycyny pracy (akceptacji roli zawodowej lekarza medycyny pracy) — 76% badanych**Table 2.** Profiles: favorable and unfavorable for declaring a repeated choice of specialization in occupational medicine (for accepting the professional role of occupational medicine physician — 76% of respondents)

Cecha i miernik siły związku Feature and index of the strength of association	Profil sprzyjający Favorable profile	Profil niesprzyjający Unfavorable profile
Płeć / Gender ($V = 0,216$; $p < 0,001$)	mężczyźni / men (87%)	kobiety / women (69%)
Inne specjalizacje / Other specializations ($V = 0,192$; $p = 0,001$)	2 lub 3 inne specjalizacje / 2 or 3 different specializations (89%)	brak lub 1 specjalizacja / none or one specialization (73%)
Staż w medycynie pracy / Duration of employment in the area occupational medicine ($V = 0,192$; $p < 0,01$)	2–30 lat / years (85%)	31 i więcej lat / 31 years or more (65%)
Okres uzyskania specjalizacji / Period of completing the specialization ($V = 0,129$; $p < 0,05$)	1991–2005 (84%)	1958–1970, 1981–1990 (średnio / average 62%)
Liczba miejsc pracy / Number of workplaces ($V = 0,127$; $p < 0,05$)	więcej niż 1 miejsce pracy / more than one workplace (81%)	1 miejsce pracy / one workplace
Miejsce(a) pracy* / Workplace(s)* ($V = 0,124$; $p < 0,01$)	publiczny zakład opieki zdrowotnej / public health services institution (86%) prywatna praktyka / private practice (82%)	niepubliczny zakład opieki zdrowotnej / non-public health services institution (74%) inne miejsca pracy / other workplaces (średnio / average 65%)

* Odsetki liczone w stosunku do liczby wskazań na miejsca pracy poszczególnych rodzajów / Percentage counted in relation to the number of indicated workplaces of particular kinds.

czy też zrobieniu kariery zawodowej (17). Być może są to osoby ambitniejsze, wkładające większy wysiłek w wypracowanie zadowalającej pozycji zawodowej (kilka specjalizacji i miejsc pracy). Skłonniejsi do akceptacji wcześniejszego wyboru specjalizacji są również ci lekarze, którzy uzyskali ją już po przełomie społeczno-politycznym oraz po ustawowych zmianach w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia pracujących, a więc wybierali ją świadomi istniejących warunków ekonomicznych i rozwiązań prawnych (obejmujących np. zlikwidowanie obowiązku zatrudniania przez pracodawcę lekarza zakładowego czy pewnych przywilejów, jakimi cieszyli się lekarze medycyny pracy — ze względu zresztą na dominujące w okresie realnego socjalizmu założenia ideologiczno-propagandowe).

Gdyby możliwy był ponowny wybór, 73 respondentów (27%) wybrałoby specjalizację inną niż medycyna pracy*. Jedną specjalizację wymienili 44 osoby (15%), więcej niż jedną — 21 osób (9%), zaś innych odpowiedzi, niewskazujących na konkretne specjalizacje, udzieliło 8 osób (3%). Tabela 3. przedstawia preferowane specjalizacje w ujęciu ilościowym.

Większość osób, które wybrałyby specjalizację inną niż medycyna pracy, uzasadniało w ankiecie swoje preferencje. Niektóre wypowiedzi wyraźnie ukazują

Tabela 3. Specjalizacje lekarskie, które respondenci wybraliby zamiast specjalizacji z medycyny pracy (uporządkowanie według liczby osób wskazujących)**Table 3.** Medical specializations the respondents would have chosen instead of that in occupational medicine (arranged according to the number of responses)

Specjalizacja Specialization	Liczba respondentów wymieniających daną specjalizację Number of respondents reporting a given specialization	
	jako jedyną as the only one	jako jedną z kilku as one of several
Choroby wewnętrzne / Internal diseases	25	32
Pediatria / Pediatrics	5	–
Medycyna rodzinna / Family practice	4	8
Okulistyka / Ophthalmology	2	7
Dermatologia / Dermatology	2	3
Neurologia / Neurology	2	–
Chirurgia, neurochirurgia, chirurgia plastyczna / Surgery, neurosurgery, plastic surgery	1	3
Psychiatria / Psychiatry	1	3
Radiologia / Radiology	1	3
Rehabilitacja / Rehabilitation	1	–
Kardiologia / Cardiology	–	2
Alergologia / Allergology	–	1
Hematologia / Hematology	–	1
Otolaryngologia / Otolaryngology	–	1
Pulmonologia / Pulmonology	–	1
Reumatologia / Rheumatology	–	1

* Osób, które odpowiedziały na pytanie o to, jaką specjalność wybrałyby zamiast medycyny pracy, było wyraźnie więcej niż tych, dla których pytanie to było w założeniu przeznaczone, tzn. osób nieakceptujących swojego niegdysiejszego wyboru.



krytyczne nastawienie respondentów do posiadanej przez nich specjalizacji z medycyny pracy. Nastawienie to jest w istocie krytyczną oceną użyteczności tej specjalizacji, zarówno zawodowej, jak i życiowej, egzystencjalnej. Oto przykłady uzasadnień wyboru specjalizacji:

- Interna — „Na pewno nie wybrałbym medycyny pracy, która ma bardzo niski prestiż w środowisku lekarskim i poza nim”.
- Choroby wewnętrzne [oraz] kardiologia, reumatologia — „Specjalizacje te są bardziej »medyczne« niż medycyna pracy, dają większe możliwości działań medycznych (diagnozowanie, leczenie) i realizowania się jako lekarz medycyny”.
- Choroby wewnętrzne — „Kontakt z chorym pacjentem i leczeniem. W tej [medycyna pracy] specjalności człowiek jałowiej”.
- Specjalności kliniczne — „Bezpośredni kontakt z pacjentami, relacje wzajemnego zaufania — przynoszą większą satysfakcję w pracy lekarza i widoczne efekty leczenia chorych, niesienia im pomocy. To jest zupełnie inny rodzaj współpracy, niż to wynika z zadań medycyny pracy”.
- Okulistyka — „[...] ze względu na możliwość leczenia i dlatego, że jest to specjalność zabiegowa”.
- Choroby wewnętrzne, psychiatria, radiologia — „[...] możliwość pracy poza krajem”.
- Radiologia, okulistyka, alergologia, pulmonologia — „Dają duże możliwości zarówno leczenia zachowawczego, jak i diagnostyki oraz o wiele większą satysfakcję z sukcesów osiągniętych w diagnostyce i leczeniu”.
- Choroby wewnętrzne lub medycyna rodzinna — „[...] większa możliwość zatrudnienia”.
- Specjalności zabiegowe — „Obecnie medycyna pracy jest zbyt zbiurokratyzowana”.
- Medycyna pracy — „Ze względu na złe opłacanie służby zdrowia pomaga poprawić sytuację finansową lekarzy. Specjalizacja z medycyny pracy w większości nie jest marzeniem, ale sprawą zdroworozsądkową”.

Podsumowując wypowiedzi uzasadniające hipotetyczny wybór innej niż medycyna pracy specjalizacji lekarskiej, można wskazać dwie grupy przyczyn takiego wyboru:

- Przyczyny związane z satysfakcją z pracy i możliwościami rozwoju zawodowego — chęć leczenia ludzi i kontaktu z pacjentami, w szczególności zaś wielokrotnie podkreślana „zabiegowość” wskazywanych specjalizacji i większe możliwości rozwoju profesjonalnego w ich ramach. Zwracano też uwagę na mniejsze zbiurokratyzowanie pracy w innych specjalnościach

lekarskich oraz na ich wielokrotnie wyższy prestiż — zarówno w środowisku lekarskim, jak i poza nim.

