



Barbara Sobiczewska

Katolicki Uniwersytet Lubelski, Poland
E-mail: basia.sobiczewska@wp.pl

Motywacja do pracy lekarzy medycyny */ Motivation to work among medical doctors*

Abstract

The purpose of this research aims to investigate which kind of need, from the Maslow's hierarchy of needs, motivates medical doctors the most, according to their self-perception. In this study, medical specialization, education level and age were taken into account. Medical doctor's perception of motivational factors was measured by the Motivation To Work Among Medical Doctors Questionnaire, which was prepared by the author of the following research. The study focuses on five types of needs: Physiological needs, Safety needs, Love and belonging, Esteem and Self-actualization needs. Results obtained from the questionnaire indicate that Love and belonging need motivates medical doctors the most. It was also investigated, that Love and belonging, Esteem and Self-actualization needs motivate to work medical doctors with Operational Specializations. No correlation was found between medical doctors with Non-Operational Specializations. The results of the study showed no significant relationship between various education levels and motivation to work. What is more, no significant relationship was found between age and the perception of motivational factors.

Key words: motivation; work; medical doctors; Maslow's hierarchy of needs.

Motywacja jest stałym elementem ludzkiego życia. Towarzyszy każdemu człowiekowi zarówno w życiu zawodowym, jak i w życiu prywatnym. Motywacja w dużym stopniu decyduje o aktywności i zaangażowaniu jednostki w wykonywanie konkretnych działań. W dzisiejszych czasach tematem, na który warto zwrócić uwagę jest motywacja pracowników do wykonywania własnych zadań w organizacjach, w których zostali zatrudnieni. Skuteczne zarządzanie pracownikami polega na umiejętności zbudowania systemu motywacyjnego, który jest zgodny z potrzebami pracowników oraz pozytywnie wpływa na ich indywidualną, wewnętrzną motywację do pracy. Szpitale, które zarządzane są przez doświadczonych i kompetentnych menedżerów są efektywnie funkcjonującymi organizacjami. W sprawnie działających placówkach służby zdrowia, dyrektorzy zarządzający mają świadomość, iż w dużym stopniu prawidłowy rozwój instytucji zależy od tego, jaką motywację do pracy przejawiają jej pracownicy.

Specyficzną grupą uwzględnianą w temacie motywacji pracowników służby zdrowia są lekarze medycyny zatrudnieni w szpitalach. Lekarz ponosi pełną odpo-

wiedzialność za bezpieczeństwo i zdrowie swoich pacjentów. Cięży na nim pełna odpowiedzialność zawodowa za przeprowadzane działania diagnostyczne i terapeutyczne w aspekcie moralnej odpowiedzialności zawodowej jak i w aspekcie prawnym. W związku z tym motywacja do pracy lekarzy medycyny jest bardzo ważna.

Celem przeprowadzonych badań była próba udzielenia odpowiedzi na pytanie: jakie czynniki wpływają na motywację do pracy lekarzy medycyny według ich własnej percepcji? Ponadto, skupiono się również na zweryfikowaniu, która z potrzeb należąca do hierarchii potrzeb Maslowa motywuje lekarzy medycyny do pracy najbardziej. Oprócz tego założono, iż takie czynniki jak rodzaj posiadanej specjalizacji, poziom posiadanego wykształcenia oraz wiek, różnicują lekarzy pod kątem spostrzeganych czynników motywacyjnych.

1. PSYCHOLOGICZNA SPECYFIKA PRACY LEKARZY MEDYCyny ZATRUDNIIONYCH W SZPITALU

Lekarz medycyny jest to osoba wykonująca zawód medycyny, czyli „osoba uprawniona na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny” („Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej” Art. 2, pkt 1). Zawód lekarza należy do kategorii zawodów „Ochrony zdrowia”.

Dokonując charakterystyki zawodu lekarza warto zaznaczyć, iż należy on do kategorii zawodów prospołecznych. Oznacza to, iż działania lekarza ukierunkowane są na udzielanie innym osobom profesjonalnej pomocy (Szymańska 2006). Lekarz ponosi pełną odpowiedzialność za bezpieczeństwo i zdrowie swoich pacjentów. Cięży na nim pełna odpowiedzialność zawodowa za przeprowadzane działania diagnostyczne i terapeutyczne w aspekcie moralnej odpowiedzialności zawodowej jak i w aspekcie prawnym.

Praca lekarza wiąże się z pewnymi wymaganiami psychologicznymi. Lekarz powinien posiadać umiejętność nawiązywania kontaktów z innymi ludźmi, wczuwania się w problemy innych oraz powinien posiadać chęć pomocy osobom chorym. Ze względu na charakter pracy, kontakt z osobami przewlekle chorymi i niepełnosprawnymi, lekarza powinna charakteryzować wytrwałość, konsekwencja w działaniu, zdecydowanie, poczucie odpowiedzialności, sumienność, uczciwość, dyscyplinowanie, stałość zasad oraz schludny wygląd.

