

GDAŃSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY
ZAKŁAD BADAŃ NAD JAKOŚCIĄ ŻYCIA

**PSYCHOLOGICZNE UWARUNKOWANIA SUKCESU
W ZAWODZIE LEKARZA**

Maciej Walkiewicz

Praca na stopień doktora nauk medycznych
Promotor: dr hab. Mikołaj Majkiewicz, prof. GUMed

GDAŃSK 2009

SPIS TREŚCI

1.	WSTĘP	2
1.1.	Wprowadzenie	2
1.2.	Motywy wyboru zawodu lekarza.....	4
1.3.	Definicja i uwarunkowania sukcesu w zawodzie lekarza.....	6
1.4.	Warunki i jakość życia lekarzy w Polsce.....	14
2.	CEL PRACY	18
3.	MATERIAŁ I METODY	19
3.1.	Etap I 1999-2005 - studia medyczne.....	19
3.2.	Etap II 2008-2009 - po czterech latach w zawodzie lekarza.....	24
3.3.	Zastosowane procedury statystyczne	28
4.	WYNIKI	32
4.1.	Jakość życia młodych lekarzy.....	32
4.2.	Sukces w zawodzie lekarza a wcześniejsze wyniki uczenia się i właściwości osobowości	40
4.3.	Typy sukcesu w zawodzie lekarza - różnice i uwarunkowania	57
5.	OMÓWIENIE WYNIKÓW I Dyskusja	85
6.	WNIOSKI	101
7.	STRESZCZENIE	102
8.	ABSTRACT	106
9.	SPIS TABEL I RYSUNKÓW	109
10.	PIŚMIENNICTWO	111
11.	ZAŁĄCZNIKI	118
11.1.	Ranking lekarzy w Polsce na tle 33 innych grup zawodowych.....	118
11.2.	Osiem wymiarów jakości życia lekarzy w Polsce na tle 95 grup społeczno -demograficznych.....	122
11.3.	Pismo przewodnie i kwestionariusz dla absolwentów szkół średnich.....	123
11.4.	Pismo przewodnie do lekarzy	128
11.5.	Kwestionariusz elektroniczny dla lekarzy	130
11.6.	Zgoda Generalnego Inspektora Danych Osobowych na przetwarzanie danych osobowych badanych lekarzy	141

1. WSTĘP

1.1. Wprowadzenie

Potrzeba podjęcia tematu psychologicznych uwarunkowań sukcesu w zawodzie lekarza pojawiła się w efekcie doświadczeń wynikających z kontaktu ze studentami medycyny w czasie zajęć z psychologii oraz rozmów z lekarzami na temat ich pracy zawodowej. Motywem zainteresowania się niniejszym zagadnieniem była również chęć wyposażenia studentów medycyny w praktyczne umiejętności skutecznego przystosowywania się do wymogów i oczekiwań związanych z ich pracą zawodową. Ponadto, dzięki zrozumieniu psychologicznej sytuacji lekarzy można by podnieść komfort ich pracy i jednocześnie efektywność leczenia.

Można odnieść wrażenie, że większość dotychczasowych prac badawczych, związanych z efektywnością opieki medycznej, koncentruje się na analizie oddziaływań na pacjenta. Do truizmów należy jednak stwierdzenie, że efektywność leczenia zależy również od zachowania i stanu psychofizycznego samego lekarza i to, że osoby o wyższej jakości życia są bardziej efektywne w pracy. Analizując dotychczasowe doniesienia naukowe dotyczące sukcesu w zawodzie lekarza można zauważyć, że jest ich niewiele i dotyczą tylko niektórych aspektów sukcesu (np. wpływu ocen na studiach na wyniki egzaminów podyplomowych). Prezentowana praca jest próbą wieloczynnikowego spojrzenia na to zagadnienie. Pod uwagę wzięto związek pomiędzy wynikami uczenia się i właściwościami osobowości w momencie kandydowania na studia i podczas studiów medycznych, a sukcesem w zawodzie lekarza cztery lata po ukończeniu studiów. Sukces rozumiany jest jednak nie tylko jako wysokie kompetencje zawodowe, ale również satysfakcja z wyboru zawodu, niski poziom doświadczanego stresu i wypalenia zawodowego oraz wysoka jakość życia lekarzy (wysokość dochodów, ogólny dobrostan psychiczny i zdrowie oraz zadowolenie z życia). Dużą wartością tej pracy jest jednak to, że wszystkie analizowane aspekty dotyczą jednej grupy badawczej - osób, które dziesięć lat temu zdecydowały się zostać lekarzami i przez cały ten czas, rok po roku, cierpliwie znosiły udział w projekcie, za co pragnę im podziękować.

Należy również dodać, że prezentowana praca jest kontynuacją badań dotyczących psychologicznej adaptacji do studiów medycznych, prowadzonych w latach 1999-2005 przez zespół Samodzielnej Pracowni Psychologii Medycyny

Akademii Medycznej w Gdańsku (obecnie Zakład Badań nad Jakością Życia - Gdański Uniwersytet Medyczny). Bez wcześniejszej pracy pana dr Waldemara Budzińskiego, pani dr Małgorzaty Tartas, pani Zdzisławy Cieplińskiej i pani dr Joanny Szymczak nie mogłaby ona powstać w tej postaci. W tym miejscu chciałbym również podziękować za pomoc otrzymaną od pana dr.hab. Mariusza Klenckiego - Zastępcy Dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi i pana dr. Krzysztofa Wójcikiewicza - Przewodniczącego Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku.

1.2. Motywy wyboru zawodu lekarza

Studia medyczne należą do jednych z najtrudniejszych i najbardziej wymagających, a przyszli lekarze doświadczają silnego stresu.^[1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12] Przyjęcie roli studenta medycyny prowadzi czasem do pogorszenia stanu zdrowia i pojawienia się różnego rodzaju problemów natury psychologicznej. Najczęściej są to problemy adaptacyjne związane z silnym lękiem i depresyjnością, nadużywaniem środków psychoaktywnych i pojawieniem się myśli samobójczych.^[13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27] Dlaczego więc młodzi ludzie decydują się studiować medycynę? Na wybór kierunku studiów wpływają przede wszystkim wyobrażenia o przyszłym zawodzie lekarza.^[28,29] Profesja ta cieszy się poważaniem i zaufaniem społecznym nie tylko ze względu na społeczną doniosłość pełnionych funkcji, ale również ze względu na powołanie do pełnienia roli lekarza. Wyobrażenia młodzieży trafiającej na studia lekarskie są jednak często naiwne i niezgodne z rzeczywistością. Funkcjonujący w ich świadomości obraz przyszłego zawodu ukształtowany jest głównie przez czynniki o charakterze socjokulturowym, środki masowego przekazu, opinie innych ludzi, a rzadziej wcześniejsze doświadczenia związane z medycyną, czy pomaganiem innym.^[30] Dopiero pod wpływem zajęć i praktyk kształtuje się u nich realny obraz profesji i możliwości współczesnej medycyny.^[31,32,33,34]

Badania przeprowadzone wśród studentów Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego wskazują, że deklarowane przez nich motywy podjęcia studiów podzielić można na trzy grupy:

1. Motywy tradycyjne - zdobycie pracy dającej stabilizację życiową i poczucie bezpieczeństwa, a także kontynuacja tradycji rodzinnych.
2. Motywy rozwojowe - zainteresowanie kierunkiem studiów oraz rozwój i doskonalenie uzdolnień zawodowych.
3. Motywy związane z karierą - osiągnięcie prestiżu społecznego, wysokich zarobków oraz możliwość podjęcia nauki i pracy poza granicami Polski.

Studenci medycyny z Gdańska kierunek studiów wybierają najczęściej z powodu chęci rozwoju i niesienia pomocy innym ludziom oraz zainteresowania tą dziedziną wiedzy. Mniej istotne natomiast były dla nich: możliwość zdobycia pracy dającej stabilizację życiową, poczucie bezpieczeństwa oraz szacunku i prestiżu społecznego. Poza tym, największe zadowolenie z wyboru studiów medycznych deklarowali ci studenci, którzy

byli najbardziej aktywni w różnych obszarach życia społeczności akademickiej (stowarzyszeniach studenckich, kołach naukowych, konferencjach i sympozjach).^[35,36] Warto zaznaczyć, że na uczelniach medycznych, na kierunki studiów inne niż medycyna, młodzież częściej trafiała przez przypadek, a na ich wybór wpływ miał np. prestiż uczelni.^[37] Jest to pewna reguła znajdująca potwierdzenie w innego tego typu badaniach.^[33,38,39]

Warto również zastanowić się, dlaczego studenci i lekarze rezygnują z medycyny. Niestety niewiele jest doniesień na ten temat i nie znajdują one wspólnych czynników wyjaśniających tę sytuację.^[40] W badaniach brytyjskich wykluczono jednak, aby powodem rezygnacji był niższy iloraz inteligencji.^[41] Poza tym, brytyjscy lekarze nie tyle porzucali medycynę, co wyjeżdżali odbywać praktykę do krajów rozwijających się. Najczęściej medycynę porzucali jednak: chirurdzy, pediatrzy, położnicy i ginekolodzy. W 75% przypadków deklarowanym powodem był brak perspektyw w karierze lekarza.^[42,43]

1.3. Definicja i uwarunkowania sukcesu w zawodzie lekarza

1.3.1. Definicja sukcesu w zawodzie lekarza

Sukces podczas studiów medycznych najczęściej określany jest na podstawie średniej uzyskiwanych ocen.^[44] Pełniejsze zdefiniowanie sukcesu w zawodzie lekarza jest zadaniem niełatwym. Z powodów metodologicznych trudno ocenić liczbę poprawnie postawionych diagnoz, poprawnie przepisanych leków, skutecznie wyleczonych pacjentów, czy też zmierzyć interakcje lekarz-pacjent. W literaturze sukces w zawodzie lekarza najczęściej definiuje się na podstawie wyników egzaminów zawodowych.^[44,45] Poza tym pod uwagę brane są także dodatkowe czynniki:

- satysfakcja z wyboru zawodu (satisfaction with medicine as a career),
- stres (stress),
- wypalenie zawodowe (burnout),
- liczba publikacji naukowych, wystąpień na konferencjach (research output),
- tempo awansowania, kariery (career progression),
- rezygnowanie z zawodu lekarza (dropout).^[41]

W prezentowanej pracy wyróżniono cztery mierzalne aspekty sukcesu zawodowego młodych lekarzy:

- kompetencje zawodowe
(wynik Lekarskiego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Państwowego),
- satysfakcja z wyboru zawodu lekarza,
- stres związany z pracą i wypalenie zawodowe,
- jakość życia
(wysokość dochodów, ogólny dobrostan psychiczny i zdrowie, zadowolenie z życia).

1.3.2. Uwarunkowania sukcesu na studiach medycznych

Studenci medycyny z Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego zapytani o najważniejsze czynniki determinujące sukces w zawodzie lekarza wymieniali: posiadanie indywidualnych predyspozycji do zawodu, wieloletnie doświadczenie, koligacje rodzinne i znajomości.^[36] Czy jesteśmy jednak w stanie przewidzieć, jakie osoby najlepiej poradzą sobie w roli zawodowej lekarza?

Teoretycznie, procedura rekrutacyjna na studia powinna spełniać tę funkcję. W Stanach Zjednoczonych selekcja na studia medyczne odbywa się na podstawie wystandaryzowanego testu (Medical College Admission Test - MCAT). Narzędzie to stosowane jest od ponad 70 lat w większości szkół medycznych. Pierwsza wersja z 1928 roku sprawdzała pamięć, wiedzę naukową, umiejętności czytania, rozumienia i logicznego myślenia. W drugiej wersji z 1946 roku sprawdzano: umiejętności językowe i matematyczne, wiedzę naukową oraz rozumienie procesów zachodzących we współczesnym społeczeństwie. W 1962 roku większy nacisk położono na rozumienie współczesnego społeczeństwa i wiedzę ogólną. W 1977 roku skupiono się przede wszystkim na wiedzy naukowej, czytaniu ze zrozumieniem i umiejętnościach matematycznych. Od 1991 roku egzamin na studia medyczne polega na rozwiązywaniu złożonych problemów bazujących na interdyscyplinarnej wiedzy z wielu dziedzin nauki. Zdania na temat wartości predyktywnej tej metody są jednak podzielone.
[46,47,48,49,50]

W Polsce podczas selekcji studentów medycyny tradycyjnie pod uwagę bierze się wyniki uczenia się określone na podstawie świadectwa maturalnego (wcześniej również egzaminu wstępnego). W 2000 roku na Gdańskim Uniwersytecie Medycznym przeprowadzono badanie dotyczące przewidywania sukcesu na studiach medycznych. Okazało się, że można go prognozować na podstawie świadectwa maturalnego i wyników egzaminu wstępnego. Wyróżniono również, że czynniki związane ze szkołą średnią, determinujące sukces na studiach medycznych takie jak: ukończenie klasy o profilu matematyczno-fizycznym i korzystanie z korepetycji. Dodatkowymi aspektami związanymi z powodzeniem na studiach było: posiadanie zamożnych rodziców lub rodziców lekarzy. Na studiach medycznych gorzej natomiast radziły sobie osoby, które pochodziły z małych miast i te, które odniosły porażki na egzaminach wstępnych w przeszłości.^[51,52] Wyniki te są jednak sprzeczne z innymi doniesieniami na ten temat.^[41,53,54]

Problemem często poruszonym w literaturze jest mała ilość danych dotyczących narzędzi oceniających predyspozycje osobowościowe kandydatów na studia lekarskie, na podstawie których można by przewidywać sukces w zawodzie lekarza.^[55,56,57,58] Badania tego typu przeprowadzane są najczęściej w krajach anglosaskich i skandynawskich. W Wielkiej Brytanii podczas selekcji kandydatów na studia medyczne pod uwagę bierze się wiele czynników, nie tylko związanych z wynikami uczenia się. Dodatkowo oceniane są: właściwości osobowości, wcześniejsze doświadczenia zawodowe związane z medycyną, dodatkowa aktywność i zainteresowania, umiejętność pracy w zespole, zdolności przywódcze, a także motywacja i umiejętność komunikowania się. Ponadto władze wyższych uczelni medycznych systematycznie rewidują kryteria naboru na studia.^[56,59]

W 2002 roku brytyjscy naukowcy, poprzez meta-analizę 149 innych badań (łącznie grupa 22 tys. osób), wyodrębnili czynniki, na podstawie których najczęściej przewiduje się sukces na studiach medycznych i w zawodzie lekarza. Podzielono je na trzy kategorie: wyniki uczenia się, osobowość i czynniki demograficzne (tabela 1).^[44]

Tabela 1. Trzy kategorie czynników, na podstawie których najczęściej przewiduje się sukces na studiach medycznych i w zawodzie lekarza.

A. Wyniki uczenia się (cognitive)	B. Osobowość (non-cognitive)	C. Czynniki demograficzne
1. określana na podstawie: średniej ocen w szkole średniej, wyników matury i egzaminu wstępnego	2. właściwości osobowości 3. styl uczenia się 4. list motywacyjny 5. referencje 7. rozmowa kwalifikacyjna podczas której sprawdzano motywację i umiejętności komunikowania się	8. pochodzenie 9. płeć

Źródło: Ferguson E, James D, Madeley L. Factors associated with success in medical school: systematic review of the literature. *BMJ* 2002 Apr; 324: 952-7.

A. Wyniki uczenia się

1. W wyniku przeprowadzonych badań okazało się, że na podstawie średniej ocen w szkole średniej, wyników matury i egzaminu wstępnego w niewielkim stopniu można było przewidzieć osiągnięcie sukcesu w czasie studiów i w jeszcze mniejszym późniejsze kompetencje zawodowe.^[53,60,61,62,63]

B. Osobowość

2. Właściwości osobowości*

Cechą osobowości najczęściej wskazywaną jako pozytywny predyktor wysokich osiągnięć na studiach medycznych i sukcesu w pracy lekarza była **sumienność**.^[64,65,66,67,68] W jednym z badań stwierdzono jednak, że sumienność mimo, że związana z wysokimi wynikami na studiach - nie była predyktorem sukcesu w praktyce klinicznej.^[69] Stwierdzono również, że osoby **ekstrawertywne** odnoszą większe sukcesy jako specjaliści w dziedzinie pediatrii.^[70]

Sprzeczne wyniki dotyczyły badania nad **poczuciem kontroli**, czyli subiektywnym ułożeniem sprawstwa zdarzeń. Osoby o wewnętrznym umiejscowieniu kontroli mają przekonanie, że ich życiem i ważnymi zdarzeniami sterują oni sami. Są przekonane, że przede wszystkim od ich własnych wysiłków, pracy, osobistego wpływu zależy to, co przydarza się im w życiu. Natomiast osoby o zewnętrznym poczuciu kontroli są przekonane, że ich życiem sterują czynniki niezależne od ich świadomego, celowego i zamierzonego wpływu np.: los, przeznaczenie, nieświadomość, choroba.^[71] Istnieją badania, które pokazują, że wysoki poziom wewnętrznego poczucia kontroli związany był z sukcesem na studiach, jednak inne podważają te wyniki.^[72,73]

Lęk rozumiany jest jako stan emocjonalny postrzegany przez osobę badaną (lęk-stan) był negatywnie związany z sukcesem w medycynie. Nie udowodniono jednak takich związków z lękiem rozumianym jako stała dyspozycja do przeżywania stanów lękowych wynikająca z cech osobowościowych jednostki (lęk-cecha).^[74,75] Ponadto studenci, którzy mieli bardzo niski albo bardzo wysoki poziom lęku (stanu i cechy) osiągnęli gorsze wyniki w nauce niż ci ze średnim poziomem.^[72] Wydaje się to być zgodne z teorią pobudzenia, która mówi, że efektywność jest najlepsza w optymalnym poziomie pobudzenia, a niższy jak i wyższy poziom pobudzenia obniża sprawność wykonywania działania.^[76,77,78,79]

* Psychologiczne kwestionariusze osobowości najczęściej wykorzystywane do prognozowania sukcesu na studiach medycznych i w zawodzie lekarza:

- Minnesocki Wielowymiarowy Kwestionariusz Osobowości MMPI (Minnesota Multi-Phasic Personality Inventory)
- Kalifornijski Inwentarz Osobowości Gaugha (California Personality Inventory)
- Kwestionariusz do Badania Poczucia Kontroli Rottera (Rotter's "Locus of Control" Scale)
- 16 Czynnikiowy Kwestionariusz Osobowości Cattella (Cattell's 16PF)
- Kwestionariusz Osobowości Eysencka EPQ-R (Eysenck's Personality Questionnaire)
- Inwentarz Osobowości Myers Briggs (Myers Briggs Type Indicator)
- Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI (State-Trait Anxiety Inventory)
- Inwentarz Osobowości NEO-FFI (NEO-PI Personality Inventory Costa & McCrae).

Źródło: Ferguson E, James D, Madeley L. Factors associated with success in medical school: systematic review of the literature. *BMJ* 2002 Apr; 324: 952-7.

Ponadto studenci medycyny, którzy charakteryzowali się wysokim wskaźnikiem **dobrostanu psychicznego** byli większymi konformistami i osiągnęli sukcesy na egzaminach ustnych. Osoby **dominujące** uzyskiwały lepsze oceny w testach wielokrotnych odpowiedzi. Natomiast najbardziej **tolerancyjni** świetnie radzili sobie z zadaniami wymagającymi umiejętności matematycznych.^[80,81,82]

3. Styl uczenia się

Większość badań wskazuje związek pomiędzy motywacją i strategiami uczenia się a ocenami końcowych. Najlepiej na egzaminach wypadali studenci, którzy stosują styl zwany **głębokim uczeniem się** (deep learning). Posiadali oni wewnętrzną motywację, zdolność dedukcji oraz chęć pogłębiania wiedzy zawodowej. W trakcie nauki podkreślali i zaznaczali materiał, poszukiwali także głębszego zrozumienia oraz ogólnych zasad i praw dotyczących zagadnienia, którego się uczyli.^[46,83,84,85,86,87,88,89]

Wskazuje się również na negatywny związek pomiędzy wynikami egzaminów a **powierzchnym stylem uczenia się** (surface learning) - motywowanym strachem przed porażką i skupianiem się głównie na zaliczeniu przedmiotu, uczeniem się tylko części materiału i zakuwaniem na pamięć, bez próby zrozumienia.^[87] Wyniki te nie są jednak jednoznaczne.^[84,86,90] Należy podkreślić, że niektóre style uczenia zmieniają się z czasem.^[87] W związku z tym, być może warto byłoby zastanowić się nad uwzględnieniem w programach edukacji medycznej rozwijania umiejętności efektywnego uczenia się.

4. List motywacyjny

Zbyt mała liczba badań dotycząca listów motywacyjnych, do tego sprzecznych ze sobą, nie pozwala na wyciągnięcie definitywnych i jednoznacznych wniosków.^[67,91]

5. Referencje

Niektórzy autorzy sugerują, że referencje mogą być dobrym predyktorem przyszłych osiągnięć na studiach. Jest to wynik spójny z badaniami na ten temat dotyczącymi innych zawodów.^[69,92]

6. Rozmowa wstępna

Trzy typy badań pokazują możliwość przewidywania sukcesu na studiach medycznych na podstawie rozmowy wstępnej.

a) Pierwszy typ porównuje osiągnięcia różnych grup studentów. Takich, którzy pomyślnie przeszli rozmowę kwalifikacyjną z tymi, którzy dostali się na studia bez rozmowy.^[93,94] Porównuje także studentów, którzy nie dostali się do jednej szkoły medycznej, ale zostali przyjęci do innej oraz tych, którzy byli przyjęci na jedną uczelnię, ale z różnych powodów wybrali inną.^[95] Wyniki tych badań sugerują, że rozmowa kwalifikacyjna ma niewielką moc w przewidywaniu sukcesu na studiach. Ich mankamentem metodologicznym jest jednak mała grupa badawcza.

b) Kolejny typ badań porównuje rozmowę kwalifikacyjną z innymi kryteriami selekcji i wskazuje, że wyniki rozmów kwalifikacyjnych były związane z sukcesem w trakcie studiów.^[96]

c) Trzeci typ badań skupia się na porównywaniu kryteriów rozmowy kwalifikacyjnej. Oceny, czy dany kandydat osiągnie sukces na studiach medycznych oraz oceny kompetencji klinicznych potrzebnych w zawodzie lekarza. Rezultaty tych badań wydają się być bardzo ważne, ponieważ jednoznacznie pokazują, że rozmowa kwalifikacyjna jest bardzo dobrym predyktorem sukcesu w medycynie. Wyniki rozmowy korelowały np. z rekomendacjami przyznawanymi przez władze uczelni dla najlepszych studentów i średnią ocen na koniec studiów.^[91,97,98,99,100,101,102,103]

Niewiele wiadomo na temat subiektywnych czynników, które mają wpływ podczas rozmowy kwalifikacyjnej np. takich, jak wcześniejsze doświadczenia kandydata w rozmowach kwalifikacyjnych, czy wpływ interlokutora. Dlatego w krajach anglosaskich wprowadza się wystandaryzowane formy rozmów kwalifikacyjnych na studia medyczne.^[104,105,106,107,108] Najważniejsze wydaje się być jednak to, że wyniki rozmów kwalifikacyjnych korelują z umiejętnościami interpersonalnymi studentów w stosunku do pacjentów.^[109]

C. Czynniki demograficzne

7. Pochodzenie

Istnieje wiele badań, które opisują związek pomiędzy pochodzeniem a sukcesem na studiach medycznych.^[110,111,112,113,114,115] W Stanach Zjednoczonych i Wielkiej Brytanii studenci pochodzący z mniejszości etnicznych częściej nie zdawali egzaminów wstępnych na studia medyczne.^[116] Warto jednak zauważyć, że w Wielkiej Brytanii

studenci z mniejszości etnicznych pochodzący spoza Wysp Brytyjskich (non-UK students) wypadali na egzaminie kończącym studia lepiej niż biali Brytyjczycy.^[117] Brak jednak doniesień na temat tego, czy i jak motywacja oraz doświadczenia na studiach mogły wpływać na te różnice.^[47,48,118]

W kontekście coraz większej liczby zagranicznych studentów podejmujących studia na polskich uczelniach medycznych w ramach anglojęzycznego kierunku English Division, a zwłaszcza Skandynawów w Gdańsku, ciekawe wydają się być to, że w Norwegii 30% lekarzy ukończyło studia poza granicami kraju. Studiowali oni przede wszystkim w Polsce, Czechach i Węgrzech. Sytuacja finansowa osób wyjeżdżających była bardzo podobna do tych studiujących w kraju, oceny tylko trochę niższe, ale za słabe, aby przyjęto ich na medycynę na miejscu. Studenci ci deklarowali jednak, że tak bardzo chcieli zostać lekarzami, iż zdecydowali się na wyjazd. Świadomie wybierali kraj studiowania (najczęściej w związku z sytuacją finansową), wybór uniwersytetu był jednak przypadkowy. Warto również zaznaczyć, że studium za granicą poświęcali znacznie więcej czasu na naukę niż ci, którzy pozostali w kraju.^[119]

8. Płeć

Wiele badań wskazuje na to, że kobiety lepiej niż mężczyźni radziły sobie na studiach medycznych.^[67,90,91,120,121,122] Wypadały również lepiej w ocenach klinicznych po studiach i były bardziej zadowolone z wyboru zawodu.^[123,124,125,126] Niektóre badania wskazują, że mężczyźni wypadali lepiej na początku studiów, a później te różnice zmniejszały się.^[48,121,123]

Interesujące wydają się różnice pomiędzy polskimi studentami a studentkami medycyny. Zgodnie z przypuszczeniami mężczyźni cechowali się istotnie wyższymi potrzebami materialnymi, a niższymi rodzinnymi i religijnymi. Studenci płci męskiej okazali się jednak większymi konformistami, osobami bardziej potrzebującymi uznania, wyrachowanymi i wykorzystującymi innych ludzi do swoich celów.^[127] Uważali także, że wymagania dorosłości są za wielkie i przerastają ich.^[128] Studentki natomiast, nie dość, że były znacznie bardziej odpowiedzialne, godne zaufania, opanowane i sumienne - do tego wykazywały większe niż mężczyźni zdolności przywódcze.^[127]

1.3.3. Uwarunkowania kompetencji zawodowych lekarzy

Przytoczone w poprzednim podrozdziale badania koncentrują się wokół sukcesu na studiach medycznych. Znacznie mniej doniesień dotyczy przewidywania kompetencji zawodowych lekarzy. Część z nich zajmuje się czynnikami, które można oszacować podczas trwania studiów medycznych np.: umiejętności interpersonalne, analityczne, czy pozyskiwania informacji, a także średniej ocen.^[91,129,130,131,132,133,134,135] Niewielka ilość badań analizuje czynniki występujące wcześniej (średnia ocen w szkole średniej, wyniki matury i egzaminu na studia). Wspomniano jednak już wcześniej, że wyniki uzyskiwane przed studiowaniem medycyny w niewielkim stopniu wpływały na kompetencje zawodowe lekarzy.^[60,61,97,135]

W 2005 roku Norwescy naukowcy opublikowali wyniki dziesięcioletniego badania podłużnego, przeprowadzonego we wszystkich uczelniach medycznych w kraju, dotyczącego satysfakcji z wyboru zawodu lekarza. Pierwsze badanie miało miejsce na samym początku edukacji, drugie w połowie, trzecie na ostatnim roku studiów, a czwarte, podobnie jak prezentowana praca, cztery lata po ukończeniu studiów. Skandynawowie zwracają uwagę, że największy wpływ na satysfakcję w pracy lekarza ma „sposobienie własnych umiejętności klinicznych pod koniec studiów” oraz „posiadanie ojca lekarza”.^[136] Innymi czynnikami, występującymi w trakcie nauki, mającymi wpływ na późniejszą satysfakcję w pracy zawodowej są: „poziom stresu doświadczanego w trakcie studiów”, „identyfikacja z rolą lekarza pod koniec edukacji”, a w przypadku mężczyzn zwłaszcza, „dobre stosunki z rówieśnikami”.^[137]

Jednak jednym z podstawowych problemów związanych z badaniem czynników związanych z sukcesem w zawodzie lekarza jest porównywanie kompetencji niezbędnych w różnych specjalnościach. Jest to zjawisko znane w literaturze jako „criterion problem” i dotyczy nie tylko zawodów medycznych.^[87,97,138]

1.4. Warunki i jakość życia lekarzy w Polsce

Prezentowane wyniki są porównaniem warunków i jakości życia lekarzy w Polsce z innymi grupami zawodowymi i społeczno-demograficznymi. Dane pochodzą z raportu „Diagnoza Społeczna 2007. Warunki i jakość życia Polaków”. Projekt jest próbą uzupełnienia informacji opartych na wskaźnikach instytucjonalnych (np. Główny Urząd Statystyczny, Centrum Badania Opinii Społecznej). Badanie jest diagnozą warunków i jakości życia Polaków w ich własnym sprawozdaniu. Analizowany jest obiektywny opis sytuacji życiowej (warunki) i ich psychologiczne znaczenie wyrażone subiektywną oceną (jakość życia). Kompleksowość projektu uzyskano dzięki uwzględnieniu wszystkich ważnych aspektów życia poszczególnych gospodarstw domowych i ich członków: ekonomicznych (np. dochodu, zasobności materialnej, oszczędności) i pozaekonomicznych (np. edukacji, leczenia, sposobów radzenia sobie z kłopotami, stresu, dobrostanu psychicznego, stylu życia, zachowań patologicznych, uczestnictwa w kulturze, korzystania z nowoczesnych technologii komunikacyjnych i wielu innych). Projekt ma charakter panelowy. W odstępach kilkuletnich badane są te same gospodarstwa i osoby. Pomiary odbyły się w latach: 2000, 2003, 2005 i 2007. Raport „Diagnoza Społeczna 2007” pokazuje nie tylko dzisiejszy obraz polskiego społeczeństwa, ale pozwala jednocześnie śledzić jego zmiany w tych samych gospodarstwach domowych i u tych samych osób w okresie siedmiu lat.^[139]

Na podstawie tych badań przedstawia się następujący obraz lekarza w Polsce. Jest to zazwyczaj mężczyzna po 40 roku życia, która ma na utrzymaniu dzieci. Na tle innych grup zawodowych zarabia bardzo dobrze, posiada świetnie wyposażone gospodarstwo domowe, umiejętnie korzysta z nowoczesnych urządzeń komunikacyjnych i czynnie posługuje się językami obcymi. Bardziej niż inni przywiązuje wagę do dóbr materialnych i przejawia zamiłowanie do robienia zakupów. Przeciętny lekarz ma także poczucie, że jest szanowany przez innych ludzi.

Interesujące wydaje się jednak to, że przeciętny lekarz w Polsce chociaż paradoksalnie jest zwolennikiem równego traktowania wszystkich grup społecznych, jednocześnie podkreśla wyższość własnej grupy zawodowej. Dąży do zachowania hierarchicznej struktury, w której jedni dominują, a inni są podporządkowani. Poza tym, chociaż zajmuje się zdrowiem innych ludzi, sam cierpi na wiele dolegliwości.

Być może dlatego, że jego profesja jest jedną z najbardziej stresujących. Przeciętny polski lekarz pomimo, że ma bardzo stabilną pracę i jest zadowolony z osiągnięć życiowych oraz perspektyw na przyszłość znajduje się w grupie ryzyka: rozwodu, bycia sprawcą lub ofiarą łamania prawa, nadużywania środków psychoaktywnych i śmierci samobójczej. Szczegółowy opis przedstawiono poniżej.

1.4.1. Charakterystyka lekarzy na tle innych 33 grup zawodowych* (Załącznik 1)

Średni wiek lekarzy w Polsce wynosi 44 lata. Udział kobiet w tej grupie zawodowej to 75%. 63% lekarzy ma na utrzymaniu dzieci. Odsetek osób żyjących w małżeństwie wynosi 67%, warto jednak zaznaczyć, że wśród lekarzy jest jeden z najwyższych wskaźników rozwodów 10%. Lekarze deklarują, że przyjaźnią się średnio z siedmioma osobami. Prawie 30% określa siebie jako osoby niepraktykujących religijnie. Pomimo, że 2% z nich pracowało poza granicami kraju, a w 2007 roku 9% deklaroowało zamiar wyjazdu do pracy za granicę w najbliższych dwóch latach, lekarze w okresie 2000-2007 bardzo rzadko zmieniali pracę - przeciętnie 0,4 razy. 51% jest bardzo zadowolonych lub zadowolonych z wykonywanej pracy, a 50% z osiągnięć życiowych i perspektyw na przyszłość.

Wyniki prezentowane w „Diagnozie Społecznej 2007” wskazują także, że 56% lekarzy w Polsce jest zwolennikami egalitaryzmu, jednocześnie 67% preferuje dominację społeczną. Oznacza to, że 56% z nich opowiada się za równym traktowaniem wszystkich grup społecznych, jednocześnie 67% podkreśla wyższość własnej grupy zawodowej i dąży do zachowania hierarchicznej struktury, w której jedne grupy dominują, a inne są podporządkowane.^[140,141,142]

Okazało się również, że 7% polskich lekarzy przywiązuje bardzo dużą wagę do dóbr materialnych, a 5% przejawia zamiłowanie do robienia zakupów. Wyniki te są o tyle istotne, gdyż liczne badania dowodzą, że osoby o nastawieniu materialistycznym gorzej oceniają całe swoje dotychczasowe życie, są mniej szczęśliwe, mają większe skłonności samobójcze i mniejsze pragnienie życia, ale zarazem doświadczają mniejszej ilości symptomów depresji psychicznej. Zakupoholizm ma natomiast efekt odwrotny, działa pozytywnie na wszystkie wskaźniki dobrostanu, a najsilniej osłabia depresję.^[143]

* W „Diagnozie Społecznej 2007” zasadniczy układ klasyfikacji zawodów opracowano na podstawie Międzynarodowego Standardu Klasyfikacji Zawodów ISCO-88, przyjętego na XIV Międzynarodowej Konferencji Statystyków Pracy w Genewie w 1987r. oraz jego nowej edycji z 1994 r., tzw. ISCO-88 (COM), dostosowanej do potrzeb Unii Europejskiej.

Poza tym lekarze w Polsce należą do jednej z grup zawodowych najlepiej oceniających całe swoje dotychczasowe życie. Odsetek bardzo szczęśliwych i oceniających całe swoje dotychczasowe życie jako wspaniałe lub udane wynosił 61%. Paradoksalnie jednak polscy lekarze należą do osób często zgłaszających skargi depresyjne (piąte miejsce - 3,3%). 11% deklaruje, że są uzależnieni od środków psychoaktywnych. Bardzo niepokojąca wydaje się również informacja, że 11% polskich medyków w ciągu ostatnich miesięcy myślała o odebraniu sobie życia.

1.4.2. Jakość życia lekarzy w Polsce na tle innych 95 grup społeczno-demograficznych i zawodowych (Załącznik 2)

W „Diagnozie Społecznej 2007” wyróżniono osiem wymiarów ogólnego wskaźnika jakości życia. Są to: poziom cywilizacyjny, dobrobyt materialny, kapitał społeczny, dobrostan psychiczny, społeczny i fizyczny oraz stres życiowy i nasilenie zjawisk patologicznych.

Lekarze w Polsce na tle innych 95 grup społeczno-demograficznych i zawodowych zajmują siódme miejsce pod względem **poziomu cywilizacyjnego**. Jest to: poziom wykształcenia, posiadanie nowoczesnych urządzeń komunikacyjnych i obycie z nimi, czynna znajomość języków obcych, posiadanie prawa jazdy. Poza tym lekarze znajdują się na drugim miejscu na wymiarze **dobrobytu materialnego**, który jest rozumiany jako: dochód gospodarstwa domowego na osobę, liczba posiadanych przez gospodarstwo dóbr i urządzeń (od pralki automatycznej po łódź motorową i dom letniskowy). Wyżej w rankingu znajdują się tylko prawnicy. Siedemnaste miejsce w rankingu jakości życia zajmują lekarze pod względem **kapitału społecznego** rozumianego jako: aktywności na rzecz środowiska lokalnego, udziału w wyborach, udziału w nieobowiązkowych zebraniach i zabieranie na nich głosu, pozytywnego stosunku do demokracji, przynależności do organizacji i pełnienia w nich jakichś funkcji, oraz przekonania, że większości ludzi można ufać. Lekarze zajmują dwunaste miejsce na wymiarze **dobrostanu psychicznego** oznaczającego: poczucie szczęścia, zadowolenie z całego dotychczasowego życia, nasilenie depresji psychicznej, ocenę minionego roku. Polscy lekarze znajdują się także na siódmym miejscu na wymiarze jakości życia jakim jest **dobrostan społeczny** określany jako: liczba przyjaciół, brak poczucia osamotnienia oraz poczucie, że jest się kochanym i szanowanym. Na wymiarze **dobrostanu fizycznego (zdrowie)** lekarze zajmują aż trzydzieste pierwsze

miejsce w rankingu. Wymiar ten oznacza: liczbę symptomów somatycznych występujących co najmniej przez pół miesiąca, poważną chorobę w minionym roku, niepełnosprawność. Na wymiarze **stres życiowy** lekarze zajmują czternaste miejsce (im wyżej w rankingu tym wyższy poziom stresu). Wymiar ten jest sumą różnych kategorii stresu mierzonego doświadczeniami w zakresie m.in: pracy, kontaktów z urzędami, opieki nad osobami starszymi, wychowania dzieci, relacji w małżeństwie, ekologii (mieszkanie, okolica). Wreszcie analiza pod kątem **natężenia zjawisk patologicznych** umiejscawia lekarzy w Polsce na szesnastym miejscu (im wyżej tym większy stopień patologii). W skład tego wymiaru wchodzi: bycie sprawcą lub ofiarą łamania prawa (włamania, napady, kradzieże), nadużywanie alkoholu i używanie narkotyków, wizyty u psychiatry lub psychologa.

2. CEL PRACY

W prezentowanej pracy postawione zostały trzy cele badawcze:

1. Porównanie poziomu jakości życia młodych lekarzy i innych Polaków.
2. Znalezienie związków pomiędzy sukcesem w zawodzie lekarza, a wcześniejszymi wynikami uczenia się i właściwościami osobowości.
3. Zidentyfikowanie typów i odmian sukcesu w zawodzie lekarza. Ustalenie ewentualnych różnic pomiędzy osobami należącymi do wyodrębnionych typów pod kątem wcześniejszych wyników uczenia się i właściwości osobowości. Przeanalizowanie, które z wyników uczenia się i właściwości osobowości są dobrymi predyktorami danego typu sukcesu.

3. MATERIAŁ I METODY

Badanie ma charakter podłużny, obejmuje lata 1999-2009 i składa się z dwóch etapów. Pierwszy etap procedury badawczej przeprowadzono w latach 1999-2005. Grupą badawczą byli studenci Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Gdańsku (od 2009 roku Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego). Drugi etap przeprowadzono w latach 2008-2009. Grupą badawczą były te same osoby - cztery lata po ukończeniu studiów.

3.1. Etap I 1999-2005 - studia medyczne

Pierwsze badanie miało miejsce w 1999 roku. Grupą badawczą byli absolwenci szkół średnich, którzy starali się o przyjęcie na Wydział Lekarski Akademii Medycznej w Gdańsku. Studia medyczne trwają sześć lat i składają się z dwóch lat studiów ogólnych i czterech lat studiów klinicznych. Następnie każdy absolwent obligatoryjnie odbywa rok stażu podyplomowego. Prawo wykonywania zawodu uzyskuje po zdaniu Lekarskiego Egzaminu Państwowego.

Procedurę badawczą rozpoczęto pięć dni przed egzaminem wstępnym na studia, który składał się z biologii, chemii i fizyki. Podczas selekcji na studia pod uwagę brano również oceny na świadectwie maturalnym z tych przedmiotów. Wszyscy kandydaci (940 osób) otrzymali kopertę z pismem przewodnim, ankietą własnej konstrukcji (*Załącznik 3*) oraz baterią testów psychologicznych dotyczących: depresyjności, poczucia koherencji (zrozumiałości, zaradności i sensowności), poziomu lęku, strategii radzenia sobie ze stresem oraz hierarchii wartości. Liczba odpowiedzi zwrotnych wynosiła 361 (38%). Odpowiedziało 178 osób przyjętych na studia i 187 osób nieprzyjętych.

Następnie pod uwagę wzięto tylko osoby przyjęte na studia. Procedura była systematycznie powtarzana przez kolejne sześć lat studiów, zawsze pod koniec roku akademickiego. W drugim roku studiów (trzecim roku badania) do baterii testów dołączono narzędzie do pomiaru zmiennej potrzeby aprobaty społecznej. Pod uwagę wzięto również średnie ocen uzyskiwanych przez badanych na poszczególnych latach studiów.

Z pierwotnej liczby 320 studentów na Wydziale Lekarskim otrzymano następującą liczbę odpowiedzi zwrotnych:

- 0 rok (egzamin wstępny, 1999) - wszyscy kandydaci 365/940 (39%)
przyjęci 178/320 (56%), nieprzyjęci 187/620 (30%)
- I rok studiów (1999/2000) - 178/320 (56%)
- II rok studiów (2000/2001) - 129/280 (46%)
- III rok studiów (2001/2002) - 127/302 (42%)
- IV rok studiów (2002/2003) - 121/288 (42%)
- V rok studiów (2003/2004) - 58/271 (21%)
- VI rok studiów (2004/2005) - 138/240 (57%)

W okresie siedmiu lat łącznie odbyło się 1116 badań.

Zastosowane metody

1. Skala Depresyjności - MMPI-D

Do oceny poziomu depresyjności zastosowano skalę depresji z Kwestionariusza MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory - R.S.Hathaway, J.C.McKinley), który jest wystandaryzowaną metodą badania klinicznych aspektów depresyjności. Skala składa się z 60 twierdzeń dotyczących różnych aspektów obniżenia nastroju m.in.: zaprzeczaniu poczucia własnej wartości, szczęściu, poczuciu obniżenia sprawności psychofizycznej, wycofywania się z kontaktów z ludźmi i utraty zainteresowania otoczeniem. Wersja MMPI została znormalizowana dla warunków polskich przez Pracownię Diagnostyki Osobowości Zakładu Psychologii Państwowej Akademii Nauk.^[144,145]

2. Kwestionariusz Orientacji Życiowej - SOC-29

Do pomiaru ogólnego poczucia koherencji i jej składowych: zrozumiałości, zaradności i sensowności posłużono się Kwestionariuszem Orientacji Życiowej (Sense of Coherence SOC-29 - A.Antonovsky). Poczucie koherencji określane jest jako „globalna orientacja człowieka wyrażająca stopień, w jakim człowiek ma dojmujące, trwałe choć dynamiczne poczucie pewności, że bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego mają charakter ustrukturalizowany, przewidywalny i wytłumaczalny, ma dostęp do środków, które mu pozwolą sprostać wymaganiom, jakie stawiają te bodźce, a wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania”.^[146] Zadaniem osoby badanej jest ustosunkowanie

się do 29 twierdzeń na siedmiopunktowej skali określającej różne reakcje. Polskie badania przeprowadzone na dużej próbie wykazały dobre właściwości psychometryczne tej skali.^[147,148]

3. Inwentarz Stanu i Cechy Lęku - ISCL

Do oceny zmiennej lęku użyto Inwentarzu Stanu i Cechy Lęku - ISCL (State Trait Anxiety Inventory STAI - C.D.Spielberger). Kwestionariusz jest powszechnie stosowanym w badaniach klinicznych narzędziem oceny lęku sytuacyjnego i osobowościowego. Opiera się na koncepcji dwóch postaci lęku pojmowanych jako lęk-stan i lęk-cecha. Lęk-stan rozumiany jest jako stan emocjonalny postrzegany przez osobę badaną. Są to odczucia napięcia i obawy, którym towarzyszą objawy wzmożonej aktywności autonomicznego układu nerwowego. Intensywność tego stanu jest zmienna i zależy od czynników postrzeganych przez jednostkę jako zagrożenie. Lęk-cecha jest rozumiany jako stała dyspozycja do przeżywania stanów lękowych wynikająca z cech osobowościowych jednostki. Test ISCL składa się z dwóch odrębnych podskal, zawierających 20 pozycji w formie krótkich twierdzeń, z których jedna służy do pomiaru lęku-stanu zaś druga do pomiaru lęku-cechy. Rzetelność polskiej wersji testu STAI została określona na podstawie oszacowania zgodności wewnętrznej i stabilności bezwzględnej dla obu podskal. Zgodność wewnętrzną została oszacowana za pomocą współczynnika Cronbacha ($\alpha=0,84-0,94$). Przyjęto także, że wartość błędu standardowego pomiaru dla każdej skali nie przekracza 4. Uzyskane wartości współczynników zgodności wewnętrznej są podobne do uzyskanych dla wersji amerykańskiej przez C.D.Spielbergera. Stabilność bezwzględną testu potwierdzono na podstawie oceny wartości współczynnika korelacji, który wynosił $r=0,46$ dla skali lęk-stan i $r=0,79$ dla skali lęk-cecha. Trafność testu potwierdzono korelując jego wyniki z wynikami innych skal uznawanych za dobre miary lęku.^[149]

4. Inwentarz Reakcji Radzenia Sobie - CRI

Do oceny mechanizmów radzenia sobie ze stresem zastosowano Inwentarz Reakcji Radzenia Sobie (The Coping Responses Inventory CRI - R.H.Moos). Inwentarz składa się z 8 podskal mierzących różne rodzaje mechanizmów radzenia sobie ze stresem. Wyróżniono w nim 4 różne typy radzenia sobie nastawione na ukierunkowanie reakcji (konfrontowanie się z sytuacją stresową lub unikanie jej) oraz modalności reakcji (rozwiązania poznawcze lub rozwiązania behawioralne). Reakcje konfrontowania

to: analiza logiczna (AL) - poznawcze próby rozważenia możliwych działań i ich konsekwencji; pozytywne przewartościowanie (PP) - poznawcza rekonstrukcja sytuacji oraz próba znalezienia w niej pozytywnych aspektów; poszukiwanie kierownictwa i wsparcia (PK) - behawioralne próby uzyskania pełniejszej informacji na temat sytuacji i umiejętność znajdowania wsparcia społecznego; działanie w celu rozwiązania problemu (DR) - behawioralne działania skierowane bezpośrednio na problem. Reakcje unikania to: unikanie poznawcze (UP) - poznawcze próby skierowane na unikanie realistycznego rozważania problemu i zaprzeczanie; akceptacja-rezygnacja (AR) - poznawcze próby poradzenia sobie z problemem poprzez pogodzenie się z sytuacją; poszukiwanie zastępczych wzmocnień (PZ) - behawioralne działania mające na celu znalezienie zastępczych form aktywności i źródeł satysfakcji; wyładowanie emocjonalne (WE) - próby behawioralnej redukcji napięcia poprzez ekspresję negatywnych emocji. W każdej kategorii pierwsze dwie strategie radzenia sobie mają charakter poznawczy, a kolejne dwie behawioralny. Osoba badana odpowiada na pytania dotyczące zachowań w obliczu trudnego problemu. Odpowiedzi uwzględniają prawdopodobieństwo wystąpienia danej reakcji w czteropunktowej skali. Przeprowadzona analiza rzetelności tego narzędzia badawczego wykazała zgodność wewnętrzną dla wyżej wymienionych podskal, współczynnik Cronbacha wyniósł: AL $\alpha=0,64$; PP $\alpha=0,74$; PK $\alpha=0,62$; DR $\alpha=0,66$; UP $\alpha=0,72$; AR $\alpha=0,62$; PZ $\alpha=0,71$; WE $\alpha=0,61$.^[150,151]

5. Skala Wartości Rokeacha - RVS

Do pomiaru hierarchii wartości zastosowano Skalę Wartości M.Rokeacha (The Rokeach Value System - RVS). Zadanie badanego polega na porównaniu wartości ze względu na ich ważność. Pod uwagę brane jest 18 wartości ostatecznych (cele w życiu) i 18 wartości instrumentalnych (sposoby osiągnięcia celów). Znana jest rzetelność (bardzo wysoka stabilność bezwzględna) oraz wybrane aspekty trafności teoretycznej.^[152,153,154]

6. Kwestionariusz Aprobaty Społecznej - KAS

W drugim roku studiów (trzecim roku badania) do baterii testów dołączono narzędzie do pomiaru zmiennej potrzeby aprobaty społecznej - Kwestionariusz Aprobaty Społecznej (KAS) J.Wilczyńskiej i K.Ł.Drwała. Jest to narzędzie pomiaru zmiennej

aprobaty społecznej w dwóch aspektach. Zarówno w rozumieniu postawy wobec badania, jak i pragnienia akceptacji ze strony innych ludzi i wynikającej stąd gotowości do zachowywania się (również odpowiadania na pytania kwestionariusza) w sposób zgodny z oczekiwaniami społecznymi. Badany ustosunkowuje się do kolejnych pozycji kwestionariusza, decydując czy opisywane zachowania i przekonania są w jego przypadku prawdziwe czy fałszywe. Wysoki wynik może także sugerować, że osoba badana nie wykazała się szczerością przy wypełnianiu testu. Przeprowadzona analiza rzetelności narzędzia wykazała wysoką zgodność wewnętrzną, współczynnik Cronbacha wynosił: $\alpha=0,82$.^[71]

3.2. Etap II 2008-2009 - po czterech latach w zawodzie lekarza

W drugim etapie badania nawiązano współpracę z instytucjami związanymi z kształceniem medycznym: Okręgową Izbą Lekarską w Gdańsku i Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi. Badanie przeprowadzono za pomocą kwestionariusza elektronicznego.

Początkowo podjęto próbę dotarcia do wytypowanej grupy przez serwis internetowy „Nasza Klasa”. Odnaleziono 180 z 320 osób, które w czasie studiów brały udział w projekcie. W czerwcu 2008 roku, w formie listu elektronicznego, badani zostali poproszeni o udział w kontynuacji badań. W październiku 2008 prośbę ponowiono w tej samej formie (*Załącznik 4*).

W celu dotarcia do większej ilości osób, w marcu 2009 roku zwrócono się z prośbą o pomoc do Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku. Izba Lekarska nie udostępniając danych osobowych swoich członków pośredniczyła w kontakcie. Pocztą tradycyjną wysłano list do 143 członków, którzy w czasie studiów brali udział w badaniu, z podobną jak wcześniej informacją. 68 osób z listy Okręgowej Izby Lekarskiej otrzymało wcześniej zawiadomienie przez serwis „Nasza Klasa”, na które nie odpowiedzieli. Na tę formę zapytania odpowiedziało 12 osób (12/143 - 8%). Ostatecznie uzyskano 57 odpowiedzi zwrotnych (57/255 - 23%).

Procedura polegała na zalogowaniu się na stronie internetowej i wypełnieniu kwestionariusza w skład którego wchodziły: Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego (MBI K.Maslach) oraz kwestionariusz własnej konstrukcji zawierający pytania z raportu „Diagnoza Społeczna 2007. Warunki i jakość życia Polaków” J.Czapińskiego i T.Panka.^[139] Zastosowanie pytań z raportu pozwoliło na porównanie wyników uzyskanych przez badanych lekarzy z populacją generalną Polaków. Cały kwestionariusz składał się z 53 pytań, a czas jego wykonania wynosił 10-15 minut. (*Załącznik 5*). Z liczby 180 zidentyfikowanych osób uzyskano 45 odpowiedzi zwrotnych (45/180 - 25%).

Dodatkowo w celu uzyskania wyników Lekarskiego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Państwowego w lutym 2009 zwrócono się do Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi. Centrum Egzaminów Medycznych jest instytucją, której celem jest organizowanie i przeprowadzanie egzaminów z zakresu kształcenia i doskonalenia zawodowego lekarzy. Po uzyskaniu przez Centrum zgody Generalnego Inspektora

Ochrony Danych Osobowych (*Załącznik 6*) w maju 2009 udostępniono wyniki egzaminów państwowych 268 zidentyfikowanych osób.

