

# **Medisinstudenters motiver for valg av studieretning**

- en komparativ studie blant norske og  
palestinske studenter

MED-3950 5.-årsoppgave –  
Profesjonsstudiet i medisin ved  
Universitet i Tromsø

Hanne Bain, med.stud  
mk-08

Veileder: Torsten Risør

Tromsø, vår 2013

# Resymé

Denne oppgaven bygger på kvalitative intervju av medisinstudenter. Oppgaven tar utgangspunkt i studenter som deltok på NorPal-Sawa sommer 2012, et samarbeidsprosjekt mellom norske og palestinske medisinstudenter. Oppgaven har to hensikter; innsyn i hvordan et vitenskapelig prospekt planlegges, gjennomføres og rapporteres med særlig fokus på det kvalitative forskningsintervju. Dernest å undersøke og dele erfaringer og tanker angående valg av studie og veien videre, med utgangspunkt i to studentgrupper med forskjellig kulturell bakgrunn. I oppgavens analyse del har jeg særlig valgt å legge vekt på medisinstudenters motiver for å velge medisin som studium.

Det viste seg at det er forskjeller mellom norske og palestinske studenter i motiver for å studere medisin. Det nevnes at gode karakterer, muligheten til studiet, foreldreinnflytelse og medisin som et høystatusyrke var årsaker til at de palestinske studentene ønsket å studere medisin. Hos de norske var mulighetene med høyere utdanning et av de viktigste momentene. Videre ble det pekt på faglig interesse og at yrket ga mange friheter til å dyrke fagfelter innenfor studentenes interesser. De svar som ble gitt, ble tolket i sammenheng med Maslow behovshierarki. Det viste seg at de norske studentene hadde flere momenter som kunne tilskrives øverste del av pyramiden, mens de palestinske studentene ga inntrykk av at medisinstudiet var en vei til økonomisk sikkerhet, status og prestisje.

# Innholdsfortegnelse

Resymé.....	s. 2
Introduksjon.....	s. 4
Metodevalg.....	s. 6
- Forarbeid.....	s. 6
- Feltarbeid.....	s. 7
- Informanter.....	s. 9
- Samtalen.....	s. 10
- Analysearbeidet.....	s. 11
Resultater/analyse.....	s. 12
- Motivasjonsteori.....	s. 12
- Motiver for studiet.....	s. 12
- Tanker om alternative studieretninger.....	s. 17
- Tanker om medisinstudiet.....	s. 18
- Tanker om framtida og spesialisering.....	s. 20
- Tanker om legeyrket.....	s. 23
- Oppsummering.....	s. 25
Diskusjon.....	s. 27
Referanser.....	s. 32

# Introduksjon

Bakgrunnen for oppgaven var en selvbetragtning over mine egne motiver for valg av legestudiet. Jeg startet medisinstudiet som 20-åring, rett fra videregående skole. I prosessen med å velge et yrke var jeg nokså bestemt i min sak; det var lege jeg ville bli. I løpet av studiet har jeg hatt flere runder med meg selv der jeg har gått tilbake og tenkt; hvorfor valgte jeg egentlig dette studiet igjen? Når jeg ser tilbake, var det nok en kombinasjon av faktorer som medførte at jeg valgte den medisinske veien. Min far er lege og har utvilsomt hatt innflytelse på mitt valg. Jeg hadde gode nok karakterer til å komme inn på studiet. I tillegg følte jeg at det i mange tilfeller var forventet at jeg, som legedatter, skulle starte på medisinstudiet. Kommentarer som "du skal vel bli lege du da?", kom ofte fra venner, lærere og familiemedlemmer. Og slik ble det til at jeg høsten 2008 startet på medisin ved Universitet i Tromsø. Jeg husker fortsatt den første dagen på medisinstudiet. Vi hadde presentasjonsrunde av klassen der alle skulle si litt om seg selv og oppgi sine grunner for valg av medisin, og hva de eventuelt kunne tenkt seg etter endt studie. Jeg kan huske at flere oppga "muligheten til å hjelpe" som årsak til studieretning, og at man ønsket å dra ut, for eksempel med Leger uten Grenser. Etter hvert som årene med studier har forløpt har jeg fått mer innsikt i hva legejobben innebærer og hvilke muligheter innenfor den medisinske verden som finnes. Jeg har gjennom studiet fått reist til blant annet Sør Afrika, Oman og Malawi, og gjennom opplevelser og møter med andre mennesker, medisinstudenter inkludert, har jeg blitt nysgjerrig på begrepet "å hjelpe". Det er med denne bakgrunnen jeg har valgt å rette søkelyset på medisinstudenter og deres motiver for studievalg. I oppgaven har jeg valgt å fokusere på norske og palestinske studenter, to grupper med ulik kulturell bakgrunn. Oppgaven baserer seg på kvalitative intervjuer med studenter som deltok på et frivillig prosjekt på Vestbredden, Palestina, sommeren 2012. Jeg vil forsøke å besvare problemstillingen: Er medisinstudenter mer bevisste på sitt yrkesvalg fordi de har et ønske om å hjelpe?

Utdanningsvalg er godt beskrevet innenfor det sosiologiske fagfeltet. Det finnes to anerkjente teorier om utdanningsvalg [1]. Den ene bygger på Pierre Bourdieu teori om at studenter ikke innehar forutsetninger til å ta selvstendige valg, men at deres yrkesvalg er allerede bestemt utfra faktorer studenten selv ikke regjerer over. Med de ytre faktorer, eller *habitus* som Bourdieu beskriver, menes sosial klasse og oppvekst. Likeså har man på den andre side Raymond Boudon som omtaler studenten som en rasjonell aktør. Studenten tar

sine valg basert på interesser og frie valg. De to teoriene er vel anerkjent blant sosiologer verden rundt og brukes til å forklare de forskjeller og tendenser man ser i utdanningssystemer. Det er dog i siste årene lagt mer vekt på at man må se de yngres valg av yrke med hensyn til deres kulturelle bakgrunn. Herunder spiller foreldrenes utdanningsnivå og inntekt en spesiell rolle [1].

I "Livsstrategier og utdannelsesvalg" av Zeuner og Linde har man sett på de fenomener som ligger til grunn for at videregående elever i Danmark velger som de gjør. Undersøkelsen tar utgangspunkt i at elevene er bundet til kulturelle forhold slik Bourdieu baserer sin teori på. Boken konkluderer med at studenter i videregående skole i stor grad velger utdanning ut fra det de betegner som livsstrategier, strategier som legger grunnlaget for hvordan tilværelsen bør forme seg, og kunnskapsidealer, hvilken kunnskap man skal tilegne seg for å oppnå den ønskete tilværelsen. Man konkluderer med at utdanningsvalget faller på bakgrunn av personlige interesser og livsstrategier, og at foreldrebakgrunnen har mindre å si for valget. Men grunnet studiets limitering kan man heller ikke utelukke at elevene influeres av ytre faktorer senere [2].

Litteratur som berører medisinstudenters motivasjon for det medisinske studiet tyder på at det i hovedsak er den idealistiske tilnærmingen til faget som er den største motivasjonen for å studere medisin. [3] [4] [5, 6] [7]. Basert på en amerikansk studie fra 1992, beskriver Sadeghi-Nejad [3] at tjeneste til menneskeheten alltid har vært og er fortsatt den primære motivasjonen for å studere medisin. Etter kvinners inntog i medisinen har forskningen også vært rettet mot om det finnes forskjeller i menns og kvinners motiver. Litteraturen spriker derimot i to retninger på dette området. Noen studier peker på at det er en reell forskjell mellom kvinner og menn. Generelt konkluderes det med at kvinner fokuserer mer på idealistiske faktorer, mens menn i større grad vektlegger finansielle og status/prestisje aspekter ved legeyrket [8]. Andre studier peker i den andre retningen: at det ikke er signifikant forskjell mellom kjønnene. Den australske studien av førsteårsstudenter ved Universitetet i Sydney viste at både kvinner og menn rangerte ønsket om å hjelpe som den viktigste motivasjonsfaktoren, tett fulgt av intellektuell utfordring og naturvitenskapelighet [4]. I Norge utførte man i 1999 en kohort-studie av 1. årsstudenter ved alle 4 universiteter som tilbyr medisinsk profesjonsstudium. Man fant at kvinnelige studenter scoret høyest på den idealistiske/person-orienterende motivasjonsfaktoren, men at de i tillegg vektla status/sikkerhet og vitenskapelig interesse i like stor

grad som de mannlige studentene [5]. Spriket i litteraturen forklares blant annet av ulik sosial rekruttering til studiet og sosiale normer i henhold til kjønnsideal, samt i metodologien som studiene baserer sine teorier på. Studentene som forskningen søker svar i, er i ulike forløp av utdanningen. Videre viser det seg at studenter endrer sitt syn på legeyrket etter hvert som de introduseres for klinikken og arbeidet. Prekliniske studenter ser legeyrket i en begrenset dimensjon; de aktiviteter en lege omfatter seg med, relasjonen til pasienten og hvilke personlighetstrekk og ferdigheter en lege bør ha. En klinisk student legger heller vekt på de sosiale aspektene av yrket [9]. Dette kan tyde på at den idealistiske tankegangen som ligger til grunn for å søke seg til medisinstudiet, endres underveis i utdanningen.