Lekarz w swoim środowisku pracy, narażony jest na doświadczanie sytuacji stresowych, które mają negatywny wpływ na jego samopoczucie fizyczne i psychiczne. Związane jest to z dużą ilością kontaktów interpersonalnych, z koniecznością udzielania pomocy osobom chorym oraz wspomaganie stanu psychicznego pacjenta. W wielu przypadkach lekarz musi poradzić sobie w konfrontacji z sytuacją cierpienia lub śmierci pacjenta. Rafał S. Wnuk, dr n. med. (oraz Prezes Zarządu Stowarzyszenia Nefrologia Polska a także Ordynator Oddziału Nefrologii i Dializoterapii Szpitala Specjalistycznego im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej),

w swoim artykule dotyczącym pracy lekarza (Wnuk 2008) wymienia z własnego doświadczenia czynniki, które mogą mieć znaczący wpływ na psychikę lekarzy zajmujących się dializowaniem. Wspomina o następujących czynnikach: „świadomość stałego obcowania ze śmiertelnie chorymi, internalizacja problemów chorych, asystowanie przy ich zgonach, przewlekły kontakt z tymi samymi chorymi” (Wnuk 2008). Sytuacje te związane są z przewlekłym stresem występującym u pracowników ochrony zdrowia. Odczuwany stres dodatkowo nasila się, gdy lekarze nie potrafią poradzić sobie z własnym zmęczeniem, obciążeniem fizycznym i psychicznym oraz negatywnymi emocjami. Bardzo często prowadzi to do wyczerpania emocjonalnego (Wilczek-Rużyczka i Plewa 2008). Skutkami wyczerpania emocjonalnego są: przedmiotowy sposób traktowania pacjentów, depersonalizacja, utrata satysfakcji z wykonywanego zawodu oraz obniżenie zaangażowania w pracę. Skutki te należą do syndromu wypalenia zawodowego (Wilczek-Rużyczka i Plewa 2008).

Przeprowadzono wiele badań dotyczących wypalenia zawodowego. Wyniki jednych z badań przeprowadzonych w Polsce pod kierunkiem Wilczek – Różycki oraz Plewy (Wilczek-Rużyczka i Plewa 2008) dotyczyły wypalenia zawodowego pracowników ochrony zdrowia. Badaniami objęto lekarzy medycyny oraz pielęgniarki. Rezultaty badań ukazały, iż lekarze i pielęgniarki charakteryzowali się średnim poziomem wypalenia zawodowego i nie było między nimi istotnych różnic. Wśród lekarzy, pracownicy niezabiegowi charakteryzowali się najniższym poziomem wypalenia na trzech wymiarach, ale tylko w stosunku do pracowników zabiegowych w przypadku wymiaru dotyczącego wyczerpania emocjonalnego, różnica ta była istotna statystycznie.

Innym czynnikiem wpływającym na psychikę lekarza może być roszczeniowa postawa osób chorych. Lekarze mogą być ofiarami agresji, skierowanej ze strony pacjentów lub osób z nimi spokrewnionych. Agresja wobec lekarza może objawiać się w formie ataku słownego, obrażając jego samego, jego rodzinę bądź kwalifikacje, w formie gróźb czy straszenia. Rzadziej spotyka się formy agresji fizycznej skierowanej w stosunku do personelu medycznego. Często, powodem agresji pacjenta wobec lekarza jest odmowa wydania recepty, skierowania na badania, orzeczenia o niezdolności do pracy oraz niespełnienie życzeń pacjenta lub jego rodziny. Lekarze, którzy wystąpili w roli ofiary przemocy, często czują bezradność w stosunku do zaszłej sytuacji. Uważają oni, iż społeczeństwo oraz policja są w stosunku do nich bardzo stronniczy i przejawiają postawę, że pacjentowi wolno wszystko. Ponadto twierdzą, iż policja nie traktuje poważnie zgłoszeń lekarzy, o skierowanej wobec nich agresji, ze strony pacjentów. Przypuszcza się, iż przyczyna zachowań agresywnych wobec lekarzy mogą być również zbyt wysokie oczekiwania pacjentów wobec poziomu opieki, niezadowolenie z poziomu świadczeń, a także wpływ stereotypów dotyczących lekarzy (Mokrzyszewski et al. 2008).