Zastosowane metody (*Załącznik 5*)

1. Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego - MBI

Do oceny poziomu symptomów wypalenia zawodowego zastosowano Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego (Maslach Burnout Inventory - MBI K.Maslach). Kwestionariusz składa się z 22 pytań, wyodrębnione są w nim trzy podskale, które odpowiadają trzem objawom syndromu wypalenia zawodowego: „wyczerpaniu emocjonalnemu”, „depersonalizacji” i „poczuciu dokonań osobistych”. Osoba badana odpowiada na pytania testu określając częstość występowania u niej określonych odczuć w siedmiopunktowej skali. O wysokim poziomie wypalenia świadczą wysokie wyniki w podskalach „emocjonalnego wyczerpania” i „depersonalizacji” oraz niskie wyniki w podskali „poczucia dokonań osobistych”. Dla celów prezentowanej pracy zastosowano procedurę polegającą na odwróceniu wyników cząstkowych w podskali mierzącej „poczucie dokonań osobistych”. Badania wskazują na zadowalające właściwości psychometryczne kwestionariusza.^[155,156]

2. Kwestionariusz własnej konstrukcji zawierający pytania z raportu „Diagnoza Społeczna 2007. Warunki i jakość życia Polaków” dotyczące:

- a) ogólnego dobrostanu psychicznego - wymiaru emocjonalnego i poznawczego jakości życia
- b) warunków szczęśliwego życia (systemu wartości)
- c) zadowolenia z poszczególnych dziedzin życia
- d) stresu życiowego
- e) strategii radzenia sobie z problemami i trudnościami
- f) zachowań autodestrukcyjnych
- g) percepcji pracy zawodowej.^[139]

Ad. a) Ogólny dobrostan psychiczny - wymiar emocjonalny i poznawczy jakości życia
W „Diagnozie Społecznej” wyróżniono dwa wymiary jakości życia: emocjonalny (bilans doświadczeń emocjonalnych - bieżących lub z dłuższego okresu czasu) oraz poznawczy (oceny wartościujące dotyczące własnego życia - obecnego, przeszłego i przyszłego). Wymiar emocjonalny jakości życia mierzono skalą poczucia szczęścia

dotyczącą ostatnich dni, a wymiar poznawczy za pomocą oceny całego dotychczasowego życia.

Ad. b) Warunki szczęśliwego życia - system wartości

Wymieniono 13 określonych wartości i jedną nieokreśloną, a respondenci mieli ograniczony wybór do trzech, ich zdaniem najważniejszych.

Ad. c) Zadowolenie z poszczególnych dziedzin życia

W „Diagnozie Społecznej 2007” skala ta obejmowała 22 różne, wyczerpujące niemal cały obszar zainteresowań i aktywności przeciętnego człowieka dziedziny i wymiary życia m.in.: społeczne, materialne, środowiskowe, zdrowotne. W prezentowanej pracy dodano pytanie o zadowolenie „ze stosunków ze współpracownikami i przełożonymi”.

Według „cebulowej teorii szczęścia” Czapińskiego człowiek wykazuje największy realizm ocen dobrostanu poprzez zadowolenie z poszczególnych dziedzin i aspektów życia.^[143,157,158]

Ad. d) Stres życiowy

W „Diagnozie Społecznej 2007” wyróżniono 11 kategorii stresu życiowego, jednak do celu prezentowanych badań wyodrębniono pytania z trzech obszarów: stresu zdrowotnego, finansowego i wynikającego z pracy zawodowej. Natężenie stresu życiowego uznaje się, jako jeden z najważniejszych czynników różnicujących dobrostan psychiczny.

Ad. e) Strategie radzenia sobie z problemami i trudnościami

Transakcyjna teoria stresu Lazarusa i Folkman, wyróżnia strategię zadaniową i emocjonalną. Pierwsza ukierunkowana jest na realne rozwiązanie problemu i zmianę sytuacji na lepsze. Druga ma na celu zmianę sposobu emocjonalnego przeżywania sytuacji stresowej.^[159] W zastosowanej w „Diagnozie Społecznej 2007” skali wyróżniono dwa zadaniowe i pięć emocjonalnych sposobów reagowania na trudne sytuacje życiowe. Respondent miał także możliwość odpowiedzi, że w obliczu problemów nic nie robi i poddaje się, co potraktowano można jako szczególny rodzaj strategii radzenia sobie - bezradność.

Ad. f) Zachowania autodestrukcyjne

Pytanie dotyczące picia alkoholu odnosiło się do zwyczajowego reagowania na kłopoty, czy trudne sytuacje życiowe i wśród odpowiedzi zawierało twierdzenie „sięgam po alkohol”. Dodatkowo zapytano respondentów o systematyczne palenie papierosów.

Ad. g) Percepcja pracy zawodowej

Wymiar ten oceniano na podstawie odpowiedzi na pytanie: „co jest najważniejsze w pracy zawodowej?”. Należało wybrać najwyżej trzy spośród wymienionych cech pracy.

3.3. Zastosowane procedury statystyczne

Do analizy statystycznej zastosowano pakiet statystyczny Statistica 8.1 na licencji Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Analizy statystyczne umieszczone w kolejnych rozdziałach można podzielić na dwie grupy:

- a) Analizy opisowe pokazujące rozkłady częstości występowania różnych zjawisk np. ogólnego dobrostanu psychicznego badanych lekarzy na tle populacji generalnej Polaków (oraz najbardziej zbliżonych do nich podgrup: osób w wieku 25-34 lat oraz osób z wykształceniem wyższym i policealnym).
- b) Analizy, których celem jest ustalenie modelu przewidywania sukcesu w zawodzie lekarza.

Ad. a) Analizy opisowe

W grupie tej znalazły się analizy tabel krzyżowych poparte testami **Chi-kwadrat**, które pozwalają na oszacowanie, w jakim stopniu profile odpowiedzi badanych grup są wzajemnie podobne. Można założyć, że wynik ten jest analogiczny do testowania efektów głównych różnicy między grupami. Stąd też, chcąc ocenić istotność różnicy między badanymi grupami, co do częstości wyboru danej opcji odpowiedzi - przeprowadzane były testy Chi-kwadrat jednorodności (w przybliżeniu analogiczne do testów post hoc w analizie wariancji).

W odniesieniu do niektórych aspektów jakości życia, w celu porównania badanych grup, zastosowano testy **t-Studenta** dla grup niezależnych. Wyniki tych testów pozwoliły pokazać istotność różnic między badanymi lekarzami a grupami odniesienia, co do przeciętnego (średniego) poziomu wybranych aspektów jakości życia. Należy dodać, że w niektórych przypadkach autorzy raportu „Diagnoza Społeczna 2007. Warunki i jakość życia Polaków”^[139] nie podają wartości odchylenia standardowego wskaźników jakości życia. Dlatego przyjęto, że jest ono równe odchyleniu standardowemu w badanej próbie lekarzy.

Ad. b) Analizy, których celem jest ustalenie modelu przewidywania sukcesu w zawodzie lekarza.

Do grupy tej należą analizy **wielorakiej regresji liniowej** prowadzonej metodą wprowadzania **FORWARD**. Opierano się na kryterium istotności predyktorów: p -wprowadzania=0,05 i p -usuwania=0,05. Szereg analiz regresji wykonany został dla testowania kolejnych szczegółowych hipotez wskazujących na przypuszczalny wpływ: odrębnie ujmowanego obrazu psychologicznego studentów na poszczególnych latach studiów oraz odrębnie ujmowanych wyników uczenia się i właściwości osobowości.

Następną z zastosowanych analiz jest **hierarchiczna analiza skupień** wiązaniem elementów metodą Warda, w oparciu o macierz odległości euklidesowych między poszczególnymi badanymi osobami. Macierz została obliczona na podstawie wyników ankiety w zakresie poziomu sześciu wskaźników sukcesu zawodowego (1. kompetencji zawodowych; 2. satysfakcji z wyboru zawodu lekarza 3. stresu związanego z pracą i wypalenia zawodowego; 4. jakości życia: a. wysokość dochodów, b. ogólnego dobrostanu psychicznego i zdrowia, c. zadowolenia z życia). Hierarchiczna analiza skupień pozwala na wyodrębnienie w badanej próbie homogenicznych grup nazywanych często typami, które charakteryzują się dużym wewnętrznym podobieństwem i dobrane są w sposób istotnie różniący je od innych grup. Innymi słowy przedstawiciele jednej grupy są wzajemnie znacząco podobni, a zarazem znacząco różni od przedstawicieli innych grup pod względem wyróżniających je zmiennych. W prezentowanym badaniu analiza ta pozwala na wyodrębnienie pewnych typów osób różniących się charakterem i poziomem sukcesu w zawodzie lekarza. Wyniki uzyskane przez osoby wyodrębnione przez analizę skupień zostały poddane dalszej analizie w modelu jednoczynnikowej **ANOVA** celem weryfikacji hipotez o istotności różnic pod względem struktury osobowości w poszczególnych grupach osób.

W celu zbudowania modelu przewidywań stylu doświadczania sukcesu w zawodzie lekarza przeprowadzona została **analiza dyskryminacyjna** metodą eliminacji wstecznej. Opierano się na kryterium istotności predyktorów: p -wprowadzania=0,05 i p -usuwania=0,05. Analiza dyskryminacyjna przypomina swoją logiką analizę regresji liniowej (zastosowaną wcześniej w prezentowanym badaniu). Różnica pomiędzy obiema metodami statystycznymi zasadza się na charakterze zmiennej zależnej (objaśnianej), która w analizie dyskryminacyjnej ma charakter dyskretny (nominalny). W ten sposób analiza dyskryminacyjna buduje równania funkcji

klasyfikacyjnych dla przewidywania przynależności obserwacji statystycznych do każdej z klas zmiennej zależnej. W prezentowanej pracy równania specyfikacyjne funkcji dyskryminacyjnej pozwalają przewidywać prawdopodobieństwo przynależności obserwacji do każdego z typów wyróżnionych w poprzedniej analizie skupień. Prawdopodobieństwo to jest wyliczane w analogiczny sposób, jak wartość zmiennej zależnej w równaniu wielokrotnej regresji liniowej. Najwyższa wartość prawdopodobieństwa wskazuje na przypisanie przewidywanej wartości określonego skupienia. Ponadto poza funkcjami klasyfikacyjnymi w analizie dyskryminacyjnej wyliczane są wskaźniki **Lambda Wilksa** stanowiące niejako równoważnik współczynnika Beta w analizie regresji. Na podstawie wskaźnika Lambda Wilksa można oszacować wielkość lub siłę związku między zmienną niezależną a zmienną zależną (gdzie wyższe wartości Lambda oznaczają większą siłę). Przyjmuje się, że $\text{Lambda} > 0,5$ oznacza znaczący wpływ zmiennej niezależnej na różnicowanie poziomu (klasy) zmiennej zależnej.

Podsumowaniem analizy dyskryminacyjnej jest tabela krzyżowa wskazująca na częstość prawidłowych i błędnych klasyfikacji obserwacji w badanej grupie. W prezentowanej pracy tabela ta ma postać macierzy kwadratowej o liczbie wierszy i kolumn równej liczbie skupień wyróżnionych w poprzedniej analizie. W wierszach zapisane są informacje o faktycznym (obserwowanym) przypisaniu do skupienia. W kolumnach zapisane są informacje o przewidywaniu funkcji dyskryminacyjnych. W ten sposób na przecięciu odpowiednich kolumn i wierszy uzyskano informację o liczbie poprawnych i błędnych przypisań, na podstawie których można wyliczyć wskaźnik poprawności odtworzenia jak i poziom zaufania do wyników funkcji dyskryminacyjnej. Wskaźnik poprawności odtworzenia pozwala ocenić, jaki procent badanych lekarzy należących do każdego ze skupień został poprawnie rozpoznany przez funkcje dyskryminacyjne. Poziom zaufania do funkcji dyskryminacyjnej jest natomiast wskaźnikiem procentowym pozwalającym ocenić na ile wynik funkcji klasyfikacyjnej jest obciążony błędem.*

* Obliczany jest, jako iloraz poprawnych względem błędnych klasyfikacji w wierszach tabeli kontyngencji.

Prezentowane badania, o charakterze ankietowym, były prowadzone w paradygmacie longitudinalnym (podłużnym) przez okres 10 lat. Wyniki tego rodzaju badań charakteryzują się często znaczącą liczbą braków danych. Miało to miejsce również w tym przypadku. Założono, że najlepszą metodą usuwania braków danych jest ich zastępowanie poprzez **interpolację**. Została ona wybrana ze względu na metodę badania i charakter analizowanych zmiennych. Można założyć, że zmiany w obrębie badanych właściwości osobowości np. potrzeby aprobaty społecznej nie następują gwałtownie z roku na rok. Zatem przy braku informacji o wartości danej zmiennej w określonym punkcie badania przyjęto iż jest ona równa wartości z poprzedniego lub następnego okresu. Metodę zastępowania braku danych przez interpolację uznaje się za najbardziej efektywną przy analizowaniu problemów korelacyjnych tzn. przewidywania wartości zmiennej zależnej w oparciu o pulę zmiennych niezależnych (predyktorów).^[160]

4. WYNIKI

4.1. Jakość życia młodych lekarzy

4.1.1. Wysokość dochodów

47% badanych osób zarabia miesięcznie powyżej 3000 złotych netto, 25% pomiędzy 2000-3000 złotych netto, 23% pomiędzy 1000-2000 złotych netto, 2% poniżej 1000 złotych netto. 3% badanych wybrało odpowiedź „inne” nie precyzując wysokości dochodów. Według Głównego Urzędu Statystycznego przeciętne wynagrodzenie w Polsce w 2007 roku wynosiło 1813 złotych netto, a w 2008 roku 2096 złotych netto. Na podstawie raportu „Diagnoza Społeczna 2007” wiemy, że średni miesięczne dochody lekarzy w Polsce w 2007 roku wynosiły 2985 złotych netto. Warto podkreślić, że lekarze spodziewali się wtedy, że za dwa lata, czyli w 2009 roku będą zarabiać przeciętnie 3902 złote netto. Na podstawie wstępnych doniesień z raportu „Diagnoza Społeczna 2009” wiemy natomiast, że miesięczne dochody lekarzy w Polsce w 2009 roku wynosiły 4722 złote netto.*

4.1.2. Ogólny dobrostan psychiczny i zdrowie

Ogólny dobrostan psychiczny - wymiar emocjonalny jakości życia

Większość badanych lekarzy oceniając swoje życie w ciągu ostatnich dwóch tygodni deklaruje, że są „bardzo szczęśliwi” (40%) lub „dosyć szczęśliwi” (53%). 7% osób udzieliło odpowiedzi „niezbyt szczęśliwy”, 0% „nieszczęśliwy”. Wynik analizy testem Chi-kwadrat wskazuje, że różnice pomiędzy badanymi lekarzami a populacją generalną Polaków, podgrupą osób w wieku 25-34 lata oraz osób z wykształceniem wyższym i policealnym są istotne statystycznie ($p < 0,0001$).

Szczegółowa analiza pokazuje, że badani lekarze różnią się od porównywanych grup prawie we wszystkich aspektach oceny ostatnich dwóch tygodni. Częściej od wszystkich porównywanych grup wybierają odpowiedzi: „bardzo szczęśliwy”, a rzadziej „dosyć szczęśliwy” i „niezbyt szczęśliwy”. Badani, nie różnią się od osób

* „Diagnoza Społeczna 2009. Warunki i jakość życia Polaków”.
Informacja dla mediów. Konferencja prasowa 15.07.2009. Restauracja Villa Foksal w Domu Dziennikarza.

z wykształceniem wyższym i policealnym, częstością udzielania odpowiedzi: „nieszczęśliwy” i „niezbyt szczęśliwy”.

Ogólny dobrostan psychiczny - wymiar poznawczy jakości życia

Badani oceniając całe dotychczasowe życie deklarują, że było ono „wspaniałe” (14%), „udane” (51%), „dosyć dobre” (30%), „ani dobre ani złe” (5%). Żaden z respondentów nie deklaruje odpowiedzi „niezbyt udane”, „nieszczęśliwe” lub „okropne”. Wynik analizy testem Chi-kwadrat wskazuje, że różnice pomiędzy badanymi lekarzami a populacją generalną Polaków, podgrupą osób w wieku 25-34 lata oraz osób z wykształceniem wyższym i policealnym są istotne statystycznie ($p < 0,0001$).

Szczegółowa analiza pokazuje, że badani lekarze różnią się od wszystkich porównywanych grup wyższą oceną życia jako „wspaniałego”. Częściej niż populacja Polaków wybierają także ocenę „udane”, a rzadziej „ani dobre, ani złe” (tabela 2).

Tabela 2. Porównanie ogólnego dobrostanu psychicznego badanych lekarzy z wynikami raportu „Diagnoza Społeczna 2007”. % odpowiedzi.

Ogólny dobrostan psychiczny	Lekarze N=57	Polacy ogółem N=12357	Wiek 25-34 lata N=816	Wykształcenie wyższe i policealne N=799
Wymiar emocjonalny jakości życia (ocena ostatnich dwóch tygodni)				
Nieszczęśliwy	0,00	3,20***	0,33***	0,34
Niezbyt szczęśliwy	7,02	21,10***	13,25* **	14,36
Dosyć szczęśliwy	52,63	68,00*	73,16***	73,58***
Bardzo szczęśliwy	40,35	7,70***	13,25***	11,73***
Wymiar poznawczy jakości życia (ocena całego dotychczasowego życia)				
Okropne	0,00	0,50	0,21	0,08
Nieszczęśliwe	0,00	0,80	0,25	0,25
Niezbyt udane	0,00	5,30	3,42	2,97
Ani dobre, ani złe	5,26	17,20*	12,90	8,87
Dosyć dobre	29,83	35,80	35,39	35,54
Udane	50,88	36,90*	42,32	47,63
Wspaniałe	14,03	3,50***	5,51**	4,65**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Ocena stanu zdrowia

Badani lekarze (na skali „1 - bardzo zły”, „10 - bardzo dobry”) oceniają stan swojego zdrowia fizycznego średnio na 8,21 pkt. ($M=8,21$; $SD=1,47$), a zdrowia psychicznego na 7,89 pkt. ($M=7,89$; $SD=1,55$).

4.1.3. Zadowolenie z poszczególnych dziedzin życia i warunki udanego życia

Zadowolenie z poszczególnych dziedzin życia

Badani lekarze oceniając zadowolenie z poszczególnych dziedzin swojego życia wymieniają w kolejności: „dzieci” (M=1,59); „możliwość zaspokojenia potrzeb żywnościowych” (M=1,79); „małżeństwo” (M=1,81); „wykształcenie” (M=1,82); „stan zdrowia” (M=2,18); „perspektywy na przyszłość” (M=42,30); „stosunki z najbliższymi w rodzinie” (M=2,32); „życie seksualne” (M=2,39); „stosunki ze współpracownikami i przełożonymi”^{*} (M=4,62); „stan bezpieczeństwa w miejscu zamieszkania” (M=2,41); „stosunki z kolegami (grupą przyjaciół)” (M=2,43); „miejscowość zamieszkania” (M=2,48); „osiągnięcia życiowe” (M=2,50); „poziom dostępnych dóbr i usług” (M=2,54); „warunki mieszkaniowe” (M=2,55); „sposoby spędzania wolnego czasu” (M=2,70); „opieka zdrowotna blisko miejsca zamieszkania” (M=2,70); „sytuacja finansowa własnej rodziny” (M=2,71); „praca” (M=2,79); „możliwość zaspokojenia potrzeb związanych z kulturą” (M=3,31); „normy moralne panujące w otoczeniu” (M=3,43); „sytuacja w kraju” (M=4,10). Lekarze w porównaniu do Polaków ogółem są jedynie mniej zadowolenie z „obecnych dochodów rodziny” (M=2,77).

Następnie porównano średnie wyniki badanych lekarzy ze średnimi w populacji generalnej Polaków testem t-Studenta. Szczegółowa analiza pokazuje, że badani lekarze w porównaniu do Polaków ogółem są bardziej zadowolenie z większości obszarów swojego życia, a mniej zadowolenie z jednego - „sytuacji finansowej własnej rodziny”. Wyniki istotne statystycznie dotyczą 13 z porównywanych 22 obszarów: „możliwości zaspokojenia potrzeb żywnościowych”, „własnego wykształcenia”, „stanu własnego zdrowia”, „perspektyw na przyszłość”, „życia seksualnego”, „stanu bezpieczeństwa w miejscu zamieszkania”, „własnych osiągnięć życiowych”, „poziomu dostępnych dóbr i usług”, „sposobu spędzania wolnego czasu”, „opieki zdrowotnej blisko miejsca zamieszkania”, „sytuacji finansowej własnej rodziny”, „obecnych dochodów rodziny” i „sytuacji w kraju” (tabela 3).

* Pytanie o stosunki ze współpracownikami i przełożonymi nie występowało w „Diagnozie Społecznej 2007”.

Tabela 3. Porównanie średniego stopnia zadowolenia z poszczególnych dziedzin życia badanych lekarzy z wynikami raportu „Diagnoza Społeczna 2007” (na skali „1-bardzo zadowolony, 6-bardzo niezadowolony”)

Zadowolenie z:	Lekarze N=56	Polacy ogółem N=12600
Dzieci	1,59 (1)	1,84 (1)
Możliwości zaspokojenia potrzeb żywnościowych	1,79 (2)	2,92 (11) **
Małżeństwa	1,81(3)	2,06 (2)
Własnego wykształcenia	1,82 (4)	3,06 (15) ***
Stanu własnego zdrowia	2,18 (5)	3,04* (13)
Perspektyw na przyszłość	2,30 (6)	3,63 (21) ***
Stosunków z najbliższymi w rodzinie	2,32 (7)	2,16 (3)
Życia seksualnego	2,39 (8)	2,74* (6)
Stosunków ze współpracownikami i przełożonymi	2,40 ``	
Stanu bezpieczeństwa w miejscu zamieszkania	2,41(9)	2,84 (9) **
Stosunków z kolegami (grupą przyjaciół)	2,43 (10)	2,43 (4)
Miejscowości zamieszkania	2,48 (11)	2,59 (5)
Własnych osiągnięć życiowych	2,50 (12)	3,05 (14) ***
Poziomu dostępnych dóbr i usług	2,54 (13)	2,87 (10) *
Warunków mieszkaniowych	2,55 (14)	2,77 (7)
Sposobu spędzania wolnego czasu	2,70 (15)	2,97 (12) *
Opieki zdrowotnej blisko miejsca zamieszkania	2,70 (16)	3,1 (16) **
Sytuacji finansowej własnej rodziny	2,71 (17)	3,47* (18)
Obecnych dochodów rodziny	2,77 (18)	3,62 (20) ***
Pracy	2,79 (19)	2,83 (8)
Możliwości zaspokojenia potrzeb związanych z kulturą	3,31 (20)	3,54 (19)
Norm moralnych panujących w otoczeniu	3,43 (21)	3,32 (17)
Sytuacji w kraju	4,10 (22)	4,58 (22) ***

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

W nawiasach podano rangi wyników.

``Pytanie o stosunki ze współpracownikami i przełożonymi nie występowało w „Diagnozie Społecznej 2007”.

Warunki udanego, szczęśliwego życia

Warunkami udanego życia dla badanych lekarzy są następujące czynniki: „zdrowie” (70%), „udane małżeństwo” (58%), „przyjaciele” (29%), „praca” (27%), „pogoda ducha i optymizm” (25%), „dzieci” (22%), „opatrność i bóg” (14%), „wolność i swoboda” (15%), „życzliwość i szacunek otoczenia” (9%), „wykształcenie” (9%), „pieniądze” (7%), „uczciwość” (7%) oraz „silny charakter” (5%). Wynik analizy testem Chi-kwadrat wskazuje, że różnice pomiędzy badanymi lekarzami a populacją generalną Polaków, podgrupą osób w wieku 25-34 lata oraz osób z wykształceniem wyższym i policealnym są istotne statystycznie ($p<0,0001$).

Szczegółowa analiza pokazuje, że badani lekarze w porównaniu do innych grup częściej deklarują, że „przyjaciele” oraz „wolność i swoboda”, a rzadziej „dzieci” są dla nich warunkami udanego, szczęśliwego życia. W porównaniu do Polaków ogółem i ich rówieśników częściej wybierają odpowiedź „pogoda ducha i optymizm”, natomiast, w porównaniu do Polaków ogółem i osób wykształconych rzadziej wymieniają „pieniądze” (tabela 4).

Tabela 4. Porównanie najważniejszych warunków udanego szczęśliwego życia badanych lekarzy z wynikami raportu „Diagnoza Społeczna 2007”. % odpowiedzi (wybierano najwyżej trzy)

System wartości	Lekarze N=57	Polacy ogółem N=12672	Wiek 25-34 lata N=816	Wykształcenie wyższe i policealne N=799
Zdrowie	69,64 (1)	65,10 (1)	60,71 (2)	64,46 (1)
Udane małżeństwo	58,93 (2)	55,80 (2)	60,91 (1)	62,70 (2)
Przyjaciele	28,57 (3)	8,60 (9) ***	10,95 (6) ***	10,94 (8) ***
Praca	26,79 (4)	30,20 (5)	36,21 (4)	28,45 (4)
Pogoda ducha, optymizm	25,00 (5)	9,50 (8) ***	9,89 (8) ***	15,01 (6)
Dzieci	21,43 (6)	45,90 (3) ***	45,88 (3) ***	45,32 (3) ***
Opatrzność, bóg	14,29 (7)	15,20 (6)	9,90 (7)	14,96 (7)
Wolność, swoboda	14,29 (8)	4,10 (13) ***	4,95 (13) **	5,08 (12) **
Życzliwość, szacunek otoczenia	8,93 (9)	6,90 (10)	5,36 (11)	7,88 (10)
Wykształcenie	8,93 (10)	6,20 (11)	5,91 (10)	7,57 (11)
Pieniądze	7,14 (11)	31,00 (4) ***	33,25 (5)	20,14 (5) *
Uczciwość	7,14 (12)	9,70 (7)	7,02 (9)	8,78 (9)
Silny charakter	5,36 (13)	5,00 (12)	5,20 (12)	4,37 (13)
Inne	1,79 (14)	1,00 (14)	0,94 (14)	1,30 (14)

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

W nawiasach podano rangi wyników.

4.1.4. Stres życiowy i radzenie sobie i zachowania autodestrukcyjne

Poziom doświadczanego stresu życiowego

W „Diagnozie Społecznej 2007” wyodrębniono 11 kategorii stresu życiowego, jednak do celu prezentowanych badań pod uwagę wzięto jedynie jego trzy aspekty: stres zdrowotny, finansowy i związany z pracą zawodową. Wynik analizy testem Chi-kwadrat wskazuje, że różnice pomiędzy badanymi lekarzami a populacją generalną Polaków, podgrupą osób w wieku 25-34 lata oraz osób z wykształceniem wyższym i policealnym są istotne statystycznie (p<0,0001).

Szczegółowa analiza różnic pokazuje, że badani lekarze mają niższy niż Polacy ogółem poziom stresu zdrowotnego, a wyższy finansowego oraz wyższy od wszystkich porównywanych grup stres związany z pracą zawodową (tabela 5).

Tabela 5. Porównanie stresu życiowego badanych lekarzy z wynikami raportu „Diagnoza Społeczna 2007”. % odpowiedzi.

Rodzaj stresu	Lekarze N=57	Polacy ogółem N=12672	Wiek 25-34 lata N=816	Wykształcenie wyższe i policealne N=799
Zdrowie - Przez dłuższy okres czasu problemy ze zdrowiem utrudniały wykonywanie codziennych zajęć lub branie udziału w innych zajęciach				
Często	5,36	13,87	3,31	6,99
Zdarzyło się	30,36	44,03*	33,93	40,33
Nigdy	64,29	42,09**	62,76	52,68
Finanse - Przez dłuższy okres czasu problemy i kłopoty finansowe przysparzały zmartwień i utrudniały życie				
Często	16,07	23,84	21,10	16,10
Zdarzyło się	50,00	53,62	53,98	54,00
Nigdy	33,93	22,55*	24,92	29,90
Praca - Przez dłuższy okres czasu odczuwał nadmiar obowiązków w pracy, którym nie mógł podołać				
Często	17,65	8,77*	8,09*	9,42*
Zdarzyło się	52,94	52,34	51,28	53,07
Nigdy	29,41	38,89	40,64	37,51

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Strategie radzenia sobie z problemami i trudnościami

W „Diagnozie Społecznej 2007” wyróżniono strategie zadaniowe i emocjonalne radzenia sobie z sytuacjami trudnymi oraz bezradność. Badani lekarze najczęściej stosują strategie zadaniowe: „zwracam się o radę i pomoc do innych ludzi” (82%), „mobilizuję się i przystępuję do działania” (78%), a rzadziej strategie emocjonalne: „modlę się o pomoc do Boga” (31%), „pocieszam się myślą, że mogło być jeszcze gorzej, lub że innym jest jeszcze gorzej” (27%), „zajmuję się innymi rzeczami, które odwracają moją uwagę i poprawiają nastrój” (24%), „sięgam po alkohol” (7%), „zażywam środki uspokajające” (2%). 4% badanych w obliczu trudności staje się bezradna - „poddaje się, nie wie co robić”. Wynik analizy testem Chi-kwadrat wskazuje, że różnice pomiędzy badanymi lekarzami a populacją generalną Polaków, podgrupą osób w wieku 25-34 lata oraz osób z wykształceniem wyższym i policealnym są istotne statystyczne ($p < 0,0001$).

Szczegółowa analiza pokazuje, że badani lekarze w porównaniu do innych grup częściej stosują strategie zadaniowe (tabela 6).

Tabela 6. Porównanie strategii radzenia sobie z problemami i trudnościami badanych lekarzy z wynikami raportu „Diagnoza Społeczna 2007”. % odpowiedzi (wybierano więcej niż jedną).

Strategie radzenia sobie	Lekarze N=57	Polacy ogółem N=12672	Wiek 25-34 lata N=816	Wykształcenie wyższe i policealne N=799
Zwracam się o radę i pomoc do innych ludzi (Z)	81,82 (1)	41,28 (2) ***	49,02 (2) ***	48,53 (2) ***
Mobilizuję się i przystępuję do działania (Z)	78,18 (2)	51,97 (1) ***	58,95 (1) **	68,39 (1)
Modlę się o pomoc do Boga (E)	30,91 (3)	30,14 (4)	21,80 (5)	30,34 (4)
Pocieszam się myślą, że mogło być jeszcze gorzej, lub że innym jest jeszcze gorzej (E)	27,27 (4)	38,17 (3)	38,83 (3)	32,19 (3)
Zajmuję się innymi rzeczami, które odwracają moją uwagę i poprawiają nastrój (E)	23,64 (5)	23,99 (5)	25,50 (4)	22,71 (5)
Sięgam po alkohol (E)	7,27 (6)	3,45 (7)	2,83 (6)	3,11 (7)
Poddaję się, nie wiem co robić (bezzradność)	3,64 (7)	2,89 (8)	2,66 (8)	1,90 (8)
Zażywam środki uspokajające (E)	1,82 (8)	4,23 (6)	2,77 (7)	3,50 (6)

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

(Z) - strategia zadaniowa, (E) - strategia emocjonalna

W nawiasach podano rangi wyników.

Zachowania autodestrukcyjne

16% badanych lekarzy deklaruje, że systematycznie pali papierosy, a 7% w trudnej sytuacji sięga po alkohol. Szczegółowa analiza różnic pokazuje, że badani lekarze palą mniej papierosów niż inne porównywane grupy, a po alkohol w trudnych sytuacjach sięgają częściej niż ich rówieśnicy (tabela 7).

Tabela 7. Porównanie odsetka palaczy i sięgających po alkohol wśród lekarzy z wynikami raportu „Diagnoza Społeczna 2007”.
% odpowiedzi.

Zachowania autodestrukcyjne	Lekarze N=57	Polacy ogółem N=12366	Wiek 25-34 lata N=816	Wykształcenie wyższe i policealne N=799
Systematycznie palący papierosy	15,79	29,63*	31,98*	20,32
Alkohol jako sposób na kłopoty życiowe	7,27	3,3	2,83 *	3,11

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

4.1.5. Percepcja pracy zawodowej

Za najważniejszy walor pracy zawodowej badani lekarze uważają: „możliwość rozwoju osobistego” (78%), „odpowiednią płacę” (71%), „stabilność zatrudnienia” (33%), „dużą samodzielność” (31%), „brak napięć i stresów” (29%), „pracę zgodną z umiejętnościami” (20%), „dogodne godziny pracy” (20%), „inne czynniki” m.in. zgrany zespół, życzliwą atmosferę i satysfakcję osobistą (5%), „możliwość szybkiego awansowania” (4%), „możliwość wykonywania pracy w domu” (2%), „długi urlop” oraz „zajęcie poważane przez ludzi” (0%). Wynik analizy testem Chi-kwadrat wskazuje, że różnice pomiędzy badanymi lekarzami a populacją generalną Polaków, podgrupą osób w wieku 25-34 lata oraz osób z wykształceniem wyższym i policealnym są istotne statystycznie ($p < 0,0001$).

Szczegółowa analiza różnic pokazała, że „możliwość rozwoju osobistego” jest dla badanych lekarzy zdecydowanie ważniejsza niż dla wszystkich innych porównywanych grup. „Duża samodzielność” jest dla lekarzy bardziej istotna niż dla Polaków ogółem i osób w wieku 25-34 lat. Natomiast „brak napięć i stresów” w pracy jest dla lekarzy mniej istotne niż dla wszystkich porównywanych grup. Poza tym „praca zgodna z umiejętnościami” jest dla badanych lekarzy mniej istotna niż dla Polaków ogółem i osób w wieku 25-34 lat (tabela 8).

Tabela 8. Porównanie najważniejszych cech pracy zawodowej lekarzy z wynikami raportu „Diagnoza Społeczna 2007”.
% odpowiedzi (wybierano najwyżej trzy odpowiedzi)

Najważniejsze w pracy zawodowej	Lekarze N=57	Polacy ogółem N=12672	Wiek 25-34 lata N=816	Wykształcenie wyższe i policealne N=799
Możliwość rozwoju osobistego	78,18 (1)	21,88 (5) ***	32,54 (4) ***	40,31 (4) ***
Odpowiednia płaca	70,91 (2)	74,83 (1)	75,30 (1)	69,21 (1)
Stabilność zatrudnienia	32,73 (3)	42,21 (3)	40,72 (3)	44,56 (3)
Duża samodzielność	30,91 (4)	17,98 (7) *	18,97 (7) *	24,24 (6)
Brak napięć i stresów	29,09 (5)	48,64 (2) **	51,81 (2) ***	47,91 (2) **
Praca zgodna z umiejętnościami	20,00 (6)	32,06 (4) *	25,00 (5)	36,71 (5) *
Dogodne godziny pracy	20,00 (7)	18,12 (6)	21,11 (6)	12,47 (7)
Inne czynniki	5,45 (8)	2,18 (11)	2,34 (11)	1,31 (12) *
Możliwość szybkiego awansowania	3,64 (9)	5,05 (8)	5,81 (8)	4,54 (8)
Możliwość wykonywania pracy w domu	1,82 (10)	2,17 (12)	1,87 (12)	1,82 (11)
Długi urlop	0 (11)	2,99 (10)	3,39 (9)	2,23 (10)
Zajęcie poważane przez ludzi	0 (12)	3,61 (9)	2,80 (10)	3,97 (9)

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

W nawiasach podano rangi wyników.

4.2. Sukces w zawodzie lekarza a wcześniejsze wyniki uczenia się i właściwości osobowości

4.2.1. Model sukcesu w pracy u młodych lekarzy

W prezentowanej pracy, opierając się na literaturze, wyróżniono cztery mierzalne aspekty sukcesu zawodowego młodych lekarzy.^[41,45] Są nimi: kompetencje zawodowe; satysfakcja z wyboru zawodu lekarza; stres związany z pracą i wypalenie zawodowe; oraz jakość życia (wysokość dochodów, ogólny dobrostan psychiczny i zdrowie, zadowolenie z życia). Tak zdefiniowany model poddano analizie psychometrycznej pod kątem rzetelności. Rzetelność zdefiniowano jako spójność wewnętrzną wyróżnionych skal, którą testowano poprzez analizę współczynników Alfa-Cronbacha pozycji kwestionariuszowych wchodzących w ich skład.

4.2.1.1. Kompetencje zawodowe

Za najbardziej rzetelny wskaźnik zmiennej „kompetencji zawodowych” u młodych lekarzy uznano najlepszy procentowy wynik uzyskany przez nich podczas Lekarskiego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Państwowego.

4.2.1.2. Satysfakcja z wyboru zawodu lekarza

W celu określenia aspektu „satysfakcji z wyboru zawodu lekarza” zadano pytanie dotyczące satysfakcji z wyboru zawodu obecnie i spodziewanej za pięć lat (tabela 9). Analiza rzetelności przeprowadzona dla tej skali wykazała, że jest to czynnik o zadowalającej rzetelności. Alfa-Cronbacha=0,80; średnia korelacja między pozycjami $r=0,67$, a wszystkie pozycje wchodzące w skład tego czynnika charakteryzują się wysoką mocą dyskryminacyjną (korelacja - pozycja - skala).

Tabela 9. Analiza rzetelności skali „Satysfakcja z wyboru zawodu lekarza”.

Pytanie	kwmspz*
Proszę określić na poniższej skali jak ocenia Pan/Pani obecnie satysfakcję z wyboru zawodu. bardzo nisko 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 bardzo wysoko	0,67
Proszę określić na poniższej skali jak ocenia Pan/Pani spodziewaną satysfakcję z wyboru zawodu za 5 lat. bardzo nisko 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 bardzo wysoko	0,67

* Korelacyjny wskaźnik mocy dyskryminacyjnej pozycji testowej

4.2.1.3. Stres związany z pracą i poziom wypalenia zawodowego

W celu określenia aspektu „stresu związanego z pracą i poziomem wypalenia zawodowego” zadano pytania dotyczące nadmiaru obowiązków w pracy, którym osoba badana nie mogła poddać oraz o symptomy wypalenia zawodowego - kwestionariusz wypalenia zawodowego MBI Maslach (tabela 10). Analiza rzetelności przeprowadzona dla tej skali wykazała, że jest to czynnik o zadowalającej rzetelności. Alfa-Cronbacha=0,64; średnia korelacja między pozycjami $r=0,14$, a wszystkie pozycje wchodzące w skład tego czynnika charakteryzują się wysoką mocą dyskryminacyjną (korelacja - pozycja - skala).

Tabela 10. Analiza rzetelności skali „Stres związany z pracą i poziom wypalenia zawodowego”.

Pytanie	kwmspz*	Alfa gdy - usunięte
Stres życiowy związany z pracą Przez dłuższy okres czasu odczuwała Panu/Pani nadmiar obowiązków w pracy, którym nie mogła poddać: często; zdarzyło się; nigdy; nie dotyczy	-0,37	0,74
Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego MBI Maslach Proszę przedstawić własne myśli na ten temat, poprzez wybranie odpowiedzi określającej jak często ma Pan/Pani dany pogląd, samopoczucie, przeżycie. nigdy; rzadko; sporadycznie; czasami; często; kilka razy w tygodniu; codziennie		
Wypalenie zawodowe - wyczerpanie emocjonalne	0,62	0,42
1. Przez moją pracę czuję się emocjonalnie wyczerpany/a		
2. Pod koniec dnia czuję się zmęczony/a		
3. Wstając rano czuję się zmęczony/a, myśląc o nowym dniu pracy		
4. Bardzo mnie wyczerpuje całodzienna praca z chorymi		
5. Przez moją pracę czuję się wypalony/a		
6. Przez moją pracę czuję się sfrustrowany/a		
7. Mam wrażenie, że zbyt ciężko pracuję		
8. Za bardzo stresuje mnie praca w bezpośrednim kontakcie z ludźmi		
9. Mam wrażenie, że osiągnąłem/am granice mojej wiedzy i mądrości		
Wypalenie zawodowe - depersonalizacja	0,56	0,49
10. Mam wrażenie, że niektórych pacjentów traktuję jakoby byli przedmiotami		
11. Stałem/am się bardziej obojętny/a wobec ludzi, od kiedy wykonuję obecną pracę		
12. Obawiam się, iż moja praca czyni mnie mniej współczującym/ą		
13. W rzeczywistości nie interesuje mnie, co się stanie z moimi pacjentami		
14. Mam wrażenie, że niektórzy pacjenci i ich rodziny sądzą, iż to ja odpowiadam za ich problemy		
Wypalenie zawodowe - poczucie dokonań osobistych ^{^^}	0,60	0,41
15. Łatwo mogę zrozumieć, co moi pacjenci mówią na określone tematy		
16. Udaje mi się skutecznie rozwiązywać problemy moich pacjentów		
17. Mam wrażenie, że przez moją pracę pozytywnie wpływam na życie innych		
18. Czuję w sobie duże pokłady energii		
19. Z łatwością przychodzi mi wytworzenie rozluźnionej i przyjaznej atmosfery		
20. Czuję się ożywiony/a, kiedy ściśle współpracuję z moimi pacjentami		
21. W mojej pracy osiągnąłem/am wiele znaczących celów		
22. W mojej pracy traktuje problemy emocjonalne bardzo spokojnie		

* Korelacyjny wskaźnik mocy dyskryminacyjnej pozycji testowej

^{^^} Dla celów prezentowanego badania zastosowano procedurę polegającą na odwróceniu wyników cząstkowych w podskali „poczucie dokonań osobistych”.

4.2.1.4. Jakość życia

Wysokość dochodów

W celu określenia pierwszego z aspektów jakości życia - „wysokości dochodów” zadane w kwestionariuszu pytanie dotyczyło średnich przychodów miesięcznych.

Ogólny dobrostan psychiczny i zdrowie

W celu określenia drugiego z aspektów jakości życia - „ogólnego dobrostanu psychicznego i zdrowia” zadano pięć pytań dotyczących: oceny własnego życia w ciągu ostatnich dwóch tygodni (wymiar emocjonalny jakości życia); oceny całego dotychczasowego życia (wymiar poznawczy jakości życia); oceny zdrowia fizycznego i psychicznego oraz o to, czy przez dłuższy okres czasu problemy ze zdrowiem utrudniały badanemu wykonywanie codziennych zajęć (tabela 11). Analiza rzetelności przeprowadzona dla tej skali wykazała, że jest to czynnik o satysfakcjonującej rzetelności. Alfa-Cronbacha=0,74; średnia korelacja między pozycjami $r=0,40$, a wszystkie pozycje wchodzące w skład tego czynnika charakteryzują się wysoką mocą dyskryminacyjną (korelacja - pozycja - skala).

Tabela 11. Analiza rzetelności skali „Ogólny dobrostan psychiczny i zdrowie”.

Pytanie	kwmspz*	Alfa gdy - usunięte
Biorąc wszystko razem pod uwagę, jak oceniliby Pan/Pani swoje życie w ostatnich dwóch tygodniach, czy mógłby Pan/Pani powiedzieć, że jest: bardzo szczęśliwy/a; dosyć szczęśliwy/a; niezbyt szczęśliwy/a; nieszczęśliwy/a	0,60	0,69
Jak ocenia Pan/Pani swoje całe dotychczasowe życie, czy mógłby Pan/Pani powiedzieć, że było: wspaniałe; udane; dosyć dobre; ani dobre, ani złe; niezbyt udane; nieszczęśliwe; okropne	0,37	0,73
Proszę określić na poniższej skali stan swojego zdrowia fizycznego: bardzo zły 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 bardzo dobry	0,65	0,63
Proszę określić na poniższej skali stan swojego zdrowia psychicznego: bardzo zły 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 bardzo dobry	0,72	0,60
Przez dłuższy okres czasu problemy ze zdrowiem utrudniały Panu/Pani wykonywanie codziennych zajęć lub branie udziału w innych zajęciach: często; zdarzyło się; nigdy	0,42	0,73

* Korelacyjny wskaźnik mocy dyskryminacyjnej pozycji testowej

Zadowolenie z życia

W celu określenia trzeciego z aspektów jakości życia - „zadowolenia z życia” zadano pytanie dotyczące zadowolenia z dwudziestu trzech poszczególnych dziedzin i wymiarów życia, obejmujących niemal cały obszar zainteresowań i aktywności przeciętnego człowieka (m.in. społeczne, materialne, środowiskowe, zdrowotne)

(tabela 12). Analiza rzetelności przeprowadzona dla tej skali „wykazała, że jest to czynnik o zadowalającej rzetelności. Alfa-Cronbacha=0,83; średnia korelacja między pozycjami $r=0,25$, a wszystkie pozycje wchodzące w skład tego czynnika charakteryzują się wysoką mocą dyskryminacyjną (korelacja - pozycja - skala).

Tabela 12. Analiza rzetelności skali „Zadowolenie z życia”.

Pytanie	kwmspz*	Alfa gdy - usunięte
Chcielibyśmy, aby Pan/Pani ocenił/a teraz poszczególne dziedziny swego życia i powiedział/a, w jakim stopniu jest Pan/Pani każdej z nich zadowolony/a. Oceny prosimy zaznaczyć przy wybranej cyfrze obok danej dziedziny życia. Poszczególne cyfry oznaczają: nie dotyczy; bardzo zadowolony/a; zadowolona/y; dosyć zadowolony/a; dosyć niezadowolony/a; niezadowolony/a; bardzo niezadowolony/a. W jakim stopniu zadowolony/a jest Pan/Pani:		
1. ze swoich stosunków z najbliższymi w rodzinie	0,34	0,82
2. z sytuacji finansowej własnej rodziny	0,38	0,82
3. ze stosunków z kolegami (grupą przyjaciół)	0,38	0,82
4. z obecnych dochodów rodziny	0,42	0,82
5. z możliwości zaspokojenia potrzeb żywnościowych	0,48	0,82
6. ze stanu swojego zdrowia	0,35	0,82
7. ze swoich osiągnięć życiowych	0,24	0,83
8. z sytuacji w kraju	0,48	0,82
9. z warunków mieszkaniowych	0,62	0,81
10. z miejscowości, w której Pani żyje	0,64	0,81
11. z poziomu dostępnych dóbr i usług	0,48	0,82
12. z perspektyw na przyszłość	0,61	0,82
13. z życia seksualnego	0,36	0,82
14. ze swego wykształcenia	0,41	0,82
15. ze sposobu spędzania wolnego czasu	0,52	0,82
16. z norm moralnych panujących w otoczeniu	0,60	0,81
17. z pracy	0,52	0,81
18. z dzieci	-0,24	0,87
19. z małżeństwa	0,06	0,85
20. ze stanu bezpieczeństwa w miejscu zamieszkania	0,73	0,81
21. z opieki zdrowotnej blisko miejsca zamieszkania	0,65	0,81
22. ze swojego uczestnictwa w kulturze	0,48	0,82
23. ze stosunków ze współpracownikami i przełożonymi	0,56	0,81

* Korelacyjny wskaźnik mocy dyskryminacyjnej pozycji testowej

4.2.1.5. Podsumowanie

Wyniki analizy pokazują, że wymienione powyżej psychologiczne wskaźniki sukcesu zawodowego charakteryzują się satysfakcjonującą spójnością, czyli rzetelnością i mogą stanowić precyzyjny wskaźnik odczuwanego poczucia sukcesu zawodowego. Jednocześnie wskaźniki te mierzone są na różnych skalach tzn. że nie mogą być wprost porównywane, uśredniane itd. dlatego też przed dalszą analizą poddano je standaryzacji.

4.2.2. Kompetencje zawodowe a wcześniejsze wyniki uczenia i właściwości osobowości

W celu ustalenia, które ze zmiennych występujących na poszczególnych etapach studiowania oraz poszczególnych właściwości osobowości wyjaśniają kompetencje zawodowe przeprowadzono analizy regresji liniowej metodą postępującego wprowadzania FORWARD. W każdej z analiz zmienną zależną był wynik Lekarskiego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Państwowego (najlepszy uzyskany przez badanych), zmiennymi niezależnymi: oceny na świadectwie maturalnym i egzaminie wstępnym na studia; średnie ocen na poszczególnych latach studiów; osobowość na poszczególnych latach studiów; poszczególne właściwości osobowości mierzone przez cały okres studiów.

Analizy regresji pokazały, że informacja o przebiegu nauki na studiach, czyli łączny wpływ średnich ocen na studiach stanowi 21% zróżnicowania ($R^2=21\%$; $R=0,09$; $p<0,001$); a łączny wpływ ocen na świadectwie maturalnym i egzaminie wstępnym stanowi 9% zróżnicowania ($R^2=9\%$; $R=0,03$; $p<0,001$). Analiza modeli regresji testujących wpływ osobowości na poszczególnych latach studiów oraz poszczególnych właściwości osobowości mierzonych przez okres całych studiów nie ujawnia istotnych statystycznie wyników. To wskazuje, że żadna z właściwości osobowości, ani też żaden etap studiowania nie mogą stanowić kryterium dla przewidywania wyników Lekarskiego Egzaminu Państwowego. Zapewne więc pewna konstelacja wielu aspektów mierzonych na wielu etapach studiów jest konieczna dla trafnego przewidywania kompetencji zawodowych (tabela 13).

Dokładna analiza zmiennych wskazała, że szczególne znaczenie dla wyjaśnienia kompetencji zawodowych ma konstelacja następujących czynników uczenia się: średnie ocen uzyskiwanych na piątym ($\beta=0,23$) i szóstym roku studiów ($\beta=0,15$). Im wyższe oceny na studiach, tym wyższe kompetencje zawodowe (tabela 14).

Tabela 13. Kompetencje zawodowe a wcześniejsze wyniki uczenia się i właściwości osobowości.

Zmienne objaśniające kompetencje zawodowe	R ²	R ² /df	F	df	p
Egzaminy maturalne i wstępne	0,09***	0,03	3,867	7;269	<0,001
Oceny na studiach	0,21***	0,09	11,954	6;270	<0,001
Etapy studiowania					
Osobowość w roku 0	0,13	0,02	0,666	51;225	0,958
Osobowość w roku 1	0,13	0,02	0,655	50;226	0,962
Osobowość w roku 2	0,19	0,03	0,980	52;224	0,519
Osobowość w roku 3	0,15	0,02	0,758	51;225	0,881
Osobowość w roku 4	0,14	0,02	0,707	52;224	0,931
Osobowość w roku 5	0,17	0,02	0,917	52;224	0,634
Osobowość w roku 6	0,16	0,02	0,836	51;225	0,775
Właściwości osobowości					
Depresyjność	0,03	0,01	1,099	7;269	0,364
Poczucie koherencji	0,06	0,01	0,672	21;252	0,877
Lęk (jako cecha i stan)	0,04	0,01	0,795	14;262	0,674
Strategie radzenie sobie ze stresem	0,16	0,02	0,726	56;220	0,922
Hierarchia wartości ostatecznych	0,44	0,04	0,925	126;150	0,674
Hierarchia wartości instrumentalnych	0,44	0,04	0,951	126;150	0,614
Potrzeba aprobaty społecznej	0,01	0,00	0,586	5;221	0,710

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Tabela 14. Kompetencje zawodowe a szczególnie istotne wcześniejsze wyniki uczenia się i właściwości osobowości.

Zmienna objaśniająca kompetencje zawodowe		Siła i istotność wpływu		
		B	Beta	p
Egz. maturalne i wstępne	matura - chemia	1,03	0,12	0,990
Oceny na studiach	R5 średnia ocen	3,86	0,23	0,004
	R6 średnia ocen	3,59	0,15	0,044

4.2.3. Satysfakcja z wyboru zawodu lekarza a wcześniejsze wyniki uczenia się i właściwości osobowości

W celu ustalenia, które ze zmiennych występujących na poszczególnych etapach studiowania oraz poszczególnych właściwości osobowości wyjaśniają poziom satysfakcji z wyboru zawodu lekarza przeprowadzono analizy regresji liniowej metodą postępującego wprowadzania FORWARD. W każdej z analiz zmienną, podobnie jak w poprzednim punkcie, zależną był wynik skali „Satysfakcja z wyboru zawodu lekarza”, a zmiennymi niezależnymi: oceny na świadectwie maturalnym i egzaminie wstępnym na studia; średnie ocen na poszczególnych latach studiów; osobowość na poszczególnych latach studiów; poszczególne właściwości osobowości mierzone przez cały okres studiów.