## METODEVALG

Med utgangspunkt i problemstillingen og oppgavens tittel var det naturlig å velge intervju som arbeidsmetode. Kvalitative data består av tekst fra samtaler og observasjoner, mens kvantitativ metode bygger på tall. Kvalitativ metode er en egnet vei til kunnskap når problemstillingen belyser menneskelige egenskaper, erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger og holdninger. Det er ved bruk av kvalitative metoder som kunnskapskilde man kan få innsyn i hvorfor mennesker gjør som de gjør [10]. I løpet av studiet har jeg som student stort sett bare vært introdusert for den kvantitative metoden, der man beregner, måler og forklarer utfra de numeriske data som foreligger. Å prøve meg på samtalen som arbeidsredskap virket dermed lærerikt og spennende.

Jeg har valgt å intervju to grupper medisinerstudenter; norske og palestinske. Formålet med dette var at jeg ønsket å lage en komparativ studie da jeg syntes det kunne virke spennende å se hvorvidt miljø og sosial bakgrunn kunne ha noe å si for valg av studiet. Underveis i oppgaven vil jeg belyse ulike aspekter som kom fram i intervjuene med relevant litteratur om temaet, og dermed også forsøke å nyansere min problemstilling.

### **Forarbeid**

Vårsemesteret 2011 gikk med til arbeid av prosjektbeskrivelse og utvikling av problemstilling. Etter endt utvekslingsopphold i Sør Afrika ville jeg gjerne utdype meg i global helse og da spesielt medisinstudenter som deltok i frivillige prosjekter. Min opprinnelige

problemstilling var "hva vil det si å hjelpe?" og oppgaven var tenkt å belyse medisinstudenters motivasjon for studiet, frivillig arbeid og legeyrket. Det var også denne problemstillingen jeg hadde som utgangspunkt da jeg intervjuet studentene i Palestina. Jeg var forberedt på å måtte endre eller avgrense problemstilling etter endt intervjurunde avhengig av hva studentene fortalte.

I forarbeidet laget jeg en intervjuguide som skulle virke som en pekepinn for samtaleemner. Intervjuguiden var ikke ment som et manuskript, men heller som en veiledning til meg som intervjuer. Dette omtales i litteraturen som et semistrukturert intervju. I følge Malterud er hovedmålet i intervjuer å forsøke å komme frem til ny kunnskap, og dette gjøres best dersom man lar intervjuobjektet tale fritt, og at man kommer med oppfølgingsspørsmål der dette er naturlig. Til forskjell kan strukturerte intervju, der man bruker intervjuguiden som en oppskrift, virke som en statisk prosess og mye informasjon kan gå tapt [10]. Intervjuguiden ble utarbeidet våren 2012 med god hjelp fra veileder Torsten Risør. Han kom også med tips til hvordan det kvalitative intervjuet burde utføres.

Relevant litteratur i forbindelse med de temaer jeg belyser er delvis hentet gjennom usystematiske søk i databaser og referanser til litteratur i artikler. Litteratur ble lest i forkant og i etterkant av intervjuet. Denne type informasjonssøk var lærerik og ga meg en pekepinn på hvilke temaer jeg eventuelt skulle vektlegge ved intervjuet. Litteraturen som jeg fant var i stor grad konsentrert rundt motiver for å søke medisin, og intervjuguiden ble dermed også tillagt vekt på dette. Som et ledd i forberedelsen leste jeg også litt om Palestinas historie og Israel-Palestina-konflikten. Eugene Rogans "Araberne" om arabisk historie fra 1500-tallet og fram til i dag kom godt til nytte.

### **Feltarbeid**

Feltarbeidet består av prosessen med innsamling og bearbeiding av data [10], i denne sammenhengen virker intervjuene med studentene som det første trinnet i samlingen av data som senere skal struktureres og gis mening i analyse-prosessen. Intervjuene ble utført ved An-Najah National University på Vestbredden, Palestina, sommeren 2012. Intervjuobjekter ble valgt strategisk utfra deltakelse på prosjektet NorPal Sawa, et samarbeidsprosjekt mellom nmf, Medfred og IFMSA-Nablus. Prosjektet foregår over 4 uker i juli der 10 norske og 10 palestinske studenter deltar i prosjektet. Deltakerne

lærer om Israel-Palestina konflikten, dens historiske bakgrunn, flyktningsituasjonen og helse-og humanitære forhold på Vestbredden. Dette skjer ved at studentene deltar i workshops, hospiterer på sykehusene i Nablus og arrangerer sommerleir for palestinske barn i en flyktningleir i Nablus.

Jeg og en klassevenninne som skrev 5. årsoppgave om helse og fredsarbeid, dro til Palestina siste uken av prosjektet. Jeg dro til Vestbredden via Tel-Aviv, Israel. Da vi ankom Nablus og NorPal Sawa var studentene i gang med å avslutte sommerleiren for de palestinske barna i flyktningleiren Balata, Vestbreddens største flyktningleir i forhold til befolkningstall: 24 000 innbyggere bor tett i leiren som måler 2,5 kvadratkilometer. Leiren ble etablert i 1950 som et resultat av de urolighetene som opprettelsen av staten Israel medførte da den erklærte seg selvstendig 14. mai 1948. Den erklærte selvstendigheten medførte at den arabiske ligaen erklærte krig mot Israel, i det som ble kjent som Selvstendighetskrigen. Krigen varte i nesten ett år og det ble dannet midlertidige grenser mellom Israel og Palestina. Transjordan kontrollerte Vestbredden og Øst-Jerusalem, og Gaza-stripen forelå under Egypt. I dag er det flere flyktningleirer på Vestbredden og Gaza-stripen, og vel 5 millioner flyktninger lever i dag i leirer som Balata. Disse flyktningene anser de landområder som de måtte flykte fra som sine egne, og har fortsatt et sterkt ønske om å returnere til sine hjem. Fortsatt er ett av de viktigste stridsspørsmålene i Palestina-Israel-konflikten hva som skal skje med de palestinske flyktningene.

Midtøsten-området og de politiske urolighetene som preger hverdagen der har røtter langt tilbake. Historiske kilder tilsier at Palestina har vært tilholdssted for det ottomanske, syriske, babylonske, romerske og det bysantinske rike. Palestina var rundt første verdenskrig befolket av arabere, og utgjorde regionen mellom Middelhavet og elva Jordan. Regionen var midlertidig administrert under England. I 1917 fastslo Balfouererklæringen at britene støttet sionistenes syn på at jødene burde få sitt eget nasjonalhjem. Dette medførte en immigrasjon av jøder fra ulike deler av verden til Palestina. Utover de neste tiårene og fram til Andre Verdenskrig ble antallet jøder doblet. Ved starten av 1940 utgjorde jødene 16,1 % av folketallet. I etterarbeidet med å rette opp nazistenes grusomheter mot jødene under 2. verdenskrig tok arbeidet med å skape et jødisk hjemland til. I 1948 overlot britene ansvaret over det Palestinske mandatet til FN, som foreslo en to-statsløsning. Jødiske ledere godtok avtalen, mens arabiske myndigheter avviste forslaget. Staten Israel ble opprettet og utgjorde etter selvstendighetskrigen 78 % av det opprinnelige Palestina [11].



Fra 1967 og fremover var Midtøsten involvert i flere sammenstøt mellom arabere, i henholdvis Syria, Egypt og Libanon, og Israel. Fredsforhandlinger mellom Palestina og Israel har ikke ført frem til en løsning på konflikten. Osloavtalen<sup>1</sup> fra 1993, som for mange israelere og palestinere var håpet på en endelig løsning, har ikke blitt fulgt opp. I dag er de palestinske områdene fortsatt inndelt i område A, B og C. Jeg var tre dager i Nablus, som sammen med de store palestinske byene som Bethlehem, Hebron og Ramallah utgjør område A. Området styres av den palestinske selvstyremyndigheten. Område B – områdene rundt de store byene – ligger under palestinsk selvstyre, men med større israelsk myndighet. I område C, som utgjør de israelske bosetningene og små palestinske landsbyer, har Israel rettigheter i form av både sivil og militær administrasjon. Israel kontrollerer til tross for internasjonalt press, store deler av de palestinske områdene. I dag utgjør A-området 17,2 % av de okkuperte områdene, B-områdene og C-områdene 82,8 %. Den systematiske utbyggelsen av israelske bosetninger og byggingen av en 5 meter høy sikkerhetsmur mellom Palestina og Israel, også kjent som "the apartheid wall" blant de lokale, bidrar til at man som reisende får følelsen av et land under okkupasjon med stadig strengere ferdselsområder og innskrenket rettigheter. Jeg tilbrakte noen dager i en landsby utenfor Ramallah, tre dager i Nablus og tre dager i Jerusalem, byen som mange ser på som selve symbolet på konflikten. Møtet med Vestbredden, høye murer, kontrollposter, autoritære israelske soldater og religiøs fundamentalisme var på mange måter en vekker for meg. De palestinske studentene jeg møtte var optimistiske med tanke på fremtiden, men preget av undertrykkelse i et overbefolket land der deres landområder stadig blir mindre.