- Przyczyny materialne — większa możliwość wyboru miejsca zatrudnienia, w tym możliwość pracy za granicą; wyższe zarobki, m.in. związane z możliwością zawierania kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia i podejmowania prac dodatkowych. Opcja „materialna” znalazła swoisty kontrapunkt w wypowiedzi wskazującej na to, że specjalizacja z medycyny pracy pozwala poprawić sytuację finansową lekarza, a jej wybór wynika ze zdroworozsądkowej kalkulacji. W szczególny sposób wzmacnia to argumenty zakwalifikowane do pierwszej grupy przyczyn, podnoszone w wypowiedziach respondentów.

Uzasadnienia wyboru innej specjalizacji niż medycyna pracy ukazują wyraźny brak akceptacji zasadniczych elementów aktualnej roli lekarza medycyny pracy, czyli działań ukierunkowanych na profilaktykę i troskę o bezpieczne miejsce pracy.

Motywy wyboru specjalizacji w dziedzinie medycyny pracy

W kontekście powyższych ustaleń interesujące są powody, które skłoniły badanych do specjalizowania się w zakresie medycyny pracy oraz hierarchizacja tych powodów ze względu na ich znaczenie dla badanego środowiska profesjonalnego. W kolejnym pytaniu kwestionariusza przedstawione zostały typowe powody specjalizowania się w dziedzinie medycyny pracy, a zadanie respondentów polegało na wskazaniu trzech najważniejszych powodów oraz zaznaczenie, który z nich wpłynął na wybór w pierwszej kolejności, który w drugiej, a który w trzeciej.

W tabeli 4. zamieszczone są rozkłady procentowe odpowiedzi, zakres (częstość) występowania poszczególnych powodów (% osób wskazujących dany powód) oraz syntetyczny wskaźnik znaczenia każdego z powodów dla badanych lekarzy.

Wśród powodów specjalizowania się w dziedzinie medycyny pracy wyodrębnić można — zarówno ze względu na częstość wskazań, jak i ze względu na znaczenie (deklarowaną przez respondentów siłę wpływu na decyzję o podjęciu specjalizacji) — trzy grupy: powody najbardziej istotne, średnio istotne i stosunkowo najmniej istotne dla badanych specjalistów w dziedzinie medycyny pracy.

Powody najistotniejsze dla badanej grupy lekarzy, tzn. najczęściej przez nich wskazywane oraz posiadające, w ich opinii, największe znaczenie to: po pierwsze, konieczność lub potrzeba spełnienia wymagań w związku z zajmowanym stanowiskiem (pełnioną funkcją) i po



Tabela 4. Najważniejsze powody podjęcia decyzji o specjalizowaniu się w dziedzinie medycyny pracy
Table 4. The most important reasons for making a decision to choose the specialization in occupational medicine

Powody specjalizowania się w dziedzinie medycyny pracy (medycyny przemysłowej) Reasons for specializing in occupational (industrial) medicine	W 1. kolejności 1 st in sequence	W 2. kolejności 2 nd in sequence	W 3. kolejności 3 rd in sequence	Zakres (2+3+4) Range (2+3+4)	Wskaźnik znaczenia ¹ Rating of importance ¹
	% (N = 288)				
	1	2	3	4	5
Zainteresowanie wiedzą i umiejętnościami zawodowymi z zakresu medycyny pracy / Interest in knowledge of and professional skills in occupational medicine	26	24	14	64	0,46
Względna łatwość dostania się na tę specjalizację / Relatively easy admission to this specialization	7	10	12	29	0,17
Względna łatwość ukończenia tej specjalizacji / Relatively easy completion of this specialization	4	8	13	24	0,13
Względna łatwość uzyskania pracy po tej specjalizacji / Relatively easy availability of job with this specialization	13	16	14	43	0,28
Korzystne pod względem materialnym wykonywanie funkcji zawodowych po uzyskaniu tej specjalizacji / Financial profits resulting from performing professional functions after completing this specialization	10	19	16	46	0,28
Konieczność lub potrzeba spełnienia wymagań w związku z zajmowanym stanowiskiem (pełnioną funkcją) / Necessity or need to meet the requirements of the occupied position (performed function)	36	15	7	58	0,48
Konieczność lub potrzeba spełnienia kryteriów wymaganych na stanowisku, które respondent(ka) chciał(a) objąć / Necessity or need to meet the requirements of the position the respondent wished to apply for	9	9	11	30	0,19

¹ Wskazaniom na występowanie danego powodu w pierwszej, drugiej lub trzeciej kolejności przypisane zostały wagi (odpowiednio: 3, 2 i 1), przez które to wartości mnożono liczbę wskazań. Wskaźnik znaczenia jest ilorazem sumy punktów uzyskanych przez dany powód i maksymalnej (teoretycznie możliwej do uzyskania) liczby punktów (tu: 864 — 3×288 respondentów). Wskaźnik ten przyjmuje wartości od 0 do 1, gdzie „0” oznacza całkowity brak postrzegania danego powodu w badanej grupie osób, zaś „1” — postrzeganie danego powodu w pierwszej kolejności przez wszystkie osoby z badanej grupy / Pointing out a given reason as 1st, 2nd or 3rd in sequence of importance was weighted by 3, 2 or 1 point respectively (number of persons indicating the reason was multiplied by appropriate weight value). The rating of importance is the quotient from the whole number of points obtained by a given reason and the highest number of points possible to obtain (here it is 864: 3×288 persons inquired). The importance rating value is always between 0 and 1, where „0” means the total lack of indicating a given reason within the group under study and „1” means indicating a given reason as 1st in sequence by all persons inquired.

drugie, zainteresowanie wiedzą i umiejętnościami zawodowymi z zakresu medycyny pracy*.

Powody średnio istotne to: względna łatwość uzyskania pracy po tej specjalizacji, oraz korzystne pod względem materialnym wykonywanie funkcji zawodowych po uzyskaniu tej specjalizacji.

Powody stosunkowo najmniej istotne to w opinii respondentów: konieczność lub potrzeba spełnienia kryteriów wymaganych na stanowisku, które chciałoby się objąć, względna łatwość dostania się na tę specjalizację i względna łatwość ukończenia tej specjalizacji.

Przed przystąpieniem do omawiania kolejnych rezultatów analizy przyczyn specjalizowania się w dziedzinie medycyny pracy należy wspomnieć o nieodłącznie towarzyszącej tym analizom dwoistości interpretacyjnej.

Respondenci byli pytani teraz o powody, jakie kierowały nimi kiedyś — często przed wieloma laty. Pojawia się zatem kwestia, na ile to, co respondenci deklarowali w trakcie badania było mniej lub bardziej wiernym odtworzeniem niegdyśszych motywacji, na ile zaś projekcją późniejszych (wobec okresu podejmowania

decyzji o specjalizowaniu się z medycyny pracy) doświadczeń zawodowych i osobistych. Rozstrzygnięcie tej kwestii jest zarazem dokonaniem wyboru między dwoma sposobami interpretacji uzyskanych w badaniu rezultatów. Rozstrzygnięcie to, gdy nie dysponujemy w analizie socjologicznej materiałami z pogłębionych badań psychologicznych przeprowadzonych na tej samej próbie, możliwe jest jednak tylko poprzez przyjęcie odpowiednich założeń.