2. SPECYFIKA MOTYWACJI DO PRACY LEKARZY MEDYCYNY

Motywacja pracy obejmuje „chęć, dążenie i gotowość jednostki do wkładania wysiłku w wykonywaną pracę” (Bańka, w: Strelau 2007: 331). Motywacja pracy odwołuje się do określonego postępowania jednostki w jej środowisku pracy (Bańka, w: Strelau: 2007). Motywacja pracy definiowana jest także jako „proces, który aktywizuje zachowanie i sprawia, że przez dłuższy okres jednostka pragnie indywidualnie zaspokajać swoje potrzeby poprzez osiągnięcie i realizację zadań organizacyjnych, związanych z wykonywaną pracą” (Bartkowiak 2003: 157).

Teorie motywacji tłumaczą w jaki sposób osoby zatrudnione w określonych strukturach organizacyjnych zamieniają się w skutecznie funkcjonujące podmioty (Strelau 2007). Teorie motywacji bazują na założeniu, iż jakiegokolwiek zachowanie jednostki wywołane jest zewnętrzną lub wewnętrzną przyczyną (Nieckarz 2011). Teorii motywacji jest wiele, a każda z nich w inny sposób tłumaczy źródła ludzkiego zachowania.

Jedną z teorii motywacji, która stanowi podstawę teoretyczną zaprezentowanych badań, jest teoria hierarchii potrzeb Masłowa. Według teorii Masłowa, ludzie dążą do zaspokojenia pięciu, podstawowych potrzeb, które są jednocześnie źródłem ich motywacji. Potrzeby zaspokajane są w sposób hierarchiczny i są to kolejno: potrzeby fizjologiczne, bezpieczeństwa, przynależności, szacunku oraz samoaktualizacji (Nieckarz 2011). Według teorii Masłowa, pewność pracy oraz zarobki finansowe, są dla pracowników najważniejsze, ponieważ umożliwiają zaspokojenie fundamentalnych potrzeb fizjologicznych (Strelau 2007). Potrzeba bezpieczeństwa oznacza potrzebę redukcji lęku przed tym, co jest nieznanym oraz niedopuszczenie do sytuacji, w której utrudnione będzie zaspokojenie potrzeb fizjologicznych. W środowisku pracy może to oznaczać zapewnienie o zatrudnieniu, dostęp do ubezpieczeń zdrowotnych oraz pewność otrzymania emerytury, w późniejszych etapach życia. Potrzeba przynależności, jest to potrzeba funkcjonowania jako element pewnej grupy społecznej, na której można polegać. W środowisku pracy może oznaczać to m.in. tworzenie sieci relacji z pracownikami organizacji oraz uczestnictwo w rozwoju organizacji. Potrzeba szacunku dla własnej osoby w środowisku zawodowym może odnosić się do wykonywanej roli na określonym stanowisku pracy. Potrzeba szacunku może odnosić się do zewnętrznego, materialnego symbolizowania własnego stanowiska, poprzez np. posiadanie samochodu czy własnego gabinetu. Potrzeba samorealizacji jest potrzebą wykonywania tego, co dana osoba lubi robić i co może rozwijać jej potencjał. W sytuacji pracy, potrzeba samorealizacji może być zaspokajana poprzez podejmowanie się przez jednostkę wykonywania odpowiedzialnych zadań oraz takich zadań, w których zdolna jest osiągnąć sukces (Nieckarz 2011).

Dokonując analizy motywacji do pracy lekarzy medycyny, warto zwrócić uwagę na aspekt ich finansowego motywowania. Pracownicy służby zdrowia otrzymują wynagrodzenie finansowe za wykonywaną pracę, które pozwala na zaspokojenie ich potrzeb oraz potrzeb ich rodzin. W innych krajach, po wprowadzeniu mo-