### **Informanter**

Informantene ble valgt ut fra prinsippet om "snowball eller chain sampling" [12]. I forkant av reisen til Palestina etablerte jeg kontakt med en av de norske deltakerne og hun anbefalte hvilke studenter som kunne tenke seg å bli intervjuet. Totalt ble 4 medisinstudenter intervjuet. 2 deltakere fra Norge og 2 deltakere fra Palestina, to av hvert kjønn. Studentene, både norske og palestinske, stilte seg positive

---

<sup>1</sup> Osloavtalen: en avtale mellom PLO, Palestine Liberation Organization, og Israel hvor målet var at palestinerne gradvis skulle få selvstyre på Vestbredden og i Gaza. Avtalen satte rammer for Israelsk tilbaketrekking av de okkuperte områdene over 5 år, men stipulerte ikke opprettelse av egen Palestinsk stat eller håndtering av israelske bosetninger på de palestinske områdene.

til forespørsel om å bli intervjuet. Grunnet kort tid og hektisk program ble de to palestinske studentene rekruttert som intervjuobjekter til både min og en annens medisinstudents oppgave.

Informantene består av en homogen gruppe i forhold til klassetrinn, alder og sosial bakgrunn. Aldersfordelingen sprer seg fra 22 til 26 år, og tilsvarende klassetrinn fra fullførte andre til tredje år på medisin. Ingen av informantene er legebarn, men kommer fra familier der begge foreldre har vært i arbeid nå eller tidligere. De to palestinske studentene hadde begge fedre med høyt rangerte akademiske stillinger. Informantene presenteres nedenfor. Jeg har valgt å gi informantene fiktive navn videre i oppgaven.

*"Mohammed"* er 22 år og er født i Detroit Michigan. Han har vokst opp med sine palestinske foreldre i USA, der faren jobbet som kjemiker. Han flyttet til Palestina som 17-åring grunnet studier. Far jobber nå som professor ved Universitetet i Nablus, og moren er pensjonert medisinsk labtekniker. Han har to yngre søstre, hvorav en av dem nylig startet medisinstudiet.

*"Hajer"* 21 år, født i Jerusalem. Studerer andre år på medisin. Hun har 5 søstre, ingen brødre. Hun er nummer 2 i søskenrekka. Hennes eldre søster studerer økonomi ved Birzeit Universitet. Far jobber som ingeniør og mor er pensjonert lærer.

*"Kari"* er 24 år og er ferdig med sitt tredje studieår på medisin ved Universitetet i Tromsø. Hun tok 1 år mellom videregående og oppstart av medisinstudiet der hun blant annet jobbet med frivillige prosjekter. Far er lærer og mor jobber innenfor eiendomsbransjen.

*"Ola"*, 26 år fra Oslo. Han har før medisinstudiet tatt en bachelor i statsvitenskap, samt studert ett år journalistikk. Han har studert 3 år i Oslo, og har videre valgt å ta ett permisjonsår for å ferdiggjøre en mastergrad i internasjonale relasjoner. Faren har ingen høyere utdanning, men jobber som transportkoordinator innenfor shippingbransjen. Mor er utdannet sykepleier og jobber som klinikkdirektør i sykehus.

### **Samtalen**

Intervjuet med de palestinske studentene forgikk på engelsk med hver student separat. De palestinske informantene ble intervjuet sammen med en medstudent fra Norge grunnet kort tid og hektisk program.

Intervjuguiden satte rammer for hvilke samtaleemner som ble tatt opp, men der det var naturlig med oppfølgingsspørsmål ble dette stilt. Med de norske studentene prøvde jeg i hovedsak å få til en diskusjon i smågrupper. Grunnet tett program foregikk intervjuene mellom aktiviteter, helst på en restaurant. Jeg ville gjerne at intervjuet skulle foregå i en avslappet atmosfære og at informanten ikke oppfattet samtalen som et avhør. Samtalen ble tatt opp på bånd, og hvert intervju ble transkribert i løpet av høsten 2012, og deretter slettet.

### **Analysearbeidet**

Bearbeidelsen av intervjuene ble gjennomført våren 2013 etter endt praksisperiode. Intervjuene ble lest flere ganger og det dannet seg etter hvert et bilde av forskjeller mellom de norske og de palestinske studentene, samt de temaer som gikk igjen i hvert enkelt intervju. Det var særlig fem temaer som gikk igjen; det første var motivasjon for medisinstudiet, videre alternative studier, medisinstudiet, tanker om framtida og spesialisering og refleksjoner omkring legeyrket. I den kvalitative metode er det beskrevet at man må tilpasse problemstillingen utfra de svar som kommer frem i intervjuene [10]. Oppgavens tema og den opprinnelige problemstillingen ble da endret til "er medisinstudenter mer bevisste på sitt yrkesvalg fordi de har et ønske om å hjelpe?".

Informantene ga ulike svar om hvert tema og det var særlig forskjell mellom norske og palestinske studenter. I tillegg kunne man ane en forskjell mellom kjønnene. I analyse-delen er den informasjonen som studentene gir forsøkt satt i sammenheng med Maslows kjente motivasjonsteori om at behov er hierarkisk fremstilt. Ved gjennomgang av intervju-teksten, viste det seg at de norske studentene scorete høyere på den øverste del av Maslow pyramide, mens de palestinske studentene ga inntrykk av mer elementære behovsårsaker til medisinstudiet.

Ved presentasjon av data vil jeg legge vekt på det studentene forteller. Jeg har derfor valgt å ikke oversette det de palestinske studentene beskriver, for å bevare den muntlige overleveringen så nøyaktig og direkte som mulig. Der det er foretatt forkortninger er deler av setninger tatt ut for å få et bedre helhetsinntrykk, men den antatte forståelsen er forsøkt holdt intakt.

## RESULTATER OG ANALYSER

I følgende avsnitter vil jeg presentere innholdet i intervjuene. Informantenes meninger er organisert i temaer som kom frem under analyseprosessen, der det er hovedvekt på motiver for medisinstudiet, men jeg vil også utforske tanker om legerollen, framtida og spesialisering og sette dette i sammenheng med motiver for å søke medisin.

### **Motivasjonsteori**

Motivasjon er et samlebegrep for de krefter som igangsetter og vedlikeholder atferd og gir atferden retning. Der er flere motivasjonsteorier som beskriver menneskers atferd og forsøker å forklare hvorfor vi handler slik vi gjøre. Motiver derimot beskriver hva som ligger til grunn for motivasjonen [13]. Begrepene motivasjon og motiver brukes ofte om hverandre, men det er viktig å skille dem, og jeg vil heretter bruke motivasjonsteorier til å beskrive de ulike motivene til medisinstudentene.

En av de mest aksepterte og anerkjente teoriene er beskrevet av den amerikanske psykologen Abraham Maslow. På 1950-tallet presenterte han Maslows pyramide, et system basert på hierarki av behov [14]. På bunnen av pyramiden finnes de fysiologiske behovene, som mat, drikke og søvn. Videre følges sikkerhetsbehov, behov for sosial kontakt og tilhørighet, og respekt og anseelse. På toppen rager vekstbehovet. Den øverste delen av pyramiden, behovet for utvikling og vekst inndeles videre inn i tre subkategorier; kognitive- og estetiske behov og ønske om selvrealisering. Maslow mente at mennesket måtte få tilfredsstilt, helt eller delvis, behovene nederst i pyramiden før behovene høyere opp i pyramiden gjorde seg gjeldende. I følge Maslow vil en mann som mangler mat, sikkerhet og respekt være mest i nød etter mat. Likeså vil en som er høyere opp i den hierarkiske fremstillingen av behov alltid etterstrebe behov som enda ikke er tilfredsstilt.

### **Motiver for medisinstudiet**

Studentene nevnte ulike årsaker til at de bestemte seg for å studere medisin. Hos de norske studentene nevnes i stor grad muligheten for autonomi i legeyrket og i studietiden. I tillegg nevnes nysgjerrighet for faget, både hos norske og palestinske studenter. Bare en av de norske

studentene nevnte arbeidet med mennesker som en faktor for å starte studiet. De palestinske studentene fremhevet vitenskapelig interesse for faget, sikkerhet og muligheten for studiet basert utfra gode karakterer.

Det er særlig de kvinnelige informantene som nevner nysgjerrighet for faget som årsak til at de først vurderte medisin.

*Hajer: «Number one is out of curiosity. I am very curious to know exactly how everything in the human body. I like really, really wanted to know it. (...) It is going to be so much fun knowing all these things. Plus I had really high grades in high school»*

*Kari: «Jeg syntes biologi var så utrolig morsomt, spesielt sitronsyresyklus, nerdete som jeg var. Det starta faglig, at det her har med kroppen å gjøre også videre».*

Maslow beskriver behovet for å forstå som ett av tre ledd i kategorien selvaktualisering. Å anskaffe seg kunnskap og å systematisere universet rundt seg er, i følge Maslow, teknikker som kan brukes for å oppnå lavere basalbehov eller, for den intellektuelle personen, en metode å oppnå sitt eget potensiale [14].

Litteraturen gir også en pekepinn om at vitenskapelig interesse er en svært hyppig årsak til at elever velger den medisinske studieveien. På 1970-tallet, med økende prosentandel kvinner på medisinstudiet, fant man at nysgjerrighet for faget, sammen med ytre påvirkning, var en av de hyppigste årsakene til at kvinner valgte medisin. [15]. De mannlige deltakerne nevnte midlertidig ikke interesse for faget som årsak til medisinstudiet. Ifølge en del studier viser det seg at menn i større grad enn kvinner tidligere har valgt legeyrket da det ble sett på som en vei til finansielle goder, status og prestisje [4, 8]. Mohammed har vokst opp i USA, og beskriver hvordan det har påvirket hans syn på medisinstudiet.