I tak, jeśli przyjmiemy, że wiarygodna odpowiedź na pytanie o powody specjalizowania się w dziedzinie medycyny pracy była odtworzeniem sytuacji sprzed lat, wówczas należałoby interpretować ją zgodnie ze schematem: odpowiedź X → respondent kierował się powodem X. Jeśli natomiast założymy, że wiarygodna odpowiedź na to pytanie jest efektem zadziaływania psychologicznego mechanizmu projekcji, wówczas należałoby interpretować ją według innego schematu: odpowiedź X → obecny stan świadomości respondenta ukształtowany w wyniku doświadczeń osobistych i zawodowych skłania go do stwierdzenia, że kierował nim powód X.

Mogło być oczywiście tak, że mechanizm projekcji zadziałał częściowo — tylko w odniesieniu do niektórych spośród zadeklarowanych przez respondenta powodów,

* Warto zwrócić uwagę na to, że pierwszy z tych powodów wyrażnie częściej niż powód drugi wymieniany jest jako najważniejszy w pierwszej kolejności.



albo że jedne powody wzmocnił, zaś inne osłabił z obecnej perspektywy. Mogło być również tak, że jedne z powodów wymienionych w kwestionariuszu były bardziej podatne na projekcję (np. powody pierwszy i piąty spośród wymienionych w tabeli 5), a inne mniej lub wcale (np. powody szósty i siódmy). Również oddziaływanie poszczególnych cech czy sytuacji obiektywnych może być mniej lub bardziej podatne na interpretację „rekonstrukcyjną” bądź „projekcyjną”. O ile więc istotne zróżnicowanie odsetków wskazań ze względu na płeć należałoby interpretować raczej jako bezpośredni wpływ tej cechy na motywację podjęcia specjalizacji (rekonstrukcja), o tyle zróżnicowanie ze względu na takie czynniki (jak stanowisko czy miejsce pracy) można by interpretować raczej jako projekcję późniejszych doświadczeń na faktyczną sytuację decyzyjną sprzed lat.

W różnych momentach analizy można przyjmować pierwsze bądź drugie założenie i odpowiednio — pierwszy bądź drugi schemat interpretacyjny. W każdym jednak wypadku drugie z założeń i drugi schemat powinny stanowić szerszy kontekst interpretacji uzyskanych odpowiedzi.

W dalszej analizie powodów specjalizowania się w dziedzinie medycyny pracy spróbowaliśmy ustalić, jakie cechy czy sytuacje obiektywne oddziaływały na wskazywanie danego powodu, a więc na posiadanie przez badanych określonych motywacji do podjęcia tej specjalizacji (interpretacja według pierwszego schematu) bądź na ich doświadczenia zawodowe i osobiste rzutujące w określony sposób na obecne postrzeganie dawniejszych motywacji.

Przedstawione zostały profile społeczno-demograficzne sprzyjające i niesprzyjające pojawianiu się w odpowiedziach respondentów poszczególnych powodów specjalizowania się w dziedzinie medycyny pracy, zaproponowanych w pytaniu kwestionariuszowym. Pod uwagę był brany zakres (częstość) występowania poszczególnych powodów w badanej zbiorowości, czyli odsetek wskazań na dany powód — bez względu na kolejność, w jakiej był wskazywany przez respondentów.

W istocie chodzi tu o ukazanie profili sprzyjających i niesprzyjających pojawianiu się danego powodu w świadomości respondentów — w „rekonstrukcyjnym” bądź „projekcyjnym” kontekście wywołanym pytaniem kwestionariuszowym.

Tabela 5. pokazuje, które ze zmiennych społeczno-demograficznych oddziałują na wskazywanie przez osoby badane poszczególnych motywów podjęcia specjalizacji z medycyny pracy (medycyny przemysłowej). Dane te stanowią punkt wyjścia do przedstawienia profili społeczno-demograficznych sprzyjających i niesprzyjających wskazywaniu poszczególnych motywów.

Profile społeczno-demograficzne

a. Motyw zainteresowania wiedzą i umiejętnościami zawodowymi z zakresu medycyny pracy

Motyw ten wskazało 64% badanych. Istotnie częściej wskazywały ten motyw: 1) osoby posiadające kilka specjalizacji innych niż medycyna pracy (77%), 2) osoby, które uzyskały specjalizację w latach 2001–2005 (79%), 3) osoby specjalizujące się w IMP w Łodzi (73%), i 4) mężczyźni (70%).

Istotnie rzadziej wskazywały ten motyw: 1) osoby nieposiadające innych specjalizacji (56%), 2) osoby, które uzyskały specjalizację w latach 1958–1970 (53%) lub 1981–1990 (56%), 3) osoby specjalizujące się poza Instytutami Medycyny Pracy w Łodzi i Sosnowcu, (4) oraz kobiety (60%).

b. Względna łatwość dostania się na specjalizację z medycyny pracy (medycyny przemysłowej)

Taki powód wyboru tej właśnie dziedziny wskazało 29% badanych. Istotnie częściej wskazywały ten motyw: 1) osoby, które uzyskały tę specjalizację w latach 1958–1990 (34%), 2) osoby nieposiadające innych specjalizacji oraz osoby z trzema specjalizacjami (średnio 35%), 3) osoby w wieku 50 i więcej lat (34%), 4) osoby pracujące w tej specjalności 31 i więcej lat (35%), 5) osoby zatrudnione w publicznych zakładach opieki zdrowotnej i/lub w wompach (średnio 37%).

Istotnie rzadziej wskazywały ten motyw: 1) osoby, które uzyskały tę specjalizację w latach 1991–2005 (21%), 2) osoby posiadające 1 specjalizację inną niż medycyna pracy (22%), 3) osoby w wieku do 49 lat (21%), 4) osoby pracujące w tej specjalności 10 lat lub mniej (20%), 5) osoby zatrudnione w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej i/lub praktykujące prywatnie, także pracownicy instytucji naukowo-badawczych (średnio 27%).

c. Względna łatwość ukończenia specjalizacji

Ten powód wyboru medycyny pracy (medycyny przemysłowej) wskazało 24% badanych. Istotnie częściej wskazywały ten motyw: 1) osoby, które uzyskały tę specjalizację w latach 1958–1970 (40%), 2) osoby, które uzyskały specjalizację w innych ośrodkach specjalizacyjnych niż IMP w Łodzi (33%), 3) osoby pracujące w tej specjalności 11–20 lat oraz 31 i więcej lat (średnio 31%).

Istotnie rzadziej wskazywały ten motyw: 1) osoby, które uzyskały tę specjalizację w latach 1991–2005 (21%), 2) osoby, które specjalizowały się w IMP w Łodzi (19%), 3) osoby pracujące w tej specjalności od 2 do 10 lat lub 21–30 lat (średnio 17%).