tywacji finansowej do służby zdrowia zaobserwowano, iż pełni ono ważną rolę i może regulować zachowaniem personelu medycznego a także zwiększać wydajność ich pracy (Klich 2004). Motywowanie przy pomocy pieniędzy nie zawsze jednak zwiększa motywację do pracy. Według A. Kohn'a (za: Kohn 1999, w: Klich 2004) motywacja finansowa prowadzi jedynie do krótkotrwałych efektów. Wymienia on negatywne konsekwencje motywowania za pomocą bodźców finansowych twierdząc, iż nagrody mogą pełnić podobne funkcje co kary. Ponadto, taki rodzaj motywacji może wpływać szkodliwie na współpracę w grupie, co wynika z rywalizacji pomiędzy pracownikami. Bodźce finansowe mogą hamować pracowników służby zdrowia od podejmowania ryzyka, a także zmniejszać znaczenie motywacji wewnętrznej, ponieważ jednostka jest bardziej skupiona na nagrodzie finansowej niż na wykonywanej pracy. J. Klich w swoim artykule proponuje, aby obok motywacji finansowej lekarzy uwzględnić również inne czynniki motywujące. Lekarze powinni mieć możliwość brania udziału w podejmowaniu decyzji co do tego, jakie zadania powinni wykonywać w pracy. Dodatkowo warto dać im możliwość pracowania w zespołach, a także określić konkretny zakres zadań i czynności który ma być wypełniony przez każdego pracownika w celu realizacji zadania. Autor artykułu zaznacza, iż dobra, sprzyjająca atmosfera w miejscu pracy również może pełnić rolę motywującą. Aby zapewnić odpowiednią atmosferę w miejscu pracy kierownik powinien być świadomy potrzeb i preferencji swoich pracowników. Co więcej, kierownik powinien zwracać uwagę na rzeczy, które wydają się mu mniej istotne, np. godziny spotkań personelu powinny odbywać się w godzinach dogodnych dla każdego pracownika. Istotnym jest również obserwowanie zmian w oczekiwaniach pracowników co do ich zatrudnienia (Klich 2004).

Warto zwrócić uwagę na wyniki badań ankietowych przeprowadzonych na przełomie 2001 i 2002r. w Wielkopolsce przez lekarza rodzinnego, Barbarę Wrzeciono, dotyczących tego, jakie wartości i czynniki wpływają na motywację do pracy lekarzy rodzinnych (Wrzeciono 2006). Uzyskane wyniki wskazują na czynniki o naturze psychologicznej i materialnej, jako mające wpływ na motywację do pracy lekarzy rodzinnych. Wśród czynników wpływających pozytywnie na motywację do pracy wymieniono m.in. możliwość pomocy innym ludziom, dostęp do posiadania kontraktu długoterminowego, odpowiednie, przyjazne warunki pracy, odpowiednio wyposażona i komfortowa praktyka, dobra współpraca z personelem szpitala, posiadanie okazji do ciągłego doksztalcania się, a także generowanie więzi między lekarzem a pacjentem. Wśród czynników wpływających negatywnie, wymieniono m.in. odgórnie ustalony, narzucony czas oraz plan pracy lekarza w ciągu dnia, niemożność wpływania na sposób w jaki zarządzana jest praktyka, możliwość rozwiązania kontraktu przez właściciela praktyki, dla której zatrudniony jest lekarz w trybie natychmiastowym, a także brak możliwości odwołania się od tej decyzji. Wyniki badań ukazały również, iż w wśród lekarzy rodzinnych wysokie zarobki mają dla nich znaczenie, jednak nie są najważniejszym czynnikiem motywującym. Ważniejsza od wysokości dochodów okazała się pewność zatrudnienia. Wszystkie czynniki brane pod uwagę w badaniu miały wpływ pozytywny lub negatywny na motywację. Żaden z czynników nie był oceniany jako mający wpływ neutralny.

Inni autorzy również poruszają temat charakterystyki motywacji do pracy lekarzy (Baran, Milewicz i Mozolewski 2004). Biorąc pod uwagę aspekt finansowy, lekarze zatrudnieni w zakładach pracy otrzymują podstawowe wynagrodzenie, które nie jest zróżnicowane ze względu na ilość pracy, zakresu odpowiedzialności pracownika, jego kompetencji czy okresu zatrudnienia. Dodatkowym aspektem, który może wpływać na zachowanie lekarzy jest fakt, iż są oni motywowani w zróżnicowany sposób przez firmy farmaceutyczne. Firmy farmaceutyczne organizują szkolenia, konferencje, kongresy, wyjazdy, które są całkowicie lub częściowo przez nie sponsorowane. Stosując tę metodę motywują lekarzy do tego, aby pośredniczyli między nimi a pacjentami, sprzedając ich artykuły. Co więcej, także pacjenci wpływają na motywację lekarzy – w sposób materialny jak i niematerialny. Materialne sposoby motywacji dotyczą pewnych „dowodów wdzięczności”, jak np. kawa, czekoladki, kwiaty. Niematerialne sposoby motywacji to zazwyczaj okazywanie lekarzowi przez pacjenta jego zadowolenia z opieki i leczenia. Lekarz, który zauważa wyraz wdzięczności okazywany przez pacjenta wyczuwa, że jest dobry w tym co robi, a to motywuje go do jeszcze lepszej pracy. Innym elementem wpływającym na motywację lekarzy jest sama praca, jaką wykonują. Praca lekarza wiąże się z koniecznością konfrontacji z sytuacją choroby, a niekiedy śmierci. W sytuacji, gdy lekarz wyleczy osobę chorą lub uratuje od śmierci, zwiększa się jego satysfakcja i zadowolenie, a także motywuje go do dalszej pracy. Do czynników motywacyjnych można zaliczyć również kompetentną dyrekcję zakładu pracy, kompetentnych ordynatorów i kierowników, a także pozytywne stosunki z współpracownikami i podwładnymi. Ważne znaczenie mają również dogodne warunki pracy. Demotywująco na pracę lekarza mogą działać niekorzystne warunki termiczne w zakładzie pracy, brak nowoczesnego sprzętu, źle działająca aparatura i inne (Baran, Milewicz i Mozolewski 2004).