*Mohammed: «Medicine was the one profession I've never heard anyone mock, and American TV-shows portrayed doctors in such an exciting, but sometimes excessive, light».*

Videre forklarer han at medisinstudiet er kjent for å være et vanskelig og hardt studie, og at kampen om plassene på medisinstudiet er tøff.

*Mohammed: «I have many American relatives and friends who have entered or have tried to enter medical school. They've all convinced me it is near impossible to get in, there is a lot of competition, it requires endless hours of dedication etc. So when I had the chance to start medicine in Palestine with less competition I took the opportunity because I didn't want to take it for granted and I had to appreciate what so many hard working students don't get a chance at».*

Utsagnet kan vitne om at det ligger en viss prestisje og status i legeyrket, samt at den harde konkurransen om studieplassen medfører til å øke dette inntrykket. Det er ikke beskrevet i litteraturen de psykologiske motivene for å velge et studium med høye inntakskrav. Men man kan ta lærerutdanningen som et eksempel på hvordan forsøk på innskjerping av opptakskrav og innføring av flere studieår, har bidratt til å øke populariteten og gjøre studiet mer attraktivt for studenter [16, 17]. Overførbarheten om at høye poengsum bidrar til et mer attraktivt studium er derfor ikke neglisjerbar, og det kan tenkes at medisinstudiet kan bidra til å styrke studentens selvbekreftelse.

I "Motivation and Personality" beskrives selvfølelse-behovene som et ønske om en stabil, vanligvis høy vurdering av seg selv. Maslow klassifiserer dette i to subgrupper; ønske om tilstrekkelighet, mestring og kompetanse, deretter ønsket om status, berømmelse, ære, takknemmelighet eller oppmerksomhet fra andre. Ved å oppnå disse elementene medfører det at personen føler seg verdsatt og utvikler selvtillit og karakterbygging. Det kan tenkes at medisinstudiet kan virke i den retningen, slik som Pål Gulbrandsen påpeker under et foredrag ved Filosofisk Poliklinikk i Bergen, "en ytterligere forsterkning av et sterkt selv, for andre kan det være redningen for et skjørt selv" [18].

Ved spørsmål om foreldrene kan ha hatt innvirkning på studievalg, forteller Mohammed:

*Mohammed: «I am my parents only son. It is my duty as a family member to always climb the social ladder (...) When I carry my fathers name on, am I going to carry it as a doctor or whatever?»*

Hajer nevner også at foreldrene hadde et ønske om at hun skulle studere medisin, men stiller seg mer nøktern til at deres påvirkning har hatt avgjørende innvirkning på hennes valg.

*Hajer: «My parents wanted me to become a doctor long time ago but when I finished high school they gave me the choice to study whatever I wanted to ... and I chose to study medicine because I like it and I find myself in it and they encouraged me afterwards»*

I utdanningsteorier er studentenes sosiale bakgrunn, det vil si foreldrenes yrkes- og sosioøkonomiske forhold, et sentralt tema for å forstå utdanningsvalg. Som nevnt innledningsvis er det arven fra Pierre Bourdieu, som satt på spissen mener at studentens valg er intet annet enn et produkt av sin kultur. Han opererer med begrepet kulturell kapital. Med dette menes den kulturelle last og erfaring studenten tilegner seg fra hjemmet. Et barn fra høyere sosiale lag er i større grad skikket for å lykkes på skolen, i samfunnet og i sosiale lag [1] [2, 19, 20].

Det er påvist at den sosiale rekrutteringen til høyere utdanning er skjev, og skjevfordelingen kommer spesielt godt frem i medisinstudiet. I Masteroppgaven til Wiers-Jensen, "Rekruttering til medisinstudiet", sammenligner hun tall fra andre universitetsstudenter og medisinstudenter. Hos universitetsstudenter i aldersgruppen 19-30 år var det 49,8% som hadde en far med høyere utdanning, tilsvarende var denne andelen 67 % på medisinstudiet [19]. Videre pekes det på at det er særlig legebarn som søker seg til medisinstudiet [21]. Faget har altså en tendens til egenrekruttering og skjev sosial fordeling. Noen av teoriene bak dette ligger i at opptakssystemet ble strammet inn i 1995, og ytterligere i 2002. Privatskole og gjenopptakelse av fag har vært et viktig medium for å komme inn på medisinstudiet, og det er satt i sammenheng med at foreldre fra høyere sosiale lag har større mulighet til å bidra økonomisk til dyre privatisteksamener. Dette, og det faktum at barn i stor grad blir eksponert for legeyrket, enten fra foreldre eller gjennom oppveksten, øker sannsynligheten for at man starter studiet [20]. Jeg poengterer at disse konklusjonene gjelder spesifikt for Norge og kan ikke overføres til de Palestinske studentene ettersom det er andre opptakssystemer der. Jeg kunne ikke finne tilsvarende forskning på forhold som kunne forklare den sosiale rekrutteringen i Palestina. Likevel kan man anta at de sosiale rekrutteringsmodeller er gyldige i

større og mindre grad. Det er likeså viktig å diskutere hvorvidt sosial bakgrunn er avgjørende eller bare spiller en medvirkende årsak til at studenter velger de utdanninger som de gjør. Man kan i alle fall kanskje med sikkerhet si at kulturell bakgrunn skaper bedre rammevilkår i oppveksten. I tillegg kan det tenkes at det i større grad stilles høyere forventninger til studentene fra foreldre og nærmiljø. Mine informanter hadde alle foreldre som hadde jobbet, men de palestinske studentene kom fra familier med noe høyere utdanning enn de norske. Det kan jo så diskuteres om at Norge har vært flinke på å gi like muligheter for alle i skolen, eller om der også foreligger en grad av selvbestemmelse med forankring i ønske om høyere sosial posisjon, slik som Boudon beskriver.

De norske studentene poengterte at medisinstudiet åpnet for mange muligheter, både under og etter studiet. Kari beskriver at foruten faglig interesse, var det mulighetene som høyere utdanning ga som virket attraktivt.

*Kari: "Jeg innså at jeg likte å jobbe med mennesker. Samt syntes jeg at jeg taklet press og blod og sånt (...) Jeg vil si at jeg hadde mer et kall mot å bli lærer. Og når jeg har vært lærervikar har jeg trivdes kjempegodt. Men når nerden kom i meg, så kunne jeg heller få en litt høyere utdanning og utfra dette jobbe utfra interesser"*

*Ola: "Jeg veit egentlig ikke, tror det kom etterhvert. Kanskje faget virket spennende og muligheten for jobb og jobben i seg selv virket bra. Samtidig så hadde jeg venner som gikk medisin, og de hadde mange muligheter (...) iform av utveksling, forskerlinje og slikt".*

Det kan virke som om de norske studentene har valgt medisin fordi at de mener at høyere utdanning åpner flere dører i form av mangfoldighet innenfor fagmiljøer. Ønsket om å kunne drive på med det de i virkeligheten synes er interessant, kan sees på som et behov for å selvrealisere seg selv. "What a man can be, he must be" ifølge Maslow, som beskriver at selvrealisering referer til ens potensiale, og realiseringen av det potensialet. De norske studentene kan muligens dermed plasseres øverst i behovshierarkiet.



Om man skal velge å tro Maslow, kunne man tenke seg at de norske studentene i de fleste tilfeller allerede har tilfredsstilt sine behov om sikkerhet, sosial kontakt og selvtillit. De norske studentene vil i så tilfelle ha et sterkere ønske om å velge utdanning utfra hvor de føler de har mest potensiale. Hos disse studentene virker medisinstudiet i så måte.

## **Tanker om alternative studieretninger**

Når studentene ble spurt om det var andre studieretninger de kunne tenkt seg foruten medisin, svarte 3 av studentene at de hadde vurdert journalistikk. En av studentene nevnte engelsk litteratur utfra interesse.

*Mohammed: «If I were to study in the States a part of me really wanted to study English literature and become a novelist. I like to read literature and I write poetry here and there, but I wasn't that good at it so I really want to study something else».*

*Hajer: «Journalism, because I like speaking and giving my opinions. I like being social with people and asking them questions. But I could not see a future for that profession in our country. So it is better to do something I think I am good at, medicine».*

Svarene fra de Palestinske studentene kan tyde på at de ønsker å sikre seg en trygg fremtid i form av muligheter for jobb og inntekt. De norske studentene gir større uttrykk for at de velger studieretning utfra interesser.

