

MACIEJ WALKIEWICZ<sup>1</sup>, KATARZYNA SOWIŃSKA<sup>2</sup>, MAŁGORZATA TARTAS<sup>1</sup>,  
MARCIN CHARCZYŃSKI<sup>3</sup>

**JAKIMI KOLEGAMI I KOLEŻANKAMI SĄ STUDENCI MEDYCyny?  
FUNKCJONOWANIE W GRUPIE STUDENTÓW  
WYDZIAŁU LEKARSKIEGO I ENGLISH DIVISION GDAŃSKIEGO  
UNIwersYTETU MEDYCZNEGO**

**WHAT KIND OF COLLEAGUES ARE THE STUDENTS OF MEDICINE?  
THE TEAM ROLES AMONG MEDICAL STUDENTS STUDYING AT THE  
MEDICAL UNIVERSITY OF GDANSK, POLAND**

<sup>1</sup> Katedra Psychologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego  
kierownik: prof. dr hab. Mikołaj Majkowicz

<sup>2</sup> Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego  
kierownik: dr hab. Andrzej Chamienia

<sup>3</sup> Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień w Gdańsku  
dyrektor: mgr Jacek Sękiewicz

Celem pracy jest przedstawienie typowych ról zespołowych oraz porównanie różnic pomiędzy studentami medycyny z Wydziału Lekarskiego i English Division Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Mocnymi stronami badanych, jako współpracowników są przede wszystkim ich wysokie zdolności organizacyjne. Uwaga badanych koncentruje się jednak przede wszystkim na indywidualnym, a nie zespołowym aspekcie pracy. Studenci English Division różnią się jednak od studentów Wydziału Lekarskiego. Są bardziej zdeterminowani, aby posiadać wpływ na tworzenie celów i wynik działań grupy. Posiadają większą gotowość do pokonywania monotonii i braku efektywności. Problematyczna natomiast może być czasem ich większa skłonność do prowokowania innych, irytacji i niepokoju. Studenci Wydziału Lekarskiego są natomiast spokojniejsi, bardziej pewni siebie, bardziej zdyscyplinowani i silniej skoncentrowani na określonych celach. Jednocześnie są bardziej ostrożni przy podejmowaniu decyzji. Potrafią także bardziej efektywnie wykorzystać zasoby zespołu dostrzegając mocne i słabe strony każdego z jego członków, czerpiąc tym samym z ich indywidualnego potencjału. Nie potrafią jednak równie skutecznie, jak studenci English Division motywować innych do działania, a ich dodatkową słabością jest przeciętny poziom kreatywności.

## WSTĘP

Problematyka pracy zespołowej wydaje się często niedocenianym obszarem badań dotyczących zawodów medycznych. W profesjach tych efektywna współpraca zespołu terapeutycznego związana jest nie tylko z satysfakcją pracowników, ale także, co wydaje się najważniejsze z wyższą jakością opieki nad pacjentami [1, 11]. Poszczególne specjalizacje medyczne różnią się jednak pod tym względem. Jakość współpracy zespołowej w dyscyplinach zabiegowych stanowi większą wartość i jest wyżej oceniana przez anestezjologów niż chirurgów i pielęgniarki [9]. Zaobserwować można także pewien dysonans w opiniach na temat jakości współpracy zespołowej. Pielęgniarki wyżej oceniają współpracę pomiędzy sobą niż z chirurgami, podczas gdy chirurdzy lepiej oceniają współpracę między sobą niż sądzą pielęgniarki. Intrygujące jest także to, że młodzi lekarze są znacznie bardziej zadowoleni ze współpracy z pielęgniarkami niż ich starsi koledzy [5, 15].

Stanowisko na temat pracy zespołowej związane jest także z płcią badanych. Studentki kierunków medycznych są bardziej pozytywnie nastawione i widzą więcej korzyści ze współpracy zespołowej niż mężczyźni [20]. Być może dla mężczyzn bardziej istotny jest aspekt rywalizacyjny. Warto także zwrócić uwagę, że niezwykle ważnym i niedocenianym czynnikiem związanym z wykonywaniem zawodów medycznych jest wsparcie społeczne. Samotni pracownicy sektora ochrony zdrowia zwykle są bardziej emocjonalnie wypaleni [14 19]. Należy także podkreślić, że wśród profesji medycznych brak wsparcia społecznego ze strony współpracowników jest jednym z podstawowych predyktorów wypalenia zawodowego [6, 12].