Podczas badań przeprowadzonych nad czynnikami wpływającymi na efektywność pracy lekarza medycyny estetycznej, jako czynniki wspierające efektywność pracy wymieniono m.in.: cele sprecyzowane odpowiednio do możliwości pracownika, bardzo dobra wiedza merytoryczna i bardzo dobre umiejętności zawodowe. Ponadto, ważnym aspektem jest odpowiednia zawodowa i życiowa postawa lekarzy (Kuliniec 2010). Jako czynniki warunkujące efektywność pracy wymieniono również cele jednostki oraz jej zasoby. Cele podzielono na cele zawodowe i cele osobiste. Cele zawodowe lekarza odnoszą się do pomocy pacjentom w rozwiązywaniu ich problemów za pomocą leczenia i profilaktyki. Zaspokojenie celów osobistych następuje wraz z zaspokojeniem własnych potrzeb lekarza. Wśród zasobów efektywnego działania jednostki wyodrębniono wiedzę, umiejętności oraz postawy (Kuliniec 2010).

Odpowiednie zarządzanie czynnikiem ludzkim w opiece zdrowotnej również pełni motywującą rolę. Zarządzanie zasobami ludzkimi w firmach, a także ośrodkach medycznych i szpitalach wymaga wiedzy i wielu umiejętności (Klamerek 2008). Po zatrudnieniu pracowników w zakładzie opieki zdrowotnej czy w szpitalu, należy doskonalić kadrę lekarską. Dodatkowe szkolenia dotyczyć mogą sposobu użytkowania nowych urządzeń technicznych, prowadzenia spraw administracyjnych i innych. Istotnym elementem jest ocena pracy lekarzy, a także informacja zwrot-

na temat ich postępów. Odpowiednio przeprowadzona ocena wydajności oraz efektywności pracowników pełni rolę motywującą, a także wpływa pozytywnie na komunikację między kadrą zarządzającą a osobami zatrudnionymi. Skuteczny system wynagrodzeń oraz skuteczny i atrakcyjny system świadczeń również mają wpływ na motywacje do pracy personelu medycznego. Świadczenia, są to wg R.W. Griffina „pozapłacowe korzyści materialne, które organizacja zapewnia swoim pracownikom” (Griffin 1998: 446). Świadczenia występują w kilku formach i obejmują płatne urlopy, dni świąteczne, zwolnienia chorobowe, zasiłek dla bezrobotnych oraz ubezpieczenie na życie i ubezpieczenie chorobowe dla pracownika jego rodziny. Ponadto, świadczenia dotyczą również ubezpieczenia co do opieki zdrowotnej, zasiłku dla pracowników, którzy ulegli wypadkowi w pracy, a także system emerytalny. Każdy pracownik ma prawo do świadczeń podstawowych (Griffin 1998).

Niezadowolenia wśród personelu medycznego może mieć swoje konsekwencje w całym systemie, a przede wszystkim w jakości usług medycznych świadczonych pacjentom. W związku z tym, należy udoskonalać i dbać o prawidłowe i efektywne zarządzanie czynnikiem ludzkim w placówkach medycznych i szpitalach (Klamek 2008).

3. ZAŁOŻENIA TEORETYCZNE BADAŃ WŁASNYCH

W niniejszej pracy założono, iż jeżeli większość działań podejmowanych przez jednostkę ukierunkowanych jest na zaspokajanie potrzeb to prawdopodobnie, zadania realizowane w pracy również mają na celu zaspokojenie określonych potrzeb jednostki.