*Kari: «Året før søkte jeg meg inn på journalisthøyskolen, men avslo fordi jeg gadd ikke å bli lokalsvisjournalist. Så tenkte jeg at det var bedre å ta en annen utdanning og skrive i forbindelse med det».*

*Ola: "Jeg gikk 1 år på journalistikk og bachelor i statsvitenskap. Jeg var nokså sikker på at jeg kom inn da jeg først søkte"*

Min tanke bak spørsmålet må sees i sammenheng med min problemstilling: er medisinstudenter mer bevisste på sitt yrkesvalg fordi de har et ønske om å hjelpe? Spørsmålet om alternative studieretninger var ment å avdekke om studentene ville valgt andre humanistiske yrker, i tråd med den medisinske tradisjon. Om journalistikk-studiet fører til et humanistisk yrkesutøvelse har jeg ikke grunnlag for å uttale meg om. Litteratur beskriver elever som hadde vurdert å studere medisin, men endret mening og valgte andre studier. De viktigste årsakene inkluderte at studentene fant andre felt som tilfredsstilte deres vitenskapelige interesser, økonomiske forhold, mangel på autonomi og manglende fritid [22]. Man konkluderte med at de som hadde valgt medisin som yrkesvei måtte ha en sterkere idealistisk tilnærming til faget og et høyere ønske om å hjelpe [6]. Om så skulle være tilfellet, ville man kanskje anta at flere studenter som valgte medisin faktisk valgte yrkesgrupper med en altruistisk yrkesutøvelse. Men min oppfatning av den gjennomsnittlige medisinstudent i Norge er at de i svært sjeldne tilfeller har sykepleier som valg over ønskede yrker, til tross for at det er et yrke som i stor grad møter de samme utfordringene når det gjelder grunnleggende praktiske- og mellommenneskelige ferdigheter, men dog andre arbeidsoppgaver, som legen. Om dette kan tyde på at medisinstudenter også, i tillegg til den idealistiske tilnærmingen, vektlegger andre aspekter som for eksempel jobbmuligheter, respekt og lønnsforhold, kan jeg ikke utfra antakelser og personlig erfaring si med sikkerhet, men at det bør sees i sammenheng med utdanningsvalg, mener jeg er viktig.

## **Tanker om medisinstudiet**

Ved spørsmål om studentene angret på valget av studium, kom det frem at samtlige mente medisinstudiet var nokså krevende og arbeidsmengden til tider overveldende. Man ser likevel en forskjell mellom norske og palestinske studenter. De palestinske studentene ytret mer tilfredsstillelse til tross for høye krav.

*Hajer: "I regret it when I was at first year. Because it took so much time. I was so tired. I wanted to go back to journalism. But no, now I don't regret it. I am just used to the work and the studying"*

*Mohammed: "I mean, sometimes, I wouldnt say regret. Regret is a strong word. But I do get disapointed at times."*

*It is quite a push, it requires quite a lot of dedication, time, studying, and medschool does have it flaws, it is not perfect. But at the end of the day I mean, what is the alternative. I am grateful. In the States it is so much harder. I am in medschool, I am living with my family, I'm doing decently, and if I do become a doctor, I guess it is all worth it"*

Det kan virke som om de palestinske studentene syntes arbeidsmengden i studiet er overkommelig med forventet resultat, det å bli lege. De norske studentene sa at arbeidsmengden og skuffelsen over medisinstudiet var årsaker til at de tidvis angret på studiet. Samtidig gir de uttrykk for at medisinstudiet ikke er eneste alternativ til yrkeslivet.

*Ola: "Ja, opptil flere ganger. Jeg skal ta permisjonsår til høsten. Jeg har lenge vurdert å hoppe av vogna for godt. Medisinstudiet har i mange tilfeller ikke levd opp til forventningene. Mye teori i alle fall, og ikke så mye praksis som jeg skulle ønske, og kreativt er det i alle fall ikke".*

*Kari: Ja, hver eksamensperiode. Nei, men jo, jeg har vært veldig usikker. Jeg har ikke vært konstant fornøyd. Men hver gang jeg reiser ut eller kommer i en annet type spennende situasjon og ser mulighetene fordi de glemmer man når man er midt i studiet"*

Kari peker på et viktig moment i utdanningen: eksamen, også kjent som medisinstudentens skrekkszenario, der kunnskaper som man har tilegnet seg, eventuelt ikke tilegnet seg, i løpet av studieforløpet skal veies, måles og testes. Videre forteller hun om eksamenspress, manglende motivasjon og skrekken for å mislykkes.

*Kari: "Jeg tenkte at dersom jeg stryker på 3. årseksamen så skjønner jeg ikke hvordan jeg skal klare å mobilisere meg til å starte igjen"*

Det er pekt på at medisinstudiet er en systematisk utdanning av kroppsingeniører, og at studiet legger for lite vekt på medisinen som en moralsk gjerning [23, 24]. "Vi blir stadig flinkere til å behandle mennesker og stadig dårligere til å behandle mennesker" skriver Per F. Hjort i Tidsskriftet for Den Norske Legeforening [25]. I utsagnet ligger

det en advarsel om det blir en stadig større kløft mellom den humanistiske tradisjon i medisinen og naturvitenskapen. Manglende vektlegging av humanistiske fag i legeutdanningen forklares utfra den store arbeidsmengden som tilegnes den naturvitenskapelige og biomedisinske sykdomsforståelsen. Dette medfører at etter 6 år på skolebenken er vi flinke på å se kroppen som en maskin bestående av nerver, blodårer, hjerte, hjerne og muskler, men ikke i stand til å se mennesket som maskinen utgjør. Edvin Schei peker på at problemet sitter hos prioriteringene til fakultetet og undervisere, og at medisinstudenter tilegner seg helst den kunnskap som skal til for å stå på eksamen [26]. Mens humaniora er preget av løse svar og kritisk tenking, presenterer basalfag fasitsvar, og dermed optimale grunnlag for eksamensspørsmål. Medisinstudenten mister sin autonomi og evne til refleksjon i studiet, slik som særlig de norske studentene påpeker.

## Tanker om framtida og spesialisering

Under samtalene kom det fram planer om veien videre og herunder tanker om mulige spesialiseringer. Det er særlig de palestinske studentene som virker usikre på fremtiden. De nevner at mulighetene for spesialisering i Palestina er begrenset og at de må spesialisere seg i utlandet eller i Jerusalem. Hajer har blått ID-kort<sup>2</sup> og nevner muligheten for å utøve legegjerningen i Jerusalem.

*Hajer: "I got the blue ID-card so I would like to specialize in Jerusalem. And if I am smart enough or clever enough, I can build a reputation of myself. So if I can build a reputation I will be able to be successful in Jerusalem. If not, I will be like any other doctor. But even though I am like any other doctor it is much better in Jerusalem than in the West Bank. The financial status, the equipment, everything. A doctor can have everything".*

---

<sup>2</sup> Blått ID-kort: Israelske ID-kort ble gitt til de vel 165 000 palestinerne som levde innen de grensene satt i 1948, og som kunne bevise residens i Israel mellom 1948 og 1952. I dag refereres disse som "Arabere-Israelere" eller blant palestinerne selv som "Palestinere på innsiden". De blå ID-kortene har samme farge som Israelske bosettere, og besittere av blått-ID kort har ingen restriksjoner i forhold til bevegelse innad i Israel. Palestinere som bor i Gaza har oransje ID-kort, mens bosettere på Vestbredden har grønt ID-kort. Disse har ikke tilgang til Israel eller Øst-Jerusalem. De grønne og oransje ID-kortene er utfyllt med \*\*\* under kategorien nasjonalitet. 27. Tawil-Souri, H. *Colored Identity - The Politics and Materiality of ID Cards in Palestine/Israel*. 2011.

Jeg vil anta at hun mener i forhold til de rammer som legeyrket bringer: lønnsforhold, diagnostiske verktøy og arbeidsvilkår. Videre forklarer hun at legeyrket på Vestbredden gir sparsomme muligheter.

*Hajer: "If you are in the West Bank, you are just stuck in the West Bank. Or you can go to the Gulf Areas to work. But I think the work is limited for doctors in the West Bank. But like in Jerusalem, you can work in either Arab hospitals or Israeli hospitals or you can open something for yourself, like a clinic. There are more opportunities in Jerusalem as a doctor".*

Det Hajer forteller er en bekymring om sin egen karriere. Dette kan bygges opp av Vestbredden som et usikkert territorie og dens sosiale bilderamme. Maslow poengterer at *"the peaceful, smoothly running, stable, good society ordinarily makes its members feel safe enough from wild animals, extremes of temperature, criminal assault, murder, chaos, tyranny and so on"* [14]. Altså det motsatte av det Palestina representerer; et overbefolket og vanskeligstilt geopolitisk område.

Mohammed har amerikansk pass og kan dermed spesialisere seg i USA. Han nevner at Israel-Palestina-konflikten medfører at han ønsker seg til andre land enn hjemlandet under spesialisering. Likevel nevner begge studentene at de ønsker å returnere til Palestina etter endt spesialisering.