Analizy regresji dotyczące poszczególnych etapów studiowania pokazały, że łączny wpływ właściwości osobowości w momencie kandydowania na studia medyczne wyjaśnia 42% zróżnicowania satysfakcji z wyboru zawodu lekarza ($R^2=42\%$; $R=0,13$; $p=0,003$). Ponadto łączny wpływ właściwości osobowości w trakcie trzeciego

roku studiów stanowi 67% zróżnicowania ($R^2=67\%$; $R=0,13$; $p=0,025$); łączny wpływ właściwości osobowości w trakcie czwartego roku studiów stanowi 73% zróżnicowania ($R^2=73\%$; $R=0,16$; $p<0,001$); łączny wpływ właściwości osobowości w trakcie piątego roku studiów stanowi 45% zróżnicowania ($R^2=45\%$; $R=0,16$; $p<0,001$) oraz łączny wpływ właściwości osobowości w trakcie szóstego roku studiów stanowi 41% zróżnicowania ($R^2=41\%$; $R=0,12$; $p=0,013$). Analizy regresji dotyczące poszczególnych właściwości osobowości pokazały, że łączny wpływ strategii radzenia sobie ze stresem stanowi 69% zróżnicowania wyników satysfakcji z wyboru zawodu lekarza ($R^2=69\%$; $R=0,14$; $p=0,004$); łączny wpływ poczucia koherencji stanowi 40% zróżnicowania ($R^2=40\%$; $R=0,12$; $p=0,012$); łączny wpływ lęku stanowi 17% zróżnicowania ($R^2=17\%$; $R=0,12$; $p=0,009$); łączny wpływ depresyjności stanowi 12% zróżnicowania ($R^2=12\%$; $R=0,09$; $p=0,036$) (tabela 15).

Dokładna analiza wprowadzonych zmiennych wskazuje, że szczególne znaczenie dla wyjaśniania satysfakcji z pracy mają konstelacje pewnych właściwości osobowości w momencie kandydowania i na poszczególnych latach studiów. W momencie kandydowania na studia medyczne szczególne znaczenie mają: konfrontacyjne strategie radzenia sobie: działanie w celu rozwiązania problemu ($\beta=1,15$) i pozytywne przewartościowanie ($\beta=1,10$) oraz unikowe strategie: wyładowanie emocjonalne ($\beta=-2,37$), poszukiwanie zastępczych wzmocnień ($\beta=-1,04$) i akceptacja-rezygnacja ($\beta=1,03$). Istotne znaczenie ma również lęk-cecha ($\beta=0,33$). Satysfakcja z wyboru zawodu lekarza jest tym większa im częściej w momencie kandydowania na studia medyczne stosowane są strategie konfrontacyjne działanie w celu rozwiązania problemu i pozytywne przewartościowanie oraz unikowa akceptacja-rezygnacja, a rzadziej unikowe strategie wyładowanie emocjonalne i poszukiwanie zastępczych wzmocnień. Satysfakcja z wyboru zawodu jest także tym wyższa, im wyższy poziom lęku-cechy w momencie kandydowania na studia medyczne.

W trakcie pierwszego roku studiów szczególne znaczenie mają: konfrontacyjna strategia radzenia sobie poszukiwanie kierownictwa i wsparcia ($\beta=-2,67$) oraz unikowa unikanie poznawcze ($\beta=0,67$), a także lęk-cecha ($\beta=-0,34$) oraz jedna ze składowych poczucia koherencji - zaradność ($\beta=1,12$). Satysfakcja z wyboru zawodu lekarza jest tym wyższa, im na pierwszym roku studiów rzadziej stosowana jest konfrontacyjna strategia poszukiwanie kierownictwa i wsparcia, a częściej stosowana unikowa strategia unikanie poznawcze, niższy poziom lęku-cechy i wyższe poczucie zaradności.

Podczas drugiego roku studiów szczególne znaczenie mają: konfrontacyjne strategie poszukiwanie kierownictwa i wsparcia ($\beta=2,16$) i analiza logiczna ($\beta=0,66$) oraz dwie składowe poczucia koherencji: zaradność ($\beta=-0,88$) i sensowność ($\beta=0,72$). Satysfakcja z wyboru zawodu lekarza jest tym wyższa, im częściej stosowane podczas drugiego roku studiów konfrontacyjne strategie poszukiwanie kierownictwa i wsparcia i analiza logiczna, wyższe poczucie sensowności i niższe poczucie zaradności.

Podczas trzeciego roku studiów szczególne znaczenie mają: konfrontacyjne strategie radzenia sobie: pozytywne przewartościowanie ($\beta=-5,24$), działanie w celu rozwiązania problemu ($\beta=4,06$) oraz unikowa akceptacja-rezygnacja ($\beta=2,13$). Satysfakcja z wyboru zawodu lekarza jest także tym wyższa im rzadziej stosowana jest konfrontacyjna strategia pozytywne przewartościowanie, częściej stosowane strategia konfrontacyjna: działanie w celu rozwiązania problemu oraz unikowa akceptacja-rezygnacja.

W trakcie czwartego roku studiów szczególne znaczenie mają: konfrontacyjne strategie radzenia sobie: pozytywne przewartościowanie ($\beta=4,46$) i działanie w celu rozwiązania problemu ($\beta=-4,16$) oraz wszystkie cztery unikowe: wyładowanie emocjonalne ($\beta=5,25$), akceptacja-rezygnacja ($\beta=-2,49$), poszukiwanie zastępczych wzmocnień ($\beta=-0,95$) i unikanie poznawcze ($\beta=-0,60$). Szczególne znaczenie ma także składowa poczucia koherencji zaradność ($\beta=-0,74$). Satysfakcja z wyboru zawodu jest tym wyższa im podczas czwartego roku studiów częściej stosowane są konfrontacyjna strategia pozytywne przewartościowanie oraz unikowa wyładowanie emocjonalne, a rzadziej stosowane strategie konfrontacyjne działanie w celu rozwiązania problemu i unikowe akceptacja-rezygnacja, poszukiwanie zastępczych wzmocnień, unikanie poznawcze oraz niższe poczucie zaradności.

W trakcie piątego roku studiów szczególne znaczenie mają: unikowe strategie: poszukiwanie zastępczych wzmocnień ($\beta=1,95$) i akceptacja-rezygnacja ($\beta=-0,72$), dwie ze składowych poczucia koherencji: zaradność ($\beta=0,99$) i zrozumiałość ($\beta=1,30$) oraz poziom depresyjności ($\beta=-0,73$). Satysfakcja z wyboru zawodu lekarza jest tym wyższa im w trakcie piątego roku częściej stosowane strategie unikowe poszukiwanie zastępczych wzmocnień i rzadziej akceptacja-rezygnacja. Poza tym znaczenie mają składowe poczucia koherencji. Satysfakcja jest wyższa podczas gdy na piątym roku wyższe jest poczucie zrozumiałości i zaradności oraz niższy poziom depresyjności.

W trakcie szóstego roku studiów szczególne znaczenie mają: dwie ze składowych poczucia koherencji: sensowność ($\beta=-0,70$) i zrozumiałość ($\beta=-0,97$).

Im niższe poczucie zrozumiałości i sensowności podczas szóstego roku studiów tym wyższa satysfakcja z wyboru zawodu lekarza (tabela 16).

Tabela 15. Satysfakcja z wyboru zawodu lekarza a wcześniejsze wyniki uczenia się i właściwości osobowości.

Zmienne objaśniające satysfakcja z wyboru zawodu lekarza	R ²	R ² /df	F	df	p
Egzaminy maturalne i wstępne	0,11	0,04	0,966	6;48	0,458
Oceny na studiach	0,01	0,00	0,054	6;48	0,999
Etapy studiowania					
Osobowość w roku 0	0,42**	0,13	3,218	10;45	0,003
Osobowość w roku 1	0,37	0,09	1,300	17;38	0,245
Osobowość w roku 2	0,32	0,09	1,671	12;43	0,108
Osobowość w roku 3	0,67*	0,13	2,146	27;28	0,025
Osobowość w roku 4	0,73***	0,16	4,774	20;35	<0,001
Osobowość w roku 5	0,45***	0,16	4,791	8;47	<0,001
Osobowość w roku 6	0,41*	0,12	2,539	12;43	0,013
Właściwości osobowości					
Depresyjność	0,12*	0,09	3,561	2;52	0,036
Poczucie koherencji	0,40*	0,12	2,599	11;43	0,012
Lęk (stan i cecha)	0,17**	0,12	5,222	2;52	0,009
Strategie radzenie sobie ze stresem	0,69**	0,14	2,813	24;30	0,004
Hierarchia wartości ostatecznych	0,40	0,08	0,718	26;28	0,800
Hierarchia wartości instrumentalnych	0,50	0,10	1,075	26;28	0,424
Potrzeba aprobaty społecznej	0,01	0,01	1,073	1;53	0,305

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Tabela 16. Satysfakcja z wyboru zawodu lekarza a szczególnie istotne wcześniejsze właściwości osobowości.

Zmienne objaśniające satysfakcja z wyboru zawodu lekarza		Istotność i siła wpływu		
		B	Beta	p
Depresyjność	R5	-0,06	-0,73	0,017
Poczucie koherencji	R1 zaradność	0,12	1,12	0,014
	R2 zaradność	-0,10	-0,88	0,030
	R2 sensowność	0,09	0,72	0,031
	R4 zaradność	-0,08	-0,74	0,049
	R5 zrozumiałość	0,15	1,30	0,007
	R5 zaradność	0,12	0,99	0,035
	R6 zrozumiałość	-0,10	-0,97	0,048
Lęk	R6 sensowność	-0,09	-0,70	0,017
	R0 cecha	4,12	0,33	0,003
Strategie radzenie sobie ze stresem	R1 cecha	-4,23	-0,34	0,003
	R0 akceptacja-rezygnacja	0,17	1,03	0,002
Strategie radzenie sobie ze stresem	R0 pozytywne przewartościowanie	0,17	1,10	<0,001
	R0 działanie w celu rozwiązania problemu	0,18	1,15	0,001
	R0 wyładowanie emocjonalne	-0,30	-2,37	<0,001
	R0 poszukiwanie zastępczych wzmocnień	-0,18	-1,04	0,001
	R1 poszukiwanie kierownictwa i wsparcia	-0,34	-2,67	<0,001
	R1 unikanie poznawcze	0,09	0,67	0,003
	R2 poszukiwanie kierownictwa i wsparcia	0,28	2,16	<0,001
	R2 analiza logiczna	0,13	0,66	0,014
	R3 akceptacja-rezygnacja	0,40	2,13	<0,001
	R3 pozytywne przewartościowanie	-0,85	-5,24	<0,001
	R3 działanie w celu rozwiązania problemu	0,67	4,06	<0,001
	R4 akceptacja-rezygnacja	-0,43	-2,49	<0,001
	R4 pozytywne przewartościowanie	0,72	4,46	<0,001
	R4 działanie w celu rozwiązania problemu	-0,68	-4,16	<0,001
	R4 unikanie poznawcze	-0,08	-0,60	0,007
	R4 wyładowanie emocjonalne	0,65	5,25	<0,001
	R4 poszukiwanie zastępczych wzmocnień	-0,16	-0,95	0,003
R5 akceptacja-rezygnacja	-0,13	-0,72	0,035	
R5 poszukiwanie zastępczych wzmocnień	0,31	1,95	<0,001	

4.2.4. Stres związany z pracą i wypalenie zawodowe a wcześniejsze wyniki uczenia się i właściwości osobowości

W celu ustalenia, które ze zmiennych występujących na poszczególnych etapach studiowania oraz poszczególnych właściwości osobowości wyjaśniają poziom stresu związanego z pracą i poziom wypalenia zawodowego przeprowadzono kolejne analizy regresji liniowej metodą postępującego wprowadzania FORWARD. W każdej z analiz zmienną zależną był wynik w skali „Stres związany z pracą i wypalenie zawodowe”, zmiennymi niezależnymi: oceny na świadectwie maturalnym i egzaminie wstępnym na studia; średnie ocen na poszczególnych latach studiów; osobowość na poszczególnych latach studiów; poszczególne właściwości osobowości mierzone przez cały okres studiów.

Analizy regresji dotyczące poszczególnych etapów studiowania pokazały, że łączny wpływ właściwości osobowości w momencie kandydowania na studia wyjaśnia 69% zróżnicowania poziomu stresu związanego z pracą i poziomu wypalenia zawodowego ($R^2=69\%$; $R=0,04$; $p=0,002$); pierwszego roku studiów 77% zróżnicowania ($R^2=77\%$; $R=0,03$; $p=0,001$); drugiego roku studiów 75% zróżnicowania ($R^2=75\%$; $R=0,22$; $p<0,001$); czwartego roku studiów 32% zróżnicowania ($R^2=32\%$; $R=0,14$; $p<0,001$); piątego roku studiów 66% zróżnicowania ($R^2=66\%$; $R=0,02$; $p<0,001$) i szóstego roku studiów stanowi 54% zróżnicowania ($R^2=54\%$; $R=0,10$; $p<0,001$). Analizy regresji dotyczące poszczególnych właściwości osobowości pokazały, że łączny wpływ poczucia koherencji stanowi 16% zróżnicowania poziomu stresu związanego z pracą i poziomu wypalenia zawodowego ($R^2=16\%$; $R=0,41$; $p=0,002$); łączny wpływ lęku 12% zróżnicowania ($R^2=12\%$; $R=0,34$; $p=0,010$); depresyjności stanowi 9% zróżnicowania ($R^2=9\%$; $R=0,30$; $p=0,023$); potrzeby aprobaty społecznej stanowi 9% zróżnicowania ($R^2=9\%$; $R=0,31$; $p=0,022$) (tabela 17).

Dokładna analiza wprowadzonych zmiennych wskazuje, że szczególne znaczenie dla wyjaśniania poziomu stresu związanego z pracą i poziomu wypalenia zawodowego mają konstelacje pewnych właściwości osobowości na poszczególnych latach studiów. Podczas trzeciego roku studiów szczególne znaczenie mają: poziom depresyjności ($\beta=0,30$) i poziom potrzeby aprobaty społecznej ($\beta=-0,01$). W trakcie czwartego roku lęk-cecha ($\beta=0,17$), szóstego roku: jedna ze składowych poczucia koherencji - zrozumiałość ($\beta=-0,41$). Stres związany z pracą i poziom wypalenia zawodowego jest tym wyższy im wyższy jest poziom depresyjności i niższy poziom potrzeby aprobaty społecznej podczas trzeciego roku studiów, wyższy poziom lęku

-cechy podczas czwartego roku studiów oraz mniejsze poczucie zrozumiałości podczas szóstego roku studiów (tabela 18).

Tabela 17. Stres związany z pracą i wypalenie zawodowe a wcześniejsze wyniki uczenia się i właściwości osobowości.

Zmienne objaśniające stres zw. z pracą i wypalenie zawodowe	R ²	R ² /df	F	df	p
Egzaminy maturalne i wstępne	0,10	0,05	0,766	6;48	0,618
Oceny na studiach	0,01	0,02	0,094	6;48	0,997
Etapy studiowania					
Osobowość w roku 0	0,69**	0,04	3,066	23;32	0,002
Osobowość w roku 1	0,77**	0,03	3,287	26;28	0,001
Osobowość w roku 2	0,75***	0,22	4,838	21;34	<0,001
Osobowość w roku 3	0,50	0,03	1,368	23;32	0,203
Osobowość w roku 4	0,32***	0,14	6,106	4;51	<0,001
Osobowość w roku 5	0,66***	0,02	3,676	19;36	<0,001
Osobowość w roku 6	0,54***	0,10	8,039	7;48	<0,001
Właściwości osobowości					
Depresyjność	0,09*	0,30	5,50	1;54	0,023
Poczucie koherencji	0,16**	0,41	10,66	1;54	0,002
Lęk (stan i cecha)	0,12**	0,34	7,23	1;54	0,010
Strategie radzenie sobie ze stresem	0,20	0,05	1,31	9;46	0,260
Hierarchia wartości ostatecznych	0,42	0,03	0,80	20;26	0,720
Hierarchia wartości instrumentalnych	0,58	0,03	1,53	26;29	0,132
Potrzeba aprobaty społecznej	0,09*	0,31	5,56	1;54	0,022

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Tabela 18. Stres związany z pracą i wypalenie zawodowe a szczególnie istotne a wcześniejsze właściwości osobowości.

Zmienne objaśniające stres zw. z pracą i wypalenie zawodowe		Istotność i siła wpływu		
		B	Beta	p
Depresyjność	R3	0,02	0,30	0,023
Poczucie koherencji	R6 zrozumiałość	-0,03	-0,41	0,002
Lęk	R4 cecha	0,10	0,17	0,010
Potrzeba aprobaty społecznej	R3	-0,05	-0,01	0,022

4.2.5. Jakość życia a wcześniejsze wyniki uczenia się i właściwości osobowości

4.2.5.1. Wysokość dochodów

W celu ustalenia, które ze zmiennych występujących na poszczególnych etapach studiowania oraz poszczególnych właściwości osobowości wyjaśniają wysokość dochodów przeprowadzono analizy regresji liniowej metodą postępującego wprowadzania FORWARD. W każdej z analiz zmienną zależną była wysokość dochodów*, a zmiennymi niezależnymi: oceny na świadectwie maturalnym i egzaminie wstępnym na studia; średnie ocen na poszczególnych latach studiów;

* Wysokość dochodów traktowana była w sposób ilościowy, co jest pewnym przybliżeniem ze względu na przedziałowy charakter tej zmiennej i stosunkowo silny lewoskośny rozkład jej wyników. Jednakże zdecydowano się na zastosowanie modelu liniowego ze względu na porównywalność wyników do pozostałych analiz opisywanych w prezentowanym rozdziale.

osobowość na poszczególnych latach studiów; poszczególne właściwości osobowości mierzone przez cały okres studiów.

Analizy regresji dotyczące poszczególnych etapów studiowania pokazały, że łączny wpływ właściwości osobowości w trakcie trzeciego roku studiów wyjaśnia 47% zróżnicowania wysokości dochodów ($R^2=47\%$; $R=0,23$; $p=0,010$), a w trakcie piątego roku studiów 36% ($R^2=36\%$; $R=0,25$; $p=0,007$). Analizy regresji dotyczące poszczególnych właściwości osobowości pokazały, że łączny wpływ poczucia koherencji stanowi 54% zróżnicowania wysokości dochodów ($R^2=54\%$; $R=0,39$; $p<0,001$); lęku 48% zróżnicowania ($R^2=48\%$; $R=0,24$; $p=0,008$); a depresyjności 41% zróżnicowania ($R^2=41\%$; $R=0,30$; $p=0,010$) (tabela 19).

Dokładna analiza wprowadzonych zmiennych wskazuje, że szczególne znaczenie dla wyjaśniania wysokości dochodów mają konstelacje pewnych właściwości osobowości w momencie kandydowania i na poszczególnych latach studiów. W momencie kandydowania na studia medyczne szczególne znaczenie ma lęk-cecha ($\beta=3,49$). W trakcie pierwszego roku studiów szczególne znaczenie ma jedna ze składowych poczucia koherencji - sensowność ($\beta=0,87$). W trakcie szóstego roku studiów ponownie lęk-cecha ($\beta=-1,53$). Wysokość dochodów jest tym wyższa im wyższy jest poziom lęku-cechy w momencie kandydowania na studia medyczne, oraz większe poczucie sensowności podczas pierwszego roku studiów i niższy poziom lęku-cechu podczas szóstego roku studiów (tabela 20).

Tabela 19. Wysokość dochodów a wcześniejsze wyniki uczenia się i właściwości osobowości.

Zmienne objaśniające wysokość dochodów	R^2	R^2/df	F	df	p
Egzaminy maturalne i wstępne	0,21	0,08	0,642	7;47	0,716
Oceny na studiach	0,31	0,13	1,356	6;48	0,284
Etapy studiowania					
Osobowość w roku 0	0,48	0,18	2,246	7;47	0,082
Osobowość w roku 1	0,12	0,08	3,007	1;53	0,096
Osobowość w roku 2	0,02	0,01	0,230	1;53	0,876
Osobowość w roku 3	0,47**	0,23	4,407	4;50	0,010
Osobowość w roku 4	0,15	0,11	1,972	2;52	0,163
Osobowość w roku 5	0,36**	0,25	6,183	2;52	0,007
Osobowość w roku 6	0,61	0,35	1,546	3;51	0,232
Właściwości osobowości					
Depresyjność	0,41**	0,24	4,868	3;51	0,010
Poczucie koherencji	0,54***	0,39	13,166	2;52	<0,001
Lęk (stan i cecha)	0,48**	0,24	4,690	4;50	0,008
Strategie radzenie sobie ze stresem	0,01	0,01	0,761	1;53	0,387
Hierarchia wartości ostatecznych	0,02	0,01	1,031	1;53	0,315
Hierarchia wartości instrumentalnych	0,03	0,02	1,213	1;53	0,276
Potrzeba aprobaty społecznej	0,01	0,01	0,459	1;53	0,501

* $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$

Tabela 20. Wysokość dochodów a szczególnie istotne wcześniejsze właściwości osobowości.

Zmienne objaśniające wysokość dochodów		Istotność i siła wpływu		
		B	Beta	p
Depresyjność	R2	-0,05	-0,73	0,059
	R3	0,04	0,59	0,088
	R1	-0,02	-0,38	0,090
Poczucie koherencji	R1 sensowność	0,09	0,87	<0,001
Lęk	R0 cecha	0,15	3,49	0,031
	R1 stan	-0,14	-3,01	0,055
	R6 cecha	-0,55	-1,53	0,006

4.2.5.2. Ogólny dobrostan psychiczny i zdrowie

W celu ustalenia, które ze zmiennych występujących na poszczególnych etapach studiowania oraz poszczególnych właściwości osobowości wyjaśniają ogólny dobrostan psychiczny i zdrowie przeprowadzono analizy regresji liniowej metodą postępującego wprowadzania FORWARD. W każdej z analiz zmienną zależną był wynik w skali „Ogólny dobrostan psychiczny i zdrowie”, a zmiennymi niezależnymi: oceny na świadectwie maturalnym i egzaminie wstępnym na studia; średnie ocen na poszczególnych latach studiów; osobowość na poszczególnych latach studiów; poszczególne właściwości osobowości mierzone przez cały okres studiów.

Analizy regresji dotyczące poszczególnych etapów studiowania pokazały, że łączny wpływ właściwości osobowości w trakcie czwartego roku studiów wyjaśnia 27% zróżnicowania ogólnego dobrostanu psychicznego i zdrowia ($R^2=27\%$; $R=0,19$; $p=0,033$); a w trakcie szóstego roku studiów 27% zróżnicowania ($R^2=27\%$; $R=0,27$; $p=0,008$). Analizy regresji dotyczące poszczególnych właściwości osobowości pokazały, że łączny wpływ poczucia koherencji stanowi 88% zróżnicowania poziomu ogólnego dobrostanu psychicznego i zdrowia ($R^2=88\%$; $R=0,25$; $p=0,001$); lęku 58% zróżnicowania ($R^2=58\%$; $R=0,33$; $p<0,001$); depresyjności 23% zróżnicowania ($R^2=23\%$; $R=0,23$; $p=0,014$) (tabela 21).

Dokładna analiza wprowadzonych zmiennych wskazuje, że szczególne znaczenie dla wyjaśniania poziomu zadowolenia z życia mają konstelacje pewnych właściwości osobowości w momencie kandydowania i na poszczególnych latach studiów. W momencie kandydowania na studia medyczne szczególne znaczenie ma lęk-cecha ($\beta=-0,14$). W trakcie pierwszego roku studiów szczególne znaczenie ma poczucie sensowności ($\beta=-0,06$). W trakcie drugiego roku studiów: lęk-cecha ($\beta=-0,15$) oraz dwie ze składowych poczucia koherencji: zrozumiałość ($\beta=0,20$) i zaradność ($\beta=-0,07$). W trakcie czwartego roku studiów szczególne znaczenie mają

wszystkie trzy składowe poczucia koherencji - zrozumiałość ($\beta=-0,17$), zaradność ($\beta=0,18$) i sensowność ($\beta=-0,32$). W trakcie piątego roku studiów dwie ze składowych poczucia koherencji: zaradność ($\beta=-0,28$) i sensowność ($\beta=0,23$). W trakcie szóstego roku studiów szczególne znaczenie mają także dwie ze składowych poczucia koherencji: zaradność ($\beta=0,21$) i sensowność ($\beta=-0,14$) oraz depresyjność ($\beta=-0,03$). Ogólny dobrostan psychiczny jest tym większy im niższy poziom lęku-cechy w momencie kandydowania na studia medyczne i podczas drugiego roku studiów. Poza tym ogólny dobrostan psychiczny i zdrowie jest tym większy im mniejsze poczucie sensowności podczas pierwszego, czwartego i szóstego roku studiów oraz większe podczas piątego roku studiów. Dobrostan jest także tym wyższy im wyższe poczucie zrozumiałości podczas drugiego i niższe podczas trzeciego roku studiów, a także niższe poczucie zaradności podczas drugiego i piątego a wyższe podczas czwartego i szóstego roku studiów. Dodatkowo im niższy poziom depresyjności podczas szóstego roku studiów tym wyższy poziom ogólnego dobrostanu psychicznego i zdrowia (tabela 22).

Tabela 21. Ogólny dobrostan psychiczny i zdrowie a wcześniejsze wyniki uczenia się i właściwości osobowości.

Zmienne objaśniające ogólny dobrostan psychiczny i zdrowie	R ²	R ² /df	F	df	p
Egzaminy maturalne i wstępne	0,01	0,01	0,310	1;53	0,580
Oceny na studiach	0,15	0,15	4,147	1;53	0,053
Etapy studiowania					
Osobowość w roku 0	0,01	0,01	0,310	1;53	0,580
Osobowość w roku 1	0,15	0,15	4,147	1;53	0,053
Osobowość w roku 2	0,02	0,02	0,421	1;53	0,519
Osobowość w roku 3	0,11	0,08	1,403	2;52	0,267
Osobowość w roku 4	0,27*	0,19	4,009	2;52	0,033
Osobowość w roku 5	0,51	0,19	2,486	7;47	0,059
Osobowość w roku 6	0,27**	0,27	8,450	1;53	0,008
Właściwości osobowości					
Depresyjność	0,23*	0,23	7,038	1;53	0,014
Poczucie koherencji	0,88**	0,25	7,033	12;42	0,001
Lęk (stan i cecha)	0,58***	0,33	9,525	3;51	<0,001
Strategie radzenie sobie ze stresem	0,02	0,02	0,395	1;53	0,532
Hierarchia wartości ostatecznych	0,01	0,01	0,297	1;53	0,588
Hierarchia wartości instrumentalnych	0,02	0,02	0,408	1;53	0,526
Potrzeba aprobaty społecznej	0,24*	0,24	7,41	1;53	0,012

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Tabela 22. Ogólny dobrostan psychiczny i zdrowie a szczególnie istotne wcześniejsze właściwości osobowości.

Zmienne objaśniające ogólny dobrostan psychiczny i zdrowie		Istotność i siła wpływu			
		B	Beta	p	
Depresyjność	R6	-0,03	-0,48	0,014	
Poczucie koherencji	R0 zaradność	0,04	0,44	0,089	
	R1 sensowność	-0,06	-0,66	0,014	
	R2 zrozumiałość	0,20	2,41	<0,001	
	R2 zaradność	-0,07	-0,84	0,009	
	R3 sensowność	0,27	3,13	0,002	
	R4 zrozumiałość	-0,17	-2,02	0,001	
	R4 zaradność	0,18	2,36	<0,001	
	R4 sensowność	-0,32	-3,71	<0,001	
	R5 zaradność	-0,28	-3,29	0,003	
	R5 sensowność	0,23	2,56	0,001	
	R6 zaradność	0,21	2,86	0,007	
	R6 sensowność	-0,14	-1,81	0,049	
	Lęk	R0 stan	-0,14	-3,41	0,040
		R0 cecha	0,12	3,01	0,067
R2 cecha		-0,15	-0,43	0,014	
Potrzeba aprobaty społecznej	R2	0,08	0,49	0,012	

4.2.5.3. Zadowolenie z życia

W celu ustalenia, które ze zmiennych występujących na poszczególnych etapach studiowania oraz poszczególnych właściwości osobowości wyjaśniają zadowolenie z życia przeprowadzono analizy regresji liniowej metodą postępującego wprowadzania FORWARD. W każdej z analiz zmienną zależną był wynik w skali „Zadowolenie z życia”, zmiennymi niezależnymi: oceny na świadectwie maturalnym i egzaminie wstępnym na studia; średnie ocen na poszczególnych latach studiów; osobowość na poszczególnych latach studiów; poszczególne właściwości osobowości mierzone przez cały okres studiów.

Analizy regresji dotyczące poszczególnych etapów studiowania pokazały, że łączny wpływ właściwości osobowości w trakcie czwartego roku studiów wyjaśnia 47% różnicowania zadowolenia z życia ($R^2=47\%$; $R=0,05$; $p=0,001$); w trakcie piątego roku studiów 27% ($R^2=27\%$; $R=0,09$; $p=0,001$); a w trakcie szóstego roku studiów stanowi 68% różnicowania ($R^2=68\%$; $R=0,03$; $p=0,006$). Analizy regresji dotyczące poszczególnych właściwości osobowości pokazały, że łączny wpływ poczucia koherencji stanowi 40% różnicowania poziomu zadowolenia z życia ($R^2=40\%$; $R=0,04$; $p=0,012$); łączny wpływ poziomu lęku stanowi 17% różnicowania ($R^2=17\%$; $R=0,08$; $p=0,009$); a depresyjności 12% różnicowania ($R^2=12\%$; $R=0,06$; $p=0,036$) (tabela 23).

Dokładna analiza wprowadzonych zmiennych wskazuje, że szczególne znaczenie dla wyjaśniania poziomu zadowolenia z życia mają konstelacje pewnych właściwości osobowości w momencie kandydowania i na poszczególnych latach

studiów. W momencie kandydowania na studia medyczne szczególne znaczenie ma lęk-cecha ($\beta=4,23$). W trakcie pierwszego roku studiów szczególne znaczenie mają: jedna ze składowych poczucia koherencji - zaradność ($\beta=-1,12$) oraz lęk-cecha ($\beta=-4,12$). Podczas drugiego roku studiów szczególne znaczenie mają wszystkie trzy ze składowych poczucia koherencji: zrozumiałość ($\beta=0,68$), sensowność ($\beta=-0,72$) i zaradność ($\beta=0,88$). W trakcie czwartego roku studiów: jedna ze składowych poczucia koherencji - zaradność ($\beta=-0,99$). W trakcie piątego roku dwie ze składowych poczucia koherencji: zaradność ($\beta=-0,99$) i zrozumiałość ($\beta=-1,30$). W trakcie szóstego roku studiów szczególne znaczenie mają także dwie ze składowych poczucia koherencji: sensowność ($\beta=0,70$) i zrozumiałość ($\beta=0,87$). Zadowolenie z życia jest tym większe im Wyższy jest poziom lęku-cechy w momencie kandydowania na studia medyczne, a niższy podczas pierwszego roku studiów. Poza tym zadowolenie jest wyższe im niższe poczucie zaradności podczas pierwszego roku studiów, a podczas drugiego wyższe zaradności, zrozumiałości i niższe sensowności. Większe zadowolenie z życia jest tym większe im niższe poczucie zaradności podczas czwartego i piątego roku studiów i niższe poczucie zrozumiałości podczas piątego, a także podczas szóstego wyższe poczucie sensowności i zrozumiałości (tabela 24).

Tabela 23. Zadowolenie z życia a wcześniejsze wyniki uczenia się i właściwości osobowości.

Zmienne objaśniające zadowolenie z życia	R ²	R ² /df	F	df	p
Egzaminy maturalne i wstępne	0,03	0,01	6;48	0,278	0,944
Oceny na studiach	0,10	0,02	6;48	0,855	0,534
Etapy studiowania					
Osobowość w roku 0	0,26	0,03	10;44	1,551	0,154
Osobowość w roku 1	0,45	0,02	21;33	1,269	0,264
Osobowość w roku 2	0,06	0,02	4;50	0,867	0,490
Osobowość w roku 3	0,47	0,02	20;34	1,479	0,154
Osobowość w roku 4	0,47**	0,05	10;44	3,981	0,001
Osobowość w roku 5	0,27**	0,09	3;51	6,315	0,001
Osobowość w roku 6	0,68**	0,03	24;30	2,658	0,006
Właściwości osobowości					
Depresyjność	0,12*	0,06	2;52	3,561	0,036
Poczucie koherencji	0,40*	0,04	11;43	2,599	0,012
Lęk (stan i cecha)	0,17**	0,08	2;52	5,222	0,009
Strategie radzenie sobie ze stresem	0,16	0,03	6;48	1,513	0,194
Hierarchia wartości ostatecznych	0,40	0,02	26;28	0,718	0,800
Hierarchia wartości instrumentalnych	0,50	0,02	26;28	1,075	0,424
Potrzeba aprobaty społecznej	0,01	0,01	0,031	1;53	0,861

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Tabela 24. Zadowolenie z życia a szczególnie istotne wcześniejsze właściwości osobowości.

Zmienne objaśniające zadowolenie z życia		Istotność i siła wpływu		
		B	Beta	p
Depresyjność	R5	0,97	0,73	0,017
Poczucie koherencji	R1 zaradność	-1,83	-1,12	0,014
	R2 zrozumiałość	1,15	0,68	0,051
	R2 zaradność	1,50	0,88	0,030
	R2 sensowność	-1,43	-0,72	0,031
	R4 zaradność	1,21	0,74	0,049
	R5 zaradność	-1,77	-0,99	0,035
	R5 zrozumiałość	-2,18	-1,30	0,007
	R6 sensowność	1,35	0,70	0,017
	R6 zrozumiałość	1,55	0,97	0,048
	Lęk	R0 cecha	5,06	4,23
R1 cecha		-4,90	-4,12	0,003

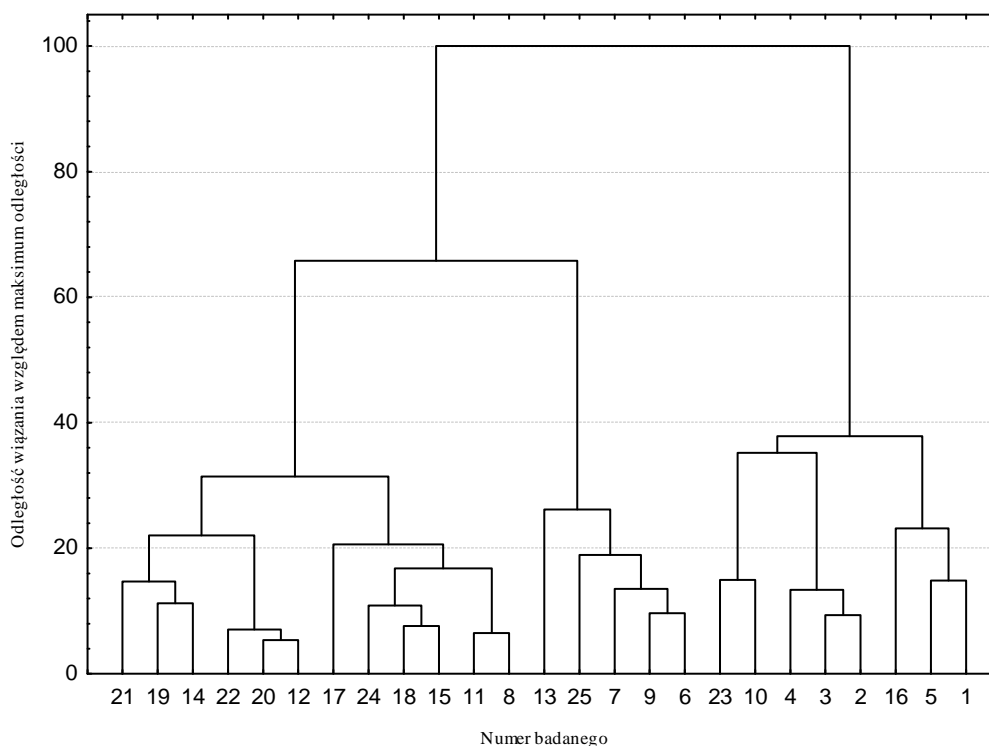
4.3. Typy sukcesu w zawodzie lekarza - różnice i uwarunkowania

4.3.1. Wyodrębnienie typów doświadczanego sukcesu w zawodzie lekarza poprzez analizę skupień

W dalszej analizie postawiono pytanie, czy badani lekarze różnią się stylami doświadczanego sukcesu w zawodzie lekarza. W celu wyodrębnienia pewnych typów osób o specyficznym stylu doświadczanego sukcesu zawodowego przeprowadzono hierarchiczną analizę skupień metodą Warda w oparciu o macierz odległości euklidesowych między poszczególnymi przypadkami. Analiza ta pozwala sądzić, że wyodrębniają się trzy grupy osób o odmiennym stylu doświadczanego sukcesu w zawodzie lekarza (rysunek 1).

Szczegółowa analiza wskazuje, że trzy wyróżniające się typy lekarzy można scharakteryzować poprzez średnie wartości sześciu wskaźników sukcesu w zawodzie (kompetencje zawodowe; satysfakcja z wyboru zawodu lekarza; stres związany z pracą i wypalenie zawodowe; oraz jakość życia (dochody, ogólny dobrostan psychiczny i zdrowie, zadowolenie z życia) (rysunek 2, tabela 25).

Rysunek 1. Dendrogram klasyfikacji przypadków.



Na podstawie profilu doświadczanego sukcesu zawodowego można wskazać następującą charakterystykę badanych lekarzy.

1. **Zaradni** (bogaci i szczęśliwi, ale nie zaangażowani) - osoby o przeciętnych lub niskich kompetencjach zawodowych, a jednocześnie najmniej, ze wszystkich grup zadowolone z wykonywanej pracy. Typ ten charakteryzuje również najniższy poziom stresu i wypalenia związanego z pracą zawodową. Z drugiej strony jest to grupa lekarzy o najwyższych dochodach, najwyższym dobrostanie psychicznym i największym zadowoleniu z życia. Można przypuszczać, że „Zaradni” są grupą najmniej zaangażowaną w pracę, ale osiągającą największe z niej zyski finansowe.

2. **Pasjonaci** (bogaci, zaangażowani w pracy) - osoby o przeciętnych lub niskich kompetencjach zawodowych (porównywalnych do „Zaradnych”), deklarujące największy ze wszystkich grup poziom satysfakcji z wyboru zawodu lekarza i najwyższy poziom stresu związanego z pracą. Jednocześnie są to osoby o dość wysokich dochodach. Można sądzić, że „Pasjonaci” są grupą lekarzy najbardziej zaangażowanych w pracę.

3. **Dobrzy uczniowie** (zdolni, biedni i smutni) - osoby, które posiadają najwyższe kompetencje zawodowe, ale są dość umiarkowanie zaangażowane w pracę. Zarabiają najślabiej ze wszystkich grup i jednocześnie deklarują najniższy poziom dobrostanu psychicznego i zadowolenia z życia. Można sądzić, że „Dobrzy uczniowie” to grupa bardzo zdolnych, lecz jednocześnie najgorzej radzących sobie w życiu lekarzy.

Rysunek 2. Wykres średnich dla skupień.

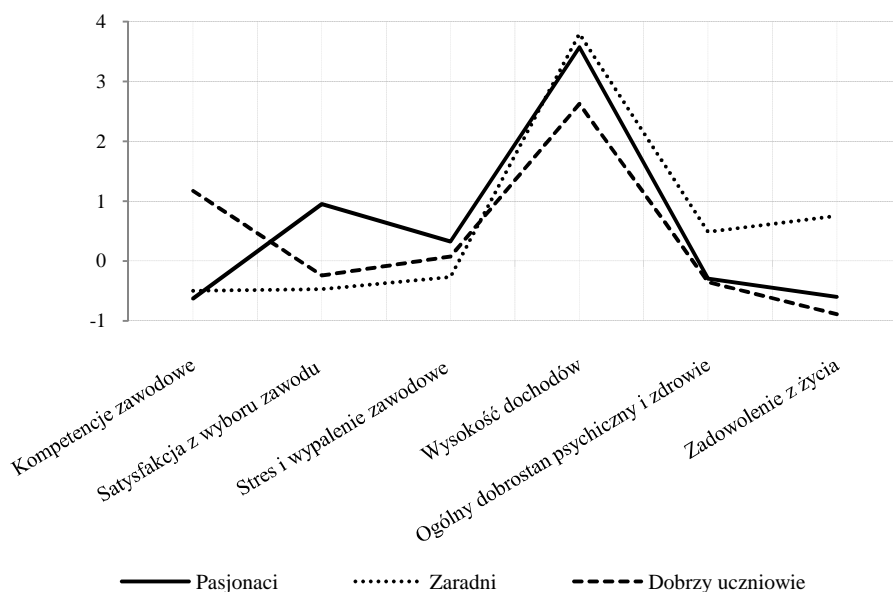


Tabela 25. Tabela średnich dla skupień.

	Kompetencje zawodowe		Satysfakcja z wyboru zawodu		Stres i wypalenie zawodowe		Wysokość dochodów		Ogólny dobrostan psych. i zdrowie		Zadowolenie z życia	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Pasjonaci N=14	-0,62	0,61	0,95	0,68	0,33	0,48	3,57	0,51	-0,29	0,81	-0,60	0,78
Zaradni N=20	-0,50	0,53	-0,47	0,47	-0,27	0,43	3,80	0,41	0,49	0,55	0,76	0,45
D.uczniowie N=16	1,17	0,61	-0,24	0,85	0,07	0,45	2,63	0,89	-0,35	0,60	-0,89	0,86
F(2;47)	48,256		20,180		7,365		16,803		9,499		29,090	

W celu wyjaśnienia mechanizmów powstania poszczególnych typów doświadczanego sukcesu w zawodzie lekarza przeprowadzono szczegółowe analizy wariancji oraz analizy dyskryminacyjne pozwalające dokonywać próby wyjaśnienia post facta mechanizmy powstawania tych typologii. W tym celu postawiono dwie robocze hipotezy stanowiące uszczegółowienie celów niniejszych analiz:

1. Wyróżnione typy osób różnią się pod względem wyników uczenia się i właściwości osobowości.

2. Profil poszczególnych wyników uczenia i właściwości osobowości pozwala z dużą dozą prawdopodobieństwa przewidywać sposób definiowania sukcesu zawodowego przez daną osobę.

Pierwszą analizą jest jednoczynnikowa analiza wariancji testująca hipotezę roboczą, że osoby w trzech skupieniach różnią się od siebie pod względem wyników uczenia się i właściwości osobowości na poszczególnych etapach studiowania. Drugą jest analiza dyskryminacyjna mają na celu przewidywanie przynależność badanych lekarzy do trzech skupień charakteryzujących się odmiennym stylem doświadczanego sukcesu na podstawie wyników uczenia się i właściwości osobowości.

4.3.2. Różnice w wynikach uczenia się pomiędzy poszczególnymi typami sukcesu w zawodzie lekarza

Wyniki analizy wariancji pokazują że osoby z wyróżnionych skupień istotnie różnią się efektami uczenia się. Wynikiem szczególnie istotnym jest średnia ocen na drugim roku studiów ($F(2;47)=5,723$; $p=0,006$). Dokładna analiza testami post hoc metodą Tukeya wskazuje, że najsilniejsza różnica zaznacza się pomiędzy „Zaradnymi” a „Dobrymi uczniami”, gdzie „Dobrzy uczniowie” uzyskują oceny najwyższe, a „Zaradni” najniższe. Różnice pomiędzy „Pasjonatami” a „Zaradnymi” oraz

„Pasjonatami” a „Dobrymi uczniami” zaznaczają się jedynie na poziomie tendencji. Warto również zauważyć pewną tendencję, choć nieistotną statystycznie. „Pasjonaci” osiągają najlepsze wyniki na świadectwie maturalnym. Natomiast „Dobrzy uczniowie” osiągają najlepsze wyniki na egzaminie wstępnym na studia i praktycznie podczas całych studiów (pomijając piąty rok, gdzie wyższe oceny uzyskują „Pasjonaci”), a następnie podczas Lekarskiego Egzaminu Państwowego (tabela 26).

Tabela 26. Statystyki opisowe i analiza wyników uczenia się wśród wyróżnionych typów lekarzy.

	Skupienie 1 Pasjonaci		Skupienie 2 Zaradni		Skupienie 3 D. uczniowie		Istotność różnic		Eta ²	Test post-hoc (RIR Tukeya)		
	M	SD	M	SD	M	SD	F(2;47)	p		1vs2	1vs3	2vs3
Oceny na maturze												
biologia	5,29	0,47	4,80	0,41	4,88	0,81	3,141 ^A	0,052	0,13	0,05 ^A	0,05 ^A	0,92
chemia	5,00	0,78	4,50	0,69	4,75	0,45	2,444 ^A	0,098	0,10	0,08 ^A	0,08 ^A	0,49
fizyka	4,71	0,47	4,50	0,83	4,38	0,72	0,869	0,426	0,04			
ogółem	15,00	1,11	13,80	1,70	14,00	1,46	2,915 ^A	0,064	0,12	0,06 ^A	0,06 ^A	0,91
Oceny na egzaminach wstępnych												
biologia	26,43	2,82	26,10	3,63	28,25	3,61	1,931	0,156	0,08			
chemia	29,71	3,07	29,70	2,20	29,75	4,31	0,001	0,999	0,00			
fizyka	26,86	3,82	26,70	4,84	28,13	4,40	0,517	0,599	0,02			
ogółem	82,86	7,28	82,30	7,37	85,88	9,57	0,944	0,396	0,04			
Oceny na studiach												
R1	3,61	0,37	3,42	0,26	3,63	0,43	2,028	0,143	0,09			
R2	3,68	0,38	3,42	0,29	3,81	0,39	5,723**	0,006	0,24	0,09 ^A	0,09 ^A	0,01*
R3	3,67	0,40	3,51	0,20	3,76	0,51	2,058	0,139	0,09			
R4	3,89	0,60	3,58	0,20	3,97	0,62	3,147 ^A	0,052	0,13	0,18	0,18	0,06 ^A
R5	4,03	0,24	3,85	0,24	3,98	0,21	2,802 ^A	0,071	0,12	0,08 ^A	0,08 ^A	0,22
R6	3,99	0,28	3,91	0,28	4,05	0,10	1,458	0,243	0,06			

^Ap<0,10 (poziom tendencji statystycznej); *p<0,05; **p<0,01.

4.3.3. Różnice we właściwościach osobowości pomiędzy poszczególnymi typami sukcesu w zawodzie lekarza

4.3.3.1. Różnice we właściwościach osobowości pomiędzy poszczególnymi typami sukcesu w zawodzie lekarza podczas kandydowania na studia medyczne

Wyniki analizy pokazują, że osoby z wyróżnionych skupień różnią się istotnie poszczególnymi właściwościami osobowości w momencie kandydowania na studia medyczne. Wyróżnione grupy różnią się poziomem depresyjności (F(2;47)=10,666; p<0,001). Dokładna analiza testami post hoc metodą Tukeya wskazuje, że „Zaradni” uzyskują istotnie niższe wyniki od „Pasjonatów” i „Dobrych uczniów” (tabela 27).

Grupy różnią się poziomem ogólnego poczucia koherencji (F(2;47)=4,543; p=0,016) oraz jej dwiema składowymi: poczuciem zaradności (F(2;47)=5,011; p=0,011) i sensowności (F(2;47)=4,821; p=0,012). Dokładna analiza wskazuje, że „Zaradni”

charakteryzują się najwyższym wśród porównywanych grup poziomem ogólnego poczucia koherencji oraz jej składowymi: poczuciem zaradności i sensowności. Wszystkie prezentowane wyniki, poza jednym, są istotne statystycznie. Różnica poziomu poczucia sensowności pomiędzy „Zaradnymi” a „Pasjonatami”, zaznacza się jedynie na poziomie tendencji.

Wyróżnione grupy różnią się poziomem doświadczanego lęku ($F(2;47)=3,603$; $p=0,035$). Dokładna analiza wskazuje, że „Zaradni” uzyskują istotnie niższy poziom lęku-stanu niż „Pasjonaci”.

Porównywane grupy różnią się także strategiami radzenia sobie ze stresem: konfrontacyjną strategią - działanie w celu rozwiązania problemu ($F(2;47)=4,382$; $p=0,018$) oraz unikowymi: akceptacja-rezygnacja ($F(2;47)=6,863$; $p=0,002$) i wyładowanie emocjonalne ($F(2;47)=4,488$; $p=0,016$). Dokładna analiza wskazuje, że „Pasjonaci” najrzadziej stosują strategię działania w celu rozwiązania problemu (istotnie rzadziej niż „Zaradni” i rzadziej na poziomie tendencji niż „Dobrzy uczniowie”). „Dobrzy uczniowie” natomiast istotnie częściej niż „Zaradni” i częściej na poziomie tendencji niż „Pasjonaci” stosują unikową strategię akceptacja-rezygnacja oraz istotnie częściej niż „Zaradni” stosują unikową strategię wyładowanie emocjonalne.

Ponadto poszczególne typy lekarzy różnią się celami w życiu: dostatnim życiem ($F(2;47)=5,944$; $p=0,005$) i mądrością ($F(2;47)=8,908$; $p=0,005$) oraz sposobami realizacji tych celów: logiczny ($F(2;47)=7,990$; $p=0,001$); niezależny ($F(2;47)=5,016$; $p=0,011$) i opanowany ($F(2;47)=10,046$; $p<0,001$). Dokładna analiza testami post hoc metodą Tukeya wskazuje, że dla „Zaradnych” mniej ważne niż dla „Pasjonatów” jest dostatnie życie (dobrobyt), a ważniejsza niż dla „Dobrych uczniów” i „Pasjonatów” (na poziomie tendencji) mądrość. W zakresie realizacji celów życiowych „Pasjonaci” są bardziej logiczni niż pozostałe grupy, a „Zaradni” bardziej opanowani od pozostałych grup i bardziej niezależni od „Dobrych uczniów”.

Tabela 27. Statystyki opisowe i analiza właściwości osobowości wśród wyróżnionych typów lekarzy w momencie kandydowania na studia medyczne.