Zgodnie z tym, co twierdził Maslow, potrzeby zaspokajane są w sposób hierarchiczny i są to kolejno: potrzeby fizjologiczne, bezpieczeństwa, przynależności, szacunku oraz samoaktualizacji (Nieckarz 2011). Założono więc, iż głównym źródłem motywacji, jest zaspokojenie indywidualnych potrzeb personelu medycznego. Prawdopodobnie, pewność pracy oraz zarobki finansowe, są dla pracowników istotnym elementem, ponieważ umożliwiają zaspokojenie fundamentalnych potrzeb fizjologicznych. Potrzeba bezpieczeństwa w środowisku pracy, może oznaczać zapewnienie o zatrudnieniu, dostęp do ubezpieczeń zdrowotnych oraz pewność otrzymania emerytury w późniejszych etapach życia. Potrzeba przynależności może być zaspokojona dzięki tworzeniu sieci relacji z pracownikami organizacji oraz uczestnictwu w organizacji. Potrzeba szacunku dla własnej osoby w środowisku zawodowym może odnosić się do wykonywanej roli na określonym stanowisku pracy. Potrzeba szacunku może odnosić się do zewnętrznego, materialnego symbolizowania własnego stanowiska, poprzez np. posiadanie samochodu czy własnego gabinetu. W sytuacji pracy, potrzeba samorealizacji może być zaspokajana poprzez podejmowanie się przez jednostkę wykonywania odpowiedzialnych zadań oraz takich zadań, w których zdolna jest osiągnąć sukces.

W związku z powyższym, sformułowano 4 hipotezy: H1: Potrzeby samorealizacji, należące do hierarchii potrzeb Maslowa, najbardziej motywują lekarzy medycyny do pracy. H2: Lekarze należący do różnego rodzaju specjalizacji różnią się pod względem spostrzegania czynników motywujących ich do pracy. H3: Lekarze posiadający różny stopień wykształcenia różnią się pod względem spostrzegania czynników motywujących ich do pracy. H4: Wiek różnicuje spostrzeganie motywującej roli poszczególnych potrzeb według hierarchii Maslowa.

Celem przeprowadzonych badań było zweryfikowanie powyższych hipotez oraz zweryfikowanie, jakie czynniki wpływają na motywację do pracy lekarzy medycyny według ich własnej percepcji

4. METODOLOGIA BADAŃ

W badaniach, które zostały przeprowadzone w listopadzie 2012 roku, uczestniczyło 84 lekarzy zatrudnionych w szpitalu wojewódzkim. W grupie tej znalazło się 51 kobiet (60,7%) i 33 mężczyzn (39,3%). 43 osoby (51,2%) mieściły się w przedziale wiekowym od 25 do 44 lat. 41 badanych (48,4%), znajdowało się w przedziale wiekowym od 45 do 64 lat. Większość badanych, bo aż 41 osób (48,8%), posiadało tytuł naukowy lekarza z ukończoną specjalizacją 2 stopnia. Najmniej badanych, bo tylko 4 osoby (4,8%), posiadały ukończoną specjalizację 1 stopnia. W grupie osób badanych było też 24 lekarzy medycyny (28,6%) oraz 15 lekarzy (17,9%) posiadających tytuł doktora nauk medycznych. 45 osób badanych (53,6%) posiadało specjalizację niezabiegową, natomiast 39 osób badanych (46,4%) posiadało specjalizację zabiegową.

W badaniu zastosowano Kwestionariusz Motywacji do Pracy Lekarzy Zatrudnionych w Szpitalu, który stanowi opracowanie własne. Kwestionariusz składa się z pięciu podskal dotyczących kolejno: Potrzeb Fizjologicznych, Potrzeb Bezpieczeństwa, Potrzeb Przynależności, Potrzeb Szacunku oraz Potrzeb Samorealizacji. Na każdą z podskal przypada po 5 twierdzeń co łącznie stanowi 25 itemów w całym kwestionariuszu. Zadaniem osób badanych było zaznaczenie, w jakim stopniu wymienione w kwestionariuszu czynniki w pozytywny sposób wpływają na ich motywację do pracy, posługując się skalą od 1 do 5, gdzie 1 oznacza – *na pewno nie pływa*, zaś 5 – *zdecydowanie wpływa*.

5. WYNIKI BADAŃ

W celu zweryfikowania postawionych hipotez, uzyskane wyniki badań zostały poddane analizie statystycznej. Wyniki analiz statystycznych uzyskano przy użyciu pakietu statystycznego STATISTICA.

Hipoteza, która zakładała, iż potrzeby samorealizacji, należące do hierarchii potrzeb Maslowa, najbardziej motywują lekarzy medycyny do pracy, nie potwierdziła się. W celu zweryfikowania danej hipotezy, obliczono korelacje między motywacją a poszczególnymi kategoriami potrzeb. Analiza statystyczna wykazała, iż z oceną motywacji w największym stopniu koreluje potrzeba przynależności ($r=0,394$; $p<0,01$), następnie potrzeba szacunku ($r=0,350$; $p=0,001$) i samoreali-

zacji ($r=0,328$; $p=0,002$). Z oceną motywacji, w mniejszym stopniu koreluje potrzeba fizjologiczna ($r=0,238$; $p=0,029$) oraz potrzeba bezpieczeństwa ($r=0,232$; $p=0,034$).