*Mohammed: "If Palestine's social situation remains as it is today, I would very much like to specialize in the States, work in the States, and then when I am economically stable, I would like very much to return to Palestine, perhaps open a clinic of whatever I am doing, and try to help people in some way".*

*Hajer: "My family is here, my future. I don't think I can see my future outside Palestine".*

Maslow mener at sosial tilhørighet, i forhold til familie, venner, idrettsgruppe, vennegjeng, eller i dette tilfellet Palestina som nasjon, er svært viktig for personlig utvikling. I denne sammenhengen kan behovet for å tilhøre komme i uttrykk i Palestinernes patriotisme. Den nasjonalistiske bevegelsen står sterkt i Palestina, og kommer til

uttrykk i skjønnlitteratur, det palestinske flagget og fra palestinerne selv. Det mest klare og synlige symbolet på palestinerens kjærlighet til landet er flagget. Det Palestinske flagget er likt det Jordanske flagget, men uten stjernen. Flagget og dens farger har hatt ulike betydninger, men den moderne tolkningen av flagget er allment akseptert av de fleste palestinerne. Den røde trekanten representerer blodet som har blitt spilt opp gjennom historien. Det sorte er sorgen over de falne i krig og for livet i undertrykkelse. Den hvite delen står for håpet om fred og minnet om at de engang var et fritt folk. Og det grønne representerer jorden og olivenlundene. Også ved gjennomreise i Palestina får man en følelse av en sterk palestinsk identitet og fellesskap. Mohammed påpeker også dette til tross for at han har vokst opp i USA, og forteller at han har sine røtter i Palestina. På spørsmål om målet er å jobbe i Palestina svarer han,

*Mohammed: "Yes, defintly, I've becomed rooted here"*

Ovenfor nevner han også den idealistiske tilnærmingen til å kunne jobbe på Vestbredden. Å hjelpe i denne forstand kan være et ytterligere tegn på nasjonalistisk følelse hos alle palestinere, og et håp om at fremtiden vil se lysere ut enn i dag. Mohammed sier at han synes obstetrikk virker interessant og noe han kunne tenke seg å jobbe med i fremtiden. Han begrunner dette utfra et altruistisk ståsted.

*Mohammed: "When you are helping the mother and the fetus, personally I help the people that deserve it the most, well not the most, but it is a beginning of a new life".*

I sterk kontrast til de palestinske studentene står de norske studentene. De nevner heller muligheten om å spesialisere seg i det de interesser seg for. Som nevnt ovenfor, medisinstudiet for de norske studentene er en måte å bruke de egenskapene man har og forsøke å nå ens potensiale på.

*Ola: "Indremedisin virker utrolig komplekst og spennende. Jeg vil nok jobbe på sykehus framfor i allmennpraksis. Men det er så mange retninger som virker bra. Også de som ikke har med pasienter å gjøre. Det er vel kanskje det som er det beste med medisinen, mange valgmuligheter"*

*Kari: "Jeg har tenkt mye, men jeg er ikke sikker. Jeg synes at jeg har kommet lengst når jeg tenker at jeg skal*

*bruke det jeg har, og det er engasjement for ungdom, lærerspirer-greiene og det globale engasjementet. Jeg må klare å kombinere det på en eller annen måte”.*

Det er forsket mye på hvilke faktorer som avgjør hvilke retninger leger vektlegger i valg av spesialisering. Det synes å være en kombinasjon av ambisjonsnivå og prestisje på den ene siden og livsstil på den andre [28]. Man har rangert de ulike spesialitetene utfra prestisje [29, 30] og konkludert med at kirurgi og indre medisin rangeres som de spesialitetene med høyest status mens psykiatri, sosialmedisin og dermatologi er de med lavest rangering. De funn som ble gjort i studiene er sett i kontekst med i hvor stor grad de ulike retningene er konstruktive, pasient-lege-kontakt, bruk av teknologi og popularitet, men det er fortsatt noe uklarhet i hva som driver leger til å velge de ulike spesialitetene. Album peker på at det finnes sykdommer og spesialiteter som har høyere status fordi det er der legen har størst mulighet til å gjøre en forskjell, eksempler er kardiologi og kirurgi, mens spesialiteter der sykdommen er mer komplekse og vanskelig å løse, for eksempel innen psykiatri og allmenmedisin, har en lavere prestisje [30].

## **Tanker om legeyrket**

Tanker om legeyrket kom fram under intervjuene. Ved spørsmål om de hadde gjort seg tanker om hva legeyrket innebar, beskriver studentene ulike aspekter ved legerollen.

Hajer beskriver ansvaret som en lege har og hva som utgjør en god lege.

*Hajer: ”A doctor is just not in science, it is in personality. He or she should be kind-hearted and not turning into a salesman. And he should not fool his patients (...) everything that a doctor says becomes like something sacred and you should obey it. So it is a huge responsibility. Lives of people between your hands”*

Vi snakker om at hun som fremtidig lege i Jerusalem, vil måtte stå mellom to religioner, to identiteter og to nasjonaliteter, og hun poengterer viktigheten av legens rolle i humanitære kriser.

*Hajer: "If I saw an Arab child suffering and a Jewish child suffering, I would help both. But for example in Gaza, it is natural that you take one side of the civilians, because they are the ones that are being attacked. So it is normal to stay in the side of those who need your help. The Palestinians, they need help".*

Mohammed mener også at legeyrket kan bidra til ytterligere enn helsereelatert arbeide.

*Mohammed: "I believe there is an obligation to kind of improve Palestine in any way we can (...) And from the time being, as a student, a doctor has to do everything he can do for the society".*

De palestinske studentene beskriver hvordan legen kan være et fullverdig og viktig innslag i samfunnet i Palestina. Studentene setter legen som en frelserskikkelse og forbilde, og kan dermed kategoriseres under Maslows estetiske behov, behovet for å omringe seg med kreativitet og skjønnhet. Er det å være lege vakkert? Kommentaren til Mohammed, om at det er viktig å hjelpe de nyfødte, under temaet tanker om framtida og spesialisering ovenfor, kan også gi assosiasjoner til at legen spiller en viktig rolle i begynnelsen av et nytt liv.

Niuwhof gjorde i 2005 en intervju-undersøkelse blant prekliniske og kliniske studenter og turnusleger for å undersøke innsyn i hva legerollen innebar. Det viste seg, ikke overraskende, at første- og andre års studenter ser legeyrket i begrenset antall dimensjoner. Disse inkluderte sosiale aspekter, som kommunikasjon, pasient-lege forholdet og legens kunnskap, ferdigheter og personlighet. De hadde ingen formening om de ulike spesialitetene, foruten "å snakke med pasienten" og "å operere". De kliniske studentene hadde et større referanseområde i forhold til hvilke spesialiteter fantes og arbeidsoppgavene i de ulike retningene. Turnuslegene la særlig vekt på legens arbeidsmessige ramme, som ulikheter mellom spesialiteter, vakter, samarbeid innad på sykehuset osv [9]. Studien er relevant fordi den peker på at begynnende studenter har liten forståelse for yrket før de får en smakebit på livet som praktiserende lege, og det kan virke som at studenter har et rosa inntrykk av legen som menneske og utøver av frelserrollen. Videre åpnet resultatene i studiet for mange tolkninger, blant annet at begynnende studenter vektla arbeidsforhold



mindre enn idealistiske årsaker i valg av karriere, og at dette eventuelt kunne settes i sammenheng med altruistiske motiver for å søke.

Mohammed viser også at han har liten innsikt i hva legen gjør ved spørsmål om han hadde noen tanker om legens arbeidsoppgaver.

*Mohammed: "More or less. I think that becoming a proper doctor takes time, knowledge and experience (...) I do not know how it is to be a doctor, I don't know how it is to have patients coming back and forth. I don't know how much a doctor wants to help the patient or yaunt it beyond his paycheck".*

Videre forklarer han det han tror er legeyrkets essens.

*Mohammed: "Most doctors have that dream, to help people. And I think it sounds pretty good, I'd love to do that one day".*

De norske studentene er mer subjektive i sin rolle som lege, og nevner at de ikke hadde vektlagt det altruistiske perspektivet ved legerollen.

*Kari: Det å forbedre ting, å se fremskritt, synes jeg er inspirerende. På kloss hold, å hjelpe folk, det er ikke noe jeg har tenkt så veldig mye på, men det ligger absolutt der".*

*Ola: Nei, ikke egentlig. Antakeligvis retta mot studiet og jobbmuligheter etterpå. Kanskje jeg tenkte over det, men kan ikke huske at jeg vektla det noe særlig".*

## **Oppsummering**

Gjennom foregående kapittel har jeg presentert studentenes svar og drøftet ulike aspekter av disse ved hjelp av Maslows behovspyramide. Det viser seg at studentenes motiver for medisinstudiet er mange og varierte, og at der er forskjell mellom palestinske og norske studenter. De palestinske studentene er mer motivert av status, prestisje og sikkerhetsmessige årsaker, og det virket som om foreldrene hadde stor innvirkning på deres valg. De norske studentene nevnte årsaker som nysgjerrighet for faget, de mulighetene som faget og legeyrket ga

og autonomi som viktige årsaker til at de valgte medisinyrket framfor andre yrker. Det var bare en som nevnte at hun likte å jobbe med mennesker.

Videre presenterte jeg deres tanker om medisinstudiet, framtida og legeyrket. Også her kunne en se tendens til forskjeller mellom studentene. Palestinske studenter viste en høyere toleranse for at faget var tungt, mens de norske ga mer uttrykk for utilfredshet med studiet, spesielt ble eksamen trukket frem. De norske studentene hadde i løpet av årene på skolebenken vurdert å slutte, og en av dem skulle ta et permisjons år for å fullføre en master i utviklingsstudier. Det kan virke som de norske studentene hadde flere muligheter til å velge utfra interesser og at det er mer akseptert i Norge å hoppe av studium. Ved tanker om framtida snakket studentene om spesialiteter. De norske studentene var ikke sikre på hvilken vei de skulle gå, mens de palestinske ytret mer usikkerhet om hvor de skulle spesialisere. Ingen av dem kunne spesialisere på Vestbredden, men begge hadde mulighet til å dra utenfor for å oppnå spesialisering-kompetanse.