Kluczem do odpowiedniego doboru zespołu terapeutycznego, pomijając oczywiście kwalifikacje merytoryczne pracowników, jest selekcja osób o odpowiednich cechach osobowościowych. Użyteczna do analizowania potencjalnej współpracy w zespołach medycznych może być koncepcja ról zespołowych Meredith Belbin'a, wywodząca się z obszaru psychologii zarządzania zasobami ludzkimi [2, 3, 21]. Autor definiuje rolę, jako „wzór charakterystycznych zachowań członka zespołu, wyznaczający kierunek interakcji z innymi, przyczyniający się do rozwoju zespołu jako całości” [21]. W modelu wyróżniono osiem następujących ról zespołowych:

„Praktyczny organizator” (Company Worker) – to osoba konserwatywna i obowiązkowa. Posiada umiejętność do przekształcania planów na praktyczne działania i realizuje je w systematyczny oraz efektywny sposób. Mocnymi stronami „Praktycznego organizatora” są wysokie zdolności organizacyjne, zdrowy rozsądek oraz zdolność do samokontroli. Cechuje go jednak brak elastyczności i niechęć do wprowadzania zmian, a także nowych pomysłów.

„Naturalny lider” (Chairman) – potrafi efektywnie wykorzystać zasoby zespołu dostrzegając mocne i słabe strony każdego z jego członków, jednocześnie czerpiąc tym samym z ich indywidualnego potencjału. Nadzoruje sposób osiągania przez grupę wyznaczonych celów. Cechuje go spokój, pewność siebie, zdyscyplinowanie i silna koncentracja na określonych celach. Słabością „Naturalnego lidera” może być jednakże raczej przeciętny poziom kreatywności.

„Człowieka akcji” (Shaper) – wyróżnia chęć wywierania wpływu na tworzenie celów i priorytetów grupy oraz na wynik jej działań. Stawia wyzwania, jest energiczny. Korzystna dla zespołu może być gotowość „Człowieka akcji” do pokonywania bezczynności, przeciwdziałania braku efektywności i samozadowoleniu. Problematyczna może być natomiast jego skłonność do prowokowania innych, tendencja do irytacji i niepokoju.

„Siewca” (Plant) – to indywidualista tworzący nowe pomysły i strategie działania. Wprowadza swoją wizję rozwiązania poprzez grupowe podejście do problemu na zasadzie konfrontacji.

Typową dla niego cechą jest niekonwencjonalność, a jego mocnymi stronami są wyobraźnia, intelekt i zwykle duża wiedza merytoryczna. Możliwymi słabościami tego typu roli zespołowej są trudności w koncentracji na celu i pomijanie istotnych szczegółów.

„Człowiek kontaktów” (Resource Investigator) – charakteryzuje się tym, że analizuje i przytacza informacje dotyczące pomysłów, stanu wiedzy i działań na zewnątrz zespołu. Dzięki swojej komunikatywności nawiązuje przydatne dla grupy kontakty poza jej obrębem i może pełnić np. rolę negocjatora. Jest opisywany jako ekstrawertyk i ciekawy świata entuzjasta. Reaguje jednak na nowe wyzwania jednocześnie szybko tracąc zainteresowanie poprzednimi.

„Sędzia” (Monitor-Evaluator) – to osoba, która dzięki umiejętnej analizie i ocenie problemów i pomysłów przyczynia się do lepszego przygotowania grupy do podjęcia rozsądnej decyzji. Charakterystycznymi cechami „Sędziego” są ostrożność oraz racjonalne i pozbawione emocji podejmowanie decyzji. Nie potrafi jednak motywować innych do działania.

„Człowiek grupy” (Team Worker) – jest łagodny, wrażliwy i lojalny wobec grupy, a jego uwaga i zainteresowanie koncentruje się przede wszystkim na społecznym aspekcie pracy. „Człowiek grupy” wspiera innych członków zespołu, zapobiega konfliktom, pogłębia współpracę i poprawia komunikację. Jego mocnymi stronami są empatia oraz umiejętność integrowania grupy. Do ewentualnych słabości zaliczyć można brak stanowczości w sytuacjach kryzysowych.

„Perfekcjonista” (Completer-Finisher) – jest sumienny, rzetelny, uporządkowany, nastawiony na terminowość i wysoką jakość wykonywanych zadań. Realizuje założone cele jednak jego skłonność do koncentrowania się na nieistotnych dla ukończenia zadania szczegółach może utrudniać kontakty i działanie grupy. Ponadto może wykazywać tendencje do martwienia się drobiazgami i pozostawania w stanie napięcia [2, 3, 16, 21].