Hipoteza, która zakładała, iż lekarze należący do różnego rodzaju specjalizacji, różnią się pod względem spostrzegania czynników motywujących ich do pracy, potwierdziła się częściowo. Motywacja do pracy koreluje dodatnio z potrzebami przynależności ($r=0,474$; $p=0,002$), szacunku ($r=0,425$; $p=0,007$) i samorealizacji ($r=0,375$; $p=0,019$) w grupie lekarzy ze specjalizacją zabiegową. Natomiast w grupie lekarzy posiadających specjalizację niezabiegową, nie ma żadnych korelacji. Stwierdzono, iż hipoteza potwierdziła się częściowo, gdyż w części skal zanotowano korelacje, natomiast w części nie.

Hipoteza, która zakładała, iż lekarze posiadający różny stopień wykształcenia, różnią się pod względem spostrzegania czynników motywujących ich do pracy, nie potwierdziła się. W celu określenia, czy są istotne różnice pomiędzy wyróżnionymi grupami, wykonana została MANOVA. Wynik MANOVA dla efektu głównego wykształcenie jest nieistotny ($p=0,977$), co oznacza, że czynnik wykształcenie nie różnicuje istotnie wyników w zakresie potrzeb.

Hipoteza, która zakładała, iż wiek różnicuje spostrzeganie motywującej roli poszczególnych potrzeb wg hierarchii Maslowa, nie potwierdziła się. Nie wykazano istotnych różnic między wiekiem a poszczególnymi grupami potrzeb.

Wyniki analiz statystycznych w większości nie potwierdziły postawionych hipotez badawczych. Jedna hipoteza, została potwierdzona częściowo. Uzyskane wyniki poddać można wszechstronnej interpretacji.

6. INTERPRETACJA SYNTETYCZNA UZYSKANYCH WYNIKÓW BADAŃ

Celem pracy było określenie jakie czynniki wpływają na motywację do pracy lekarzy medycyny według ich własnej percepcji.

Wyniki uzyskane na podstawie Kwestionariusza Motywacji do Pracy Lekarzy Zatrudnionych w Szpitalu korelowały między sobą w celu udowodnienia postawionych hipotez. Hipoteza 1 zakładała, iż potrzeby samorealizacji, należące do hierarchii potrzeb Maslowa, najbardziej motywują lekarzy medycyny do pracy. Hipoteza 2 zakładała, że lekarze należący do różnego rodzaju specjalizacji różnią się pod względem spostrzegania czynników motywujących ich do pracy. Według hipotezy 3, lekarze posiadający różny stopień wykształcenia różnią się pod względem spostrzegania czynników motywujących ich do pracy. Natomiast według ostatniej, hipotezy 4, wiek różnicuje spostrzeganie motywującej roli poszczególnych potrzeb wg hierarchii Maslowa. 1,3 oraz 4 hipoteza nie potwierdziły się. Hipoteza 2 potwierdziła się częściowo.

Na podstawie uzyskanych danych nie można potwierdzić hipotezy, iż potrzeby samorealizacji, należące do hierarchii potrzeb Maslowa, najbardziej motywują leka-

rzy medycyny do pracy. Wyniki badań świadczą o tym, iż potrzeby przynależności, należące do hierarchii potrzeb Maslowa, najbardziej motywują lekarzy medycyny do pracy. Następnie potrzeby szacunku, samorealizacji, a najmniej potrzeby fizjologiczne oraz bezpieczeństwa. Zawód lekarza zaliczany jest do „zawodów zaufania publicznego”. Przypuszcza się, iż prawdopodobnie wpływa to na motywację do pracy lekarzy medycyny. Świadomość, iż należą do tej kategorii zawodów sprawia, iż lekarze wykonują swoje zadania w sposób profesjonalny i rzetelny. Przypuszcza się, iż to motywuje ich do pracy oraz do prawidłowego i oddanego wypełniania własnych obowiązków. Ponadto istotnym wydaje się, iż nawiązanie dobrych, wzajemnych kontaktów z współpracownikami wpływa pozytywnie na efektywność pracy lekarzy. Niezaspokojenie potrzeb przynależności może skutkować zamknięciem się w sobie czy samotności, co może negatywnie odbić się na funkcjonowaniu człowieka w środowisku pracy oraz jego efektywności.