Tabela 5. Związki między cechami społeczno-demograficznymi a motywami podjęcia specjalizacji w dziedzinie medycyny pracy — miernik siły związku (V Cramera) i poziom istotności statystycznej (p)

Table 5. Relations between social-demographic features and motives for undertaking the specialization in occupational medicine: the index of the strength of association (Cramer's V) and the level of statistical significance (p)

Motywy podjęcia specjalizacji w dziedzinie medycyny pracy (medycyny przemysłowej) The motives for undertaking the specialization in the field of occupational (industrial) medicine	Cechy społeczno-demograficzne Social-demographic features						
	płeć gender	wiek age	okres uzyskania specjalizacji z medycyny pracy period of completing the specialization in occupational medicine	staż w medycynie pracy duration of employment in the area of occupational medicine	miejsce uzyskania specjalizacji z medycyny pracy place of completing the specialization in occupational medicine	specjalizacje inne niż medycyna pracy specializations other than occupational medicine	miejsce pracy workplace
Zainteresowanie wiedzą i umiejętnościami zawodowymi z zakresu medycyny pracy / Interest in knowledge of and professional skills in occupational medicine	V = 0,131 p < 0,03	brak związku no relation	V = 0,227 p < 0,04	brak związku no relation	V = 0,143 p = 0,05	V = 0,190 p < 0,02	brak związku no relation
Względna łatwość dostania się na tę specjalizację / Relatively easy admission to this specialization	brak związku no relation	V = 0,139 p = 0,02	V = 0,146 p < 0,01	V = 0,113 p = 0,05	brak związku no relation	V = 0,147 p = 0,02	V = 0,100 p < 0,05
Względna łatwość ukończenia tej specjalizacji / Relatively easy completion of this specialization	brak związku no relation	brak związku no relation	V = 0,119 p < 0,02	V = 0,154 p < 0,01	V = 0,162 p < 0,01	brak związku no relation	brak związku no relation
Względna łatwość uzyskania pracy po tej specjalizacji / Relatively easy availability of job with this specialization	brak związku no relation	brak związku no relation	brak związku no relation	brak związku no relation	brak związku no relation	V = 0,190 p = 0,001	V = 0,131 p < 0,01
Korzystne pod względem materialnym wykonywanie funkcji zawodowych po uzyskaniu tej specjalizacji / Financial profits after completing this specialization	V = 0,222 p = 0,0001	V = 0,146 p < 0,02	V = 0,192 p = 0,002	V = 0,276 p = 0,0001	brak związku no relation	brak związku no relation	brak związku no relation
Konieczność lub potrzeba spełnienia wymagań w związku z zajmowanym stanowiskiem (pełnioną funkcją) / Necessity or need to meet the requirements of the occupied post (performed function)	brak związku no relation	V = 0,144 p = 0,05	V = 0,139 p = 0,03	V = 0,118 p < 0,05	brak związku no relation	V = 0,152 p = 0,01	brak związku no relation
Konieczność lub potrzeba spełnienia kryteriów wymaganych na stanowisku, które respondent(ka) chciał(a) objąć / Necessity or need to meet the requirements of the post the respondent wished to apply for	brak związku no relation	brak związku no relation	brak związku no relation	V = 0,109 p = 0,05	brak związku no relation	V = 0,164 p = 0,02	V = 0,096 p < 0,05

d. Względna łatwość znalezienia zatrudnienia po uzyskaniu specjalizacji w dziedzinie medycyny pracy
Ten powód wskazało 43% badanych. Istotnie częściej wskazywały ten motyw: 1) osoby nieposiadające innych specjalizacji (55%) oraz 2) osoby

zatrudnione w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (55%).

Istotnie rzadziej wskazywały ten motyw: 1) osoby posiadające inne specjalizacje (34%); 2) osoby zatrudnione w miejscach pracy pozostałych rodzajów (39%).



e. Korzystne pod względem materialnym wykonywanie funkcji zawodowych po uzyskaniu specjalizacji w dziedzinie medycyny pracy

Taki powód podjęcia tej specjalizacji wskazało 46% badanych*. Istotnie częściej wskazywały ten motyw: 1) osoby, które pracują w tej specjalności do 20 lat oraz 41 i więcej lat (średnio 57%), 2) mężczyźni (60%), 3) osoby, które specjalizację uzyskały w latach 1991–2005 (57%), 4) osoby w wieku 35–49 lat (60%).

Istotnie rzadziej wskazywały ten motyw: 1) osoby pracujące w tej specjalności 21–40 lat (31%), 2) kobiety (37%), 3) osoby, które specjalizację z medycyny pracy (medycyny przemysłowej) uzyskały w latach 1958–1990 (38%), oraz 4) osoby w wieku 50 i więcej lat (42%).

f. Konieczność lub potrzeba spełnienia wymagań w związku z zajmowanym stanowiskiem

Ten powód podjęcia specjalizacji z medycyny pracy wskazało 58% badanych. Istotnie częściej były to 1) osoby posiadające inne specjalizacje (66%), 2) osoby, które uzyskały specjalizację w latach 1991–2005 (64%), 3) osoby pracujące w tej specjalności 11–20 lat (69%), 4) osoby w wieku 40–59 lat (65%).

Istotnie rzadziej wskazywały ten motyw: 1) osoby nieposiadające specjalizacji innych niż medycyna pracy (48%), 2) osoby, które uzyskały specjalizację w latach 1958–1990 (50%), 3) osoby pracujące w tej specjalności do 10 lat bądź 21 i więcej lat (średnio 55%), 4) osoby w wieku 35–39 lat (48%) oraz 60 i więcej lat (52%).

g. Konieczność lub potrzeba spełnienia kryteriów

wymaganych na stanowisku, które chciałoby się objąć
Taki powód podjęcia specjalizacji w dziedzinie medycyny pracy wskazało 30% badanych. Istotnie częściej były to 1) osoby posiadające kilka specjalizacji innych niż medycyna pracy (56%), 2) osoby pracujące w tej specjalności 11–20 lat oraz 41 lat i więcej (średnio 37%), 3) osoby zatrudnione w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, instytucjach naukowo-badawczych i/lub wómpach (35%).

Istotnie rzadziej wskazywały ten motyw: 1) osoby nieposiadające innych specjalizacji (24%), 2) osoby pracujące w tej specjalności do 10 lat oraz 21–40 lat (średnio 26%), 3) osoby zatrudnione w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej i/lub prowadzące prywatną praktykę (średnio 27%).

Analiza profiliw społeczno-demograficznych

Analiza wpływu poszczególnych cech społeczno-demograficznych na określone motywy podejmowania specjalizacji w dziedzinie medycyny pracy jest ważnym uzupełnieniem analizy profilowej. Jej wyniki przedstawione są poniżej w pewnym uproszczeniu — w każdej ze zmiennych społeczno-demograficznych wyróżnione zostały tylko dwie rozłączne kategorie, co sprzyja większej przejrzystości interpretacyjnej.

Płeć różnicowała wskazania na dwa spośród branych pod uwagę siedmiu motywów. Mężczyźni częściej, a kobiety rzadziej, kierowali się w wyborze specjalizacji z medycyny pracy motywem poznawczym (zainteresowaniem) oraz motywem spodziewanych korzyści materialnych.

Wiek różnicował wskazania na trzy spośród siedmiu analizowanych motywów. Osoby starsze (w wieku powyżej 50 lat) częściej niż osoby młodsze (do 50 lat) wskazywały motyw względnej łatwości dostania się na tę specjalizację oraz motyw konieczności spełnienia wymagań w związku z zajmowanym stanowiskiem. Osoby młodsze częściej niż osoby starsze wskazywały motyw spodziewanych korzyści materialnych.

Okres uzyskania specjalizacji z medycyny pracy (medycyny przemysłowej) różnicował wskazania na pięć spośród siedmiu motywów. Osoby, które uzyskały ją w okresie do 1990 r. częściej niż osoby specjalizujące się później (w latach 1991–2005) wskazywały motywy względnej łatwości dostania się na tę specjalizację oraz jej ukończenia. Osoby specjalizujące się w latach 1991–2005 częściej wskazywały motyw poznawczy, motyw korzyści materialnych i motyw konieczności spełnienia kryteriów wymaganych na stanowisku, które chciałoby się objąć.