	Skupienie 1 Pasjonaci		Skupienie 2 Zaradni		Skupienie 3 D. uczniowie		Istotność różnic		Test post-hoc (RIR Tukeya)			
	M	SD	M	SD	M	SD	F(2;47)	p	Eta ²	1vs2	1vs3	2vs3
Depresyjność	42,14	12,41	33,50	6,73	48,25	9,98	10,666***	<0,001	0,45	0,03*	0,20	0,00*
P. koherencji	125,00	25,50	145,00	21,94	125,63	20,69	4,543*	0,016	0,19	0,04*	1,00	0,04*
zaradność	45,00	8,02	53,30	9,38	46,38	7,21	5,011*	0,011	0,21	0,02*	0,90	0,04*
sensowność	36,86	9,99	43,10	5,06	35,13	9,42	4,821*	0,012	0,21	0,08 ^A	0,83	0,01*
Lęk												
stan	17,86	32,79	2,20	1,01	5,00	2,78	3,603*	0,035	0,15	0,03*	0,12	0,88
cecha	17,86	33,57	3,10	1,41	5,88	2,33	3,041	0,057	0,13	0,05*	0,17	0,89
Strategie radzenia sobie ze stresem												
rozw. problemu	47,29	6,92	54,30	8,74	53,25	4,43	4,382*	0,018	0,19	0,02*	0,07 ^A	0,90
akcept.-rezygn.	48,86	4,59	44,00	5,29	51,38	7,90	6,863**	0,002	0,29	0,07 ^A	0,50 ^A	0,00*
wył. emocjonalne	61,43	11,66	57,00	6,16	65,25	6,88	4,488*	0,016	0,19	0,28	0,42	0,01*
Hierarchia wartości ostatecznych												
dostatnie życie	14,43	2,41	9,10	5,59	11,88	4,24	5,944**	0,005	0,25	0,00*	0,27	0,16
mądrość	5,14	1,51	7,60	3,90	4,50	2,13	5,908**	0,005	0,25	0,05 ^A	0,81	0,01*
pokój na świecie	9,86	6,41	12,50	4,99	13,75	2,77	2,451	0,097	0,10	0,28	0,09 ^A	0,73
wolność	8,00	4,37	5,50	3,76	5,25	2,57	2,643	0,082	0,11	0,13	0,11	0,98
Hierarchia wartości instrumentalnych												
ambitny	11,43	4,22	7,50	5,22	8,25	5,43	2,669	0,080	0,11	0,08 ^A	0,21	0,90
czysty	10,86	2,74	12,00	5,80	8,50	3,31	2,883	0,066	0,12	0,74	0,31	0,05 ^A
intelektualista	10,14	4,24	7,40	4,55	6,38	3,93	3,079	0,055	0,13	0,17	0,05 ^A	0,76
logiczny	13,71	3,75	8,90	2,61	8,63	5,24	7,990**	0,001	0,34	0,00*	0,00*	0,98
niezależny	10,57	3,72	12,30	4,43	7,25	5,90	5,016*	0,011	0,21	0,56	0,15	0,01*
opanowany	6,86	3,94	13,00	4,47	9,38	3,42	10,046***	<0,001	0,43	0,00*	0,21	0,03*
szer. horyzont.	9,00	4,96	8,60	3,62	11,38	2,47	2,684	0,079	0,11	0,95	0,20	0,08 ^A
uprzejmy	10,00	4,08	8,20	4,74	11,50	3,76	2,691	0,078	0,11	0,45	0,61	0,06 ^A

^Ap<0,10; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

4.3.3.2. Różnice we właściwościach osobowości pomiędzy poszczególnymi typami sukcesu w zawodzie lekarza podczas pierwszego roku studiów

Wyniki analizy pokazują, że prezentowane typy lekarzy różnią się poszczególnymi właściwościami osobowości podczas pierwszego roku studiów (tabela 28).

Wyróżnione typy różnią się poziomem depresyjności ($F(2;47)=14,318$; $p<0,001$). Dokładna analiza testami post hoc metodą Tukeya wskazuje, że „Dobrzy uczniowie” uzyskują najwyższe wyniki w skali depresyjności, a „Zaradni” najniższe (na poziomie tendencji w porównaniu do „Pasjonatów”).

Wyróżnione grupy różnią się poziomem ogólnego poczucia koherencji ($F(2;47)=10,353$; $p<0,001$) oraz jej wszystkimi składowymi: poczuciem zrozumiałości ($F(2;47)=11,033$; $p<0,001$); zaradności ($F(2;47)=7,111$; $p=0,002$); i sensowności ($F(2;47)=8,860$; $p=0,001$). Dokładna analiza testami post hoc metodą Tukeya wskazuje, że „Zaradni” prezentują najwyższe, a „Dobrzy uczniowie” najniższe wyniki ogólnego poziomu poczucia koherencji i jej składowych. „Zaradni” prezentują również najwyższy

poziom poczucia zrozumiałości i najwyższy poczucia zaradności (wynik istotnie wyższy od „Dobrych uczniów” i na poziomie tendencji od „Pasjonatów”) oraz wyższy od „Pasjonatów” poziom poczucia sensowności.

Wyróżnione grupy różnią się poziomem doświadczanego lęku ($F(2;47)=3,423$; $p=0,041$). Dokładna analiza wskazuje, że „Zaradni” uzyskują, podobnie jak w momencie kandydowania na studia, niższy poziom lęku - stanu niż „Pasjonaci”.

Porównywane grupy różnią się także konfrontacyjną strategią radzenia sobie ze stresem - „działanie w celu rozwiązania problemu” ($F(2;47)=4,871$; $p=0,012$) oraz unikową strategią: „akceptacja-rezygnacja” ($F(2;47)=3,976$; $p=0,025$). Dokładna analiza wskazuje, że „Pasjonaci” najrzadziej stosują konfrontacyjną strategię „działanie w celu rozwiązania problemu” (istotnie w porównaniu do „Zaradnych” i na poziomie tendencji w porównaniu do „Dobrych uczniów”). W stosunku do unikowej strategii „akceptacja-rezygnacja” zaznacza się ogólny wpływ jednakże nie można zauważyć, aby któreś skupienie istotnie wyróżniało się od pozostałych. Warto jednak zauważyć, że podobnie jak w roku poprzednim „Zaradni” stosują tę strategię najrzadziej z porównywanych grup.

Porównywane typy lekarzy różnią się także celami w życiu: mądrością ($F(2;47)=12,225$; $p<0,001$); oraz sposobami realizacji tych celów: niezależny ($F(2;47)=3,613$; $p=0,035$) i opanowany ($F(2;47)=13,818$; $p<0,001$). Dokładna analiza wskazuje, że mądrość jest najmniej ważna dla „Dobrych uczniów”. Natomiast w zakresie realizacji celów życiowych „Zaradni” prezentują najwyższy poziom opanowania, jednocześnie są też bardziej niezależni od „Dobrych uczniów”.

Tabela 28. Statystyki opisowe i analiza właściwości osobowości wśród wyróżnionych typów lekarzy podczas pierwszego roku studiów.

	Skupienie 1 Pasjonaci		Skupienie 2 Zaradni		Skupienie 3 D. uczniowie		Istotność różnic		Eta ²	Test post-hoc (RIR Tukeya)		
	M	SD	M	SD	M	SD	F(2;47)	p		1vs2	1vs3	2vs3
Depresyjność	43,57	11,79	35,30	8,11	53,13	10,27	14,318***	<0,001	0,61	0,05 ^A	0,03*	0,00*
P. koherencji	126,14	23,80	149,80	23,46	116,50	20,57	10,353***	<0,001	0,44	0,01*	0,48	0,00*
zrozumiałość	41,14	11,41	52,90	8,96	41,00	4,90	11,033***	<0,001	0,47	0,00*	1,00	0,00*
zaradność	46,86	7,89	53,90	10,92	42,25	8,27	7,111**	0,002	0,30	0,09 ^A	0,38	0,00*
sensowność	38,14	6,16	43,00	5,37	33,25	8,97	8,860**	0,001	0,38	0,12	0,14	0,00*
Lęk												
stan	19,14	32,20	4,20	1,77	6,75	1,98	3,423*	0,041	0,15	0,04*	0,13	0,90
cecha	18,57	33,24	3,80	1,36	7,63	1,54	3,016	0,059	0,13	0,05 ^A	0,21	0,79
Strategie radzenia sobie ze stresem												
rozw. problemu	49,00	8,06	56,60	7,88	55,13	5,25	4,871*	0,012	0,21	0,01*	0,06 ^A	0,82
akcept.-rezygn.	49,57	5,37	44,80	5,44	50,63	8,67	3,976*	0,025	0,17	0,11	0,90	0,03
Hierarchia wartości ostatecznych												
pomyśln. rodziny	4,29	2,40	4,70	2,79	7,25	5,03	3,198	0,050	0,14	0,94	0,07 ^A	0,10
mądrość	6,29	2,33	8,20	3,72	3,50	1,71	12,225***	<0,001	0,52	0,14	0,03*	0,00*
szczęście	8,57	4,60	5,60	3,95	8,50	5,06	2,538	0,090	0,11	0,15	1,00	0,15
życie pełne wrażeń	12,14	5,10	12,20	5,43	12,25	3,21	0,002	0,998	0,00	1,00	1,00	1,00
Hierarchia wartości instrumentalnych												
niezależny	9,86	3,30	12,20	5,04	8,13	4,86	3,613*	0,035	0,15	0,31	0,56	0,03*
opanowany	6,57	3,67	13,00	4,30	8,38	2,87	13,818***	<0,001	0,59	0,00*	0,39	0,00*
pogodny	10,29	5,20	8,50	4,59	12,38	4,62	2,928	0,063	0,12	0,54	0,46	0,05 ^A
uprzejmy	11,71	3,31	9,40	3,70	11,88	3,03	3,009	0,059	0,13	0,13	0,99	0,09 ^A

^Ap<0,10; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

4.3.3.3. Różnice we właściwościach osobowości pomiędzy poszczególnymi typami sukcesu w zawodzie lekarza podczas drugiego roku studiów

Wyniki analizy pokazują, że poszczególne typy lekarzy różnią się istotnie właściwościami osobowości podczas drugiego roku studiów (tabela 29).

Wyróżnione grupy różnią się poziomem depresyjności ($F(2;47)=4,672$; $p=0,012$). Dokładna analiza testami post hoc metodą Tukeya wskazuje, że „Zaradni” uzyskują istotnie niższe wyniki od „Dobrych uczniów”.

Wyróżnione grupy różnią się poziomem ogólnego poczucia koherencji ($F(2;47)=5,406$; $p=0,008$) oraz jej dwiema składowymi: poczuciem zrozumiałości ($F(2;47)=9,419$; $p<0,001$) i sensowności ($F(2;47)=4,011$; $p=0,025$). Dokładna analiza wskazuje, że „Zaradni” prezentują najwyższe wyniki ogólnego poziom poczucia koherencji (wynik istotnie wyższy od „Dobrych uczniów” i wyższy na poziomie tendencji od „Pasjonatów”). Dodatkowo „Zaradni” prezentują najwyższy poziom poczucia zrozumiałości; wyższy (na poziomie tendencji) od „Dobrych uczniów” poziom poczucia zaradności i istotnie wyższy od „Dobrych uczniów” poziom poczucia sensowności.

Wyróżnione grupy różnią się poziomem lęku-stanu ($F(2;47)=6,108$; $p=0,004$) i lęku-cechy ($F(2;47)=12,309$; $p<0,001$) Dokładna analiza wskazuje, że „Zaradni” uzyskują niższy poziom lęku-stanu niż „Dobrzy uczniowie” i najniższy z porównywanych grup poziom lęk-cechy.

Porównywane grupy różnią się także unikową strategią radzenia sobie ze stresem - „wyładowanie emocjonalne” ($F(2;47)=3,425$; $p=0,021$). Dokładna analiza wskazuje, że zaznacza się ogólny wpływ jednakże nie można zauważyć, aby któreś skupienie istotnie wyróżniało się od pozostałych. Jednak podobnie jak w poprzednich latach „Pasjonaci” częściej (na poziomie tendencji) niż „Zaradni” stosują strategię „wyładowanie emocjonalne”.

Ponadto porównywane typy różnią się celami w życiu: pomyślnością rodziny ($F(2;47)=9,648$; $p<0,001$); mądrością ($F(2;47)=5,764$; $p=0,006$); poczuciem własnej godności ($F(2;47)=4,025$; $p=0,024$) i wolnością ($F(2;47)=3,303$; $p=0,045$).

Dokładna analiza wskazuje, że dla „Zaradnych” najmniej ważna jest pomyślność rodziny, a najbardziej mądrość (w obu przypadkach wyniki są istotne w porównaniu do „Pasjonatów” i na poziomie tendencji w porównaniu do „Dobrych uczniów”). Ponadto „Dobrzy uczniowie” w porównaniu do „Pasjonatów” za ważniejsze postrzegają poczucie własnej godności, a mniej ważną wolność.

Tabela 29. Statystyki opisowe i analiza właściwości osobowości wśród wyróżnionych typów lekarzy podczas drugiego roku studiów.

	Skupienie 1 Pasjonaci		Skupienie 2 Zaradni		Skupienie 3 D. uczniowie		Istotność różnic		Test post-hoc (RIR Tukeya)			
	M	SD	M	SD	M	SD	F(2;47)	p	Eta ²	1vs2	1vs3	2vs3
Depresyjność	41,00	11,02	35,40	9,64	46,63	12,40	4,672*	0,014	0,20	0,32	0,35	0,01*
P. koherencji	127,57	21,15	145,40	22,48	122,63	21,95	5,406**	0,008	0,23	0,06 ^A	0,81	0,01*
zrozumiałość	39,86	10,34	51,40	6,75	43,75	6,88	9,419***	<0,001	0,40	0,00*	0,38	0,02*
zaradność	49,00	9,20	52,90	11,30	45,50	6,04	2,830	0,069	0,12	0,46	0,56	0,06 ^A
sensowność	38,71	4,53	41,10	5,96	33,38	12,20	4,011*	0,025	0,17	0,68	0,19	0,02*
Lęk												
stan	4,71	1,64	3,60	1,31	5,88	2,70	6,108**	0,004	0,26	0,24	0,24	0,00*
cecha	5,43	2,41	3,80	1,36	6,75	1,61	12,309***	<0,001	0,52	0,03*	0,12	0,00*
Strategie radzenia sobie ze stresem												
akcept.-rezygn.	43,57	5,43	44,00	4,18	47,63	5,56	3,164	0,051	0,13	0,97	0,08 ^A	0,09 ^A
wył. emocjonalne	62,57	9,91	56,70	5,75	61,50	5,59	3,425*	0,041	0,15	0,06 ^A	0,91	0,12
Hierarchia wartości ostatecznych												
pomyśl. rodziny	6,43	2,53	2,80	1,28	4,75	3,21	9,648***	<0,001	0,41	0,00*	0,15	0,05 ^A
mądrość	4,57	2,82	8,40	4,33	5,75	2,35	5,764**	0,006	0,25	0,01*	0,61	0,06 ^A
p. wł. godności	5,14	3,01	7,60	3,53	8,50	3,35	4,025*	0,024	0,17	0,10	0,02*	0,70
uznanie społeczne	11,57	3,50	13,40	3,98	10,13	4,21	3,132	0,053	0,13	0,38	0,58	0,04*
wolność	10,00	3,04	8,40	3,90	6,63	3,65	3,303*	0,045	0,14	0,42	0,04*	0,31
życie pełne wrażeń	12,29	5,92	14,60	4,48	11,13	3,48	2,617	0,084	0,11	0,34	0,78	0,08 ^A
Hierarchia wartości instrumentalnych												
pomocny	6,57	4,36	5,10	3,65	8,63	5,82	2,575	0,087	0,11	0,64	0,45	0,07 ^A
P. aprobaty społ.	13,29	5,65	15,90	3,48	16,75	4,19	2,503	0,093	0,11	0,21	0,09 ^A	0,83

^Ap<0,10; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

4.3.3.4. Różnice we właściwościach osobowości pomiędzy poszczególnymi typami sukcesu w zawodzie lekarza podczas trzeciego roku studiów

Wyniki analizy pokazują, że osoby z wyróżnionych skupień różnią się istotnie poszczególnymi właściwościami osobowości podczas trzeciego roku studiów (tabela 30).

Wyróżnione grupy różnią się poziomem depresyjności ($F(2;47)=3,500$; $p=0,038$). Dokładna analiza testami post hoc metodą Tukeya wskazuje, że „Zaradni” uzyskują niższy (na poziomie tendencji) wyniki od „Dobrych uczniów”.

Wyróżnione grupy różnią się poziomem ogólnego poczucia koherencji ($F(2;47)=3,603$; $p=0,035$) oraz jej składową: poczuciem zrozumiałości ($F(2;47)=5,288$; $p=0,008$). Dokładna analiza wskazuje, że „Zaradni” charakteryzują się wyższym (na poziomie tendencji) od „Dobrych uczniów” ogólnym poczuciem koherencji. „Zaradni” charakteryzują się także istotnie wyższym od „Pasjonatów” i wyższym (na poziomie tendencji) od „Dobrych uczniów” poczuciem zrozumiałości.

Wyróżnione grupy różnią się poziomem lęku-stanu ($F(2;47)=3,324$; $p=0,045$) i lęku-cechy ($F(2;47)=4,827$; $p=0,012$). Dokładna analiza wskazuje, że „Zaradni” uzyskują niższy (na poziomie tendencji) poziom lęku-stanu i istotnie niższy poziom lęku-cechy. w porównaniu do „Dobrych uczniów”.

Poszczególne typy lekarzy różnią się celami w życiu: pomyślnością rodziny ($F(2;47)=3,638$; $p=0,034$); dojrzałą miłością ($F(2;47)=5,941$; $p=0,005$); mądrością ($F(2;47)=4,744$; $p=0,013$); poczuciem własnej godności ($F(2;47)=3,848$; $p=0,028$); szczęściem ($F(2;47)=3,390$; $p=0,042$); uznaniem społecznym ($F(2;47)=4,583$; $p=0,015$) oraz wolnością ($F(2;47)=5,908$; $p=0,005$). Poszczególne typy różnią się też sposobami realizacji tych celów: czysty ($F(2;47)=5,317$; $p=0,008$); odpowiedzialny ($F(2;47)=3,514$; $p=0,038$); odważny ($F(2;47)=4,709$; $p=0,014$); opanowany ($F(2;47)=4,174$; $p=0,021$) i posłuszny ($F(2;47)=5,245$; $p=0,009$).

Dokładna analiza wskazuje, że mądrość jest najważniejszą wartością dla „Zaradnych” (wyniki istotnie wyższe w od „Pasjonatów” i wyższe na poziomie tendencji od „Dobrych uczniów”). Pomyślność rodziny jest dla „Zaradnych” mniej ważne niż dla „Pasjonatów”. Z kolei poczucie własnej godności, uznanie społeczne i wolność są dla „Zaradnych” bardziej istotne niż dla „Pasjonatów”. Ponadto szczęście jest ważniejsze dla „Dobrych uczniów” niż dla „Zaradnych”.

W zakresie realizacji celów życiowych „Zaradni” są bardziej odpowiedzialni i posłuszni, ale mniej czystszy od „Pasjonatów”. Jednocześnie „Pasjonaci” są bardziej odważni od „Dobrych uczniów”, a ci z kolei bardziej opanowani niż „Pasjonaci”.

Tabela 30. Statystyki opisowe i analiza właściwości osobowości wśród wyróżnionych typów lekarzy podczas trzeciego roku studiów.

	Skupienie 1 Pasjonaci		Skupienie 2 Zaradni		Skupienie 3 D. uczniowie		Istotność różnic		Test post-hoc (RIR Tukeya)			
	M	SD	M	SD	M	SD	F(2;47)	p	Eta ²	1vs2	1vs3	2vs3
Depresyjność	45,43	16,19	36,60	11,44	47,00	10,83	3,500*	0,038	0,15	0,13	0,94	0,05 ^A
P. koherencji	124,14	22,56	140,80	26,16	122,25	18,22	3,603*	0,035	0,15	0,10	0,97	0,05 ^A
zrozumiałość	41,14	9,91	50,20	9,15	43,50	6,11	5,288**	0,008	0,23	0,01*	0,73	0,06 ^A
zaradność	44,14	10,55	51,10	10,28	45,38	6,13	2,851	0,068	0,12	0,09	0,93	0,17
sensowność	38,86	4,20	39,50	8,64	33,38	10,78	2,613	0,084	0,11	0,97	0,19	0,09 ^A
Lęk												
stan	5,86	2,44	4,20	2,33	6,13	2,55	3,324*	0,045	0,14	0,14	0,95	0,06 ^A
cecha	5,86	2,32	4,30	2,43	6,50	1,71	4,827*	0,012	0,21	0,11	0,70	0,01*
Strategie radzenia sobie ze stresem												
akcept.-rezygn.	43,57	5,43	44,50	4,80	47,63	5,56	2,579	0,087	0,11	0,87	0,10	0,19
Hierarchia wartości ostatecznych												
pomyśl.rodziny	6,57	4,03	3,40	2,87	4,75	3,34	3,638*	0,034	0,15	0,03*	0,31	0,46
dojrzała miłość	7,57	4,18	6,30	4,50	3,13	1,41	5,941**	0,005	0,25			
mądrość	4,86	3,11	7,80	3,40	5,38	2,42	4,744*	0,013	0,20	0,02*	0,89	0,05 ^A
p.wł. godności	4,57	4,11	7,50	3,22	7,00	1,79	3,848*	0,028	0,16	0,03*	0,10	0,88
równ. wewn.	4,14	1,51	7,50	5,14	5,38	4,22	2,908	0,064	0,12	0,06 ^A	0,69	0,28
szczęście	6,71	2,87	4,40	3,65	8,13	5,92	3,390*	0,042	0,14	0,29	0,65	0,04*
uznanie społ.	10,00	3,59	14,00	3,43	12,63	4,38	4,583*	0,015	0,20	0,01*	0,15	0,53
wolność	10,57	3,63	6,00	3,97	8,25	3,82	5,908**	0,005	0,25	0,00*	0,23	0,20
Hierarchia wartości instrumentalnych												
czysty	13,71	4,21	8,90	4,64	11,13	3,70	5,317**	0,008	0,23	0,01*	0,23	0,27
odpowiedzialny	2,29	2,13	5,30	3,59	4,88	4,05	3,514*	0,038	0,15	0,04*	0,11	0,93
odważny	9,71	2,81	12,50	3,65	8,75	4,70	4,709*	0,014	0,20	0,10	0,77	0,01*
opanowany	6,43	4,22	10,20	4,20	11,00	5,37	4,174*	0,021	0,18	0,06 ^A	0,03*	0,86
posłuszny	15,71	1,98	17,50	0,69	16,13	2,28	5,245**	0,009	0,22	0,01*	0,79	0,05 ^A
wybaczący	10,00	5,08	13,20	4,15	13,13	3,81	2,698	0,078	0,11	0,10	0,13	1,00

^Ap<0,10; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

4.3.3.5. Różnice we właściwościach osobowości pomiędzy poszczególnymi typami sukcesu w zawodzie lekarza podczas czwartego roku studiów

Wyniki analizy pokazują, że poszczególne typy lekarzy różnią się istotnie właściwościami osobowości podczas czwartego roku studiów (tabela 31).

Wyróżnione grupy różnią się poziomem depresyjności (F(2;47)=3,723; p=0,032). Dokładna analiza testami post hoc metodą Tukeya wskazuje, że „Pasjonaci” uzyskują istotnie najwyższy poziom depresyjności.

Wyróżnione grupy różnią się poziomem ogólnego poczucia koherencji (F(2;47)=4,552; p=0,016) oraz jej dwiema składowymi: poczuciem zrozumiałości (F(2;47)=5,561; p=0,001) i zaradności (F(2;47)=4,475; p=0,017). Dokładna analiza wskazuje, że „Zaradni” charakteryzują się istotnie najwyższym ogólnym poczuciem

koherencji, najwyższym poczuciem zaradności oraz wyższym od „Pasjonatów” poczuciem zrozumiałości.

Wyróżnione grupy różnią się poziomem lęku-cechy ($F(2;47)=6,885$; $p=0,002$). Dokładna analiza wskazuje, że „Zaradni” charakteryzują się najniższym poziomem lęku-cechy (wynik istotnie niższy niż „Dobrzy uczniowie” i niższy (na poziomie tendencji) porównaniu do „Pasjonatów”).

Poszczególne typy lekarzy różnią się celami w życiu: pomyślnością rodziny ($F(2;47)=3,840$; $p=0,029$) i mądrością ($F(2;47)=6,379$; $p=0,004$). Poszczególne typy różnią się również sposobami realizacji tych celów: kochający ($F(2;47)=12,311$; $p<0,001$); odważny ($F(2;47)=6,439$; $p=0,003$); opanowany ($F(2;47)=11,723$; $p<0,001$); o szerokich horyzontach ($F(2;47)=4,411$; $p=0,018$); pogodny ($F(2;47)=4,317$; $p=0,019$); posłuszny ($F(2;47)=4,785$; $p=0,013$) i wybaczący ($F(2;47)=6,220$; $p=0,004$). Dokładna analiza wskazuje, że mądrość jest najważniejsza dla „Zaradnych”. Pomyślność rodziny natomiast, podobnie jak rok wcześniej, jest dla „Zaradnych” mniej ważna niż dla „Pasjonatów”. W zakresie realizacji celów życiowych „Pasjonaci” są w najmniejszym stopniu opanowani i wybaczący, a w największym kochający. Poza tym „Zaradni” są najbardziej odważni i najbardziej posłuszni (wynik na poziomie tendencji w porównaniu do „Pasjonatów”). „Pasjonaci” natomiast są osobami o szerszych horyzontach niż „Dobrzy uczniowie”.

Tabela 31. Statystyki opisowe i analiza właściwości osobowości wśród wyróżnionych typów lekarzy podczas czwartego roku studiów.

	Skupienie 1 Pasjonaci		Skupienie 2 Zaradni		Skupienie 3 D. uczniowie		Istotność różnic		Eta ²	Test post-hoc (RIR Tukeya)		
	M	SD	M	SD	M	SD	F(2;47)	p		1vs2	1vs3	2vs3
Depresyjność	50,00	11,65	39,50	12,11	47,13	11,34	3,723*	0,032	0,16	0,01*	0,01*	0,86
P. koherencji	122,43	25,68	142,50	24,41	123,63	15,41	4,552*	0,016	0,19	0,03*	0,99	0,04*
zrozumiałość	40,14	11,16	49,60	7,71	44,63	5,29	5,561**	0,007	0,24	0,01*	0,30	0,18
zaradność	44,71	11,46	53,20	11,04	45,38	3,30	4,475*	0,017	0,19	0,03*	0,98	0,04*
Lęk												
stan	5,57	2,28	4,10	1,97	5,75	2,46	3,005	0,059	0,13	0,15	0,97	0,08
cecha	5,86	2,51	4,00	2,25	6,63	1,78	6,885**	0,002	0,29	0,05 ^A	0,61	0,00*
Strategie radzenia sobie ze stresem												
p. kier. wsparcia	52,86	9,82	58,40	5,70	55,00	5,24	2,745	0,075	0,12	0,07 ^A	0,68	0,32
akcep.-rezygn.	45,29	7,25	44,50	5,11	48,63	4,62	2,544	0,089	0,11	0,92	0,25	0,09 ^A
Hierarchia wartości ostatecznych												
pomyśln. rodziny	6,00	3,64	3,00	2,25	4,63	3,61	3,840*	0,029	0,16	0,02*	0,46	0,28
dojrzała miłość	7,00	4,37	5,60	4,03	3,75	1,84	3,101	0,054	0,13	0,51	0,04*	0,28
mądrość	4,86	2,91	8,40	3,56	5,63	2,58	6,379**	0,004	0,27	0,01*	0,78	0,03*
wolność	9,57	3,37	6,50	3,19	7,00	4,65	2,973	0,061	0,13	0,06 ^A	0,16	0,92
Hierarchia wartości instrumentalnych												
kochający	9,14	5,10	2,60	2,64	4,63	3,76	12,311***	<0,001	0,52	0,00*	0,01*	0,26
odważny	9,71	2,81	13,60	3,19	9,38	5,37	6,439**	0,003	0,27	0,02*	0,97	0,01*
opanowany	4,43	2,28	11,70	4,50	11,00	5,98	11,723***	<0,001	0,50	0,00*	0,00*	0,89
szer.horyzontach	11,14	3,53	8,50	3,93	7,00	4,00	4,411*	0,018	0,19	0,13	0,01*	0,48
pogodny	8,29	4,21	6,10	3,74	10,25	4,78	4,317*	0,019	0,18	0,31	0,42	0,01*
posłuszny	15,86	1,88	17,30	1,53	15,50	2,19	4,785*	0,013	0,20	0,08 ^A	0,86	0,02*
wybaczący	9,14	6,16	13,60	3,19	14,38	3,76	6,220**	0,004	0,26	0,01*	0,01*	0,86

^Ap<0,10; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

4.3.3.6. Różnice we właściwościach osobowości pomiędzy poszczególnymi typami sukcesu w zawodzie lekarza podczas piątego roku studiów

Wyniki analizy pokazują, że osoby z wyróżnionych skupień różnią się istotnie poszczególnymi właściwościami osobowości podczas piątego roku studiów (tabela 32).

Wyróżnione grupy różnią się poziomem depresyjności ($F(2;47)=11,177$; $p<0,001$). Dokładna analiza testami post hoc metodą Tukeya wskazuje, że „Dobrzy uczniowie” uzyskują istotnie najwyższe wyniki poziomu depresyjności.

Wyróżnione grupy różnią się poziomem ogólnego poczucia koherencji ($F(2;47)=8,625$; $p=0,001$) oraz wszystkimi jej składowymi: poczuciem zrozumiałości ($F(2;47)=11,412$; $p<0,001$); zaradności ($F(2;47)=6,489$; $p=0,003$) i sensowności ($F(2;47)=4,383$; $p=0,018$). Dokładna analiza wskazuje, że „Zaradni” prezentują najwyższe wyniki ogólnego poziomu poczucia koherencji. Ponadto „Zaradni” prezentują najwyższy poziom poczucia zrozumiałości i zaradności oraz istotnie wyższy od „Dobrych uczniów” poziom poczucia sensowności.

Prezentowane grupy różnią się poziomem lęku-stanu ($F(2;47)=5,647$; $p=0,006$) i lęku-cechy ($F(2;47)=15,370$; $p<0,001$). Dokładna analiza wskazuje, że „Zaradni” prezentują najniższy poziom lęku-stanu i lęku-cechy.

Wyróżnione typy lekarzy różnią się celami w życiu: pomyślnością rodziny ($F(2;47)=10,982$; $p<0,001$); dojrzałą miłością ($F(2;47)=3,807$; $p=0,029$) oraz poczuciem własnej godności ($F(2;47)=6,842$; $p=0,002$). Poszczególne typy różnią się również sposobami realizacji tych celów: kochający ($F(2;47)=3,808$; $p=0,029$); odważny ($F(2;47)=4,992$; $p=0,011$); opanowany ($F(2;47)=10,532$; $p<0,001$); uczciwy ($F(2;47)=4,132$; $p=0,022$); uzdolniony ($F(2;47)=4,146$; $p=0,022$); i wybaczący ($F(2;47)=4,723$; $p=0,014$). Dokładna analiza wskazuje, że pomyślność rodziny jest najważniejsza dla „Pasjonatów”. Poczucie własnej wartości jest najważniejsze dla „Dobrych uczniów” (wynik wyższy na poziomie tendencji porównaniu do „Zaradnych”). Dojrzała miłość natomiast jest ważniejsza dla „Zaradnych” niż dla „Dobrych uczniów”. W zakresie realizacji celów życiowych „Zaradni” są w najmniejszym stopniu kochający (wyniki na poziomie tendencji), a w największym opanowani. Ponadto „Pasjonaci” są w największym stopniu uzdolnieni (wynik na poziomie tendencji w porównaniu do „Dobrych uczniów”). „Zaradni” są bardziej odważni od „Dobrych uczniów”, a „Pasjonaci” w większym stopniu uczciwi i wybaczący od „Dobrych uczniów”.

Tabela 32. Statystyki opisowe i analiza właściwości osobowości wśród wyróżnionych typów lekarzy podczas piątego roku studiów.

	Skupienie 1 Pasjonaci		Skupienie 2 Zaradni		Skupienie 3 D. uczniowie		Istotność różnic		Test post-hoc (RIR Tukeya)			
	M	SD	M	SD	M	SD	F(2;47)	p	Eta ²	1vs2	1vs3	2vs3
Depresyjność	52,43	13,66	34,30	7,50	42,13	12,10	11,177***	<0,001	0,48	0,00*	0,04*	0,10
P. koherencji	122,43	16,52	146,60	24,46	123,25	15,31	8,625**	0,001	0,37	0,00*	0,99	0,00*
zrozumiałość	38,43	7,62	51,00	9,58	43,88	4,21	11,412***	<0,001	0,49	0,00*	0,14	0,02*
zaradność	45,43	8,37	53,80	10,24	45,38	3,30	6,489**	0,003	0,28	0,01*	1,00	0,01*
sensowność	38,57	4,80	41,80	6,17	34,00	11,20	4,383*	0,018	0,19	0,47	0,26	0,01*
Lęk												
Lęk - stan	5,57	2,14	3,50	2,12	5,75	2,46	5,647**	0,006	0,24	0,03*	0,97	0,01*
Lęk - cecha	6,29	2,20	3,80	1,51	6,88	1,67	15,370***	<0,001	0,65	0,00*	0,64	0,00*
Hierarchia wartości ostatecznych												
pomyśln. rodziny	8,00	2,99	3,70	2,34	4,00	3,22	10,982***	<0,001	0,47	0,00*	0,00*	0,95
dojrzała miłość	5,86	4,17	6,40	4,45	3,13	1,59	3,807*	0,029	0,16	0,91	0,12	0,03*
p. wł. godności	3,71	2,76	5,40	3,35	7,75	2,77	6,842**	0,002	0,29	0,25	0,00*	0,06 ^A
pokój na świecie	10,43	6,25	12,60	4,64	14,63	2,73	3,007	0,059	0,13	0,38	0,05 ^A	0,41
równ. wewn.	3,86	1,96	6,80	4,37	6,13	4,18	2,593	0,085	0,11	0,08 ^A	0,24	0,86
Hierarchia wartości instrumentalnych												
kochający	6,43	5,65	3,20	3,11	6,38	3,26	3,808*	0,029	0,16	0,06 ^A	1,00	0,06 ^A
logiczny	6,57	5,60	8,60	5,26	10,63	3,10	2,684	0,079	0,11	0,45	0,06 ^A	0,42
odważny	10,43	2,41	13,00	4,03	9,00	4,59	4,992*	0,011	0,21	0,15	0,57	0,01*
opanowany	6,29	4,03	13,40	3,65	9,75	5,65	10,532***	<0,001	0,45	0,00*	0,10	0,05 ^A
uczciwy	8,29	5,54	6,10	2,73	4,25	3,17	4,132*	0,022	0,18	0,24	0,02*	0,33
uzdolniony	13,43	4,47	9,20	4,15	9,50	5,01	4,146*	0,022	0,18	0,03*	0,06 ^A	0,98
wybaczący	9,43	5,29	12,50	4,26	14,38	3,76	4,723*	0,014	0,20	0,13	0,01*	0,42
P.aprobaty społ.	12,14	6,26	16,30	4,86	14,13	4,51	2,690	0,078	0,11	0,07 ^A	0,55	0,43

^Ap<0,10; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

4.3.3.7. Różnice we właściwościach osobowości pomiędzy poszczególnymi typami sukcesu w zawodzie lekarza podczas szóstego roku studiów

Wyniki analizy pokazują, że lekarze z wyróżnionych skupień różnią się istotnie poszczególnymi właściwościami osobowości podczas szóstego roku studiów (tabela 33).

Wyróżnione grupy różnią się poziomem depresyjności (F(2;47)=4,997; p=0,011). Dokładna analiza testami post hoc metodą Tukeya wskazuje, że „Pasjonaci” uzyskują istotnie wyższy wynik poziomu depresyjności niż „Zaradni”.

Poszczególne typy lekarzy różnią się poziomem jednej ze składowych poczucia koherencji - zrozumiałością (F(2;47)=6,950; p=0,002). Dokładna analiza wskazuje, że „Zaradni” prezentują najwyższe wyniki poczucia zrozumiałości.

Prezentowane grupy różnią się poziomem lęku-stanu (F(2;47)=4,794; p=0,013) i lęku-cechy (F(2;47)=11,558; p<0,001). Dokładna analiza wskazuje, że „Zaradni” prezentują niższy od „Dobrych uczniów” poziom lęku-stanu najniższy ze wszystkich grup poziom lęku-cechy.

Prezentowane typy lekarzy różnią się celami w życiu, identycznie jak w roku poprzednim: pomyślnością rodziny ($F(2;47)=8,917$; $p=0,001$); dojrzałą miłością ($F(2;47)=3,893$; $p=0,027$) i poczuciem własnej godności ($F(2;47)=6,042$; $p=0,005$). Typy lekarzy różnią się również sposobami realizacji tych celów: kochający ($F(2;47)=5,954$; $p=0,005$); odpowiedzialny ($F(2;47)=3,235$; $p=0,048$); opanowany ($F(2;47)=7,587$; $p=0,001$); uczciwy ($F(2;47)=3,262$; $p=0,047$); uzdolniony ($F(2;47)=6,050$; $p=0,005$); i wybaczący ($F(2;47)=5,942$; $p=0,005$). Dokładna analiza wskazuje, że pomyślność rodziny, podobnie jak rok wcześniej, jest najważniejsza dla „Pasjonatów”. Oprócz tego, dla „Dobrych uczniów” najważniejsze jest poczucie własnej wartości, a dojrzała miłość natomiast jest ważniejsza dla „Pasjonatów” niż dla „Dobrych uczniów”. W zakresie realizacji celów życiowych „Pasjonaci” są w największym stopniu ambitni (wyniki na poziomie tendencji) i uzdolnieni, a w najmniejszym opanowani i wybaczący. „Zaradni” są w większym stopniu (na poziomie tendencji) odpowiedzialni niż „Pasjonaci”; a „Pasjonaci”, podobnie jak to było rok wcześniej, w większym stopniu uczciwi niż „Dobrzy uczniowie”.

Tabela 33. Statystyki opisowe i analiza właściwości osobowości wśród wyróżnionych typów lekarzy podczas szóstego roku studiów.

	Skupienie 1 Pasjonaci		Skupienie 2 Zaradni		Skupienie 3 D. uczniowie		Istotność różnic		Test post-hoc (RIR Tukeya)			
	M	SD	M	SD	M	SD	F(2;47)	p	Eta ²	1vs2	1vs3	2vs3
Depresyjność	47,57	13,21	35,50	8,46	40,75	11,60	4,997*	0,011	0,21	0,01*	0,22	0,34
P. koherencji	129,43	24,66	143,20	29,49	125,00	17,99	2,624	0,083	0,11	0,26	0,88	0,09 ^A
rozumiałość	40,71	10,04	51,10	9,44	44,00	4,41	6,950**	0,002	0,30	0,00*	0,54	0,04*
Lęk												
stan	4,71	1,90	3,50	2,12	5,75	2,46	4,794*	0,013	0,20	0,26	0,40	0,01*
cecha	5,57	2,47	3,80	1,51	6,75	1,61	11,558***	<0,001	0,49	0,02*	0,20	0,00*
Strategie radzenia sobie ze stresem												
akcept.-rezygn.	43,86	5,27	44,50	6,84	48,63	4,62	3,188	0,050	0,14	0,95	0,07 ^A	0,10
Hierarchia wartości ostatecznych												
pomyśl. rodziny	7,57	3,32	3,40	2,48	4,25	3,04	8,917**	0,001	0,38	0,00*	0,01*	0,66
dojrzała miłość	6,43	4,11	5,30	3,37	3,25	1,69	3,893*	0,027	0,17	0,57	0,02*	0,15
p. wł. godności	3,00	2,72	6,20	4,47	7,38	2,78	6,042**	0,005	0,26	0,03*	0,00*	0,59
Hierarchia wartości instrumentalnych												
ambitny	13,29	4,03	9,70	3,47	9,63	5,84	3,264*	0,047	0,14	0,07 ^A	0,08 ^A	1,00
kochający	6,57	5,46	2,60	2,64	6,13	3,12	5,954**	0,005	0,25	0,01*	0,94	0,02*
logiczny	5,86	4,82	8,90	5,59	9,88	2,90	2,997	0,060	0,13	0,16	0,06 ^A	0,81
odpowiedzialny	2,71	2,13	5,60	4,90	3,00	3,06	3,235*	0,048	0,14	0,08 ^A	0,98	0,11
opanowany	6,29	4,32	12,40	3,90	11,00	5,56	7,587**	0,001	0,32	0,00*	0,02*	0,64
pomocny	9,43	4,03	7,00	4,26	9,88	4,30	2,449	0,097	0,10	0,23	0,95	0,11
uczciwy	7,57	5,08	5,50	3,12	4,00	3,35	3,262*	0,047	0,14	0,28	0,04*	0,48
uzdolniony	14,00	4,37	8,70	4,21	9,25	5,34	6,050**	0,005	0,26	0,01*	0,02*	0,93
wybaczący	9,43	5,63	13,30	2,87	14,25	3,64	5,942**	0,005	0,25	0,02*	0,01*	0,76
P. aprobaty społ.	11,86	6,11	15,90	4,41	14,63	4,81	2,661*	0,080	0,11	0,07 ^A	0,30	0,73

^Ap<0,10; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

4.3.4. Uwarunkowania typów sukcesu w zawodzie lekarza na podstawie wcześniejszych wyników uczenia się i właściwości osobowości

Przeprowadzone analizy dyskryminacyjne mają na celu przewidywanie przynależność badanych lekarzy do trzech skupień charakteryzujących się odmiennym stylem doświadczanego sukcesu na podstawie wyników uczenia się i właściwości osobowości.

4.3.4.1. Uwarunkowania typów sukcesu w zawodzie lekarza na podstawie wcześniejszych wyników uczenia się

Biorąc pod uwagę wyniki uczenia się można powiedzieć, że zmiennymi pozwalającymi w istotny sposób przewidywać typ doświadczanego sukcesu w zawodzie lekarza są: ocena z biologii na maturze oraz średnie ocen uzyskanych w trakcie drugiego i szóstego roku studiów (tabela 34). Analizując szczegółowo współczynniki funkcji klasyfikacyjnych dla tych zmiennych można zauważyć, że zmiennymi dającymi najsilniejszy wkład w przewidywanie przynależności do skupienia „Pasjonatów” jest ocena z biologii na maturze ($\beta=6,00$) (im wyższa ocena tym silniejszy wkład); natomiast do „Dobrych uczniów” średnie ocen uzyskanych podczas drugiego ($\beta=31,66$), i czwartego roku studiów ($\beta=14,26$) (im wyższe średnie ocen tym silniejszy wkład) (Tabela).

Z podsumowania wyników analizy dyskryminacyjnej wynika, że na podstawie zmiennej wyników uczenia się można trafnie odtworzyć przynależność do grup „Zaradnych” ($p=100\%$) i „Dobrych uczniów” ($p=62,5\%$) (tabela 35).

Tabela 34. Tabela funkcji dyskryminacyjnej na podstawie wyników uzyskanych w zmiennych uczenia się.

	Funkcje klasyfikacyjne dla grup			Efekty wpływu zmiennych na klasyfikację		
	1 Pasjonaci p=,28	2 Zaradni p=,40	3 UCz p=,32	Lambda Wilksa	Analiza istotności F(2;44) p	
Wyraz wolny	-78,53	-66,08	-80,49	0,718	8,658	0,001
matura - biologia	6,00	5,16	3,58	0,831	4,482	0,017
R2 średnia ocen	27,36	23,43	31,66	0,742	7,654	0,001
R3 średnia ocen	-8,01	-4,43	-9,54	0,887	2,814	0,071
R4 średnia ocen	13,24	11,44	14,26	0,848	3,943	0,027

Tabela 35. Macierz klasyfikacji na podstawie zmiennych uczenia się.

Faktyczne skupienie	Procent poprawnych przewidywań	Przewidywane		
		1 p=,28	2 p=,40	3 p=,32
1	28,6	4	6	4
2	100	0	20	0
3	62,5	2	4	10
Ogół	68	6	30	14
Zaufanie do przewidywań		66,7	66,7	71,4

4.3.4.2. Uwarunkowania typów sukcesu w zawodzie lekarza na podstawie wcześniejszych właściwości osobowości podczas kandydowania na studia

Biorąc pod uwagę właściwości osobowości w momencie egzaminu na studia medyczne (tabela 36) można powiedzieć, że zmiennymi dającymi najsilniejszy istotny wkład w przewidywanie przynależności do skupienia „Pasjonatów” są: wszystkie trzy składowe poczucia koherencji: zrozumiałość ($\beta=72,19$), zaradność ($\beta=-172,07$), i sensowność ($\beta=50,14$) (im wyższa zrozumiałość i sensowność a niższa zaradność tym większy wkład); lęk-stan ($\beta=466,91$) i lęk-cecha ($\beta=-397,07$) (im wyższy lęk-stan i niższy lęk-cecha tym większy wkład); wszystkie osiem strategii radzenia sobie ze stresem analiza logiczna ($\beta=-91,21$), pozytywne przewartościowanie ($\beta=137,38$), poszukiwanie kierownictwa i wsparcia ($\beta=7,93$), działanie w celu rozwiązania problemu ($\beta=60,54$), unikanie poznawcze ($\beta=10,28$), akceptacja-rezygnacja ($\beta=125,78$), poszukiwanie zastępczych wzmocnień ($\beta=35,93$) i wyładowanie emocjonalne ($\beta=-151,99$). We wszystkich poza analizą logiczną i wyładowaniem emocjonalnym im wyższy wynik tym wyższy wkład. Następujące cele w życiu: pomyślność rodziny ($\beta=65,65$), dostatnie życie ($\beta=75,93$), mądrość ($\beta=445,28$), poczucie dokonania ($\beta=259,30$), pokój na świecie ($\beta=109,48$) (im wyższe wyniki tym większy wkład) oraz poczucie własnej godności ($\beta=-171,61$) i przyjemność ($\beta=-56,81$) (im niższe wyniki tym większy wkład).

Natomiast zmiennymi dającymi najsilniejszy wkład w przewidywanie przynależności do skupienia „Zaradnych” są cele w życiu: bezpieczeństwo narodowe ($\beta=8,48$) (im wyższy wynik tym większy wkład) i prawdziwa przyjaźń ($\beta=-3,92$) (im niższy wynik tym większy wkład).

Z podsumowania wyników analizy dyskryminacyjnej wynika, że na podstawie właściwości osobowości w momencie egzaminu wstępnego można trafnie odtworzyć przynależność do grup wszystkich grup: „Pasjonatów” ($p=100\%$), „Zaradnych” ($p=100\%$) i „Dobrych uczniów” ($p=100\%$) (tabela 37).

Tabela 36. Tabela funkcji dyskryminacyjnej na podstawie wyników uzyskanych w zmiennych poszczególnych właściwości osobowości w momencie kandydowania na studia medyczne.

	Funkcje klasyfikacyjne dla grup			Efekty wpływu zmiennych na klasyfikację		
	1 Pasjonaci	2 Zaradni	3 D Ucz	Lambda	Analiza istotności	
	p=,28	p=,40	p=,32	Wilksa	F(2;44)	p
Poczucie koherencji						
zrozumiałość	72,19	59,84	51,18	0,14	80,220	<0,001
zaradność	-172,07	-138,85	-119,20	0,04	291,028	<0,001
sensowność	50,14	41,37	36,68	0,38	20,840	<0,001
Lęk						
stan	466,92	387,40	332,80	0,11	110,560	<0,001
cecha	-397,07	-330,52	-284,65	0,13	88,983	<0,001
Strategie radzenia sobie ze stresem						
analiza logiczna	-91,21	-75,53	-63,27	0,18	59,158	<0,001
pozytywne przewartościowanie	137,38	110,42	94,12	0,04	322,446	<0,001
poszukiwanie kierownictwa i wsparcia	7,93	5,11	4,47	0,60	8,687	0,001
działanie w celu rozwiązania problemu	60,54	50,87	42,12	0,36	23,231	<0,001
unikanie poznawcze	10,28	8,46	6,18	0,66	6,751	0,004
akceptacja-rezygnacja	125,78	102,99	90,23	0,13	90,128	<0,001
poszukiwanie zastępczych wzmocnień	35,93	30,42	26,39	0,48	13,867	<0,001
wyładowanie emocjonalne	-151,99	-122,01	-103,33	0,04	311,528	<0,001
Hierarchia wartości ostatecznych						
bezpieczeństwo narodowe	5,23	8,48	7,98	0,79	3,517	0,044
pomyślność rodziny	65,56	53,49	46,41	0,50	12,874	<0,001
dostatnie życie	75,93	57,44	48,76	0,19	53,743	<0,001
mądrość	445,28	362,50	310,26	0,06	207,412	<0,001
poczucie dokonania	259,30	211,14	182,00	0,07	182,778	<0,001
poczucie własnej godności	-171,61	-137,66	-119,15	0,11	107,319	<0,001
pokój na świecie	109,48	87,62	75,24	0,21	50,038	<0,001
prawdziwa przyjaźń	-3,28	-3,92	-1,86	0,67	6,295	0,006
przyjemność	-56,81	-41,56	-34,35	0,25	39,384	<0,001

Tabela 37. Macierz klasyfikacji na podstawie zmiennych właściwości osobowości w momencie kandydowania na studia medyczne.

Faktyczne skupienie	Procent poprawnych przewidywań	Przewidywane		
		1	2	3
		p=,28	p=,40	p=,32
1	100,0	14	0	0
2	100,0	0	20	0
3	100,0	0	0	16
Ogół	100,0	14	20	16
Zaufanie do przewidywań		100,0	100,0	100,0

4.3.4.3. Uwarunkowania typów sukcesu w zawodzie lekarza na podstawie wcześniejszych właściwości osobowości podczas pierwszego roku studiów

Biorąc pod uwagę właściwości osobowości w trakcie pierwszego roku studiów (tabela 38) można powiedzieć, że zmiennymi dającymi najsilniejszy istotny wkład w przewidywanie przynależności do skupienia „Zaradnych” są: składowa poczucia koherencji - zrozumiałość ($\beta=3,33$) (im wyższy wynik tym większy wkład); unikowa strategia radzenia sobie akceptacja-rezygnacja ($\beta=16,99$) (im wyższy wynik tym większy wkład); oraz cel w życiu - poczucie własnej godności ($\beta=15,58$) (im wyższy wynik tym większy wkład).

Zmiennymi dającymi najsilniejszy wkład w przewidywanie przynależności do typu „Dobrych uczniów” są: lęk-stan ($\beta=-7,11$) (im niższy wynik tym większy wkład); konfrontacyjne strategie radzenia sobie ze stresem: analiza logiczna ($\beta=3,26$), działanie w celu rozwiązania problemu ($\beta=13,51$) (im wyższe wyniki tym większy wkład) i unikające poszukiwanie zastępczych wzmocnień ($\beta=-4,79$) (im niższy wynik tym większy wkład) i wyładowanie emocjonalne ($\beta=15,33$) (im niższy wynik tym większy wkład); a także cele w życiu: pomyślność rodziny ($\beta=12,71$), dojrzała miłość ($\beta=70,06$) i przyjemność ($\beta=18,29$) (im wyższe wyniki tym większy wkład) oraz dostatnie życie ($\beta=-13,89$), mądrość ($\beta=-6,28$) i prawdziwa przyjaźń ($\beta=-22,24$) (im niższe wyniki tym większy wkład).

Z podsumowania wyników analizy dyskryminacyjnej wynika, że na podstawie właściwości osobowości w trakcie pierwszego roku studiów można trafnie odtworzyć przynależność do wszystkich grup: „Pasjonatów” ($p=100\%$), „Zaradnych” ($p=100\%$) i „Dobrych uczniów” ($p=100\%$) (tabela 39).

Tabela 38. Tabela funkcji dyskryminacyjnej na podstawie wyników uzyskanych w zmiennych poszczególnych właściwości osobowości podczas pierwszego roku studiów.