Wyniki uzyskane w badaniu częściowo potwierdziły hipotezę, iż lekarze należący do różnego rodzaju specjalizacji różnią się pod względem spostrzegania czynników motywujących ich do pracy. W pracy wykazano, iż jako istotnie wpływające na motywację do pracy lekarzy medycyny uznano potrzeby przynależności, szacunku i samorealizacji jedynie w grupie lekarzy ze specjalizacją zabiegową. Natomiast w grupie lekarzy posiadających specjalizację niezabiegową nie wykazano takich korelacji. Literatura nie tłumaczy danych zależności. Niemniej jednak wydaje się, iż lekarze posiadający specjalizację zabiegową posiadają wyższy status społeczny, gdyż ich praca wymaga wielu umiejętności, doświadczenia i w większości przypadków decyduje o życiu pacjentów. W związku z tym przypuszcza się, iż lekarze tychże specjalności posiadają stosunkowo wyższe wynagrodzenie finansowe oraz posiadają zabezpieczenie w formie pewności zatrudnienia. Ponadto, wykonywanie tak odpowiedzialnej pracy wymagało od danej grupy ciągłego zdobywania kolejnych stopni specjalizacji i naukowych. W związku z tym większość potrzeb została już zaspokojona, w odróżnieniu do lekarzy wykonujących specjalizacje niezabiegowe. Tak więc prawdopodobnie, czynnikami motywującymi lekarzy zabiegowych do pracy są potrzeby wyższego rzędu.

W pracy wykazano brak związku pomiędzy różnym stopniem wykształcenia lekarzy medycyny, a różnym spostrzeganiem czynników motywujących ich do pracy. Przypuszcza się, iż na taki wynik mógł mieć wpływ fakt, iż grupy osób o różnym poziomie wykształcenia były nierównoliczne. Liczebność między grupami waha się od 4 do 41 osób, czyli różni się 10-krotnie. Prawdopodobnie miało to wpływ na uzyskane wyniki badań. Ponadto, modyfikujący wpływ mogły mieć cechy osobowościowe lekarzy.

Wyniki badań nie potwierdziły hipotezy, iż wiek różnicuje spostrzeganie motywującej roli poszczególnych potrzeb wg hierarchii Maslowa. Literatura nie tłumaczy danych zależności. Niemniej jednak przypuszcza się, iż różne, niezależne od osoby badanej czynniki mogły w sposób bezpośredni lub pośredni wpłynąć modyfikująco na uzyskane wyniki korelacji statystycznych w badanej grupie. Zmienne te, jak również ich warianty mogą dokonywać różnych kombinacji oraz oddziaływać na siebie w zróżnicowany sposób.

LITERATURA

1. Bańka, A., Psychologia organizacji, w: Psychologia. Podręcznik akademicki, Stralau, J., Tom 3, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2007, s. 329-333.
2. Baran, A., Milewicz, T., Mozolewski, P., Systemy motywacyjne a praca lekarzy w polskiej opiece zdrowotnej, w: Zdrowie i Zarządzanie, tom VI, 3-4/2004.
3. Bartkowiak, G., Psychologia zarządzania, Zachodnie Centrum Organizacji Sp. Z o.o., Zielona Góra 2003, s. 157-184.
4. Griffin, R., W., Podstawy zarządzania organizacjami, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1998, s. 446-447.
5. Klamerek, A., Zarządzanie czynnikiem ludzkim w opiece zdrowotnej, w: Pielęgniarstwo Polskie, 4(30), 2008, s. 311-316.
6. Klich, J., Motywowanie finansowe personelu, w: Zdrowie i Zarządzanie, 1/2004, tom IV.
7. Kulinięc, A., Czynniki wspierające efektywność pracy lekarza medycyny estetycznej, w: Academy of Aesthetic and Anti-Aging Medicine, 3/2010.
8. Mokrzyzewski, A., Wenzel, M., Krajewski, R. Agresja wobec lekarzy, w: Gazeta Lekarska, 2008, 4: s. 6-7.
9. Nieckarz, Z., Psychologia motywacji w organizacji, Wydawnictwo Difin SA, Warszawa 2011.
10. Stralau, J., Psychologia. Podręcznik akademicki. Tom 3. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2007.
11. Szymańska, M., Koszty emocjonalne wyboru zawodu lekarza, w: Gabinet Prywatny, Nr 8/2006.
12. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 Nr 112 poz. 654, Art. 2, pkt 1)
13. Wilczek-Rużyczka, E., Plewa Z., Wypalenie zawodowe u pracowników ochrony zdrowia, w: Medycyna Rodzinna, 3/2008.
14. Wnuk R., S., Lekarze: Skąd pochodzimy? Kim jesteśmy? Dokąd idziemy?, w: Postępy w nefrologii i nadciśnieniu tętniczym, T. 7, Kraków 2008.
15. Wrzeciono, B., Wartości i czynniki wpływające na motywację do pracy lekarzy rodzinnych, w: Lekarz Rodzinny, ROK XI, NR 10, PAŹDZIERNIK 2006.