Studentenes tanker om legeyrket viste at de palestinske studentene relaterte sitt fremtidige yrket som en mulighet til å bygge seg en sikker fremtid samtidig som de ønsket å bidra til de palestinske folk. Legen som en viktig samfunnsaktør og debattant ble nevnt, samtidig som det ble pekt på at legen skal være oppriktig, faglig dyktig og et medmenneske. De norske studentene mente at det å hjelpe inngår som del av legeyrket uten at de utdypet dette noe videre.

Jeg har forsøkt å forklare utdanningsvalget ved å vise til Maslows behovspyramide, Pierre Bourdieu og hans kulturteori og Boudons modell om sosial posisjon. Det kunne virke som de palestinske studentene scoret lavere på behovspyramiden og at Boudons teori om statusoppretholdelse var gjeldende. De norske studentenes utsagn ble sett dithen at medisinstudiet for dem var en videreføring og utfoldelse av eget interessefelt og ønske om selvrealisering.

I oppgaven diskuteres også om sosial bakgrunn kan ha noe innvirkning på studentens valg. Det alene kan nok ikke være avgjørende for hva studenten velger, men bør ses som en medvirkende faktor, sammen med oppvekstmiljø og studentens egne preferanser og evnenivå.

Motiver for legeyrket er altså flerfoldige og sjeldent bygget på et eget interessefelt alene. Wiers-Jenssen forklarer i sin masteroppgave at variasjonen i studentens motiver slik; *"Det er et begrenset antall*

*høystatusyrker som gir mulighet til å realisere sterke personorienterte interesser, og det er enda færre høystatusyrker som kombinerer muligheten til å realisere både personorienterte og realfaglige interesser” [19].* Medisin er et studium som har høy oppslutning blant elever og gir muligheten til å dyrke egne interesser, mellommenneskelige ferdigheter og samtidig virke i den hensikt å kunne bidra til stabil og variert yrkesutøvelse.

## DISKUSJON

Innledningsvis startet jeg med å presentere min problemstilling og bakgrunn for oppgave, en selvrefleksjon over mine motiver for studiet. Problemstillingen ”er medisinstudenter mer bevisste på sitt yrkesvalg fordi de har et ønske om å hjelpe?” bærer preg av at jeg stilte spørsmålsteget ved det altruistiske synspunktet for utdanningsvalg, også i forhold til mine egne motiver. I forarbeidet leste jeg litteratur som angikk emnet. Den gjennomgående forståelsen av medisinstudenters motiver var at legeyrket ga mulighet for å arbeide med og for mennesker og muligheten til å tre inn i hjelperollen. Det er kjønnsforskjeller, men mindre enn forventet, ifølge nyere studier [5]. De kvinnelige studentene er mer interessert i å arbeide med mennesker, men er like opptatt av det vitenskapelige og finansielle forhold som menn. Informasjonen som kom frem i mine intervju korrelerer dermed i liten grad til det vi allerede vet. De fleste av studiene som er gjort i forbindelse med medisinstudenters motiver, bygger på kvantitative metoder med spørreskjema. Man kan spekulere om bruk av spørreskjema med svaralternativer kan medføre at man legger ord i munnen på studenten og at det oppstår manglende refleksjon hos studenten.

Informantene i studien har fortalt om sine motiver for medisinstudiet, tanker om framtida, studiet og legeyrket. Informantene var velvillig og åpne om sine erfaringer. En del av informasjonen som kom fram, bekreftet noe av jeg hadde forventet og utfra egne erfaringer kunne relatere til, mens andre forhold var mer overraskende. Det var påfallende at bare en av studentene nevnte menneskelige forhold ved legeyrket som motivasjon for å søke, ved direkte spørsmål på hvorfor de hadde valgt å studere medisin.

Holdningene til medisinstudiet og legeyrket varierte. Alle informantene hadde tanker omkring framtida og hvilke hindre de

kunne møte og de utfordringene som legeyrket byr på. Jeg syntes deres utdanningsvalg i stor grad virket rasjonelle og veloverveide når man analyserte deres svar på spørsmål om alternative studier og spesialiseringspreferanser. De palestinske studentene kunne dog virke noe mer influert av sine foreldre og den vanskelige sosiale situasjonen i Palestina. I oppgaven har jeg ikke diskutert de rammevilkår som studentene har for å kunne fullføre studiet. Da med særlig vekt på finansiering av studiet. De norske studentene har mulighet til statlig støtte via lånekassen, mens de palestinske studentene er støttet av familien. Forskjeller i finansiering kan tenkes å ha en medvirkende årsak på forskjeller i rekrutteringsmønstre.

I samtalene med studentene ble den idealistiske tankegangen nevnt i forbindelse med legerollen, men ble ikke tillagt særlig vekt i motiver for å søke. Ettersom legeyrket i de fleste tilfeller gir et yrkesliv med pasientkontakt, er det blitt pekt på at empati, mellommenneskelige evner og kommunikasjon skal være prioriterte emner i studiet. Det snakkes om "to kulturer", den naturvitenskapelig og den humanistiske, og at det er manglende integrasjon av disse i studiet, samt at den naturvitenskapelige delen av studiet ofte overkjører den humanistiske [31, 32]. Det påpekes at studenter som starter på medisinstudier utvikler seg til kroppsingeniører i løpet av studiet, og at det er særlig de første prekliniske årene som bidrar til dette, også kalt "precynical years". I Norge og i andre land er det forsøkt å integrere de to kulturer ved hjelp av nye studieplaner som introduserer studenten for tidlig pasientkontakt, kommunikasjonstrening og fagintegrering mellom basalfag og klinikk [31]. Intervjuene kan også vitne om at det i større grad bør vektlegges idealisme i medisinerutdanningen. Riktignok bør det nevnes at kritikken ikke er ett nytt fenomen. "Boys in White" fra 1961 er en etnografisk studie av hvordan unge medisinstudenter blir leger. Boken beskriver hvordan studentene utvikler seg fra et idealistisk begynnerperspektiv til en mer pragmatisk holdning, der kunnskap som trengs for å stå på eksamen er i hovedfokus. Boken retter et kritisk blikk på at studentene ikke sosialiseres inn i legerollen [33]. Senere har en rekke studier lagt vekt på hvordan medisinstudenter tilegner seg kunnskap, hvordan man utvikler en profesjonell identitet og hvordan man oppfatter legeyrket. Riktignok er ikke diskusjonen svartmalt. Det er aktører som peker på at medisinstudenter kan bidra til en idealistisk og altruistisk utøvelse av legeyrket til tross for at man har valgt medisin av motiver som bygger opp under selvet. Begrepet pseudo-altruisme referer til teorien om at behovet for å hjelpe andre må forstås som et behov om å hjelpe seg selv. Den danske psykologen Peter La Cour peker på at

medisinstudenter trer inn i medisinstudiet med et idealistisk motiv, og at selv om denne initiale tanken om den gode hjelper endres og utfordres underveis i studiet, forblir den likevel et motiv for å fortsette utdanningen [34]. Cour mener at pseudo-altruisme er positivt, fordi uansett hva som er motivene til medisinstudenten, vil det at noen inntar hjelperollen være til nytte for samfunnet.

Innad i legestanden er det også flere som peker på at det bør oppfordres til å tenke nytt i medisinstudiet. Woollard peker på at det er behov for at man utdanner leger som er bevisste sitt ansvar som samfunnsaktører og utøvere av en humanistisk tradisjon [35].

Woollard mener at ansvaret ligger hos fakulteter og undervisere, og at man i større grad skal etterstrebe å utvikle gode holdninger blant studentene.

## **Metodediskusjon**

Det finnes dessverre ingen standardmetode som gir fullverdige ærlige svar, og det vil alltid finnes bias i forhold til både kvantitative og kvalitative studier. Å bruke kvalitative metode som arbeidsform er diskutert og vitenskapeligheten avhenger av innhenting og hvordan man håndterer informasjonen som er kommet frem [10]. Jeg var ikke kjent med kvalitative metoder for innhenting av kunnskap, og for meg var det tidvis en oppdagelse av et ukjent terreng uten kart, kompass og retningsans.

Det er viktig å påpeke at informantene ble selektert utfra om de deltok på NorPal-Sawa. Seleksjonen medfører at man kan sitte med et utvalg medisinstudenter som har et større engasjement for fredsarbeid og nysgjerrighet i forhold til andre kulturer. Videre ble studentene rekruttert til intervjuet via andre informanter og dette kan medføre at de som spesielt er egnet til undersøkelsen intervjues. De to palestinske studentene som ble intervjuet hadde i tillegg muligheter for å spesialisere seg i henholdsvis Jerusalem og Amerika. Det kan tenkes at dersom man hadde intervjuet studenter med grønt-ID og ingen jobbmuligheter foruten Vestbredden, kunne responsen vært en annen. Totalt var det bare 4 studenter som ble intervjuet, to fra hver nasjon og en representant for hvert kjønn.

Intervju som forskningsmetode stiller også høye krav til intervjuer, lokalisasjon og fortolkning. Innenfor disse prosessene vil den menneskelige faktoren alltid gjøre seg gjeldende. Forskeren skal i størst mulig grad etterstrebe å være nøytral i forskningsprosessen og

det stilles krav til at man alltid vurderer *hvordan* man påvirker prosessen [10]. Jeg som medisinstudent i forskerposisjonen vil utvilsomt ha innflytelse på mine informanter uansett hvor åpne spørsmål jeg stiller. Det faktum at jeg er norsk, vil mest sannsynlig medføre at jeg i større grad kan relatere informasjon til de norske studentene. Videre skal det nevnes at det var mitt første besøk i Palestina og møte med palestinske medisinstudenter. Kulturelle forskjeller, religion og sosial kontekst kan ha hatt innvirkning på mine resultater. Likeså kan min posisjon som medisinstudent medføre at intervjuet blir en fortrolig prosess der studentene åpner seg i større grad enn hvis de ble intervjuet av en annen aktør.