Także staż pracy w ochronie zdrowia pracujących różnicował wskazania na pięć motywów. Osoby mające dłuższy staż w tym podsystemie (przeszło 20 lat) częściej niż osoby o krótszym stażu (do 20 lat) wskazywały motyw względnej łatwości dostania się na specjalizację z medycyny pracy i jej ukończenia. Osoby mające krótszy staż w medycynie pracy częściej wskazywały motyw korzyści materialnych oraz motywy związane z koniecznością spełnienia wymagań czy kryteriów w związku ze stanowiskiem czy funkcją.

* Spodziewane korzyści materialne są dość częstym motywem podejmowania specjalizacji z medycyny pracy. Należy w tym miejscu przypomnieć, że pełnienie roli lekarza przemysłowego nie było w przeszłości związane z wolnym rynkiem świadczeń i rzadko było postrzegane jako specjalność intratna finansowo. Uległo to zmianie dopiero po reformie systemu opieki zdrowotnej nad pracującymi, kiedy wprowadzono wolny rynek świadczeń i znaczna część lekarzy medycyny pracy zaczęła prowadzić prywatną praktykę. W poprzednim systemie dodatkowymi korzyściami materialnymi było jednak np. służbowe mieszkanie czy w wielu przypadkach korzystne przywileje emerytalne lekarzy przemysłowych, np. emerytura górnicza.



Wiek, okres uzyskania specjalizacji oraz staż w medycynie pracy w podobny sposób różnicują określone motywy i dotyczą w istocie tego, kiedy uzyskana była specjalizacja. Głębsza analiza związków między tymi trzema cechami społeczno-demograficznymi a motywami podjęcia specjalizacji z medycyny pracy skłania do wyodrębnienia trzech okresów w społeczno-ekonomicznym funkcjonowaniu podsystemu ochrony zdrowia pracujących, związanych ze zróżnicowaniem motywacji do podejmowania specjalizacji z medycyny pracy (medycyny przemysłowej). Pierwszy okres to lata do 1970 r., kiedy to specjalizacja z medycyny pracy wydawała się łatwą drogą zawodową. Jej wybór nie był dyktowany zainteresowaniami, lecz raczej tym, że dostać się na nią i ją ukończyć nie było trudno. Warto wspomnieć tutaj, że najstarsi respondenci (ponad 40 lat w medycynie pracy) w spontanicznych wypowiedziach wskazywali na korzyści socjalno-bytowe (w pewnym sensie również materialne oraz mające charakter przywilejów ekonomicznych), związane z funkcją lekarza przemysłowego, i ich dużą wagę w decyzjach dotyczących wyboru specjalizacji.

Lata 1970–1990 to swoisty okres przejściowy. Na specjalizację z medycyny pracy nadal stosunkowo łatwo się było dostać, ale jej ukończenie nie było już takie proste. Korzyści materialne także nie były już takie oczywiste i decydujące, a spełnienie wymagań na zajmowanym stanowisku lub na takim, które chciałoby się objąć, nie stanowiły istotnego motywu w wyborze specjalizacji z medycyny pracy.

Sytuacja wyraźnie zmieniła po roku 1990 — w okresie transformacji społeczno-gospodarczej oraz po zmianach podstaw prawnych funkcjonowania służby medycyny pracy. Motyw poznawczy ponownie zaczął odgrywać dużą rolę, zwłaszcza w ostatnich latach, natomiast rzadziej można się było spotkać z motywem łatwości dostania się na specjalizację i jej ukończenia — poziom trudności tej specjalizacji wyraźnie wzrósł (zwłaszcza po wprowadzeniu specjalizacji 5-letniej w miejsce 3-letniej). Dużego znaczenia nabrały kwestie materialne oraz inne spodziewane korzyści w związku z ukończeniem specjalizacji — również te postrzegane w wymiarze formalnym jako spełnienie wymagań na stanowisku, które się zajmuje. Lekarze stosunkowo krótko pracujący w medycynie pracy zaczęli dostrzegać w ukończeniu specjalizacji szansę na własny rozwój zawodowy poprzez spełnienie wymagań na stanowiskach, które chcieliby obejmować. Można powiedzieć, że od roku 1990 specjalizacja z medycyny pracy przyciąga osoby kierujące się w swych wyborach zarówno względami

poznawczymi (zainteresowaniami), jak i korzyściami materialnymi oraz perspektywą rozwoju zawodowego.

Miejsce specjalizowania się różnicowało wskazania na dwa motywy. Lekarze medycyny pracy, którzy specjalizację uzyskali w Instytucie Medycyny Pracy w Łodzi częściej wskazywali motyw poznawczy niż lekarze specjalizujący się w innych ośrodkach. Ci ostatni częściej wskazywali motyw względnej łatwości uzyskania specjalizacji.

Posiadanie innych niż medycyna pracy (medycyna przemysłowa) specjalizacji różnicowało wskazania na pięć motywów. Lekarze mający inne specjalizacje częściej niż lekarze ich nieposiadający wskazywali motyw poznawczy oraz motywy konieczności spełnienia wymagań w związku z zajmowanym stanowiskiem lub w związku ze stanowiskiem, które chcieli objąć. Lekarze niemający innych specjalizacji częściej wskazywali motyw względnej łatwości dostania się na specjalizację w dziedzinie medycyny pracy oraz motyw względnej łatwości uzyskania pracy po tej specjalizacji.

Miejsce pracy — które można traktować jako jeden z wyznaczników dotychczasowego rozwoju zawodowego (jego ukierunkowania i dynamiki) — różnicowało wskazania na trzy spośród siedmiu motywów. Lekarze pracujący w publicznych zozach i wompach częściej, a pracujący w innych miejscach (niepublicznych zozach, gabinetach prywatnych, instytucjach badawczych i edukacyjnych) rzadziej wskazywali: motyw względnej łatwości dostania się na specjalizację z medycyny pracy, motyw względnej łatwości uzyskania pracy po tej specjalizacji oraz motyw konieczności lub potrzeby spełnienia kryteriów wymaganych na stanowisku, które chcieli objąć.

Respondenci, którzy uznali proponowany zestaw powodów za niewystarczający, proszeni byli o podanie motywów czy przyczyn podjęcia decyzji o specjalizowaniu się w zakresie medycyny pracy innych niż wymienione w pytaniu. Ich wypowiedzi dotyczące tej kwestii można ująć w kilku ogólniejszych kategoriach:

1. Poszerzenie wiedzy profesjonalnej, rozwój zawodowy (37 osób, 13%)

W ramach tej kategorii, częściowo pokrywającej się z odpowiednim sformułowaniem w kwestionariuszu ankiety, najszerzej (27 osób, 9%) reprezentowana była podkategoria wypowiedzi, którą określić można jako „inercyjny” rozwój zawodowy (w odróżnieniu od subiektywnie, indywidualnie sterowanego rozwoju zawodowego) — taki mianowicie, który związany był z sytuacją pracy respondentów, pracy, którą podejmowali nierzadko z konieczności (bo innej nie



było), z przyczyn materialnych bądź wskutek przypadkowego zbiegu okoliczności. W wypowiedziach zaliczonych do tej podkategorii respondenci wspominali wyłącznie o zatrudnieniu w określonych miejscach (różne gałęzie przemysłu, rodzaje zakładów pracy) lub o podejmowaniu pracy w określonym charakterze (np. lekarz w przychodni przyzakładowej). Można w związku z tym wysunąć tezę, że specjalizowanie się w dziedzinie medycyny pracy było dla nich niczym innym, jak tylko naturalną i niezbędną konsekwencją wykonywanej pracy. Warto zauważyć, że ta podkategoria „innych powodów” jest w znacznej mierze zbieżna z wyszczególnionym w kwestionariuszu ankiety powodem określonym jako: konieczność lub potrzeba spełnienia wymagań w związku z zajmowanym stanowiskiem (pełnioną funkcją). Drugą z wyróżnionych podkategorii można określić jako subiektywnie sterowany rozwój zawodowy, a więc taki, który związany jest z zainteresowaniami, bywa ukierunkowany ambicjonalnie, stymulowany zainteresowaniami, przydatnością w innych dziedzinach pracy zawodowej itp. Oto przykłady wypowiedzi zaliczonych do tej podkategorii:

- „Wiedza z medycyny pracy była bardzo pomocna przy specjalizacji z dermatologią”.
- „Specjalizując się w chirurgii, pracę dodatkową otrzymałem w poradni zakładowej i tu zorientowałem się, że jeśli chce się solidnie pracować, należy zgłębić tajniki medycyny pracy”.
- „Najpierw przypadkowe zetknięcie z medycyną pracy, a później okazało się, że medycyna pracy jest bardzo ciekawa, a warunki pracy mają wielki wpływ na nasze zdrowie”.
- „Zainteresowanie profilaktyką”.
- „Każde pogłębienie wiedzy z każdej dziedziny przynosi korzyść niekoniecznie materialną”.

2. Dostępność tylko tej specjalizacji (20 osób, 7%)

Z niektórych wypowiedzi tego rodzaju można domyślać się, że niedostępność innych specjalizacji miała swoją przyczynę w ograniczeniach formalno-administracyjnych:

- „Istniała możliwość podjęcia tylko tej specjalizacji”.
- „Nie miałam możliwości otwarcia innej specjalizacji z uwagi na zachodzące wówczas zmiany w regulaminie specjalizacji”.
- „Brak możliwości zrobienia specjalizacji z zakresu dermatologii”.
- „Przypadek — brak innych miejsc specjalizacyjnych w mojej okolicy”.

Kilka osób wskazało na specyfikę ukończonych studiów („ukończenie Oddziału Higieniczno-Sanitarnej Akademii Medycznej”) oraz na bliskość ośrodków specjalizujących w dziedzinie medycyny pracy („lokalizacja Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi”). Spora część badanych wskazywała na presję zewnętrzną, w szczególności ze strony kierownictwa w swoich miejscach pracy:

- „Brak zgody dyrektora na rozpoczęcie innej specjalizacji”.
- „Zalecenia pracodawcy (kopalnia węgla), zatrudnienie w tego rodzaju placówce wymagało takiej specjalności, a pracodawca nie dopuścił do specjalizacji innej (po uzyskaniu I°)”.
- „Warunkiem zatrudnienia mnie było złożenie deklaracji o podjęciu specjalizacji z medycyny pracy”.
- „Nakaz pracy”.
- „Pracowałem jako lekarz zakładowy i żeby spełnić oczekiwania pracodawcy, musiałem otrzymać odpowiednie uprawnienia”.

3. Kwestie rodzinno-bytowe (33 osoby, 11%)

W tej kategorii przyczyn podjęcia specjalizacji w dziedzinie medycyny pracy wyodrębnione zostały cztery podkategorie. Dwie pierwsze, stosunkowo najbardziej liczne, to możliwość otrzymania mieszkania (14 osób, 5%) oraz możliwość pogodzenia pracy zawodowej z życiem rodzinnym (13 osób, 5%). Pozostałe dwie podkategorie to konieczność odpracowania stypendium fundowanego oraz większe zarobki i dodatkowe korzyści (przywileje) związane z miejscem pracy. Oczywiście otrzymanie mieszkania, brak nocnych dyżurów czy emerytura górnicza raczej nie były głównymi czy wyłącznymi przyczynami podjęcia specjalizacji. W istocie wszystkie te podkategorie mogą dotyczyć pewnych, bardziej konkretnie ujętych aspektów ogólniejszej sytuacji zawodowej respondentów, która (jak to zostało napisane uprzednio) skłaniała ich bądź wręcz zmuszała do utrwalania czy wzmacniania swojego statusu poprzez specjalizację związaną merytorycznie z miejscem pracy.

Dla pełniejszego obrazu „innych przyczyn” podejmowania specjalizacji w dziedzinie medycyny pracy warto przytoczyć kilka wypowiedzi wykraczających poza wyróżnione poprzednio kategorie:

- „Przypadek, zbieg okoliczności”.
- „Koleczy na takich samych stanowiskach posiadali specjalizację z medycyny przemysłowej”.
- „Pracowałam przez wiele lat w medycynie przemysłowej na stanowisku kierownika laboratorium



analiz lekarskich [...]. Często zastępowałam kolegów z medycyny przemysłowej w ich pracy lekarza przemysłowego”.

- „Druga specjalizacja — z medycyny pracy — zapewniła mi poczucie bezpieczeństwa. Obecnie pracuję tylko jako lekarz medycyny pracy”.
- „Autorytet kierownika specjalizacji oraz możliwość rozpoczęcia i kontynuowania pracy i specjalizacji w chorobach wewnętrznych i pracy w oddziale szpitalnym”.

Niektórzy respondenci po udzieleniu odpowiedzi na pytanie o powody podjęcia decyzji o specjalizowaniu się w dziedzinie medycyny pracy skorzystali z zawartej w liście wprowadzającym sugestii zamieszczenia dodatkowych uwag i komentarzy. Podobnie jak wypowiedzi zamieszczone po innych pytaniach kwestionariusza, są one ważnym elementem ilustracyjnym i pogładowym, stanowią także czynnik jakościowy ułatwiający i rozszerzający interpretację zgromadzonego materiału ilościowego. Wypowiedzi komentujące problematykę poruszaną w tym pytaniu sklasyfikowane zostały w czterech kategoriach:

1. Kwestie merytoryczne, zawodowe. Respondenci deklarowali m.in., że zdecydowali się na rozpoczęcie kształcenia specjalizacyjnego, gdyż chcieli zdobyć wiedzę potrzebną w codziennej pracy. Podejmowano także wątek przydatność wiedzy z zakresu medycyny pracy do rozszerzenia horyzontów i poszerzenia ogólnej wiedzy medycznej.
2. Kwestie rodzinno-bytowe. W kilku przypadkach podkreślano, że jest to dobra specjalizacja dla kobiety, ponieważ nie jest obciążona pracą na dyżurach w godzinach nocnych. Perspektywa mieszkania zakładowego czy dofinansowania przez ZUS także skłoniła wiele osób do podjęcia tej specjalizacji, raczej bez specjalnego zainteresowania tą dziedziną wiedzy.
3. Uwagi i komentarze pozytywne. Niektórzy respondenci spontanicznie podkreślali swoje zadowolenie z wyboru specjalizacji, nie podając powodów podjęcia decyzji o specjalizowaniu się w dziedzinie medycyny pracy.
4. Uwagi dotyczące zjawisk negatywnych, komentarze krytyczne, postulaty. Podkreślano w nich, że medycyna pracy przegrywa z medycyną rodzinną, bardziej kliniczną, a przy tym dającą możliwość uzyskania takich samych uprawnień jak po ukończeniu specjalizacji z medycyny pracy. Pojawiał się także żal za czasami, w których istniało stanowisko lekarza zakładowego z wszelkimi jego prerogatywami. Lekarzom medycyny pracy przeszkadza także problem

braku zrozumienia przez pracowników znaczenia działań profilaktycznych, brak typowego kontaktu lekarz–pacjent i związanego z tym poczucia, z jednej strony — odpowiedzialności, a z drugiej — szacunku i uznania w związku z udzieloną pomocą. Problematyczne w opinii niektórych respondentów jest także umiejscowienie medycyny pracy poza finansowaniem NFZ, jak również to, że NFZ „traktuje specjalistów z dziedziny medycyny pracy jak lekarzy bez specjalizacji”.