	Funkcje klasyfikacyjne dla grup			Efekty wpływu zmiennych na klasyfikację		
	1 Pasjonaci p=.28	2 Zaradni p=.40	3 DUcz p=.32	Lambda Wilksa	Analiza istotności F(2;44) p	
Poczucie koherencji						
zrozumiałość	1,89	3,33	1,17	0,507	13,629	<0,001
zaradność	-12,85	-13,77	-13,07	0,840	2,672	0,087
sensowność	18,93	19,68	19,20	0,933	1,005	0,379
Lęk						
stan	-6,44	-6,56	-7,11	0,636	8,001	0,002
Strategie radzenia sobie ze stresem						
analiza logiczna	2,48	1,16	3,26	0,612	8,857	0,001
pozytywne przewartościowanie	9,78	10,58	9,99	0,846	2,547	0,096
działanie w celu rozwiązania problemu	12,32	13,21	13,51	0,636	8,022	0,002
akceptacja-rezygnacja	15,42	16,99	15,35	0,596	9,504	0,001
poszukiwanie zastępczych wzmocnień	-4,05	-4,12	-4,79	0,743	4,851	0,016
wyładowanie emocjonalne	13,93	14,35	15,33	0,576	10,326	<0,001
Hierarchia wartości ostatecznych						
bezpieczeństwo narodowe	8,71	9,85	8,78	0,863	2,228	0,126
pomyślność rodziny	10,79	10,70	12,71	0,558	11,102	<0,001
dojrzała miłość	65,99	69,64	70,06	0,642	7,805	0,002
dostatnie życie	-12,27	-12,41	-13,89	0,643	7,770	0,002
mądrość	-2,96	-0,72	-6,28	0,342	26,938	<0,001
poczucie dokonania	-15,91	-16,53	-17,17	0,814	3,200	0,056
poczucie własnej godności	13,53	15,58	13,99	0,670	6,880	0,004
pokój na świecie	0,25	-0,76	0,39	0,856	2,347	0,114
prawdziwa przyjaźń	-19,62	-19,56	-22,24	0,630	8,233	0,002
przyjemność	15,95	15,02	18,29	0,639	7,920	0,002

Tabela 39. Macierz klasyfikacji na podstawie zmiennych właściwości osobowości podczas pierwszego roku studiów.

Faktyczne skupienie	Procent poprawnych przewidywań	Przewidywane		
		1	2	3
		p=,28	p=,40	p=,32
1	100,0	14	0	0
2	100,0	0	20	0
3	100,0	0	0	16
Ogół	100,0	14	20	16
Zaufanie do przewidywań		100,0	100,0	100,0

4.3.4.4. Uwarunkowania typów sukcesu w zawodzie lekarza na podstawie wcześniejszych właściwości osobowości podczas drugiego roku studiów

Biorąc pod uwagę właściwości osobowości podczas drugiego roku studiów (tabela 40) można powiedzieć, że zmiennymi dającymi najsilniejszy istotny wkład w przewidywanie przynależności do skupienia „Zaradnych” są: składowe poczucia koherencji: zaradność ($\beta=6699,00$), sensowność ($\beta=5386,00$) (im wyższe wyniki tym większy wkład) i zrozumiałość ($\beta=-8852,00$) (im niższy wynik tym większy wkład); lęk-stan ($\beta=-97930,00$) (im niższy wynik tym większy wkład) i lęk-cecha ($\beta=98251,00$) (im wyższy wynik tym większy wkład); konfrontacyjne strategie: działanie w celu rozwiązania problemu ($\beta=17746,00$) (im wyższy wynik tym większy wkład), pozytywne przewartościowanie ($\beta=-13120,00$) oraz poszukiwanie kierownictwa i wsparcia ($\beta=-5966,00$) (im niższe wyniki tym większy wkład), a także unikowe: akceptacja-rezygnacja ($\beta=30768,00$), poszukiwanie zastępczych wzmocnień ($\beta=4842,00$) i wyładowanie emocjonalne ($\beta=2748,00$) (im wyższe wyniki tym większy wkład). Ponadto istotny wkład mają cele w życiu: bezpieczeństwo narodowe ($\beta=48698,00$), dojrzała miłość ($\beta=60936,00$), dostatnie życie ($\beta=14249,00$), mądrość ($\beta=14417,00$), poczucie własnej wartości ($\beta=23440,00$) (im wyższe wyniki tym większy wkład) oraz poczucie dokonania ($\beta=-12288,00$), pokój na świecie ($\beta=-28194,00$), pomyślność rodziny ($\beta=-12850,00$) i prawdziwa przyjaźń ($\beta=-14597,00$) (im niższe wyniki tym większy wkład) oraz potrzeba aprobaty społecznej ($\beta=30222,00$) (im wyższy wynik tym większy wkład).

Z podsumowania wyników analizy dyskryminacyjnej wynika, że na podstawie właściwości osobowości podczas drugiego roku studiów można trafnie odtworzyć przynależność do wszystkich trzech grup: „Pasjonatów” (p=100%), „Zaradnych” (p=100%) i „Dobrych uczniów” (p=100%) (tabela 41).

Tabela 40. Tabela funkcji dyskryminacyjnej na podstawie wyników uzyskanych w zmiennych poszczególnych właściwości osobowości podczas drugiego roku studiów.

	Funkcje klasyfikacyjne dla grup			Efekty wpływu zmiennych na klasyfikację		
	1 Pasjonaci	2 Zaradni	3 DUcz	Lambda	Analiza istotności	
	p=,28	p=,40	p=,32	Wilksa	F(2;44)	p
Poczucie koherencji						
zrozumiałość	-8154,00	-8852,00	-8668,00	0,039	317,070	<0,001
zaradność	6170,00	6699,00	6560,00	0,017	730,930	<0,001
sensowność	4961,00	5386,00	5274,00	0,008	1613,440	<0,001
Lęk						
stan	-90216,00	-97930,00	-95908,00	0,003	4577,420	<0,001
cecha	90510,00	98251,00	96222,00	0,003	4223,860	<0,001
Strategie radzenia sobie ze stresem						
analiza logiczna	-5052,00	-5489,00	-5371,00	0,046	270,370	<0,001
pozytywne przewartościowanie	-12083,00	-13120,00	-12847,00	0,006	2153,980	<0,001
poszukiwanie kierownictwa i wsparcia	-5499,00	-5966,00	-5845,00	0,028	453,800	<0,001
działanie w celu rozwiązania problemu	16345,00	17746,00	17376,00	0,003	5090,660	<0,001
akceptacja-rezygnacja	28341,00	30768,00	30131,00	0,001	14308,070	<0,001
poszukiwanie zastępczych wzmocnień	4464,00	4842,00	4745,00	0,075	160,410	<0,001
wyładowanie emocjonalne	2535,00	2748,00	2695,00	0,056	218,920	<0,001
Hierarchia wartości ostatecznych						
bezpieczeństwo narodowe	44859,00	48698,00	47690,00	0,003	4270,960	<0,001
pomyślność rodziny	-11833,00	-12850,00	-12581,00	0,050	248,010	<0,001
dojrzała miłość	56131,00	60936,00	59674,00	0,003	4105,600	<0,001
dostatnie życie	13122,00	14249,00	13951,00	0,013	989,580	<0,001
mądrość	13278,00	14417,00	14118,00	0,004	3340,240	<0,001
poczucie dokonania	-11320,00	-12288,00	-12034,00	0,010	1271,360	<0,001
poczucie własnej godności	21600,00	23440,00	22961,00	0,011	1149,680	<0,001
pokój na świecie	-25975,00	-28194,00	-27614,00	0,005	2688,050	<0,001
prawdziwa przyjaźń	-13449,00	-14597,00	-14297,00	0,010	1316,150	<0,001
Potrzeba aprobaty społecznej	27847,00	30222,00	29604,00	0,006	2226,820	<0,001

Tabela 41. Macierz klasyfikacji na podstawie zmiennych właściwości osobowości podczas drugiego roku studiów.

Faktyczne skupienie	Procent poprawnych przewidywań	Przewidywane		
		1	2	3
		p=,28	p=,40	p=,32
1	100,0	14	0	0
2	100,0	0	20	0
3	100,0	0	0	16
Ogół	100,0	14	20	16
Zaufanie do przewidywań		100,0	100,0	100,0

4.3.4.5. Uwarunkowania typów sukcesu w zawodzie lekarza na podstawie

wcześniejszych właściwości osobowości podczas trzeciego roku studiów

Biorąc pod uwagę właściwości osobowości podczas trzeciego roku studiów (tabela 42) można powiedzieć, że zmiennymi dającymi najsilniejszy istotny wkład w przewidywanie przynależności do skupienia „Dobrych uczniów” są: ogólne poczucie koherencji ($\beta=9550,00$) i jej składowa -sensowność ($\beta=4548,00$) (im wyższe wyniki tym większy wkład); lęk-stan ($\beta=619943,00$) (im wyższy wynik tym większy wkład) i lęk-cecha ($\beta=-1082866,00$) (im niższy wynik tym większy wkład); wszystkie strategie radzenia sobie ze stresem - konfrontacyjne: analiza logiczna ($\beta=79507,00$), poszukiwanie kierownictwa i wsparcia ($\beta=63984,00$) (im wyższe wyniki tym większy

wkład), pozytywne przewartościowanie ($\beta=-41021,00$) oraz działanie w celu rozwiązania problemu ($\beta=-112790,00$) (im niższe wyniki tym większy wkład); a także strategie unikowe: akceptacja-rezygnacja ($\beta=358072,00$) (im wyższy wynik tym większy wkład), unikanie poznawcze ($\beta=-76058,00$), poszukiwanie zastępczych wzmocnień ($\beta=-189795,00$) i wyładowanie emocjonalne ($\beta=-60141,00$) (im niższe wyniki tym większy wkład). Dodatkowo istotny wkład mają cele w życiu: dojrzała miłość ($\beta=271046,00$), mądrość ($\beta=78435,00$), poczucie dokonania ($\beta=504841,00$), pokój na świecie ($\beta=469531,00$), przyjemność ($\beta=390410,00$) i równowaga wewnętrzna ($\beta=482273,00$) (im wyższe wyniki tym większy wkład) oraz pomyślność rodziny ($\beta=-21992,00$), dostatnie życie ($\beta=-184766,00$), poczucie własnej godności ($\beta=-10906,00$) i prawdziwa przyjaźń ($\beta=-100439,00$) (im niższe wyniki tym większy wkład).

Z podsumowania wyników analizy dyskryminacyjnej wynika, że na podstawie właściwości osobowości podczas trzeciego roku studiów można trafnie odtworzyć przynależność do wszystkich grup: „Pasjonatów” ($p=100\%$), „Zaradnych” ($p=100\%$) i „Dobrych uczniów” ($p=100\%$) (tabela 43).

Tabela 42. Tabela funkcji dyskryminacyjnej na podstawie wyników uzyskanych w zmiennych poszczególnych właściwości osobowości podczas trzeciego roku studiów.

	Funkcje klasyfikacyjne dla grup			Efekty wpływu zmiennych na klasyfikację	
	1 Pasjonaci p=,28	2 Zaradni p=,40	3 DUcz p=,32	Lambda Wilksa	Analiza istotności F(2;44) p
Poczucie koherencji					
ogólne poczucie koherencji	8194,00	9489,00	9550,00	0,013	983,200 <0,001
sensowność	3905,00	4521,00	4548,00	0,109	106,800 <0,001
Lęk					
stan	531692,00	615975,00	619943,00	<0,001	41899,700 <0,001
cecha	-928693,00	-1075941,00	-1082866,00	<0,001	29217,800 <0,001
Strategie radzenia sobie ze stresem					
analiza logiczna	68191,00	78998,00	79507,00	0,001	17578,300 <0,001
pozytywne przewartościowanie	-35181,00	-40758,00	-41021,00	0,001	20050,600 <0,001
poszukiwanie kierownictwa i wsparcia	54874,00	63574,00	63984,00	<0,001	53175,700 <0,001
działanie w celu rozwiązania problemu	-96733,00	-112067,00	-112790,00	<0,001	41785,500 <0,001
unikanie poznawcze	-65231,00	-75571,00	-76058,00	<0,001	34466,900 <0,001
akceptacja-rezygnacja	307109,00	355784,00	358072,00	<0,001	106099,000 <0,001
poszukiwanie zastępczych wzmocnień	-162773,00	-188581,00	-189795,00	0,001	24260,500 <0,001
wyładowanie emocjonalne	-51575,00	-59756,00	-60141,00	0,001	12798,500 <0,001
Hierarchia wartości ostatecznych					
pomyślność rodziny	-18852,00	-21853,00	-21992,00	0,031	405,600 <0,001
dojrzała miłość	232470,00	269320,00	271046,00	0,001	19758,100 <0,001
dostatnie życie	-158461,00	-183581,00	-184766,00	<0,001	38642,600 <0,001
mądrość	67279,00	77934,00	78435,00	0,002	7192,000 <0,001
poczucie dokonania	432964,00	501609,00	504841,00	<0,001	42227,900 <0,001
poczucie własnej godności	-9339,00	-10830,00	-10906,00	0,058	210,400 <0,001
pokój na świecie	402692,00	466529,00	469531,00	<0,001	54413,800 <0,001
prawdziwa przyjaźń	-86138,00	-99796,00	-100439,00	0,002	7154,100 <0,001
przyjemność	334847,00	387918,00	390410,00	<0,001	71714,700 <0,001
równowaga wewnętrzna	413624,00	479190,00	482273,00	<0,001	61054,200 <0,001

Tabela 43. Macierz klasyfikacji na podstawie zmiennych właściwości osobowości podczas trzeciego roku studiów.

Faktyczne skupienie	Procent poprawnych przewidywań	Przewidywane		
		1 p=,28	2 p=,40	3 p=,32
1	100,0	14	0	0
2	100,0	0	20	0
3	100,0	0	0	16
Ogół	100,0	14	20	16
Zaufanie do przewidywań		100,0	100,0	100,0

4.3.4.6. Uwarunkowania typów sukcesu w zawodzie lekarza na podstawie

wcześniejszych właściwości osobowości podczas czwartego roku studiów

Biorąc pod uwagę właściwości osobowości podczas czwartego roku studiów (tabela 44) można powiedzieć, że zmiennymi dającymi najsilniejszy istotny wkład w przewidywanie przynależności do skupienia „Zaradnych” są: jedna ze składowych poczucia koherencji - zaradność ($\beta=0,11$) oraz unikowa strategię - poszukiwanie kierownictwa i wsparcia ($\beta=0,64$) (im wyższe wyniki tym większy wkład). Natomiast zmiennymi dającymi najsilniejszy istotny wkład w przewidywanie przynależności do skupienia „Pasjonatów” jest konfrontacyjna strategia radzenia sobie - analiza logiczna ($\beta=4,95$) (im wyższy wynik tym większy wkład).

Z podsumowania wyników analizy dyskryminacyjnej wynika, że na podstawie właściwości osobowości podczas czwartego roku studiów można trafnie odtworzyć przynależność do wszystkich grup: „Pasjonatów” ($p=85,7\%$), „Zaradnych” ($p=90\%$) i „Dobrych uczniów” ($p=75\%$) (tabela 45).

Tabela 44. Tabela funkcji dyskryminacyjnej na podstawie wyników uzyskanych w zmiennych poszczególnych właściwości osobowości podczas czwartego roku studiów.

	Funkcje klasyfikacyjne dla grup			Efekty wpływu zmiennych na klasyfikację		
	1 Pasjonaci p=,28	2 Zaradni p=,40	3 D Ucz p=,32	Lambda Wilksa	Analiza istotności F(2;44) p	
Wyraz wolny	-373,76	-402,87	-396,67	0,892	2,179	0,128
Poczucie koherencji						
zrozumiałość	1,88	2,10	2,13	0,860	2,931	0,066
zaradność	0,05	0,49	0,11	0,718	7,075	0,003
Strategie radzenia sobie ze stresem						
Analiza logiczna	4,95	4,45	4,89	0,820	3,947	0,028
Poszukiwanie kierownictwa i wsparcia	0,68	0,89	0,64	0,806	4,326	0,021
Unikanie poznawcze	2,77	2,68	2,82	0,970	0,556	0,579
Akceptacja-rezygnacja	2,11	2,55	2,35	0,895	2,101	0,137
Hierarchia wartości ostatecznych						
bezpieczeństwo narodowe	1,29	1,34	1,23	0,974	0,481	0,622
pomyślność rodziny	0,44	-0,19	0,30	0,860	2,932	0,066
dostatnie życie	7,03	6,96	6,85	0,980	0,363	0,698
poczucie dokonania	2,69	2,64	2,63	0,998	0,044	0,957
poczucie własnej godności	4,29	4,61	4,72	0,898	2,040	0,145
Potrzeba aprobaty społecznej	1,93	1,76	2,00	0,945	1,054	0,359

Tabela 45. Macierz klasyfikacji na podstawie zmiennych właściwości osobowości podczas czwartego roku studiów.

Faktyczne skupienie	Procent poprawnych przewidywań	Przewidywane		
		1	2	3
		p=,28	p=,40	p=,32
1	85,7	12	2	0
2	90,0	0	18	2
3	75,0	2	2	12
Ogół	84,0	14	22	14
Zaufanie do przewidywań		85,7	81,8	85,7

4.3.4.7. Uwarunkowania typów sukcesu w zawodzie lekarza na podstawie wcześniejszych właściwości osobowości podczas piątego roku studiów

Biorąc pod uwagę właściwości osobowości w trakcie piątego roku studiów (tabela 46) można powiedzieć, że zmiennymi dającymi najsilniejszy istotny wkład w przewidywanie przynależności do skupienia „Zaradnych” są: składowe poczucia koherencji: zaradność ($\beta=8594,00$) (im większy wynik tym większy wkład) oraz zrozumiałość ($\beta=-995,00$) i sensowność ($\beta=2951,00$) (im niższe wyniki tym większy wkład); lęk-stan ($\beta=-11151,00$) i lęk-cecha ($\beta=-1176,00$) (im niższe wyniki tym większy wkład); wszystkie strategie radzenia sobie ze stresem - konfrontacyjne: działanie w celu rozwiązania problemu ($\beta=4976,00$) (im wyższy wynik tym większy wkład) oraz analiza logiczna ($\beta=-4089,00$), poszukiwanie kierownictwa i wsparcia ($\beta=-829,00$), pozytywne przewartościowanie ($\beta=-2519,00$) (im niższe wyniki tym większy wkład); a także unikowe: unikanie poznawcze ($\beta=-2519,00$), akceptacja-rezygnacja ($\beta=4727,00$) i wyładowanie emocjonalne ($\beta=1250,00$) (im wyższe wyniki tym większy wkład) oraz poszukiwanie zastępczych wzmocnień ($\beta=-3773,00$) (im niższy wynik tym większy wkład). Dodatkowo istotny wkład mają cele w życiu: mądrość ($\beta=1895,00$), poczucie dokonania ($\beta=$), poczucie własnej godności ($\beta=9558,00$) i prawdziwa przyjaźń ($\beta=1717,00$) (im wyższe wyniki tym większy wkład), a także bezpieczeństwo narodowe ($\beta=-2482,00$), pomyślność rodziny ($\beta=-6839,00$) i dojrzała miłość ($\beta=-1173,00$) (im niższe wyniki tym większy wkład) oraz potrzeba aprobaty społecznej ($\beta=3923,00$) (im wyższy wynik tym większy wkład).

Z podsumowania wyników analizy dyskryminacyjnej wynika, że na podstawie właściwości osobowości podczas piątego roku studiów można trafnie odtworzyć przynależność do wszystkich grup: „Pasjonatów” ($p=100\%$), „Zaradnych” ($p=100\%$) i „Dobrych uczniów” ($p=100\%$) (tabela 47).

Tabela 46. Tabela funkcji dyskryminacyjnej na podstawie wyników uzyskanych w zmiennych poszczególnych właściwości osobowości podczas piątego roku studiów.

	Funkcje klasyfikacyjne dla grup			Efekty wpływu zmiennych na klasyfikację		
	1 Pasjonaci p=,28	2 Zaradni p=,40	3 DUcz p=,32	Lambda Wilksa	Analiza istotności F(2;44) p	
Poczucie koherencji						
zrozumiałość	-693,00	-995,00	-948,00	0,117	97,996	<0,001
zaradność	5989,00	8594,00	8195,00	0,002	8277,175	<0,001
sensowność	-2052,00	-2951,00	-2816,00	0,005	2866,073	<0,001
Lęk						
stan	-7802,00	-11151,00	-10620,00	0,025	506,393	<0,001
cecha	-778,00	-1176,00	-1134,00	0,487	13,689	<0,001
Strategie radzenia sobie ze stresem						
analiza logiczna	-2853,00	-4089,00	-3896,00	0,007	1977,824	<0,001
pozytywne przewartościowanie	-1756,00	-2519,00	-2402,00	0,026	479,015	<0,001
poszukiwanie kierownictwa i wsparcia	-577,00	-829,00	-792,00	0,061	201,836	<0,001
działanie w celu rozwiązania problemu	3464,00	4976,00	4746,00	0,004	3534,316	<0,001
unikanie poznawcze	1488,00	2129,00	2029,00	0,013	954,542	<0,001
akceptacja-rezygnacja	3291,00	4727,00	4510,00	0,005	2671,460	<0,001
poszukiwanie zastępczych wzmocnień	-2621,00	-3773,00	-3601,00	0,008	1545,461	<0,001
wyładowanie emocjonalne	874,00	1250,00	1191,00	0,042	293,068	<0,001
Hierarchia wartości ostatecznych						
bezpieczeństwo narodowe	-1724,00	-2482,00	-2369,00	0,017	774,024	<0,001
pomyślność rodziny	-4753,00	-6839,00	-6526,00	0,004	3295,758	<0,001
dojrzała miłość	-809,00	-1173,00	-1122,00	0,082	144,677	<0,001
dostatnie życie	4780,00	6869,00	6550,00	0,008	1561,272	<0,001
mądrość	1329,00	1895,00	1802,00	0,044	283,287	<0,001
poczucie dokonania	5857,00	8402,00	8011,00	0,002	7550,337	<0,001
poczucie własnej godności	6655,00	9558,00	9118,00	0,007	1870,583	<0,001
prawdziwa przyjaźń	1194,00	1717,00	1636,00	0,104	111,751	<0,001
Potrzeba aprobaty społecznej	2739,00	3923,00	3738,00	0,007	1781,344	<0,001

Tabela 47. Macierz klasyfikacji na podstawie zmiennych właściwości osobowości podczas piątego roku studiów.

Faktyczne skupienie	Procent poprawnych przewidywań	Przewidywane		
		1 p=,28	2 p=,40	3 p=,32
1	100,0	14	0	0
2	100,0	0	20	0
3	100,0	0	0	16
Ogół	100,0	14	20	16
Zaufanie do przewidywań		100,0	100,0	100,0

4.3.4.8. Uwarunkowania typów sukcesu w zawodzie lekarza na podstawie wcześniejszych właściwości osobowości podczas szóstego roku studiów

Biorąc pod uwagę właściwości osobowości podczas szóstego roku studiów (tabela 48) można powiedzieć, że zmiennymi dającymi najsilniejszy istotny wkład w przewidywanie przynależności do skupienia „Zaradnych” są w większości identyczne jak w piątym roku studiów. Są to: składowe poczucia koherencji: zaradność ($\beta=218476,00$) (im większy wynik tym większy wkład) oraz zrozumiałość ($\beta=-126196,00$) i sensowność ($\beta=-64732,00$) (im niższe wyniki tym większy wkład); lęk-stan ($\beta=-464364,00$) i lęk-cecha ($\beta=-34143,00$) (im niższe wyniki tym większy wkład); wszystkie strategie radzenia sobie ze stresem - konfrontacyjne: działanie

w celu rozwiązania problemu ($\beta=94560,00$) (im wyższy wynik tym większy wkład) oraz analiza logiczna ($\beta=-38965,00$), poszukiwanie kierownictwa i wsparcia ($\beta=-29391,00$), pozytywne przewartościowanie ($\beta=-64187,00$) (im niższe wyniki tym większy wkład); oraz unikowe: unikanie poznawcze ($\beta=105877,00$), akceptacja-rezygnacja ($\beta=19086,00$) i wyładowanie emocjonalne ($\beta=4139,00$) (im wyższe wyniki tym większy wkład) oraz poszukiwanie zastępczych wzmocnień ($\beta=-55117,00$) (im niższy wynik tym większy wkład) oraz potrzeba aprobaty społecznej ($\beta=69244,00$) (im wyższy wynik tym większy wkład).

Dodatkowo, inaczej niż rok wcześniej istotny wkład mają cele w życiu: pomyślność rodziny ($\beta=121888,00$), mądrość ($\beta=17063,00$), poczucie dokonania ($\beta=256926,00$), poczucie własnej godności ($\beta=225759,00$), pokój na świecie ($\beta=111392,00$) i prawdziwa przyjaźń (im wyższe wyniki tym większy wkład), a także bezpieczeństwo narodowe ($\beta=-101178,00$), dojrzała miłość ($\beta=-94844,00$) (im niższe wyniki tym większy wkład).

Z podsumowania wyników analizy dyskryminacyjnej wynika, że na podstawie właściwości osobowości podczas szóstego roku studiów można trafnie odtworzyć przynależność do wszystkich grup: „Pasjonatów” ($p=100\%$), „Zaradnych” ($p=100\%$) i „Dobrych uczniów” ($p=100\%$) (tabela 49).

Tabela 48. Tabela funkcji dyskryminacyjnej na podstawie wyników uzyskanych w zmiennych poszczególnych właściwości osobowości podczas szóstego roku studiów.

	Funkcje klasyfikacyjne dla grup			Efekty wpływu zmiennych na klasyfikację		
	1 Pasjonaci	2 Zaradni	3 DUcz	Lambda Wilksa	Analiza istotności	
	p=,28	p=,40	p=,32		F(2;44)	p
Poczucie koherencji						
zrozumiałość	-98845,00	-126196,00	-123080,00	0,003	8861,300	<0,001
zaradność	171121,00	218476,00	213075,00	0,001	35083,950	<0,001
sensowność	-50699,00	-64732,00	-63131,00	0,005	4748,820	<0,001
Lęk						
stan	-363711,00	-464364,00	-452881,00	0,003	8242,350	<0,001
cecha	-26739,00	-34143,00	-33299,00	0,066	366,340	<0,001
Strategie radzenia sobie ze stresem						
analiza logiczna	-30517,00	-38965,00	-37998,00	0,017	1478,850	<0,001
pozytywne przewartościowanie	-50274,00	-64187,00	-62601,00	0,009	2778,250	<0,001
poszukiwanie kierownictwa i wsparcia	-23021,00	-29391,00	-28664,00	0,003	9755,550	<0,001
działanie w celu rozwiązania problemu	74062,00	94560,00	92220,00	0,005	5489,600	<0,001
unikanie poznawcze	82930,00	105877,00	103260,00	0,002	12546,680	<0,001
akceptacja-rezygnacja	14948,00	19086,00	18613,00	0,024	1065,480	<0,001
poszukiwanie zastępczych wzmocnień	-43170,00	-55117,00	-53754,00	0,002	12381,310	<0,001
wyładowanie emocjonalne	3241,00	4139,00	4034,00	0,277	67,750	<0,001
Hierarchia wartości ostatecznych						
bezpieczeństwo narodowe	-79249,00	-101178,00	-98678,00	0,001	24819,340	<0,001
pomyślność rodziny	95476,00	121888,00	118880,00	0,004	7002,090	<0,001
dojrzała miłość	-74285,00	-94844,00	-92501,00	0,004	6995,910	<0,001
достатnie życie	72056,00	91995,00	89720,00	0,004	6187,950	<0,001
mądrość	13366,00	17063,00	16639,00	0,065	375,190	<0,001
poczucie dokonania	201239,00	256926,00	250575,00	0,001	24038,360	<0,001
poczucie własnej godności	176828,00	225759,00	220178,00	0,001	26282,480	<0,001
pokój na świecie	87252,00	111392,00	108643,00	0,001	19369,660	<0,001
prawdziwa przyjaźń	0,00	0,00	0,00	0,042	586,750	<0,001
Potrzeba aprobaty społecznej	54237,00	69244,00	67532,00	0,003	7847,360	<0,001

Tabela 49. Macierz klasyfikacji na podstawie zmiennych właściwości osobowości podczas szóstego roku studiów.

Faktyczne skupienie	Procent poprawnych przewidywań	Przewidywane		
		1	2	3
		p=,28	p=,40	p=,32
1	100,0	14	0	0
2	100,0	0	20	0
3	100,0	0	0	16
Ogół	100,0	14	20	16
Zaufanie do przewidywań		100,0	100,0	100,0

5. OMÓWIENIE WYNIKÓW I DYSKUSJA

W prezentowanej pracy w celu opisanego psychologicznych uwarunkowań sukcesu w zawodzie lekarza zajęto się trzema problemami badawczymi.

1. Porównaniem poziomu jakości życia młodych lekarzy z jakością życia w populacji generalnej Polaków.
2. Ustaleniem, które z wyników uczenia się i właściwości osobowości podczas studiów medycznych związane są z sukcesem w zawodzie lekarza.
3. Identyfikacją typów i odmian sukcesu w zawodzie lekarza. Ustaleniem ewentualnych różnic pomiędzy osobami należącymi do wyodrębnionych typów pod kątem wcześniejszych wyników uczenia się i właściwości osobowości. Ponadto przeanalizowano, które z wyników uczenia się i właściwości osobowości są dobrymi predyktorami danego typu sukcesu.

Jakość życia młodych lekarzy

Na podstawie przeprowadzonych badań można stwierdzić, że jakość życia młodych lekarzy jest zdecydowanie wyższa niż jakość życia populacji generalnej Polaków, a także najbardziej zbliżonych do nich podgrup wyodrębnionych w „Diagnozie Społecznej 2007” - osób w wieku 25-34 lat oraz osób z wykształceniem wyższym i policealnym.

Młodzi lekarze różnią się od Polaków wysokością **dochodów**. Zdecydowana większość z nich (72%) otrzymuje wynagrodzenie znacznie wyższe niż średnia krajowa. Być może warto jednak byłoby zadać dodatkowe pytanie osobom badanym - ile godzin w tygodniu poświęcają na pracę zawodową. Badani lekarze różnią się także od innych **ogólnym dobrostanem psychicznym** (tabela 2). Badani są zdecydowanie bardziej szczęśliwi niż Polacy z populacji generalnej (40% bardzo szczęśliwych, 53% dosyć szczęśliwych) i wyżej oceniają całe swoje dotychczasowe życie (14% wspaniałe, 51% udane). Warto zauważyć, że rezultaty prezentowanych badań znajdują odzwierciedlenie w wynikach badania panelowego „Diagnoza Społeczna 2007”, gdzie lekarze porównywani do innych grup demograficznych i społeczno-zawodowych był i bardziej szczęśliwi niż populacja Polaków. Dodatkowo należy podkreślić, że młodzi lekarze są, niemal we wszystkich aspektach, bardziej **zadowoleni z życia**, a zwłaszcza z własnego wykształcenia, osiągnięć życiowych i perspektyw na przyszłość

(tabela 3). Młodzi lekarze lepiej od porównywanych grup oceniają obszar społeczny swojego życia (dzieci, stosunki z najbliższymi w rodzinie, życie seksualne), obszar materialny (możliwość zaspokojenia potrzeb żywnościowych, poziom dostępnych dóbr i usług, warunki mieszkaniowe, obecne dochody rodziny) i obszar środowiskowy (stan bezpieczeństwa i opiekę zdrowotną w miejscu zamieszkania, sytuację w kraju). Jedyne sytuacja finansowa własnej rodziny jest powodem mniejszego zadowolenia młodych lekarzy. Wydaje się to interesujące, gdyż jak wcześniej wspomniano, większość badanych deklaruje, że zarabia znacznie lepiej niż przeciętny Polak.

Analizując **hierarchię wartości** (tabela 4) można zauważyć, że młodzi lekarze podobnie jak ich rówieśnicy i osoby wykształcone, za najważniejsze warunki szczęśliwego życia uważają zdrowie i udane małżeństwo. Kolejne w hierarchii cechy udanego, szczęśliwego życia to: przyjaciele, praca, pogoda ducha i optymizm, dzieci, opatrność, wolność i swoboda, szacunek otoczenia, wykształcenie, pieniądze, uczciwość i silny charakter. W porównaniu do innych Polaków, badani przypisują większą wartość: przyjaciołom, pogodzie ducha i optymizmowi oraz wolności i swobodzie, a mniejszą dzieciom i pieniądзом. Badani lekarze różnią się także od innych **percepcją pracy zawodowej** (tabela 8). Za najważniejszy jej walor uważają możliwość rozwoju zawodowego. Wszystkie porównywane grupy za najważniejszą cechę pracy uważają odpowiednią płacę. Poza tym dla młodych lekarzy znacznie ważniejsza niż dla innych jest duża samodzielność w pracy, a znacznie mniej ważne brak napięć i stresów oraz praca zgodna z umiejętnościami.

W deklaracjach tych pojawiają się pewne sprzeczności. Badani, pomimo że twierdzą, iż pieniądze nie są dla nich wartością w życiu i w pracy, narzekają przede wszystkim na słabą sytuację finansową własnej rodziny. Jednocześnie deklarują, że zarabiają lepiej niż przeciętny Polak. Poza tym percepcja pracy zawodowej u badanych lekarzy może wynikać ze specyfiki zawodu i ich wieku. Cecha pracy, jaką jest możliwość rozwoju zawodowego wydaje się być tak ważna, ponieważ większość z nich właśnie rozpoczęła specjalizację, której celem jest przede wszystkim rozwój zawodowy. Praca zgodna z umiejętnościami wydaje się mniej ważna być może dlatego, że zdecydowana większość absolwentów kierunku lekarskiego pracuje zgodnie ze swoimi umiejętnościami. Studia medyczne w zasadzie nie przygotowują ich do wykonywania innego zawodu.

Dodatkowo badani różnią się od innych Polaków mniejszym nasileniem **stresu życiowego** (tabela 5). Młodzi lekarze mniej stresują się stanem własnego zdrowia

i finansami. Jednakże w porównaniu do innych grup odczuwają znacznie większy stres związany z pracą zawodową. Wcześniej wspomniano, że brak napięć i stresów jest dla lekarzy mniej ważnym aspektem pracy niż dla populacji generalnej Polaków. **Radząc sobie z trudnościami** częściej od innych stosują strategie zadaniowe (tabela 6). Oznacza to, że w obliczu problemów starają się je rozwiązywać, najczęściej zwracając się o pomoc do innych osób oraz mobilizując się i przystępując do działania. Młodzi lekarze różnią się także **zachowaniami autodestrukcyjnymi**. Badani wypalają mniej papierosów niż porównywane grupy, aczkolwiek w trudnych sytuacjach sięgają po alkohol znacznie częściej niż ich rówieśnicy z populacji generalnej (tabela 7).

Sukces w zawodzie lekarza a wyniki uczenia się i właściwości osobowości

Kolejnym celem prezentowanej pracy było znalezienie związków pomiędzy wcześniejszymi wynikami uczenia się i właściwościami osobowości, występującymi przed i podczas studiów medycznych a sukcesem w zawodzie lekarza. **Zmiennymi niezależnymi** są: wyniki uczenia się i właściwości osobowości, a **zmienną zależną** sukces w zawodzie lekarza. W prezentowanej pracy wyniki uczenia się zdefiniowane zostały jako: oceny uzyskane podczas egzaminu maturalnego i wstępnego na studia medyczne, a także podczas studiów medycznych. Natomiast właściwości osobowości zdefiniowane zostały poprzez takie zmienne jak: depresyjność, poczucie koherencji, lęk (stan i cecha), strategie radzenia sobie ze stresem, hierarchia wartości ostatecznych (cele w życiu) i instrumentalnych (sposoby realizacji celów) oraz potrzeba aprobaty społecznej. Sukces w zawodzie lekarza, opierając się na literaturze, zdefiniowano jako zmienną składającą się z czterech wymiarów: kompetencji zawodowych (wyniki podyplomowych egzaminów zawodowych: Lekarskiego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Państwowego); satysfakcji z wyboru zawodu lekarza; stresu związanego z pracą i wypalenia zawodowego oraz jakości życia lekarzy (wysokości dochodów, ogólnego dobrostanu psychicznego i zdrowia oraz zadowolenia z życia).^[41,44,45]

Analiza związków pomiędzy zmiennymi dostarczyła bardzo ciekawych informacji na temat psychologicznych uwarunkowań sukcesu zawodowego wśród młodych lekarzy. Na podstawie dostępnej literatury można było spodziewać się, że **wyniki uczenia się** w niewielkim stopniu związane będą z sukcesem zawodowym

lekarza. Rzeczywiście, analizowane wyniki uczenia się wyjaśniają tylko jeden z czterech obszarów sukcesu - kompetencje zawodowe, w dodatku w niewielkim stopniu (tabela 13,50). Wynik uzyskany podczas Lekarskiego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Państwowego w bardzo małym stopniu (9%) możemy przewidzieć na podstawie wyników egzaminu maturalnego i wstępnego na studia, a w większym (21%) na podstawie ocen uzyskanych na studiach, zwłaszcza w ostatnich latach nauki (piąty i szósty rok studiów) (tabela 14).

Tabela 50. Sukces w zawodzie lekarza a wyniki uczenia się. Podsumowanie analiz regresji.

Wyniki uczenia się objaśniające sukces w zawodzie lekarza	Kompetencje zawodowe	Satysfakcja z wyboru zawodu	Stres zw. z pracą i wypalenie zawodowe	Jakość życia - wysokość dochodów	Jakość życia - ogólny dobr. psychiczny i zdrowie	Jakość życia - zadowolenie z życia
Egzaminy maturalne i wstępne	+					
Oceny na studiach	+					

Wielkość współczynnika R^2 + $R^2 < 0,33$; ++ $R^2 > 0,33$; +++ $R^2 > 0,66$

Informacja o tym, że oceny pod koniec studiów związane są najbardziej z wynikami egzaminu zawodowego nie wydaje się zaskakująca. Zdumiewające natomiast jest to, że oceny uzyskiwane podczas całych studiów są mimo wszystko w tak niewielkim stopniu związane z egzaminem zawodowym. Na uwagę zasługuje również fakt, że wcześniejsze wyniki uczenia się nie wykazują żadnego związku z trzema pozostałymi aspektami sukcesu w zawodzie lekarza. To, czy ktoś będzie zadowolonym z pracy i szczęśliwym w życiu lekarzem nie zależy od tego, czy dobrze się uczył. Od czego zatem zależy?

Biorąc pod uwagę **osobowość na poszczególnych etapach studiowania** (tabela 51) dowiadujemy się, że żadna analizowana właściwość osobowości, na żadnym z etapów studiowania nie wywiera szczególnego znaczenia dla trafnego przewidywania kompetencji zawodowych (tabela 13). Może dopiero konstelacja wielu cech mierzonych na wielu etapach studiów jest do tego konieczna. Jednakże właściwości osobowości w dużym stopniu związane są z pozostałymi czynnikami sukcesu.

Tabela 51. Sukces w zawodzie lekarza a osobowość na poszczególnych etapach studiowania. Podsumowanie analiz regresji.

Zmienne objaśniające sukces w zawodzie lekarza	Kompetencje zawodowe	Satysfakcja z wyboru zawodu	Stres zw. z pracą i wypalenie zawodowe	Jakość życia - wysokość dochodów	Jakość życia - ogólny dobr. psychiczny i zdrowie	Jakość życia - zadowolenie z życia
Osobowość w roku 0		++	+++			
Osobowość w roku 1			+++			
Osobowość w roku 2			+++			
Osobowość w roku 3		+++		++		
Osobowość w roku 4		+++	+		+	++
Osobowość w roku 5		++	+++	++		+
Osobowość w roku 6		++	++		+	+++

Wielkość współczynnika R^2 + $R^2 < 0,33$; ++ $R^2 > 0,33$; +++ $R^2 > 0,66$

U kandydatów na studia medyczne, na podstawie właściwości osobowości jesteśmy w stanie przewidzieć przede wszystkim późniejszy stres związany z pracą i poziom wypalenia zawodowego oraz satysfakcję z wyboru zawodu lekarza. Warto zauważyć, że z każdym kolejnym rokiem studiów medycznych coraz więcej wiemy o przyszłym funkcjonowaniu osoby w roli zawodowej lekarza. Od momentu kandydowania na studia medyczne poprzez całe studia możemy skutecznie przewidzieć, które osoby będą odczuwały wysoki poziom stresu związanego z pracą i będą wykazywały skłonność do wypalenia zawodowego, a także, które będą zadowolone z wyboru zawodu lekarza. Od trzeciego roku studiów (lata kliniczne) jesteśmy także w stanie przewidzieć przyszłą jakość życia tych osób, a zwłaszcza zadowolenie z życia (tabela 15,17,19,21,23). Praktyczne zastosowanie tej wiedzy wydaje się być bardzo ważne. Okazuje się, że już podczas rekrutacji na studia medyczne można zidentyfikować grupę osób, dla których praca lekarza związana będzie z bardzo dużym stresem. Warto byłoby już od początku studiów zaproponować tej grupie program oddziaływań psychologicznych ukierunkowany na zwiększanie umiejętności radzenia sobie ze stresem.

Poszczególne właściwości osobowości wyjaśniające sukces w zawodzie lekarza to: poczucie koherencji, poziom lęku i depresyjności, strategie radzenia sobie ze stresem oraz potrzeba aprobaty społecznej. Sukcesu w sposób istotny nie wyjaśnia nam natomiast hierarchia wartości badanych (tabela 52,13,15-24).

Tabela 52. Sukces w zawodzie lekarza a poszczególne właściwości osobowości. Podsumowanie analiz regresji.

Właściwości osobowości objaśniające sukces w zawodzie lekarza	Kompetencje zawodowe	Satysfakcja z wyboru zawodu	Stres zw. z pracą i wypalenie zawodowe	Jakość życia - wysokość dochodów	Jakość życia - ogólny dobr. psychiczny i zdrowie	Jakość życia - zadowolenie z życia
Depresyjność		+	+	++	+	+
Poczucie koherencji		++	+	++	+++	++
Lęk (jako cecha i stan)		+	+	++	++	+
Strategie radzenie sobie ze stresem		+++				
Hierarchia wartości ostatecznych						
Hierarchia wartości instrumentalnych						
Potrzeba aprobaty społecznej			+		+	

Wielkość współczynnika R^2 + $R^2 < 0,33$; ++ $R^2 > 0,33$; +++ $R^2 > 0,66$

Najsilniejszy związek z sukcesem zawodowym młodych lekarzy ma **ogólne poczucie koherencji**. Jest to przekonanie, że świat jest przewidywalny i wytłumaczalny (zrozumiałość); że osoba ma zasoby, żeby sprostać różnym wymaganiom, które ten świat przed nią stawia (zaradność); a wymagania te są dla niej wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania (sensowność). Poczucie koherencji wyjaśnia przede wszystkim jakość życia badanych lekarzy: ogólny dobrostan psychiczny i zdrowie (tabela 21,22), wysokość dochodów (tabela 19,20), zadowolenie z życia (tabela 23,24) oraz poziom satysfakcji z wyboru zawodu lekarza (tabela 15,16). Można więc stwierdzić, że na podstawie poziomu poczucia koherencji i jej dynamiki w czasie studiów medycznych jesteśmy w stanie powiedzieć więcej na temat przyszłego życia lekarza w ogóle niż na temat jego pracy zawodowej. Analizując dynamikę ogólnego poczucia koherencji, można zauważyć pewną tendencję (tabela 53). Osoby odnoszące sukces w zawodzie lekarza, w latach przedklinicznych posiadają wysokie poczucie **zrozumiałości**, które obniża się podczas kolejnych lat studiów. Dynamika poczucia zrozumiałości wyjaśnia nam zwłaszcza późniejszy poziom satysfakcji z wyboru zawodu, dobrostan psychiczny i zdrowie oraz zadowolenie z życia. Wydaje się to dość zaskakujące, gdyż wraz ze zdobywaniem coraz większej wiedzy na studiach - zrozumiałość powinna wzrastać a nie obniżyć się. Być może najbardziej zadowolonymi ze swojego życia i z wyboru zawodu są ci lekarze, którzy pod koniec studiów odnoszą się z pokorą do swojej wiedzy klinicznej. Osoby te na skutek kształcenia widzą większą złożoność zjawisk medycznych i zwiększa się im horyzont pola poznawczego. Poza tym osoby osiągające sukces w zawodzie lekarza w momencie kandydowania na studia i na początku edukacji charakteryzują się także wysokim poczuciem **zaradności**. Charakterystyczne jest jednak to, że poczucie zaradności obniża się trakcie nauki, aby znowu wzrosnąć pod koniec edukacji. Można przypuszczać,

że osoby odnoszące sukces w zawodzie lekarza, w trakcie studiów tracą przekonanie, że są w stanie podołać wymaganiom życiowym i że wszystko ułoży się dla nich dobrze. Jednakże kończąc studia znowu są przekonane o swojej zaradności. Dodatkowo lekarze odnoszący sukces zawodowy na początku studiów medycznych charakteryzują się wysokim poczuciem **sensowności**, a pod koniec niskim. Na początku studiów są przekonani, że wymagania, które stawia im życie są dla nich wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania, warto się uczyć i stawiać czoła przeciwnościom życia. Niestety pod koniec edukacji tracą to przekonanie.

Tabela 53. Sukces w zawodzie lekarza a poczucie koherencji. Podsumowanie analiz regresji.

Aspekty sukcesu	Poczucie koherencji	0 rok	1 rok	2 rok	3 rok	4 rok	5 rok	6 rok
Satysfakcja z wyboru zawodu	zrozumiałość						+	-
	zaradność		+	-		-	+	
	sensowność			+				-
Stres i wypalenie zawodowe	zrozumiałość							
	zaradność							-
	sensowność							
Jakość życia Wysokość dochodów	zrozumiałość							
	zaradność							
	sensowność		+					
Jakość życia Ogólny dobrostan psychiczny i zdrowie	zrozumiałość			+		-		
	zaradność	+	-	-		+	-	
	sensowność			+	+	-	+	-
Jakość życia Zadowolenie z życia	zrozumiałość			+			+	+
	zaradność		-	+		+	-	
	sensowność			-				

Kierunek wpływu (+) pozytywny, (-) negatywny

Dynamika **lęku** podczas studiów dostarcza nam, podobnie jak w przypadku ogólnego poczucia koherencji, informacji o jakości życia przyszłych lekarzy. Są to jednak wiadomości o mniejszym znaczeniu i przede wszystkim dotyczących momentu rekrutacji na studia medyczne i początku edukacji. Poziom lęku szczególnie wyjaśnia aspekty jakości życia: ogólny dobrostan psychiczny i zdrowie (tabela 21,22), wysokość dochodów (tabela 19,20) i zadowolenie z życia (tabela 23,24), satysfakcję z wyboru zawodu lekarza (tabela 15,16) oraz stres związany z pracą i poziom wypalenia zawodowego (tabela 17,18). Analizując dynamikę poziomu lęku podczas studiów medycznych można zauważyć, że lekarze osiągający sukces, w momencie kandydowania na studia charakteryzują się wysokim poziomem lęku osobowościowego (lęk-cecha). W trakcie nauki, i to na ogół już w latach przedklinicznych, poziom lęku

obniża się i osoby te kończą edukację z niskim jego natężeniem. Można przypuszczać, że lekarze odnoszący sukces w zawodzie w momencie kandydowania na studia są osobami lękowymi, ale dość dobrze adaptują się do studiów medycznych od samego początku ich trwania. Być może jest to rezultat efektywnego stylu radzenia sobie z napięciem na starcie studiów, a także później. Ponadto znaczenie może mieć lęk jako czynnik motywujący. Wspomniano we wstępie, że zgodnie z teorią pobudzenia, efektywność jest najlepsza w optymalnym poziomie pobudzenia, a niższy jak i wyższy poziom pobudzenia obniża sprawność wykonywania działania.^[76,77,78,79] Interesujące wydaje się też to, że wysoki poziom lęku cechy pod koniec studiów związany jest w wyższymi dochodami (tabela 54).

Tabela 54. Sukces w zawodzie lekarza a lęk (stan i cecha). Podsumowanie analiz regresji.

Aspekty sukcesu	Lęk	0 rok	1 rok	2 rok	3 rok	4 rok	5 rok	6 rok
Satysfakcja z wyboru zawodu	lęk - stan							
	lęk - cecha	+	-					
Stres i wypalenie zawodowe	lęk - stan							
	lęk - cecha					+		
Jakość życia Wysokość dochodów	lęk - stan		-					
	lęk - cecha	+						-
Jakość życia Ogólny dobrostan psychiczny i zdrowie	lęk - stan		-					
	lęk - cecha	+		-				
Jakość życia Zadowolenie z życia	lęk - stan							
	lęk - cecha	+	-					

Kierunek wpływu (+) pozytywny, (-) negatywny

Trzecią pod względem istotności związku z sukcesem w zawodzie lekarza właściwością osobowości jest **depresyjność**. Depresyjność wyjaśnia przede wszystkim jakość życia badanych lekarzy: wysokość dochodów (tabela 19,20), ogólny dobrostan psychiczny i zdrowie (tabela 21,22), zadowolenie z życia (tabela 23,24), a także poziom satysfakcji z wyboru zawodu lekarza (tabela 15,16) oraz stres związany z pracą i poziom wypalenia zawodowego (tabela 17,18). Warto zauważyć, że szczęśliwi i zdrowi lekarze kończą studia ze szczególnie niskim poziomem depresyjności (tabela 55). Można przypuszczać, że zdolny, ale depresyjny pod koniec edukacji student, mimo osiągnięcia wysokich kwalifikacji zawodowych, będzie prowadził dość smutne życie.

Tabela 55. Sukces w zawodzie lekarza a depresyjność. Podsumowanie analiz regresji.

Aspekty sukcesu	0 rok	1 rok	2 rok	3 rok	4 rok	5 rok	6 rok
Satysfakcja z wyboru zawodu						-	
Stres i wypalenie zawodowe				+			
Jakość życia - Wysokość dochodów							
Jakość życia - Ogólny dobrostan psych. i zdrowie							-
Jakość życia - Zadowolenie z życia						+	

Kierunek wpływu (+) pozytywny, (-) negatywny

Mniej istotna jest **potrzeba aprobaty społecznej**. Na jej podstawie możemy przewidywać poziom ogólnego dobrostanu psychicznego i zdrowia (tabela 21,22) oraz stres związany z pracą i wypalenie zawodowe u badanych lekarzy (tabela 17,18). Wysoki poziom potrzeby aprobaty społecznej na drugim roku studiów ma szczególny wpływ na ogólny dobrostan psychiczny i zdrowie. Natomiast niski jej poziom na trzecim roku studiów wyjaśnia stres związany z pracą i poziom wypalenia zawodowego (tabela 56). Można przypuszczać, że student zachowujący się zgodnie z oczekiwaniami innych osób będzie w przyszłości dość dobrze oceniał swoje życie w badaniach kwestionariuszowych, jednocześnie może przyznawać się do stresu związanego pracą lekarza i czuć wypalony zawodowo.

Tabela 56. Sukces w zawodzie lekarza a potrzeba aprobaty społecznej. Podsumowanie analiz regresji.

Aspekty sukcesu	0 rok	1 rok	2 rok	3 rok	4 rok	5 rok	6 rok
Satysfakcja z wyboru zawodu							
Stres i wypalenie zawodowe				-			
Jakość życia - Wysokość dochodów							
Jakość życia - Ogólny dobrostan psych. i zdrowie				+			
Jakość życia - Zadowolenie z życia							

Kierunek wpływu (+) pozytywny, (-) negatywny

Strategie radzenia ze stresem szczególnie wyjaśniają jeden z aspektów sukcesu - poziom satysfakcji z wyboru zawodu lekarza (tabela 15,16). Fascynujące jednak jest to, że wyjaśniają go w tak dużym stopniu (69%). Lekarz zadowolony z wyboru zawodu to osoba, u której w trakcie studiów medycznych zachodzi ewolucja w sposobach radzenia sobie z kłopotami (tabela 57). W pierwszych latach studiów konfrontuje się ze swoimi problemami poprzez podejmowanie różnych działań lub stara się znaleźć w nich pozytywne aspekty, ewentualnie godzi się z sytuacją, która go spotkała. Osoba taka z pewnością nie poszukuje zastępczych wzmocnień i nie odreagowuje swoich negatywnych emocji. Wraz z kolejnymi latami, wciąż szuka pozytywnych aspektów trudnych sytuacji, ale jednocześnie coraz trudniej jest jej je akceptować.