Intervjusituasjonen foregikk i pauser i et hektisk program. Jeg oppfattet ikke tiden som en begrensende faktor for intervjuene ettersom studentene tok seg god tid til å svare og det var ingen avbrytelser under intervjuene. At de palestinske studentene ble intervjuet simultant med medstudent kan ha hatt innvirkning på refleksjonen til studenten og hvorvidt intervjuene i noen grad influerte hverandre. Det kan også sees på som en validering at vi var to som stilte spørsmål og hørte gjennom samtalen etterpå.

Samtalen med de palestinske studentene foregikk på engelsk, altså var det ingen av oss som snakket vårt eget morsmål. Begge snakket riktignok flytende engelsk og hadde ingen problemer med å gjøre seg forstått. Likevel syntes jeg det var lettere å få i gang en diskusjon blant de norske studentene, men dette kan også bero på at studentene ble intervjuet sammen.

Tolkning av materialet ble gjennomført i samarbeid med veileder som er godt kjent i arbeidsgangen i kvalitativ metode. De mønstre som ble funnet, er satt i sammenheng med Maslow og ulike utdanningsteorier som er anerkjente teser innen henholdsvis psykologiske- og sosiologiske fagfelt. Å sette studentenes utsagn i relasjon til teoretiske perspektiver er viktig, men kan også gi inntrykk av at man anser disse teoriene som sanne og ufeilbare. Maslows behovspyramide representerer rigiditet, og ved bruk av denne er det lett å ty til stigmatisering og båssetting, noe som overhodet ikke er mine intensjoner.

For å oppsummere, det finnes flere faktorer til at resultatene av intervjuene ikke kan generaliseres for norske og palestinske studenter. For det første er antallet informanter for få til at man kan trekke konklusjoner om medisinstudenters motiver. For det andre, kan min stilling som forsker og medisinstudent bidra til å føre studentene på

emner som de er nødt til å reflektere over og som ikke nødvendigvis har vært utgangspunkt for deres motiver. For det tredje er det en betydelig seleksjonsbias som medfører at denne studentgruppa høyst sannsynlig gir resultater som står i strid med forskning gjort på området. Det kan dog nevnes at undersøkelsen kan være en åpningsport til andre forskningsobjekter. Som nevnt ovenfor er de fleste studier om studenters motiver utført i form av større spørreundersøkelser. Det kan tenkes at man kan få andre svar dersom studenten er nødt til å reflektere over sine valg når studenten sitter i en intervjusituasjon. Resultatene av en slik studie kan være at man går i dybden på motivspørsmålet og hvorfor studenten valgte som han gjorde. Andre tema som kunne være interessante å utdype var om motivasjonen endret seg over tid og kvinner i medisinen. Sistnevnte har vært tema for en rekke forskning, heriblant motiver og spesialitetspreferanser. Det er fortsatt manglende litteratur om årsakssammenhenger mellom høy prosentandel av kvinner og konsekvenser av dette, da spesielt med tanke på faglig kompetanse, arbeidsvilkår og skjevfordeling i spesialiteter [36]. Hvilke vilkår som ligger til grunn for kvinners og menns utdanning og utfyllelse av legerollen, er ukjent farvann [37]. En annen vending for tema kan være å gjøre flere komparative studier der man sammenlignet ulike studentgrupper for å sette søkelyset på sosiale kontekster og hvordan innvirkning det har på motivasjonen og legerollen.

### **Følgende skal takkes**

En stor takk til alle informanter som sa seg villige til å bli intervjuet. Takk til NorPal Sawa som tok seg tid til ikke-deltagere av prosjektet, både før, under og etter prosjektperioden. Takk for god veiledning, støtte og råd i arbeidet med oppgaven til veileder Torsten Risør.

## Referanser:

1. Nordli Hansen, M., *Sosiale utdanningsforskjeller*. S. 3-28.
2. Linde, L.Z.P.C., *Livsstrategier og uddannelsesvalg*. Vol. 1. 1997, København: Socialforsknings instituttet.
3. Sadeghi-Nejad, A. and M.M. Marquardt, *Medical school applicants and the appeal of medicine as a career*. Am J Med, 1992. **93**(3): p. 335-7.
4. Todisco, J., S. Hayes, and D. Farnill, *Career motivations of male and female medical students*. Psychol Rep, 1995. **77**(3 Pt 2): p. 1199-202.
5. Vaglum, P., J. Wiers-Jenssen, and O. Ekeberg, *Motivation for medical school: the relationship to gender and specialty preferences in a nationwide sample*. Med Educ, 1999. **33**(4): p. 236-42.
6. Hyppola, H., et al., *Becoming a doctor--was it the wrong career choice?* Soc Sci Med, 1998. **47**(9): p. 1383-7.
7. Goncalves-Pereria M, T.B., Loureiro J, Papolia A, Caldras-de-Almeida JM, *Empathy as related to motivations for medicine in a sample of first-year medical students*. Psychol Rep, 2013. **112**(1).
8. Kruijthof, C.J., et al., *Career perspectives of women and men medical students*. Med Educ, 1992. **26**(1): p. 21-6.
9. Nieuwhof, M.G., et al., *Students' conceptions of the medical profession; an interview study*. Med Teach, 2005. **27**(8): p. 709-14.
10. Malterud, K., *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* 2011, Oslo: Universitetsforl. 238 s. : fig.
11. Rogan, *The Arabs - A history*.
12. Patton, M.Q., *Qualitative Research & Evaluation Methods*. Vol. 3. 2002: Sage Publications Inc. .
13. Håkonsen, K.M., *Innføring i psykologi*, ed. G.N.F. AS. Vol. 4. 2009.
14. Maslow, A.H., *Motivation and Personality*. Vol. Third Edition. 1987: HarperCollinsPublishers.
15. Cartwright, L.K., *Conscious Factors Entering into Decisions of Woman to Study Medicine*. Journal of Social Issues, 1972. **28**(2).
16. vg.no, *Statushopp for lærere gir bedre skole*, 2011.
17. Aftenposten.no, *Vil ha ny lærerutdanning - igjen*, 2012.
18. Gulbrandsen, P., *Kunne medisin eller være lege? Om utvikling av personlig kompetanse i legeyrket*, 2010.
19. Jenssen, J.W., *Rekruttering til medisinstudiet*, in *Sosiologi* 1994, Universitetet i Oslo: Institutt for sosiologi.
20. Hansen, *Privatskole og karakter på medisinstudiet*. Tidsskr Nor Laegeforen, 2005. **16**(125:2216-8).
21. Hansen, *Den sosiale rekrutteringen til medisinstudiet*. 2005.
22. Colquitt, W.L. and C.D. Killian, *Students who consider medicine but decide against it*. Acad Med, 1991. **66**(5): p. 273-8.
23. BJ Good, M.G., *Learning medicine. The constructing of Medical Knowledge at Harvard Medical School*, in *Knowledge, power and*



- practice: the anthropology of medicine and everyday life* 1993, University of California Press: Berkeley.
24. Høye, K.H.S., *Hvordan lære en puggehest å danse ballett*. Tidsskr Nor Laegeforen, 2000. **120:3770-2**.
  25. Hjort, P.F., *Fremtiden er lys - det er bare tre bekymringer*. Tidsskr Nor Laegeforen, 2000. **01**.
  26. Schei, E., *Refleksjon eller dressur? Om behovet for intellektuell virksomhet i medisinen*, U. Filosofisk poliklinikk, Editor.
  27. Tawil-Souri, H. *Colored Identity - The Politics and Materiality of ID Cards in Palestine/Israel*. 2011.
  28. Aasland, *Legers motiver for valg av spesialitet under og etter studiet*. Tidsskr Nor Laegeforen, 2008. **16**.
  29. Creed, P.A., J. Searle, and M.E. Rogers, *Medical specialty prestige and lifestyle preferences for medical students*. Soc Sci Med, 2010. **71(6)**: p. 1084-8.
  30. Album, D. and S. Westin, *Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students*. Soc Sci Med, 2008. **66(1)**: p. 182-8.
  31. Westin, *Er det plass til en humanistisk dimensjon i medisinerutdanningen?* Tidsskr Nor Laegeforen, 2000. **30**.
  32. Wifstad, *Humanistisk medisin*. Tidsskr Nor Laegeforen, 2007. **22**.
  33. Becker, G., Hughes, Strauss, *Boys in White* 1961, Harvard: Transaction Publishers.
  34. Cour, P.L., *Psychological Defenses of Danish Medical Students*. The Journal of Nervous and Mental Disease, 2002. **190(1)**.
  35. Woolard, R.F., *Caring for a common future: medical schols' social accountability*. Medical Education 2006, 2006. **40**.
  36. Risør, T., *Lægens køn - hvad er problemet?* Ugeskr læger, 2011. **173/38**.
  37. Risør, T., *Lægens køn er et socialt køn*. Ugeskr læger, 2007. **169/25**.