Badania wskazują, że skład zespołu jest ważną zmienną determinującą jego efektywność. Istotna jest pewna równowaga w pełnionych rolach. Uważa się, że dany pracownik skłonny jest przyjmować i efektywnie pełnić najczęściej tylko jedną z ról, tzw. rolę preferowaną. Jednakże w zależności od sytuacji możliwe jest tymczasowe przyjęcie innej roli. Sugeruje się, że aby skład zespołu pozwalał na optymalną współpracę powinien obejmować: jednego lidera („Naturalny Lider” lub „Człowiek Akcji”), jedną osobą innowacyjną (np. „Siewca”). W efektywnie funkcjonującym zespole możliwa natomiast jest większa liczba osób w pozostałych rolach [4].

## CEL PRACY

Celem prezentowanej pracy jest przedstawienie typowych ról zespołowych oraz analiza różnic pomiędzy studentami medycyny z Wydziału Lekarskiego i English Division Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

## MATERIAŁ I METODY

### Osoby badane

Grupę badawczą stanowili studenci medycyny na kierunku polskojęzycznym (Wydział Lekarski) oraz anglojęzycznym (English Division), N=140, średnia wieku M=23,01 ( $\pm 2,61$ ). W grupie było 28 studentów medycyny z pierwszego oraz 35 z piątego roku, a także 37 studentów English Division z pierwszego i 40 piątego roku. Udział w badaniu był dobrowolny,

anonimowy i odbywał się w przerwach między zajęciami na uczelni. Z badanymi kontaktowała się osoba, która nie była pracownikiem uczelni.

### Metoda

Do oceny poszczególnych ról w grupie wykorzystano Kwestionariusz Ról Zespołowych autorstwa Belbin'a. Metoda ta pod nazwą „Kierowanie Zespołem – Kwestionariusz Samo-oceny” została przetłumaczona przez Kożusznik [16]. Inwentarz pozwala na określenie cech i predyspozycji osób badanych jako przyszłych członków zespołów. Polskie badania wykazały dobre właściwości psychometryczne skali [21]. W celu porównania badanych grup, zastosowano test t-Studenta.

### WYNIKI

Rolami zespołowymi najczęściej deklarowanymi przez studentów English Division są w następującej kolejności: „Człowiek akcji”, „Praktyczny organizator”, „Perfekcjonista” oraz „Sędzia”. Rolami najrzadziej deklarowanymi są: „Naturalny lider”, „Człowiek grupy” i „Człowiek kontaktów” (tab. I).

Tabela I. Porównanie średnich wyników ról wśród studentów Wydziału Lekarskiego i English Division

Table I. Team roles among medical students

| ROLE ZESPOŁOWE<br>TEAM ROLES                | ENGLISH DIVISION<br>N=77 |            | WYDZIAŁ LEKARSKI<br>N=63 |            | t<br>(f=98) | p     |
|---------------------------------------------|--------------------------|------------|--------------------------|------------|-------------|-------|
|                                             | Kolejność<br>Order       | M±SD       | Kolejność<br>Order       | M±SD       |             |       |
| Człowiek akcji<br>Shaper                    | 1                        | 11,32±7,03 | 5                        | 7,98±6,61  | 3,337       | 0,001 |
| Praktyczny organizator<br>Company Worker    | 2                        | 10,10±4,57 | 3                        | 9,54±5,28  | 0,787       | 0,432 |
| Perfekcjonista<br>Completer-Finisher        | 3                        | 9,70±6,83  | 2                        | 10,13±5,30 | -0,468      | 0,640 |
| Sędzia<br>Monitor-Evaluator                 | 4                        | 8,99±4,88  | 1                        | 12,71±6,53 | -4,594      | <,001 |
| Siewca<br>Plant                             | 5                        | 8,04±5,40  | 7                        | 6,76±4,87  | 1,690       | 0,093 |
| Człowiek kontaktów<br>Resource Investigator | 6                        | 7,81±5,11  | 8                        | 6,58±4,13  | 1,781       | 0,076 |
| Człowiek grupy<br>Team Worker               | 6                        | 7,81±5,82  | 6                        | 7,13±5,31  | 0,838       | 0,403 |
| Naturalny lider<br>Chairman                 | 7                        | 5,73±4,51  | 4                        | 9,26±5,28  | -5,036      | <,001 |

Rolami zespołowymi najczęściej deklarowanymi przez studentów Wydziału Lekarskiego są natomiast: „Sędzia”, „Perfekcjonista”, „Praktyczny organizator” i „Naturalny lider”, a najrzadziej: „Człowiek kontaktów”, „Siewca” oraz „Człowiek grupy”.