W obliczu kłopotów poszukuje zastępczych wzmocnień i redukuje napięcie przez ekspresję negatywnych emocji.

Tabela 57. Satysfakcja z wyboru zawodu lekarza a strategie radzenia sobie ze stresem. Podsumowanie analiz regresji.

Strategie radzenia sobie ze stresem	0 rok	1 rok	2 rok	3 rok	4 rok	5 rok	6 rok
Strategie konfrontacyjne							
analiza logiczna			+				
pozytywne przewartościowanie	+			+	+		
poszukiwanie kierownictwa i wsparcia		-				-	
działanie w celu rozwiązania problemu	+			+	-		
Strategie unikowe							
unikanie poznawcze		+				-	
akceptacja-rezygnacja	+			-	-	-	
poszukiwanie zastępczych wzmocnień	-		+				+
wylądowanie emocjonalne	-				+		

Kierunek wpływu (+) pozytywny, (-) negatywny

Prezentowane wyniki badań mogą stanowić podłoże do przygotowania programu wyposażającego studentów medycyny w umiejętności pozwalające im na skuteczne przystosowanie się do ich przyszłej roli zawodowej. Od pierwszego roku studiów należałoby wzmacniać u nich poczucie koherencji np. poprzez treningi interpersonalne. Podczas dalszych etapów studiów medycznych należałoby zwrócić uwagę na osoby z wysokim poziomem depresyjności. Niezwykle istotna wydaje się być również praca terapeutyczna skoncentrowana na radzeniu sobie ze stresem przez przyszłych lekarzy. Należałoby skupić się zwłaszcza na tym, aby w trakcie studiów nauczyli się oni radzić sobie z problemami poprzez znajdowanie w trudnych sytuacjach pozytywnych aspektów, umiejętność znalezienia innych form aktywności (pasji) będących źródłem satysfakcji życiowej i umiejętność rozmawiania o przeżywanych negatywnych emocjach.

Typy sukcesu w zawodzie lekarza

W prezentowanej pracy wyróżniono trzy typy doświadczanego sukcesu wśród młodych lekarzy (rysunek 2, tabela 25).

Pierwszy typ lekarzy nazwano „Zaradnymi” (bogaci i szczęśliwi, ale nie zaangażowani w pracę). Są to osoby o przeciętnych lub niskich kompetencjach zawodowych, a jednocześnie najmniej, ze wszystkich grup zadowolone z wykonywanej pracy. Typ ten charakteryzuje również najniższy poziom stresu związanego z pracą

i najniższa skłonność do wypalenia zawodowego. Z drugiej strony, jest to grupa lekarzy o najwyższych dochodach, najwyższym dobrostanie psychicznym i największym zadowoleniu z życia. Można przypuszczać, że „Zaradni” są grupą najmniej zaangażowaną w pracę, ale osiągającą największe z niej zyski finansowe. Prawdopodobnie wybierają intratne finansowo specjalizacje medyczne, nie wymagające dużych obciążeń emocjonalnych.

Kolejny typ lekarzy nazwano „**Pasjonatami**” (bogaci, zaangażowani w pracy). Są to lekarze o przeciętnych lub niskich kompetencjach zawodowych (porównywalnych do „Zaradnych”), ale deklarujące największy ze wszystkich grup poziom satysfakcji z wyboru zawodu lekarza, a jednocześnie najwyższy poziom stresu i wypalenia zawodowego. Typ ten charakteryzuje się także dość wysokimi dochodami. Można sądzić, że „Pasjonaci” są grupą lekarzy najbardziej zaangażowanych w pracę. Najprawdopodobniej stąd właśnie tak wysoki poziom wypalenia zawodowego, który najczęściej dotyczy osób najbardziej zaangażowanych w wykonywanie pracy zawodowej.

Z kolei „**Dobrzy uczniowie**” (zdolni i kompetentni, ale biedni i smutni) to osoby posiadające najwyższe kompetencje zawodowe, ale są stosunkowo słabo zaangażowane w pracę. Zarabiają najslabiej ze wszystkich grup i jednocześnie deklarują najniższy poziom dobrostanu psychicznego i zadowolenia z życia. Można sądzić, że „Dobrzy uczniowie” to grupa bardzo zdolnych, lecz jednocześnie najgorzej radzących sobie w życiu lekarzy i być może niekoniecznie realizujących swoje ambicje w tym zawodzie.

Wcześniejsze różnice pomiędzy poszczególnymi typami sukcesu

Biorąc pod uwagę wcześniejsze **wyniki uczenia się** można zauważyć, że regułą są najwyższe oceny na egzaminie maturalnym uzyskiwane przez „Pasjonatów”. Natomiast „Dobrzy uczniowie”, czyli osoby posiadające najwyższe kompetencje zawodowe, wykazują tendencję do osiągnięcia najlepszych wyników na egzaminach wstępnych i podczas studiów (tabela 26).

Typy sukcesu różnią się pomiędzy sobą **właściwościami osobowości na poszczególnych latach studiów** (tabele 27-33). Już w momencie rekrutacji najbardziej wyróżnia się typ „Zaradni”, a różnice pomiędzy „Pasjonatami” a „Dobrymi uczniami” można dokładniej zaobserwować od początku lat klinicznych na studiach (od trzeciego roku). Wśród właściwości osobowości typów sukcesu znaczenie ma także

hierarchia wartości badanych osób, czyli cele w życiu (wartości ostateczne) i sposoby realizacji tych celów (wartości instrumentalne).

„**Zaradni**”, w porównaniu do dwóch pozostałych typów, przez cały okres studiów cechują się najwyższym poziomem ogólnego poczucia koherencji oraz jej poszczególnych składowych: zaradności, zrozumiałości i sensowności. „Zaradni” charakteryzują się także najniższym poziomem depresyjności i lęku, jako cechy osobowości. Niższy, niż u innych typów, poziom depresyjności widoczny jest zwłaszcza na początku studiów. Natomiast niższy poziom lęku można zaobserwować praktycznie podczas całej edukacji. Ponadto „Zaradni” podczas studiów rzadziej niż inni w obliczu trudności skłonni są pogodzić się z trudną sytuacją. Warto podkreślić, że celem w życiu szczególnie ważnym dla „Zaradnych”, jest mądrość. Być może później dzięki lepszemu rozumieniu świata lepiej sobie w nim radzą. Większą wagę, od innych typów, przykładają oni także do uznania społecznego i wolności, bardziej też troszczą się o najbliższych. Przez cały okres studiów swoje cele życiowe realizują w sposób opanowany, są powściągliwi i zrównoważeni. Warto także dodać, że „Zaradni” na początku studiów wykazują większą niezależność od „Dobrych uczniów”, a na czwartym roku studiów są najbardziej posłuszni ze wszystkich typów. Najprawdopodobniej konsekwencją takiej właśnie konstelacji właściwości osobowości, a zwłaszcza dość wysokiego poziomu ogólnego poczucia koherencji, niskiej depresyjności i lęku jest najwyższy ze wszystkich typów poziom ogólnego dobrostanu psychicznego, zdrowia i zadowolenia z życia cztery lata po ukończeniu studiów medycznych.

„**Pasjonaci**” pod koniec studiów (czwarty i piąty rok) charakteryzują się najwyższym ze wszystkich typów poziomem depresyjności. Jak wcześniej wspomniano, cztery lata po studiach należą do osób, których dobrostan psychiczny, zdrowie i zadowolenie z życia są niższe niż u „Zaradnych”. Analizując hierarchię wartości w tej grupie osób warto zauważyć, że szczególnie ważnym pod koniec studiów celem w ich życiu jest troska o najbliższych. Mniej istotne natomiast jest dla nich poczucie własnej godności. Znacznie więcej dowiadujemy się o sposobach realizacji celów życiowych przez lekarzy należących do typu „Pasjonatów”. Pod koniec studiów, na tle innych, wydają się być osobami o dużych umiejętnościach, co można zauważyć także po studiach. Ponadto, pod koniec studiów są osobami ambitnymi i pracowitymi. Charakteryzuje ich także najniższa ze wszystkich typów gotowość do wybaczenia

innym i najniższy poziom opanowania (powściągliwości, zrównowżenia). Są oni natomiast uczciwsi niż „Dobrzy uczniowie”.

„**Dobrzy uczniowie**” częściej niż inne typy radzą sobie z kłopotliwą i trudną sytuacją poprzez pogodzenie się z nią. Ponadto od początku studiów nie przykładają dużego znaczenia do wartości jaką jest mądrość. „Dobrych uczniów” nie interesuje zrozumienie świata. Wiemy natomiast, że interesują ich dobre oceny. Bardzo wyraźnie pod koniec studiów zaobserwować jednak można, że ważne jest dla nich poczucie własnej godności. Warto także podkreślić, że „Dobrzy uczniowie”, na tle innych typów, na początku edukacji są osobami mało samodzielnymi. Mniej więcej w połowie studiów charakteryzuje ich także to, że nie bronią swoich przekonań, a pod koniec studiów są osobami najmniej ze wszystkich uczciwymi.

Psychologiczne uwarunkowania poszczególnych typów sukcesu

Na podstawie wyników uczenia się można przewidzieć, którzy studenci znajdują się w typach: „Zaradni” i „Dobrzy uczniowie”, a na podstawie właściwości osobowości, kto znajdzie się we wszystkich trzech typach „Pasjonaci”, „Zaradni” i „Dobrzy uczniowie” (tabele 35,37,39,41,43,45,47,49).

Najbardziej charakterystyczny jest typ „**Zaradni**”. O przynależności do tego typu mogą świadczyć najniższe wyniki w nauce. Należałoby zwrócić szczególną uwagę na wyniki na drugim, trzecim i czwartym roku studiów (tabela 34). Wspomniano wcześniej, że spośród wszystkich typów „Zaradni” charakteryzują się najwyższym poziomem ogólnego poczucia koherencji. Jednak najlepszymi predyktorami znalezienia się w tym typie jest obserwowanie dynamiki tej zmiennej - wysokie poczucie zaradności podczas całych studiów, oraz wysokie na początku edukacji, ale obniżające się w trakcie nauki poczucie zrozumiałości i sensowności. Wspomniano także wcześniej, że typ ten charakteryzuje się najniższym poziomem lęku. Należałoby zwrócić uwagę na poziom lęku zwłaszcza podczas drugiego i czwartego roku studiów. Dobrym predyktorem przynależności do tego typu jest także sposób radzenia sobie z problemami. Warto podkreślić, że osoby te będą najprawdopodobniej radzić sobie z nimi przez ekspresję negatywnych emocji, pogodzenie się z sytuacją i nie odnajdywanie w niej pozytywnych aspektów. Należy również zauważyć, że lekarze ci na początku studiów w obliczu kłopotów poszukują zastępczych form aktywności, ale z czasem przestają stosować tę strategię radzenia sobie. W pierwszych latach edukacji z pewnością nie szukają pomocy u innych, natomiast zaczynają to robić mniej

więcej w połowie edukacji. Dodatkowo należy podkreślić, że „Zaradnych” można rozpoznać po tym, że często zachowują się zgodnie z oczekiwaniami innych osób. Wcześniej wspomniano, że celem w życiu szczególnie ważnym jest dla nich mądrość. Dalsza analiza wskazuje, że jest to bardzo dobry predyktor przynależności do tej grupy osób. Dodatkowo należy podkreślić, że szczególnie ważne dla „Zaradnych” jest poczucie własnej godności. W trakcie studiów przechodzą oni jednak pewną ewolucję hierarchii wartości. Na początku studiów należałoby dodatkowo zwrócić uwagę na to, że są osobami, które chciałyby żyć dostatnio. Dodatkowo w okresie tym deklarują, że szczególnie ważne są dla nich: bezpieczeństwo narodowe (zabezpieczenie przed napaścią) i dojrzała miłość (więź seksualna i duchowa). Co ciekawe kończąc studia bezpieczeństwo narodowe i dojrzała miłość są dla „Zaradnych” prawie zupełnie nieistotne. Odwrotnie przedstawia się sytuacja z wartościami: prawdziwa przyjaźń, poczucie dokonania (wniesienia trwałego wkładu) i pokój na świecie. „Zaradni” na początku studiów w zasadzie nie przywiązują do nich znaczenia, natomiast pod koniec studiów bardzo duże (tabela 36,38,40,42,44,46,48).

Osobę należącą do typu „**Pasjonaci**” rozpoznać możemy już w momencie kandydowania na studia medyczne. Jest to osoba o wysokim poczuciu zrozumienia i sensowności, a niskim poczuciu zaradności. Charakteryzuje ją także wtedy wysoki poziom lęku (tabela 36). Warto przypomnieć, że wysoki poziom lęku osobowościowego w momencie kandydowania na studia medyczne jest także predyktorem sukcesu w zawodzie lekarza. O przynależności do typu „Pasjonaci” może także świadczyć fakt, że osoba taka ma bardzo bogaty repertuar strategii radzenia sobie z trudnościami. Z całą pewnością jednak nie redukuje ona napięcia poprzez ekspresję negatywnych emocji i nie konfrontuje się z kłopotami poprzez rozmyślanie o nich. Można także stwierdzić, że studia medyczne bardzo modyfikują niemal cały styl radzenia sobie z trudnościami u „Pasjonatów”. Co ciekawe na czwartym roku studiów typ ten rozpoznać można przede wszystkim po tym, że w obliczu kłopotów rozmyśla o nich (tabela 44). Poza tym główne cele życiowe świadczące o przynależności do typu „Pasjonatów” to: troska o najbliższych, dostatnie życie, mądrość, poczucie dokonania i pokój na świecie. Z pewnością celami w życiu, które nie świadczą o przynależności do tej grupy są: poczucie własnej godności i przyjemność (miłe uczucia, brak nadmiernego pośpiechu). Być może cel - dostatnie życie wyjaśnia nam dlaczego „Pasjonaci” zarabiają lepiej od „Dobrych uczniów”.

„Dobrzy uczniowie” są z pewnością osobami osiągającymi najlepsze oceny na studiach (tabela 34). Należy również zwrócić uwagę, że osoby te na początku studiów rzadko reagują lękowo, a na trzecim już dość często (tabela 38,42). Poza tym na trzecim roku studiów, gdy inni mają okresy zwątpienia - „Dobrzy uczniowie” charakteryzują się wysokim poczuciem sensu tego, co robią (tabela 42). Podczas studiów medycznych przechodzą oni jednak ewolucję, jeżeli chodzi o wartości w życiu. Pomyślność rodziny jest dla nich ważna na początku studiów (pierwszy rok) (tabela 38), a później przestaje być (trzeci rok) (tabela 42). Wtedy znaczenie zaczynają mieć: dojrzała miłość i przyjemność. W tym okresie z całą pewnością nieistotne są dla nich: dostatnie życie, mądrość i prawdziwa przyjaźń. O przynależności do typu „Dobrzy uczniowie” świadczy również fakt radzenia sobie na pierwszych latach studiów z problemami poprzez myślenie o nich oraz redukcji napięcia przez ekspresję emocji, a także to, że nie poszukują pomocy u innych. Jednak w połowie studiów zaczynają poszukiwać wsparcia i ewentualnie godzą się z trudnymi sytuacjami.

Uwagi krytyczne

W prezentowanej pracy nie udało się ominąć kilku niedoskonałości.

Badanie dotyczy sukcesu w zawodzie u młodych, a nie wszystkich lekarzy.

W związku z longitudinalnym charakterem pracy w poszczególnych latach badania wystąpiły braki danych. Nie wszystkie osoby brały udział w badaniu systematycznie rok po roku. Przy braku informacji o wartości danej zmiennej w określonym punkcie badania przyjęto, zgodnie z metodą interpolacji, iż jest ona równa wartości z poprzedniego lub następnego okresu. Metodę zastępowania braku danych przez interpolację uznaje się jednak za najbardziej efektywną przy analizowaniu tego typu problemów badawczych (przewidywania wartości zmiennej zależnej w oparciu o pulę zmiennych niezależnych).

Mały procent (27%) odpowiedzi zwrotnych w drugim etapie badania (cztery lata po studiach) powoduje, że próba może okazać się nie do końca reprezentatywna dla wszystkich młodych lekarzy.

Zgodnie z metodologią badań naukowych kolejnym etapem po określeniu celów badawczych powinno być postawienie hipotez. W prezentowanej pracy przedstawiono problemy badawcze, a nie hipotezy. Brak hipotez wynika z niewielkiej liczby podobnych prac oraz braku ściśle porównywalnych badań. Dlatego praca ma charakter eksploracyjny, a nie weryfikacyjny.

Jednym z poruszanych w literaturze aspektów sukcesu w zawodzie lekarza są tzw. dropouty, czyli rezygnacje z zawodu. W związku z młodym wiekiem badanych, migracjami i zmianą nazwiska u kobiet, w prezentowanym badaniu nie udało się zweryfikowanie informacji o niektórych osobach. W niektórych przypadkach nie wiadomo, czy osoby nie figurujące na listach Izby Lekarskiej i Centrum Egzaminów Medycznych zrezygnowały z kariery lekarza (ewentualnie na którym etapie), wyjechały za granicę, czy może nie przystąpiły jeszcze do egzaminu.

W prezentowanej pracy porównano jakość życia badanych lekarzy w latach 2008-09 z jakością życia Polaków w 2007 roku. W momencie oddawania do druku niniejszej pracy nie opublikowano jeszcze pełnego raportu badania z 2009 roku. Jednak w lipcu 2009 roku na konferencji prasowej przedstawiono główne wnioski raportu „Diagnoza Społeczna 2009”, z którego wynikało, że lekarze mogą pochwalić się najwyższymi zarobkami w Polsce.

6. WNIOSKI

1. Jakość życia młodych lekarzy jest generalnie wyższa niż innych Polaków.
2. Sukces w zawodzie lekarza zależy bardziej od predyspozycji osobowościowych niż wyników uczenia się uzyskanych podczas matury, egzaminów wstępnych na studia i samych studiach medycznych.
3. Można wyróżnić trzy typy sukcesu w zawodzie lekarza.
 - „Zaradni” otrzymują najwyższe wynagrodzenia, są najbardziej szczęśliwi i zadowoleni z życia, ale angażują się w pracę zawodową w stopniu umiarkowanym.
 - „Pasjonaci” otrzymują wysokie wynagrodzenie i są najbardziej zaangażowani w pracę zawodową, ale ich kompetencje zawodowe są najniższe.
 - „Dobrzy uczniowie” należą do najzdolniejszych i najbardziej kompetentnych, ale jednocześnie najslabiej zarabiających, najbardziej smutnych i niezadowolonych z życia.
4. Stosując procedury psychologiczne, już podczas rekrutacji na studia medyczne, można rozpoznać osoby, dla których praca lekarza będzie wiązała się z brakiem satysfakcji, dużym stresem i tendencją do wypalenia zawodowego. Dodatkowo przewidzieć można poszczególne typy sukcesu.
5. Prezentowane wyniki badań mogą stanowić podłoże do przygotowania programu wyposażającego studentów medycyny w umiejętności pozwalające im na skuteczne przystosowanie się do ich przyszłej roli zawodowej.

7. STRESZCZENIE

Prezentowana praca dotyczy charakterystyki psychologicznych uwarunkowań sukcesu w zawodzie lekarza i jest kontynuacją rozpoczętych dziesięć lat temu badań dotyczących psychologicznych aspektów adaptacji do studiów medycznych.

Cel pracy W pracy postawiono trzy cele badawcze:

1. Porównanie poziomu jakości życia młodych lekarzy z jakością życia w populacji generalnej Polaków.
2. Ustalenie, które z wyników uczenia się i właściwości osobowości podczas studiów medycznych związane są z sukcesem w zawodzie lekarza.
3. Identyfikacja typów i odmian sukcesu w zawodzie lekarza. Ustalenie ewentualnych różnic pomiędzy osobami należącymi do wyodrębnionych typów pod kątem wcześniejszych wyników uczenia się i właściwości osobowości. Ponadto postanowiono przeanalizować, które z wyników uczenia się i właściwości osobowości są dobrymi predyktorami danego typu sukcesu.

W pracy wyróżniono cztery obszary sukcesu w zawodzie lekarza: 1. kompetencje zawodowe (wynik Lekarskiego Egzaminu Państwowego); 2. satysfakcję z wyboru zawodu lekarza; 3. stres związany z pracą i wypalenie zawodowe oraz 4. jakość życia (na którą składają się: wysokość dochodów, ogólny dobrostan psychiczny i zdrowie oraz zadowolenie z życia). Czynniki analizowanymi pod kątem zmiennych uwarunkowujących sukces w zawodzie lekarza były wyniki uczenia się: wyniki matury, egzaminu wstępnego i oceny uzyskiwane podczas studiów. Pod uwagę wzięto również właściwości osobowości i ich dynamikę podczas studiów: depresyjność, lęk, poczucie koherencji (rozumiałość, zaradność, sensowność), strategie radzenia sobie ze stresem, system wartości i potrzebę aprobaty społecznej.

Materiał i metody Badanie ma charakter podłużny, obejmuje lata 1999-2009 i składa się z dwóch etapów. Pierwszy etap procedury badawczej przeprowadzono w latach 1999-2005. Grupą badawczą byli studenci Wydziału Lekarskiego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego badani systematycznie rok po roku, od momentu kandydowania na studia medyczne przez wszystkie lata studiów. Drugi etap badania

przeprowadzono w latach 2008-2009. Grupą badawczą były te same osoby - cztery lata po ukończeniu studiów.

W pierwszym etapie, w okresie siedmiu lat odbyło się łącznie 1116 badań. Z pierwotnej liczby 320 studentów na Wydziale Lekarskim otrzymano następującą liczbę odpowiedzi zwrotnych: egzamin wstępny (1999) - wszyscy kandydaci 365/940 (39%), przyjęci na studia 178/320 (56%), nieprzyjęci 187/620 (30%); pierwszy rok studiów (1999/2000) - 178/320 (56%); drugi rok studiów (2000/2001) - 129/280 (46%); trzeci rok studiów (2001/2002) - 127/302 (42%); czwarty rok studiów (2002/2003) - 121/288 (42%); piąty rok studiów (2003/2004) - 58/271 (21%); szósty rok studiów (2004/2005) - 138/240 (57%). Narzędziami badawczymi były ankieta własnej konstrukcji oraz bateria testów psychologicznych: Skala Depresyjności - MMPI-D, Kwestionariusz Orientacji Życiowej - SOC-29, Inwentarz Stanu i Cechy Lęku - ISCL, Inwentarz Reakcji Radzenia Sobie - CRI, Skala Wartości Rokeacha - RVS oraz Kwestionariusz Aprobaty Społecznej - KAS. Pod uwagę wzięto również oceny uzyskane na świadectwie maturalnym, podczas egzaminu wstępnego na studia i podczas całych studiów.

W drugim etapie badania nawiązano współpracę z instytucjami związanymi z kształceniem medycznym: Okręgową Izbą Lekarską w Gdańsku i Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi. Z liczby 255 zidentyfikowanych osób, biorących udział w pierwszym etapie badania, uzyskano 57 odpowiedzi zwrotnych (23%). Badanie przeprowadzono za pomocą kwestionariusza elektronicznego. Zastosowanym narzędziem badawczym były Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego - MBI oraz ankieta własnej konstrukcji zawierająca m.in. pytania z raportu „Diagnoza Społeczna 2007. Warunki i jakość życia Polaków”. „Diagnoza społeczna” ma charakter kompleksowego badania panelowego i trwa od 2000 roku. Dotyczyły one: ogólnego dobrostanu psychicznego (wymiaru emocjonalnego i poznawczego jakości życia); zadowolenia z poszczególnych dziedzin życia; systemu wartości; percepcji pracy zawodowej; stresu życiowego; strategii radzenia sobie z problemami i trudnościami oraz zachowań autodestrukcyjnych. Wykorzystanie pytań z raportu pozwoliło na porównanie wyników uzyskanych przez badanych lekarzy z populacją generalną Polaków. Dodatkowo z Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi uzyskano wyniki egzaminów państwowych 268 zidentyfikowanych osób, biorących udział w pierwszym etapie badania.

Wyniki Na podstawie przeprowadzonych badań można stwierdzić, że jakość życia młodych lekarzy jest wyższa od jakości życia populacji generalnej Polaków, a także najbardziej zbliżonych do nich podgrup: osób w wieku 25-34 lata oraz osób z wykształceniem wyższym i policealnym. Większość badanych lekarzy osiąga dochody wyższe niż przeciętne w Polsce. Większość badanych osób deklaruje także, że są szczęśliwsi, lepiej oceniają całe swoje dotychczasowe życie i poszczególne jego dziedziny od innych Polaków. Młodzi lekarze różnią się jednak od innych hierarchią wartości w życiu. Większe znaczenie przypisują: przyjacielom, optymizmowi oraz wolności i swobodzie, a mniejszą dzieciom i pieniądзом. Młodzi lekarze różnią się również od innych grup percepcją pracy zawodowej. Za najważniejszą jej cechę uważają możliwość rozwoju zawodowego, podczas gdy inni Polacy za najbardziej istotny walor pracy uważają odpowiednią płacę. Poza tym młodzi lekarze różnią się od porównywanych Polaków natężeniem stresu życiowego. Badani mniej stresują się własnym zdrowiem i finansami, a bardziej pracą zawodową. Młodzi lekarze radząc sobie z kłopotami i trudnościami częściej od innych Polaków stosują strategie zadaniowe niż emocjonalne, tzn. częściej starają się rozwiązywać swoje problemy niż emocjonalnie je przeżywać. Warto jednak zaznaczyć, że w trudnych sytuacjach sięgają po alkohol znacznie częściej niż ich rówieśnicy.

Sukces w zawodzie lekarza w większym stopniu uwarunkowany jest wcześniejszymi właściwościami osobowości niż wynikami uczenia się. Wyniki matury, egzaminu wstępnego i oceny uzyskane podczas studiów wyjaśniają tylko jeden z aspektów sukcesu - kompetencje zawodowe. Kompetencje możemy w większym stopniu wyjaśnić na podstawie ocen uzyskanych podczas studiów niż na podstawie wyników matury i egzaminu wstępnego na studia. Natomiast na podstawie właściwości osobowości, już podczas rekrutacji na studia medyczne rozpoznajemy osoby, które będą zadowolone z wyboru zawodu lekarza i takie, dla których praca lekarza będzie związana z doświadczaniem silnego stresu i wypaleniem zawodowym. Od początku lat klinicznych (trzeci rok studiów) jesteśmy także w stanie przewidzieć jakość życia lekarzy (wysokość ich przyszłych dochodów, ogólny dobrostan psychiczny i zdrowie, a także zadowolenie z życia). Właściwości osobowości szczególnie wyjaśniające sukces w zawodzie lekarza to: poczucie koherencji, poziom lęku i depresyjności, strategie radzenia sobie ze stresem oraz potrzeba aprobaty społecznej. Poziom i dynamika w czasie studiów: poczucia koherencji, lęku, depresyjności, potrzeby aprobaty społecznej w większym stopniu wyjaśnia przyszłą jakość życia lekarzy niż ich

kompetencje zawodowe i poziom satysfakcji z wyboru zawodu. Strategie radzenia sobie ze stresem w czasie studiów medycznych wyjaśniają poziom satysfakcji z wyboru zawodu lekarza.

Ponadto w prezentowanej pracy wyróżniono trzy typy sukcesu w zawodzie lekarza. Pierwszy typ lekarzy nazwano „Zaradnymi”. Osoby z tej grupy otrzymują najwyższe wynagrodzenia, są najszczęśliwsi i najbardziej zadowoleni z życia, ale w stopniu umiarkowanym angażują się w pracę zawodową. Drugi typ lekarzy nazwano „Pasjonatami”. Osoby te otrzymują dość wysokie wynagrodzenie, są najbardziej zaangażowani w pracę lekarza, jednak ich kompetencje zawodowe są najniższe. Trzeci typ lekarzy nazwano „Dobrymi uczniami”. Lekarze z tej grupy należą do osób najzdolniejszych i najbardziej kompetentnych, ale jednocześnie najslabiej zarabiających, najbardziej smutnych i niezadowolonych z życia. Porównano także różnice występujące podczas studiów pomiędzy osobami z poszczególnych typów sukcesu. Określono także, na podstawie których z wcześniejszych właściwości osobowości i wyników uczenia się można przewidzieć przynależność do danego typu sukcesu w zawodzie lekarza.

8. ABSTRACT

This 10-year longitudinal study paper develops the subject of psychological factors connected with success in medical career. It is a continuation of a 7-year research about psychological adaptation to medical study.

Objectives There are three aims.

1. To compare differences between quality of life among young medical doctors and general population in Poland.
2. To establish learning results and personality characteristics connected with success in medical career during medical study.
3. To identify types of success in medical career and define/determine differences between them during medical study, cross checking with learning results and personality aspects. Within this area one of the goals was to define learning results and personality aspects most significantly associated with success in medical career.

Success in medical career is defined as:

1. Postgraduate medical competence (postgraduate exams results).
2. Satisfaction with medicine as a career.
3. Work stress and burnout.
4. Quality of life (income, general well-being & health, life satisfaction).

Independent variables were:

high school final exam results, entrance exam results, results during medical study, personality aspects and its dynamics during medical study: depressiveness, anxiety, sense of coherence (comprehensibility, manageability, meaningfulness), coping skills, value system and the need for social approval.

Material and methods The procedure had two parts. The first part took place between 1999-2005 and involved 1116 assessments. The participants of the research were students entering Medical University of Gdansk. The procedure of the study took place during enrollment starting a few days before the entrance exam. They all received letter with questionnaires included. All participants in the research were volunteers. Only those who passed the entrance exam were taken into the consideration in the presented paper. The procedure was repeated subsequently at the end of every academic

year. The second stage took place between 2008-2009 and involved people participating in the first part of the study, this time assessed four years from completing the study. The response rate was as follows: in year-0 (entrance exam) all candidates 365/940 (39%), enrolled for medical study 178/320 (56%), not enrolled 187/620 (30%). Out of the initial pool of 320 participants we then assessed 178/320 in the year-1 assessment (56% response rate), 129/280 of the participants in the year-2 assessment (46% response rate), 127/302 of the participants in the year-3 assessment (42% response rate), 121/288 of the participants in the year-4 assessment (42% response rate), 58/271 of the participants in the year-5 assessment (21% response rate), and 138/240 of the participants in the year-6 assessment (57% response rate).

The baseline assessment of this study included: Depression scale (MMPI-D) of Minnesota Multiphasic Personality Inventory by R.S.Hathaway, J.C.McKinley; Sense of Coherence (SOC-29) by A.Antonovsky; Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory (STAI); The Coping Responses Inventory (CRI) by R.H.Moos, The Rokeach Value System (RVS) and Need of Approval Inventory (KAS) by Wilczyńska & Drwal.

In the second part the author has cooperated with Chamber of Physicians in Gdańsk, Poland, and Centre of Medical Examinations in Łódź, Poland. The response rate was 57 of the 255 identified participants in the first stage of study (23%). An assessment had been administered by internet survey. The baseline assessment of this study included: Maslach Burnout Inventory (MBI) and self-designed survey including questions from derived from "Social Diagnosis 2007. The conditions and quality of life in Poland". "Social Diagnosis 2007" is a multi-factor, longitudinal study which began in year 2000. Questions in the survey were related to: general well-being, life satisfaction, value system, work perception, life stress, coping skills, auto-destructive behaviours. The choice of questions used in the survey enabled the author to make comparisons between quality of life among young doctors and the general Polish population, matched in age (25-34) and education level. Additionally, results in postgraduate medical exams were obtained from Centre of Medical Examinations (State Examination of Medical and Dental Doctor) for 268 participants.

Results The quality of life perceived by young doctors is higher than in general population in Poland, and in similar subgroups. Most of them achieve higher income, report higher well-being and are more satisfied in life. Young doctors have different system of values. Friends, optimism, independence and freedom are more important for

young doctors than for the general Polish population. Less important are children and money for them. Young doctors also have different work perception than the rest of population. The most important work feature is a possibility of professional development, while for rest of the Polish population, an appropriate salary is most important. Another finding was that young doctors are less stressed by their health and finance, but are more stressed by factors related to work. Comparing with the general population, they use problem focused strategies rather than emotion focused strategies. It is worth noticing that young doctors cope with difficulties by drinking alcohol more often than their peers.

There is an evidence that success in a medical career is more associated with personality characteristics than with learning results. High school final exam results, entrance exam results and results during medical study explain one aspect of success - postgraduate medical competence, and the results gained during medical studies were the most important. Personality characteristics assessed during enrollment procedure enable us to recognise candidates who will be satisfied with medicine as a career and people for whom that career will be connected with stress and burnout. From the beginning of clinical years (3-6 years of medical study) we are able to predict future quality of life among doctors (income, general well-being & health and life satisfaction). The level and dynamics of personality characteristics during medical study (sense of coherence, anxiety, depressiveness and the need for social approval) are more useful to predict quality of life doctors than their competences and satisfaction with medicine as a career. Based upon coping skills we can predict satisfaction with medicine as a career.

There have been identified three types of success in medical career. The first type is called "Smarts". People who belong to that group obtain the highest income, they are the happiest, the most satisfied in their lives, but they are mildly involved in work. The second type is called "Passionate". This group has quite high income, they are the most involved in the work, but they have the lowest competence. The third type is called "Good pupils". Doctors coming from this type are the most clever, the most competent, but their income is the lowest, they are the saddest and dissatisfied with their life. Moreover, personality and learning results differences have been compared between the types during medical study and differentiated which aspect is the best to predict type of success in medical career.

9. SPIS TABEL I RYSUNKÓW

Tabela 1.	Trzy kategorie czynników, na podstawie których najczęściej przewiduje się sukces na studiach medycznych i w zawodzie lekarza.	8
Tabela 2.	Porównanie ogólnego dobrostanu psychicznego badanych lekarzy z wynikami raportu „Diagnoza Społeczna 2007”. % odpowiedzi.....	33
Tabela 3.	Porównanie średniego stopnia zadowolenia z poszczególnych dziedzin życia badanych lekarzy z wynikami raportu „Diagnoza Społeczna 2007” (na skali „1-bardzo zadowolony, 6-bardzo niezadowolony”)	35
Tabela 4.	Porównanie najważniejszych warunków udanego szczęśliwego życia badanych lekarzy z wynikami raportu „Diagnoza Społeczna 2007”. % odpowiedzi (wybierano najwyżej trzy).....	36
Tabela 5.	Porównanie stresu życiowego badanych lekarzy z wynikami raportu „Diagnoza Społeczna 2007”. % odpowiedzi.....	36
Tabela 6.	Porównanie strategii radzenia sobie z problemami i trudnościami badanych lekarzy z wynikami raportu „Diagnoza Społeczna 2007”. % odpowiedzi (wybierano więcej niż jedną).	37
Tabela 7.	Porównanie odsetka palaczy i sięgających po alkohol wśród lekarzy z wynikami raportu „Diagnoza Społeczna 2007”. % odpowiedzi.....	38
Tabela 8.	Porównanie najważniejszych cech pracy zawodowej lekarzy z wynikami raportu „Diagnoza Społeczna 2007”. % odpowiedzi (wybierano najwyżej trzy odpowiedzi)	39
Tabela 9.	Analiza rzetelności skali „Satysfakcja z wyboru zawodu lekarza”	40
Tabela 10.	Analiza rzetelności skali „Stres związany z pracą i poziom wypalenia zawodowego”.	41
Tabela 11.	Analiza rzetelności skali „Ogólny dobrostan psychiczny i zdrowie”.....	42
Tabela 12.	Analiza rzetelności skali „Zadowolenie z życia”.	43
Tabela 13.	Kompetencje zawodowe a wcześniejsze wyniki uczenia się i właściwości osobowości.	45
Tabela 14.	Kompetencje zawodowe a szczególnie istotne wcześniejsze wyniki uczenia się i właściwości osobowości.	45
Tabela 15.	Satysfakcja z wyboru zawodu lekarza a wcześniejsze wyniki uczenia się i właściwości osobowości.....	48
Tabela 16.	Satysfakcja z wyboru zawodu lekarza a szczególnie istotne wcześniejsze właściwości osobowości.....	48
Tabela 17.	Stres związany z pracą i wypalenie zawodowe a wcześniejsze wyniki uczenia się i właściwości osobowości.	50
Tabela 18.	Stres związany z pracą i wypalenie zawodowe a szczególnie istotne a wcześniejsze właściwości osobowości.	50
Tabela 19.	Wysokość dochodów a wcześniejsze wyniki uczenia się i właściwości osobowości.	51
Tabela 20.	Wysokość dochodów a szczególnie istotne wcześniejsze właściwości osobowości.....	52
Tabela 21.	Ogólny dobrostan psychiczny i zdrowie a wcześniejsze wyniki uczenia się i właściwości osobowości.....	53
Tabela 22.	Ogólny dobrostan psychiczny i zdrowie a szczególnie istotne wcześniejsze właściwości osobowości.	54
Tabela 23.	Zadowolenie z życia a wcześniejsze wyniki uczenia się i właściwości osobowości.	55
Tabela 24.	Zadowolenie z życia a szczególnie istotne wcześniejsze właściwości osobowości.....	56
Tabela 25.	Tabela średnich dla skupień.	59
Tabela 26.	Statystyki opisowe i analiza wyników uczenia się wśród wyróżnionych typów lekarzy.....	60
Tabela 27.	Statystyki opisowe i analiza właściwości osobowości wśród wyróżnionych typów lekarzy w momencie kandydowania na studia medyczne.....	62
Tabela 28.	Statystyki opisowe i analiza właściwości osobowości wśród wyróżnionych typów lekarzy podczas pierwszego roku studiów.	64
Tabela 29.	Statystyki opisowe i analiza właściwości osobowości wśród wyróżnionych typów lekarzy podczas drugiego roku studiów.	65
Tabela 30.	Statystyki opisowe i analiza właściwości osobowości wśród wyróżnionych typów lekarzy podczas trzeciego roku studiów.....	67
Tabela 31.	Statystyki opisowe i analiza właściwości osobowości wśród wyróżnionych typów lekarzy podczas czwartego roku studiów.....	69

Tabela 32.	Statystyki opisowe i analiza właściwości osobowości wśród wyróżnionych typów lekarzy podczas piątego roku studiów.	71
Tabela 33.	Statystyki opisowe i analiza właściwości osobowości wśród wyróżnionych typów lekarzy podczas szóstego roku studiów.	72
Tabela 34.	Tabela funkcji dyskryminacyjnej na podstawie wyników uzyskanych w zmiennych uczenia się.	73
Tabela 35.	Macierz klasyfikacji na podstawie zmiennych uczenia się.	73
Tabela 36.	Tabela funkcji dyskryminacyjnej na podstawie wyników uzyskanych w zmiennych poszczególnych właściwości osobowości w momencie kandydowania na studia medyczne.	75
Tabela 37.	Macierz klasyfikacji na podstawie zmiennych właściwości osobowości w momencie kandydowania na studia medyczne.	75
Tabela 38.	Tabela funkcji dyskryminacyjnej na podstawie wyników uzyskanych w zmiennych poszczególnych właściwości osobowości podczas pierwszego roku studiów.	76
Tabela 39.	Macierz klasyfikacji na podstawie zmiennych właściwości osobowości podczas pierwszego roku studiów.	77
Tabela 40.	Tabela funkcji dyskryminacyjnej na podstawie wyników uzyskanych w zmiennych poszczególnych właściwości osobowości podczas drugiego roku studiów.	78
Tabela 41.	Macierz klasyfikacji na podstawie zmiennych właściwości osobowości podczas drugiego roku studiów.	78
Tabela 42.	Tabela funkcji dyskryminacyjnej na podstawie wyników uzyskanych w zmiennych poszczególnych właściwości osobowości podczas trzeciego roku studiów.	79
Tabela 43.	Macierz klasyfikacji na podstawie zmiennych właściwości osobowości podczas trzeciego roku studiów.	80
Tabela 44.	Tabela funkcji dyskryminacyjnej na podstawie wyników uzyskanych w zmiennych poszczególnych właściwości osobowości podczas czwartego roku studiów.	80
Tabela 45.	Macierz klasyfikacji na podstawie zmiennych właściwości osobowości podczas czwartego roku studiów.	81
Tabela 46.	Tabela funkcji dyskryminacyjnej na podstawie wyników uzyskanych w zmiennych poszczególnych właściwości osobowości podczas piątego roku studiów.	82
Tabela 47.	Macierz klasyfikacji na podstawie zmiennych właściwości osobowości podczas piątego roku studiów.	82
Tabela 48.	Tabela funkcji dyskryminacyjnej na podstawie wyników uzyskanych w zmiennych poszczególnych właściwości osobowości podczas szóstego roku studiów.	84
Tabela 49.	Macierz klasyfikacji na podstawie zmiennych właściwości osobowości podczas szóstego roku studiów.	84
Tabela 50.	Sukces w zawodzie lekarza a wyniki uczenia się. Podsumowanie analiz regresji.	88
Tabela 51.	Sukces w zawodzie lekarza a osobowość na poszczególnych etapach studiowania. Podsumowanie analiz regresji.	89
Tabela 52.	Sukces w zawodzie lekarza a poszczególne właściwości osobowość. Podsumowanie analiz regresji.	90
Tabela 53.	Sukces w zawodzie lekarza a poczucie koherencji. Podsumowanie analiz regresji.	91
Tabela 54.	Sukces w zawodzie lekarza a lęk (stan i cecha). Podsumowanie analiz regresji.	92
Tabela 55.	Sukces w zawodzie lekarza a depresyjność. Podsumowanie analiz regresji.	93
Tabela 56.	Sukces w zawodzie lekarza a potrzeba aprobaty społecznej. Podsumowanie analiz regresji.	93
Tabela 57.	Satysfakcja z wyboru zawodu lekarza a strategie radzenia sobie ze stresem. Podsumowanie analiz regresji.	94
Rysunek 1.	Dendrogram klasyfikacji przypadków.	57
Rysunek 2.	Wykres średnich dla skupień.	58

10. PIŚMIENNICTWO

-
- ¹ Vitaliano PP, Maiuro RD, Russo J, Mitchell ES. Medical student distress. A longitudinal study. *J Nerv Ment Dis* 1989 Feb; 177(2): 70-6.
 - ² Mosley TH, Perrin SG, Neral SM, Dubbert PM, Grothues CA, Pinto BM. Stress, coping, and well-being among third-year medical students. *Acad Med* 1994 Sep; 69(9): 765-7.
 - ³ Stewart SM, Betson C, Marshall IB, Wong CM, Lee PW, Lam TH. Stress and vulnerability in medical students. *Med Educ* 1995 Mar; 29(2): 119-27.
 - ⁴ Stewart SM, Betson C, Lam TH, Marshall IB, Lee PW, Wong CM. Predicting stress in first year medical students: a longitudinal study. *Med Educ* 1997 May; 31(3): 163-8.
 - ⁵ Supe AN. A study of stress in medical students at Seth G.S. Medical College. *J Postgrad Med* 1998 Jan-Mar; 44(1): 1-6.
 - ⁶ Niemi PM, Vainiomaki PT. Medical students academic distress, coping, and achievement strategies during the preclinical years. *Teach Learn Med* 1999 Jul; 11(3): 125-34.
 - ⁷ Shapiro SL, Shapiro DE, Schwartz GE. Stress management in medical education: a review of the literature. *Acad Med* 2000 Jul; 75(7): 748-59.
 - ⁸ Hojat M, Gonnella JS, Erdmann JB, Vogel WH. Medical students' cognitive appraisal of stressful life events as related to personality, physical well-being, and academic performance: a longitudinal study. *Personality & Individual Differences* 2003 Jul; 35(1): 219-35.
 - ⁹ Park CL, Adler NE. Coping style as a predictor of health and well-being across the first year of medical school. *Health Psychol* 2003 Nov; 22(6): 627-31.
 - ¹⁰ Moffat KJ, McConnachie A, Ross S, Morrison JM. Undergraduate medical education first year medical student stress and coping in a problem-based learning medical curriculum. *Med Educ* 2004 Mar; 38(5): 482-91.
 - ¹¹ Adams J. Straining to describe and tackle stress in medical students. *Med Educ* 2004 Apr; 38(5): 463-4.
 - ¹² Tartas M, Budziński W, Walkiewicz M. Stres a studiowanie medycyny. *Ann UMCS Sect D* 2007; 62, 18(6), 311-3.
 - ¹³ Parkerson GR, Broadhead WE, Tse CK. The health status and life satisfaction of first-year medical students. *Acad Med* 1990 Sep; 65(9): 586-8.
 - ¹⁴ Miller PM, Surtees PG. Psychological symptoms and their course in first-year medical students as assessed by the Interval General Health Questionnaire (I-GHQ). *Br J Psychiatry* 1991 Aug; 159: 199-207.
 - ¹⁵ Guthrie EA, Black D, Shaw CM, Hamilton J, Creed FH, Tomenson B. Embarking upon a medical career: psychological morbidity in first year medical students. *Med Educ* 1995 Sep; 29: 337-41.
 - ¹⁶ Rosal MC, Ockene IS, Ockene JK, Barrett SV, Ma Y, Hebert JR. A longitudinal study of students' depression at one medical school. *Acad Med* 1997 Jun; 72(6): 542-6.
 - ¹⁷ Tyssen RI, Vaglum P, Gronvold NP, Ekeberg O. Factors in medical schools that predict PG mental health problems in need of treatment. A nationwide and longitudinal study. *Med Educ* 2000; 35: 110-20.
 - ¹⁸ Aktekin M, Karaman T, Senol YY, Erdem S, Erengin H, Akaydin M. Anxiety, depression and stressful life events among medical students: a prospective study in Antalya, Turkey. *Med Educ* 2001 Jan; 35(1): 12-7.
 - ¹⁹ Górecka J, Kupka E, Misztal E, Matysiewicz W, Wojcicka A. Nasilenie lęku i zaburzeń nerwicowych u studentów medycyny. *Wiad Psychiat* 2001; 4(1): 17-20.
 - ²⁰ Chew-Graham CA, Rogers A, Yassin N. I wouldn't want it on my CV or their records': medical students' experiences of help-seeking for mental health problems. *Med Educ* 2003 Oct; 37(10): 873-80.
 - ²¹ Dahlin M, Joneborg N, Runeson B. Stress and depression among medical students: a cross-sectional study. *Med Educ* 2005 Jun; 39(6): 594-604.
 - ²² Marek K, Bialon P, Wichowicz H, Melloch H, Nitka-Sieminska A. Przesiewowa ocena rozpowszechnienia objawów depresyjnych i lękowych wśród studentów Akademii Medycznej w Gdańsku. *Psychiatria* 2005; 2(4): 217-22.
 - ²³ Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. *Acad Med* 2006 Apr; 81(4): 354-73.

- ²⁴ Budziński W, Tartas M, Walkiewicz M. Lęk i depresyjność wśród studentów medycyny. *Ann UMCS Sect D* 2007; 62, 18(1): 297-300.
- ²⁵ Knights JA, Kennedy BJ. Medical school selection: impact of dysfunctional tendencies on academic performance. *Med Educ* 2007 Apr; 41(4): 362-8
- ²⁶ Budziński W, Tartas M, Walkiewicz M, Majkowicz M. Depressiveness and its dynamics in medical students - a longitudinal study. *Pol J Environ Stud* 2008; 17(4B): 108-12.
- ²⁷ Tartas M, Budziński W, Walkiewicz M, Majkowicz M. Anxiety dynamics in medical students - a longitudinal study. *Pol J Environ Stud* 2008; 17(4B): 113-8.
- ²⁸ Ochran P. Socjologiczna problematyka zawodu lekarza. Latoszek M. *Socjologia medycyny: zagadnienia programowe*. Gdańsk: Akademia Medyczna w Gdańsku, 1980.
- ²⁹ Batenburg V. De ideale arts: het beroepsbeeld van medische studenten (The ideal physician: medical students' image of the profession). *Ned Tijdschr Geneesk* 1995; 10(139-23): 1177-81.
- ³⁰ Brysiewicz A. Obraz zawodu lekarza w świadomości studentów medycyny a jego społeczna percepcja. Wybrane problemy. *Sztuka Leczenia* 2002; 8(2): 29-36.
- ³¹ Brooks CH. The influence of medical school clinical experiences on career preferences: A multidimensional perspective. *Soc Sci Med* 1991; 32: 327-32.
- ³² Tobiasz-Adamczyk B, Bajka J, Marmon G. *Wybrane elementy socjologii zawodów medycznych*. Kraków: Wydawnictwo CMUJ, 2003.
- ³³ Tartas M, Budziński W, Walkiewicz M. Czy studenci medycyny unikają konfrontacji z trudnościami życiowymi? Znaczenie potrzeby aprobaty społecznej w procesie radzenia sobie ze stresem. *Annal UMCS Sect D* 2006; 60, 16(7): 567-73.
- ³⁴ Pawełczyk A, Pawełczyk T, Bielecki J. Determinanty wyboru specjalizacji medycznej w podstawowej opiece zdrowotnej przez absolwentów wydziałów lekarskich. *Pol Merkuriusz Lek* 2007; 22(129): 233-8.
- ³⁵ Turczyńska K, Książpolska-Kaczorowska A, Hebanowski M, Komorowska-Szczepańska W. Empatia i motywacje wyboru studiów medycznych jako przykład wskaźników pomocnych w ocenie predyspozycji kandydatów do zawodu lekarza. *Pol Merkuriusz Lek* 2003; 14(81): 243-7.
- ³⁶ Leoniuk K. Wyobrażenia studentów dotyczące przyszłego zawodu w kontekście kształcenia w AMG. *Ann Acad Med Gedan* 2004; 14: 191-201.
- ³⁷ Mroczek B, Karakiewicz B. Aspiracje edukacyjno-zawodowe i motywacje wyboru zawodu studentów I roku Wydziału Nauk o Zdrowiu Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie. *Fam Med Prim Care Rev* 2006; 8(2): 290-4.
- ³⁸ Kulik H. Motywacje i okoliczności wyboru zawodu lekarza przez kobiety. *Ann Acad Med Siles* 1998; 36/37: 37-50.
- ³⁹ Kostkiewicz M, Rojek A. Motywacje podjęcia studiów medycznych oraz satysfakcja studentów w świetle badań na wydziałach lekarskim i stomatologicznym Śląskiej Akademii Medycznej w Zabrze. *Ann Soc Doctr Stud Acad Med Siles* 2002; 28: 73-81.
- ⁴⁰ Molnár R; Nyári T; Molnár P. Az orvostanhallgatók pályán maradásra, pályaelhagyásra vonatkozó elképzelései (Remaining in or leaving the profession: the view of medical students). *Orvosi Hetilap* 2008 May; 149 (18): 843-8
- ⁴¹ McManus IC, Smithers E, Partridge P, Keeling A, Fleming PR. A levels and intelligence as predictors of medical careers in UK doctors: 20 year prospective study. *BMJ* 2003 Jul; 327: 139-42.
- ⁴² Lambert TW, Davidson JM, Evans J, Goldacre MJ. Doctors' reasons for rejecting initial choices of specialties as long-term careers. *Med Educ* 2003 Apr; 37(4): 312-8.
- ⁴³ Moss PJ, Lambert TW, Goldacre MJ, Lee P. Reasons for considering leaving UK medicine: questionnaire study of junior doctors' comments. *BMJ Clinical Research Ed* 2004 Nov; 329: 1263.
- ⁴⁴ Ferguson E, James D, Madeley L. Factors associated with success in medical school: systematic review of the literature. *BMJ* 2002 Apr; 324: 952-7.
- ⁴⁵ Goho J, Blackman A. The effectiveness of academic admission interviews: an exploratory meta-analysis. *Med Teach* 2006 Jul; 28(4), 335-40.
- ⁴⁶ Jones RF, Thomae-Forgues M. Validity of MCAT in predicting performance in the first two years of medical school. *J Med Educ* 1984 Jun; 59: 455-64.
- ⁴⁷ Koenig J, Sireci S, Wiley A. Evaluating the predictive validity of MCAT scores across diverse applicant groups. *Acad Med* 1998 Oct; 73(10): 1095-107.
- ⁴⁸ Huff KL, Koenig JA, Treptau MM, Sireci SG. Validity of MCAT scores for predicting clerkship performance of medical students grouped by sex and ethnicity. *Acad Med* 1999 Oct; 74(10): 41-4.