Z oczywistych przyczyn wypowiedzi respondentów — lekarzy odpowiadających na pytania ankiety — odnosiły się do bliższej bądź dalszej przeszłości. Z kolei opinie, jakie w czasie wywiadów swobodnych wyrażali eksperci dotyczyły sytuacji aktualnej. Ich zdaniem motywacja, która najczęściej tkwi u podstaw podejmowania specjalizacji z zakresu medycyny pracy, ma charakter finansowy i wynika z możliwości uzyskiwania wysokich dochodów w warunkach wolnego rynku świadczeń. Charakterystyczne wypowiedzi ekspertów:

- „Główne motywy podejmowania tej specjalności to chęć zarobkowania i możliwości, które daje wolny rynek świadczeń”.
- „Kandydaci [do kształcenia specjalizacyjnego] uważają, że mając tę specjalizację, można względnie łatwo uzyskać pracę i zarobić dodatkowe pieniądze, szczególnie gdy pracuje się w podstawowej opiece zdrowotnej”.
- „Są takie osoby specjalizujące się w medycynie pracy, które interesują się tą specjalizacją tylko jako źródłem dodatkowego zarobkowania”.

Argument finansowy jest też przywoływany, w nieco zakamuflowanej formie, w przypadku podejmowania specjalizacji w dziedzinie medycyny pracy przez lekarzy ogólnych i rodzinnych: „Motywacją lekarzy rodzinnych do pojęcia specjalizacji z medycyny pracy jest chęć rozszerzenia uprawnień. Lekarze ci mają ugruntowaną praktykę i nie chcą rezygnować ze zgłaszających się do nich pacjentów zatrudnionych w narażeniach”.

Zdaniem jednak niektórych ekspertów, powołujących się na rozmowy z kandydatami na specjalizację i lekarzami specjalizującymi się, oprócz kwestii materialno-bytowych i dążenia do zapewnienia sobie wygodnej pracy, motywacją do podejmowania specjalizacji jest także chęć odmiennego uprawiania medycyny, zainteresowanie profilaktyką i atrakcyjność samodzielności, jaką może dawać działalność w służbie medycyny pracy:

- „Pojawia się argument o chęci uprawiania medycyny wolnej od dyżurów, pracy zmianowej, pracy w nocy. Ale są też tacy, którzy chcą być wolni, czują,



że uprawianie tej specjalności może dawać pewną samodzielność. Wskazują na korzyści wynikające z wolnego rynku świadczeń i z organizacji pracy pozwalającej na samodzielne kształtowanie czasu pracy”.

- „Obecny napływ kandydatów na specjalizację jest napływem pozytywnym. To są osoby, które z jakiegoś powodu chcą specjalizować się w medycynie pracy. Albo są zainteresowani, albo nie chcą pracować na dyżurach, albo z przyczyn materialnych. Jest też tak, że nie każdy chce mieć kontakt z chorym. Są też tacy, którzy mówią wprost o profilaktyce; nie chcą leczyć, lecz zająć się profilaktyką. Od 2000 roku to jest nabór pozytywny, wiele osób mówi, że są bardzo zadowolone z tej specjalizacji i podoba im się to, co robią w trakcie szkolenia”.

Tę swoistą „ideowość”, jako przyczynę podejmowania specjalizacji z medycyny pracy, podkreśla w swojej wypowiedzi inny ekspert: „Robimy tę specjalizację, aby mieć określone kompetencje i nie myślimy o tym, żeby robić coś innego”.

Chęć uzyskania specyficznych kompetencji i możliwość prowadzenia działalności profilaktycznej nie są jednak zbyt często wskazywaną motywacją. Zgłaszają się kandydaci przypadkowi, którzy argumentują swoje zgłoszenie tym, że akurat wśród specjalizujących się lekarzy w ich zozie nikt nie ma medycyny pracy. Jak można więc przypuszczać, są to lekarze wytypowani przez kierownika zozu, aby po uzyskaniu tej specjalizacji pomagali poszerzać zakres świadczeń zdrowotnych udzielanych w zakładzie i tym samym, wspierali finansowy rozwój zakładu.

Przypadkowymi kandydatami są też z pewnością lekarze, o których mówi inny ekspert, zwracając zarazem uwagę na zaniedbanie problematyki medycyny pracy

w kształceniu przeddyplomowym: „Niektóre osoby nie potrafią podać przyczyn, nie miały nawet ogólnej wiedzy o specyfice medycyny pracy, twierdzą, że nigdy wcześniej się z nią nie zetknęły, nawet na studiach”. Taka opinia jest też wskazówką dla szkolenia przeddyplomowego.

O braku szczególnego zainteresowania medycyną pracy osób zgłaszających się na specjalizację mogą też świadczyć sytuacje, w których kandydaci rezygnują z podjęcia specjalizacji:

- „Najwięcej chętnych jest wśród lekarzy rodzinnych, którzy chcą otworzyć specjalizację, 3-letnią. Ale po decyzji, że ma być to specjalizacja 5-letnia, chętnych brakuje”.
- „Zainteresowanie medycyną pracy obniża się, gdy okazuje się, że nie ma możliwości leczenia. Młodzi lekarze, niemający żadnej specjalizacji, rezygnują”.

Brak możliwości leczenia był wielokrotnie, w różnych kontekstach wskazywany przez ekspertów jako powód licznych dylematów, nieporozumień czy wręcz wad systemu opieki zdrowotnej nad pracującymi. Stanowi nie tylko barierę „pozytywnego” naboru na specjalizację, ale zdaniem niektórych ekspertów jest głównym źródłem niskiego prestiżu, zarówno specjalizacji z medycyny pracy, jak i systemu służby medycyny pracy.

Akceptacja roli zawodowej a motywów wyboru specjalizacji

Zadeklarowanie ponownego wyboru specjalizacji w dziedzinie medycyny pracy, będące w istocie wskaźnikiem akceptacji roli zawodowej lekarza specjalisty w tej dziedzinie, jest związane z trzema spośród siedmiu analizowanych wyżej powodów (motywów) podjęcia tej specjalizacji. Pokazuje to tabela 6.

Tabela 6. Związki między akceptacją roli zawodowej lekarza medycyny pracy a motywami podjęcia specjalizacji w tej dziedzinie
Table 6. The relationships between the acceptance of the professional role of the occupational medicine physician and the motives for choosing the specialization in this field

Motywy podjęcia specjalizacji Motives for undertaking the specialization		Akceptacja Acceptance	Brak akceptacji No acceptance	Ogółem Total
Zainteresowanie wiedzą i umiejętnościami zawodowymi z zakresu medycyny pracy / Interest in knowledge of and professional skills in occupational medicine	tak / yes	160 (89%)	20 (11%)	180 (100%)
	nie / no	60 (63%)	35 (37%)	95 (100%)
Korzystne pod względem materialnym wykonywanie funkcji zawodowych po uzyskaniu specjalizacji / Financial profits resulting from professional activity after completing the specialization	tak / yes	116 (92%)	10 (8%)	126 (100%)
	nie / no	104 (70%)	45 (30%)	149 (100%)
Konieczność lub potrzeba spełnienia wymagań w związku z zajmowanym stanowiskiem (pełnioną funkcją) / Necessity or need to meet the requirements of the occupied position (performed function)	tak / yes	132 (84%)	25 (16%)	157 (100%)
	nie / no	88 (75%)	30 (25%)	118 (100%)
Ogółem / Total		220 (80%)	55 (20%)	275* (100%)

* Bez braków danych / Without lack of data.