Studenci anglojęzyczni (English Division) charakteryzują się statystycznie istotnie wyższym niż studenci Wydziału Lekarskiego poziomem kompetencji w zakresie roli „Człowiek Akcji” i niższym poziomem kompetencji w zakresie roli „Sędziego” oraz „Naturalnego lidera”.

## DYSKUSJA

Role zespołowe charakteryzujące wszystkich badanych studentów medycyny to: „Perfekcjonista”, „Praktyczny organizator”. Natomiast najmniej typowymi rolami zespołowymi wśród badanych są „Człowiek grupy”, „Człowiek kontaktów” i „Siewca”. Można zatem stwierdzić, iż generalnie wśród badanych studentów medycyny, niezależnie od trybu studiów, najbardziej typowe cechy to: obowiązkowość, sumienność, rzetelność, uporządkowanie, nastawienie na terminowość i wysoką jakość wykonywanych zadań oraz ich konkretny efekt. Badani studenci medycyny posiadają umiejętność przekształcania planów na praktyczne działania i realizują je w systematyczny oraz efektywny sposób. Ich mocnymi stronami są: wysokie zdolności organizacyjne oraz umiejętność samokontroli. Jednakże, niekiedy ich skłonność do koncentrowania się na nieistotnych dla ukończenia zadania szczegółach może utrudniać kontakty i działanie grupy. Cechuje ich również stosunkowo niski poziom elastyczności i niechęć do wprowadzania zmian oraz nowych pomysłów. Są raczej konserwatywni i konwencjonalni. Ponadto studenci medycyny mogą wykazywać tendencje do zbyt długotrwałego przeżywania drobnych niepowodzeń oraz pozostawania w stanie przedłużającego się napięcia emocjonalnego. Co ważne, ich uwaga i zainteresowanie koncentruje się jednak przede wszystkim na indywidualnym, a nie zespołowym aspekcie pracy. Raczej wartością nie jest dla nich integracja grupy, dobra komunikacja i współpraca oraz zapobieganie konfliktom. Nie są skoncentrowani na tym, by być lojalnymi członkami swoich zespołów. Podobnie do przedstawionych prezentują się inne badania dotyczące współpracy studentów [8, 13] i osób aktywnych zawodowo [7, 10, 17, 22].

Studenci English Division różnią się od studentów Wydziału Lekarskiego większą tendencją do wchodzenia w rolę „Człowieka akcji” i mniejszą tendencją do ról: „Naturalnego lidera” i „Sędziego”. Oznacza to, że prawdopodobnie są bardziej zdeterminowani, aby posiadać wpływ na tworzenie celów i priorytetów grupy oraz na wynik jej działań. Pracując w zespole, stawiają wyzwania i są bardziej energiczni niż studenci Wydziału Lekarskiego. Mają większą gotowość do pokonywania monotonii, przeciwdziałania braku efektywności i samozadowoleniu innych członków grupy. Problematiczna natomiast może być czasem ich większa niż polskojęzycznych studentów skłonność do prowokowania innych i niepokoju. Studenci polskojęzyczni (Wydział Lekarski) deklarują, że są spokojniejsi, bardziej pewni siebie, zdyscyplinowani i silniej skoncentrowani na określonych celach. Jednocześnie są bardziej ostrożni, asekuracyjni przy podejmowaniu decyzji. Potrafią także bardziej efektywnie wykorzystać zasoby zespołu dostrzegając mocne i słabe strony każdego z jego członków, czerpiąc tym samym z ich indywidualnego potencjału. Nie potrafią jednak równie dobrze, jak studenci English Division motywować innych do działania, a ich dodatkową słabością jest niższy poziom kreatywności. Odwołując się do informacji przedstawionych we wprowadzeniu, dotyczących optymalnej równowagi pełnionych ról grupowych, z pewnym prawdopodobieństwem można przewidywać,

że w zespołach medycznych znajdzie się nadreprezentacja lekarzy silnie skoncentrowanych na indywidualnych celach, z tendencją do bycia liderami tych zespołów i raczej niskim poziomem lojalności w stosunku do innych członków zespołu [4].