-
- ⁴⁹ McGaghie WC. Assessing readiness for medical education: evolution of the medical college admission test. *JAMA* 2002 Sep; 288(9): 1085-90.
- ⁵⁰ White CB, Dey EL, Fantone JC. Analysis of factors that predict clinical performance in medical school. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 2007 Nov: 1-10.
- ⁵¹ Turczyńska K, Księżopolska-Kaczorowska A. (promot.). *Wartość egzaminu wstępnego na wydział lekarski jako elementu prognozującego powodzenie na studiach oraz ocena poziomu empatii studentów w korelacji z jego wynikami i wynikami nauczania: praca doktorska*. Akademia Medyczna w Gdańsku, 2000.
- ⁵² Turczyńska K, Księżopolska-Kaczorowska A, Komorowska-Szczepańska W. Próba oceny wpływu czynników socjalno-bytowych na wynik egzaminu wstępnego na Wydział Lekarski, a następnie przebieg studiów. *Zdr Publ* 2001; 111(3): 163-7.
- ⁵³ El Mouzan MI. Secondary school and admission test grades as predictors of performance of medical students. *Med Educ* 1992 Mar; 26(2): 123-7.
- ⁵⁴ Peers IS, Johnston M. Influence of learning context on the relationship between A-level attainment and final degree performance: a meta-analytic review. *Br J Educ Psychol* 1994; 64(1): 1-17.
- ⁵⁵ Ostrowska A, Szewczyński J. Wyniki egzaminu wstępnego a sukcesy w nauce studentów I i II Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie. *Problemy Medycyny Społecznej* 2001; 35: 10-6.
- ⁵⁶ Parry J, Mathers J, Stevens A, Parsons A, Lilford R, Spurgeon P, Thomas H. Admissions processes for five year medical courses at English schools: review. *BMJ* 2006 Apr; 332(7550): 1156.
- ⁵⁷ Cowley C. Polemic: five proposals for a medical school admission policy. *J Med Ethics* 2006 Aug; 32(8): 491-4.
- ⁵⁸ Hulsman RL, van der Ende JS, Oort FJ, Michels RP, Casteelen G, Griffioen FM. Effectiveness of selection in medical school admissions: evaluation of the outcomes among freshmen. *Med Educ* 2007 Apr; 41(4): 369-77.
- ⁵⁹ Aldulrazzaq YM, Quayed KI. Could final year school grades suffice as a predictor for future performance? *Med Teach* 1993; 15(2-3): 243-51.
- ⁶⁰ Richards JM, Taylor CW, Price PB. The prediction of medical interns performance. *J Appl Psychol* 1962; 46: 142-6.
- ⁶¹ Ronai AK, Golman ME, Shamks CA, Schafer MF, Brunner EA. Relationship between past academic performance and results on speciality in-training examinations. *J Med Educ* 1984 Apr; 59(4): 341-4.
- ⁶² Glaser K, Hojat M, Velkoski JJ, Blacallow RS, Goepp CE. Science, verbal or quantitative skills: which is the most important predictor of physician competence? *Educ Psychol Measurement* 1992 Summer; 52(2): 395-406.
- ⁶³ Minnin SP, Friedmann M, Skipper B, Kalishman S, Snyder J. Performance on the NBME I, II and III by medical students in the problem-based learning and conventional tracks at the University of New Mexico. *Acad Med* 1993 Aug; 68(8): 616-24.
- ⁶⁴ Huxham GJ, Lipton A, Hamilton D. Achievement factors and personality in a cohort of medical students. *Med Educ* 1980 Mar; 14(2): 97-104.
- ⁶⁵ Hobfoll SE, Benor DE. Prediction of student clinical performance. *Med Educ* 1981 Jul; 15: 231-6.
- ⁶⁶ Jones B. Can trait anxiety, grades, and test scores measured prior to medical school matriculation predict clerkship performance? *Acad Med* 1991 Sep; 66(9): 22-4.
- ⁶⁷ Ferguson E, Sanders A, O'Hehir F, James D. Predictive validity of personal statement and the role of the five factor model of personality in relation to medical training. *J Occup Organ Psychol* 2000 Sep; 73(3): 321-44.
- ⁶⁸ Skommer J, Gromadecka-Sutkiewicz M. Osobowość jako wyznacznik funkcjonowania studentów medycyny. *Ann UMCS Sect D* 2005; 60(1): 149-53.
- ⁶⁹ Ferguson E, James D, O'Hehir F, Sanders A, McManus IC. Pilot study of the roles of personality, references, and personal statements in relation to performance over the five years of a medical degree. *BMJ* 2003 Feb; 326 (7386): 429-32.
- ⁷⁰ Lacorte MA, Risuci, DA. Personality, clinical performance and knowledge in paediatric residents. *Med Educ* 1993 Mar; 27(2): 165-9.
- ⁷¹ Drwal R.Ł. *Adaptacja kwestionariuszy osobowości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 1995.
- ⁷² Grover PL, Smith DV. Academic anxiety, locus of control and achievement in medical school. *J Med Educ* 1981 Sep; 56(9): 727-36.
- ⁷³ Markert RJ. Using discriminant analysis to identify the non-cognitive characteristics of high achieving medical students. *Psychol Rep* 1984 Aug; 55(1): 331-6.

-
- ⁷⁴ Stewart SM, Lam TH, Betson CL, Wong CM, Wong AMP. A prospective analysis of stress and academic performance in the first two years of medical school. *Med Educ* 1999 Apr; 33(4): 243-50.
- ⁷⁵ Pamphlett R, Farnill D. Effect of anxiety on performance in multiple choice examination. *Med Educ* 1995 Jul; 29(4): 297-302.
- ⁷⁶ Kofta M. Prawo Yerkesa-Dodsona i próby jego psychologicznego wyjaśnienia. *Przegląd Psychologiczny* 1969; 18: 51-68.
- ⁷⁷ Pribram KH, McGuinness D. Arousal, activation, and effort in the control of attention. *Psychol Rev* 1975; 82: 116-49.
- ⁷⁸ Lacey BC, Lacey JI. Two-way communication between the heart and the brain: Significance of time within the cardiac cycle. *Am Psychol* 1978; 33: 99-113.
- ⁷⁹ Hall ML, Stocks MT. Relationship between quantity of undergraduate science preparation and preclinical performance in medical school. *Acad Med* 1995 Mar; 70(3): 230-5.
- ⁸⁰ Gough HG, Hall WB. Prediction of performance in medical school from the California personality inventory. *J Appl Psychol* 1964; 48: 218-26.
- ⁸¹ Hobfoll SE, Anson O, Antonovsky A. Personality factors as predictors of medical student performance. *Med Educ* 1982 Sep; 16(5): 251-8.
- ⁸² Tutton PJM. Psychometric test results associated with high achievement in basic science components of a medical curriculum. *Acad Med* 1996 Feb; 71(2): 181-6.
- ⁸³ Tooth D, Tonge K, McManus IC. Anxiety and study methods in preclinical students: causal relation to examination performance. *Med Educ* 1989 Sep; 23(5): 416-21.
- ⁸⁴ Leiden LI, Crosby RD, Follmer H. Assessing learning-style inventories and how well they predict academic performance. *Acad Med* 1990 Jun; 65(6): 395-401.
- ⁸⁵ Arnold L, Feighny K. Students general learning approaches and performance in medical school: a longitudinal study. *Acad Med* 1995 Aug; 70(8): 715-22.
- ⁸⁶ Hilliard RI. How do medical students learn? Medical student learning styles and the factors that affect these learning styles. *Teach Learn Med* 1995; 4: 201-10.
- ⁸⁷ McManus IC, Richards B, Winder BC, Sproston KA. Clinical experience, performance in final examinations, and learning style in medical students: prospective study. *BMJ* 1998 Jan; 316(7128): 345-50.
- ⁸⁸ Lynch TG, Woelfl NN, Steele DJ, Hanssen CS. Learning style influences student examination performance. *Am J Surg* 1998 Jul; 176(1): 62-6.
- ⁸⁹ McManus IC, Richards P, Winder BC. Intercalated degrees, learning styles, and career preferences: prospective longitudinal study of UK medical students. *BMJ* 1999 Aug; 319(7202): 542-6.
- ⁹⁰ Martin, IG, Stark, P, Jolly B. Benefiting from clinical experience: the influence of learning style and clinical experience on performance in an undergraduate objective clinical examination. *Med Educ* 2000 Jul; 34(7): 530-4.
- ⁹¹ McManus IC, Richards B. Prospective study of performance of medical students during pre-clinical years. *BMJ* 1986 Jul; 293: 124-7.
- ⁹² Hess TG, Brown DR. Actuarial prediction of performance in a six year A.B.-M.D. program. *J Med Educ* 1977 Jan; 52(1): 68-9.
- ⁹³ Smith SR, Vivier PM, Blain ALB. A comparison of the first-year medical school performances of students admitted with and without interviews. *J Med Educ* 1986 May; 61(5): 404-6.
- ⁹⁴ Smith SR. Medical school and residency performance of students admitted with and without an admissions interview. *Acad Med* 1991 Aug; 66(8): 474-6.
- ⁹⁵ Milstein R, Wilkinson L, Burrow G, Kessen W. Admission decisions and performance during medical school. *J Med Educ* 1981 Feb; 56: 77-82.
- ⁹⁶ Elam CL, Johnson MMS. Prediction of medical students' academic performances: does the admission interview help? *Acad Med* 1992 Oct; 67(10): 28-30.
- ⁹⁷ Murden R, Galloway GM, Reid JC, Colwill JM. Academic and personal predictors of clinical success in medical school. *J Med Educ* 1978 Sep; 53(9): 711-9.
- ⁹⁸ Meredith KE, Dunpal MR, Bkaer HH. Subjective and objective admissions factors as predictors of clinical clerkship performance. *J Med Educ* 1982 Oct; 57(10): 743-51.
- ⁹⁹ Powis DA, Neame RLB, Bristow T, Murphy LB. The objective structured interview for medical student selection. *BMJ* 1988 Mar; 296(6624): 765-8.
- ¹⁰⁰ Lazin R, Neumann L. Student characteristics as predictors of drop-out from medical school: admissions to Beer-Sheva over a decade. *Med Educ* 1991 Sep; 25(5): 396-404.
- ¹⁰¹ Powis DA, Waring TC, Bristow T, O'Connell DL. The structured interview as a tool for predicting premature withdrawal from medical school. *Aust N Z J Med* 1992 Dec; 22(6): 692-8.

-
- ¹⁰² Hall FR, Regan-Smith M, Tivnan T. Relationship of medical students' admission interview scores to their dean's letter ratings. *Acad Med* 1992 Dec; 67(12): 842-5.
- ¹⁰³ Elam CL, Studts JL, Johnson MMS. Prediction of medical school performance: use of admission interview report narratives. *Teach Learn Med* 1997; 9: 181-5.
- ¹⁰⁴ Ann Courneya C, Wright K, Frinton V, Mak E, Schulzer M, Pachev G. Medical student selection: choice of a semi-structured panel interview or an unstructured one-on-one interview. *Med Teach* 2005 Sep; 27(6): 499-503.
- ¹⁰⁵ Knights JA, Kennedy BJ. Medical school selection: Screening for dysfunctional tendencies. *Med Educ* 2006 Nov; 40(11): 1058-64.
- ¹⁰⁶ Dore KL, Hanson M, Reiter HI, Blanchard M, Deeth K, Eva KW. Medical school admissions: enhancing the reliability and validity of an autobiographical screening tool. *Acad Med* 2006 Oct; 81(10): 70-3.
- ¹⁰⁷ Elliott SL, Epstein J. Selecting the future doctors: the role of graduate medical programmes. *Intern Med J* 2005 Mar; 35(3): 174-7.
- ¹⁰⁸ Lemay JF, Lockyer JM, Collin VT, Brownell AK. Assessment of non-cognitive traits through the admissions multiple mini-interview. *Med Educ* 2007 Jun; 41(6): 573-9.
- ¹⁰⁹ Basco WT Jr, Lancaster CJ, Gilbert GE, Carey ME, Blue AV. Medical school application interview score has limited predictive validity for performance on a fourth year clinical practice examination. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 2008 May; 13(2): 151-62.
- ¹¹⁰ Evans DA, Jones PK, Wortman RA, Jackson EB. Traditional criteria as predictors of minority student success in medical school. *J Med Educ* 1975 Oct; 50(10): 934-9.
- ¹¹¹ Johnson HC, Rosevear C. Traditional admissions variables as predictors of minority students' performance in medical school a cause for concern. *J Natl Med Assoc* 1977 Aug; 69(8): 551-4.
- ¹¹² Roman SA, Sorenson JR, Davis WI, Erickson R. Predicting minority student performance in the first medical school year. *J Natl Med Assoc* 1979 Jul; 71(7): 661-4.
- ¹¹³ Calkins EV, Willoughby L, Arnold LM. Predictors of performance of minority students in the first two years of a BA/MD program. *J Natl Med Assoc* 1982 Jul; 74(7): 625-32.
- ¹¹⁴ Ramos SM, Croen L, Haddow S. Predictors of preclinical and clinical performance of minority medical students. *J Natl Med Assoc* 1986 Jul; 78(7): 601-7.
- ¹¹⁵ Campos-Outcalt D, Rutala PJ, Witzke DB, Fulginiti JV. Performance of underrepresented students at the university of Arizona College of Medicine 1987-1991. *Acad Med* 1994; 69: 577-82.
- ¹¹⁶ James D, Ferguson E, Powis D, Symonds I, Yates J. Graduate entry to medicine: widening academic and socio-demographic access. *Med Educ* 2008 Mar; 42(3): 294-300.
- ¹¹⁷ McManus IC, Richards P, Winder B, Sproston W. Final examination performance of medical students from ethnic minorities. *Med Educ* 1996 May; 30(3): 195-200.
- ¹¹⁸ Woolf K, Cave J, Greenhalgh T, Dacre J. Ethnic stereotypes and the underachievement of UK medical students from ethnic minorities: qualitative study. *BMJ* 2008 Aug; 337: 1220.
- ¹¹⁹ Wiers-Jenssen J; Aasland OG. Norwegian medical students abroad - background, effort and satisfaction. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2001 May; 121(14): 1671-6
- ¹²⁰ Calkins EV, Arnold L, Willoughby L. Gender differences in predictors of performance in medical training. *J Med Educ* 1987 Aug; 62(8): 682-5.
- ¹²¹ Oggins J, Inglehart M, Brown D, Moore W. Gender differences in the prediction of medical students clinical performance. *J Am Med Womens Assoc* 1988 Nov-Dec; 43(6): 171-5.
- ¹²² Lumsden MA, Bore M, Millar K, Jack R, Powis D. Assessment of personal qualities in relation to admission to medical school. *Med Educ* 2005 Mar; 39(3): 258-65.
- ¹²³ Weinberg E, Rooney J. The academic performance of women students in medical school. *J Med Educ* 1973 Mar; 48(3): 240-7.
- ¹²⁴ Richardsen AM, Burke RJ. Occupational stress and job satisfaction among physicians: Sex differences. *Soc Sci Med* 1991; 33(10): 1179-87.
- ¹²⁵ McMurray JE, Linzer M, Konrad TR, Douglas J, Shugerman R, Nelson K. The work lives of women physicians results from the physician work life study. The SGIM Career Satisfaction Study Group. *J Gen Intern Med* 2000 Jun; 15(6): 372-80.
- ¹²⁶ Lorber J. What impact have women physicians had on women's health? *J Am Med Womens Assoc* 2000 Winter; 55(1): 13-5.
- ¹²⁷ Pawełczyk A, Pawełczyk T, Bielecki J. Związek płci z obrazem siebie i poziomem aspiracji u studentów Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej. *Pol Merkuriusz Lek* 2007; 23(137): 360-2.
- ¹²⁸ Kolarzyk E, Kwiatkowski J, Jaworska-Szyc J. Obraz siebie - w ocenie krakowskich uczniów i studentów. *Rocz PAM* 2005; 51(1): 79-82.

- ¹²⁹ Mawhinney BS. The value of ordinary and advanced level British school leaving examination results in predicting students academic performance. *Med Educ* 1976 Mar; 10(2): 87-9.
- ¹³⁰ Lipton A, Huxham GJ, Hamilton D. Predictors of success in a cohort of medical students. *Med Educ* 1984 Jul; 18(4): 203-10.
- ¹³¹ Leonardson GR, Peterson LP. Relationship between subject examination scores in clerkships and academic and demographic variables. *J Med Educ* 1985 Sep; 60(9): 719-21.
- ¹³² Lipton A, Huxham GJ, Hamilton D. School results as predictors of medical school achievement. *Med Educ* 1988 Sep; 22(5): 381-8.
- ¹³³ Collins JP, White GR, Kennedy JA. Entry to medical school: an audit of traditional selection requirements. *Med Educ* 1995 Jan; 29(1): 22-8.
- ¹³⁴ Julian ER. Validity of the Medical College Admission Test for predicting medical school performance. *Acad Med* 2005 Oct; 80(10): 910-7.
- ¹³⁵ Peskun C, Detsky A, Shandling M. Effectiveness of medical school admissions criteria in predicting residency ranking four years later. *Med Educ* 2007 Jan; 41(1): 57-64.
- ¹³⁶ Finset KB, Gude T, Hem E, Tyssen R, Ekeberg Ø, Vaglum P. Which young physicians are satisfied with their work? A prospective nationwide study in Norway. *BMC Med Educ* 2005 Jun; 5(1): 19.
- ¹³⁷ Gude T, Vaglum P, Tyssen R, Ekeberg O, Hem E, Rovik JO, Finset K, Gronvold NT. Identification with the role of doctor at the end of medical school: a nationwide longitudinal study. *Med Educ* 2005 Jan; 39(1): 66-74.
- ¹³⁸ Ripley RM, Thal S, Bongard SJ. A study of the University of Connecticut's criteria for admissions into medical school. *Med Educ* 1981 Sep; 15(5): 298-305.
- ¹³⁹ Czapiński J, Panek T, (red.). *Diagnoza Społeczna 2007. Warunki i jakość życia Polaków*. Warszawa: Rada Monitoringu Społecznego, 2007.
- ¹⁴⁰ Pratto F, Sidanius J, Stallworth LM, Malle BF. Social dominance orientation: A personality variable predictiong social and political attitudes. *J Pers Soc Psychol* 1994 Oct; 67(4): 741-63.
- ¹⁴¹ Sidanius J, Pratto F. *Social dominance: An intergroup theory of social hierarchy and oppression*. New York: Cambridge University, 1999.
- ¹⁴² Sidanius J, Sinclair S, Pratto F. Social Dominance Orientation, Gender, and Increasing Educational Exposure. *J Appl Soc Psychol* 2006 Jul, 36(7): 1640-53.
- ¹⁴³ Czapiński J. (red.). *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2004.
- ¹⁴⁴ Paluchowski WJ. *Stosowanie i interpretacja kwestionariusza MMPI*. Warszawa: Laboratorium Technik Diagnostycznych, 1984.
- ¹⁴⁵ Matkowski M. *MMPI badanie - opracowanie - interpretacja*. Poznań: Pracownia Terapii i Rozwoju Osobowości, 1992.
- ¹⁴⁶ Antonovsky A. *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, 1995.
- ¹⁴⁷ Dudek B, Makowska Z. Psychometric characteristics of the Orientation to Life Questionnaire measuring sense of coherence. *Pol Psych Bull* 1993; 24(4): 415-20.
- ¹⁴⁸ Pasikowski T. Kwestionariusz Poczucia Koherencji Dorosłych (SOC-29). W: Sęk H, Pasikowski T. (red.). *Zdrowie - Stres - Zasoby*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora, 2001: 71-87.
- ¹⁴⁹ Wrześniewski K, Sosnowski T. *Inwentarz stanu i cechy lęku (ISCL); polska adaptacja STAI*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Psychologiczne- Pracownia Testów Psychologicznych, 1996.
- ¹⁵⁰ Moos RH. *Coping with Life Crisises*. New York: Plenum Press, 1986.
- ¹⁵¹ Holahan C, Moos RH. Personal and Contextual Determinants of Coping Strategies. *J Pers Soc Psychol* 1987 May; 52(5): 946-55.
- ¹⁵² Brzozowski P. Polska wersja testu wartości Rokeacha i jej teoretyczne podstawy. *Przegląd Psychologiczny* 1986; 2: 527-39.
- ¹⁵³ Brzozowski P. Skala Wartości - Polska wersja testu Milтона Rokeacha. W: Drwal R.Ł. (red.). *Techniki kwestionariuszowe w diagnostyce psychologicznej*. Lublin: UMCS, 1987.
- ¹⁵⁴ Brzozowski P. *Skala Wartości (SW). Polska adaptacja Value Survey M. Rokeacha*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Psychologiczne, 1989.
- ¹⁵⁵ Pasikowski T. Polska adaptacja kwestionariusza Maslach Burnout Inventory. W: Sęk H. (red.). *Wypalenie zawodowe. Przyczyny, mechanizmy, zapobieganie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2000.
- ¹⁵⁶ Schaufeli WB, Bakker AB, Hoogduin K, Schaap C, Kladler A. On the clinical validity of the Maslach Burnout Inventory and the Burnout Measure. *Psychol Health* 2001; 16: 565.82.
- ¹⁵⁷ Czapiński J. *Psychologia szczęścia: przegląd badań i zarys teorii cebulowej*. Poznań: Akademos, 1992.

-
- ¹⁵⁸ Czapiński J. Szczęście - złudzenie czy konieczność? Cebulowa teoria szczęścia w świetle nowych danych empirycznych, W: Kofta M, Szustrowa T. (red.). *Złudzenia, które pozwalają żyć*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2001: 166-306.
- ¹⁵⁹ Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer, 1984.
- ¹⁶⁰ Piriyaikul AD. Missing Data Imputation in Social Science Research: A Simple Model Simulation. *Psychometria* 2006; 11: 207-29.

Załącznik 1

Ranking lekarzy w Polsce na tle 33 innych grup zawodowych

(źródło: Diagnoza Społeczna 2007)

Miejsce	Wiek	% kobiet	Rozwód	Małżeństwo	Dzieci na utrzymaniu	Użytkownicy internetu	Niepraktykujący religijnie	Przedsiębiorczość								
1.	Informatycy	32,26	Pielęgniarki	98,46	Psycholog	12,00	Policjanci	86,00	Pielęgniarki	80,65	Informatycy	97,40	Władze i wyżsi urzędnicy	53,85	Psycholog	1,88
2.	Robotnicy w przetwórstwie spożywczym	34,00	Opiekunowie	91,38	Lekarze	9,80	Menedżerowie - male firmy	85,37	Górnicy	80,65	Prawnicy	96,43	Informatycy	49,35	Nauczyciele akademicy	1,83
3.	Pracownicy b. gastronom. - hotelarskiej	34,92	Średni personel biurowy	91,07	Pracownicy przemysłu tekstylnego	9,09	Górnicy	82,93	Policjanci	80,00	Menedżer - duże firmy	92,52	Menedżerowie - male firmy	45,74	Menedżerowie - male firmy	1,73
4.	Sprzedawcy	35,21	Pracownicy przemysłu tekstylnego	88,43	Pielęgniarki	7,69	Elektrycy	82,02	Opiekunowie	73,81	Ekonomiści	92,12	Kasjerzy	44,44	Informatycy	1,72
5.	Pracownicy obróbki drewna	35,97	Nauczyciele	83,45	Opiekunowie	6,90	Pielęgniarki	81,54	Władze i wyżsi urzędnicy	73,08	Nauczyciele	89,27	Psycholog	44,00	Pielęgniarki	1,69
6.	Operatorzy maszyn	37,23	Kasjerzy	80,19	Prawnicy	6,45	Rolnicy	80,88	Menedżerowie - male firmy	72,43	Władze i wyżsi urzędnicy	88,46	Prawnicy	42,86	Finansiści, handlowcy	1,62
7.	Kasjerzy	37,29	Psycholog	76,00	Finansiści, handlowcy	6,41	Kierowcy	78,76	Technicy	70,87	Finansiści, handlowcy	87,41	Górnicy	42,42	Ekonomiści	1,61
8.	Policjanci	37,56	Lekarze	74,51	Średni personel biurowy	6,25	Technicy	78,63	Nauczyciele	70,70	Nauczyciele akademicy	87,10	Finansiści, handlowcy	42,07	Lekarze	1,49
9.	Ekonomiści	37,58	Sprzedawcy	73,66	Prac. obsługi biurowej	6,04	Menedżer - duże firmy	78,51	Pracownicy obróbki drewna	70,11	Średni personel biurowy	84,04	Operatorzy pojazd wolno-bieżnych	41,51	Nauczyciele	1,47
10.	Pracownicy przemysłu tekstylnego	38,00	Pracownicy b. gastronom. - hotelarskiej	69,47	Kasjerzy	5,66	Operatorzy pojazd wolno-bieżnych	77,59	Elektrycy	68,92	Psycholog	80,00	Ekonomiści	37,72	Menedżer - duże firmy	1,46
11.	Finansiści, handlowcy	38,22	Prac. obsługi biurowej	68,96	Technicy	5,13	Robotnicy obróbki metali	77,33	Robotnicy obróbki metali	68,87	Technicy	75,73	Menedżer - duże firmy	36,11	Kasjerzy	1,42
12.	Prac. obsługi biurowej	38,25	Ekonomiści	67,93	Menedżer - duże firmy	4,96	Nauczyciele	74,46	Kasjerzy	67,37	Menedżerowie - male firmy	74,73	Pracownicy obróbki drewna	35,79	Władze i wyżsi urzędnicy	1,41
13.	Robotnicy budowlani	38,74	Prawnicy	61,29	Robotnicy w przetwórstwie spożywczym	4,13	Strażacy, ochroniarze	73,03	Menedżer - duże firmy	66,98	Prac. obsługi biurowej	73,67	Policjanci	35,56	Prawnicy	1,39
14.	Górnicy	38,83	Finansiści, handlowcy	53,21	Ekonomiści	3,80	Władze wyżsi urzędnicy	72,41	Rolnicy	66,17	Lekarze	68,89	Elektrycy	34,67	Średni personel biurowy	1,32
15.	Ogrodnicy, sadownicy	39,32	Nauczyciele akademicy	51,43	Sprzedawcy	3,70	Robotnicy budowlani	71,94	Kierowcy	64,98	Kasjerzy	67,01	Robotnicy budowlani	33,33	Prac. obsługi biurowej	1,32
16.	Prawnicy	39,35	Rolnicy	47,53	Władze i wyżsi urzędnicy	3,45	Nauczyciele akademicy	71,43	Pracownicy przemysłu tekstylnego	63,89	Policjanci	60,00	Ogrodnicy, sadownicy	33,33	Sprzedawcy	1,27
17.	Kierowcy	39,72	Menedżer - duże firmy	40,50	Nauczyciele	3,24	Operatorzy maszyn	68,88	Operatorzy maszyn	63,64	Pielęgniarki	54,10	Nauczyciele akademicy	32,26	Technicy	1,26
18.	Nauczyciele	40,01	Robotnicy w przetwórstwie spożywczym	36,36	Menedżerowie - male firmy	2,93	Prawnicy	67,74	Lekarze	63,04	Sprzedawcy	51,12	Technicy	32,04	Policjanci	1,26
19.	Władze i wyżsi urzędnicy	40,17	Ogrodnicy, sadownicy	36,36	Nauczyciele akademicy	2,86	Opiekunowie	67,24	Średni personel biurowy	61,90	Pracownicy b. gastronom. - hotelarskiej	48,78	Pielęgniarki	31,75	Ogrodnicy, sadownicy	1,25
20.	Operatorzy pojazd wolno-bieżnych	40,60	Operatorzy maszyn	29,88	Pracownicy obróbki drewna	2,83	Pracownicy obróbki drewna	66,98	Robotnicy budowlani	61,86	Strażacy, ochroniarze	46,67	Prac. obsługi biurowej	30,79	Operatorzy pojazd wolno-bieżnych	1,17
21.	Opiekunowie	40,74	Menedżerowie - male firmy	27,32	Górnicy	2,44	Lekarze	66,67	Sprzedawcy	61,17	Elektrycy	43,42	Kierowcy	30,14	Elektrycy	1,11
22.	Strażacy, ochroniarze	41,00	Policjanci	26,00	Strażacy, ochroniarze	2,20	Średni personel biurowy	66,52	Ogrodnicy, sadownicy	61,11	Górnicy	36,36	Robotnicy obróbki metali	30,03	Kierowcy	1,10
23.	Nauczyciele akademicy	41,06	Technicy	18,80	Pracownicy b. gastronom. - hotelarskiej	2,11	Kasjerzy	66,04	Robotnicy w przetwórstwie spożywczym	60,61	Kierowcy	34,70	Strażacy, ochroniarze	29,73	Strażacy, ochroniarze	1,09
24.	Robotnicy obróbki metali	41,46	Informatycy	15,73	Robotnicy obróbki metali	2,03	Ogrodnicy, sadownicy	65,91	Operatorzy pojazd wolno-bieżnych	60,38	Operatorzy maszyn	34,45	Lekarze	28,89	Robotnicy budowlani	1,04
25.	Elektrycy	42,00	Władze i wyżsi urzędnicy	10,34	Robotnicy budowlani	1,67	Ekonomiści	63,04	Prac. obsługi biurowej	58,36	Robotnicy obróbki metali	32,46	Robotnicy w przetwórstwie spożywczym	28,85	Pracownicy b. gastronom. - hotelarskiej	1,03
26.	Technicy	42,38	Operatorzy pojazd wolno-bieżnych	6,90	Operatorzy maszyn	1,66	Sprzedawcy	62,96	Strażacy, ochroniarze	56,00	Operatorzy pojazd wolno-bieżnych	31,48	Opiekunowie	28,57	Operatorzy maszyn	1,03
27.	Średni personel biurowy	42,64	Pracownicy obróbki drewna	6,54	Kierowcy	1,54	Finansiści, handlowcy	62,82	Finansiści, handlowcy	54,86	Opiekunowie	30,23	Operatorzy maszyn	27,75	Robotnicy obróbki metali	1,00
28.	Pielęgniarki	43,25	Strażacy, ochroniarze	4,49	Rolnicy	1,35	Prac. obsługi biurowej	62,36	Psycholog	52,17	Ogrodnicy, sadownicy	27,78	Pracownicy b. gastronom. - hotelarskiej	26,83	Pracownicy obróbki drewna	0,99
29.	Menedżer - duże firmy	43,49	Elektrycy	4,49	Informatycy	1,12	Robotnicy w przetwórstwie spożywczym	61,16	Pracownicy b. gastronom. - hotelarskiej	51,85	Robotnicy budowlani	25,52	Sprzedawcy	25,94	Rolnicy	0,93
30.	Lekarze	44,06	Robotnicy obróbki metali	3,78	Elektrycy	1,12	Pracownicy przemysłu tekstylnego	61,16	Ekonomiści	50,30	Robotnicy w przetwórstwie spożywczym	22,86	Średni personel biurowy	23,83	Pracownicy przemysłu tekstylnego	0,91
31.	Menedżerowie - male firmy	44,38	Kierowcy	1,54	Policjanci	0,00	Psycholog	60,00	Nauczyciele akademicy	48,39	Pracownicy przemysłu tekstylnego	21,62	Pracownicy przemysłu tekstylnego	20,00	Robotnicy w przetwórstwie spożywczym	0,88
32.	Psycholog	45,52	Robotnicy budowlani	0,83	Operatorzy pojazd wolno-bieżnych	0,00	Pracownicy b. gastronom. - hotelarskiej	56,84	Prawnicy	46,43	Pracownicy obróbki drewna	21,28	Nauczyciele	18,39	Górnicy	0,88
33.	Rolnicy	45,53	Górnicy	0,00	Ogrodnicy, sadownicy	0,00	Informatycy	49,44	Informatycy	39,74	Rolnicy	10,18	Rolnicy	11,27	Opiekunowie	0,81

Załącznik 1

Ranking lekarzy w Polsce na tle 33 innych grup zawodowych

(źródło: Diagnoza Społeczna 2007)

Miejsce	Liczba przyjaciół	Egalitaryzm	Dominacja	Materializm	Zakupoholizm	Udział w wyborach	Uzależnienia	Strategia zadaniowa								
1.	Ogrodnicy, sadownicy	9,46	Pielęgniarki	90,48	Ogrodnicy, sadownicy	83,33	Robotnicy w przetwórstwie spożywczym	9,35	Lekarze	5,09	Władze i wyżsi urzędnicy	96,15	Ogrodnicy, sadownicy	17,14	Prawnicy	1,46
2.	Operatorzy pojazd wolno-bieżnych	9,44	Pracownicy przemysłu tekstylnego	88,60	Menedżer - duże firmy	71,30	Pracownicy b. gastronom. - hotelarskiej	8,72	Psycholog	5,04	Prawnicy	92,86	Pracownicy obróbki drewna	16,84	Nauczyciele akademicy	1,45
3.	Psycholog	8,54	Opiekunowie	88,37	Ekonomiści	70,06	Górnicy	8,58	Kasjerzy	5,00	Psycholog	88,00	Infomatycy	16,67	Władze i wyżsi urzędnicy	1,31
4.	Rolnicy	8,35	Rolnicy	87,10	Władze i wyżsi urzędnicy	69,23	Robotnicy budowlani	8,37	Opiekunowie	4,98	Nauczyciele	86,42	Robotnicy budowlani	14,24	Infomatycy	1,29
5.	Górnicy	8,27	Kasjerzy	87,00	Pracownicy obróbki drewna	67,74	Pracownicy obróbki drewna	8,34	Nauczyciele	4,95	Nauczyciele akademicy	83,87	Robotnicy obróbki metali	14,05	Psycholog	1,28
6.	Pracownicy obróbki drewna	8,09	Ogrodnicy, sadownicy	86,11	Lekarze	67,39	Ogrodnicy, sadownicy	8,33	Pracownicy b. gastronom. - hotelarskiej	4,94	Sredni personel biurowy	81,48	Robotnicy w przetwórstwie spożywczym	12,26	Lekarze	1,24
7.	Władze i wyżsi urzędnicy	7,88	Robotnicy obróbki metali	84,09	Pracownicy b. gastronom. - hotelarskiej	66,67	Operatorzy maszyn	8,31	Prawnicy	4,86	Ekonomiści	79,64	Kasjerzy	12,00	Ekonomiści	1,19
8.	Kasjerzy	7,57	Operatorzy maszyn	83,49	Sredni personel biurowy	66,20	Kierowcy	8,28	Prac. obsługi biurowej	4,84	Elektrycy	78,95	Menedżerowie- male firmy	11,64	Technicy	1,17
9.	Elektrycy	7,53	Operatorzy pojazd wolno-bieżnych	83,33	Kasjerzy	66,00	Rolnicy	8,27	Pielęgniarki	4,81	Menedżerowie- male firmy	78,84	Policjanci	11,11	Nauczyciele	1,16
10.	Infomatycy	7,47	Robotnicy w przetwórstwie spożywczym	83,02	Menedżerowie- male firmy	65,05	Strażacy, ochroniarze	8,16	Sprzedawcy	4,79	Rolnicy	78,48	Lekarze	10,87	Kasjerzy	1,16
11.	Policjanci	7,43	Pracownicy obróbki drewna	82,98	Strażacy, ochroniarze	64,47	Sprzedawcy	8,00	Ekonomiści	4,74	Menedżer - duże firmy	75,93	Operatorzy maszyn	10,85	Sredni personel biurowy	1,13
12.	Kierowcy	7,34	Sprzedawcy	82,78	Kierowcy	64,38	Robotnicy obróbki metali	7,94	Sredni personel biurowy	4,70	Technicy	74,04	Prawnicy	10,71	Pielęgniarki	1,11
13.	Robotnicy budowlani	7,25	Kierowcy	82,11	Prac. obsługi biurowej	63,66	Pracownicy przemysłu tekstylnego	7,87	Pracownicy przemysłu tekstylnego	4,62	Finansiści, handlowcy	72,41	Finansiści, handlowcy	10,42	Menedżerowie- male firmy	1,10
14.	Finansiści, handlowcy	7,21	Strażacy, ochroniarze	81,58	Rolnicy	63,55	Operatorzy pojazd wolno-bieżnych	7,83	Finansiści, handlowcy	4,42	Strażacy, ochroniarze	72,37	Pracownicy b. gastronom. - hotelarskiej	9,76	Prac. obsługi biurowej	1,07
15.	Nauczyciele	7,17	Robotnicy budowlani	81,23	Robotnicy budowlani	63,48	Menedżerowie- male firmy	7,66	Pracownicy obróbki drewna	4,41	Prac. obsługi biurowej	71,51	Elektrycy	9,21	Finansiści, handlowcy	1,06
16.	Menedżer - duże firmy	7,15	Prac. obsługi biurowej	80,81	Finansiści, handlowcy	62,33	Opiekunowie	7,56	Robotnicy w przetwórstwie spożywczym	4,28	Pielęgniarki	69,84	Strażacy, ochroniarze	9,09	Menedżer - duże firmy	1,06
17.	Ekonomiści	7,10	Pracownicy b. gastronom. - hotelarskiej	80,25	Pielęgniarki	61,90	Władze i wyżsi urzędnicy	7,46	Operatorzy maszyn	4,16	Ogrodnicy, sadownicy	66,67	Władze i wyżsi urzędnicy	7,69	Policjanci	1,04
18.	Prawnicy	7,04	Nauczyciele	79,92	Operatorzy maszyn	61,79	Technicy	7,42	Technicy	4,16	Policjanci	65,22	Sprzedawcy	7,51	Sprzedawcy	1,03
19.	Operatorzy maszyn	6,90	Technicy	79,81	Sprzedawcy	60,93	Prac. obsługi biurowej	7,34	Menedżerowie- male firmy	4,13	Opiekunowie	65,12	Kierowcy	7,31	Operatorzy pojazd wolno-bieżnych	1,02
20.	Lekarze	6,89	Policjanci	78,26	Robotnicy obróbki metali	60,71	Menedżer - duże firmy	7,30	Strażacy, ochroniarze	4,08	Pracownicy b. gastronom. - hotelarskiej	64,63	Technicy	6,73	Pracownicy b. gastronom. - hotelarskiej	0,99
21.	Robotnicy obróbki metali	6,74	Elektrycy	77,63	Nauczyciele	60,61	Lekarze	7,20	Rolnicy	4,06	Infomatycy	64,56	Menedżer - duże firmy	6,48	Robotnicy w przetwórstwie spożywczym	0,99
22.	Menedżerowie- male firmy	6,74	Infomatycy	76,62	Technicy	60,58	Kasjerzy	7,04	Robotnicy budowlani	4,05	Lekarze	64,44	Nauczyciele akademicy	6,45	Elektrycy	0,97
23.	Nauczyciele akademicy	6,70	Menedżerowi e-male firmy	74,33	Robotnicy w przetwórstwie spożywczym	60,38	Elektrycy	6,99	Ogrodnicy, sadownicy	4,03	Robotnicy obróbki metali	63,64	Rolnicy	6,30	Strażacy, ochroniarze	0,96
24.	Prac. obsługi biurowej	6,56	Finansiści, handlowcy	73,29	Elektrycy	59,21	Pielęgniarki	6,90	Infomatycy	3,99	Sprzedawcy	63,08	Ekonomiści	5,45	Kierowcy	0,95
25.	Pracownicy przemysłu tekstylnego	6,51	Sredni personel biurowy	73,15	Infomatycy	58,44	Finansiści, handlowcy	6,77	Nauczyciele akademicy	3,97	Kasjerzy	62,00	Prac. obsługi biurowej	4,32	Pracownicy przemysłu tekstylnego	0,95
26.	Robotnicy w przetwórstwie spożywczym	6,47	Górnicy	72,73	Opiekunowie	58,14	Ekonomiści	6,70	Górnicy	3,97	Operatorzy pojazd wolno-bieżnych	60,38	Górnicy	3,03	Ogrodnicy, sadownicy	0,94
27.	Technicy	6,46	Ekonomiści	70,66	Pracownicy przemysłu tekstylnego	57,02	Infomatycy	6,45	Operatorzy pojazd wolno-bieżnych	3,96	Kierowcy	58,45	Sredni personel biurowy	2,78	Operatorzy maszyn	0,93
28.	Sprzedawcy	6,46	Menedżer - duże firmy	66,67	Psycholog	56,00	Policjanci	6,39	Kierowcy	3,93	Pracownicy przemysłu tekstylnego	57,52	Nauczyciele	2,65	Opiekunowie	0,91
29.	Pracownicy b. gastronom. - hotelarskiej	6,39	Lekarze	56,52	Operatorzy pojazd wolno-bieżnych	53,70	Sredni personel biurowy	6,34	Władze i wyżsi urzędnicy	3,88	Robotnicy budowlani	55,78	Opiekunowie	2,33	Górnicy	0,91
30.	Sredni personel biurowy	6,31	Władze i wyżsi urzędnicy	53,85	Górnicy	51,52	Prawnicy	6,25	Menedżer - duże firmy	3,84	Operatorzy maszyn	54,98	Operatorzy pojazd wolno-bieżnych	1,85	Robotnicy budowlani	0,89
31.	Pielęgniarki	6,26	Psycholog	52,00	Policjanci	47,83	Nauczyciele	6,20	Elektrycy	3,74	Robotnicy w przetwórstwie spożywczym	51,89	Pielęgniarki	1,59	Pracownicy obróbki drewna	0,88
32.	Opiekunowie	6,09	Prawnicy	50,00	Prawnicy	42,86	Psycholog	5,92	Policjanci	3,63	Pracownicy obróbki drewna	50,00	Pracownicy przemysłu tekstylnego	0,87	Rolnicy	0,86
33.	Strażacy, ochroniarze	5,79	Nauczyciele akademicy	41,94	Nauczyciele akademicy	35,48	Nauczyciele akademicy	5,23	Robotnicy obróbki metali	3,55	Górnicy	42,42	Psycholog	0,00	Robotnicy obróbki metali	0,83

Załącznik 1

Ranking lekarzy w Polsce na tle 33 innych grup zawodowych

(źródło: Diagnoza Społeczna 2007)

Miejsce	Somatyka	Myśli samobójcze	Depresja	Bardzo szczęśliwi	Ocena życia - wspaniale lub udane	Bardzo szczęśliwi i zadowoleni z pracy	Bardzo szczęśliwi i zadowoleni z osiągnięć	Bardzo zadowoleni z perspektyw								
1.	Górnicy	1,39	Ogrodnicy, sadownicy	19,44	Rolnicy	4,13	Nauczyciele akademicy	29,03	Prawnicy	64,29	Psycholog	64,00	Prawnicy	64,29	Nauczyciele akademicy	45,16
2.	Opiekunowie	0,95	Robotnicy w przetwórstwie spożywczym	17,14	Pielęgniarki	3,70	Prawnicy	25,00	Policjanci	63,04	Władze i wyżsi urzędnicy	61,54	Władze i wyżsi urzędnicy	61,54	Władze i wyżsi urzędnicy	42,31
3.	Rolnicy	0,67	Sprzedawcy	15,20	Pracownicy przemysłu tekstylnego	3,34	Informatycy	24,05	Nauczyciele akademicy	61,29	Policjanci	60,87	Psycholog	58,33	Psycholog	41,67
4.	Robotnicy w przetwórstwie spożywczym	0,64	Pracownicy b. gastronom. - hotelarskiej	14,63	Górnicy	3,33	Władze i wyżsi urzędnicy	19,23	Lekarze	60,87	Menedżerowie - małe firmy	56,99	Nauczyciele	56,44	Prawnicy	39,29
5.	Ekonomiści	0,62	Operatorzy maszyn	12,26	Lekarze	3,30	Lekarze	13,04	Władze i wyżsi urzędnicy	57,69	Nauczyciele akademicy	56,67	Nauczyciele akademicy	54,84	Policjanci	32,61
6.	Pielęgniarki	0,62	Opiekunowie	11,63	Menedżer - duże firmy	3,28	Ekonomiści	11,98	Menedżer - duże firmy	55,56	Informatycy	56,41	Menedżer - duże firmy	54,21	Informatycy	30,38
7.	Finansiści, handlowcy	0,61	Robotnicy budowlani	11,53	Menedżerowie - małe firmy	3,20	Kasjerzy	11,00	Informatycy	54,43	Strażacy, ochroniarze	53,95	Informatycy	51,90	Menedżerowie - małe firmy	27,81
8.	Lekarze	0,61	Prac. obsługi biurowej	11,30	Średni personel biurowy	3,09	Kierowcy	10,91	Ekonomiści	52,10	Nauczyciele	53,82	Górnicy	51,52	Menedżer - duże firmy	26,17
9.	Menedżerowie - małe firmy	0,59	Pielęgniarki	11,11	Technicy	3,03	Policjanci	10,87	Menedżerowie - małe firmy	51,85	Średni personel biurowy	53,59	Lekarze	50,00	Finansiści, handlowcy	26,03
10.	Menedżer - duże firmy	0,59	Rolnicy	11,11	Opiekunowie	2,95	Technicy	10,58	Elektrycy	51,32	Górnicy	51,52	Menedżerowie - małe firmy	43,92	Ekonomiści	25,90
11.	Pracownicy przemysłu tekstylnego	0,59	Lekarze	10,87	Ogrodnicy, sadownicy	2,89	Nauczyciele	10,57	Nauczyciele	49,81	Lekarze	51,11	Policjanci	43,48	Lekarze	23,91
12.	Średni personel biurowy	0,56	Prawnicy	10,71	Strażacy, ochroniarze	2,87	Pracownicy b. gastronom. - hotelarskiej	9,76	Prac. obsługi biurowej	49,28	Menedżer - duże firmy	50,94	Operatorzy pojazd wolnobieżnych	42,59	Technicy	23,30
13.	Pracownicy b. gastronom. - hotelarskiej	0,55	Menedżerowie - małe firmy	10,58	Kasjerzy	2,86	Finansiści, handlowcy	9,59	Średni personel biurowy	49,07	Prawnicy	48,15	Ekonomiści	41,57	Elektrycy	22,67
14.	Sprzedawcy	0,52	Pracownicy przemysłu tekstylnego	10,43	Psycholog	2,84	Prac. obsługi biurowej	9,57	Psycholog	48,00	Elektrycy	47,37	Finansiści, handlowcy	40,69	Operatorzy maszyn	21,70
15.	Prac. obsługi biurowej	0,52	Robotnicy obróbki metali	10,06	Prac. obsługi biurowej	2,82	Sprzedawcy	8,59	Kasjerzy	47,00	Finansiści, handlowcy	46,85	Średni personel biurowy	40,19	Prac. obsługi biurowej	21,11
16.	Operatorzy maszyn	0,51	Nauczyciele akademicy	9,68	Sprzedawcy	2,80	Operatorzy maszyn	8,49	Finansiści, handlowcy	45,89	Prac. obsługi biurowej	45,56	Prac. obsługi biurowej	39,36	Robotnicy budowlani	20,62
17.	Kasjerzy	0,51	Nauczyciele	9,43	Finansiści, handlowcy	2,75	Menedżerowie - małe firmy	8,47	Sprzedawcy	43,39	Pracownicy b. gastronom. - hotelarskiej	45,45	Pielęgniarki	38,10	Średni personel biurowy	20,38
18.	Władze i wyżsi urzędnicy	0,50	Górnicy	9,09	Robotnicy obróbki metali	2,75	Średni personel biurowy	8,33	Górnicy	42,42	Technicy	44,66	Technicy	36,54	Kierowcy	20,00
19.	Prawnicy	0,50	Kasjerzy	9,00	Nauczyciele	2,68	Menedżer - duże firmy	8,33	Technicy	41,35	Operatorzy pojazd wolnobieżnych	44,44	Operatorzy maszyn	36,02	Strażacy, ochroniarze	19,74
20.	Nauczyciele	0,49	Ekonomiści	8,38	Operatorzy maszyn	2,67	Pielęgniarki	7,94	Operatorzy maszyn	41,04	Kierowcy	43,52	Kierowcy	35,94	Sprzedawcy	19,73
21.	Technicy	0,46	Pracownicy obróbki drewna	8,33	Ekonomiści	2,66	Strażacy, ochroniarze	7,89	Kierowcy	40,91	Pielęgniarki	42,86	Strażacy, ochroniarze	35,53	Górnicy	18,75
22.	Robotnicy budowlani	0,44	Średni personel biurowy	8,33	Pracownicy b. gastronom. - hotelarskiej	2,58	Robotnicy budowlani	7,12	Robotnicy obróbki metali	40,78	Robotnicy budowlani	41,96	Pracownicy przemysłu tekstylnego	34,51	Pracownicy b. gastronom. - hotelarskiej	18,52
23.	Robotnicy obróbki metali	0,39	Elektrycy	7,89	Robotnicy w przetwórstwie spożywczym	2,58	Rolnicy	6,17	Operatorzy pojazd wolnobieżnych	40,74	Ekonomiści	40,96	Pracownicy pojazdów drewna	33,33	Operatorzy pojazd wolnobieżnych	18,52
24.	Strażacy, ochroniarze	0,39	Informatycy	7,59	Robotnicy budowlani	2,56	Górnicy	6,06	Opiekunowie	39,53	Operatorzy maszyn	39,52	Robotnicy budowlani	33,22	Robotnicy w przetwórstwie spożywczym	17,92
25.	Operatorzy pojazd wolnobieżnych	0,35	Finansiści, handlowcy	7,53	Nauczyciele akademicy	2,52	Robotnicy w przetwórstwie spożywczym	5,66	Ogrodnicy, sadownicy	38,89	Sprzedawcy	38,64	Pracownicy b. gastronom. - hotelarskiej	32,10	Nauczyciele	17,05
26.	Psycholog	0,28	Kierowcy	7,27	Prawnicy	2,32	Ogrodnicy, sadownicy	5,56	Robotnicy budowlani	37,63	Kasjerzy	38,00	Elektrycy	31,58	Ogrodnicy, sadownicy	16,67
27.	Pracownicy obróbki drewna	0,27	Operatorzy pojazd wolnobieżnych	5,56	Elektrycy	2,27	Operatorzy pojazd wolnobieżnych	5,56	Rolnicy	36,96	Robotnicy obróbki metali	37,54	Sprzedawcy	30,68	Pracownicy obróbki drewna	16,67
28.	Informatycy	0,25	Menedżer - duże firmy	5,56	Operatorzy pojazd wolnobieżnych	2,21	Pracownicy obróbki drewna	5,21	Pracownicy b. gastronom. - hotelarskiej	36,59	Pracownicy przemysłu tekstylnego	37,17	Opiekunowie	30,23	Pracownicy przemysłu tekstylnego	16,52
29.	Kierowcy	0,25	Strażacy, ochroniarze	5,19	Kierowcy	2,17	Robotnicy obróbki metali	4,87	Pielęgniarki	36,51	Ogrodnicy, sadownicy	37,14	Robotnicy w przetwórstwie spożywczym	28,30	Opiekunowie	16,28
30.	Policjanci	0,24	Technicy	4,85	Pracownicy obróbki drewna	1,97	Pracownicy przemysłu tekstylnego	4,35	Robotnicy w przetwórstwie spożywczym	35,85	Robotnicy w przetwórstwie spożywczym	37,14	Kasjerzy	28,00	Rolnicy	16,20
31.	Nauczyciele akademicy	0,23	Policjanci	2,17	Władze i wyżsi urzędnicy	1,96	Psycholog	4,00	Strażacy, ochroniarze	35,53	Opiekunowie	36,59	Rolnicy	27,67	Kasjerzy	15,15
32.	Ogrodnicy, sadownicy	0,22	Władze i wyżsi urzędnicy	0,00	Informatycy	1,75	Elektrycy	3,95	Pracownicy obróbki drewna	33,33	Pracownicy obróbki drewna	34,41	Robotnicy obróbki metali	27,36	Robotnicy obróbki metali	13,73
33.	Elektrycy	0,17	Psycholog	0,00	Policjanci	1,71	Opiekunowie	2,33	Pracownicy przemysłu tekstylnego	28,95	Rolnicy	33,02	Ogrodnicy, sadownicy	19,44	Pielęgniarki	11,29

Załącznik 1

Ranking lekarzy w Polsce na tle 33 innych grup zawodowych

(źródło: Diagnoza Społeczna 2007)

Miejsce	Zmiana pracy w latach 2000-2007	Praca za granicą w latach 2000-2007	Zamiar wyjazdu za granicę do pracy		
1.	Robotnicy budowlani 1,49	Robotnicy budowlani 23,31	Robotnicy budowlani 26,10		
2.	Prawnicy 1,22	Opiekunowie 18,97	Operatorzy pojazd wolno-bieżnych 20,37		
3.	Strażacy, ochroniarze 1,10	Ogrodnicy, sadownicy 15,91	Pracownicy obróbki drewna 18,75		
4.	Operatorzy pojazd wolno-bieżnych 1,06	Robotnicy w przetwórstwie spożywczym 14,88	Kierowcy 18,72		
5.	Finansiści, handlowcy 1,04	Pracownicy b. gastronom. - hotelarskiej 10,53	Robotnicy w przetwórstwie spożywczym 18,10		
6.	Kasjerzy 0,90	Kierowcy 10,24	Robotnicy obróbki metali 15,86		
7.	Informatycy 0,89	Operatorzy pojazd wolno-bieżnych 8,62	Władze i wyżsi urzędnicy 15,38		
8.	Ekonomiści 0,88	Robotnicy obróbki metali 7,56	Elektrycy 14,47		
9.	Sprzedawcy 0,88	Pracownicy obróbki drewna 7,48	Sprzedawcy 14,13		
10.	Elektrycy 0,87	Operatorzy maszyn 5,81	Ogrodnicy, sadownicy 13,89		
11.	Kierowcy 0,86	Finansiści, handlowcy 5,77	Pracownicy b. gastronom. - hotelarskiej 13,58		
12.	Nauczyciele akademicy 0,82	Nauczyciele akademicy 5,71	Operatorzy maszyn 13,33		
13.	Operatorzy maszyn 0,75	Kasjerzy 5,66	Informatycy 12,66		
14.	Robotnicy obróbki metali 0,74	Informatycy 5,62	Pielęgniarki 11,11		
15.	Robotnicy w przetwórstwie spożywczym 0,73	Technicy 5,22	Finansiści, handlowcy 10,96		
16.	Opiekunowie 0,72	Pielęgniarki 4,62	Technicy 10,68		
17.	Pracownicy obróbki drewna 0,71	Sprzedawcy 4,55	Pracownicy przemysłu tekstylnego 10,43		
18.	Pracownicy b. gastronom. - hotelarskiej 0,68	Menedżerowie e-male firmy 4,39	Strażacy, ochroniarze 10,39		
19.	Menedżerowie-male firmy 0,58	Rolnicy 4,28	Kasjerzy 10,10		
20.	Górnicy 0,58	Władze i wyżsi urzędnicy 3,45	Prac. obsługi biurowej 9,51		
21.	Prac. obsługi biurowej 0,57	Elektrycy 3,37	Górnicy 9,09		
22.	Władze i wyżsi urzędnicy 0,57	Prawnicy 3,23	Lekarze 8,70		
23.	Psycholog 0,56	Prac. obsługi biurowej 2,75	Nauczyciele 8,37		
24.	Policjanci 0,54	Menedżer - duże firmy 2,50	Prawnicy 7,14		
25.	Średni personel biurowy 0,49	Górnicy 2,44	Opiekunowie 6,98		
26.	Pracownicy przemysłu tekstylnego 0,49	Ekonomiści 2,19	Rolnicy 6,77		
27.	Nauczyciele 0,48	Lekarze 1,96	Policjanci 6,52		
28.	Technicy 0,47	Średni personel biurowy 1,80	Menedżer - duże firmy 6,48		
29.	Menedżer - duże firmy 0,46	Pracownicy przemysłu tekstylnego 1,65	Menedżerowie-male firmy 5,82		
30.	Lekarze 0,39	Strażacy, ochroniarze 1,14	Średni personel biurowy 4,63		
31.	Pielęgniarki 0,36	Nauczyciele 1,09	Psycholog 4,00		
32.	Ogrodnicy, sadownicy 0,33	Psycholog 0,00	Nauczyciele akademicy 3,23		
33.	Rolnicy 0,19	Policjanci 0,00	Ekonomiści 2,99		

Załącznik 2

Osiem wymiarów jakości życia lekarzy w Polsce na tle 95 grup społeczno-demograficznych (źródło: Diagnoza Społeczna 2007)

W tabeli ujęto pierwsze 32 grupy, ponieważ na każdym wymiarze jakości życia lekarze mieszczą się w tym przedziale.