Najsilniejszy okazał się związek akceptacji roli zawodowej z zainteresowaniem wiedzą i umiejętnościami zawodowymi jako motywem podjęcia specjalizacji ($V = 0,306$; $p = 0,000$). Drugi w kolejności, jeśli idzie o siłę związku, był motyw spodziewanych korzyści materialnych ($V = 0,277$; $p = 0,000$), a trzeci — motyw konieczności sprostania wymaganiom związanym z zajmowanym stanowiskiem (pełnioną funkcją) ($V = 0,118$; $p = 0,05$). Pozostałe brane przez nas pod uwagę motywy specjalizowania się w dziedzinie medycyny pracy nie wpływały na akceptację bądź brak akceptacji roli zawodowej.

Te trzy motywy specjalizowania się w medycynie pracy są motywami zakładającymi najbardziej świadomy wybór drogi zawodowej, bez względu na cel — autoteliczny (zainteresowania) czy instrumentalny (korzyści materialne, dostosowanie się do wymagań zajmowanego stanowiska). Ci spośród badanych lekarzy, którzy przy decyzji o podjęciu specjalizacji z medycyny pracy kierowali się (wyłącznie lub częściowo) wymienionymi wyżej trzema motywami w istotnie większym stopniu niż inni czują się spełnieni (usatysfakcjonowani) zawodowo.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Przeprowadzona analiza ujawniła, że po zmianach wprowadzonych w latach 90. ubiegłego wieku do systemu opieki zdrowotnej nad pracującymi zmienił się stosunek lekarzy do specjalizacji niezbędnej w sprawowaniu tej opieki. O ile w przeszłości medycyna przemysłowa nie cieszyła się nadmiernym zainteresowaniem lekarzy, a podjęcie tej specjalizacji nie było postrzegane jako trudne przedsięwzięcie edukacyjne, o tyle wprowadzenie — jako jednej z zasadniczych zmian w systemie — wymogu posiadania specjalizacji z medycyny pracy (lub specjalizacji pokrewnych) spowodowało powstanie korporacji lekarzy medycyny pracy i stopniowe ograniczanie dostępności tej specjalizacji. To spostrzeżenie potwierdzają opinie o względnej łatwości ukończenia specjalizacji z medycyny pracy prezentowane częściej przez osoby, które uzyskały specjalizację przed 1970 r.

Należy podkreślić i zwrócić uwagę ośrodków specjalizujących i nadzoru specjalistycznego w dziedzinie medycyny pracy na fakt, że wskazywanie łatwości uzyskania specjalizacji jako powodu jej podjęcia jest zróżnicowane miejscem uzyskania specjalizacji.

Trzeba również zauważyć, że pomimo ponad 10-letniego funkcjonowania systemu służby medycyny pracy według nowych rozwiązań prawno-organizacyjnych,

wielu lekarzy, szczególnie starszych pracujących w tym systemie, nie akceptuje lub nie przyjmuje do wiadomości nowych przepisów i zasad pełnienia roli lekarza medycyny pracy. Świadczą o tym zgłaszane w badaniu uwagi i postulaty, często nawiązujące do minionego systemu, nieuwzględniające realiów gospodarczych i ustrojowych, np. postulat tworzenia w zakładach pracy stanowiska lekarza zakładowego, a przede wszystkim dotyczące braku działalności leczniczej w opiece zdrowotnej nad pracującymi. Lekarze, którzy wybierali specjalizację po przełomie ustrojowym są już świadomi warunków społeczno-ekonomicznych, w których przyszło im ją wykonywać i lepiej odnajdują się na wolnym rynku świadczeń.

Niezależnie od wpływu warunków zewnętrznych o charakterze makrosystemowym akceptacja roli zawodowej lekarza medycyny pracy pozostaje w istotnym związku z niektórymi motywami wyboru tej specjalizacji — zainteresowaniami, koniecznością dostosowania się do wymogów w miejscu pracy oraz perspektywą korzyści materialnych i dobrze płatnej pracy. Respondenci, którzy kierowali się takimi właśnie motywami, częściej niż inni akceptowali swój wybór sprzed lat.

PIŚMIENNICTWO

1. Ben-David J.: The Professional Role of the Physician in Bureaucratic Medicine: A Study in Role Conflict. *Hum. Relat.* 1958;11(3):255–274
2. Guen R.L., Pearson S.D., Brennan T.A.: Physician-citizens — public roles and professional obligations. *JAMA* 2004;291(1):91–98
3. Sherman E.C.: Effects of role variables on job satisfaction — Physician Executive Role Variables. *Physician Exec.* 1998;24(5):40–45
4. Walczak-Duraj D.: Podstawy współczesnej socjologii. Omega-Praxis, Pabianice 2006
5. Marshall G.: Słownik socjologii i nauk społecznych. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005
6. Tobiasz-Adamczyk B.: Relacje lekarz–pacjent w perspektywie socjologii medycyny. Universitas, Kraków 2002
7. Goldman N.: Wstęp do socjologii. Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 1997
8. Byczkowska Z., Dawydzik L. [red.]: Medycyna pracy w praktyce lekarskiej. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1999
9. Indulski J., Opala-Dudek G.: Lekarze przemysłowi w Polsce. Studium socjologiczne. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1984
10. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. Program specjalizacji w dziedzinie medycyny pracy. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa 2003
11. Instytut Medycyny Pracy. Sytuacja zawodowa lekarzy służby medycyny pracy w kontekście zmian w systemie opieki



- zdrowotnej nad pracującymi [raport z badań IMP 8.4]. Instytut, Łódź 1998
12. Czerniawska M., Dolata E.: Rola zawodowa a system wartości (na przykładzie pielęgniarek, nauczycielek i zakonnic). *Ann. Univ. Mariae Curie-Skłodowska [Med.]* 2005;60(68, Supl. 16):307–311
 13. Pawełczyk A., Pawełczyk T., Bielecki J.: Determinanty wyboru specjalizacji medycznej w podstawowej opiece zdrowotnej przez absolwentów wydziałów lekarskich. *Pol. Merkuriusz Lek.* 2007;22(129):233–238
 14. Sowa J.: Rozwój zawodowy człowieka. *Zeszyty Nauk. WSP [Rzeszów]* 1995;2:61–73
 15. Trzeciak B.: Socjologiczne aspekty wyboru specjalizacji lekarskich w warunkach transformacji systemowej. *Wydział Nauk Społecznych Uniwersytetu Śląskiego, Katowice* 1999
 16. Ja nie chcę tylko orzekać, ja chcę pacjentów leczyć [wywiad z Danutą Paśnicką, lekarzem medycyny pracy]. *Pr. Zdrow.* [serial online] kwiecień 2007;4:[3 ss. ekranowe]. Adres: http://www.pracaizdrowie.com.pl/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=216
 17. Boczkowski A., Zawadzka J.: Możliwości kariery zawodowej w opiniach lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny pracy. *Med. Pr.* 2008;59(4):315–324