Wydaje się, że warto byłoby podkreślać znaczenie umiejętności pracy zespołowej już podczas podstawowego treningu w okresie studiów. Pomocne mogłoby być położenie większego nacisku na pracę grupową w formie np. zaliczania przedmiotów na podstawie zespołowo realizowanych zadań. Należałoby wzmacniać etos współpracy zamiast promowania indywidualistycznych zachowań i wzmacniania rywalizacji. Notabene zwraca na to uwagę także ustawodawca w swoich dyrektywach dotyczących standardów kształcenia dla kierunku lekarskiego. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 r. podkreśla szczególne znaczenie dla studentów medycyny: znajomości zasad pracy w grupie (D.W15); znajomości zasad altruizmu i odpowiedzialności klinicznej oraz świadomości zasad funkcjonowania zespołu terapeutycznego (D.W14); roli komunikacji ze współpracownikami zespołu, udzielania konstruktywnej informacji zwrotnej i wsparcia (D.U11); a także umiejętności współpracy z przedstawicielami innych zawodów w zakresie ochrony zdrowia (K08).

W ramach studiów medycznych realizowanych przez Gdański Uniwersytet Medyczny wytyczne te wprowadzane są w życie podczas obowiązkowego kursu z „Psychologii w medycynie”, który odbywa się na drugim roku studiów. W ramach przedmiotu praktyczne kompetencje studentów weryfikowane są m.in. przygotowanym przez nich w podgrupach filmem prezentującym modelowe budowanie relacji z pacjentem. Studenci oceniają nawzajem swoje kompetencje komunikacji z pacjentem prezentowane w przygotowanym materiale. Punktem przewodnim tej metody dydaktycznej jest dostarczenie studentom informacji na temat obszarów deficytu w ich funkcjonowaniu w komunikacji z pacjentem, ale także rodziną i współpracownikami. Wydaje się, że mogliby bardziej skorzystać z tego rodzaju doświadczenia, gdyby było ono systematycznie wzmacniane podczas późniejszych, „klinicznych” lat studiów.

Oczywistym ograniczeniem prezentowanej pracy jest wąska grupa badana. Wyniki dotyczą studentów medycyny Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, rozpoczynających i kończących edukację. W przyszłych badaniach należałoby skonfrontować prezentowane wyniki z bardziej liczną, poszerzoną i bardziej zróżnicowaną grupą badanych.

## WNIOSKI

Badani studenci medycyny skupiają się przede wszystkim na indywidualnym aspekcie pracy. Komunikatywność i umiejętności budowania współpracy w zespole są jednoznacznym obszarem deficytu w obu grupach. U studentów polskojęzycznych dominuje tendencja do ostrożności i niskiej kreatywności, podczas gdy studentów anglojęzycznych cechuje przede wszystkim gotowość do działania. Wydaje się, że należałoby rozważyć poświęcenie większej uwagi na kształcenie umiejętności społecznych przyszłych kadr medycznych. Bardziej efektywna współpraca w zespołach terapeutycznych, poza lepszym klimatem samej pracy może także poprawiać jakość opieki nad pacjentami.