Miejsce	Poziom cywilizacyjny	Dobrobyt materialny	Kapitał społeczny	Dobrostan psychiczny	Dobrostan społeczny	Dobrostan fizyczny	Stres życiowy *	Natężenie zjawisk patologicznych **
1.	Prawnik 1,49	Prawnik 2,14	Nauczyciel akademicki 1,3	Prawnik 0,78	Górnik 0,51	Informatyk 0,67	Policjant -0,82	Lublin -0,44
2.	Informatyk 1,41	Lekarz 1,46	Prawnik 0,91	Informatyk 0,73	Prawnik 0,35	Uczeń/student 0,63	Pielęgniarka -0,76	Prawnik -0,39
3.	Nauczyciel akademicki 1,4	Menedżer w dużej firmie 1,36	Nauczyciel 0,83	Nauczyciel akademicki 0,68	Informatyk 0,26	Wiek do 24 lat 0,59	Menedżer w małej firmie -0,71	Robotnik budowlany -0,31
4.	Ekonomista 1,36	Nauczyciel akademicki 1,34	Menedżer w dużej firmie 0,82	Policjant 0,62	Policjant 0,22	Policjant 0,58	Menedżer w dużej firmie -0,71	Górnik -0,28
5.	Menedżer w dużej firmie 1,34	Menedżer w małej firmie 1,2	Pielęgniarka 0,53	Uczeń/student 0,55	Kierowca 0,19	Ekonomista 0,52	Technik -0,65	Kraków -0,28
6.	Nauczyciel 1,26	Ekonomista 1,09	Wyksz. wyższe 0,52	Ekonomista 0,53	Stolarz (zawód pokrewny) 0,17	Stolarz (i zawód pokrewny) 0,51	Przedsiębiorca -0,63	Stolarz (i zawód pokrewny) -0,25
7.	Lekarz 1,22	Przedsiębiorca 0,95	Ekonomista 0,41	Nauczyciel 0,48	Lekarz 0,17	Wiek 25-34 lata 0,51	Finansista /handlowiec -0,63	Warszawa -0,24
8.	Finansista /handlowiec 1,14	Dochód na osobę > 3 kwartyła 0,94	Pracownik w sektorze publicznym 0,4	Wiek 25-34 lata 0,46	Uczeń/student 0,16	Prawnik 0,5	Kasjer -0,59	Policjant -0,23
9.	Wyksz. wyższe 1,1	Finansista /handlowiec 0,91	Menedżer w małej firmie 0,39	Wiek do 24 lat 0,43	Małżeństwo bez dzieci 0,14	Nauczyciel akademicki 0,5	Wiek 35-44 lata -0,57	Gdańsk -0,22
10.	Sredni personel biurowy 0,99	Informatyk 0,88	Rolnik 0,38	Kierowca 0,42	Rolnik 0,12	Kierowca 0,48	Ekonomista -0,56	Robotnik obróbki metal -0,21
11.	Menedżer w małej firmie 0,95	Warszawa 0,86	Technik 0,35	Menedżer w dużej firmie 0,41	Przedsiębiorca 0,12	Kawaler /panna 0,48	Ma dzieci na utrzymaniu -0,55	Przedsiębiorca -0,21
12.	Policjant 0,94	Wyksz. wyższe 0,77	Warszawa 0,33	Lekarz 0,39	Wiek do 24 lat 0,12	Kelner /kucharz 0,4	Pracownik w sektorze publicznym -0,53	Informatyk -0,21
13.	Technik 0,9	Policjant 0,75	Przedsiębiorca 0,32	Przedsiębiorca 0,38	Robotnik w przetw. spożywczym 0,11	Sprzedawca 0,39	Nauczyciel -0,51	Nauczyciel akademicki -0,2
14.	Przedsiębiorca 0,85	Gdańsk 0,73	Finansista /handlowiec 0,32	Wykształceni wyższe 0,37	Menedżer w dużej firmie 0,11	Pracownik w sektorze prywatnym 0,39	Lekarz -0,47	Kierowca -0,2
15.	Pracownik obsługi biurowej 0,83	Pielęgniarka 0,69	Policjant 0,31	Finansista /handlowiec 0,34	Operator maszyn 0,1	Nauczyciel 0,39	Operator maszyn -0,45	Osoba rozwiedziona -0,19
16.	Kasjer 0,74	Nauczyciel 0,68	Dochód na osobę > 3 kwartyła 0,23	Pracownik obsługi biurowej 0,33	Województwo dolnośląskie 0,1	Menedżer w dużej firmie 0,39	Sprzedawca -0,44	Lekarz -0,19
17.	Warszawa 0,74	Sredni personel biurowy 0,64	Lekarz 0,22	Kelner /kucharz 0,33	Zonaty /zameżna 0,09	Sredni personel biurowy 0,38	Prawnik -0,44	Finansista /handlowiec -0,19
18.	Uczeń/student 0,69	Technik 0,53	Gdańsk 0,19	Sredni personel biurowy 0,32	Województwo wielkopolskie 0,08	Robotnik obróbki metal 0,36	Krawiec /szwaczka -0,44	Mieszkaniec miasta > 500 tys. -0,18
19.	Pracownik w sektorze publicznym 0,69	Mieszkaniec miasta > 500 tys. 0,53	Sredni personel biurowy 0,16	Pracownik w sektorze publicznym 0,32	Województwo podkarpackie 0,08	Krawiec /szwaczka 0,35	Robotnik budowlany -0,44	Kawaler /panna -0,18
20.	Pielęgniarka 0,68	Wrocław 0,52	Wiek 45-59 lat 0,16	Operator maszyn 0,32	Pracownik w sektorze publicznym 0,08	Operator maszyn 0,34	Robotnik obróbki metal -0,43	Robotnik w przetw. spożyw. -0,17
21.	Poznań 0,68	Pracownik obsługi biurowej 0,41	Mieszkaniec miasta > 500 tys. 0,15	Menedżer w małej firmie 0,28	Pracownik obsługi biurowej 0,08	Finansista /handlowiec 0,34	Lublin -0,41	Mężczyzna -0,17
22.	Wiek do 24 lat 0,59	Pracownik w sektorze publicznym 0,41	Wiek 35-44 lata 0,14	Technik 0,27	Gosp. dom. Wielorodzinne 0,08	Technik 0,33	Pracownik obsługi biurowej -0,4	Wiek do 24 lat -0,17
23.	Gdańsk 0,59	Łódź 0,41	Województwo pomorskie 0,13	Sprzedawca 0,27	Wykształceni wyższe 0,07	Przedsiębiorca 0,33	Pracownik w sektorze prywatnym -0,4	Poznań -0,17
24.	Mieszkaniec miasta > 500 tys. 0,52	Poznań 0,37	Ma dzieci na utrzymaniu 0,13	Kasjer 0,26	Małżeństwo 3+ dzieci 0,07	Pracownik obsługi biurowej 0,33	Kierowca -0,4	Łódź -0,14
25.	Wiek 25-34 lata 0,52	Kraków 0,35	Zonaty /zameżna 0,11	Górnik 0,26	Kelner /kucharz 0,07	Pracownik w sektorze publicznym 0,33	Sredni personel biurowy -0,36	Bezrobotny -0,13
26.	Białystok 0,51	Kierowca 0,34	Wiek 60-64 lata 0,11	Pracownik w sektorze prywatnym 0,25	Dochód na osobę > 3 kwartyła 0,07	Kasjer 0,33	Górnik -0,33	Mieszkaniec miasta 200-500 tys. -0,11
27.	Kraków 0,49	Województwo pomorskie 0,33	Kraków 0,11	Małżeństwo 2 dzieci 0,24	Robotnik obróbki metali 0,06	Robotnik budowlany 0,33	Gdańsk -0,33	Uczeń/student -0,1
28.	Kawaler /panna 0,43	Mieszkaniec miasta 200-500 tys. 0,3	Mężczyzna 0,1	Robotnik obróbki metal 0,22	Mężczyzna 0,06	Robotnik w przetw. spożywczym 0,3	Wykształceni wyższe -0,32	Pracownik w sektorze prywatnym -0,1
29.	Sprzedawca 0,42	Małżeństwo 1 dziecko 0,28	Wykształceni średnie 0,09	Kawaler /panna 0,22	Małżeństwo 2 dzieci 0,06	Wykształceni wyższe 0,29	Wiek 45-59 lat -0,32	Mieszkaniec miasta 100-200 tys. -0,1
30.	Wrocław 0,41	Szczecin 0,28	Pracownik obsługi biurowej 0,09	Dochód na osobę > 3 kwartyła 0,21	Wiek 25-34 lata 0,06	Małżeństwo 3+ dzieci 0,29	Warszawa -0,32	Szczecin -0,1
31.	Wyksz. średnie 0,39	Mieszkaniec miasta 100-200 tys. 0,26	Województwo opolskie 0,09	Stolarz (i zawód pokrewny) 0,2	Nauczyciel 0,05	Lekarz 0,29	Robotnik w przetw. spożywczym -0,28	Wykształceni zasadnicze zawodowe -0,08
32.	Mieszkaniec miasta 200-500 tys. 0,39	Białystok 0,26	Kasjer 0,09	Wrocław 0,19	Mieszkaniec miasta 100-200 tys. 0,05	Pielęgniarka 0,26	Zonaty /zameżna -0,27	Rodzina niepełna -0,08

* (im niższa wartość wskaźnika tym większy stres)

** (im niższa wartość wskaźnika tym większa patologia)

Załącznik 3

Pismo przewodnie i kwestionariusz dla absolwentów szkół średnich

Samodzielna Pracownia
Psychologii Medycyny
Instytut Medycyny Społecznej
Akademia Medyczna w Gdańsku
AL. Zwycięstwa 42
80-210 Gdańsk
Tel. (0-58) 349-15-55

Szanowny absolwencie szkoły średniej

Samodzielna Pracownia Psychologii Medycyny przeprowadza badania naukowe dotyczące absolwentów szkół średnich i studentów. Zwracamy się z prośbą o rzetelne wypełnienie ankiety oraz wypełnienie zgodnie z instrukcjami załączonych testów kwestionariuszowych. Zależy nam na uważnych i szczerych odpowiedziach, a nie na wnikliwej ich analizie. To nie są testy inteligencji lub kompetencji, nie ma zatem dobrych, czy złych odpowiedzi.

Twoje odpowiedzi zostaną zakodowane w komputerowej bazie danych i jako anonimowe będą poddane analizie statystycznej. Nie mogą być i nie będą nikomu udostępniane. Jednak ze względu na to, że planujemy kontynuowanie badań w najbliższych latach, będziemy wdzięczni za wpisanie imienia i nazwiska oraz adresu. Jeżeli nie zdecydujesz się podać adresu i danych osobowych, prosimy o wpisanie zamiast nazwiska pseudonimu lub takiego samego na każdym kwestionariuszu hasła.

Twój trud przyczyni się do rozwoju wiedzy naukowej o Twoim pokoleniu. Liczymy na to, że wypełnione kwestionariusze prześlesz do nas w załączonej kopercie.

Dziękujemy i życzymy szczęścia oraz zrealizowania ważnych celów.

Kierownik Samodzielnej Pracowni
Psychologii Medycyny
Akademii Medycznej w Gdańsku

dr Waldemar Budziński

Nr ewidencyjny:

Samodzielna Pracownia
Psychologii Medycyny
Instytut Medycyny Społecznej
Akademia Medyczna w Gdańsku

Kwestionariusz dla absolwentów szkół średnich

Prosimy o uważne podkreślenie lub wpisywanie odpowiedzi we wszystkich pozycjach kwestionariusza. Jeżeli z jakiegoś powodu nie chcesz lub nie możesz udzielić odpowiedzi, pozostaw daną pozycję bez podkreślenia i przejdź do następnych. Twoje odpowiedzi zostaną zakodowane i utrzymane w tajemnicy. Będą wykorzystane do analiz naukowych.

Data wypełniania ankiety:.....
(rr.mm.dd.)

1. Imię i nazwisko: 2. Płeć: **K M**
3. Adres zamieszkania: 4. Rok urodzenia:
(kod, miejscowość, ulica, numer domu)
5. Liczba mieszkańców miejscowości w której mieszkasz:
 - 5.1. powyżej 250.000
 - 5.2. od 100.000 do 250.000
 - 5.3. od 25.000 do 100.000
 - 5.4. od 5.000 do 25.000
 - 5.5. od 500 do 5.000
 - 5.6. mniej niż 500
6. Stan cywilny (właściwe podkreślić): kawaler/panna, żonaty/mężatka, konkubin/konkubina
7. Źródła utrzymania:
 - 7.1. Jestem na utrzymaniu rodziców
 - 7.2. Utrzymuję się samodzielnie (pracuję)
 - 7.3. Jestem częściowo na własnym utrzymaniu (dorabiam)
 - 7.4. Inne odpowiedzi:
8. Zawód wykonywany przez matkę (oraz inne źródła utrzymania, np. renta):
9. Zawód wykonywany przez ojca (oraz inne źródła utrzymania, np. renta):
10. Wykształcenie rodziców:

Matki:	Ojca:
10.1. wyższe	10.6. wyższe
10.2. średnie	10.7. średnie
10.3. zasadn. Zawodowe	10.8. zasadn. Zawodowe
10.4. podstawowe	10.9. podstawowe
10.5. nieukończone podstawowe	10.10. nieukończone podstawowe
11. Liczba starszego rodzeństwa: 12. Liczba młodszego rodzeństwa:
13. Czy masz samodzielny pokój: **Tak Nie**
14. Ocena sytuacji materialnej rodziny w ostatnich pięciu latach:

14.1. lepsza niż większości rodzin	14.3. gorsza niż większości rodzin
14.2. podobna jak większości rodzin	14.4. znacznie gorsza niż większości rodzin

15. Rok, w którym uzyskałeś świadectwo dojrzałości:
16. Formy przygotowania do egzaminu wstępnego na studia, z których korzystałeś/łaś w bieżącym roku (właściwie podkreślić):
- 16.1. Kursy przygotowawcze:
- 16.2. Konsultacje indywidualne lub korepetycje
17. Przeciętna (w przybliżeniu) ocena ze wszystkich przedmiotów na świadectwie maturalnym:.....
18. Twoje oceny na świadectwie maturalnym:
- 18.1. Egzamin pisemny: 1. Język polski: ocena:.....
2. Przedmiot: ocena:.....
- 18.2. Egzamin ustny: 3. Przedmiot: ocena:
4. Przedmiot: ocena:
5. Przedmiot: ocena:
19. Twoje zainteresowania (hobby):.....
20. Dodatkowe zajęcia pozaszkolne (gdy byłeś/byłaś) licealistą:.....
.....
21. Szczególne uzdolnienia:
22. Problemy szkolne :
23. Wymień trzy najważniejsze twoje osiągnięcia, sukcesy, dokonania:
- 23.1.
- 23.2.
- 23.3.
24. Wymień trzy największe twoje niepowodzenia, porażki:
- 24.1.
- 24.2.
- 24.3.
25. Papierosy (właściwie podkreślić):
- 25.1. Nie palę papierosów
- 25.2. Palę papierosy sporadycznie, tzn. nie codziennie
- 25.3. Palę do 10 papierosów dziennie
- 25.4. Palę od 10 do 20 papierosów dziennie
- 25.5. Palę ponad 20 papierosów dziennie
26. Alkohol (właściwie podkreślić):
- 26.1. Nie piję, jestem abstynentem
- 26.2. Piję sporadycznie, okazjnie i w małych ilościach
- 26.3. Piję dość często, prawie codziennie, ale w małych ilościach i nigdy się nie upiłem/łam się
- 26.4. Piję rzadko (tzn. rzadziej niż jeden raz w tygodniu) ale w dużych ilościach, czyli takich, że wyraźnie odczuwam wpływ alkoholu
- 26.5. Piję jeden raz w tygodniu lub częściej w dużych ilościach
- 26.6. Inne odpowiedzi :.....

27. Środki psychoaktywne (właściwe podkreślić):

27.1. Przeciwbólowe: 1. nie zażywam 2. sporadycznie 3. często ale nieregularnie 4. regularnie

Jakie środki?:

27.2. Nasenne: 1. nie zażywam 2. sporadycznie 3. często ale nieregularnie 4. regularnie

Jakie środki?:

27.3. Poprawiające samopoczucie:

1. nie zażywam 2. sporadycznie 3. często ale nieregularnie 4. regularnie

Jakie środki?:

27.4. Poprawiające koncentrację uwagi i zdolność uczenia się:

1. nie zażywam 2. sporadycznie 3. często ale nieregularnie 4. regularnie

Jakie środki?:

28. Problemy obecne lub przeżywane w dzieciństwie.

Odpowiedzi należy udzielić przez podkreślenie "obecnie" lub " w dzieciństwie" albo podkreślając oba stwierdzenia, wówczas gdy problem dotyczył Ciebie zarówno w dzieciństwie jak i obecnie.

Jeżeli problem nie dotyczył i nie dotyczy Ciebie, należy podkreślić "to nie mój problem":

28.1. Alergie:	obecnie	w dzieciństwie	to nie mój problem
28.2. Słaby wzrok:	obecnie	w dzieciństwie	to nie mój problem
28.3. Trudności w zawieraniu utrzymywaniu przyjaźni:	obecnie	w dzieciństwie	to nie mój problem
28.4. Nerwowość:	obecnie	w dzieciństwie	to nie mój problem
28.5. Lenistwo:	obecnie	w dzieciństwie	to nie mój problem
28.6. Kłopoty ze zdrowiem:	obecnie	w dzieciństwie	to nie mój problem
28.7. Zbyt bogate życie towarzyskie:	obecnie	w dzieciństwie	to nie mój problem
28.8. Brak systematyczności:	obecnie	w dzieciństwie	to nie mój problem
28.9. Brak szans na robienie tego co chcę:	obecnie	w dzieciństwie	to nie mój problem
28.10. Traktowanie wszystkiego zbyt poważnie:	obecnie	w dzieciństwie	to nie mój problem
28.11. Obawa przed fałszywym krokiem, pomyłką czy błędem:	obecnie	w dzieciństwie	to nie mój problem
28.12. Poczucie, że nikt mnie nie rozumie:	obecnie	w dzieciństwie	to nie mój problem
28.13. Wszyscy oczekują ode mnie zbyt wiele:	obecnie	w dzieciństwie	to nie mój problem
28.14. Brak pieniędzy:	obecnie	w dzieciństwie	to nie mój problem
28.15. Mój wygląd (którego nie akceptuję):	obecnie	w dzieciństwie	to nie mój problem
28.16. Obawa przed przyszłością:	obecnie	w dzieciństwie	to nie mój problem
28.17. Nieumiejętność zawierania znajomości:	obecnie	w dzieciństwie	to nie mój problem
28.18. Kłótnie w rodzinie:	obecnie	w dzieciństwie	to nie mój problem
28.19. Przesadna krytyka ze strony rodziców:	obecnie	w dzieciństwie	to nie mój problem
28.20. Częste uczucie wstydu:	obecnie	w dzieciństwie	to nie mój problem
28.21. Poczucie, że nikt mnie nie lubi:	obecnie	w dzieciństwie	to nie mój problem
28.22. Wdawanie się w bójkę:	obecnie	w dzieciństwie	to nie mój problem
28.23. Przesadne i częste złośczenie się:	obecnie	w dzieciństwie	to nie mój problem
28.24. Niespełniona miłość:	obecnie	w dzieciństwie	to nie mój problem
28.25. Brak prawdziwego przyjaciela:	obecnie	w dzieciństwie	to nie mój problem

Załącznik

Pismo przewodnie i kwestionariusz dla absolwentów szkół średnich

29. Co jest, twoim zdaniem, największą przeszkodą w osiągnięciu twoich celów (właściwe podkreślić):

- 29.1. Brak umiejętności i zdolności
- 29.2. Słabe zdrowie
- 29.3. Brak pieniędzy
- 29.4. Brak znajomości, protekcji ("pleców")
- 29.5. Lenistwo
- 29.6. Brak umiejętności poświęcania się
- 29.7. Warunki zewnętrzne, ode mnie niezależne
- 29.8. Brak umiejętności lub niechęć do rozpychania się łokciami
- 29.9. Pech
- 29.10. Częste przygnębienie i smutek
- 29.11. Brak energii życiowej i sił
- 29.12. Ludzka zawiść lub wrogość
- 29.13. Nałogi, jakie:
- 29.14. Inne przeszkody:

Dla maturzystów z ubiegłych lat:

Podjąłem/łam naukę w szkole pomaturalnej : **tak nie** . W jakiej szkole?:
(podkreślić odpowiedź)

Podjąłem/łam studia : **tak nie** . Na której uczelni ? :
(podkreślić odpowiedź)

Ukończone szkoły lub kursy pomaturalne, studia:

Uwagi i spostrzeżenia:

Dziękujemy za rzetelne wypełnienie kwestionariusza

Opracował: Waldemar Budziński

Gdańsk, 13.06.2008

Zakład Badań nad Jakością Życia
Akademia Medyczna w Gdańsku
tel. 058 349 15 55

Szanowni Państwo,

Zwracam się z prośbą o wzięcie udziału w krótkim (maksymalnie 10 minut) kwestionariuszu dotyczącym satysfakcji zawodowej lekarzy.

Jestem asystentem w Zakładzie Badań nad Jakością Życia AMG, który został utworzony na bazie dawnej Pracowni Psychologii Medycyny. Mam nadzieję, że pamiętają Państwo badania prowadzone przez Pracownię, którymi objęty był Państwa rok, przez cały okres studiów, a dotyczyły one adaptacji do studiów medycznych. Wyniki tych badań dostarczyły bardzo ciekawych informacji o psychologicznej specyfice studiów medycznych. Były one na tyle intrygujące, że chciałbym je kontynuować. Interesuje mnie, jak dalej potoczyły się Państwa losy, czy i w jakim zakresie zdobyty na studiach zawód jest istotnym źródłem satysfakcji życiowej. Wyniki badania mogłyby posłużyć do opracowania programu zwiększającego efektywność studiowania przy jednoczesnym zachowaniu jakości życia studentów. W ten sposób, w trakcie studiów, można by wyposażyć studentów medycyny w praktyczne umiejętności skutecznego przystosowywania się do wymogów i oczekiwań związanych z pracą lekarza.

Liczę, że pomimo wielu zajęć znajdą Państwo czas na wypełnienie ankiety umieszczonej na stronie: <http://webankieta.pl/ankieta/w1hqp789ci4>

Wyniki badania bardzo chętnie udostępnię, jeśli wyrażą Państwo zainteresowanie nimi. Będę bardzo wdzięczny za udział w badaniu i ewentualne uwagi.

Z poważaniem

Maciej Walkiewicz
Zakład Badań nad Jakością Życia
Akademia Medyczna w Gdańsku
tel. 058 349 15 55
e-mail: walkiewicz@amg.gda.pl

Kierownik Zakładu:
dr hab. Mikołaj Majkiewicz

Gdańsk, 06.10.2008

Zakład Badań nad Jakością Życia
Akademia Medyczna w Gdańsku
tel. 058 349 15 55

Szanowni Państwo,

Ponownie zwracam się z wielką prośbą o wzięcie udziału w badaniu na temat satysfakcji zawodowej lekarzy.

Wiele osób wzięło udział w kontynuacji naszych badań, ale nie wszyscy... Powody rezygnacji z naszej propozycji budzą nasze zainteresowanie. Bardzo zależy mi, żeby rezultaty badań odzwierciedlały rzeczywiste Państwa doświadczenia i dlatego czekam na każdy następny wypełniony kwestionariusz. Być może mogą mi Państwo pomóc wysyłając link do strony ankiety swoim kolegom ze studiów? Wiem, że nie ze wszystkimi udało mi się nawiązać kontakt.

Poniżej zamieszczam poprzednią wiadomość Wysłaną do Państwa w dniu: 13.06.2008 przez portal „Nasza Klasa”.

Z poważaniem

Maciej Walkiewicz
Zakład Badań nad Jakością Życia
Akademia Medyczna w Gdańsku
tel. 058 349 15 55
e-mail: walkiewicz@amg.gda.pl

Kierownik Zakładu:
dr hab. Mikołaj Majkowicz

KWESTIONARIUSZ SATYSFAKCJI ZAWODOWEJ

Strona 1 z 3

1. KWESTIONARIUSZ SATYSFAKCJI ZAWODOWEJ

Maciej Walkiewicz
Zakład Badań nad Jakością Życia
Akademia Medyczna w Gdańsku
tel. 058 349 15 55
tel. kom. 505 325 890
e-mail: walkiewicz@amg.gda.pl

Kierownik Zakładu: dr hab. Mikołaj Majkiewicz

Ludzie różnią się między sobą. Żyją w różnych warunkach i w odmienny sposób odczuwają to, co spotyka ich na co dzień; różnie radzą sobie z tym, co niesie życie. Ten kwestionariusz dotyczy tego, jak Państwo widzicie swoje życie i swoją pracę. Badanie jest anonimowe. Uprzejmie proszę o wypełnienie ankiety bez pomocy innych osób. Interesują mnie indywidualne oceny i odczucia, a nie o uzgodnione z innymi ludźmi opinie. Wszystkie odpowiedzi wykorzystane będą tylko i wyłącznie do celów naukowych.

Pytanie jest obowiązkowe, przed przejściem dalej musisz udzielić na nie odpowiedzi.

1. Płeć

- Kobieta
- Mężczyzna

Pytanie jest obowiązkowe, przed przejściem dalej musisz udzielić na nie odpowiedzi.

2. Stan cywilny

- Panna /Kawaler
- Zamężna/Żonaty

Pytanie jest obowiązkowe, przed przejściem dalej musisz udzielić na nie odpowiedzi.

3. Data urodzenia [dd-mm-rr]

Pytanie jest obowiązkowe, przed przejściem dalej musisz udzielić na nie odpowiedzi.

4. Miasto zameldowania w okresie studiów

Pytanie jest obowiązkowe, przed przejściem dalej musisz udzielić na nie odpowiedzi.

5. Miasto zamieszkania obecnie

Pytanie jest obowiązkowe, przed przejściem dalej musisz udzielić na nie odpowiedzi.

6. Rok ukończenia studiów

- 2005
- 2006
- Inne

Pytanie jest obowiązkowe, przed przejściem dalej musisz udzielić na nie odpowiedzi.

7. Jaką ocenę otrzymał/a Pan/Pani z Lekarskiego Egzaminu Państwowego?

8. Średnie łączne przychody miesięczne netto

- poniżej 1000 PLN
- 1000 - 2000 PLN
- 2000 - 3000 PLN
- powyżej 3000 PLN
- Inne

9. Specjalizacja

- Rozpoczęta
- Planowana
- Inne

Pytanie jest obowiązkowe, przed przejściem dalej musisz udzielić na nie odpowiedzi.

10. Specjalizacja

- Anestezjologia i intensywna terapia
- Chirurgia dziecięca
- Chirurgia klatki piersiowej

- Chirurgia ogólna
- Chirurgia plastyczna
- Chirurgia szczękowo-twarzowa
- Choroby wewnętrzne
- Choroby zakaźne
- Dermatologia i wenerologia
- Diagnostyka laboratoryjna
- Genetyka kliniczna
- Higiena i epidemiologia /Epidemiologia
- Kardiochirurgia
- Kardiologia
- Medycyna nuklearna
- Medycyna pracy
- Medycyna ratunkowa
- Medycyna rodzinna
- Medycyna sądowa
- Medycyna transportu
- Mikrobiologia lekarska
- Neonatologia
- Neurochirurgia
- Neurologia
- Okulistyka
- Onkologia kliniczna
- Ortopedia i traumatologia narządu ruchu
- Otorinolaryngologia
- Patomorfologia
- Pediatria
- Położnictwo i ginekologia
- Psychiatria
- Psychiatria dzieci i młodzieży
- Radiologia i diagnostyka obrazowa
- Radioterapia onkologiczna
- Rehabilitacja medyczna
- Urologia
- Zdrowie publiczne
- Inne

Przerwij ankietę

Następna strona >>

Ankieta została przygotowana za pomocą webankieta.pl.

KWESTIONARIUSZ SATYSFAKCJI ZAWODOWEJ

Strona 2 z 3

2. KWESTIONARIUSZ SATYSFAKCJI ZAWODOWEJ

11. Gdzie obecnie Pan/Pani pracuje?

- Przychodnia
- Szpital
- Klinika
- Studia doktoranckie
- Firma farmaceutyczna
- Inne

12. Co jest Pana/Pani zdaniem najważniejsze w pracy zawodowej?

(PROSZĘ NAJPIERW PRZECZYTAĆ WSZYSTKIE I WYBRAĆ NAJWYŻEJ TRZY ODPOWIEDZI)

- Brak napięć i stresów
- Duża samodzielność
- Możliwość rozwoju osobistego
- Praca zgodna z umiejętnościami
- Możliwość szybkiego awansowania
- Stabilność zatrudnienia
- Dogodne godziny pracy
- Możliwość wykonywania pracy w domu
- Długi urlop
- Zajęcie poważane przez ludzi
- Odpowiednia płaca
- Inne czynniki

13. Czy pracował/a lub pracuje Pan/Pani w zawodzie lekarza za granicą?

- Nie
- Tak (proszę o podanie liczby miesięcy stażu lub pracy w zawodzie lekarza odbytych za granicą)

14. Czy zamierza Pan/Pani w ciągu następnych dwóch lat wyjechać za granicę, aby tam pracować?

- Nie

- Tak
- Trudno powiedzieć
- Inne

15. Proszę określić na poniższej skali jakiej satysfakcji z wyboru zawodu spodziewał/a się Pan/Pani podczas studiów

bardzo niskiej										bardzo wysokiej
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. Proszę określić na poniższej skali jak ocenia Pan/Pani obecnie satysfakcję z wyboru zawodu

bardzo niska										bardzo wysoka
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. Proszę określić na poniższej skali jak ocenia Pan/Pani spodziewaną satysfakcję z wyboru zawodu za 5 lat

bardzo niskiej										bardzo wysokiej
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. Biorąc wszystko razem pod uwagę, jak oceniliby Pan/Pani swoje życie w ostatnich dwóch tygodniach, czy mógłby Pan/Pani powiedzieć, że jest

- Bardzo szczęśliwy/a
- Dostyc szczęśliwy/a
- Niezbyt szczęśliwy/a
- Nieszczęśliwy/a

19. Jak ocenia Pan/Pani swoje całe dotychczasowe życie, czy mógłby Pan/Pani powiedzieć, że było

- Wspaniałe
- Udane
- Dostyc dobre
- Ani dobre, ani złe
- Niezbyt udane
- Nieszczęśliwe

- Okropne

**20. Co uważa Pan/Pani za najważniejszy warunek udanego, szczęśliwego życia
(PROSZĘ NAJPIERW PRZECZYTAĆ WSZYSTKIE I WYBRAĆ NAJWYŻEJ TRZY WARTOŚCI)**

- Pieniądze
 Dzieci
 Udana małżeństwo
 Praca
 Przyjaciele
 Opatrzność, bóg
 Pogoda ducha, optymizm
 Uczciwość
 Życzliwość i szacunek otoczenia
 Wolność, swoboda
 Zdrowie
 Wykształcenie
 Silny charakter
 Inne

21. Proszę określić na poniższej skali stan swojego zdrowia fizycznego

bardzo zły										bardzo dobry
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. Proszę określić na poniższej skali stan swojego zdrowia psychicznego

bardzo zły										bardzo dobry
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23. Czy systematycznie pali Pan/Pani papierosy?

- Nie
 Tak

[Przerwij ankietę](#)

[<< Poprzednia strona](#)

[Następna strona >>](#)

Ankieta została przygotowana za pomocą webankieta.pl.

KWESTIONARIUSZ SATYSFAKCJI ZAWODOWEJ

Strona 3 z 3

3. KWESTIONARIUSZ SATYSFAKCJI ZAWODOWEJ

24. Chciałbym, aby Pan/Pani ocenił/a teraz poszczególne dziedziny swego życia i powiedział/a, w jakim stopniu jest Pan/Pani każdej z nich zadowolony/a. Oceny proszę zaznaczyć przy wybranej cyfrze obok danej dziedziny życia.

- 1 - Nie dotyczy
- 2 - Bardzo niezadowolony/a
- 3 - Niezadowolony/a
- 4 - Dosyć niezadowolony/a
- 5 - Dosyć zadowolony/a
- 6 - Zadowolony/a
- 7 - Bardzo zadowolony/a

W jakim stopniu zadowolony/a jest Pan/Pani:

	1	2	3	4	5	6	7
Ze swoich stosunków z najbliższymi w rodzinie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Z sytuacji finansowej własnej rodziny	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ze stosunków z kolegami (grupą przyjaciół)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Z obecnych dochodów rodziny	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Z możliwości zaspokojenia potrzeb żywnościowych	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ze stanu swojego zdrowia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ze swoich osiągnięć życiowych	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Z sytuacji w kraju

Z warunków mieszkaniowych

Z miejscowości, w której Pan/Pani żyje

Z poziomu dostępnych dóbr i usług

Z perspektyw na przyszłość

Z życia seksualnego

Ze swego wykształcenia

Ze sposobu spędzania wolnego czasu

Z norm moralnych panujących w otoczeniu

Z pracy

Z dzieci

Z małżeństwa

Ze stanu bezpieczeństwa w miejscu zamieszkania

Z opieki zdrowotnej blisko miejsca zamieszkania

	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ze swojego uczestnictwa w kulturze	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ze stosunków ze współpracownikami i przełożonymi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. Proszę zaznaczyć, jak zazwyczaj reaguje Pan/Pani na kłopoty czy trudne sytuacje w swoim życiu (MOŻNA WYBRAĆ WIĘCEJ NIŻ JEDNĄ Z MOŻLIWOŚCI)

- Zwracam się o radę i pomoc do innych ludzi
- Mobilizuję się i przystępuję do działania
- Sięgam po alkohol
- Pocięszam się myślą, że mogło być jeszcze gorzej, lub że innym jest jeszcze gorzej
- Poddaję się, nie wiem co robić
- Zażywam środki uspokajające
- Modlę się o pomoc do Boga
- Zajmuje się innymi rzeczami, które odwracają moją uwagę i poprawiają nastrój

26. Przez dłuższy okres czasu problemy i kłopoty finansowe przysparzały zmartwień i utrudniały Panu/Pani życie

- Często
- Zdarzyło się
- Nigdy

27. Przez dłuższy okres czasu problemy ze zdrowiem utrudniały Panu/Pani wykonywanie codziennych zajęć lub branie udziału w innych zajęciach

- Często
- Zdarzyło się
- Nigdy

28. Przez dłuższy okres czasu odczuwała Panu/Pani nadmiar obowiązków w pracy, którym nie mogła podołać

- Często
- Zdarzyło się
- Nigdy
- Nie dotyczy

29. Poniższe zdania prezentują różne przekonania ludzi dotyczące pracy. Proszę przedstawić własne myśli na ten temat, poprzez wybranie odpowiedzi określającej, jak

często ma Pan/Pani dany pogląd, samopoczucie, przeżycie

	Nie nigdy	Rzadko	Sporadycznie	Czasami	Często	Kilka razy w tygodniu	Codziennie
Przez moją pracę czuję się emocjonalnie wyczerpany/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pod koniec dnia czuję się zmęczony/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wstając rano czuję się zmęczony/a, myśląc o nowym dniu pracy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bardzo mnie wyczerpuje całodzienna praca z chorymi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Przez moją pracę czuję się wypalony/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Przez moją pracę czuję się sfrustrowany/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mam wrażenie, że zbyt ciężko pracuję	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Za bardzo stresuje mnie praca w bezpośrednim kontakcie z ludźmi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mam wrażenie, że osiągnąłem/am granice mojej wiedzy i mądrości	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mam wrażenie, że niektórych pacjentów traktuję jakoby byli przedmiotami	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stałem/am się bardziej obojętny/a wobec ludzi, od kiedy wykonuję obecną pracę	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obawiam się, iż moja praca czyni mnie mniej współczującym/ą	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

W rzeczywistości nie interesuje mnie, co się stanie z moimi pacjentami

Mam wrażenie, że niektórzy pacjenci i ich rodziny sądzą, iż to ja odpowiadam za ich problemy

Łatwo mogę zrozumieć, co moi pacjenci mówią na określone tematy

Udaje mi się skutecznie rozwiązywać problemy moich pacjentów

Mam wrażenie, że przez moją pracę pozytywnie wpływam na życie innych

Czuję w sobie duże pokłady energii

Z łatwością przychodzi mi wytworzenie rozluźnionej i przyjaznej atmosfery

Czuję się ożywiony/a, kiedy ściśle współpracuję z moimi pacjentami

W mojej pracy osiągnąłem/am wiele znaczących celów

W mojej pracy traktuję problemy emocjonalne bardzo spokojnie

Bardzo dziękuję

Maciej Walkiewicz
Zakład Badań nad Jakością Życia
Akademia Medyczna w Gdańsku
tel. 058 349 15 55
tel. kom. 505 325 890
e-mail: walkiewicz@amg.gda.pl

[Przerwij ankietę](#)

[<< Poprzednia strona](#)

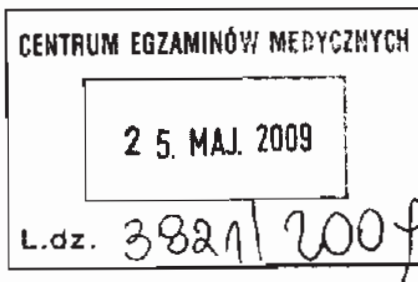
[Zakończ ankietę](#)



**BIURO
GENERALNEGO INSPEKTORA
OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH**
Departament Orzecznictwa, Legislacji i Skarg

DOLIS – 035 – 342 / 09 / 18488

Warszawa, dnia 21 maja 2009 r.



Pan

dr hab. n. med. Mariusz Klencki

Zastępca Dyrektora

Centrum Egzaminów Medycznych

ul. Rzgowska 281 / 289

93 – 338 Łódź

W odpowiedzi na Pana pismo z dnia 25 lutego 2009 r. (l.dz. 115/2009/org) uprzejmie informuję, iż istotą ochrony danych osobowych jest ochrona prywatności osoby, której dane dotyczą. Źródło tej ochrony wynika przede wszystkim z przepisów Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Stosownie do treści jej art. 47, każdy ma prawo m.in. do ochrony prawnej życia prywatnego, rodzinnego, czci i dobrego imienia. Zgodnie zaś z art. 51 ust. 5 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, zasady i tryb gromadzenia oraz udostępniania informacji o osobie określa ustawa. Dyspozycję powołanego przepisu wypełnia ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.), która określa zasady postępowania przy przetwarzaniu danych osobowych oraz prawa osób fizycznych, których dane osobowe są lub mogą być przetwarzane w zbiorach danych (art. 2 ust. 1 ustawy).

Stosownie do treści art. 26 ust. 1 pkt 2 ustawy o ochronie danych osobowych, z zastrzeżeniem ust. 2, administrator danych (pod którym to pojęciem – stosownie do jej art. 7 pkt 4 – rozumie się organ, jednostkę organizacyjną, podmiot lub osobę, o których mowa w art. 3, decydujące o celach i środkach przetwarzania danych osobowych) przetwarzający dane osobowe powinien dołożyć szczególnej staranności w celu ochrony interesów osób, których dane dotyczą, a w szczególności jest obowiązany zapewnić, aby dane te były zbierane dla oznaczonych, zgodnych z prawem celów i nie poddawane dalszemu przetwarzaniu niezgodnemu z tymi celami. Zgodnie z

ust. 2 tego przepisu, przetwarzanie danych w celu innym niż ten, dla którego zostały zebrane, jest jednak dopuszczalne, jeżeli nie narusza to praw i wolności osoby, której dane dotyczą, oraz następuje w celach badań naukowych, dydaktycznych, historycznych lub statystycznych, z zachowaniem przepisów art. 23 (w przypadku danych osobowych zwykłych) i 25 ustawy o ochronie danych osobowych.

Udostępnienie danych osobowych w celach badań naukowych jest zatem – co do zasady – możliwe, przy spełnieniu jednakże określonych warunków. Legalność takiego działania zależy bowiem właśnie od nich.

Przede wszystkim działanie, dla wykonania którego udostępnienie danych osobowych jest niezbędne, musi rzeczywiście posiadać charakter „badania naukowego”.

Wskazać należy w tym miejscu, iż zgodnie z art. 2 pkt 2a i b ustawy z dnia 8 października 2004 r. o zasadach finansowania nauki (t.j. Dz. U. z 2008 r. Nr 169, poz. 1049), przez badania naukowe rozumie się badania podstawowe - prace eksperymentalne lub teoretyczne podejmowane przede wszystkim w celu zdobycia nowej wiedzy o podstawach zjawisk i obserwowalnych faktów, bez nastawienia na praktyczne zastosowania ani użytkowanie, oraz badania przemysłowe - badania mające na celu zdobycie nowej wiedzy oraz umiejętności celem opracowywania nowych produktów, procesów i usług lub wprowadzenia znaczących ulepszeń do istniejących produktów, procesów lub usług; badania te obejmują tworzenie elementów składowych systemów złożonych, szczególnie do oceny przydatności technologii rodzajowych, z wyjątkiem prototypów objętych zakresem prac rozwojowych.

W sytuacji, kiedy określone działanie ma charakter badania naukowego, udostępnienie danych osobowych dla celów jego realizacji jest prawnie dopuszczalne przy zachowaniu – jak stanowi cytowany powyżej art. 26 ust. 2 – wymogów art. 23 (w przypadku danych osobowych zwykłych) i 25 ustawy o ochronie danych osobowych.

Zgodnie z art. 23 ust. 1 ustawy o ochronie danych osobowych, przetwarzanie danych osobowych jest dopuszczalne, gdy chodzi o tzw. zwykłe dane osobowe (jak np. imię i nazwisko osoby, jej adres zamieszkania, nr PESEL), po spełnieniu jednej z przesłanek wskazanych w tym przepisie. Przewidziane w art. 23 ust. 1 przesłanki przetwarzania danych osobowych należy traktować równorzędnie. Oznacza to, iż aby administrator danych mógł legalnie przetwarzać dane osobowe, musi wykazać, iż jego działanie znajduje podstawę prawną w jednej z nich. Spełnienie bowiem którejkolwiek z tych przesłanek czyni przetwarzanie danych prawnie dopuszczalnym.

W opisanym przez Pana przypadku można byłoby rozważyć ewentualnie zastosowanie tej, o której mowa w art. 23 ust. 1 pkt 4 ustawy o ochronie danych osobowych. Zgodnie z jego treścią, przetwarzanie danych osobowych jest dopuszczalne wówczas, gdy jest to niezbędne do wykonania określonych prawem zadań realizowanych dla dobra publicznego. Ustawa nie precyzuje, co należy rozumieć pod pojęciem zadań realizowanych dla dobra publicznego, stąd też zasadnym wydaje się

odwołanie do ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. Nr 96, poz. 873, z późn. zm.), która w swym art. 4 ust. 1 pkt 11 stanowi, iż strefa zadań publicznych obejmuje m.in. zadania w zakresie nauki, edukacji, oświaty i wychowania.

Jak stanowi natomiast art. 13 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. Nr 164, poz. 1365, z późn. zm.), jednym z podstawowych zadań uczelni jest prowadzenie badań naukowych i prac rozwojowych oraz świadczenie usług badawczych.

Podstawę przetwarzania danych w tym przypadku mógłby stanowić także art. 23 ust 1 pkt 5 ustawy o ochronie danych osobowych. Zgodnie z tym przepisem, przetwarzanie danych osobowych jest dopuszczalne wówczas, gdy jest to niezbędne dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów realizowanych przez administratorów danych albo odbiorców danych, a – co istotne – przetwarzanie nie narusza praw i wolności osoby, której dane dotyczą.

Jeżeli zaś chodzi o powołany powyżej art. 25 ustawy o ochronie danych osobowych, to należy wskazać, iż zgodnie z treścią jego ust. 1, w przypadku zbierania danych osobowych nie od osoby, której one dotyczą, administrator danych jest obowiązany poinformować tę osobę, bezpośrednio po utrwaleniu zebranych danych, o: 1) adresie swojej siedziby i pełnej nazwie, a w przypadku gdy administratorem danych jest osoba fizyczna - o miejscu swojego zamieszkania oraz imieniu i nazwisku, 2) celu i zakresie zbierania danych, a w szczególności o odbiorcach lub kategoriach odbiorców danych, 3) źródle danych, 4) prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, 5) uprawnieniach wynikających z art. 32 ust. 1 pkt 7 i 8 ustawy o ochronie danych osobowych. Przepisu ust. 1 nie stosuje się jedynie wówczas, gdy: przepis innej ustawy przewiduje lub dopuszcza zbieranie danych osobowych bez wiedzy osoby, której dane dotyczą (1), dane te są niezbędne do badań naukowych, dydaktycznych, historycznych, statystycznych lub badania opinii publicznej, ich przetwarzanie nie narusza praw lub wolności osoby, której dane dotyczą, a spełnienie wymagań określonych w ust. 1 wymagałoby nadmiernych nakładów lub zagrażałoby realizacji celu badania (3), dane są przetwarzane przez administratora, o którym mowa w art. 3 ust. 1 i ust. 2 pkt 1, na podstawie przepisów prawa (5), osoba, której dane dotyczą, posiada informacje, o których mowa w ust. 1 tego przepisu (6).


W sytuacji, gdy pozyskanie określonych danych niezbędne jest dla prowadzenia badań naukowych, ich administrator zwolniony będzie z konieczności uczynienia zadość obowiązkowi informacyjnemu wynikającemu z art. 25 ustawy, w sytuacji, gdy jego dopełnienie będzie wymagało „nadmiernych kosztów, czasu lub działań”. Podstawę przedmiotowego zwolnienia stanowić może bowiem w takim przypadku powołany wyżej pkt 3 art. 25 ust. 2.

Zaznaczyć należy w tym miejscu, iż możliwość przekazania w opisaney sytuacji danych osobowych w oparciu o wymienione powyżej przesłanki nie oznacza jednocześnie uprawnienia po stronie podmiotu, który otrzyma dane osobowe, do ich publikowania. Powyższe dopuszczalne

byłoby pod warunkiem uzyskania od każdej uczestniczącej w badaniu osoby, której dane dotyczą, stosownej zgody.

Ponadto wskazuję, iż więcej informacji na temat zasad przetwarzania danych osobowych, w tym treść obowiązujących we wspomnianym zakresie aktów prawnych, jak również wskazówki co do ich stosowania w praktyce, znajduje się na stronie internetowej Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych pod adresem www.giodo.gov.pl. W szczególności zwracam uwagę na zakładkę: edugiodo.giodo.gov.pl.

Jednocześnie pragnę przeprosić za opóźnienie w udzieleniu odpowiedzi.

**Z up. Generalnego Inspektora
Ochrony Danych Osobowych
Z-ca Dyrektora Departamentu Orzecznictwa
Legislacji i Skarg**

Weronika Kowalik