## PIŚMIENNICTWO

1. Abualrub R. F., Gharaibeh H. F., Bashayreh A. E.: The relationships between safety climate, teamwork, and intent to stay at work among Jordanian hospital nurses. *Nurs. Forum*, 2012, 47,1, 65. – 2. Belbin R. M.: *Management Teams: Why they succeed or fail*. Wyd 3. Oxford: Butterworths-Heinemann, 2010. – 3. Belbin R. M.: *Team Roles at Work*. Wyd 2. Oxford: Butterworths-Heinemann, 2010. – 4. Boot R. L., Cowling A. G., Stanworth M. J. K.: *Behavioural sciences for managers*. Wyd. 2. London: Arnold, 1988. – 5. Carney B. T., West P., Neily J., Mills P. D., Bagian J. P.: Differences in nurse and surgeon perceptions of teamwork: implications for use of a briefing checklist in the OR. *AORN J.*, 2010, 91, 6, 722. – 6. Dewa C. S., Loong D., Bonato S., Nguyen N. X., Jacobs P.: How does burnout affect physician productivity? A systematic literature review. *BMC Health Serv. Res.*, 2014. – 7. Garber J. S., Madigan E. A., Click E. R., Fitzpatrick J. J.: Attitudes towards collaboration and servant leadership among nurses, physicians and residents. *J. Interprof. Care*, 2009, 23, 4, 331. – 8. Hansson A., Foldevi M., Mattsson B.: Medical students' attitudes toward collaboration between doctors and nurses - a comparison between two Swedish universities. *J. Interprof. Care*, 2010, 24, 3, 242. – 9. Hull L., Arora S., Kassab E., Kneebone R., Sevdalis N.: Assessment of stress and teamwork in the operating room: an exploratory study. *Am. J. Surg.*, 2011, 201, 1, 24. – 10. Jones T. S., Fitzpatrick J. J.: CRNA-physician collaboration in anesthesia. *AANA J.*, 2009, 77, 6, 431.
11. Kalisch B. J., Lee H., Rochman M.: Nursing staff teamwork and job satisfaction. *J. Nurs. Manag.*, 2010, 18, 8, 938. – 12. Kovacs M., Kovacs E., Hegedu K.: Emotion work and burnout: cross-sectional study of nurses and physicians in Hungary. *Croat. Med. J.*, 2010, 51, 5, 432. – 13. Laschinger H. K., Weston W.: Role perceptions of freshman and senior nursing and medical students and attitudes toward collaborative decision making. *J. Prof. Nurs.*, 1995, 11, 2, 119. – 14. Meeusen V., Van Dam K., Brown-Mahoney C., Van Zundert A., Knape H.: Burnout, psychosomatic symptoms and job satisfaction among Dutch nurse anaesthetists: a survey. *Acta Anaesthesiol. Scand.*, 2010, 54, 5, 616. – 15. Nathanson B. H., Henneman E. A., Blonaisz E. R., Doubleday N. D., Lusardi P., Jodka P. G.: How much teamwork exists between nurses and junior doctors in the intensive care unit? *J. Adv. Nurs.*, 2011, 67, 8, 1817.
16. Psychologia w pracy menedżera. Pod red. B. Korzusznik. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 1994. – 17. Rieck S. Critique of 'nurse-physician collaboration: a comparison of the attitudes of nurses and physicians in the medical-surgical patient care setting'. *Medsurg. Nurs.*, 2007, 16, 2, 119. – 18. Street D., Cossman J. S.: Does familiarity breed respect? Physician attitudes toward nurse practitioners in a medically underserved state. *J. Am. Acad. Nurse Pract.*, 2010, 22, 8, 431. – 19. Śliwinski Z., Starczynska M., Kotela I., Kowalski T., Kryś-Noszczyk K., Lietz-Kijak D., Kijak E., Makara-Studzinska M.: Life satisfaction and risk of burnout among men and women working as physiotherapists. *Int. J. Occup. Med. Environ. Health*, 2014, 27, 3, 400. – 20. Wilhelmsson M., Ponzer S., Dahlgren L. O., Timpka T., Faresjo T.: Are female students in general and nursing students more ready for teamwork and interprofessional collaboration in healthcare? *BMC Med. Educ.*, 2011, 11, 15.
21. Witkowski S., Ilski S.: Walidacja Kwestionariusza Ról Zespołowych: A Self-Perception Inventory R.M. Belbina. *Przegl. Psychol.*, 2000, 43, 1, 47. – 22. Yildirim A., Ates M., Akinci F., Ross T., Selimen D., Issever H., Erdim A., Akgun M.: Physician-nurse attitudes toward collaboration in Istanbul's public hospitals. *Int. J. Nurs. Stud.*, 2000, 42, 4, 429.

M. Walkiewicz, K. Sowińska, M. Tartas, M. Charczyński

WHAT KIND OF COLLEAGUES ARE THE STUDENTS OF MEDICINE? THE TEAM  
ROLES AMONG MEDICAL STUDENTS STUDYING AT THE MEDICAL UNIVERSITY  
OF GDANSK, POLAND

Summary

The team working seems to be an underestimated subject in medical profession research. Effective co-operation of the therapeutic team is associated with the satisfaction of employees, but also with higher quality of patient care. The goal of this paper was to present common team roles among medical students and to analyse differences. The study involved a group of 140 medical students from Medical University of Gdansk, Poland from two different departments, studying in Polish language and English language (English Division, students from abroad). The study reveals that medical students as co-workers are focused on the individual aspect of work. Communicative skills and ability to cooperate are the area of deficit in both research groups. Polish students have a tendency to cautiousness associated with lower creativity. Meanwhile English speaking students develop a great tendency to act. It seems that more developed social skills training is needed during medical education.

Adres: dr Maciej Walkiewicz

Katedra Psychologii GUMed

ul. Tuwima 15, 80-210 Gdańsk

e-mail: walkiewicz@gumed.edu.pl